

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia Generale – DPG

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione – DPSS

Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Cognitiva Applicata

Tesi di laurea magistrale

**Validazione internazionale dello Young Schema
Questionnaire revised plus (YSQ-R Plus): proposta di un
protocollo di ricerca con un contributo italiano**

**International Validation of the Young Schema Questionnaire Revised Plus
(YSQ-R Plus): Proposal of a Research Protocol with an Italian Contribution**

Relatrice:

Prof.ssa Marta Panzeri

Laureando: Angelo Valente

Matricola: 2048598

Anno Accademico 2022/2023

*A mio nonno
e alle nostre radici.*

INDICE

INTRODUZIONE	6
PRIMO CAPITOLO	10
IL QUADRO TEORICO DELLA SCHEMA THERAPY	10
1.1. Modello teorico e origini della Schema Therapy	10
1.2. Gli schemi maladattivi precoci (SMP)	13
1.2.1. La classificazione degli schemi	15
1.2.2. Il mantenimento degli schemi	26
1.3. I Mode	29
SECONDO CAPITOLO	39
LO YOUNG SCHEMA QUESTIONNAIRE	39
2.1. Introduzione	39
2.2. Lo studio di Schmidt, Joiner, Young e Telch (1995)	41
2.1.1. Primo studio: analisi fattoriali su un campione di studenti	41
2.1.2. Secondo studio: analisi fattoriali su un campione clinico	43
2.1.3. Terzo studio: validità convergente e discriminante.....	44
2.3. Lo studio di Lee, Taylor e Dunn (1999)	46
2.4. Lo studio di Saggino e collaboratori (2018)	48
2.4.1. Caratteristiche del campione e strumenti	48
2.4.2. Analisi statistiche	49
2.4.3 Risultati	51
2.5. Lo studio di Yalcin, Lee e Correia (2020)	52
2.6. La revisione di Yalcin, Marais, Lee e Correia (2021)	56
2.6.1. Metodo, misure e campione	57

2.6.2. Analisi statistiche e analisi dei dati	58
2.6.3. Livelli di congruenza generale	58
2.6.4. Funzionamento differenziale degli item.....	59
2.6.5. Risultati	60
2.7. Lo Young Schema Questionnaire Short Form 3	61
TERZO CAPITOLO	63
LA NUOVA TEORIZZAZIONE DEL MODELLO	63
3.1. Stato dell'arte attuale	63
3.2. Lo studio di Arntz e collaboratori (2021)	64
3.2.1 Valutazione e riformulazione della teoria dei bisogni fondamentali	64
3.2.2. Il bisogno di Coerenza di Sé e gli SMP derivati	67
3.2.3. Il bisogno di giustizia e lo SMP di ingiustizia	67
3.2.4. Nuova teorizzazione sulle modalità di coping	68
3.2.5. La nuova tassonomia dei mode	70
QUARTO CAPITOLO	78
IL PROTOCOLLO DI RICERCA	78
4.1. Introduzione	78
4.1.1. Definizione delle domande di ricerca.....	79
4.1.2. Cronologia globale	80
4.1.3. Parametri principali e secondari	80
4.1.4. Procedure di somministrazione e raccolta dati.....	80
4.1.5. Consenso informato.....	81
4.1.6. Diffusione e implementazione	81
4.1.7. Strumenti	82
4.2. Analisi statistiche	82
4.3. Risultati attesi.....	83

4.4. Procedura	84
4.4.1. Composizione dei gruppi di lavoro	85
4.4.2. Interviste pilota.....	86
4.4.3. Le quattro fasi chiave del progetto	87
4.5. Fase di somministrazione	90
QUINTO CAPITOLO	91
IL CONTRIBUTO ITALIANO	91
5.1. Introduzione	91
5.2. Il contributo di validazione del gruppo italiano	92
5.3. Metodo	92
5.3.1. Adattamenti per l'inclusività di genere	93
5.3.2. Struttura e sviluppi dello YSQ-R plus	94
5.3.3. I nuovi Schemi Maladattivi Precoci	100
5.4. Discussione	106
5.5. Criticità e sviluppi per le ricerche future	107
5.6. Conclusioni	109
APPENDICI	110
Appendice A	110
Appendice B	118
Appendice C	129
BIBLIOGRAFIA	131

INTRODUZIONE

Con l'emergere di nuove teorie e approcci, il panorama degli sviluppi sul campo delle psicoterapie è ad oggi in costante evoluzione per rispondere sempre più alle sfide complesse legate alla salute mentale e alla psicopatologia. In questo contesto, la Schema Therapy (ST) rappresenta un approccio innovativo e ricco di potenzialità per far fronte all'analisi e al trattamento dei disturbi della personalità e delle problematiche che comportano un profondo disagio emotivo. Elaborata da Jeffrey E. Young, questa metodologia nasce con lo scopo di ampliare i confini operativi della Terapia Cognitivo-Comportamentale (TCC), integrando vari elementi costitutivi di diverse tradizioni terapeutiche, quali la Gestalt, la psicodinamica, il costruttivismo e le teorie dell'attaccamento (Young *et al.*, 2003). La combinazione di questi modelli appone un focus preferenziale sulla comprensione dei processi emotivi e cognitivi alla base del disagio psicologico. Sul fronte scientifico sono state sinora collezionate numerose evidenze empiriche a supporto dell'efficacia di questo modello, riscontrandone una costante crescita contrassegnata da risultati promettenti nel trattamento di tali problematiche. Un postulato fondamentale della ST deriva dal mancato soddisfacimento di vari bisogni fondamentali nell'individuo, il quale porta all'attivazione degli Schemi Maladattivi Precoci (SMP). Questi schemi, nell'ambito della psicoterapia, rappresentano modelli di pensiero associati a emozioni e comportamenti disfunzionali, che si sviluppano a partire dalla prima infanzia a seguito di esperienze negative o traumatiche, per protrarsi durante tutto l'arco esistenziale della persona. Tali strutture si attivano a fronte di situazioni che vengono percepite come simili a quelle da cui hanno avuto origine, rendendo difficile una risposta adeguata a determinati stimoli scatenanti. La loro attivazione innesca pertanto un meccanismo di retroazione circolare che porta a esperire stati emotivi intensi e dolorosi. A tal proposito, la ST si propone di intercettare questi schemi per poi andare a modificarli tramite il supporto di tecniche apposite all'interno dell'iter trattamentale.

Dalla necessità di quantificare e valutare la presenza e l'intensità degli SMP, negli anni sono state sviluppate varie versioni dello *Young Schema Questionnaire* (YSQ; Young, 2003), che hanno consentito ai terapeuti di individuare le aree critiche del quadro anamnestico delle persone in modo da personalizzare i trattamenti e monitorare il decorso

della terapia. I progressi della ricerca scientifica hanno permesso inoltre di poter validare versioni sempre più efficaci dello strumento ricorrendo all'utilizzo di metodi statistici avanzati. Queste iterazioni sistematiche hanno portato alla creazione dello *Young Schema Questionnaire revised* (YSQ-R; Yalcin *et al.*, 2021), che attraverso il metodo dell'analisi di Rasch hanno permesso di creare uno strumento dai risvolti promettenti sia nel campo clinico che della ricerca.

Attualmente è in corso lo sviluppo di una sua nuova versione denominata *Young Schema Questionnaire revised plus* (YSQ-R Plus), strumento concepito per aderire alle direttive teoriche dello studio internazionale di Arntz e collaboratori (2021) circa la nuova concettualizzazione della ST. Anche in questo caso, la sua validazione mirerà ad apportare dei miglioramenti nella rilevazione e nella valutazione degli SMP grazie all'utilizzo del metodo di Rasch. Il presente elaborato mira quindi a riportare nel dettaglio il lavoro di validazione degli item costitutivi del questionario sopracitato in vista della sua definitiva realizzazione. Nel tentativo di conferire maggiore chiarezza, è stata riportata un'attenta analisi della letteratura sui principali assunti teorici della ST e degli sviluppi dello YSQ. Nel primo capitolo viene riportato il quadro teorico generale della ST, comprensivo delle più recenti evidenze tratte dallo stato dell'arte, in modo da rimarcare i principali avanzamenti di rilievo.

Nel secondo capitolo ci si è concentrati essenzialmente su alcuni dei principali studi di validazione psicometrica dello YSQ, con focus preferenziale sull'evoluzione cronologica delle versioni e delle forme che hanno portato alla costruzione dei suoi adattamenti strutturali più moderni.

Nel terzo capitolo sono state esaminate e discusse le recenti direttive teoriche proposte dalla ricerca di Arntz e collaboratori (2021), le quali appongono un'enfasi prioritaria sull'ampliamento della struttura concettuale della ST, introducendo la rivisitazione della teoria dei bisogni emotivi primari e della nuova formulazione sulle modalità di coping, gli SMP e i mode.

Nel quarto capitolo vengono illustrate nel dettaglio le principali procedure del protocollo di ricerca per i diversi contesti internazionali coinvolti. Saranno dunque comprese dettagliate spiegazioni sulle fasi di formulazione, traduzione e validazione degli item per ogni gruppo di lavoro e ogni gruppo linguistico coinvolto. Verranno dunque approfondite le metodologie utilizzate. Il capitolo contribuisce a dimostrare la solidità metodologica

all'interno della ricerca. Verranno inoltre illustrate le ipotesi di ricerca che orientano la futura somministrazione del questionario, con annessa proiezione dei risultati attesi al termine di questa fase.

Nel quinto e ultimo capitolo, verranno esposti i principali esiti di traduzione e validazione degli item nel contesto socio-culturale italiano. L'elaborato si conclude con l'esaminazione delle criticità emerse. Ciò consentirà di offrire ulteriori miglioramenti metodologici allo scopo di potenziare il questionario su scala internazionale, al fine di garantirne un impiego concreto sia nella pratica clinica che nella ricerca scientifica.

PRIMO CAPITOLO

IL QUADRO TEORICO DELLA SCHEMA THERAPY

1.1. Modello teorico e origini della Schema Therapy

La Schema Therapy (ST) è un innovativo approccio psicoterapeutico metodicamente sviluppato da Jeffrey E. Young e colleghi a partire dall'inizio degli anni '90 per il trattamento di pazienti con disturbi di personalità, il quale verte sull'estensione dei principali assunti teorici della terapia cognitivo-comportamentale (TCC) attraverso un'ulteriore integrazione contributiva dei modelli teorici di scuole di pensiero differenti, come la teoria dell'attaccamento, la Gestalt, la psicodinamica e la teoria costruttivista (Young *et al.*, 2003). A fronte dei comprovati tassi di efficacia della TCC tradizionale (Barlow, 2001), gli studi protocollari di settore rilevano tuttavia un'elevata percentuale di recidive sintomatologiche in diversi casi di individui con disturbi di personalità a distanza di un anno dalla fine della terapia (Young, Weinberger, Beck, 2001), soprattutto nei trattamenti di alcuni disturbi dell'Asse I e dell'Asse II (Young *et al.*, 2003; Dadomo *et al.*, 2016) in riferimento alla valutazione multiassiale del *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali IV* (American Psychiatric Association, 1994). Di fatto, sin da prima dello sviluppo delle psicoterapie di terza generazione, la letteratura scientifica non godeva di un vasto numero di studi controllati, i cui risultati potessero empiricamente attestare i tassi di efficacia clinica della TCC nel trattamento dei disturbi di personalità (Ball e Young, 2000). Già a partire dalle osservazioni di Beck e Pretzer (2005), si dedusse come i trattamenti riservati ai disturbi dell'Asse I non risultarono adeguati nel considerare l'ipotetica presenza di un disturbo di personalità o di tratti patologici di personalità sottostanti o predisponenti alle condotte disfunzionali degli individui. Queste osservazioni lanciarono i presupposti per una serie di approfondimenti verso popolazioni di pazienti che non rispondevano positivamente ai programmi riabilitativi. Si portò dunque alla luce che tali individui si caratterizzavano per la presenza di una struttura cognitiva iper-rigida, spesso accompagnata da un sistema di credenze disfunzionali che andavano ad alimentare i loro pattern comportamentali patologici secondo un meccanismo di retroazione circolare. Questi pensieri erano dovuti principalmente alla frustrazione di alcuni bisogni primari durante il periodo infantile, da cui si sarebbero

parallelamente sviluppate ulteriori strategie di coping maladattive (Kellog e Young, 2006). Ad ora, il *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali V*, nella sua versione revisionata (American Psychiatric Association, 2022), delinea il disturbo di personalità come “*un pattern costante di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente rispetto alle norme e alle aspettative della cultura dell’individuo, è pervasivo e inflessibile, esordisce nell’adolescenza o nella prima età adulta, è stabile nel tempo e determina disagio o menomazione*” (trad. it. 2023, p.875). L’insorgenza di questi disturbi non aderirebbe ad alcuni presupposti fondamentali della TCC, concepita per trattare casi caratterizzati da manifestazioni sintomatologiche facilmente identificabili, attraverso l’implementazione di procedure finalizzate a una rapida riduzione del sintomo (Young *et al.*, 2003). I pazienti, dati i livelli di rigidità mentale che caratterizzano i disturbi di personalità (American Psychiatric Association, 1994), presentano inoltre dei tratti egosintonici, tali da non riuscire a valutare l’idea di un plausibile cambiamento, in quanto ritenuti fondamentali per il mantenimento di un’immagine coerente della propria percezione identitaria e del mondo circostante. Possono infatti presentare limitate capacità di aderenza al trattamento, tendenza all’evitamento e limitate capacità introspettive verso i propri pensieri e stati emotivi, rendendo quindi più complessa l’applicazione dei protocolli di cura (Young *et al.*, 2003; Young, 1990). La TCC presuppone inoltre che il paziente si figuri come agente proattivo del proprio cambiamento, condizione verificabile solo a fronte di una consolidata alleanza terapeutica. Tale requisito non risulta sempre sufficiente per una risoluzione migliorativa del problema, data la presenza di fattori che possono compromettere l’iter trattamentale, quali la gravità del tipo di problema e la volontà del paziente ad attenersi alle prescrizioni del terapeuta (Dobson, 2022). Considerata dunque la natura rigida e pervasiva dei disturbi di personalità (American Psychiatric Association, 2023), questa risulta essere una complicazione non indifferente, poiché tale tipologia di pazienti presenta altresì una difficoltà cronica nelle relazioni interpersonali, sia durante la vita quotidiana che nel corso della terapia (Young *et al.*, 2003).

Viste le premesse riscontrate, Young e colleghi (2003) hanno cominciato a costruire un modello atto a espandere i confini operativi della TCC, grazie all’integrazione delle principali tecniche e degli assunti teorici di altre psicoterapie tradizionali, sino alla definitiva costruzione di un modello terapeutico adatto per il trattamento di pazienti

“difficili”, ad oggi conosciuto come Schema Therapy (ST). I primi modelli furono architettati per il trattamento del disturbo di personalità borderline, per essere poi riadattati per il trattamento degli altri disturbi di personalità (Jacob e Arntz, 2013; Young *et al.*, 2003). I successivi adattamenti della terapia sono arrivati ad annoverare anche altre tipologie di disturbi (ad esempio disturbi d’ansia, disturbo post-traumatico da stress, disturbi alimentari, depressione cronica, traumi complessi, tossicodipendenze), oltre che a essere implementati per la riabilitazione di condotte criminose, problematiche di coppia e difficoltà relazionali (Brockman *et al.*, 2023; Young *et al.*, 2003; Dadomo *et al.*, 2018). A differenza della TCC, la ST presenta un apparato teorico elaborato e integrato, che si concentra ulteriormente sull’approfondimento sistematico delle varie fasi dello sviluppo dell’individuo e delle sue relazioni interpersonali (Young *et al.*, 2003). I postulati principali della ST appongono pertanto un focus preferenziale verso i traumi infantili e la sfera emotiva, supportando un utilizzo estensivo di nuove tecniche cognitive ed esperienziali basate sull’immaginazione e il dialogo interiore per la regolazione delle emozioni (ad esempio le tecniche delle sedie, il confronto empatico e rielaborazione immaginativa), tipicamente utilizzate nella Gestalt e nello Psicodramma (Jacob e Arntz, 2013; Arntz e Jacob, 2012; Dadomo *et al.*, 2016; Gregucci *et al.*, 2020). L’utilità di queste tecniche vanta il supporto di nuovi studi neuroscientifici che attestano l’efficacia della ST in sede di trattamento, a dimostrazione di come il terapeuta possa stimolare l’attivazione di meccanismi top-down della corteccia prefrontale in modo da regolare le aree subcorticali imputate nell’attivazione emotiva (Gregucci *et al.*, 2020). Tali pratiche sono state concepite a partire da alcuni dei principali presupposti delle scuole psicodinamiche e psicoanalitiche, le quali si concentrano largamente sulle problematiche pregresse dell’individuo. Le informazioni biografiche vengono di fatto impiegate per condurre il paziente a una progressiva comprensione della scaturigine infantile dei propri pattern comportamentali disfunzionali, solitamente sviluppatasi durante l’infanzia o l’adolescenza (Arntz e Jacob, 2012). In tempi recenti, Dadomo e collaboratori (2018) ad esempio espongono come i disturbi di personalità siano dimostrabilmente caratterizzati da alti livelli di disregolazione emotiva, i quali si attivano innanzi a determinate situazioni della vita quotidiana come conseguenza di esperienze negative vissute durante l’infanzia. Un altro postulato fondamentale della ST verte sul ruolo della relazione terapeutica, concepita secondo una funzione di “parziale reparenting”, un’esperienza di correzione

emotiva e interpersonale in cui il terapeuta assume il ruolo di genitore ponendosi con empatia e premura nei confronti del paziente nel rispetto dei limiti etici e deontologici della professione (Jacob e Arntz, 2013; Dadomo *et al.*, 2016; Dadomo *et al.*, 2018; Gregucci *et al.*, 2020). Ciò differisce largamente dai presupposti delle terapie cognitive, basate per lo più sull'empirismo collaborativo, in cui il rapporto terapeuta-paziente viene attenzionato solamente quando l'alleanza terapeutica costituisce di fatto un impedimento per il decorso dell'iter trattamentale (Young *et al.*, 2003). La relazione terapeutica funge dunque da veicolo per identificare e facilitare la correzione degli schemi di pensiero disfunzionali sottostanti al disturbo (Gülüm e Soygüt, 2022; Gregucci *et al.*, 2020) nel tentativo di sanazione parziale dei bisogni disattesi durante l'infanzia, in modo da rendere egodistonici i tratti patologici di personalità del paziente (Young *et al.*, 2003). Ad oggi, questo assunto concorre a evidenziare e superare alcune delle criticità della TCC. Il contributo delle neuroscienze ascrive infatti l'indipendenza tra i sistemi cognitivi basati sul linguaggio e i sistemi basati sulle emozioni, andando ad avvalorare le modalità operative di regolazione emotiva supportate dalla ST attraverso ulteriori evidenze empiriche (Dadomo *et al.*, 2016; Dadomo *et al.*, 2018; Gregucci *et al.*, 2020).

1.2. Gli schemi maladattivi precoci (SMP)

Il concetto di schema è stato affrontato già a partire dallo sviluppo dei primi modelli psicologici. In particolare, viene associato al frutto dei primi lavori sullo sviluppo infantile di Piaget. Secondo l'autore (1952), il concetto di "schema" rimandava a una struttura elementare capace di portare alla comprensione del mondo e all'organizzazione della conoscenza attraverso l'interazione del bambino nei confronti dell'ambiente fisico e sociale. Per quanto concerne la terapia cognitiva, Beck (1967) utilizza questo termine facendo riferimento a una "*struttura che identifica, codifica e valuta un determinato stimolo...sulla base del quale l'individuo si orienta, categorizza e interpreta in modo significativo le proprie esperienze*" (p. 283). Queste strutture interrelate permettono di alimentare un sistema di credenze disfunzionali e pensieri automatici, contribuendo di conseguenza al mantenimento o al peggioramento di un disturbo, in quanto agevolano la velocità con cui l'individuo codifica delle informazioni per la scarsa attivazione di risorse cognitive designate al controllo degli stimoli (Dozois e Beck, 2008). Come risultato, questi schemi vanno a influenzare fortemente le interpretazioni che l'individuo attribuisce al verificarsi di un evento (Beck, 1967). Nell'ambito della psicoterapia, la definizione di

“schema” viene adoperata per descrivere una modalità esecutiva che descrive il modo in cui gli individui riescono a conferire un senso alle esperienze in relazione con l’ambiente esterno, siano esse positive o negative (Taylor e Arntz, 2016). Sulla base di questi assunti, uno schema può avere origine dalla prima infanzia o in età adulta, assumendo vari livelli di adattività più o meno funzionali al decorso della vita quotidiana della persona (Young *et al.*, 2003). Tale affermazione è corroborata a fronte del tipo di selezione che la persona opera automaticamente nei confronti di stimoli esterni che risultano coerenti con l’immagine di sé, poiché vanno a confermare la propria percezione identitaria (Guidano e Liotti, 1983; Young *et al.*, 2003) e del mondo, secondo un bisogno di “coerenza cognitiva” (Young *et al.*, 2003). L’obiettivo del terapeuta deve quindi vertere sull’identificazione degli schemi disfunzionali, dal momento che contribuiscono al mantenimento delle problematiche della persona, la quale spesso non dispone delle risorse adeguate per trovare delle soluzioni alternative in contrasto alla propria condizione di disagio (Padesky, 1994). Date queste evidenze e la pregressa scarsità di linee guida per la valutazione degli schemi (Schmidt *et al.*, 1995), Young (1990) ha direzionato i propri studi verso la costruzione di un modello volto a fornire delle indicazioni chiare per la pratica clinica. Sono state quindi concettualizzate delle categorie che delineano in modo ottimale le caratteristiche degli schemi, le relazioni che intercorrono tra di essi e il modo in cui si sviluppano e si mantengono dalle prime fasi della vita (Schmidt *et al.*, 1995; Young *et al.*, 2003). All’interno del modello della ST, tali strutture prendono il nome di *schemi maladattivi precoci* (SMP). Questo termine viene usato per indicare “*un concetto o modello omnicomprensivo formato da ricordi, emozioni, pensieri e sensazioni somatiche utilizzato per comprendere se stessi e il rapporto con gli altri*” (Young *et al.*, 2003, trad. it. 2018, p. 7). Tali strutture disfunzionali si svilupperebbero a partire dall’infanzia e continuerebbero ad essere elaborate e mantenute per tutto il resto della vita (Young, 1993; Young *et al.*, 2003). In questo preciso arco esistenziale, gli SMP si originano solitamente da esperienze negative sulla base delle interazioni avute con l’ambiente, con particolare riferimento al tipo di relazione instaurata con una delle principali figure di attaccamento (Young *et al.*, 2003). L’assunto base dell’insorgenza di questi schemi considera dunque il rapporto che l’individuo ha avuto con quattro tipi di esperienze nelle prime fasi dello sviluppo (Young *et al.*, 2003):

- 1) *La frustrazione dei bisogni primari* ritenuti universali. Il mancato soddisfacimento di uno solo di essi può determinare la formazione dello schema. Sono stati inizialmente ipotizzati cinque bisogni primari: (1) *legami stabili con gli altri (bisogno di sicurezza, stabilità, cura e accettazione)*; (2) *senso di autonomia, competenza e identità*; (3) *libertà nell'esprimere i propri bisogni e le proprie emozioni fondamentali*; (4) *essere spontanei e giocosi*; (5) *avere dei limiti realistici e sviluppare autocontrollo* (cfr. Arntz *et al.*, 2021);
- 2) *Trauma o maltrattamento*, in riferimento a un periodo in cui il bambino viene maltrattato o intaccato emotivamente;
- 3) *Attenzioni eccessive* da parte dei genitori che manifestano in modo esagerato affetto, stima e aspettative nei confronti del figlio;
- 4) *Identificazione con un familiare*, relativo al modo in cui il bambino interiorizza i modi di fare e le attitudini di uno dei genitori.

Salvo i fattori appena elencati, la nascita e il consolidamento degli SMP dipendono in larga parte anche dall'influenza dei fattori temperamentali (Young *et al.*, 2003; Arntz *et al.*, 2021). Di fatto, è stato dimostrato come alcuni tratti distintivi del temperamento rimangono stabili a partire dai primi mesi di vita (Carranza *et al.*, 2013), permanendo in maniera stabile per tutti i cicli dello sviluppo individuale (Carranza *et al.*, 2013; Kopala *et al.*, 2018). Tali aspetti risulterebbero quindi ostici da modificare in sede trattamentale, poiché non favoriscono una diretta relazione causale di una condizione problematica in relazione alle variabili ambientali (Young *et al.*, 2003; Arntz *et al.*, 2021).

1.2.1. La classificazione degli schemi

Il modello attuale della ST concettualizza l'esistenza di diciotto schemi inseriti all'interno di una classificazione categoriale ripartita in cinque domini principali, associati a loro volta ai bisogni fondamentali dell'individuo (Young *et al.* 2003).

Tabella 1.1. classificazione dei domini con i rispettivi bisogni universali e gli SMP associati

DOMINIO	BISOGNI FONDAMENTALI	SCHEMI MALADATTIVI PRECOCI
DISTACCO E RIFIUTO	STABILITÀ E SICUREZZA	-ABBANDONO/INSTABILITÀ -SFIDUCIA/ABUSO -DEPRIVAZIONE EMOTIVA

		-INADEGUATEZZA/VERGOGNA -ESCLUSIONE SOCIALE/ALIENAZIONE
MANCANZA DI AUTONOMIA E ABILITÀ	AUTONOMIA E COMPETENZA	-DIPENDENZA/INCOMPETENZA -VULNERABILITÀ AL PERICOLO O MALATTIE -INVISCHIAMENTO/SÉ POCO SVILUPPATO -FALLIMENTO
MANCANZA DI REGOLE	ESPRESSIONE DI BISOGNI ED EMOZIONI	-PRETESE/GRANDIOSITÀ -AUTOCONTROLLO O AUTODISCIPLINA INSUFFICIENTI
ECESSIVA ATTENZIONE AI BISOGNI DEGLI ALTRI	SPONTANEITÀ E GIOCO	-SOTTOMISSIONE -AUTOSACRIFICIO -RICERCA DI APPROVAZIONE O RICONOSCIMENTO
IPERCONTROLLO E INIBIZIONE	LIMITI REALISTICI E AUTOCONTROLLO	-NEGATIVITÀ/PESSIMISMO -INIBIZIONE EMOTIVA -STANDARD SEVERI/IPERCITICISMO -PUNIZIONE

Dominio I: Distacco e rifiuto.

Chi appartiene a questa categoria non riesce a intessere delle relazioni sociali soddisfacenti, in quanto si convince che il proprio bisogno di accettazione, sicurezza, stabilità e cura non potrà essere appagato. Molti degli individui che acquisiscono tali schemi hanno subito dei traumi durante il periodo infantile e sono maggiormente propensi a evitare l'instaurazione di una relazione profonda con il prossimo, spesso passando da un rapporto nocivo all'altro (Young *et al.*, 2003; Arntz e Jacob, 2012). Gli schemi che caratterizzano questo dominio si classificano in:

- *Abbandono/Instabilità*: l'individuo vive con la sensazione costante di instabilità riguardo ai legami affettivi più importanti. Si convince che prima o poi verrà abbandonato o sostituito con qualcuno migliore di lui. Ha la tendenza a valutare le altre persone come poco affidabili o poco presenti sul piano affettivo. Non serba fiducia nelle relazioni, tanto da pronosticarne gli esiti negativi sin da subito (Young *et al.*, 2003; Arntz e Jacob, 2012).

-Sfiducia/Abuso: l'individuo vive con la convinzione che le altre persone vogliano approfittarsi di lui. Teme di subire abusi, umiliazioni, delusioni e che possa essere ingannato o manipolato (Young *et al.*, 2003). Ciò accade in particolare quando le persone si pongono in modo amichevole nei suoi confronti, in quanto pensa che abbiano dei secondi fini da perpetrare. Di fatto, le sensazioni prevalenti sono ansia e senso di minaccia (Arntz e Jacob, 2012).

-Deprivazione emotiva: la convinzione è di non essere in grado di intessere dei rapporti soddisfacenti dal punto di vista emotivo. Attualmente esistono tre forme: (1) carenza di cure, affetto o attenzioni; (2) mancanza di empatia, ascolto e comprensione; (3) mancanza di protezione da parte di persone carismatiche o di un mentore (Young *et al.*, 2003). Questo schema si attiva anche davanti a palesi manifestazioni di affetto da parte delle altre persone. Infatti, chi lo possiede non riesce né a percepire né a riconoscere quando piace agli altri (Arntz e Jacob, 2012).

-Inadeguatezza/Vergogna: il soggetto sente di essere inadeguato, sbagliato, poco desiderato, inferiore, immeritevole o manchevole in alcuni aspetti basilari della propria esistenza. Ritiene che non potrebbe mai piacere agli altri se si mostrasse come è per davvero (Arntz e Jacob, 2012). Si mostra ipersensibile quando viene criticato, rifiutato o rimproverato. Si paragona costantemente agli altri e si sente insicuro nelle proprie cerchie sociali (Young *et al.*, 2003). Presta una meticolosa attenzione verso tutto quello che fa e prova vergogna per i suoi difetti, a partire da quelli manifesti fino a quelli più nascosti. Spesso ha origine da esperienze di estrema svalutazione o ipercriticismo durante l'infanzia (Young e Klosko, 2004).

-Esclusione sociale/Alienazione: l'individuo si sente estromesso da ogni forma di socialità, si percepisce diverso dalle altre persone e fatica a sentirsi parte integrante di un gruppo o di una comunità (Young *et al.*, 2003). Chi ha questo schema riferisce di avere avuto delle esperienze di isolamento sociale determinate dalla mancata integrazione nei contesti gruppalari (Arntz e Jacob, 2012), costanti derisioni connesse all'aspetto estetico o eccessiva passività nel modo di rapportarsi con gli altri (Young e Klosko, 2004).

Dominio II: Mancanza di autonomia e abilità.

Le persone appartenenti a questo dominio si percepiscono come bisognose, insicure e carenti di autodeterminazione (Arntz e Jacob, 2012). Hanno grosse difficoltà a staccarsi dalle figure genitoriali e a ottenere una propria indipendenza, soprattutto per il fatto di

essere state iperprotette sin dalla tenera età da una famiglia che accorreva in loro aiuto per ogni minima difficoltà. Di conseguenza, non sono mai riuscite a crearsi una propria identità, data la loro incapacità di porsi degli obiettivi realistici e di riuscire a sviluppare un'attitudine consona all'autosufficienza (Young *et al.*, 2003). Queste persone sono costantemente spaventate dalle incombenze della vita quotidiana e non riescono a prendersi la responsabilità delle proprie decisioni se non con l'aiuto di qualcun'altro (Arntz e Jacob, 2012). Gli schemi sottostanti fanno riferimento a:

-Dipendenza/Incompetenza: chi presenta questo schema di solito si sente inerme o incapace nella gestione delle incombenze quotidiane, tanto da non riuscire a concretizzare nulla senza l'aiuto delle altre persone (Arntz e Jacob, 2012). La presa di responsabilità e di decisione viene percepita come una grande fatica e la capacità di giudizio risulta completamente compromessa per mancanza di confidenza nel proprio agire. Questo schema può avere origine da una condotta genitoriale estremamente iperprotettiva o in caso contrario lassista, derivanti rispettivamente da richieste eccessive e da una costante mancanza di attenzioni (Young e Klosko, 2004). Lo schema è affiancato spesso da una sensazione di impotenza (Young *et al.*, 2003).

-Vulnerabilità al pericolo o alle malattie: questo schema è contraddistinto da una paura esagerata riguardo alla plausibile percezione di imminenza di un evento catastrofico, accompagnata dalla convinzione di non riuscire a fare nulla per fermarlo (Young *et al.*, 2003). Pertanto, l'individuo si sente costantemente ansioso, mentre l'oggetto della sua apprensione può riguardare nello specifico una o più tipologie di vulnerabilità, tra cui (1) *salute e malattia*, (2) *pericolo*, (3) *povertà* e (4) *perdita di controllo* (Young e Klosko, 2004). L'origine di questo schema deriva principalmente da esperienze avute in rapporto a genitori troppo cauti, in costante preoccupazione e allerta per la propria incolumità e quella dei figli, che solitamente comportavano l'impartizione di regole igieniche molto severe. Spesso, può anche emergere in persone vittime di eventi incontrollabili, come malattie gravi o disastri naturali (Arntz e Jacob, 2012).

-Invischiamento/Sé poco sviluppato: le persone con questo schema riportano una percezione molto fragile della propria identità, fondamentalmente poco sviluppata. Sono insicure, tanto da cercare costantemente rassicurazioni riguardo alla natura delle proprie decisioni (Arntz e Jacob, 2012) e non sono mai riuscite a inserirsi adeguatamente nel tessuto sociale (Young *et al.*, 2003). Infatti, si convincono di non poter riuscire ad andare

avanti senza il sostegno altrui e viceversa, al punto tale da immedesimarsi con gli altri per la propria mancanza di identità (Young *et al.*, 2003). Chi ha questo schema non sempre riesce a riconoscerlo, poiché l'immedesimazione con gli altri viene solitamente percepita come un fatto positivo (Arntz e Jacob, 2012).

-Fallimento: questo schema è tipico di chi ritiene di non riuscire a raggiungere alcun tipo di obiettivo o di essere meno intelligente, se non senza talento rispetto alle altre persone con cui ha a che fare (Young *et al.*, 2003). Il suo funzionamento si basa sul paradigma della profezia che si autorealizza. Di fatto, gli individui che lo sviluppano tendono spesso a evitare le situazioni impegnative, dando vita a un circolo vizioso contrassegnato da risultati negativi e autosvalutazione quando l'approccio a queste situazioni diviene inevitabile (Arntz e Jacob, 2012). Questo schema si sviluppa solitamente a partire da rapporti familiari basati per lo più su standard prestazionali perfezionistici nella vita di tutti i giorni (come nella scuola o nello sport), dal rapporto con figure genitoriali di successo, rapporti di competitività con uno dei genitori, confronti tra fratelli/sorelle, mancanza di autodisciplina e percezione di inferiorità rispetto ai propri pari (Young e Klosko, 2004).

Dominio III: Mancanza di regole

Gli individui che hanno sviluppato questo tipo di schemi si distinguono per la loro incapacità di rispettare i confini interpersonali nella loro vita quotidiana (Arntz e Jacob, 2012). Di conseguenza, non riescono ad assumere un portamento beneducato, così come a collaborare con le altre persone o portare a termine i propri impegni e i propri obiettivi. Questo dominio è tipico delle persone egoiste e irresponsabili, distinguibili per i propri tratti narcisistici (Young *et al.*, 2003). La scaturigine dei loro comportamenti deriva sia dall'impartizione di un'educazione familiare eccessivamente permissiva e tollerante, sia dall'imposizione di limiti troppo severi e stringenti (Arntz e Jacob, 2012). L'implicazione retrostante a questi scenari porta inevitabilmente alla trasgressione dei limiti altrui e all'impossibilità di contenere gli impulsi finalizzati all'ottenimento delle gratificazioni immediate, senza considerare il vantaggio di quelle a lungo termine (Young *et al.*, 2003). Gli schemi rappresentativi di questo tipo di dominio si distinguono rispettivamente in:

-Pretese/Grandiosità: chi sviluppa questo schema ha la convinzione di essere speciale, oltre che superiore rispetto agli altri, motivo per cui pretende di avere il diritto di poter eludere a proprio piacimento ogni sorta di convenzione sociale e interpersonale (Arntz e

Jacob, 2012; Young *et al.*, 2003). L'individuo si pone solitamente in maniera indisponente, poiché punta costantemente a prevalere sulle altre persone al fine di ottenere controllo e potere (Young *et al.*, 2003). Lo schema insorge soprattutto per l'influenza del ruolo narcisistico di un genitore estremamente ambizioso durante l'infanzia, il quale andava sempre a supporto delle azioni del figlio, indipendentemente dal fatto che fossero giuste o sbagliate. Tale schema si sviluppa anche per merito di genitori che hanno abituato il figlio alla narrazione di vivere in una famiglia speciale e diversa dalle altre (Arntz e Jacob, 2012).

-Autocontrollo o autodisciplina insufficienti: chi possiede questo schema ha solitamente grossi problemi di autocontrollo e di gestione delle proprie capacità per assolvere ai propri obiettivi, così come ha difficoltà nella gestione dei propri impulsi e delle proprie reazioni emotive (Young *et al.*, 2003). Nel concreto, gli individui si distinguono per la loro tendenza a mollare attività reputate noiose e la loro mancanza di pazienza per compiti che richiedono disciplina e perseveranza (Arntz e Jacob, 2012). Evitano costantemente di assumersi delle responsabilità, arrivando quindi a evitare situazioni conflittuali, mansioni obbligatorie o attività altamente impegnative, apportando ripercussioni sulla propria volontà di realizzazione e sulla propria credibilità (Young *et al.*, 2003). Tale schema si origina solitamente da rapporti abusanti all'interno del nucleo familiare durante l'infanzia, o dalla mancanza di guida da parte dei genitori che spiegherebbe la mancanza di autodisciplina (Arntz e Jacob, 2012).

Dominio IV: Eccessiva attenzione ai bisogni degli altri

Le persone che presentano schemi inerenti a questo dominio di solito danno precedenza ai bisogni degli altri rispetto ai propri (Arntz e Jacob, 2012). Lo scopo verte quindi nell'ottenere l'approvazione altrui nel tentativo di preservare i rapporti interpersonali ed evitare le reazioni negative, senza assecondare i propri stati emotivi o le proprie esigenze. Durante l'infanzia, questi individui non hanno potuto seguire liberamente le proprie inclinazioni. Di solito, nelle famiglie in cui sono cresciuti, l'affetto e l'approvazione erano legati alla necessità per il bambino di cambiare alcune parti fondamentali della propria personalità. In famiglie come queste, spesso i genitori mettono al primo posto i loro sentimenti o la loro immagine sociale, trascurando le esigenze individuali dei propri figli (Young *et al.*, 2003). Gli schemi di questo dominio si riferiscono a:

-Sottomissione: Le persone con questo schema tendono ad attribuire agli altri un'importanza prioritaria nelle loro relazioni interpersonali. Adattano il loro comportamento in base ai desideri e alle idee degli altri, talvolta anche quando non vengono esplicitati e quindi secondo pure supposizioni personali (Arntz e Jacob, 2012). Le due principali forme di sottomissione coinvolgono la repressione dei bisogni, che comprende la soppressione delle preferenze, delle scelte e dei desideri personali, e la repressione delle emozioni, soprattutto per quanto riguarda la rabbia (Young *et al.*, 2003). Solitamente, coloro che hanno questo schema riscontrano grandi difficoltà nel comprendere appieno le proprie necessità, spesso anche nel tentativo di scoprirle con l'assistenza di uno psicoterapeuta (Arntz e Jacob, 2012). Si convincono inoltre che le proprie esigenze, le proprie opinioni e i propri sentimenti siano totalmente inappropriati o irrilevanti per le altre persone e si sentono sopraffatti dalle pressioni esterne che vengono loro applicate. Di fatto, questo schema scatena nell'individuo sensazioni di rabbia, che si manifestano attraverso sintomi maladattivi, come scatti di ira, condotte passivo-aggressive, sintomi psicosomatici, allontanamenti da persone care, condotte reattive incontrollate o utilizzo di sostanze (Young *et al.* 2003). Individui con questo schema hanno spesso avuto a che fare con situazioni familiari pericolose o con un genitore sottomesso all'altro, che di tanto in tanto si rivelava aggressivo sul piano fisico e psicologico (Arntz e Jacob, 2012).

-Autosacrificio: i soggetti con questo schema si concentrano costantemente nel soddisfare i bisogni degli altri, rinunciando volontariamente alle proprie esigenze personali (Young *et al.*, 2003). Ciò che lo differenzia dallo schema di sottomissione sta nella volontarietà di andare a individuare il prima possibile i bisogni degli altri a seconda della situazione per poi occuparsene di propria iniziativa (Arntz e Jacob, 2012). Le motivazioni sottostanti a tale schema vertono principalmente sull'evitamento del senso di colpa in relazione alle persone considerate bisognose, motivo per cui c'è un'eccessiva sensibilità alle sofferenze altrui. In alcuni casi, la persona può comunque sentirsi trascurata nei propri bisogni, il che può portare a sviluppare risentimento verso le persone di cui si prende cura (Young *et al.*, 2003). Nella vita quotidiana, questo tipo di schema si associa spesso a lavori che richiedono tempo e impegno, ma che non comportano grandi guadagni in termini economici (Arntz e Jacob, 2012).

-Ricerca di approvazione o riconoscimento: chi ha questo schema cerca costantemente approvazione da parte degli altri, tanto da arrivare a compromettere la formazione di un senso di identità stabile (Young *et al.*, 2003). Investe pertanto molto tempo e risorse nel migliorare il proprio aspetto estetico, il proprio status sociale e il proprio comportamento. Ciononostante, l'obiettivo verte sempre sulla riscossione di approvazione e apprezzamento da parte delle altre persone (Arntz e Jacob, 2012), tanto da tradursi nell'adozione di stili di vita per nulla genuini e poco appaganti, che possono portare a sviluppare un'estrema incapacità nel gestire i rifiuti altrui (Young *et al.*, 2003). Di fatto, questi individui faticano spesso a comprendere appieno le proprie esigenze e i propri desideri poiché i loro sforzi sono sempre focalizzati a ottenere costanti approvazioni dall'esterno (Arntz e Jacob, 2012).

Dominio V: Ipercontrollo e inibizione

Gli individui con schemi che rientrano in questo dominio tendono a evitare sia di vivere sia di mostrare spontaneamente emozioni e bisogni (Arntz e Jacob, 2012), fino a sopprimerli del tutto (Young *et al.*, 2003). I pattern che ne derivano sono essenzialmente focalizzati sul rispetto rigoroso delle regole interiorizzate, che portano alla rinuncia di attività ricreative ed espressive, riposo, relazioni sentimentali e talvolta anche della propria salute (Young *et al.*, 2003). Questi schemi derivano solitamente da climi familiari prevalentemente improntati sull'apprendimento dell'autocontrollo e dell'autoabnegazione (Young *et al.*, 2003) o sulla frustrazione dell'espressione spontanea di sé, portando inevitabilmente a esperire un senso di vergogna verso la manifestazione dei propri sentimenti (Arntz e Jacob, 2012). Tali meccanismi si instaurano anche a fronte di feedback più impliciti da parte dei genitori, i quali si prodigano a premiare solamente il successo e l'ottenimento dei risultati, trascurando tutti gli altri aspetti della quotidianità che comunque possono essere portatori di gratificazione, divertimento, benessere e riconoscimento (Arntz e Jacob, 2012). Gli individui vengono educati sin dall'infanzia a essere ipervigili verso le esperienze negative e a consolidare una visione del mondo tendenzialmente pessimistica (Young *et al.*, 2003). Alcuni di loro hanno invece sviluppato questi schemi nel tentativo di proteggersi da esperienze spiacevoli, spesso originate da violenti litigi tra genitori (Arntz e Jacob, 2012). Questo dominio ingloba schemi inerenti a:

-Negatività/Pessimismo: individui con questo tipo di schema manifestano una costante tendenza a concentrarsi sugli aspetti negativi o problematici di ogni situazione (Arntz e Jacob, 2012), sottovalutandone invece quelli positivi (Young *et al.*, 2003). Sono costantemente pervasi dall'ansia che le cose non vadano come vogliono (Arntz e Jacob, 2012) o che possa accadere qualcosa di terribile nel corso della propria quotidianità (Young *et al.*, 2003). La paura principale è quindi di commettere errori che potrebbero causare esiti sciagurati nella propria esistenza. Chi presenta questo schema è infatti sempre preoccupato e vigile, tendenzialmente lamentoso e incapace di prendere decisioni (Young *et al.*, 2003). Questi pattern sono stati appresi dal rapporto con genitori tendenzialmente pessimisti. La peculiarità di tale schema è che può rivelarsi contagioso e pervasivo per tutte le persone che cercano di aiutare coloro che lo possiedono, indipendentemente dal tipo di sforzo compiuto (Arntz e Jacob, 2012).

-Inibizione emotiva: le persone con questo schema tendono a sopprimere eccessivamente i propri modi di agire e comunicare, con lo scopo di minimizzare al massimo le critiche altrui, evitare i sentimenti di vergogna e prevenire eventuali perdite di controllo sui propri impulsi (Young *et al.*, 2003). L'origine di queste tendenze parte da situazioni in cui i genitori deridevano il figlio davanti a manifestazioni di rabbia o turbamento, favorendo lo sviluppo di credenze relative alla risibilità delle proprie emozioni. In altri casi invece, scaturiscono da situazioni conflittuali in cui le emozioni esternate dai membri della famiglia erano troppo intense e difficili da gestire (Arntz e Jacob, 2012). Le principali forme di inibizione riguardano quelle della rabbia e dell'aggressività, degli impulsi positivi, dell'espressione delle proprie fragilità e dei propri bisogni e dell'esaltazione di un approccio razionale a scapito delle espressioni emotive (Young *et al.*, 2003).

-Standard severi/Ipercriticismo: questo schema è tipico di chi ha interiorizzato degli standard etici e prestazionali atti all'evitamento delle critiche altrui (Young *et al.*, 2003). Conseguentemente a questi, l'individuo si sente costantemente sotto pressione, cercando di eccellere nel raggiungimento di ogni obiettivo prefissato (Arntz e Jacob, 2012). Un'altra conseguenza si palesa invece sugli stili di vita, poiché non viene mai considerata la prospettiva di concedersi del tempo libero e di trarre gratificazione dalle attività di svago. Di fatto, lo schema diventa maladattivo nel momento in cui si vanno a compromettere alcune aree della propria vita inerenti allo stato di salute e alla qualità dei rapporti interpersonali (Young *et al.*, 2003). Queste persone sono tendenzialmente

perfezioniste e inflessibili, incapaci di mettere in discussione le proprie abitudini in quanto considerate naturali, anche a fronte di conseguenze negative (Arntz e Jacob, 2012). Questo schema comporta di solito tendenze al perfezionismo, ottemperanza a regole rigide e un'eccessiva preoccupazione riguardo alle proprie prestazioni (Young *et al.*, 2003). Questi pattern derivano di solito da situazioni vissute durante l'infanzia, in cui l'affetto dei genitori era legato al conseguimento di standard molto elevati da parte della persona; uno o entrambi i genitori rappresentavano modelli con standard elevati; si cercava di compensare sentimenti di inadeguatezza, esclusione sociale o insuccesso; uno o entrambi i genitori ricorrevano a critiche per instillare vergogna davanti al mancato soddisfacimento delle loro aspettative (Young e Klosko, 2004).

-Punizione: questo schema è tipico di persone convinte che gli errori vadano necessariamente puniti (Young *et al.*, 2003). Sono di solito inflessibili e poco tolleranti, sia con loro stesse che con gli altri (Arntz e Jacob, 2012) qualora i propri standard e le proprie aspettative venissero disattesi (Young *et al.*, 2003). La peculiarità di questo schema è che spesso rende difficile il perdono degli errori altrui, o anche solo la considerazione dei fattori attenuanti di ogni azione compiuta (Young *et al.*, 2003). L'origine di questo schema deriva generalmente dall'aver vissuto delle situazioni simili nel proprio nucleo familiare durante l'infanzia (Arntz e Jacob, 2012).

Secondo il quadro teorico della ST, gli SMP possono essere distinti in schemi condizionati e schemi incondizionati. I primi insorgono nelle fasi iniziali della vita, in risposta alle relazioni di cura durante l'infanzia. Costituiscono il nucleo del sistema di credenze della persona e conservano il loro impatto indipendentemente da ciò che può accadere all'individuo, il quale continua a preservare una considerazione estremamente negativa sulla percezione di sé e delle proprie capacità. Questi schemi ripropongono di fatto ciò che la persona subiva inerzialmente durante l'infanzia (Young *et al.*, 2003; McCarthy e Lumley, 2012). I secondi invece prendono forma in fasi successive del percorso evolutivo e assolverebbero un ruolo adattivo per affrontare gli impatti cognitivi degli altri schemi, andando a interrompere il ciclo di condizionamento negativo generato dall'influenza originaria degli schemi incondizionati. Inoltre, la loro influenza si estende a una cerchia più ampia di persone al di fuori del nucleo familiare originario, come i coetanei e gli eventuali partner (Young *et al.*, 2003; McCarthy e Lumley, 2012). Tuttavia, l'effetto degli schemi condizionati è limitato solamente nell'alleviamento e nella dilazione di quelli

incondizionati, in quanto l'individuo arriva a instaurare in poco tempo i medesimi meccanismi di azione sottesi alla sua iniziale condizione di sofferenza (Young *et al.*, 2003).

Tabella 1.2. Elenco degli schemi incondizionati e condizionati (adattato da Young *et al.*, 2003. p. 25).

SCHEMI INCONDIZIONATI	SCHEMI CONDIZIONATI
<ul style="list-style-type: none"> -Abbandono/Instabilità -Sfiducia/Abuso -Deprivazione emotiva -Inadeguatezza -Esclusione sociale -Dipendenza/Incompetenza -Vulnerabilità al pericolo o alle malattie -Invischiamento/Sé poco sviluppato -Fallimento -Negatività/Pessimismo -Punizione -Pretese/Grandiosità -Autocontrollo o autodisciplina insufficienti 	<ul style="list-style-type: none"> -Sottomissione -Autosacrificio -Ricerca di approvazione o riconoscimento -Inibizione emotiva -Standard severi/Ipercriticismo

A fronte di queste concettualizzazioni, Young e collaboratori (2003) confermano come la ST sia stata appositamente concepita per far fronte a due obiettivi principali. Il primo verte sull'identificazione delle strutture di pensiero, in modo da condurre l'individuo verso il pieno raggiungimento della consapevolezza circa il funzionamento di sé e delle proprie memorie infantili, così da avere una visione di insieme più chiara riguardo ai propri stati emotivi e alle proprie strategie di coping riconducibili a esse. Il secondo, invece, si focalizza sull'insegnamento di strategie atte all'acquisizione e al miglioramento del controllo esercitato sugli SMP, in modo da ridurre l'intensità, la pervasività e le sensazioni somatiche a essi associati.

1.2.2. Il mantenimento degli schemi

La circolarità retroattiva degli SMP si basa sulle azioni intraprese dall'individuo, promuovendo il loro processo di mantenimento attraverso il coinvolgimento di pensieri, stati emotivi e comportamenti che inevitabilmente contribuiscono al rafforzamento degli SMP stessi (Young *et al.*, 2003). Young e collaboratori (2003) hanno elaborato una concettualizzazione che identifica tre meccanismi fondamentali che favoriscono il mantenimento degli schemi disfunzionali: distorsioni cognitive, comportamenti autodistruttivi e strategie di coping.

Le distorsioni cognitive fanno riferimento a pattern di pensieri sistematici e irrazionali che influenzano la percezione, l'interpretazione e la valutazione della realtà. L'individuo giungerebbe quindi a conclusioni erranee, distorsioni nella percezione e giudizi errati, selezionando prioritariamente solo le informazioni che confermano lo schema, rifiutando invece quelle che potrebbero invalidarlo, instaurando di conseguenza dei pattern comportamentali disfunzionali e autodistruttivi all'interno dei propri rapporti interpersonali (Young *et al.*, 2003).

Le strategie di coping, invece, fanno riferimento al modo in cui un individuo gestisce un'esperienza interiore percepita come minacciosa a seguito dell'attivazione di uno SMP. Di conseguenza, le strategie di coping non rimandano al modo in cui vengono affrontate le situazioni o le circostanze esterne, che sono invece circoscritte al dominio delle risposte di coping (Arntz *et al.*, 2021). Gli SMP contribuiscono di fatto all'attribuzione di senso di determinate situazioni esterne all'individuo, motivo per cui andranno a influenzare anche le rispettive strategie di coping attivate per far fronte all'attivazione di una condizione minacciosa (Arntz *et al.*, 2021). Tali modalità si sviluppano sin dai primi stadi dello sviluppo individuale e possono fungere da meccanismi funzionali di sopravvivenza implicati nell'adattamento ai propri schemi o come strategia di evitamento delle emozioni negative che tali schemi possono scatenare (Young *et al.*, 2003). Ogni stile di coping racchiude quindi i pattern comportamentali adottati per far fronte a delle situazioni stimolo, a differenza degli schemi che al contrario sottendono ricordi, emozioni, sensazioni somatiche e pensieri della persona. Di conseguenza, ciascun individuo manifesta risposte differenziate agli schemi cognitivi a seconda del contesto situazionale e delle fasi del ciclo di vita attraversate (Young *et al.*, 2003). Gli SMP perdurano attraverso stili di coping differenti. Ciascuno di essi costituisce un diverso tipo di

adattamento agli schemi, poiché sono implicati nel fornire un certo grado di sollievo dalle emozioni originate dagli schemi stessi (Brockman *et al.*, 2023). Le modalità di coping non conservano necessariamente una stabilità costante nel corso del tempo, contrariamente agli SMP. Ciascun individuo può impiegare strategie comportamentali di coping completamente diverse, talvolta persino in contrasto tra loro (Young *et al.*, 2003). Tipicamente, i comportamenti che ne derivano impediscono l'accesso alle informazioni che altrimenti contraddirebbero le aspettative generate dagli SMP e protraggono il mancato soddisfacimento dei bisogni emotivi primari. Questo processo contribuisce così al mantenimento degli schemi e alla loro perpetuazione (Brockman *et al.*, 2023). Nel modello della ST, sono state definite tre modalità di coping maladattive. Queste ultime sono spesso automatiche, motivo per cui gli individui non prendono necessariamente decisioni coscienti a riguardo (Young *et al.*, 2003; Arntz e Jacob, 2012; Brockman *et al.*, 2023; Arntz *et al.*, 2021):

-Resa (surrender): questo stile di coping è riscontrabile in individui che si arrendono allo schema accettandolo incondizionatamente (Young *et al.*, 2003), vivendo in modo intenso, veritiero e congruente tutte le emozioni ad esso associate (Arntz e Jacob, 2012; Brockman *et al.*, 2023; Arntz *et al.*, 2021). Conseguentemente, le persone si comportano come se non esistessero alternative dal tollerare trattamenti negativi da parte degli altri (Arntz e Jacob, 2012). Continuano quindi a rivivere le situazioni che hanno contribuito all'origine degli SMP durante l'infanzia, ad esempio instaurando rapporti simili a quelli avuti con un genitore problematico (Young *et al.*, 2003). Questo meccanismo si osserva anche durante la relazione terapeutica, in cui la persona si identifica nel ruolo dell'infante e a sua volta vede nel terapeuta la figura del genitore da cui si è sentita pregiudicata (Young *et al.*, 2003).

-Evitamento (fuga): questo stile di coping consiste nel tentativo di evitare o rifuggire dall'attivazione completa degli SMP (Brockman *et al.*, 2023) ignorandoli volontariamente al fine di proteggersi da essi (Young *et al.*, 2003; Arntz e Jacob, 2012). Le condotte tipiche di questa modalità si manifestano sotto forma di ritiro sociale, distacco emotivo (Arntz e Jacob., 2012), abuso di alcol e sostanze stupefacenti, abbuffate, incontri sessuali promiscui, compulsioni alla pulizia dei luoghi domestici, lavoro compulsivo (Young *et al.*, 2003) e autolesionismo (Brockman *et al.*, 2023). Chi adotta questa strategia esprime soddisfazione nei confronti delle proprie relazioni sociali,

nonostante eviti le relazioni intime o le sfide sul luogo di lavoro (Young *et al.*, 2003). Un'ulteriore dimostrazione si verifica durante la terapia, quando il terapeuta rileva una carenza di impegno da parte del paziente, il quale si dimentica di venire alle sedute, eseguire i compiti a casa, arrivando tardi o andando via in anticipo rispetto ai tempi prestabiliti dall'iter trattamentale (Young *et al.*, 2003).

-Ipercompensazione (attacco): questa strategia di coping è basata sull'adozione di comportamenti in netto contrasto rispetto al contenuto dello SMP da parte dell'individuo (Brockman *et al.*, 2023), che arriva a percepire sé stesso come entità completamente opposta all'immagine di sé sviluppata durante l'infanzia (Young *et al.*, 2003; Arntz *et al.*, 2021). Tale modalità si basa essenzialmente sul contrattacco. Le persone che la adottano sembrano manifestare una forte sicurezza in sé stesse nel tentativo di difendersi dal dolore generato dallo schema, ma in realtà subiscono costantemente le pressioni generate da quest'ultimo che minaccia di emergere causando un profondo senso di disagio (Young *et al.*, 2003). Nella relazione terapeutica, è possibile identificare facilmente la sovracompensazione quando quest'ultimo si sente sopraffatto o addirittura minacciato dal paziente (Arntz e Jacob., 2012).

Secondo Young e collaboratori (2003), uno dei principali fattori sottostanti all'implementazione degli stili di coping è il temperamento, che svolge un ruolo ancora più rilevante rispetto agli SMP nel determinare le modalità adattive dei pazienti. Congiuntamente a ciò, viene considerata anche l'influenza del *modeling* per capire quali siano state le attitudini genitoriali più influenti nel determinare il consolidamento delle strategie di coping dell'individuo.

Come accennato in precedenza, le modalità di coping vanno distinte dalle risposte di coping. Le prime sono infatti tendenze atte ad affrontare l'attivazione degli schemi, mentre le altre fanno riferimento ai pattern comportamentali con cui tali tendenze individuali possono manifestarsi (Rafaeli *et al.*, 2010). La differenza sostanziale è che l'adozione costante di specifiche risposte di coping determina la modalità di coping che l'individuo implementa per affrontare lo schema. Le modalità di coping possono dunque considerarsi una caratteristica di tratto, ossia relativamente stabili e permanenti nell'individuo. Le risposte di coping, al contrario sono delle caratteristiche di stato, quindi disposizioni transitorie e temporanee che cambiano a seconda della situazione da affrontare (Young *et al.*, 2003). Gli stili di coping sono un elemento fondamentale per la

comprensione del modello della ST, in quanto contribuiscono a spiegare coerentemente il concetto di mode.

1.3. I Mode

Nella ST, il concetto di “mode” è utilizzato per descrivere delle configurazioni che rappresentano un momentaneo stato emotivo, cognitivo e comportamentale dell’individuo in risposta all’attivazione degli SMP, che invece rappresentano le caratteristiche più stabili della personalità (Arntz *et al.*, 2021). I mode concettualizzano stati emotivi intensi e predominanti associati a determinati schemi cognitivi. Sono transitori e possono comportare sia risposte di coping adattive che disadattive (Young *et al.*, 2003; Dadomo *et al.*, 2018). Inoltre, a differenza degli SMP, definiscono anche i pattern comportamentali e sono per lo più associati ai problemi o ai sintomi che l’individuo sta affrontando in una situazione specifica (Arntz *et al.*, 2021). Queste strutture sono state definite a seguito dei primi studi condotti con i pazienti affetti da Disturbo Borderline di Personalità. Tali individui palesavano infatti un gran numero di schemi e altrettante risposte di coping che cambiavano in maniera estremamente veloce. Si prese atto di come gli SMP e le relative risposte di coping possano attivarsi in determinati momenti e disinnestarsi in altri (Young *et al.*, 2003). Young e collaboratori (2003) dedussero di conseguenza che determinati schemi e risposte di coping tenderebbero a organizzarsi secondo una struttura gruppale che va a costituire le diverse parti della propria personalità. Furono pertanto concettualizzati 10 mode ripartiti in quattro categorie differenti: *i mode bambino*, *i mode coping disfunzionali*, *i mode genitore disfunzionale* e *i mode adulto funzionale* (Arntz *et al.*, 2021). Tali ripartizioni postulano l’esistenza di due tipologie di mode, classificate rispettivamente come mode funzionali e mode disfunzionali (Young *et al.*, 2003). Queste ultime, nello specifico, si distinguono per la presenza di SMP o risposte di coping che possono sfociare in stati di angoscia, strategie di evitamento o condotte autosabotanti, andando a esercitare un’influenza significativa sul comportamento della persona e sul proprio funzionamento emotivo (Dadomo *et al.*, 2016). Di seguito si riportano le descrizioni dei relativi mode disfunzionali e funzionali per ogni categoria.

I *Mode bambino* sono strettamente associati a SMP in cui l’individuo si trova a pensare, sentire e agire come se fosse un bambino (Arntz *et al.*, 2021) e derivano dal mancato

soddisfacimento di alcuni bisogni primari durante l'infanzia (Dadomo *et al.*, 2016). La loro struttura è caratterizzata da carenti livelli di regolazione emotiva, che possono essere esternati tramite manifestazioni di rabbia, vergogna o tristezza (Dadomo *et al.*, 2016).

La prima categoria di mode bambino è conosciuta come *Mode bambino vulnerabile* e si manifesta a partire dall'attivazione di SMP che generano sofferenza nell'individuo, oltre che dalle esperienze vissute durante l'infanzia, a cui si associano emozioni di intensa tristezza, vergogna, angoscia e paura (Brockman *et al.*, 2023; Young *et al.*, 2003).

La seconda categoria di mode bambino prende invece il nome di *Bambino arrabbiato*, che invece implica la manifestazione inappropriata di emozioni intense come rabbia, frustrazione o indignazione a causa del mancato soddisfacimento dei bisogni emotivi durante il periodo infantile. Di fatto, chi attiva questo mode non considera l'entità delle conseguenze che potrebbe derivare da un'espressione tanto aggressiva, motivo per cui avanza anche costanti pretese agli altri (Brockman *et al.*, 2023; Young *et al.*, 2003; Dadomo *et al.*, 2016).

La terza categoria di mode bambino è denominata *Bambino impulsivo* e si manifesta attraverso esternazioni impulsive e immediate dei propri bisogni in modo disordinato, senza considerare ipoteticamente gli esiti di determinate azioni nei confronti di sé stessi e degli altri (Brockman *et al.*, 2023; Dadomo *et al.*, 2016; Young *et al.*, 2003). Chi attiva questo mode risulta infatti incapace di preferire le gratificazioni a lungo termine al posto di quelle immediate (Dadomo *et al.*, 2016).

La quarta e ultima categoria dei mode bambino prende invece il nome di *Bambino felice*. Quest'ultima appartiene alla macrocategoria dei mode funzionali e fa riferimento a pattern comportamentali di un bambino complessivamente felice e soddisfatto di sé stesso e degli altri in un dato momento (Young *et al.*, 2003). Chi manifesta questo mode si sente pienamente felice, capito, amato, protetto e accettato, poiché i propri bisogni primari sono stati pienamente soddisfatti (Dadomo *et al.*, 2016; Arntz e Jacob, 2012). Si dimostra infatti completamente flessibile nell'adattamento di determinate situazioni, senza tra l'altro andare a compromettere i propri bisogni (Brockman *et al.*, 2023).

La seconda macrocategoria di mode si concentra nello specifico sui mode di coping, i quali corrispondono alle tre modalità di coping precedentemente riportate inerenti a evitamento, ipercompensazione e resa. Anche essi possono essere funzionali e disfunzionali (Young *et al.*, 2003). Nel complesso, i mode di coping disfunzionali si

caratterizzano per strategie regolative atte a generare un sollievo momentaneo, mantenendo però alti livelli di disregolazione emotiva, similmente a ciò che le branche psicanalitiche definiscono sotto il nome di *meccanismi di difesa* (Dadomo *et al.*, 2016; Dadomo *et al.*, 2018). Di fatto, gli individui percepirebbero una forma di sollievo nel breve termine, tralasciando tutte le problematiche che nel lungo termine possono inficiare il proprio funzionamento a livello soggettuale e interpersonale (Arntz e Jacob, 2012). In questa categoria di mode sono state adottate tre concettualizzazioni: *Arreso compiacente*, *Protettore distaccato* e *Ipercompensatore* (Young *et al.*, 2003).

La prima categoria di mode di coping riflette fedelmente le strategie di evitamento, le quali si concentrano, come suggerito dal nome, sull'elusione delle emozioni suscitate dall'attivazione degli SMP e dai mode disfunzionali Bambino e Genitore (Arntz e Jacob, 2012). Nel modello originale di Young (2003), è stato identificato il *Protettore distaccato*: questo mode è tipico di chi tende a distaccarsi emotivamente e psicologicamente dalla realtà per sfuggire dalle emozioni negative associate agli schemi (Brockman *et al.*, 2023) attraverso la repressione dei propri stati emotivi (Dadomo *et al.*, 2016). L'individuo si sente pertanto completamente disconnesso nei propri rapporti interpersonali (Dadomo *et al.*, 2016) sperando sensazioni costanti di vuoto, noia o depersonalizzazione (Brockman *et al.*, 2023). Di fatto, prevale l'impressione di affrontare la vita in modo apparentemente normale e automatizzato, seppur si rimanga isolati dagli altri in termini affettivi (Brockman *et al.*, 2023).

La seconda categoria di mode di coping riflette invece le modalità di ipercompensazione, che implica l'implementazione di strategie atte a controbilanciare l'attivazione degli SMP tramite la manifestazione di condotte radicali con conseguenze dannose per sé e gli altri, le quali vengono rappresentate dal mode *Ipercompensatore* (Young *et al.*, 2003). Chi manifesta questo mode si prodiga infatti a proteggere sé stesso da plausibili pericoli e minacce, che possono essere reali o scaturite dalle proprie percezioni sulla base di dettagli superflui e di un costante rimuginio (Arntz e Jacob, 2012; Dadomo *et al.*, 2016).

La terza categoria rappresentativa dei mode di coping riflette le strategie di resa ed è rappresentata esclusivamente dal mode *Arreso Compiacente*: Chi manifesta questo mode si sottomette di solito ai bisogni e ai desideri degli altri (Arntz *et al.*, 2012), palesando comportamenti tesi alla passività e al servilismo, quindi costantemente proiettati alla riscossione dell'approvazione altrui (Dadomo *et al.*, 2016). Ne consegue che la persona

arrivi a trascurare i propri bisogni per dare priorità alle esigenze altrui (Brockman *et al.*, 2023).

La terza macrocategoria di mode è stata concettualizzata come *Mode genitore*, poiché mira a rappresentare i pattern appresi a stretto contatto con le principali figure di attaccamento durante il periodo infantile (Young *et al.*, 2003). La manifestazione di questo mode tipicamente riflette l'avvenuta introiezione degli standard morali e dei comportamenti che i genitori hanno adottato nei confronti dell'individuo durante l'infanzia o l'adolescenza (Arntz e Jacob, 2012; Arntz *et al.*, 2021). Le categorie appartenenti a questa tipologia di mode sono state teorizzate rispettivamente come *Genitore Punitivo* e *Genitore Esigente* (Young *et al.*, 2003) e si caratterizzano per quanto segue:

- *Genitore Punitivo*: chi manifesta questo mode si convince di doversi sacrificare per il bene altrui prendendosene conseguentemente cura (Arntz e Jacob, 2012). Pertanto, ritiene di non dover rispondere ai propri bisogni se ciò costituisce una compromissione per gli interessi di chi ha di fianco (Arntz e Jacob, 2012). Questo mode infonde nell'individuo un'intensa paura di aver compiuto degli errori, instillando una considerazione negativa tale da suscitare sensi di colpa nei suoi confronti, solo per il fatto di serbare delle necessità e delle emozioni proprie (Dadomo *et al.*, 2016; Arntz e Jacob, 2012). Il risultato di questo pattern implica il direzionamento autoriferito dei sentimenti di rabbia e odio, talvolta al punto da condurre la persona verso l'adozione di condotte autopunitive (Dadomo *et al.*, 2016). Tali comportamenti derivano non solo da modelli genitoriali estremamente castiganti, ma anche da una "parentificazione" che ha portato l'individuo a rendersi responsabile del benessere dei propri genitori. Di fatto è possibile riscontrare questo mode in lavoratori dediti alle professioni del settore assistenziale (Arntz e Jacob, 2012).
- *Genitore Esigente*: questo mode è tipico di chi esperisce un senso di fallimento e pressioni costanti innanzi al mancato soddisfacimento delle proprie aspettative di successo su vari fronti della propria vita quotidiana (Arntz e Jacob, 2012; Dadomo *et al.*, 2016). L'individuo tende di conseguenza a fissare aprioristicamente degli standard prestazionali molto elevati con l'intento di ottenere l'approvazione altrui (Dadomo *et al.*, 2016). Chi manifesta questo mode ha alle spalle una storia

caratterizzata da figure parentali orientate al successo, i quali non influenzavano necessariamente il bambino in modo esplicito, ma trasmettevano comunque una concezione distorta in merito al direzionamento dei propri comportamenti che prevedevano il mantenimento di standard molto elevati (Arntz e Jacob, 2012).

La quarta categoria di mode è rappresentata dall'*Adulto Sano*, il quale appartiene alla categoria dei mode funzionali (Arntz *et al.*, 2021). Questo mode si caratterizza per la capacità di adattamento dell'individuo alle situazioni che lo portano ad andare incontro alle necessità del *Bambino Vulnerabile* per riuscire a esperire una propria autonomia, oltre che compassione verso sé stesso e verso gli altri (Brockman *et al.*, 2023; Dadomo *et al.*, 2016). Chi manifesta questo mode riporta una percezione identitaria integra, capace di favorire lo sviluppo di un'attitudine atta a concedere e a saper ricevere cure. Di fatto trae giovamento dall'espressione di sé e dalla connessione verso le altre persone e il mondo circostante (Brockman *et al.*, 2023). Una volta attivato riesce a interrompere il ciclo di automantenimento generato dagli schemi, apponendo un focus preferenziale verso il soddisfacimento dei propri bisogni secondo una prospettiva a lungo termine (Brockman *et al.*, 2023).

Negli anni, il contributo di diversi autori ha permesso di delineare la teorizzazione di ulteriori mode, cercando di portare avanti il lavoro iniziato da Young (2003). Di seguito si elencano le più recenti classificazioni categoriali che vanno a completare la visione di insieme delle quattro macrocategorie sopradescritte.

Nel contesto dei *Mode Bambino* e nei *Mode di Coping*, sono state apportate diverse modifiche strutturali che arricchiscono più dettagliatamente le prime teorizzazioni di Young (2003). Innanzitutto, per quanto riguarda i *Mode Bambino*, sono state apportate delle integrazioni aggiuntive per ogni suddivisione originariamente concepita da Young (2003). Pertanto, si riportano ordinatamente le nuove sottoclassificazioni dei mode *Bambino Vulnerabile*, *Bambino Arrabbiato* e *Bambino Impulsivo*.

Per il mode *Bambino Vulnerabile* sono state concettualizzate tre ulteriori sottocategorie (Dadomo *et al.*, 2016; Arntz e Jacob, 2012):

- *Bambino solo*: questo mode si caratterizza generalmente per il mancato soddisfacimento dei bisogni emotivi fondamentali durante il periodo infantile, tanto da portare l'individuo a percepirsi come solo, vuoto, socialmente inadeguato, non amato o indegno di amore (Arntz e Jacob, 2012). La caratteristica

predominante del mode è determinata da un'alta disregolazione dei livelli di tristezza (Dadomo et al., 2016).

- *Bambino abbandonato o abusato*: l'individuo sperimenta un profondo dolore emotivo e un'enorme paura di essere abbandonato o abusato (Arntz e Jacob, 2012), assumendo il portamento simile a quello di un bambino indifeso e bisognoso che esperisce sensazioni di paura e vulnerabilità (Dadomo et al., 2016). Chi lo manifesta pare quasi ritorni a uno stato infantile caratterizzato da un desiderio ossessivo di trovare una figura di riferimento che si prenda cura dei propri bisogni (Arntz e Jacob, 2012). La caratteristica predominante del mode è determinata da alti livelli di angoscia (Dadomo et al., 2016).
- *Bambino umiliato*: chi manifesta questo mode si sente incapace di gestire le proprie responsabilità, palesando forti tendenze regressive infantili e un forte desiderio di essere accuditi da qualcuno. Questi pattern sono tipici di chi non ha sviluppato adeguatamente un proprio senso di autonomia e autosufficienza. La caratteristica predominante del mode è determinata da alti livelli di vergogna (Dadomo et al., 2016).

Per la categoria del mode *Bambino Arrabbiato* sono state teorizzate invece due ulteriori sottocategorie (Arntz e Jacob, 2012; Dadomo et al., 2016):

- *Bambino ostinato*: chi manifesta questo mode tende a esperire sentimenti di rabbia senza mostrarli apertamente. Tende piuttosto a insistere in maniera ostinata nell'avanzamento delle proprie richieste, tanto da risultare irragionevole agli occhi degli altri (Arntz&Jacob., 2012; Dadomo et al., 2016).
- *Bambino furioso*: questo mode è tipico di chi prova livelli di rabbia talmente intensi da arrivare ad aggredire fisicamente le persone o a rompere gli oggetti con il solo scopo di annichilire il presunto aggressore (Dadomo et al., 2016; Arntz et al., 2012).

Infine, per la categoria del *Bambino Impulsivo* è stata sviluppata solo una sottocategoria aggiuntiva (Dadomo et al., 2016):

- *Bambino indisciplinato*: questo mode è tipico di chi non riesce a portare a termine i normali compiti noiosi o routinari e di conseguenza preferisce rinunciare anziché impegnarsi a raggiungere degli obiettivi a lungo termine (Brockman et al., 2023; Dadomo et al., 2016).

Per quanto concerne invece i *Mode di Coping*, è possibile distinguere diverse modifiche apportate attraverso l'aggiunta di diversi mode per riflettere in maniera ottimale le tre modalità di coping citate precedentemente. Pertanto, oltre al *Protettore Distaccato*, la prima categoria di mode di coping (evitamento) è stata soggetta a sviluppi che hanno portato alla creazione delle seguenti categorie (Dadomo *et al.*, 2016):

- *Protettore arrabbiato*: chi manifesta questo mode è costantemente sopraffatto da costanti flussi di rabbia e rancore che adotta per difendersi dalle persone da cui potrebbe sentirsi in un qualche modo minacciato o deriso qualora venissero mostrate le proprie vulnerabilità (Dadomo *et al.*, 2016; Brockman *et al.*, 2023), imponendo di conseguenza una distanza tra sé e gli altri (Dadomo *et al.*, 2016). Questa situazione si verifica anche in sede trattamentale in presenza del terapeuta, anche a costo di simulare delle emozioni che nel concreto non vengono realmente esperite (Arntz e Jacob, 2012).
- *Protettore evitante*: questo mode è tipico di chi tende a evitare situazioni percepite come disagiati o predittrici di malessere per paura di manifestare dei comportamenti inadeguati (Dadomo *et al.*, 2016). Questa evidenza si nota soprattutto nei casi di ritiro sociale, in cui l'individuo preferisce sottrarsi alle situazioni del mondo esterno che potrebbero implicare l'attivazione degli schemi, scatenando stati emotivi negativi (Brockman *et al.*, 2023).
- *Consolatore Compiacente*: Questo mode è tipico di chi cerca di eludere emozioni percepite come travolgenti attraverso lo svolgimento compulsivo e solitario di attività distraenti e rilassanti (Brockman *et al.*, 2023; Dadomo *et al.*, 2016). Ne consegue che le persone che lo manifestano si prodighino solitamente all'abuso di sostanze, abbuffate, binge watching, condotte sessuali promiscue, fantasie compulsive, gioco d'azzardo o workaholism (Dadomo *et al.*, 2016; Arntz e Jacob, 2012; Brockman *et al.*, 2023). Si può infatti constatare tale evidenza anche a fronte della mancanza di contatto interpersonale con il terapeuta in fase di trattamento (Arntz e Jacob, 2012).

Infine, la seconda categoria dei mode di coping (ipercompensazione), ha subito modifiche che hanno comportato l'aggiunta di sei concettualizzazioni:

- *Autoesaltatore*: chi manifesta questo mode opera solitamente in modo egoistico senza la minima considerazione empatica dei bisogni e delle esigenze altrui, credendo di essere esentato dall'ottemperanza delle regole solitamente seguite dagli altri (Dadomo *et al.*, 2016). Di fatto, mira ad accrescere il proprio status sociale, così come a ottenere ammirazione imponendo il proprio controllo sul prossimo, spesso assumendo un portamento prevaricatorio e screditante al fine di ottenere una posizione di potere all'interno della propria cerchia sociale (Brockman *et al.*, 2023). Inoltre, chi lo manifesta tende a instaurare rapporti interpersonali basati prioritariamente sull'accrescimento della propria immagine, poiché sentendosi superiore agli altri si aspetta di ricevere dei trattamenti congruenti a questo suo bisogno (Brockman *et al.*, 2023). Pertanto, le emozioni comunemente associate al mode portano a esperire rabbia qualora venisse percepita una forma di minaccia nei confronti del proprio status (Dadomo *et al.*, 2016).
- *Prepotente/Violento*: questo mode è caratterizzato da comportamenti intimidatori atti alla prevenzione strategica di plausibili minacce sul piano fisico ed emotivo da parte degli altri (Brockman *et al.*, 2023), al punto tale da sfociare anche in condotte antisociali e criminose (Dadomo *et al.*, 2016). Le emozioni solitamente associate sono infatti tendenti alla rabbia e alla soddisfazione nei confronti delle difficoltà altrui (Dadomo *et al.*, 2016).
- *Ricercatore di attenzione e approvazione*: Questo mode si manifesta in individui costantemente proiettati ad attirare e ottenere l'attenzione altrui adottando condotte inappropriate, esagerate o bizzarre. Tali pattern scaturiscono in risposta a emozioni che suscitano tristezza e senso di solitudine (Dadomo *et al.*, 2016).
- *Ipercontrollante*: A seguito delle nuove teorizzazioni sopraggiunte negli anni, questo mode è stato suddiviso in due sottocategorie, concettualizzate come *Perfezionista Ipercontrollante* e *Paranoico Ipercontrollante*. La prima è riferita principalmente a persone che tendono forsennatamente a evitare gli errori, minimizzando la probabilità di ricevere critiche, disappunti e fallimenti (Brockman *et al.*, 2023; Dadomo *et al.*, 2016). La seconda invece è rappresentativa di individui sospettosi, i quali esercitano il proprio controllo a

causa delle preoccupazioni scaturite dalla percezione di presunti intenti malevoli da parte degli altri (Dadomo *et al.*, 2016; Brockman *et al.*, 2023).

- *Imbroglione e Manipolatore*: chi manifesta questo mode attua dei comportamenti atti a manipolare gli altri, solitamente raccontando bugie e attuando condotte fraudolente al fine di ottenere ciò che vuole a scapito degli altri o per evitare di essere punito senza la minima assunzione di responsabilità (Dadomo *et al.*, 2016; Brockman *et al.*, 2023).
- *Predatore*: questo mode è caratterizzato da pattern comportamentali tipici di chi mira all'eliminazione di plausibili minacce e ostacoli rivolti contro i propri scopi, adottando di conseguenza un'attitudine estremamente razionale e priva di empatia (Dadomo *et al.*, 2016; Brockman *et al.*, 2023).

Date queste premesse teoriche, la ST presuppone un lavoro sistematico verso il corroboramento dei mode funzionali, soprattutto quello dell'*Adulto Sano*, in quanto predispone significativi livelli di regolazione emotiva che possono essere ulteriormente rafforzati grazie alle tecniche trattamentali della ST (Dadomo *et al.*, 2016; Dadomo *et al.*, 2018). L'impianto teorico della ST presuppone infatti degli interventi direttamente proiettati all'identificazione e alla correzione dei mode disfunzionali (Young *et al.*, 2003). Tuttavia, la prevalenza del mode Adulto Sano è influenzata principalmente dalla gravità della condizione psicologica dell'individuo e dal suo livello di funzionamento. Infatti, in persone con diagnosi di disturbo borderline di personalità è pressoché inesistente (Young *et al.*, 2003). Il concetto di mode è stato appositamente sviluppato in funzione del trattamento dei disturbi dell'Asse II, volto a identificare gli stati d'animo delle persone sul momento e quindi non solamente su una prospettiva a lungo termine. Tale osservazione è giustificata soprattutto se si considera l'irregolarità di frequenza nell'attivazione contemporanea di differenti SMP e delle risposte di coping (Young *et al.*, 2003). Questo meccanismo è stato riportato a seguito delle osservazioni di Young e collaboratori (2003) durante il trattamento di alcuni pazienti affetti da disturbo di personalità borderline e narcisistico, dai quali è emerso come la mole di SMP e delle risposte di coping fosse troppo elevata ai fini della riuscita prosecutiva dell'intervento, indipendentemente dalle abilità e dai livelli di esperienza dei terapeuti. I mode riflettono infatti delle impalcature non sempre coerentemente integrate nell'assetto strutturale della personalità, arrivando a operare in modo dissociato. Di fatto, maggiore sarà il livello di

dissociazione tra mode, maggiori saranno i livelli di disregolazione emotiva dell'individuo (Dadomo *et al.*, 2016).

Preso visione di questi processi, l'iter trattamentale della ST prevede l'assoluzione di diverse fasi di intervento, a partire dalla riconciliazione del paziente con i propri bisogni emotivi primari giungendo poi all'identificazione degli SMP per andare a lavorare sul controbilanciamento funzionale delle risposte di coping atte a potenziare il mode dell'Adulto Sano (Brockman *et al.*, 2023; Young *et al.*, 2003). Tale intento può essere realizzato attraverso l'instaurazione di una solida alleanza terapeutica, in cui il paziente introietta le modalità operative dell'Adulto Sano durante il lavoro di correzione degli schemi. Questo processo implica l'implementazione di tecniche esperienziali, cognitive e comportamentali adeguate, previa somministrazione di strumenti di rilevazione degli SMP. È proprio in considerazione di queste procedure che negli anni sono stati condotti degli studi contributivi dedicati alla costruzione del più importante questionario implicato nella rilevazione e nella valutazione degli schemi, conosciuto come *Young Schema Questionnaire* (YSQ; Young *et al.*, 2003).

SECONDO CAPITOLO

LO YOUNG SCHEMA QUESTIONNAIRE

2.1. Introduzione

Lo *Young Schema Questionnaire* (YSQ) è uno strumento di valutazione appositamente configurato per fornire una misurazione precisa e affidabile degli SMP, il cui utilizzo è relegato specificamente alla raccolta dei dati relativi alla vita dell'individuo in fase di anamnesi, con lo scopo di verificare il livello di influenza degli schemi nel corso del proprio vissuto (Young *et al.*, 2003). Il suo impiego è previsto a partire dalla fine della prima o della seconda seduta del percorso terapeutico tramite modalità di autosomministrazione, implicandone la conseguente restituzione al terapeuta in vista dell'incontro successivo (Young *et al.*, 2003; Rafaeli *et al.*, 2010). In seguito, ne viene tratta e mostrata un'attenta analisi dei punteggi e delle risposte fornite, in modo da permettere alla persona di esperire un'interfaccia diretta con le tematiche principali emergenti sin dalle prime fasi della terapia (Young *et al.*, 2003). La revisione del questionario è pertanto caratterizzata dalla formulazione delle ipotesi sugli schemi del paziente da parte del terapeuta, il quale andrà a condividerle e modificarle in maniera sistematica e graduale sulla base delle informazioni ricavate nel corso dei colloqui clinici, al fine di comparare gli schemi con le problematiche riportate dalla persona e con le informazioni raccolte durante l'anamnesi (Young *et al.*, 2003; Rafaeli *et al.*, 2010).

La prima versione dello YSQ è stata inizialmente concepita sotto il nome di *Schema Questionnaire* (Young e Brown 1989, citato da Young 1990) e prevedeva la misurazione di 15 schemi ripartiti in 4 domini per un totale di 123 item (citato da Young, 1990). Tuttavia, lo strumento non è mai stato soggetto a studi di validazione psicometrica (Schmidt *et al.*, 1995), successivamente condotti in una prima versione definitiva di 205 item e 16 schemi distribuiti in 5 domini (Schema Questionnaire; SQ; Young 1990; rivista nel 1991 citata da Schmidt *et al.*, 1995). Lo strumento è stato col tempo sottoposto a diverse modifiche basate sulle evidenze empiriche, che comportarono in un primo momento l'eliminazione dello SMP *Indesiderabilità Sociale* e il perfezionamento dello schema di *Inibizione Emotiva*, al quale vennero aggiunti due costrutti inerenti al concetto di *Costrizione Emotiva* e *Paura di Perdere il Controllo* (Lee *et al.*, 1999). In seguito a

queste prime modifiche, sono stati teorizzati degli schemi aggiuntivi fino a una prima costruzione definitiva dello *Young Schema Questionnaire* (Lee *et al.*, 1999; citato da Yalcin *et al.*, 2020). Nel 2003 sono state proposte due versioni del questionario tese a misurare un numero complessivo di 18 SMP.

La prima è considerata come la versione più lunga e completa con un totale di 232 item¹ (*Young Schema Questionnaire Long Form*; YSQ L-3; Young e Brown 2003; citato da Yalcin *et al.*, 2020), in quanto aderisce in maniera ottimale alla pratica clinica per l'accuratezza di rilevazione e di misurazione degli schemi in ogni singolo dettaglio (Yalcin *et al.*, 2023; Young *et al.*, 2003).

Tuttavia, nonostante la ST assuma l'esistenza degli SMP sia in popolazioni di tipo clinico che di tipo non-clinico, i più recenti studi di validazione del questionario sono ricorsi prevalentemente all'utilizzo di campioni non-clinici, evidenziando la necessità di ricorrere a campioni di tipo clinico più ampi ed eterogenei. (Yalcin *et al.*, 2020). Negli ultimi anni sono di fatto emersi diversi interrogativi che hanno portato ad avanzare plausibili modifiche sugli SMP e ulteriori nuove concettualizzazioni degli stessi. Tale mancanza di accordo tra teorici, può pertanto suscitare diversi interrogativi in merito alla validità di costrutto dello strumento e di conseguenza sui livelli di efficacia della terapia (Yalcin *et al.*, 2020).

È sulla base di queste problematiche che recentemente è stata proposta una nuova versione del questionario sotto il nome di *Young Schema Questionnaire – Revised* (YSQ-R), progettata appositamente per migliorare la misurazione degli SMP incorporando innovativi metodi statistici nella sua costruzione (Yalcin *et al.*, 2023). A differenza delle versioni S3 e L3, questo strumento è stato costruito a scopo migliorativo attraverso l'utilizzo della *Rasch analysis*, una tecnica statistica adottata per lo sviluppo di strumenti atti a restituire dei dati utili per scopi descrittivi e parametrici, oltre che per fornire delle misure di risultato finalizzate alla messa a disposizione di indicazioni clinicamente rilevanti (Boone, 2016; Boone e Noltemeyer, 2017). Da questo studio è emersa una costruzione preliminare comprensiva di 116 item volti alla misurazione di 20 SMP anziché dei 18 delle precedenti versioni (Yalcin *et al.*, 2023).

¹ L'attuale versione italiana dello YSQ-L3 (Young, 2005) è costituita sempre da 232 item atti a individuare 18 SMP.

2.2. Lo studio di Schmidt, Joiner, Young e Telch (1995)

Il primo studio sullo YSQ è stato condotto da Schmidt e collaboratori (1995), data la pregressa mancanza di validazione psicometrica dello strumento. Il lavoro ha utilizzato l'Analisi delle Componenti Principali (*Principal Components Analysis*, PCA) La ricerca è stata suddivisa in tre studi. Nei primi due, oltre alle analisi fattoriali è stata effettuata un'analisi delle relazioni complesse tra gli SMP, mentre nel terzo studio sono state condotte le analisi di validità discriminante e convergente (Schmidt *et al.*, 1995). Tutti gli item sono stati appositamente creati dal lavoro congiunto di Young e altri psicoterapeuti praticanti sulla base della loro pregressa esperienza in ambito clinico con pazienti difficili.

2.1.1. Primo studio: analisi fattoriali su un campione di studenti

Il primo studio ha coinvolto un campione di 1129 studenti universitari, suddiviso rispettivamente in due campioni. Al primo campione (201 maschi e 332 femmine) è stata somministrata la versione primitiva del questionario (*Schema Questionnaire*; SQ; Young 1990; rivisitato nel 1991; citato da Schmidt *et al.*, 1995) da 205 item totali, i quali misuravano 16 SMP primari., a gruppi formati da 40 a massimo 50 persone, per un tempo di compilazione complessivo di circa un'ora. Ogni item è stato valutato su una scala a 6 punti (1 = completamente falso; 2 = abbastanza falso; 3 = più vero che falso; 4 = abbastanza vero; 5 = molto vero; 6 = mi descrive perfettamente). Da un primo esame strutturale del questionario è stato deciso di estromettere dalle analisi statistiche un esiguo numero di item (n = 12) volte alla misurazione degli eventi di vita o dei sintomi anziché degli SMP, così da evitare ulteriori complicazioni nell'interpretazione della validità di costruito della scala utilizzata. I dati ottenuti dal primo campione sono stati sottoposti all'Analisi delle Componenti Principali con rotazione ortogonale *varimax*.

Da tale analisi sono emersi 17 fattori, 15 dei quali appartenevano ai 16 concettualizzati da Young (1991). Dai dati ottenuti non è emerso il costrutto *Indesiderabilità Sociale* (*Social Undesirability*), i cui rispettivi item sono invece stati ricombinati nei fattori Fallimento e Inadeguatezza. Allo stesso tempo, è stata comunque riportata la rilevazione di due nuovi fattori: *Preoccupazioni Economiche* (*Money Worries*) e *Paura di Perdere il Controllo* (*Loss of Control Fears*).

La convalida dei fattori è stata successivamente replicata tramite la somministrazione del questionario al secondo campione dello studio (222 maschi e 332 femmine) mantenendo lo stesso numero di item utilizzati per il primo campione, con l'obiettivo di verificare la

dimensionalità del questionario attraverso il paragone dei risultati emersi. La procedura è stata condotta sempre per mezzo dell'Analisi delle Componenti Principali con rotazione varimax. I risultati hanno riportato la replica di 13 fattori appartenenti ai 17 rilevati dalla prima somministrazione, 12 dei quali rientravano nella prima classificazione stilata da Young (1991), mentre il fattore mancante emerso inaspettatamente dalla riproduzione dell'analisi è stato classificato come *Paura di Perdere il Controllo (Fear of losing control)*. Inoltre, gli autori hanno ritenuto opportuno modificare le etichette apposte ai fattori con lo scopo di intercettare al meglio il costrutto centrale di ogni schema. In questo caso, le analisi hanno rivelato dei buoni livelli di consistenza interna, con valori oscillanti tra $\alpha = .83$ e $\alpha = .94$, attestando quindi ottimi livelli di affidabilità dello strumento.

Un'ultima analisi fattoriale è stata effettuata per misurare i fattori di ordine superiore attraverso la combinazione dei dati di entrambi i campioni di studenti (1129 in totale) e il calcolo delle correlazioni tra le sottoscale derivate dai fattori identificati dalle procedure precedenti. Il metodo adottato si è basato sempre sull'Analisi delle Componenti Principali con rotazione varimax. Da questa procedura sono emersi rispettivamente tre fattori di ordine superiore: *Distacco (Disconnection)*, *Iperconnessione (Overconnection)* e *Standard Esagerati (Exaggerated Standards)*. Il primo fattore superiore presenta delle similarità con *Instabilità-Disconnessione* di Young, con la sola differenza di includere anche *Abbandono (Abandonment)*, *Inadeguatezza (Defectiveness)*, *Deprivazione emotiva (Emotional Deprivation)*, *Sfiducia (Mistrust)*, *Inibizione emotiva (Emotional Inhibition)* e *Paura di perdere il controllo (Fear of Losing Control)*. Il secondo fattore superiore è invece molto simile a *Scarsa Autonomia (Impaired Autonomy)* di Young, con la differenza di un riscontro della dimensione *Incompetenza/Inferiorità (Incompetence/Inferiority)* nella nuova struttura. Infine, il terzo fattore superiore si compone di due fattori presenti anche nella concettualizzazione di *Gratificazione Limitata (Restricted Gratification)* di Young: *Standard Severi (Unrelenting Standards)* e *Autosacrificio (Self-Sacrifice)*. È stata inoltre posta in rilievo l'influenza del fattore *Autocontrollo Insufficiente (Insufficient Self-control)*, che ha riportato un livello di saturazione molto elevato e quasi alla stregua dei tre fattori sopraelencati.

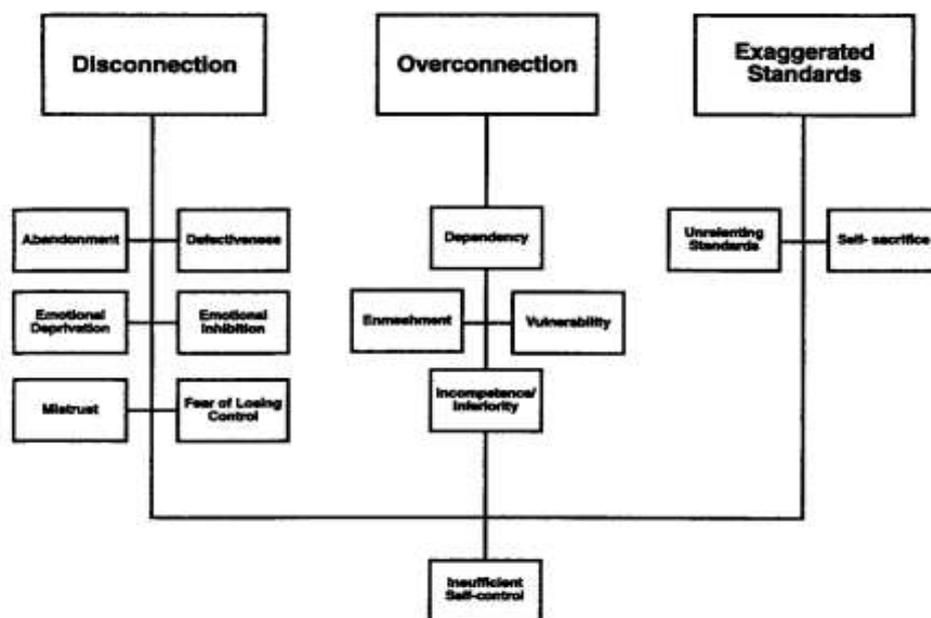


Figura 2.1. Relazione gerarchica tra SMP primari e di ordine superiore (Schmidt et al., 1995, p. 307)

Per misurare i livelli di affidabilità delle sottoscale derivate si è ricorso alla somministrazione del questionario su un piccolo campione di studenti (38 maschi e 47 femmine) ricontattati 3 settimane dopo la prima compilazione, in modo da poterne stabilire l'attendibilità *test-retest*. Le analisi hanno riportato eccellenti livelli di affidabilità dello strumento, con valori alpha compresi tra .83 e .96, congiuntamente a una gamma di coefficienti di correlazione *test-retest* con oscillazioni da $r = .50$ a $r = .82$.

2.1.2. Secondo studio: analisi fattoriali su un campione clinico

Per testare la generalizzabilità del campione di studenti, il secondo studio della ricerca è stato condotto su un campione clinico composto prevalentemente da soggetti con pregressi trattamenti psicoterapeutici e una minima parte ospedalizzata per trattamenti psichiatrici con diagnosi di disturbi appartenenti all'Asse I e all'Asse II. A ciascuno di loro è stata impartita una somministrazione preliminare del questionario in coincidenza con l'inizio dell'iter trattamentale. La versione utilizzata è stata la medesima dello studio precedente, così come la modalità di analisi che ha nuovamente attinto all'Analisi delle Componenti Principali con rotazione varimax, implicando di conseguenza la replica della modalità di somministrazione dello studio antecedente.

Dall'analisi sono emersi 15 fattori tra i 16 concettualizzati da Young, i quali hanno corrisposto ai risultati dell'analisi effettuata sul primo campione di studenti del primo studio a fronte della mancata rilevazione del fattore *Indesiderabilità Sociale (Social Undesirability)*. Tuttavia, è emerso che gli schemi individuati nel campione di pazienti non hanno subito alcuna integrazione, emergendo quindi come indipendenti a differenza di quanto riscontrato nei campioni precedentemente analizzati. Tale evidenza ha pertanto dimostrato che gli schemi sono decisamente più distinti all'interno di un contesto clinico. In aggiunta, nel campione di pazienti non è emerso il fattore *Paura di Perdere il Controllo (Fear of Losing Control)*, rilevato invece nel campione studentesco. Questi dati hanno spiegato il 53,7% della varianza totale, tenendo comunque in stretta considerazione la ridotta dimensione del campione clinico, i cui risultati sono stati interpretati in via cautelativa data la necessità di ulteriori ricerche settoriali.

2.1.3. Terzo studio: validità convergente e discriminante

La validità convergente e la validità discriminante del questionario sono state analizzate in relazione a costrutti concettualmente rilevanti, quali i tratti dei disturbi di personalità, le credenze disfunzionali legate alla depressione, l'autostima e il disagio psicologico. L'ipotesi degli autori ha inizialmente teorizzato una correlazione negativa tra SMP e tratti positivi come l'autostima, congiuntamente a una correlazione positiva tra SMP stessi e ai tratti negativi peculiari delle credenze disfunzionali e dei disturbi di personalità. A tale scopo si è attinto un piccolo campione di studenti universitari (n = 181, ai quali è stata impartita la compilazione di diversi questionari a gruppi di 30-40 persone per un'ora e mezza di tempo circa.

Oltre allo *Schema Questionnaire* per la valutazione degli SMP (SQ; Young, 1991) sono stati somministrati il *Beck Depression Inventory* (BDI; Beck *et al.*, 1979; Beck, Steer e Garbin, 1988) per la sintomatologia depressiva, la *Dysfunctional Attitudes Scale* (DAS; Beck *et al.*, 1979) per le credenze disfunzionali, il *Personality Diagnostic Questionnaire* (PDQ-R; Hyler e Rieder, 1987) per la valutazione dei disturbi di personalità, il *Positive Affectivity/Negative Affectivity Scale* per la valutazione delle emozioni positive e negative (PANAS; Watson, Clark e Tellegen, 1988), il *Rosenberg Self-Esteem Questionnaire* per i livelli generali di autostima (SEQ; Rosenberg, 1965), la *Symptoms Checklist-90-Revised* per la valutazione dei sintomi psichiatrici (SCL-90-R; Derogatis, 1983) Quest'ultima, nello specifico è appositamente configurata per la rilevazione dimensionale di nove

categorie di sintomi: somatizzazione (SOM), ossessivo-compulsivi (DOC), sensibilità interpersonale (INT), depressione (DEP), ansia (ANX), ostilità (HOS), ansia da fobia (PHOB), ideazione paranoide (PAR) e psicotismo (PSY). Inoltre, i livelli di distress associati ad ognuna di queste classificazioni sono stati misurati attraverso il *General Sensitivity Index* (GSI).

La fase di analisi si è concentrata prioritariamente sul calcolo delle correlazioni di Pearson tra la somma dei punteggi complessivi dello SQ e otto variabili criteriali scelte per misurare i livelli generali di disagio psicologico tenendo in considerazione i costrutti concettualmente rilevanti citati in precedenza. Dallo studio sono di fatto emersi dei livelli alti di correlazione tra i punteggi totali dello SQ e gli altri questionari implementati. Entrando strutturalmente nel dettaglio, sono emerse forti correlazioni tra lo SQ e i livelli generali di disagio psicologico grazie al ricorso del GSI ($r = .67, p < .0001$), mentre sono emerse correlazioni moderate dal questionario PANAS focalizzato sulle emozioni negative ($r = .40, p < .0001$). Ne è conseguito, secondo le aspettative, che lo SQ abbia presentato correlazioni significative con i livelli di ansia ($r = .47, p < .0001$ per la sottoscala dell'ansia della SCL-90-R) e depressione ($r = .59, p < .0001$ per il BDP e $r = .63, p < .0001$ per la sottoscala della depressione della SCL-90-R). Il medesimo esito è stato riscontrato anche in correlazione con i livelli attitudinali rilevati dalla DAS ($r = .60, p < .0001$). Inoltre, i livelli di autostima rilevati dal SEQ paragonati ai punteggi dello SQ hanno riportato una correlazione debole ($r = -.26, p = .001$). Successivamente, sono state condotte delle analisi di regressione lineare mettendo a confronto le scale BDI, GSI e ANX del SCL-90-R (come variabili dipendenti) con le sottoscale dello SQ, DAS e SEQ (come variabili indipendenti). Dai risultati è emerso che:

- i fattori *Dipendenza* e *Inadeguatezza* hanno spiegato il 33% della varianza osservata nei punteggi ottenuti nel BDI, con un valore di significatività $p < .01$;
- i fattori *Vulnerabilità*, *Dipendenza* e *Auto-Controllo Insufficiente* ($p < .01$) hanno spiegato il 55% della varianza osservata nei punteggi ottenuti nel GSI, con un valore di significatività $p < .01$;
- i fattori *Vulnerabilità*, *Incompetenza/Inferiorità* e *Inibizione Emotiva* ($p < .01$) hanno reso conto del 34% della varianza osservata nei punteggi ottenuti nel SCL-90-R, con un valore di significatività $p < .01$;

Parallelamente, il secondo modello è stato strutturato per misurare la validità convergente tramite un confronto tra il PDQ-R e le sottoscale dello SQ, ottenendo una forza di correlazione tra gli SMP e i tratti di personalità maladattivi altamente rilevante ($r = .71$). Inoltre, è stato effettuato un median split per dividere i partecipanti in due gruppi sulla base del punteggio ottenuto nel PDQ-R. Il gruppo “*high-PDQ-R*” ha incluso persone che hanno ottenuto punteggi superiori alla mediana del punteggio totale, mentre il gruppo “*low-PDQ-R*” ha incluso persone con punteggi inferiori alla mediana. L’obiettivo di questa procedura è stato quello di indagare l’esistenza di ipotetiche differenze significative nelle misure dello SQ tra partecipanti con tratti di personalità patologici più elevati e partecipanti con tratti di personalità patologici più ridotti. I risultati hanno successivamente rivelato che i soggetti afferenti al gruppo *high-PDQ-R* hanno ottenuto dei punteggi notevolmente alti in ciascuna delle scale dello SQ. Pertanto, lo studio ha appurato dei buoni livelli di validità convergente e discriminante dello strumento, lanciando un’ulteriore ipotesi in merito alla presenza degli SMP su campioni di popolazione non clinici e attestando risvolti futuri molto promettenti circa l’implementazione dello SQ sia a scopi terapeutici che di ricerca (Schmidt *et al.*, 1995).

2.3. Lo studio di Lee, Taylor e Dunn (1999)

Sulla base dei risultati conseguiti dallo studio di Schmidt e collaboratori (1995), Lee, Taylor e Dunn (1999) hanno configurato un disegno di ricerca atto a colmare le lacune riportate dalla prima validazione dello *Schema Questionnaire* (Young e Brown, 1991; citato da Lee *et al.*, 1999), coinvolgendo un campione clinico più ampio con lo scopo di verificare la replicabilità della struttura dello strumento. Di conseguenza, è stata effettuata un’analisi fattoriale per esaminare la struttura gerarchica degli schemi su un campione di 441 pazienti australiani (182 maschi e 251 femmine) con un’età media di 39 anni. Nel dettaglio, 221 partecipanti riportavano diagnosi afferenti all’Asse II e 135 all’Asse I. La ricerca ha previsto la somministrazione dello *Schema Questionnaire* (Young e Brown, 1991; citato da Lee *et al.*, 1999) nella versione da 205 item impostati per descrivere 16 SMP su una scala a 6 punti (1 = completamente falso; 6 = mi descrive perfettamente). Gli item sono stati sottoposti a un’analisi fattoriale esplorativa adottando il metodo dell’Analisi delle Componenti Principali con rotazione varimax. Dalle analisi sono emersi 16 schemi di cui 14 sono tra quelli concettualizzati da Young (1990).

Come nello studio di Schmidt e collaboratori (1995) non è emerso lo schema di *Indesiderabilità Sociale (Social Undesirability)*, i cui item sono confluiti nello schema di *Esclusione Sociale (Social Isolation)*. Tuttavia, a differenza dello studio precedente non è stata rilevata la presenza dello schema di *Inibizione Emotiva (Emotional Inhibition)*, rappresentato invece dai fattori *Costrizione Emotiva (Emotional Constriction)* e *Paura di Perdere il Controllo (Fear of Losing Control)*.

L'analisi dei fattori di ordine superiore è stata replicata nello stesso modo di Schmidt e collaboratori (1995), portando alla classificazione di quattro distinti fattori:

- *Mancanza di autonomia (Impaired Autonomy)*: in cui sono confluiti gli schemi di *Fallimento (Failure)*, *Invischiamento (Enmeshment)*, *Dipendenza (Dependency)*, *Sottomissione (Subjugation)*, *Vulnerabilità (Vulnerability)* e *Auto-Controllo Insufficiente (Insufficient Self-Control)*;

- *Distacco (Disconnection)*: in cui sono confluiti gli schemi di *Abbandono (Abandonment)*, *Inadeguatezza (defectiveness)*, *Costrizione Emotiva (Emotional Constriction)* e *Deprivazione Emotiva (Emotional Deprivation)*;

- *Mancanza di regole (Impaired Limits)*: in cui sono confluiti gli schemi di *Paura di Perdere il Controllo (Fear of Loss of Control)*, *Grandiosità (Entitlement)* e *Auto-Controllo Insufficiente (Insufficient Self-Control)*;

- *Ipercontrollo (Over Control)*: in cui sono confluiti gli schemi di *Standard Severi (Unrelenting Standards)*, *Auto-Sacrificio (Self-Sacrifice)*.

Successivamente, tramite il test t di Student sono state comparate le medie dei punteggi ottenuti nelle scale del questionario tra pazienti con diagnosi dell'Asse II e pazienti con diagnosi dell'Asse I, dai quali sono emerse delle similarità per entrambi i gruppi diagnostici. Valori sensibilmente più elevati sono stati riscontrati in individui con diagnosi afferenti all'Asse II, eccetto per gli schemi di *Vulnerabilità* e *Sottomissione* da cui non sono emerse differenze statisticamente significative (rispettivamente $p = .57$ e $p = .69$). Successivamente, per esaminare la struttura fattoriale del questionario, sono state applicate due differenti Analisi delle Componenti Principali utilizzando i punteggi delle scale ricavati da ciascun gruppo. Tali dati hanno confermato il modello dei 4 fattori di ordine superiore dello SQ per l'identificazione degli SMP all'interno del campione clinico utilizzato. Nello specifico, nell'analisi dell'Asse II il fattore *Autocontrollo Insufficiente* ha ottenuto maggiori livelli di associazione con il dominio *Mancanza di Autonomia* e il

fattore *Abbandono* con il dominio *Mancanza di Autonomia e Distacco*. Per quanto concerne invece l'analisi dell'Asse I, i fattori *Autocontrollo insufficiente* e *Vulnerabilità* sono confluiti maggiormente nel dominio *Mancanza di Limiti*. A fronte di queste evidenze, sono state sollevate diverse ipotesi in merito alla validità di costrutto del questionario nella valutazione dei livelli di psicopatologia nell'individuo (Lee *et al.*, 1999).

2.4. Lo studio di Saggino e collaboratori (2018)

Yalcin e collaboratori (2021) hanno evidenziato come uno dei pochi studi di validazione dello strumento sia stato condotto effettivamente da Saggino e collaboratori (2018) all'interno del contesto italiano. Secondo tali autori, le proprietà psicometriche dello YSQ sono state condotte e testate all'interno di vari gruppi linguistici, ma solo in riferimento alla sua versione breve o alle precedenti versioni della forma lunga. A fronte di tali evidenze, è stato deciso di esaminare le proprietà strutturali valutandone i livelli di affidabilità e di validità, al fine di comprendere se la struttura a 5 fattori proposta da Young (2003) fosse replicabile anche nella forma italiana. Pertanto, in questa ricerca sono stati misurati sia i livelli di affidabilità che e i livelli di affidabilità strutturale delle 18 scale rappresentative degli SMP, andando a indagare la struttura dei 5 fattori di ordine superiore emersi dai precedenti studi validativi della versione inglese.

2.4.1. Caratteristiche del campione e strumenti

Per la ricerca sono stati coinvolti 1112 partecipanti italiani con intervalli di età compresi tra i 18 e gli 89 anni. Il campione generale è stato a sua volta suddiviso in due gruppi: un gruppo clinico (N = 148) e un gruppo di non-clinico (N = 918). In particolare, il gruppo clinico ha incluso persone con diagnosi psichiatriche assegnate in riferimento agli standard della versione revisionata del *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali* (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000). La composizione campionaria ha riportato 84 partecipanti con diagnosi afferenti all'Asse I, 23 partecipanti con diagnosi afferenti all'Asse II e 31 partecipanti con diagnosi di comorbilità tra disturbi dell'Asse I e disturbi dell'Asse II., solo 10 persone non hanno riportato alcuna informazione riguardo alla propria diagnosi.

A tutti i partecipanti è stata somministrata la versione italiana dei seguenti questionari:

-*Young Schema Questionnaire Long Form 3* (YSQ-L3; Young *et al.*, 2003): questionario autosomministrato con 232 item totali atti a misurare 18 SMP. I partecipanti hanno utilizzato una scala Likert a 6 punti (da “completamente falso per me” a “mi descrive perfettamente”);

-*Teate Depression Inventory* (TDI; Balsamo *et al.*, 2014): questionario con modalità di autosomministrazione atto alla valutazione del disturbo depressivo maggiore secondo i criteri diagnostici del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Per la valutazione degli item si è ricorso all'utilizzo di una scala Likert a 4 punti (da “sempre” a “mai”);

-*State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety Trait Scale* (STICSA; Balsamo *et al.*, 2016): questionario atto alla misurazione della sintomatologia cognitiva e somatica dell'ansia di stato e di tratto con 21 item complessivi. Per la valutazione si è ricorso all'utilizzo di una scala Likert a 4 punti (da “quasi mai” a “quasi sempre”).

2.4.2. Analisi statistiche

La prima fase di analisi dei dati è stata effettuata per ottenere un quadro generale delle statistiche descrittive dei 18 SMP, in modo da valutarne la distribuzione normale attraverso il calcolo delle medie dei punteggi, le deviazioni standard e gli indici di skewness e kurtosis. Successivamente, sono stati analizzati i livelli di affidabilità dello strumento e la validità convergente. Nel primo caso, si è ricorso all'utilizzo dell'indice alpha di Cronbach (1951) per ciascuno dei due sottocampioni, accompagnato dall'implementazione della correlazione-intraclasse (ICC) per verificare i punteggi di stabilità test-retest di ciascuno SMP a seguito della prima somministrazione. La validità convergente è stata invece calcolata ricorrendo all'utilizzo dei coefficienti di correlazione di Pearson.

Una volta attuate tali procedure è stata condotta un'Analisi Fattoriale Confermativa per ciascun gruppo di riferimento. In seguito, gli autori hanno deciso di paragonare la struttura fattoriale della versione italiana con altri cinque modelli precedentemente valutati da diversi autori:

-*Modello a un fattore*: in questo modello è stata riportata l'esistenza di un solo fattore di ordine superiore entro il quale sono confluiti tutti gli SMP (Saggino *et al.*, 2017);

-*Modello a cinque fattori correlati*: questo modello assume l'esistenza di 5 fattori di ordine superiore correlati fra loro basato sugli assunti fondamentali della ST (Young *et al.*, 2003);

-*Modello a cinque fattori non correlati*: questo modello assume l'esistenza di 5 fattori senza considerarne la relazione tra fattori di ordine superiore;

-*Modello bifattoriale*: questo modello è il risultato della confluenza dei 18 SMP in un unico fattore di ordine superiore chiamato Psicopatologia (Kriston *et al.*, 2012);

-*Modello di secondo ordine*: in questo modello i 5 fattori di ordine superiore teorizzati da Young (2003) sono stati rappresentati insieme a un unico fattore generale di ordine superiore che li accomuna.

Per misurare la validità di tali modelli si è ricorso all'utilizzo di vari indici di bontà di adattamento, tra cui l'indice di Satorra-Bentler (χ^2), il ratio χ^2/df , l'indice di adattamento comparativo (CFI), l'indice di adattamento di Tucker-Lewis (TLI) e la radice dell'errore quadratico di approssimazione (RMSEA) con un intervallo di confidenza del 90%. Sono stati ritenuti accettabili tutti i modelli con $\chi^2/df < 3$, RMSEA $< .08$, CFI $> .95$ e TLI $> .95$.

Per verificare i livelli di invarianza dello YSQ-L3 tra i due sottocampioni, è stata effettuata un'Analisi Fattoriale Confermativa Multigruppo (MG-GFA) su una serie di modelli connessi tra loro a livello gerarchico. Questi ultimi hanno incluso il modello di invarianza configurazionale di base (M1), il modello di invarianza metrica (M2) e il modello di invarianza scalare (M3). Un ulteriore modello (M4) è stato utilizzato per valutare le medie dei fattori sia per il gruppo clinico che per il gruppo non clinico. Nel particolare, è stata calcolata la differenza tra i valori del Chi-quadrato di M4 con quella dei modelli M2 e M3. Ne consegue che le medie dei fattori possono essere considerate uguali tra i gruppi se il valore di tale differenza non è significativo. Per valutare la bontà di adattamento si è ricorso all'utilizzo di diversi indicatori statistici, tra cui l'indice di Satorra-Bentler (χ^2), l'indice di adattamento comparativo con intervallo di confidenza pari a 90%, l'indice Tucker-Lewis e la radice dell'errore quadratico medio di approssimazione (RMSEA). Inoltre, sono state effettuate le differenze tra i CFI per misurare i livelli di adattabilità tra i cinque modelli soprariportati e la versione italiana dello YSQ-L3. Un valore $\leq |0.01|$ suggerisce la verifica dei livelli di invarianza.

2.4.3 Risultati

I livelli di consistenza interna dello strumento sono risultati eccellenti con oscillazioni da $\alpha = .804$ a $\alpha = .921$ per il gruppo clinico e da $\alpha = .834$ a $\alpha = .941$ per il gruppo non-clinico. Anche l'ICC ha manifestato dei valori simili per ogni SMP. Inoltre, sono stati rilevati alti livelli di correlazione tra i 18 SMP con i costrutti rilevati dal TDI e dalla STICSA, sia per il gruppo clinico che per il gruppo non-clinico. I livelli di adattamento complessivo più rilevanti sono stati riscontrati dal modello bifattoriale sia all'interno del gruppo clinico che del gruppo non-clinico, nonostante alcuni fattori non abbiano presentato dei livelli di saturazione particolarmente significativi come previsto dal modello originale. Al contrario, nel modello di secondo ordine sono stati riscontrati alti livelli di saturazione all'interno dei cinque domini, sia nel gruppo clinico che nel gruppo non clinico.

Tabella 2.1. Indici fit dei modelli confrontati

CFA models	χ^2	df	χ^2/df	CFI	TLI	RMSEA	90% RMSEA	SRMR	AIC	BIC
Non-Clinical										
1F Model	1794.657	135	13.294	0.785	0.756	0.116	0.111-0.121	0.071	31151.93	31412.33
5F-Correlated model	1499.681	125	11.997	0.822	0.782	0.109	0.105-0.114	0.066	30706.75	31015.37
5F-not correlated model	3816.683	136	28.064	0.523	0.463	0.172	0.167-0.176	0.389	33932.87	34188.45
Bi-factor model	935.738	107	8.745	0.893	0.846	0.092	0.086-0.097	0.044	29862.44	30257.86
Second-order model	1527.210	130	11.748	0.819	0.787	0.108	0.103-0.113	0.068	30758.38	31042.89
Clinical										
1F model	401.318	135	2.973	0.841	0.820	0.115	0.103-0.129	0.060	5709.360	5871.209
5F-correlated model	296.916	125	2.375	0.897	0.874	0.096	0.082-0.111	0.051	5591.381	5783.202
5F-not correlated model	815.722	136	5.998	0.594	0.543	0.184	0.172-0.196	0.457	6218.797	6377.649
Bi-factor model	244.283	107	2.283	0.918	0.883	0.093	0.078-0.109	0.037	5526.267	5772.039
Second-order model	308.082	130	2.370	0.894	0.875	0.096	0.082-0.110	0.053	5598.831	5775.666

Di conseguenza, questo modello ha mostrato proprietà di misurazione più adeguate, come è possibile osservare dai valori riportati nella tabella 2.1. L'invarianza di misurazione dello YSQ-L3 è stata misurata per il modello di secondo ordine attraverso il confronto di entrambi i sottocampioni. I risultati hanno dimostrato che le differenze tra CFI sono inferiori a $|0.01|$, suggerendo che le restrizioni aggiunte al modello non hanno avuto alcun effetto significativo sul modo in cui quest'ultimo si adatta ai dati. In particolare, dato che i modelli M3 e M4 hanno riportato differenze significative, ciò ha permesso di appurare che le medie dei punteggi ricavati dai 5 domini sono state più alte nel gruppo clinico

rispetto al gruppo non-clinico. Tali risultati hanno rivelato come il questionario sia in grado di discriminare tra gli individui del gruppo clinico e gli individui del gruppo non-clinico, risultando pertanto valido ai fini della valutazione degli SMP.

2.5. Lo studio di Yalcin, Lee e Correia (2020)

A seguito dei risultati conseguiti dagli studi precedentemente descritti, lo Schema Questionnaire (SQ; Young e Brown, 1991) è stato soggetto a ulteriori revisioni che hanno sancito la creazione dello *Young Schema Questionnaire (Young Schema Questionnaire Long Form; YSQ L-3; Young e Brown 2003;)*, uno strumento comprensivo di 232 item volti alla misurazione di 18 SMP ripartiti in 5 domini, da cui poi è scaturita un'ulteriore versione breve (*Young Schema Questionnaire Short Form; YSQ S-3; Young 2005;)* configurata appositamente per favorire la conduzione delle ricerche settoriali (Yalcin *et al.*, 2020), che verrà illustrata nel paragrafo 2.7. In questo recente studio, Yalcin e collaboratori (2020) si sono concentrati sulla valutazione delle proprietà psicometriche della versione più recente dello strumento. Lo studio si è concentrato pertanto sulla valutazione dei fattori di ordine superiore della versione inglese dello strumento.

La ricerca ha coinvolto un totale di 838 persone divise in un campione clinico (N = 574) e un campione non-clinico (N = 264). Nello specifico, il campione clinico si è composto di 218 pazienti con diagnosi di Disturbo da Stress Post-Traumatico, 225 pazienti con problemi di dipendenza da sostanze e/o da alcol con comorbidità di depressione e/o ansia e 131 pazienti con disturbi depressivi, disturbi d'ansia e disturbi di personalità borderline, i quali sono stati indirizzati all'adesione di un programma di riabilitazione basato sull'utilizzo della ST per la correzione degli SMP e delle condotte disfunzionali ad esse associati.

Ai partecipanti è stato somministrato lo *Young Schema Questionnaire*, versione lunga (*YSQ-L3; Young, 2003*), comprensiva di 232 item muniti di una scala Likert a 6 punti, da “*completamente falso per me*” a “*mi descrive perfettamente*”. I punteggi di ciascun partecipante sono stati successivamente utilizzati per ricavarne le rispettive medie. Punteggi medi ≥ 4 ottenuti per ciascuno dei 18 SMP hanno indicato un livello clinicamente significativo. Il questionario ha mostrato ottimi livelli di consistenza interna, con valori alpha da $\alpha = .89$ a $\alpha = .95$ che attestano un valore medio di affidabilità globale pari a $\alpha = .93$. Lo stesso si può osservare per i valori delle deviazioni standard degli schemi di ciascun campione, i quali si trovano tutti abbondantemente al di sotto dei valori medi

dei fattori attestando quindi l'omogeneità delle risposte dei partecipanti di entrambi i campioni. Dal dataset sono emersi inoltre diversi punteggi in prossimità della soglia clinica. Gli unici schemi che hanno presentato valori clinicamente significativi sono stati *Inibizione Emotiva* all'interno del campione di pazienti con diagnosi di Disturbo da Stress Post Traumatico (4.06) e *Autosacrificio* all'interno del campione di pazienti appartenenti al gruppo di trattamento con la ST (4.06). Per quanto riguarda l'interno campione clinico, l'unico valore in prossimità della soglia critica è rappresentato dallo schema *Autosacrificio*. Non sono stati riportati invece dei valori clinicamente significativi all'interno del campione non clinico. Il campione complessivo è stato in seguito valutato con un'analisi fattoriale esplorativa attraverso il metodo degli Assi Principali (PAF) con rotazione promax, in quanto molto più precisa nell'individuazione della correlazione tra fattori (Yalcin *et al.*, 2023). Per questo studio gli autori hanno deciso di implementare un'analisi di tipo esplorativo data la scarsità di informazione circa la validità dello strumento in lingua inglese. Dall'analisi è emerso un totale di 21 fattori che hanno spiegato il 62.36% della varianza totale. Nel complesso è emersa una saturazione complessiva di 182 item su 232, in quanto i restanti 50 non sono confluiti in nessun fattore, oltre che a emergere all'interno di fattori non ipotizzati. Sono comunque emersi 16 dei 18 schemi concettualizzati da Young (2003), poiché le configurazioni strutturali di *Inibizione Emotiva*, *Punizione* e *Dipendenza/Incompetenza* sono state divise in due schemi distinti per ciascuna:

-*Inibizione Emotiva (Emotional Inhibition)*: da questo schema sono emersi due fattori caratterizzati da *Paura di Perdere il Controllo (Fear of Losing Control)* e *Costrizione Emotiva (Emotional Constriction)*, che nello specifico riflette un senso di vergogna o un disagio provato a livello emotivo;

-*Punizione (Punitiveness)*: da questo schema sono emersi due fattori che riflettono i costrutti di *Punizione verso di sé (Punitiveness Self)* e *Punizione verso gli altri (Punitiveness Other)*;

-*Dipendenza/Incompetenza (Dependence/Incompetence)*: questo schema è emerso sotto forma di due fattori atti a riflettere *Dipendenza (Dependence)* e *Incompetenza (Incompetence)*. Il primo pone riferimento all'incapacità di affrontare le situazioni senza il supporto altrui, mentre il secondo appone un focus centrato sulla credenza basilare di essere inetti o incapaci. Gli schemi di *Deprivazione Emotiva*, *Fallimento* e

Grandiosità/Pretese sono stati gli unici a rappresentare in modo completo la struttura degli item originariamente concettualizzati per l'ultima versione del questionario.

Nel complesso, l'analisi dei fattori primari ha mostrato ottimi livelli di consistenza interna, con indici alpha da .85 a .95 che certificano un valore medio di affidabilità globale pari a .91. L'analisi dei fattori primari ha rivelato invece una media di saturazione con una variazione di punteggi da .57 a .84 per una media complessiva di .72.

Date queste evidenze, la sezione successiva dell'analisi ha implicato la misurazione delle correlazioni bivariate tra i punteggi medi dei nuovi fattori sopracitati. In particolare, sono state esaminate le relazioni tra i fattori *Costrizione Emotiva*, *Paura di Perdere il Controllo*, *Punizione verso di sé* e *Punizione verso gli altri*. I risultati hanno evidenziato che i fattori *Costrizione Emotiva* e *Paura di Perdere il Controllo* manifestano tra loro moderati livelli di correlazione positiva ($r = .54, p < .001$), così come i fattori *Punizione verso di sé* e *Punizione verso gli altri* ($r = .56, p < .001$), suggerendo la loro diversità in termini statistici e qualitativi nonostante condividano delle caratteristiche simili. Al contrario, i fattori *Dipendenza* e *Incompetenza* hanno presentato significativi livelli di correlazione positiva ($r = .72, p < .001$), suggerendo similarità in termini contenutistici e qualitativi. Conseguentemente a ciò, tali fattori sono stati combinati in un unico costrutto, seguendo la concettualizzazione dello schema originale di *Dipendenza/Incompetenza* proposto da Young (2003). Queste considerazioni hanno comportato una modifica aggiuntiva del quadro strutturale del questionario, per un totale di 20 fattori.

Nell'ultima fase della ricerca, è stata eseguita la media di tutti gli item appartenenti ai 20 fattori al fine di ottenerne dei punteggi standardizzati. Successivamente, è stata condotta un'Analisi Fattoriale Gerarchica Ortogonale (HOF). La prima HOF è stata condotta interamente sul campione clinico implementando il medesimo procedimento dell'Analisi dei Fattori Primari, dalla quale è scaturita una soluzione a 4 fattori spiegando il 66% della varianza totale.

Il primo fattore HOF è stato denominato *Disregolazione Emotiva (Emotion Dysregulation)* comprensivo dei seguenti sottofattori: *Pretese/Grandiosità (Entitlement)*, *Punizione verso gli altri (Punitiveness Other)*, *Punizione verso di Sé (Punitiveness Self)*, *Paura di Perdere il Controllo (Fear of Losing Control)*, *Autocontrollo Insufficiente (Insufficient Self Control)*, *Costrizione Emotiva (Emotional Constriction)*,

Negatività/Pessimismo (Negativity/Pessimism) e Vulnerabilità ai pericoli (Vulnerability to Harm).

Tabella 2.2. Medie dei fattori HOF del campione clinico e non-clinico.

Nuovi domini	EMS	Gruppo clinico	Campione Totale
Disregolazione emotiva	Grandiosità/Pretese	.82	.81
	Punizione verso gli altri	.74	.75
	Paura di Perdere il Controllo	.70	.63
	Autocontrollo Insufficiente	.67	.61
	Costrizione Emotiva	.56	.45
	Punizione verso di sé	.42	.41
	Negatività/Pessimismo	.41	-
	Vulnerabilità ai pericoli	.41	-
Disconnessione	Deprivazione emotiva	.80	.80
	Esclusione sociale	.84	.79
	Sfiducia/Abuso	.57	.58
	Abbandono	.65	.57
	Inadeguatezza/Vergogna	.62	.56
Mancanza di autonomia/Sé poco sviluppato	Dipendenza/Incompetenza	.68	.89
	Sottomissione	.74	.63
	Fallimento	.49	.62
	Ricerca di approvazione o riconoscimento	.79	.52
	Invischiamento/Sé poco sviluppato	.60	.48
Responsabilità eccessiva/Ipercontrollo	Autosacrificio	.55	.66
	Standard severi/Ipercriticismo	.62	.59

Il secondo fattore HOF ha preso il nome di *Disconnessione (Disconnection)* e ha incluso i seguenti sottofattori: *Abbandono (Abandonment)*, *Deprivazione Emotiva (Emotional Deprivation)*, *Inadeguatezza/Vergogna (Defectiveness)*, *Sfiducia/Abuso (Mistrust/Abuse)* e *Esclusione Sociale/Alienazione (Social Isolation)*.

Il terzo fattore HOF è stato chiamato *Mancanza di Autonomia/Sé poco sviluppato* includendo i seguenti fattori: *Dipendenza/Incompetenza (Dependence/Incompetence)*, *Sottomissione (Subjugation)*, *Fallimento (Failure)*, *Ricerca di Approvazione (Approval Seeking)* e *Invischiamento/Sé poco sviluppato (Enmeshment)*.

Infine, il quarto e ultimo fattore HOF è stato denominato *Responsabilità Eccessiva/Ipercontrollo* (*Excessive Responsibility/Overcontrol*) comprensivo dei sottofattori *Autosacrificio* (*Self-sacrifice*) e *Standard Severi* (*Unrelenting Standards*).

Un'ulteriore analisi HOF è stata condotta sull'intero campione, dalla quale è emersa una soluzione a quattro fattori spiegando il 68% della varianza totale, presentando quindi delle similarità con i risultati del campione clinico. L'unica differenza è stata rivelata dalla mancanza di confluenza dei sottofattori *Negatività/Pessimismo* e *Vulnerabilità al danno* su nessun fattore specifico. Inoltre, il sottofattore *Autocontrollo Insufficiente* è confluito significativamente in *Disregolazione Emotiva*, ma anche in misura minore nel fattore *Mancanza di Autonomia/Sé poco sviluppato*. Congiuntamente, il sottofattore *Ricerca di Approvazione* è significativamente confluito nel fattore *Mancanza di Autonomia/Sé poco sviluppato* e in misura minore nel fattore *Responsabilità Eccessiva/Ipercontrollo*.

Nel complesso, questo studio ha permesso di stilare una misurazione più accurata degli SMP e dei domini contenenti gli schemi in riferimento al tipo di popolazione per cui sono stati concettualizzati. Ciò è stato possibile soprattutto grazie all'inclusione di entrambi i sottocampioni, tramite i quali sono stati identificati gli item clinicamente più significativi per ciascuno schema. Il quadro analitico dello studio ha di fatto riportato nel complesso dei risultati significativi, lasciando delle prospettive promettenti nel campo clinico e della ricerca. Di fatto, i domini emersi sono risultati in linea con le fonti scientifiche esistenti circa lo sviluppo e il mantenimento delle forme gravi di disturbo clinico, senza escludere le rispettive forme di disregolazione emotiva (Yalcin *et al.*, 2020). Tuttavia, bisogna considerare anche diverse lacune emerse. Nonostante il campione clinico sia risultato nettamente più ampio rispetto agli studi presenti in letteratura, i partecipanti coinvolti non sono comunque stati sufficienti ai fini di un'adeguata valutazione strutturale primaria dello strumento. Nel concreto è stato necessario un reclutamento tra i 4 e i 10 individui per ogni item soggetto a validazione (Terwee *et al.*, 2007;), ragione per cui è stato deciso di valutare anche l'intero campione, oltre a quello clinico. Le prospettive future vertono pertanto sulla plausibile coerenza di replicabilità tra queste tipologie di popolazioni, presa visione delle limitazioni emerse dai risultati conseguiti (Yalcin *et al.*, 2020).

2.6. La revisione di Yalcin, Marais, Lee e Correia (2021)

In poco tempo, sulla base delle evidenze raccolte in letteratura, è stata avanzata un'ulteriore proposta di revisione del questionario, con lo scopo di identificare gli item

più appropriati alla rilevazione degli SMP, sia da un punto di vista statistico che da un punto di vista clinico. A tale scopo si è ricorso all'utilizzo della *Rasch analysis*, un innovativo metodo di rilevazione statistica che possiede molte caratteristiche non adottate dal modello di analisi fattoriale. Di fatto, questa tecnica permette di valutare separatamente i livelli di aderenza degli item del questionario alle caratteristiche delle persone incluse nel campione della ricerca. In altre parole, rileva i livelli di difficoltà delle persone nel concordare con le affermazioni di una determinata scala lungo uno stesso continuum. Inoltre, l'Analisi della Funzione Differenziale degli Item (DIF) è in grado di valutare se alcuni item funzionano allo stesso modo anche a fronte di popolazioni differenti a livello di età, genere e diagnosi. Durante la costruzione e lo sviluppo di un questionario risulta quindi di estrema importanza selezionare gli item in modo accurato, così da ottenere una valutazione precisa delle variabili di interesse. Pertanto, sulla base del proposito prefissato, Yalcin e collaboratori (2021) hanno cercato di identificare le domande più adeguate per ciascuno dei 20 SMP emersi dal loro studio precedente. L'analisi di Rasch è stata pertanto applicata all'ultima versione inglese dello YSQ-L3.

2.6.1. Metodo, misure e campione

Per la conduzione dello studio è stato reclutato un campione complessivo di 838 partecipanti suddivisi in due sottogruppi comprensivi di un sottocampione clinico (N = 574) e un sottocampione di riferimento formato da partecipanti senza diagnosi. Nello specifico, il sottocampione clinico è stato eterogeneamente configurato per pazienti che frequentavano uno fra tre programmi di trattamento diurno, focalizzati principalmente su Disturbo da Stress Post-Traumatico (N = 218), alcolismo (N = 225) e tossicodipendenza e interventi di ST (N = 131). Questa fascia di persone ha inoltre riportato ulteriori diagnosi certificate, come il Disturbo Borderline di Personalità, disturbi d'ansia e depressione. Al contrario, il sottocampione non-clinico ha coinvolto partecipanti provenienti dall'ambito universitario. Tale scelta è derivata dalla necessità di poter rappresentare adeguatamente le risposte al questionario che coprono un ampio spettro di gravità per ciascuna delle sottoscale rilevate.

Lo strumento utilizzato è stato la nuova versione comprensiva di 232 item dello Young Schema Questionnaire (YSQ-L3; Young e Brown, 2003), affiancata da una scala Likert a 6 punti (da "completamente falso per me" a "Mi descrive perfettamente") volta a misurare i 20 SMP emersi dal precedente studio di Yalcin e collaboratori (2020). Ai fini della

misurazione degli SMP sono state effettuate le medie dei punteggi ottenuti dalle rispettive compilazioni fissando una soglia conservativa di 4 punti, oltre la quale è stata attestato il livello di significatività clinica dello schema (Lavergne *et al.*, 2015).

2.6.2. Analisi statistiche e analisi dei dati

all'utilizzo dell'Analisi di Rasch, con l'obiettivo di valutare la scala multidimensionale del questionario. Pertanto, considerando le funzioni di misurazione unidimensionale di questa tecnica, i 20 SMP emersi dallo studio precedente di Yalcin e collaboratori (2020) sono stati analizzati separatamente. Inoltre, l'analisi dei dati ha confermato che le scale di *Inibizione Emotiva* e *Punizione* risultano essere multidimensionali, quindi composte da diverse componenti. Nel contesto dell'analisi di Rasch, la dimensione del campione è stata calcolata considerando il numero di soglie della scala Likert² moltiplicato per il numero di elementi presenti nella stessa, che è stato a sua volta moltiplicato per 10 persone per soglia. Data la natura dei costrutti psicologici da misurare, sono stati presi in considerazione gli indicatori di natura quantitativa e qualitativa per ogni item, che riflettono rispettivamente informazioni di natura psicometrica e di rilevanza clinica (Marais *et al.*, 2019).

Il livello di affidabilità dello strumento è stato misurato attraverso il Person Separation Index (PSI), considerato come equivalente all'indice alpha di Cronbach ($\leq .5$ = poco affidabile; $\geq .9$ = altamente affidabile).

2.6.3. Livelli di congruenza generale

La valutazione dei livelli di congruenza degli item è stata valutata attraverso due misure di adattamento: la statistica residuale di adattamento degli item (IFR) e la statistica di adattamento del Chi-quadro. La prima viene utilizzata per valutare quanto ciascun item si adatti al modello di misura di Rasch. Si ricava dalla somma residuale di ogni singolo item e diviene indice di buon adattamento quando la media IFR si trova in prossimità dello 0 e la rispettiva deviazione standard in prossimità di 1. Ne consegue che uno scarso adattamento si riscontra a fronte di un residuo di congruenza significativamente maggiore rispetto agli altri item, al di fuori di un range compreso solitamente tra -2.5 e 2.5. Secondo

¹ Le soglie all'interno della Rasch Analysis rappresentano i punti critici o di transizione tra le diverse categorie di risposta all'interno di una scala di misurazione. Pertanto, se la scala Likert è a 6 punti, il numero di soglie sarà pari a 5.

il modello di Rasch, un item è considerato “sovrastimante” quando produce delle risposte tali da influenzare negativamente la misura globale della validità del questionario, mentre sarebbe “sottostimante” quando non risulta strettamente rilevante al tipo di caratteristica da misurare, talvolta presentando livelli di correlazione con altre. Essendo il valore ideale in prossimità dello 0, ne consegue che un item si rivela sovrastimante quando è inferiore a -2.5 e sottostimante a fronte di un punteggio superiore a 2.5. In questo caso, gli item sovrastimanti possono indicare dipendenza nei confronti di un altro item, mentre gli item sottostimanti misurano solitamente altre variabili rispetto a quella prevista dallo studio. Per quanto riguarda invece il Chi-quadro, la statistica ad esso associata valuta il confronto tra le risposte osservate con quelle previste sulla base del modello adottato. Se ne trae che valori significativi del Chi-quadro pari a $p < .01$ sono indicatori di una scarsa congruenza dell’item. Inoltre, è stata applicata la correzione di Bonferroni per evitare gli errori di Tipo I. L’aderenza al questionario da parte delle persone è stata misurata tramite la statistica residuale di adattamento della persona (PFR), anch’essa predittiva di un buon adattamento con la media vicino allo 0 e la deviazione standard vicina a 1.

2.6.4. Funzionamento differenziale degli item

Il funzionamento differenziale degli item rappresenta una procedura di tipo statistico impiegata per la misurazione dei livelli di dissimilarità degli item tra differenti gruppi di individui, i quali dovrebbero possedere la medesima capacità che il questionario si prefigge di valutare (Hagquist e Andrich, 2017;). Vengono pertanto valutate le divergenze nelle risposte fornite a un costrutto specifico a seconda delle caratteristiche della popolazione di riferimento. Questa tecnica è di fondamentale importanza per identificare le fallacie di validità e di equità dello strumento da somministrare per poterle correggere. Ne consegue che di fronte a un alto livello di divergenza tra gruppi, ciò potrebbe alludere a una mancata accuratezza nella misurazione, rivelando scarsi livelli di equità della variabile in questione per i componenti del campione. Il rischio è quindi di apporre delle interpretazioni errate verso i risultati del questionario, così come di discriminare determinati gruppi di persone che idealmente dovrebbero disporre comunemente di una specifica caratteristica da esso misurata. In questo studio sono specificamente stati valutati due livelli di DIF: uno per il campione generale e uno per il gruppo clinico. Per cui ogni item che ha mostrato un funzionamento differenziale è stato esaminato per stabilirne la correzione o l’estromissione sulla base dei suoi livelli di rilevanza clinica.

2.6.5. Risultati

Le analisi sui livelli di congruenza generale hanno rivelato che il questionario manifesta l'adattamento di 116 item sui 232 totali distribuiti nelle 20 sottoscale rappresentative degli SMP. Di fatto, è emerso un funzionamento differenziale sia per gli item del campione generale ($N = 9$) e del sottocampione clinico ($N = 65$) presi separatamente, sia per entrambi i gruppi comparati ($N = 30$). Una volta rimossi gli item incongruenti, il livello di affidabilità complessiva del questionario ha riportato un valore alpha pari a $\alpha = .97$ con intervalli di affidabilità da $\alpha = .57$ a $\alpha = .86$, risultando pertanto eccellente ai fini della valutazione degli SMP. L'unica sottoscala che ha riscontrato un drastico calo nei livelli di affidabilità a seguito della rimozione degli item non idonei è stata quella dello schema di *Invischiamento/Sé poco sviluppato*, poiché ha manifestato un alto livello di incongruenza tra gli item a essa appartenenti e le risposte fornite dai partecipanti, da cui è conseguita una scarsa corrispondenza tra la distribuzione dei punteggi ricavati e la distribuzione generale degli item. Se ne è inferito che per il 20.6% del campione, le affermazioni a cui hanno risposto non sono state per nulla rappresentative per la loro condizione. Inoltre, gli indici IFR di tutte le sottoscale hanno riportato un incremento significativo nei livelli di aderenza rispetto al modello di analisi di Rasch.

Inoltre, i fattori emersi dal precedente studio di Yalcin e collaboratori (2020), *Costrizione Emotiva e Paura di Perdere il Controllo*, sono stati valutati alla stregua di tutti gli altri SMP atti a rilevare un costrutto specifico, portando a riscontro dei risultati differenti. Lo schema di *Costrizione Emotiva* ha mostrato un valore alpha pari a $\alpha = .82$, rivelando ottimi livelli di consistenza interna e di aderenza degli item al modello di Rasch. Al contrario, lo schema *Paura di Perdere il Controllo* ha manifestato livelli inferiori di aderenza al modello statistico, pur mostrando un livello di affidabilità pari a $\alpha = .74$.

Ulteriori valutazioni sono state tratte sui fattori emersi dallo schema di *Punizione* del precedente studio di Yalcin e collaboratori (2020): *Punizione verso di sé* e *Punizione verso l'altro*. Il primo, nonostante la rimozione di 9 item sui 14 che lo strutturavano, ha manifestato ottimi livelli di consistenza interna per un valore di $.82$. Invece, la sottoscala *Punizione verso l'altro* ha presentando un buon livello di consistenza interna per un valore di $\alpha = .75$, a fronte di un buon livello di adattamento per quasi tutti gli item in essa contenuti.

Presa visione delle evidenze emerse dallo studio, gli autori hanno sollevato diverse questioni inerenti alla replicabilità degli studi di validazione psicometrica a livello cross-culturale, considerando che tutti quelli precedenti sono stati implementati solo presso contesti appartenenti a società occidentalizzate. Conseguentemente a ciò, è stata considerata la necessità di condurre ulteriori ricerche mirate sia al consolidamento del questionario per la valutazione ottimale degli SMP e dei disturbi riconducibili a essi, sia per metterne in luce le ipotetiche limitazioni.

Tabella 2.3. numero di item e SMP delle varie versioni del questionario

Versione YSQ	Numero di item	Numero di SMP
YSQ	205	16
YSQ-L2	205	15
YSQ-SF	75	15
YSQ-L3	232	18
YSQ-S3	90	18
YSQ-R	116	20

2.7. Lo Young Schema Questionnaire Short Form 3

La seconda versione dello YSQ viene utilizzata come forma ridotta poiché risulta più utile e gestibile per i fini di ricerca (Young *et al.*, 2003; Welburn *et al.*, 2002). Quest'ultima, nello specifico è stata sottoposta a diversi cicli di revisione caratterizzati dall'estrapolazione degli item più rappresentativi dalla lista completa di 205 item della prima versione del questionario. La prima validazione della forma ridotta ha implicato la costruzione di 75 item totali (*Young Schema Questionnaire Short Form*; YSQ-S3; Young 1998; citato da Oei e Baranoff, 2007) scelti per rappresentare accuratamente i costrutti dei 15 SMP individuati nello studio validativo di Schmidt e collaboratori (1995), comprensiva di una selezione di quelli che riscontravano i più alti punteggi di caricamento fattoriale (Schmidt *et al.*, 1995; citato da Oei e Baranoff, 2007). Seguendo le orme di questi autori, un altro lavoro di accertamento psicometrico della forma breve è stato condotto attraverso uno studio comparativo tra lo YSQ-SF e lo YSQ-LF, entrambi somministrati a un piccolo campione di donne suddiviso in un gruppo di confronto privo di noti disturbi clinici e un gruppo composto da pazienti con una diagnosi di disturbo del comportamento alimentare (DCA). A seguito delle somministrazioni di entrambi i questionari, è stato rilevato come la forma breve e la forma lunga dello strumento hanno

presentato livelli molto simili di consistenza interna, attestandone quindi l'efficacia per l'utilizzo a scopi di ricerca (Waller *et al.*, 2001). Una svolta decisiva è stata sancita dall'analisi confermativa dello studio di Welburn e collaboratori (2002) grazie a uno studio su un campione psichiatrico più eterogeneo, a seguito del quale venne attestata la compattezza della validità fattoriale dello strumento per l'utilizzo clinico e la valutazione degli SMP durante lo sviluppo e il mantenimento dei sintomi psichiatrici. Lo sviluppo della versione finale dello strumento è stato inoltre reso possibile grazie a un lavoro di ricerca sistematico, che ha visto l'implementazione di molteplici studi dedicati prevalentemente sulle grandi comunità e sui piccoli campioni clinici (Yalcin *et al.*, 2023). Attualmente, il frutto delle evidenze revisionali ha portato al consolidamento della versione più moderna del questionario, che si compone di 90 item ripartiti secondo una struttura definita dai 5 item più rappresentativi per ognuno dei 18 SMP (*Young Schema Questionnaire Short Form 3*; YSQ-S3; Young 2005; citato da Yalcin *et al.*, 2021).

TERZO CAPITOLO

LA NUOVA TEORIZZAZIONE DEL MODELLO

3.1. Stato dell'arte attuale

I più recenti e comprovati studi settoriali riportano elevati tassi di efficacia nell'utilizzo della ST su popolazioni campionarie sempre più diversificate, offrendo promettenti risvolti futuri nel campo della ricerca clinica. Di fatto, negli ultimi due decenni quest'area ha registrato notevoli sviluppi, con centinaia di studi empirici condotti a supporto della terapia da diversi scenari culturali internazionali circa il trattamento di patologie psicologiche di lunga durata (Brockman *et al.*, 2023; Arntz *et al.*, 2021). A tal riguardo, le evidenze meta-analitiche di van Dijk e collaboratori (2023) fortificano questa asserzione proprio per via del focus preferenziale apposto su un trattamento dei disturbi che consideri l'approfondimento dei problemi legati alle avversità infantili dell'individuo. Evoluzioni significative sono state ottenute in merito al costante lavoro di teorizzazione degli SMP e dei mode, soprattutto per quanto concerne l'identificazione delle principali caratteristiche delle diverse tipologie di disturbi (Bär *et al.*, 2022; Ociskova *et al.*, 2022; Bach e Bernstein, 2019; Edwards, 2022). Come già citato in precedenza, negli anni sono state specificatamente collezionate numerose evidenze di efficacia in merito allo sviluppo di mode appositi per il trattamento di diversi disturbi di personalità (Dadomo *et al.*, 2018), con un focus specifico sul disturbo borderline (Jacob e Arntz, 2013), pazienti forensi (Bernstein *et al.*, 2022) e i disturbi del cluster C (Bamelis *et al.*, 2014). Ulteriori progressi sono inoltre stati riscontrati grazie al supporto di studi sui processi di regolazione emotiva sottostanti allo sviluppo e al mantenimento dei disturbi di personalità (Dadomo *et al.*, 2016). Questo tema risulta essere in linea con i risultati ottenuti dalle ricerche delle neuroscienze affettive, secondo cui le emozioni sono indotte dall'azione congiunta di risposte soggettive, comportamentali e fisiologiche che si attivano e diminuiscono in determinati lassi di tempo (Dadomo *et al.*, 2018). Considerando inoltre che le risposte sono influenzate prevalentemente dalla salienza dello stimolo e dalle caratteristiche temperamentali dell'individuo, davanti a determinati disturbi si può notare invece un livello di espressione totalmente disallineato con le caratteristiche dello stimolo e i tratti della persona (Dadomo *et al.*, 2018). Salvo i principi appena elencati, il bisogno di

costruire un assetto teorico concettualmente chiaro rimane uno dei requisiti fondamentali per giungere a un'esplicazione coerente dei principali accorpamenti strutturali della ST (Arntz *et al.*, 2021). Parimenti, sebbene esistano diversi studi sull'adattamento cross-culturale delle psicoterapie nelle società occidentali, è stata palesata la necessità di testarne l'efficacia anche in altri contesti (Koç e Kafa, 2018). Nel caso della ST, sarebbe opportuno discutere sulle ipotetiche modalità di adattamento del modello all'interno dei contesti orientali, dove la percezione di sé è prevalentemente interdipendente e meno focalizzata su attitudini di stampo individualistico (Ayyash *et al.*, 2016). È proprio sulla base di queste riflessioni che diversi autori provenienti da scenari socioculturali differenti hanno proposto una revisione dei principi fondamentali dell'assetto teorico della terapia, in modo da contribuire marcatamente al suo sviluppo e alla sua applicazione su scala globale (Arntz *et al.*, 2021).

3.2. Lo studio di Arntz e collaboratori (2021)

Il gruppo di ricerca internazionale formato da Arntz e collaboratori (2021) ha avviato un processo di sviluppo per elaborare una nuova e dettagliata tassonomia dei modelli costituenti della ST, basata nello specifico sull'estensione della sua teoria fondamentale. Per tale scopo è stata elaborata una nuova visione di insieme sui bisogni fondamentali dell'individuo e sull'individuazione delle evidenze scientifiche a supporto di una nuova concettualizzazione strutturale dei mode, intesi come combinazioni formatesi dall'attivazione congiunta degli SMP e delle strategie di coping.

3.2.1 Valutazione e riformulazione della teoria dei bisogni fondamentali

Vista l'importanza dei bisogni emotivi fondamentali circa il consolidamento della personalità dell'individuo, il primo scopo fondamentale di riconfigurazione della ST ha implicato l'ampliamento della teoria dei 5 bisogni di base proposta in principio da Young (2003), che a detta dell'autore stesso necessita di essere ulteriormente ridefinita per conferire maggiore completezza al modello. Similmente, anche Dweck (2017) ha concettualizzato un assetto teorico rappresentativo di 7 bisogni fondamentali basati e spiegati sulla base di evidenze empiriche, adottando costrutti simili agli SMP chiamati BEAT, acronimo di *Credenze (Beliefs)*, *Emozioni (Emotions)* e *Tendenze all'Azione (Action Tendencies)*. L'autrice (2017) postula l'esistenza di tre bisogni emotivi fondamentali per lo sviluppo umano, i quali emergono già a partire dall'infanzia:

- *Accettazione (Acceptance)*: questo bisogno si riferisce al desiderio innato di essere socialmente connessi, accettati e amati dagli altri. In particolare, gioca un ruolo fondamentale nel plasmare il benessere emotivo individuale e le interazioni sociali (Dweck, 2017);
- *Predicibilità (Predictability)*: questo bisogno rappresenta la necessità di percepire un senso di ordine e comprensione nelle relazioni tra eventi e ciò che costituisce il mondo circostante, contribuendo al mantenimento del senso di orientamento e sicurezza nell'individuo (Dweck, 2017);
- *Competenza (Competence)*: questo bisogno contribuisce a mantenere il senso di realizzazione personale nell'essere umano, legato all'acquisizione di abilità necessarie per affrontare sfide, compiti e situazioni (Dweck, 2017).

Queste componenti primarie direzionano il comportamento dell'individuo verso il conseguimento dei propri obiettivi e l'elaborazione delle informazioni ottenute in rapporto col mondo esterno. Ne consegue che il loro mancato soddisfacimento risulta ostacolante verso l'assoluzione delle tappe comuni dello sviluppo individuale (Dweck, 2017). Sulla base di questi tre bisogni primari, l'autrice (2017) ha teorizzato un'espansione complementare di tre bisogni complessi corrispondenti a

- *Fiducia (Trust)*: questo bisogno rimanda alla sicurezza di poter prevedere gli accadimenti all'interno di un ambiente supportivo. Nasce dall'unione tra *Predicibilità e Accettazione* (Dweck, 2017; Moè, 2020).
- *Controllo (Control)*: questo bisogno rimanda alla necessità di avere un certo grado di previsione nel mondo, oltre che le competenze necessarie per apportare un'influenza significativa. Nasce dalla combinazione tra *Competenza e Predicibilità* (Dweck, 2017; Moè, 2020).
- *Autostima (Self-Esteem/Status)*: questo bisogno indica il desiderio sentirsi capaci e valorizzati. Nasce dall'unione tra *Accettazione e Competenza* (Dweck 2017; Moè, 2020).

Tali spinte nascono dall'intersezione dei bisogni di base e vengono ricondotte al bisogno fondamentale di *Coerenza di Sé (Self-Coherence)*, sorretto dall'unione di tutti gli altri 6 bisogni sopracitati. Quest'ultimo rappresenta specificatamente la necessità di percepirci “*psicologicamente integri e radicati*” in relazione a sé e al mondo circostante (Dweck, 2017).

Presa visione di questi insiemi teorici sui bisogni, Arntz e collaboratori (2021) hanno cercato di elaborare un modello integrativo entro il quale poter individuare i bisogni concettualizzati da Young (2003) all'interno della struttura di Dweck (2017):

- *Bisogno di protezione, stabilità, cura e accettazione*: questo bisogno include un attaccamento sicuro. Rappresenta la necessità innata dell'individuo di ricevere accettazione e sostegno da parte delle principali figure di attaccamento. Implica inoltre la necessità di agire all'interno di un'ambiente prevedibile per consentire lo sviluppo della fiducia verso i genitori e il mondo circostante. Paragonato alla tassonomia di Dweck (2017), si sovrappone ai bisogni di accettazione, predicibilità e fiducia;
- *Autonomia, senso di competenza e di identità*: questo bisogno rappresenta lo sviluppo della capacità di prendere decisioni in maniera indipendente, oltre che scoprire il mondo e risolvere i problemi. Tali abilità andrebbero a sostenere la formazione di competenze e una percezione identitaria stabile. Pertanto, si sovrappone ai bisogni di competenza, controllo e autostima teorizzati da Dweck (2017);
- *Libertà di esprimere i propri bisogni e le proprie emozioni fondamentali*: questo bisogno è direttamente connesso dall'aspettativa di accettazione da parte delle altre persone, implicando uno sviluppo delle competenze espressive da parte dell'individuo. Parimenti, una solida percezione di autostima è indispensabile per sentirsi legittimati verso l'esternazione dei propri bisogni, i quali a loro volta contribuiscono a corroborare la percezione di confidenza che la persona ha verso sé stessa. Rispetto al modello di Dweck (2017), la sovrapposizione avviene con i bisogni di accettazione, competenza e autostima;
- *Essere spontanei e giocosi*: considerando l'imprescindibilità del gioco come precursore nello sviluppo di competenze, questo bisogno si rivela sovrapponibile con il bisogno di competenza elaborato da Dweck (2017);
- *Limiti realistici e autocontrollo*: questo bisogno sottolinea l'importanza nell'apporre dei limiti atti a configurare un ambiente controllabile e dai risvolti prevedibili attraverso cui sviluppare competenze e una percezione di controllo stabile. Paragonato alla tassonomia di Dweck (2017), si sovrappone ai bisogni di predicibilità, competenza e controllo.

Le similarità riscontrate con il modello di Dweck (2017) hanno ricoperto congruamente i bisogni appartenenti alla classificazione di Young (2003) a eccezione del bisogno di Coerenza di Sé. Pertanto, se ne deduce che gli SMP da essi originati possano adeguatamente riprodurre le rappresentazioni negative che l'individuo ha di sé. La stessa cosa vale anche per i mode che scaturiscono dall'attivazione congiunta tra SMP e strategie di coping.

3.2.2. Il bisogno di Coerenza di Sé e gli SMP derivati

Secondo il modello di Dweck (2017), il bisogno di Coerenza di Sé è costituito da due caratteristiche inerenti alla propria percezione identitaria e al senso dell'esistenza. Pertanto, Artanz e collaboratori (2021) hanno proposto la teorizzazione di due SMP ad essi afferenti, rispettivamente intesi come *manca di identità coerente (lack of coherent identity)* e *manca di senso nel mondo (lack of a meaningful world)*. Il primo rappresenterebbe una raffigurazione incoerente e confusa del proprio sé, percepito come poco integrato o addirittura in modo completamente dissociato nei suoi elementi costitutivi. Il secondo schema invece rimanda a una rappresentazione del mondo esterno come qualcosa privo di significato e da cui l'individuo si sente estraniato o isolato rispetto agli eventi e alle attività che si verificano. Gli stati emotivi implicati nell'attivazione di questi SMP porterebbero a esperire sensazioni di confusione, ansia esistenziale e senso di spaesamento. Nel dettaglio, l'individuo può sperimentare una sensazione di perdita di contatto verso sé stesso o la realtà circostante, generando un profondo disagio emotivo descritto come una sorta di disfacimento a livello identitario. Nei casi più gravi, tali manifestazioni potrebbero essere predittive di sintomi dissociativi e psicotici tipici di diversi disturbi gravi, tra cui il disturbo dissociativo di personalità, il disturbo borderline, schizoide e schizotipico. Originariamente, la ST è stata sviluppata con l'obiettivo di trattare in modo adeguato i disturbi di personalità gravi, per poi estendersi efficacemente verso altre forme di psicopatologia. Di conseguenza, tali SMP rappresenterebbero una preziosa integrazione verso il perfezionamento della terapia, aumentando l'efficacia nella gestione di nuove manifestazioni dei disturbi già inclusi nel suo sviluppo iniziale.

3.2.3. Il bisogno di giustizia e lo SMP di ingiustizia

Un altro bisogno primario mancante nella classificazione di Young è il bisogno di *giustizia (fairness)*, che sostiene la necessità di percepire e sperimentare un trattamento giusto ed equo all'interno di determinati contesti di relazione sociale. Tale ipotesi è stata

avanzata prendendo in considerazione i bisogni umani fondamentali sotto una chiave di lettura evolucionistica. Di fatto, le principali teorie etologiche dimostrano come tale bisogno sia di per sé intrinseco e radicato in diverse specie animali (Brosnan e de Waal, 2014), in quanto i livelli di sensibilità all'equità e all'iniquità dipendono principalmente dalla capacità di condividere i benefici che derivano da comportamenti cooperativi. I vantaggi evolutivi sottesi a questo tipo di sensibilità implicherebbero lo sviluppo di attitudini volte a percepire l'insorgenza di trattamenti diseguali all'interno di un gruppo, contrastando ad esempio la concezione secondo cui ricevere qualcosa è sempre più vantaggioso che non ottenere nulla (Smith *et al.*, 2023). Nel contesto della ST, questo bisogno promuove la cooperazione e il mantenimento delle relazioni positive con le altre persone. Pertanto, dalla frustrazione della percezione di giustizia è stato concettualizzato lo SMP di *Ingiustizia (Unfairness)*, atto a rappresentare la combinazione tra sentimenti di indignazione, rabbia e impotenza che impediscono all'individuo di affrontare anche le più lievi forme di iniquità subite. Pertanto, tale schema dovrebbe caratterizzare principalmente chi adotta un portamento vittimistico verso determinati eventi vissuti con risentimento per via di un trattamento percepito come incongruo rispetto agli altri. Questo schema, caratterizzato da alti livelli di instabilità emotiva, rappresenta nello specifico 3 aspetti percettivi fondamentali:

- 1- la percezione di disegualianza e di mancanza di giustizia da parte del mondo e delle persone;
- 2- la percezione di ingiustizia da parte della società, concepita nella sua incapacità di correggere chi si comporta in modo scorretto;
- 3- la costante percezione vittimistica che porta a sperimentare malessere affettivo causato dall'ingiustizia subita.

In sintesi, a fronte della nuova riformulazione dei bisogni emotivi fondamentali, gli autori hanno proposto un primo cambiamento strutturale all'impianto teorico della ST aggiungendo 3 nuovi SMP ai 18 del modello di Young (2003).

3.2.4. Nuova teorizzazione sulle modalità di coping

Considerate le tre tipologie di coping descritte nel primo capitolo, Arntz e collaboratori (2021) hanno analizzato due studi condotti per validare le modalità di coping utilizzate

per affrontare l'attivazione degli SMP e per intermediare la relazione tra schemi e mode (Rijkeboer e Lobbestael, 2012; van Wijk-Herbrink *et al.*, 2018). Entrambe le ricerche hanno impiegato l'uso dello *Schema Coping Inventory* (SCI; Rijkeboer *et al.*, 2010), un questionario volto alla valutazione delle strategie implementate per fronteggiare l'attivazione di uno SMP. Dai risultati delle ricerche è emerso che la teoria originariamente concettualizzata da Young (2003) risulta adeguata alla tipologia di costrutti da rilevare. Ciononostante, l'iter revisionale di tali studi ha evidenziato come la sottoscala di *Ipercompensazione* del questionario si confonda con quella di *esternalizzazione*, che implica invece una risposta improntata alla lotta. Questa criticità ha permesso pertanto di sollevare delle discussioni circa le modalità di definizione che ruotano attorno alle strategie di coping. La prima considerazione è che, all'interno dell'assetto teorico della ST, le strategie di coping ricoprono un ruolo di gestione intrapsichica delle emozioni negative, più che i dei fattori stressogeni esterni. Questi ultimi possono comunque elicitare l'attivazione di uno SMP, che attraverso l'utilizzo di determinate strategie di coping conducono all'attivazione di un mode, che include molteplici pattern di risposta a livello comportamentale. Tuttavia, secondo gli autori le modalità di coping verso la situazione esterna sono implicate nella gestione dell'attivazione di SMP che generano preoccupazione o apprensione. La prima parte del nuovo lavoro di concettualizzazione si è concentrata prevalentemente sull'utilizzo di una terminologia più adeguata nel chiarire le strategie con cui le persone affrontano determinate situazioni. Ciò nasce dalla confusione derivata dalle interpretazioni contraddittorie legate alla terminologia comunemente utilizzata per descrivere i concetti di resa e ipercompensazione. Di fatto, il primo termine è sempre stato aprioristicamente concepito come causa diretta dei vari mode bambino, mentre il secondo è sempre stato associato a qualunque tipo di atteggiamento iracondo. Di conseguenza, ciò ha reso complesso spiegare come una modalità di resa possa associarsi coerentemente a uno stato di rabbia, ad esempio nel caso del Bambino arrabbiato. Allo stesso modo, è risultato difficile stabilire una relazione diretta tra alcuni SMP e una reazione di rabbia di fronte a una modalità di ipercompensazione. In tal caso ne sono un chiaro esempio gli schemi di Grandiosità/Pretese (Entitlement), Punizione (Punitiveness) e Standard severi/Ipercriticismo (Unrelenting Standards). Pertanto, si è deciso di sostituire e descrivere i precedenti termini nel seguente ordine:

- *Rassegnazione (Resignation)*: sostituisce il concetto di resa. Descrive il modo per cui l'individuo si arrende totalmente all'attivazione dello schema iniziando a credere che sia vero.
- *Evitamento (Avoidance)*: il termine mira a riferirsi alle strategie mentali implementate per evitare o eludere l'attivazione dello schema.
- *Inversione (Inversion)*: sostituisce il concetto di ipercompensazione. Viene utilizzato per descrivere il modo in cui una persona affronta l'attivazione dello schema convincendosi del contenuto opposto a quello realmente presentato.

3.2.5. La nuova tassonomia dei mode

Secondo il modello di Arntz e collaboratori (2021), l'attivazione di un determinato schema deriverebbe dall'esposizione a uno stimolo elicitante che, se affrontato tramite una specifica modalità di coping, porta alla manifestazione delle diverse tipologie di mode citate in precedenza. Pertanto, i mode disfunzionali scaturirebbero dall'attivazione di determinati SMP e dalle strategie utilizzate per far fronte ad una situazione. Inoltre, secondo gli autori ogni mode si caratterizza per tre elementi fondamentali di tipo *cognitivo, emotivo e comportamentale*. Di seguito se ne riporta una descrizione più approfondita:

- *elementi di tipo cognitivo*: questa componente fornisce una valutazione di tipo cognitivo, in cui uno schema può essere percepito in funzione della strategia di coping utilizzata per fronteggiarlo. Pertanto, si determina se il contenuto di uno specifico SMP è ritenuto vero (modalità di rassegnazione), se viene evitato (modalità di evitamento) o se si crede esattamente il contrario (modalità di inversione);
- *elementi di tipo emotivo*: questa componente si riferisce agli stati emotivi che sorgono in relazione a uno SMP, i quali possono essere passivamente accettati (modalità di rassegnazione), evitati (modalità di evitamento) o essere completamente opposti al suo contenuto (modalità di inversione);
- *elementi di tipo comportamentale*: questa componente indica se i comportamenti attuati dall'individuo riflettono l'accettazione dello SMP (modalità di rassegnazione), se fungono da protezione contro l'attivazione dello schema (modalità di evitamento) o se mirano a dimostrare evidenze opposte al contenuto dello schema (modalità di inversione).

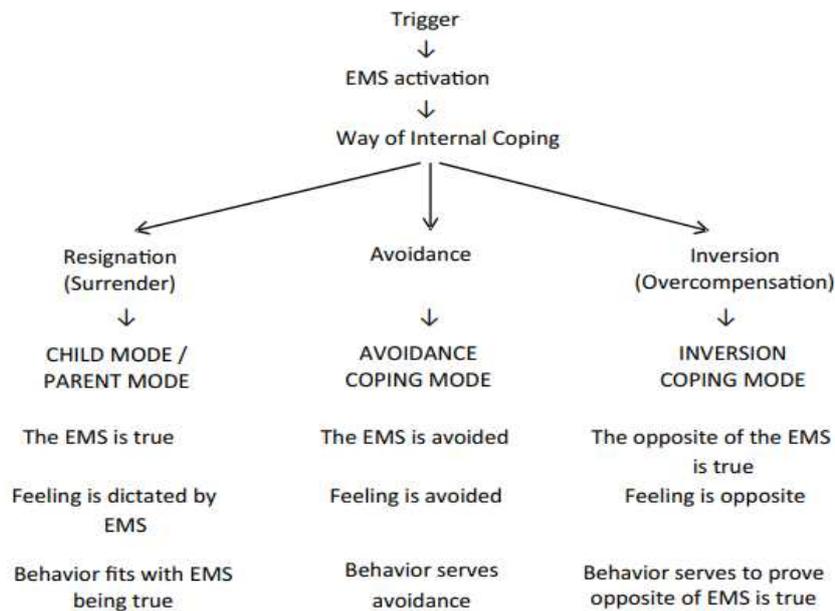


Figura 3.1. Diagramma rappresentativo del modello di Arntz e collaboratori (2021, p. 1014)

Dalla combinazione sistematica di tutti gli SMP e le 3 strategie di coping soprariportate, si possono ricavare 63 mode totali. Tale numerosità deriva principalmente dalla creazione di diverse sottocategorie che emergono dall’attivazione di un determinato schema, il quale venendo affrontato tramite le principali modalità di coping, porta alla creazione di numerosi mode. Ad esempio, qualora una persona dovesse attivare lo SMP di abbandono, utilizzando la strategia di rassegnazione manifesterebbe il mode bambino solo. Se ne deduce quindi che utilizzando una strategia di inversione davanti al medesimo schema l’individuo attiverrebbe il mode bambino arrabbiato. Di seguito, si riporta un esempio tenendo fede ai nuovi SMP secondo la rappresentazione proposta da Brockman e collaboratori (2023):

Tabella 3.1. Fase di manifestazione dei mode sulla base dell’attivazione degli SMP e delle strategie di coping associate

SMP	Bisogno insoddisfatto	Strategie di coping	Mode rilevanti
-----	-----------------------	---------------------	----------------

<p>Ingiustizia</p>	<p>Giustizia: la frustrazione di questo bisogno deriva da situazioni in cui è stata spesso negata l'opportunità di esprimere i propri punti di vista. Può verificarsi anche a fronte dell'esposizione di episodi di bullismo o trattamenti differenziali rispetto ad altre persone.</p>	<p><i>Rassegnazione:</i> l'individuo interpreta i comportamenti altrui come volontariamente ingiusti, attribuendo a determinati eventi negativi la conferma dei trattamenti ricevuti nella speranza che qualcuno risolva i problemi al posto suo</p> <p><i>Evitamento:</i> l'individuo rifiuta di instaurare legami in cui ci sia parità e fiducia reciproca</p> <p><i>Inversione:</i> l'individuo può attuare due comportamenti opposti. Da un lato si nota una tendenza a dominare e manipolare gli altri per scongiurare trattamenti malevoli, mentre dall'altro può emergere una propensione a idealizzare le altre persone in modo ingenuamente positivo senza tutelare la</p>	<p><i>Rassegnazione:</i> Bambino vulnerabile; Bambino vittimizzato; Bambino arrabbiato; Bambino impulsivo.</p> <p><i>Evitamento:</i> Protettore distaccato; Consolatore compiacente;</p> <p><i>Inversione:</i> Prepotente/Violento; Predatore; Imbroglione e manipolatore; Idealizzatore (<i>Idealizer</i>).</p>
--------------------	---	---	--

		propria persona quando necessario.	
Sé incomprensibile	Coerenza di sé: la frustrazione di questo bisogno si verifica quando la persona si sente incompleta sul piano identitario. Emerge soprattutto nelle interazioni all'interno delle cerchie sociali in cui non sente di avere un ruolo ben definito.	<i>Rassegnazione:</i> l'individuo si sente incapace di condividere le proprie opinioni, così come a trovare coerenza a livello identitario. Di conseguenza affronta il proprio lato introspettivo con superficialità; <i>Evitamento:</i> l'individuo manifesta stati dissociativi come derealizzazione e depersonalizzazione che contribuiscono a evitare la sensazione di fragilità del proprio sé. Questa modalità implica l'uso di sostanze, alcol e altre attività distraenti; <i>Inversione:</i> l'individuo si aggrappa a convinzioni errate per cercare stabilità e simula in forte senso di sicurezza. Inoltre,	<i>Rassegnazione:</i> Bambino vulnerabile; Bambino arrabbiato. <i>Evitamento:</i> Protettore distaccato; Consolatore compiacente. <i>Inversione:</i> Falsamente sicuro(<i>Pretender</i>).

		oggettivizza la propria persona e gli altri nel tentativo di trovare una propria identità.	
Mondo incomprensibile	Coerenza del mondo: la frustrazione di questo bisogno nasce da una rappresentazione del mondo priva di senso, che può condurre l'individuo a non instaurare relazioni significative o prefissare obiettivi importanti nella sua vita.	<i>Rassegnazione:</i> l'individuo vive la propria vita con distacco dagli altri e dal mondo circostante, poiché l'attivazione dello schema porta a rinunciare attivamente agli sforzi per cercare significato all'interno del proprio ambiente.; <i>Evitamento:</i> l'individuo tende a evitare volontariamente situazioni o interazioni che trova difficili da comprendere. Tali comportamenti sono motivati dalla volontà di evitare l'ansia generata dall'attivazione dello schema;	<i>Rassegnazione:</i> Bambino vulnerabile; Bambino arrabbiato. <i>Evitamento:</i> Protettore distaccato (dissociato); Consolatore compiacente. <i>Inversione:</i> Falsamente sicuro (<i>Pretender</i>)

		<p><i>Inversione</i>: l'individuo cerca di convincersi che il mondo abbia un significato, nonostante lo schema faccia percepire l'evidenza opposta. I suoi comportamenti tendono pertanto a difendersi dall'ansia e dall'idea di confusione che scaturiscono dall'attivazione dello SMP.</p>	
--	--	--	--

Ciononostante, il totale dei mode sopracitati rappresenta per lo più una stima teorica, in quanto la stima effettiva potrebbe risultare ulteriormente ampia sia per via del tipo di influenze provenienti dall'esterno che per le variazioni personali circoscritte a un determinato periodo. Inoltre, molte modalità di coping e mode bambino possono arrivare a intersecarsi con vari SMP, poiché non tutti i mode dipendono dal contenuto specifico degli schemi. Arriverebbero infatti a manifestarsi in funzione della strategia di coping utilizzata in risposta a un determinato schema. A fronte di queste considerazioni il numero di mode è stato ridotto a 40 per le seguenti ragioni:

- 1- Le strategie di coping di evitamento sono state formulate in maniera indipendente rispetto agli SMP, in quanto tali modalità sono implicate nella gestione dei pensieri e degli stati emotivi e non degli schemi. Da questa considerazione sono stati identificati 8 mode basati sul coping di evitamento;
- 2- Le sottoclassificazioni del mode bambino vulnerabile sono state raggruppate in base al bisogno emotivo fondamentale correlato agli SMP. Pertanto, sono stati identificati 7 differenti mode appartenenti alla categoria del bambino vulnerabile;
- 3- Date le loro differenze fenomenologiche, le categorie dei mode bambino risultanti dagli schemi *limiti realistici* e *autocontrollo* affrontante tramite una strategia di

rassegnazione sono state ripartite in 4 categorie indipendenti di mode, ognuna delle quali rappresenta una differente manifestazione del mode bambino in risposta ai due SMP sopracitati;

- 4- I mode bambino arrabbiato sono stati ripartiti in 4 diversi prototipi a seconda del tipo di rabbia e dell'espressione comportamentale associate a ciascun mode per rappresentare meglio tali differenze;
- 5- I mode genitore sono stati mantenuti come tali poiché già differiscono a livello intenzionale e di giudizio. Tuttavia, sono state apportate delle modifiche dal punto di vista terminologico, poiché l'impartizione di regole e norme può provenire anche da altre figure di riferimento, oltre a quelle genitoriali. Pertanto, i mode genitore esigente e genitore punitivo sono stati riconcettualizzati rispettivamente in *critico esigente* e *critico punitivo*;
- 6- I mode derivati da una strategia di inversione sono stati ripartiti rispettivamente in 6 categorie correlate a diversi SMP e 9 categorie specificatamente correlate a uno o due specifici SMP.

Ciononostante, alcuni autori dello studio hanno ritenuto che i mode bambino più esternalizzati siano il risultato di una strategia di coping basata sull'inversione in risposta all'attivazione degli SMP. Pertanto, l'attivazione degli schemi scatenerrebbe l'attivazione del mode bambino vulnerabile, a cui seguirebbe il contrasto delle emozioni difficili. Tale pattern porterebbe all'attivazione di un mode bambino esternalizzato. Al fine di validare empiricamente tale evidenza, sono state sollevate delle ipotesi concernenti diversi modelli di mediazione:

- 1- Mediazione moderata: in questo modello la relazione tra gli SMP vulnerabili e il mode bambino esternalizzato viene mediata dal coping di rassegnaione, che innanzi all'influenza di un temperamento esternalizzante provocherebbe la manifestazione del mode bambino arrabbiato. Al contrario, l'influenza di un temperamento più internalizzante porterebbe all'attivazione del bambino vulnerabile. Pertanto, secondo tale modello la comparsa di un determinato mode si verifica davanti all'influenza del temperamento della persona ricoprendo un ruolo di moderazione.
- 2- Doppia mediazione: la relazione tra gli SMP vulnerabili e il mode bambino è determinata sempre dall'influenza del coping di rassegnaione, con la differenza

che in questo caso il temperamento assume un ruolo di mediazione diretta nel determinare l'attivazione del mode.

- 3- Mediazione tramite modalità di coping differenti: in questo caso la relazione tra SMP e mode bambino esternalizzati o internalizzati è direttamente mediata da una delle tre modalità di coping, senza considerare l'influenza diretta o indiretta del temperamento come nel caso dei modelli precedenti.

Presa visione dei principali assunti teorici riformulati, il capitolo successivo andrà a descrivere sistematicamente l'intervento di validazione effettuato per rilevare al meglio i costrutti rappresentativi degli item appartenenti ai 21 SMP utilizzati per la costruzione dello *Young Schema Questionnaire Revised Plus* (YSQ-R Plus).

QUARTO CAPITOLO

IL PROTOCOLLO DI RICERCA

4.1. Introduzione

I disturbi di personalità rappresentano un problema sempre più significativo, con notevoli impatti su pazienti, famiglie e società. Si stima infatti che circa il 50% delle persone in trattamento per psicopatologie ne siano affette, spesso come diagnosi primaria o secondaria. Nonostante i costanti progressi trattamentali della ST, l'aggiornamento della sua cornice teorica è comunque necessario per giungere a una comprensione completa dei disturbi di personalità e permettere un trattamento più efficace per una vasta gamma di problemi legati alla struttura della personalità dell'individuo. Inoltre, vi è un'ulteriore necessità di studiare la validità cross-culturale dei disturbi di personalità alla base della ST e di sviluppare strumenti validi a livello cross-culturale. Recentemente, un gruppo di ricerca internazionale ha formulato delle nuove direttive teoriche riguardo alla modifica dei postulati fondamentali della ST (Arntz *et al.*, 2021), i cui punti salienti sono stati discussi nel capitolo precedente. In sintesi, questa riformulazione comprende tre elementi fondamentali: l'ampliamento degli SMP basato su considerazioni teoriche ed evidenze empiriche, la revisione delle definizioni inerenti alle modalità di coping derivanti dall'attivazione degli schemi e la formulazione di nuovi mode basata sulla teoria riformulata. Questi tre elementi fondamentali vengono spesso misurati tramite strumenti di autovalutazione, conosciuti rispettivamente come *Young Schema Questionnaire* (YSQ; Young, 2003), *Schema Coping Inventory* (SCI; Rijkeboer *et al.*, 2010) e *Schema Mode Inventory* (Young *et al.*, 2007; Lobbestael *et al.*, 2010). Nonostante tali strumenti siano stati validati in diverse lingue, il nuovo modello teorico ne richiede sia la revisione che l'estensione. A tal fine, è stato avviato un progetto su scala internazionale che coinvolge diversi gruppi che andranno a creare, tradurre e validare degli item sulla base delle nuove direttive teoriche dello studio. Nello specifico, sono stati sviluppati item relativi ai 3 nuovi SMP, alle sottoscale preesistenti di alcuni SMP, ai 3 mode di coping disfunzionali e ai nuovi mode.

4.1.1. Definizione delle domande di ricerca

Le domande di ricerca sono state formulate considerando la nuova concettualizzazione teorica della ST di Arntz e collaboratori (2021), il contesto di riferimento, la popolazione target a cui verrà somministrato il questionario e le sue proprietà psicometriche atte alla rilevazione dei costrutti di interesse. In generale, lo studio si pone l'obiettivo di testare la nuova teorizzazione della ST delineata nel capitolo 3. Di conseguenza, nel contesto di questa ricerca si propone di andare a valutare le nuove tassonomie del modello al fine di verificare l'invarianza cross-culturale tra schemi, mode e strategie di coping. Nello specifico, si propongono invece diversi quesiti in linea con lo stato dell'arte attuale:

- 1- Valutare i livelli di coerenza interna di ciascuna sottoscala: questo passo implica sia la selezione di gruppi di item che rappresentino in modo adeguato un dato costrutto, sia l'analisi delle correlazioni tra questi item per determinare se il costrutto di interesse è misurato in modo coerente in tutte le lingue considerate nel progetto;
- 2- Accertarsi che ciascuna sottoscala sia unidimensionale: questo processo richiede la scelta di item rilevanti per ciascun costrutto di interesse, oltre che verificare che ogni parte del questionario si concentri esclusivamente su una sola dimensione dello stesso, senza includere altri item che rappresentino aspetti differenti o simili;
- 3- Esaminare le correlazioni tra le diverse sottoscale del questionario³: questa parte è necessaria per valutare il grado di associazione tra le diverse sezioni del questionario al fine di assicurare che siano il meno correlate possibile. Ciò implica che ciascuna sezione dovrebbe misurare aspetti differenti al fine di evitare possibili ambiguità durante l'interpretazione dei dati;
- 4- Realizzare le prime verifiche empiriche dei modelli di relazione tra SMP, strategie di coping e mode.

³ Queste sottoscale verranno ulteriormente analizzate in un secondo studio internazionale per testarne la validità tramite la somministrazione a un campione di popolazione più ampio.

4.1.2. Cronologia globale

Il piano di lavoro prevede una sequenza di attività articolate nel corso di cinque anni. Nel primo anno, il focus della ricerca verterà sullo sviluppo della prima versione del questionario. Nel secondo anno verranno affrontate le sperimentazioni sul campo con le annesse revisioni qualora dovessero essere necessarie. Congiuntamente, verrà creato un sistema di acquisizione e archiviazione dei dati. Il terzo anno sarà dedicato alla raccolta dati su un campione più ampio di partecipanti, mentre nel quarto ci si concentrerà sull'analisi e la restituzione dei risultati ottenuti dalla validazione cross-culturale. Infine, il quinto anno verrà dedicato all'analisi e alla restituzione dei questionari riconfigurati sulla base del nuovo modello teorico di Arntz e collaboratori (2021). Parallelamente, si provvederà a lanciare un sito web per metterli a disposizione in diverse lingue.

4.1.3. Parametri principali e secondari

Gli strumenti principali che verranno utilizzati per lo studio saranno lo *Young Schema Questionnaire revised plus* (YSQ-R plus; Arntz *et al.*, 2022), lo *Schema Coping Inventory* (SCI; Rijkeboer *et al.*, 2010) e lo *Schema Mode Inventory 3* (SMI-3; Young *et al.*, 2007). A scopo descrittivo, verranno richieste le informazioni demografiche basilari inerenti a età, genere, status socioeconomico, istruzione e stato di salute. A coloro che rientreranno nel gruppo clinico verrà chiesto di riportare il tipo di diagnosi psichiatrica all'interno delle seguenti categorie primarie: disturbi d'ansia, disturbo da stress post-traumatico, disturbi alimentari, ADHD, disturbi di personalità, disturbi psicotici. È stata dedicata inoltre la categoria "altro" qualora le persone avessero diagnosi non rappresentabili all'interno dei gruppi appena citati.

4.1.4. Procedure di somministrazione e raccolta dati

I dati saranno raccolti tramite l'utilizzo della piattaforma Qualtrics. Per ciascuna categoria linguistica coinvolta verrà creata una versione ad hoc del questionario. Ai partecipanti verrà chiesto di accedere alla compilazione selezionando un link apposito, a seguito del quale sarà presentata un'informativa inerente agli obiettivi dello studio, la modalità di partecipazione e le leggi a tutela della privacy e dei diritti riportati nel consenso informato. Ciascun partecipante verrà successivamente informato sulla possibilità di scaricare un rapporto contenente i risultati delle proprie valutazioni ai questionari. Al suo interno verrà comunque chiarito che alcune delle valutazioni si basano su scale ancora in fase di sperimentazione, in quanto non ancora validate dal punto di vista psicométrico. I

partecipanti verranno informati che, qualora dovessero interrompere la compilazione prima del completamento del questionario, avranno la possibilità di riprenderla entro un periodo massimo di 14 giorni. I dati anagrafici potranno essere raccolti previo consenso alla partecipazione, a cui seguirà la somministrazione delle nuove versioni dello YSQ, dello SCI e dello SMI. Solo al termine di questa fase sarà concessa la possibilità di scaricare il resoconto personale dei punteggi.

4.1.5. Consenso informato

I partecipanti saranno adeguatamente informati sugli scopi della ricerca, nonché sulle procedure di compilazione e le misure a tutela dei loro diritti e della loro privacy. Il formato verrà interamente presentato su Qualtrics. Una volta lette tutte le note informative contenute in un documento separato verrà richiesta l'approvazione alla partecipazione. Inoltre, sarà sottolineato che la cancellazione dei dati dopo il periodo di sospensione di 14 giorni dalla compilazione è necessario per ragioni di privacy. Verrà spiegato che il rapporto con le valutazioni personalizzate sarà condivisibile col proprio terapeuta. Ciò significa che i partecipanti potranno scaricarlo gratuitamente e decidere se desiderano mostrarlo durante la terapia o se preferiscono mantenerlo privato, ad esempio per motivi di interesse personale. I dati forniti ai ricercatori non saranno in alcun modo collegati alle informazioni di contatto, mantenendo quindi l'anonimato. Da ciò ne consegue che i responsabili dello studio non potranno cancellare i punteggi riportati, in quanto l'identità di chi li ha forniti è completamente sconosciuta.

4.1.6. Diffusione e implementazione

I risultati dello studio saranno resi noti all'interno della comunità scientifica tramite l'apposita pubblicazione in riviste scientifiche del settore. Le nuove evidenze che emergeranno saranno inoltre documentate nei manuali dedicati all'approfondimento della ST. Lo scopo ultimo del progetto verte sulla convalida delle nuove versioni dei questionari all'interno dei contesti culturali di riferimento. Ciò sarà possibile solo grazie al reclutamento di un campione più ampio e dall'utilizzo di strumenti di valutazione psicodiagnostica per valutare la validità esterna. Alla fine della validazione, verranno messe gratuitamente a disposizione del pubblico le nuove versioni dei questionari nei siti web della *International Society of Schema Therapy* (ISST) e delle associazioni internazionali di ST.

4.1.7. Strumenti

Per valutare mode, modalità di coping e SMP verranno utilizzati lo *Schema Mode Inventory 3* (SMI-3), lo *Schema Coping Inventory* (SCI) e lo *Young Schema Questionnaire revised plus* (YSQ-R plus). Quest'ultimo è stato ottenuto dalla combinazione strutturale tra gli item dello YSQ-R e dello YSQ-S3. Essendo questo strumento ancora in fase di costruzione, verranno descritti dettagliatamente i lavori implicati nella sua validazione nel capitolo 5. Le proprietà psicometriche analizzate nei principali studi sulle sue precedenti versioni sono state riportate nel capitolo 2.

4.2. Analisi statistiche

Verrà effettuata un'analisi fattoriale confermativa per le sottoscale rappresentative di ciascuno SMP, in modo da valutare i livelli di saturazione dei singoli item e l'unidimensionalità della sottoscala di appartenenza. In seguito, verranno esaminate le differenze di influenza legate alla lingua e alla cultura di appartenenza attraverso l'analisi dell'invarianza delle proprietà strutturali del questionario. La fase successiva verterà sulla selezione degli item per valutare i livelli di consistenza interna di ciascuna sottoscala. Successivamente, verrà effettuato un confronto tra il campione clinico e non-clinico per esaminare la *validità del gruppo noto* (*know-group validity*), utilizzata per valutare la validità dello strumento di misurazione. Inoltre, verrà esaminata anche l'influenza delle strategie di coping in relazione all'attivazione degli SMP. Nell'ottica di un'analisi più approfondita, verrà implementata un'ulteriore analisi delle scale basata sul modello di Rasch, finalizzata a esaminare le proprietà psicometriche dello strumento e a identificare eventuali aspetti volti al suo miglioramento. In particolare, questo approccio di analisi mirerebbe a misurare direttamente i costrutti di interesse del questionario e a calibrare gli item in modo che riflettano accuratamente la gravità degli SMP. Pertanto, seguendo il disegno di ricerca precedentemente discusso di Yalcin e collaboratori (2021), questa tipologia di analisi sarà impiegata per misurare diversi aspetti, tra cui:

- Unidimensionalità: questo tipo di caratteristica permetterebbe di verificare se gli item all'interno di ciascuna sottoscala misurano un unico costrutto inerente al contenuto di riferimento. Ciò è essenziale per garantire che il questionario fornisca una misurazione coerente e affidabile degli schemi;

- Affidabilità: verrà utilizzato il *Person Separation Index* (PSI) per valutare l'affidabilità di ciascuna scala. Tale indice fornirà informazioni circa la consistenza interna dello strumento, in modo da garantire la precisione delle scale;
- Analisi dei livelli di fit degli item: questa misurazione consentirà di identificare gli item che potrebbero non adattarsi in modo appropriato alle sottoscale. Ciò permetterà di valutare se gli item inclusi possono rappresentarle sia dal punto di vista clinico che psicometrico. Ne consegue che tutti gli item che se ne discostano potranno essere rivisti o omessi dal questionario;
- Funzionamento differenziale degli item: questa analisi sarà condotta per esaminare le possibili differenze nelle risposte tra il gruppo clinico e il gruppo non-clinico. Ciò contribuirà a valutare la validità delle misurazioni rispetto a contesti differenti di tipo clinico e socioculturale, in modo da poter perfezionare la costruzione dello strumento per il suo futuro impiego a livello internazionale.

Nel prossimo capitolo, si andrà a descrivere il lavoro di validazione condotto dal settimo gruppo di lavoro con particolare focus sul contesto italiano.

4.3. Risultati attesi

Come già evidenziato dallo studio di Yalcin (2021), l'utilizzo dell'analisi di Rasch offre l'opportunità di esaminare in modo dettagliato la struttura e la validità del questionario. Alla luce delle nuove direttive teoriche di Arntz e collaboratori (2021), si mira inoltre a fornire una comprensione più approfondita dei bisogni associati agli schemi. In termini di risultati attesi, ci si prefigge quanto segue:

- 1- Validità delle sottoscale specifiche: ci si aspetta che l'analisi di Rasch confermi l'unidimensionalità e l'affidabilità delle sottoscale. Ciò garantirà che ogni sottoscala sia in grado di riflettere in modo accurato e affidabile il costrutto specifico a cui è associata;
- 2- Coerenza interna delle sottoscale: si prevede di ottenere elevati indici di coerenza interna, indicati dal *Person Separation Index* (PSI). Questo suggerirà una forte affidabilità delle sottoscale, fornendo evidenze chiare sulla robustezza delle misure. Tuttavia, va considerato che con le nuove sottoscale potrebbero essere necessari più cicli di somministrazione prima che gli item siano definitivamente

- validati. Pertanto, non è scontato ottenere fin da subito dei buoni livelli di consistenza interna;
- 3- Analisi dei livelli di fit degli item: da questo tipo di misurazione ci si aspetta di individuare una buona adattabilità degli item alla struttura generale del questionario. Questo suggerirà che gli item selezionati rappresentano in modo accurato i concetti chiave associati alle rispettive sottoscale. In questo modo, i risultati confermeranno la coerenza e la validità clinica e psicométrica della struttura delle sottoscale. Tuttavia, è possibile che alcuni item possano non adattarsi bene al modello di Rasch, poiché ancora in fase di sviluppo rispetto a quelli di lunga data che sono passati sotto molteplici cicli di revisione;
 - 4- Validità clinica: si prevede di scoprire che le sottoscale mostrino delle correlazioni significative con sintomi e comportamenti clinicamente rilevanti. Ulteriori accorgimenti potrebbero essere necessari;
 - 5- Funzionamento differenziale degli item: con questa misurazione si prevede di osservare differenze significative nelle risposte agli item tra il gruppo clinico e il gruppo non-clinico all'interno del contesto socioculturale italiano. In questo modo si potranno ottenere i dati necessari per stabilire nello specifico quali sottoscale hanno maggiore rilevanza nel contesto italiano rispetto ad altri assetti socioculturali. Questa analisi permetterà inoltre di comprendere meglio la validità delle sottoscale, riconoscendo le peculiarità culturali e la pertinenza dei costrutti nelle diverse realtà.

Tali risultati contribuiranno quindi a confermare la validità clinica delle diverse sottoscale, fornendo una base solida per l'applicazione di queste misure nella pratica clinica e nella ricerca avanzata sulla ST.

4.4. Procedura

Il progetto è stato implementato e coordinato da un gruppo di ricercatori olandesi ha istituito un consorzio internazionale coinvolgendo 53 professionisti tra clinici e ricercatori esperti nell'utilizzo della ST e nella validazione psicométrica di questionari. Gli individui elencati come autori principali del progetto costituiscono il Gruppo di Ricerca Centrale. Tra questi ne fanno parte Arntz, Rijkeboer, Mamali e Molenaar.

Questo gruppo guida vari sottogruppi (definiti gruppi di lavoro) formati da membri del consorzio, che si sono concentrati su compiti specifici, come la stesura di item per le sottoscale specifiche dei questionari YSQ-R Plus, SCI (Rijkeboer, Lobbestael, Arntz e van Genderen, 2010) e SMI-3.

In totale sono stati coinvolti collaboratori provenienti da più di 25 paesi coinvolgendo oltre 31 lingue differenti con lo scopo di raccogliere dati sufficienti a valutare l'omogeneità interculturale dei costrutti di interesse. Questa struttura stratificata ha permesso di fatto una collaborazione su larga scala. Dopo aver esaminato le prime bozze dei documenti di ricerca, verrà raccolto il set finale di dati in ciascun Paese da parte dei membri del consorzio⁴. L'assistenza e la consulenza nelle analisi statistiche verrà fornita da un esperto specializzato. Ogni membro del consorzio fornirà le proprie osservazioni sulle bozze dei testi relativi alle ricerche. Nelle fasi successive della ricerca, la gestione dei dati sarà centralizzata utilizzando le strutture dell'Università di Amsterdam, previa approvazione del comitato etico locale e verifica delle conformità delle leggi europee sulla protezione dei dati.

Lo studio ha preso il via seguendo le direttive di un breve documento introduttivo mirato al supporto dei gruppi di lavoro nello sviluppo delle nuove sottoscale dei nuovi SMP, dei nuovi mode e delle nuove strategie di coping. Di seguito si riportano le fasi principali riguardo ai principali processi di validazione degli item.

4.4.1. Composizione dei gruppi di lavoro

Il Gruppo di Ricerca Centrale ha diversificato il più possibile ciascun gruppo di lavoro sia a livello linguistico che culturale. I gruppi sono stati costruiti in modo eterogeneo e diversificato in termini di genere, lingua, cultura, esperienze cliniche e di ricerca. In questi gruppi hanno collaborato i rappresentanti di 31 lingue. È stato incluso almeno un madrelingua o una madrelingua inglese in ciascun gruppo. Tale scelta è stata motivata dalla rilevanza dell'inglese all'interno del progetto, in quanto lingua centrale per le attività di traduzione. Nei gruppi di lavoro dedicati alla creazione di specifiche sottoscale, sono stati selezionati dei professionisti esperti in tali discipline. Questa procedura è stata fondamentale per gestire le sottoscale che potrebbero sovrapporsi durante l'analisi.

⁴ Tutti i documenti relativi alle traduzioni degli item o alle traduzioni del questionario sono stati condivisi in modo sicuro tramite software di *file-sharing*.

Pertanto, i set di sottoscale con potenziale sovrapposizione sono stati assegnati agli stessi gruppi di lavoro, consentendo una verifica tempestiva delle sovrapposizioni di contenuto.

4.4.2. Interviste pilota

Le interviste pilota sono state fondamentali per ogni fase del progetto. Gli item sono stati randomizzati per evitare associazioni o intuizioni sui loro gruppi di appartenenza. Successivamente, sono stati somministrati sotto forma di questionario da compilare con risposte su scala Likert a 7 punti a 5 persone per ciascun gruppo linguistico. Ogni questionario è stato preceduto dal consenso informato che doveva essere letto e accettato, e da una sezione dedicata alla raccolta dei dati socio-anagrafici di ciascun partecipante⁵, di cui si riporta un fac-simile della versione italiana nella figura 4.1.

1.	Luogo di somministrazione			
2.	Data dell'intervista			
		Giorno	Mese	Anno
3.	Lingua			
4.	Genere	<input type="checkbox"/> Femmina	<input type="checkbox"/> Maschio	<input type="checkbox"/> Altro
5.	Anno di nascita			
6.	Paese natale			
7.	Livello di istruzione	<input type="checkbox"/> 1 = Non ho finito la scuola primaria <input type="checkbox"/> 2 = Diploma di scuola primaria <input type="checkbox"/> 3 = Diploma di licenza media <input type="checkbox"/> 4 = Diploma di maturità <input type="checkbox"/> 5 = Diploma di istituto tecnico superiore		

⁵ L'alternativa di genere "non-binario" è stata sostituita con l'etichetta "altro" a causa delle leggi vigenti in alcuni paesi che non riconoscono l'identità di genere non-binaria e la considerano illegale.

		<input type="checkbox"/> 6 = Laurea breve
		<input type="checkbox"/> 7 = Laurea magistrale/a ciclo unico o altri titoli accademici avanzati

Figura 4.1. Fac-simile della sezione di compilazione dei dati socio-anagrafici in versione italiana

4.4.3. Le quattro fasi chiave del progetto

1) Creazione delle sottoscale

Nella prima fase del progetto, l'attenzione si è concentrata sulla creazione di nuovi item da includere nelle sottoscale dei questionari seguendo le nuove direttive teoriche per la ST. A tale scopo, sono state seguite alcune linee guida chiave, a partire dalla lettura del documento informativo con i rispettivi allegati. Ciascuno degli 8 gruppi di lavoro ha seguito una procedura standardizzata basata sui costrutti assegnati. Nella formulazione degli item, è stato mantenuto un linguaggio chiaro e semplice, evitando duplicazioni di item con significati simili mediante l'uso di sinonimi per garantire chiarezza e coerenza nei questionari tradotti⁶. Sono quindi stati sviluppati 10 item a persona mirati a misurare il costrutto di una specifica sottoscala nella lingua del contesto culturale di riferimento di ciascun membro del gruppo di lavoro. Ciascun item è stato inoltre abbozzato in una versione inglese. I coordinatori dei vari gruppi hanno provveduto a eliminare gli item che si sovrapponevano fra loro e a raggruppare quelli simili. In seguito, i membri dei vari gruppi si sono riuniti per discutere gli item elaborati. Una volta selezionati i 12-13 più promettenti, gli item tradotti in lingua inglese sono stati revisionati dal madrelingua presente in ciascun gruppo di lavoro, per garantire la precisione delle traduzioni e apportare eventuali cambiamenti qualora fossero stati necessari. Gli item sono stati sottoposti a una revisione per verificarne la traducibilità nelle lingue dei vari membri del gruppo di lavoro, utilizzando anche programmi di traduzione automatica come supporto. Questo processo ha garantito la validità delle traduzioni e la coerenza tra le diverse versioni linguistiche degli item.

⁶ In particolare, gli item proposti dovevano riflettere i costrutti specifici degli SMP di riferimento, con un focus particolare sulla sfera delle emozioni e delle cognizioni. Quello sui mode invece era rivolto ai comportamenti.

1.1.) Interviste pilota

Gli item così costruiti sono stati testati in ogni lingua rappresentata nel gruppo su campioni ristretti di 5 individui non esperti al fine di valutarne la comprensibilità e l'interpretazione. Durante queste interviste, sono stati analizzati diversi aspetti, tra cui la comprensibilità, il significato oggettivo, il significato personale, i dubbi sulla formulazione e le difficoltà nella valutazione. Gli item che hanno generato ambiguità o incomprensioni sono stati oggetto di revisione da parte dei membri del gruppo di lavoro, al fine di risolvere le eventuali incomprensioni emerse. Dopo le modifiche, gli item sono stati nuovamente sottoposti a test pilota per verificare se le modifiche apportate avessero raggiunto l'obiettivo di migliorarne la chiarezza. Successivamente, gli item sono stati inviati al Gruppo di Ricerca Centrale, il quale ha avuto il compito di esaminarli attentamente per verificare la loro sovrapposizione con altre sottoscale, garantendo così la coerenza e la validità dell'intero questionario. Questo processo ha garantito che solo gli item chiari, validi e non sovrapponibili fossero inclusi nella versione finale del questionario. Eventuali questioni o ambiguità emerse durante questo processo sono state affrontate e discusse tra i membri del Gruppo di Ricerca Centrale, contribuendo a garantire la qualità delle misurazioni proposte.

2) Traduzione nelle varie lingue

I moderatori di ciascun gruppo linguistico sono stati incaricati di verificare le traduzioni delle scale dei vari questionari presenti nella propria lingua o di tradurle se necessario. Inoltre, sono state eseguite traduzioni per i nuovi item sviluppati per le sottoscale dei questionari esistenti e gli item sviluppati e selezionati dagli 8 gruppi di lavoro.

Per garantire l'accuratezza nella traduzione degli item in diverse lingue, è stata eseguita la *back-translation* in inglese degli item già tradotti⁷. Le traduzioni sono state eseguite in modo da garantire che il tipo di costrutto da misurare fosse chiaro e ben separato da altri costrutti correlati. Gli item sviluppati in inglese sono stati sottoposti a traduzioni manuali, con revisioni assistite da software di traduzione automatica come Deep-L, Reverso o Google Translate. Per garantire la congruenza con le convenzioni linguistiche locali e

⁷ Gli item appartenenti ai questionari già validati sono stati esaminati per vedere se la loro formulazione era conforme al contenuto della scala

culturali, sono stati consultati dizionari e coinvolti esperti madrelingua. Questo approccio ha permesso di evitare traduzioni troppo letterali e di trattare con precisione le espressioni idiomatiche.

2.1.) Interviste pilota

Dopo aver completato le traduzioni, tutti gli item nuovi sono stati testati con una scala Likert a 7 punti. In seguito, sono state condotte interviste pilota all'interno dei contesti culturali di tutti i gruppi linguistici coinvolti. In questa fase sono stati reclutati campioni di 5 individui diversificati in termini di genere, età e livello di istruzione, che sono stati invitati a segnalare eventuali difficoltà o dubbi nella comprensione o nella valutazione degli item. In caso di ambiguità o incomprensioni, gli item sono stati rivisti e nuovamente sottoposti a test per verificarne l'efficacia. I supervisori dei vari gruppi linguistici si sono regolarmente incontrati online con i membri del Gruppo Centrale di Ricerca per affrontare eventuali incomprensioni relative agli item, al fine di chiarire le ambiguità emerse dai test pilota o dalle traduzioni effettuate. Una volta conclusi questi processi, gli item sono stati sottoposti a una revisione critica da parte del Gruppo di Ricerca Centrale. Per affrontare questioni simili e facilitare la condivisione di soluzioni, sono stati organizzati incontri specifici con i gruppi linguistici neolatini. Questi incontri hanno permesso di affrontare problemi simili in modo più efficiente prima di riunirsi con il Gruppo di Ricerca Centrale.

3) Valutazione psicometrica iniziale

Dopo il superamento del controllo centrale, seguiranno sperimentazioni sul campo per valutare le proprietà psicometriche di base dei questionari, tra cui l'unidimensionalità, la coerenza interna e la varianza.

4) Studio su ampio campione

Successivamente, un ampio studio coinvolgerà campioni eterogenei di tipo clinico e di controllo di almeno 500 partecipanti per ogni paese coinvolto nel progetto. La verifica della struttura fattoriale, l'equivalenza di misura e la validità del questionario verranno effettuate tramite la Modellizzazione delle Equazioni Strutturali. Saranno anche esplorate le strutture dei modelli di associazione tra SMP e mode al fine di approfondire i loro livelli di interazione.

4.5. Fase di somministrazione

Il progetto di somministrazione prevede l'implementazione di un primo disegno di ricerca trasversale in 36 paesi differenti, con un campione generale suddiviso in un gruppo clinico di 100 persone con diagnosi di disturbi di personalità sotto un servizio di assistenza sanitaria e un gruppo di controllo di 100 persone. Questa soglia minima di reclutamento (N = 200) risulterebbe sufficiente per condurre le analisi psicometriche sui livelli di unidimensionalità e di coerenza interna del questionario. Dato il numero di categorie linguistiche coinvolte nello studio, il totale campionario dovrà necessariamente ammontare a 6000 partecipanti. Per incoraggiare la compilazione del questionario, i partecipanti potranno scaricare un resoconto personalizzato dei risultati dell'assessment psicologico che potranno condividere con il loro terapeuta. In fase di somministrazione, ogni coordinatore dello studio provvederà a diversificare le caratteristiche dei partecipanti a livello di età, genere e status socioeconomico. I criteri di inclusione della ricerca richiedono che i partecipanti abbiano come minimo 18 anni di età, capacità di leggere e comprendere fluidamente la lingua riportata nel questionario e compilare il consenso informato. Sono esclusi pertanto tutti coloro che riportano una disabilità intellettiva diagnosticata, demenza, stati di coscienza alterati o altre condizioni mediche che potrebbero influenzare la loro partecipazione allo studio.

QUINTO CAPITOLO

IL CONTRIBUTO ITALIANO

5.1. Introduzione

Attraverso una revisione accurata della letteratura scientifica, è stato possibile ricostruire una linea temporale dei vari studi di validazione psicometrica condotti sullo *Young Schema Questionnaire* (YSQ; Young, 2003). Queste analisi hanno fornito una visione completa delle caratteristiche strutturali e dell'efficacia del questionario, sia per le versioni precedenti alla terza, sia per la forma breve e la forma lunga. Inoltre, sono state prese in considerazione le più recenti procedure di validazione, come nel caso dello *Young Schema Questionnaire revised* (YSQ-R; Yalcin *et al.*, 2021). Pertanto, sulla falsariga del lavoro di Yalcin e collaboratori (2021) il presente studio si è concentrato sulla validazione italiana dello YSQ-R Plus, focalizzandosi principalmente sulla valutazione e la convalida degli item. Nello specifico, il lavoro degli autori ha ispirato la creazione dello *Young Schema Questionnaire Revised plus* (YSQ-R Plus), ottenuto dalla combinazione dello YSQ-R e dello YSQ-S3. Tale strumento mira a incorporare e migliorare la validità delle valutazioni psicometriche degli SMP attraverso l'utilizzo dell'analisi di Rasch in fase di somministrazione effettiva. Tale approccio costituisce una componente fondamentale per ampliare e perfezionare l'applicabilità della ST nei confronti degli SMP, sia nel campo clinico che della ricerca, motivo per cui di seguito si riporta il resoconto dei lavori effettuati per la validazione di molteplici item che andranno a costituire la versione italiana dello YSQ-R Plus. In conformità alle nuove direttive concettuali presentate da Arntz e collaboratori (2021), le principali attività di ricerca si sono concentrate sulla validazione internazionale del questionario. Questo approccio avrà un ruolo cruciale nello sviluppo della ST, con particolare attenzione alla comprensione dei contesti linguistici e culturali degli individui. Tale sforzo permetterà di esplorare una gamma più ampia di schemi basati su considerazioni di stampo teorico ed empirico, testando differenti modelli di interazione tra SMP, modalità di coping e mode. Di fatto, il perfezionamento di questo strumento consentirebbe di convalidare lo *Schema Mode Inventory 3* (SMI-3; Young *et al.*, 2007), impiegato per la valutazione dei mode. Nel caso specifico dello YSQ, questo sforzo collettivo ha permesso la formulazione di nuovi item per la rappresentazione di 3 nuovi

SMP citati nel capitolo precedente e la rappresentazione delle sottoscale derivate dalla suddivisione degli schemi di *Punizione* e *Inibizione emotiva*. ci si aspetta di ottenere informazioni e risultati sui suoi livelli di affidabilità e validità, con l'obiettivo di individuare e affrontare eventuali criticità nella struttura degli item, garantendo così la sua idoneità sia per contesti clinici che di ricerca, non solo all'interno dell'assetto socioculturale italiano ma soprattutto a livello cross-culturale. Pertanto, all'interno di questo capitolo sarà presentato un protocollo di ricerca che definirà il piano metodologico e le prossime fasi dello studio, garantendo rigore e trasparenza conformemente alle linee guida internazionali nel campo della ricerca.

5.2. Il contributo di validazione del gruppo italiano

La traduzione definitiva degli item in lingua italiana è stata condotta seguendo le linee guida descritte nel capitolo precedente. Il gruppo di lavoro ha ricevuto il questionario e le nuove liste di item nella versione inglese, avviando un processo sistematico di traduzione e validazione. Questo processo ha comportato un'attenta traduzione degli item in lingua italiana, seguita dalla realizzazione di interviste pilota per testare i livelli di comprensione dei partecipanti appartenenti a una fascia di popolazione comune. Pertanto, sono state affrontate diverse fasi che verranno descritte a partire dal prossimo paragrafo.

5.3. Metodo

Per il contributo di validazione degli item nel contesto italiano, sono state seguite le linee guida precedentemente riportate nel capitolo dedicato alla validazione degli item. Quelli afferenti agli SMP sono stati sottoposti a interviste pilota coinvolgendo 5 partecipanti di diversa età, genere e livello di istruzione⁸. Ciascun item è stato valutato con risposte che variavano da “completamente falso per me” a “completamente vero per me” su una scala Likert a 7 punti⁹ seguendo la lettura e la compilazione del consenso informato. Tali item sono stati randomizzati per evitare ogni tipo di associazione o intuizione in merito ai loro

⁸ I dati demografici, tra cui età e genere, sono stati raccolti tramite sezioni dedicate all'interno del questionario

⁹ Questa scala Likert è stata sostituita a quella a 6 punti utilizzata precedentemente a seguito di una consultazione con esperti statistici. I costrutti venivano misurati da “completamente falso” a “mi descrive perfettamente”

gruppi di appartenenza sono stati somministrati sotto forma di questionario indipendente da compilare prima dell'intervista. Durante l'intervista, è stato chiesto ai partecipanti se sono state riscontrate delle difficoltà nel comprendere e nel valutare gli item. Le interviste sono state condotte previa approvazione del comitato etico.

1	2	3	4	5	6	7
(completamente falso per me)						(completamente vero per me)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Figura 5.1. Scala Likert attualmente in uso nella versione italiana

Nel contesto della ricerca, le interviste sono state condotte previa approvazione del Comitato Etico della Ricerca Psicologica¹⁰ (Area 17, protocollo numero 4813) dell'Università di Padova in data 02/06/2022. Tale autorizzazione è subordinata al rispetto della normativa vigente in materia di privacy, in conformità con il regolamento UE GDPR 679/2016 relativo alla protezione dei dati personali.

5.3.1. Adattamenti per l'inclusività di genere

In linea con l'obiettivo di rendere il questionario inclusivo per diverse categorie di genere, sono state proposte tre versioni dello YSQ-R Plus per ogni categoria. Questa inclusione mira a rispettare i diritti della comunità internazionale LGBTQIA+. Nel particolare, la versione destinata alle persone non binarie è stata strutturata tramite l'inserimento della schwa (ə), un elemento linguistico che rispecchia l'attenzione all'inclusività di genere. Questa scelta è attualmente in fase di convalida, poiché si sta valutando anche l'uso dell'asterisco come alternativa. Entrambe le opzioni mirano a superare le limitazioni della grammatica italiana e dei gruppi linguistici neolatini per creare una comunicazione più inclusiva. Questa procedura, volta a creare opzioni linguistiche inclusive, è fondamentale per configurare un ambiente terapeutico sicuro e accogliente in fase di somministrazione del questionario. Si ritiene che ciò potrà contribuire notevolmente a migliorare la

¹⁰ Si consulti l'appendice C

comunicazione tra il terapeuta e il paziente, rispettando le diverse identità di genere presenti nella società odierna.

5.3.2. Struttura e sviluppi dello YSQ-R plus

1- Fase di traduzione

Lo YSQ-R plus¹¹ è stato originariamente costituito da un totale di 155 item, derivanti da una selezione accurata tra gli item più rilevanti dello YSQ-R e YSQ-S3, sia da un punto di vista clinico che statistico. Gli item sono confluiti in un totale di 20 SMP, tesi a rappresentare i costrutti di *Deprivazione emotiva*, *Abbandono/Instabilità*, *Sfiducia/Abuso*, *Esclusione sociale/Alienazione*, *Inadeguatezza/Vergogna*, *Fallimento*, *Dipendenza/Incompetenza*, *Vulnerabilità al pericolo o alle malattie*, *Invischiamento/Sé poco sviluppato*, *Pretese/Grandiosità*, *Autocontrollo o autodisciplina insufficienti*, *Sottomissione*, *Autosacrificio*, *Ricerca di approvazione o riconoscimento*, *Standard severi/Ipercriticismo*, *Inibizione emotiva*, *Paura di perdere il controllo*, *Negatività/Pessimismo*, *Punizione (verso di sé)* e *Punizione (verso l'altro)*. Successivamente, sono stati aggiunti e tradotti 11 item afferenti agli schemi di *Inibizione emotiva*, *Paura di perdere il controllo*, *Punizione (verso di sé)* e *Punizione (verso l'altro)*. Pertanto, la versione più attuale del questionario è composta da 167 item. Di seguito, si riporta la prima versione dei nuovi item in versione inglese e italiana:

Tabella 5.1. Elenco dei nuovi item per la nuova ripartizione degli SMP.

SMP	Item in inglese	Item in italiano
Inibizione emotiva ¹²	15- It's not important for me to know what I'm feeling; 55- It's better to think than to feel; 129- I don't try to be 'in touch' with my emotions.	15- Per me non è importante capire cosa sto provando; 55- È meglio pensare che sentire; 129- Non provo a entrare in contatto con le mie emozioni

¹¹ Gli item del questionario in versione inglese e italiana sono consultabili nelle appendici A e B

¹² Lo SMP di Inibizione emotiva è stato suddiviso in due fattori distinti: Inibizione emotiva e Pura di perdere il controllo.

Paura di perdere il controllo	43- When I let my emotions go, things get out of hand. 103- If I let my emotions in, I will get flooded by them. 136- When I get emotional, it never stops.	43- Quando lascio andare le mie emozioni, le cose mi sfuggono di mano; 103- Se lascio spazio alle mie emozioni, ne sarò sommerso; 136- Quando mi emoziono, non smette mai
Punizione (verso di sé) ¹³	11- When something goes wrong, it is my own fault. 83- I should be punished for my failings and imperfections. 118- I often have a sense of self-disgust.	11- Quando qualcosa va storto è colpa mia; 83- Dovrei essere punito per le mie mancanze e le mie imperfezioni; 118- Spesso provo un senso di disgusto per me stesso
Punizione (verso l'altro)	90- Others should be punished for their mistakes and imperfections. 156- When I have a conflict, its nearly always the other person's fault.	90- Gli altri dovrebbero essere puniti per i loro errori e le loro imperfezioni; 156- Quando c'è un conflitto è quasi sempre colpa dell'altra persona

2- Modifiche del Gruppo di Ricerca Centrale

Inizialmente sono state apportate anche ulteriori modifiche nella versione inglese degli item 11 e 103, cambiate rispettivamente in “*When something goes wrong, it is my fault*” e “*If I let my emotions in, I will be overwhelmed by them*”. In particolare, per l’item 103 è stato deciso di utilizzare il termine “*overwhelmed*” poiché suggerisce un senso di sopraffazione in cui ci si sente dominati dalle proprie emozioni, rendendo più saliente il costrutto centrale dello schema di *Paura di perdere il controllo*. D’altra parte, il termine “*flooded*” si riferisce alla sensazione di essere sommersi o invasi dalle emozioni. Tuttavia, tale sensazione non è necessariamente negativa per tutte le persone, poiché può evocare

¹³ Lo SMP di Punizione è stato suddiviso in due fattori: Punizione (verso di sé) e Punizione (verso l’altro).

anche esperienze o sensazioni piacevoli. Ad esempio, potrebbe essere collegata a una piacevole esperienza in termini emozionali o all’immergersi in esperienze intense e positive come l’euforia. La scelta di sostituire questo termine potrebbe essere stata motivata dalla necessità di utilizzare un termine universalmente più interpretabile e meno soggetto a interpretazioni ambigue.

In un secondo momento, sono stati proposti dei cambiamenti per la versione inglese degli item 78, 59 e 60. Per il primo, la versione originaria di “*I have trouble tackling new tasks outside of work, unless I have someone to guide me*” è stata aggiornata con “*I have trouble tackling new tasks outside of work (or school), unless I have someone to guide me*” per ampliarne l’inclusività e permettere una maggiore identificazione della popolazione studentesca con lo SMP di *Dipendenza/Incompetenza*. Le modifiche degli item 59 e 60 sono state apportate per rendere il questionario più vicino possibile all’inclusività di genere. Si riportano le versioni proposte nella tabella 5.2.

Tabella 5.2. Versioni precedenti e attuali degli item 59 e 60 nella versione inglese del questionario

Versione inglese precedente	Versione inglese attuale
78. (82) I have trouble tackling new tasks outside of work, unless I have someone to guide me	78. (82) I have trouble tackling new tasks outside of work (or school), unless I have someone to guide me
59. (54) No man/woman I desire could love me once he/she saw my defects	59. (54) No man/woman I desire could love me once he/she saw my defects
60. (55) No man/woman I desire could love me once he/she saw my defects	60. (55) No man/woman I desire could love me once he/she saw my defects

Il ciclo di revisione successivo del questionario ha implicato invece la modifica degli item 94, 96, 110 e 140 per far fronte a dei miglioramenti grammaticali. I risultati sono consultabili nella tabella 5.3.

Tabella 5.3. Item revisionati della versione inglese degli item 94, 96, 110 e 140

Versione inglese precedente	Versione inglese attuale
------------------------------------	---------------------------------

94. (81) I believe that other people can take of me better than I can take care of myself.	94. (81) I believe that other people can take care of me better than I can take care of myself.
96. (97) I take great precautions to avoid getting sick or hurt.	96. (97) I take great precautions to avoid getting sick or physically hurt.
110. (136) I'm so busy doing for the people that I care about that I have little time for myself.	110. (136) I'm so busy doing things for the people that I care about that I have little time for myself.
140. (221) There is no excuse if I make mistake.	140. (221) There is no excuse if I make a mistake

3- Traduzione in italiano

A seguito della prima formulazione degli 11 nuovi item dello YSQ-R Plus, sono stati modificati gli item numero 83, 103, 118 e 136, proponendo le seguenti traduzioni:

Tabella 5.4. Revisione delle versioni critiche dei nuovi item riformulati

Versione precedente	Versione ultimata
83- Dovrei essere punito per le mie mancanze e le mie imperfezioni	83- Dovrei essere punito per i miei errori e le mie imperfezioni
103- Se lascio entrare le mie emozioni, ne sarò sommerso	103- Se lascio spazio alle mie emozioni, esse mi travolgeranno
118- Spesso provo un senso di disgusto per me stesso	118- Mi faccio spesso schifo
136- Quando mi emoziono, non smette mai	136- Quando comincio a emozionarmi non mi fermo più

Dalle interviste pilota sono emersi alcuni dubbi riguardo agli item 83 e 90. Secondo alcuni partecipanti, la parola “mancanza” veniva spesso associata a qualcosa di volontario e intenzionale in quanto “*si è mancato di fare qualcosa nonostante lo si sapesse*”. Al contrario, il concetto di “errore” è stato principalmente associato a un atto involontario. Malgrado la sua eventuale indesiderabilità, quest’ultimo denoterebbe un risultato o un

comportamento che si verifica inaspettatamente, sfuggendo al controllo e alle intenzioni rivolte verso una determinata attività. Nello stesso blocco di item sono emerse alcune perplessità legate alla comprensione dell'item 55, poiché secondo alcuni partecipanti rimandava a *“un concetto astratto ma comunque interpretabile”*. In un caso a parte, un partecipante di età avanzata ne ha travisato completamente il significato, in quanto si è riferito a situazioni concrete in cui *“è meglio pensare che mettersi all'ascolto dei discorsi altrui in determinate situazioni.”*

A seguito delle modifiche nella versione inglese dell'item 103, è stato riservato un significativo cambio di traduzione anche in italiano in virtù delle sfumature semantiche ampiamente discusse nel paragrafo precedente. Pertanto, la sua versione definitiva ad oggi è *“Se lascio spazio alle mie emozioni, esse mi travolgeranno”*. Per quanto riguarda l'item 11, considerando le regole grammaticali della lingua italiana non c'è stato alcun cambiamento nella sua traduzione. In linea con le indicazioni fornite, dalle interviste pilota non sono stati riscontrati particolari problemi nella comprensione e nella formulazione degli item.

Per gli item 78, 59 e 60 sono state proposte nuove traduzioni. La versione italiana più aggiornata dell'item 78 è stata tradotta con *“Ho difficoltà ad affrontare nuovi compiti al di fuori del lavoro (o dell'ambito scolastico), a meno che non abbia qualcuno che mi guidi”*. Per quanto riguarda gli altri item, si è cercato di evitare più il possibile l'utilizzo delle parole “uomo/donna” in modo da aderire ai principi etici che vanno a tutela dell'inclusività di genere, specialmente quando si pensa alle persone non binarie che potrebbero compilare il questionario in futuro.

Tabella 5.5. Versioni precedenti e attuali degli item 59 e 60 nella versione italiana del questionario

Versione italiana precedente	Versione italiana attuale
78. (82) Ho difficoltà ad affrontare nuovi compiti al di fuori del lavoro, a meno che non abbia qualcuno che mi guidi	78. (82) Ho difficoltà ad affrontare nuovi compiti al di fuori del lavoro (o dell'ambito scolastico), a meno che non abbia qualcuno che mi guidi
59. (54) Nessun uomo/donna che desidero potrebbe amarmi una volta visti i miei difetti	59. (54) Nessuno di coloro che vorrei potrebbe amarmi una volta visti i miei difetti

60. (55) Nessuno di coloro che desidero vorrebbe starmi vicino se conoscesse il vero me	60. (55) Nessuna delle persone che vorrei gradirebbe starmi vicino se conoscesse il mio vero me
---	---

Il ciclo di revisione successivo del questionario che ha implicato invece la modifica degli item 94, 96, 110 e 140 non ha riportato cambiamenti nella traduzione italiana. Ulteriori dubbi sono stati sollevati anche in merito alla traduzione degli item 5, 20, 104, 112 e 149. Pertanto, sono state riportate le seguenti traduzioni:

Tabella 5.6. Ultimi item revisionati nella versione italiana dello YSQ-R Plus

English	Italiano (vecchia traduzione)	Italiano (nuova traduzione)
5. (110) I often feel as if my parent(s) are living through me – I don't have a life of my own.	5. (110) Spesso mi sento come se i miei genitori vivessero attraverso di me: non ho una vita mia.	5. (110) Spesso mi sento come se i miei genitori vivessero attraverso di me e io non ho una vita ¹⁴ .
20. (117) I believe that if I do what I want, I'm only asking for trouble.	20. (117) Credo che se faccio quello che voglio, mi creo solo problemi	20. (117) Credo che se faccio quello che voglio, vado solo in cerca di guai
112. (223) Most of the time, I don't accept the excuses other people make. They're just not willing to accept responsibility and pay the consequences	112. (223) Il più delle volte non accetto le scuse degli altri. Non sono disposti ad accettare la responsabilità e a pagarne le conseguenze	112. (223) Il più delle volte non accetto le scuse degli altri: non sono disposti ad assumersi la responsabilità e a pagare le conseguenze
104. (60) I am too unacceptable in very basic ways to reveal myself to other people.	104. (60) Sono troppo inaccettabile in modi troppo elementari per piacere alle altre persone	104. (60) Di base sono troppo inaccettabile per mostrarmi ad altre persone.

¹⁴ L'item 5 è stato revisionato per renderlo più semplice possibile da capire.

149. (44) I don't fit in	149. (44) Non mi adatto	149. (44) Non c'è posto per me
--------------------------	-------------------------	--------------------------------

Le perplessità maggiori sono emerse durante la revisione dell'item 149, non solo all'interno del gruppo di traduzione italiano ma anche in altri gruppi di lingua neolatina. Essendo elaborato come “*I don't fit in*” nella versione inglese, si è cercato di renderlo il più aderente possibile al costrutto dello schema di *Esclusione sociale/Alienazione*. Date le caratteristiche dello schema, si sono proposte varie versioni tra cui “*non mi adatto*” o “*non vado bene*”. Tuttavia, poiché l'item è collegato a una percezione di mancata integrazione e non appartenenza a un determinato gruppo o a un ambiente specifico, si è optato di tradurlo come “*non c'è posto per me*”. Considerando il concetto da rappresentare, la sua traduzione definitiva è attualmente in fase di convalida. Di fatto, un'altra possibile alternativa di traduzione che coglierebbe il suo significato connesso allo SMP di riferimento potrebbe essere “*non mi integro*”.

5.3.3. I nuovi Schemi Maladattivi Precoci

1- Fase di traduzione

Date le nuove direttive concettuali di Arntz e collaboratori (2021), sono stati elaborati diversi item per rappresentare gli SMP concettualizzati della riformulazione della teoria dei bisogni citata in precedenza. Una differenza sostanziale è stata fornita inoltre dalla revisione dei precedenti schemi di *Mancanza di senso nel mondo* e *Mancanza di identità coerente*. La nuova nomenclatura include quindi gli schemi di *Ingiustizia*, *Sé incomprensibile* e *Mondo incomprensibile*¹⁵. Lo schema di *Ingiustizia*, come già accennato in precedenza, descrive la combinazione tra sentimenti di rabbia, indignazione e potenza che ostacolano ogni tentativo di reazione da parte dell'individuo nei confronti delle persone e della società. Pertanto, considerando questo costrutto, gli item sono stati tradotti secondo quanto riportato nella tabella 5.7.

Tabella 5.7. Nuovi item dello SMP di Ingiustizia

UNFAIRNESS	INGIUSTIZIA
-------------------	--------------------

¹⁵ Anche questi gruppi di item verranno valutati tramite una scala Likert a 7 punti da “completamente falso per me” a “completamente vero per me”.

ENGLISH	ITALIANO
1- I believe that justice is only given to the privileged.	1- Credo che solo i privilegiati possano avere giustizia.
2- It frustrates me that others get everything they want.	2- Mi dà fastidio che gli altri ottengano tutto ciò che vogliono.
3- People have always been unfair to me.	3- Le persone sono state sempre ingiuste con me.
4- I always had to work harder than others for what I received.	4- Per quanto ho ottenuto ho sempre dovuto lavorare più degli altri.
5- I believe that humans are not capable of treating others fairly.	5- Credo che gli esseri umani non siano in grado di trattare gli altri in modo equo.
6- I am always treated unfairly.	6- Vengo sempre trattato ingiustamente.
7- I believe that people are inherently selfish, favouring their own interests.	7- Credo che le persone per natura siano egoiste e facciano i propri interessi.
8- My life has been a never-ending experience of being treated unjustly.	8- La mia vita è stata un'esperienza continua di ingiustizie subite.
9- I get very angry when I witness injustice.	9- Mi arrabbio molto quando assisto a un'ingiustizia.
10- I feel a strong urge to protest against any unfair treatment.	10- Sento un forte bisogno di protestare contro qualsiasi trattamento ingiusto.
11- I hold the belief that the world is an unfair place.	11- Sono convinto che il mondo sia un posto ingiusto.
12- I feel strong resentment when I meet injustice.	12- Provo un forte risentimento quando mi imbatto nell'ingiustizia.
13- There is no justice in this world for me.	13- A questo mondo per me non c'è giustizia.
14- I feel that I am a victim of injustice.	14- Sento di essere una vittima dell'ingiustizia.
15- Even the slightest injustice hurts me.	15- Anche la più piccola ingiustizia mi ferisce.
16- When something unfair happens to me I find it hard to accept.	16- Quando mi capita qualcosa di ingiusto faccio fatica ad accettarlo.

Lo schema del *Sé incomprendibile* ha rappresentato degli item che raffigurano una rappresentazione distorta del sé della persona.

Tabella 5.8. Nuovi item dello SMP di Sé incomprendibile

ENGLISH	ITALIAN
INCOMPREHENSIBLE SELF	SÉ INCOMPRENSIBILE
1- I feel disconnected from myself.	1- Non mi sento in contatto con me stesso.
2- I am confused about my values.	2- Sono disorientato circa i miei valori.
3- I feel lost because I am all over the place.	3- Mi sento perso perché ho la testa tra le nuvole.
4- I often feel that I am falling apart.	4- Spesso sento che sto per cadere a pezzi.
5- I feel lost, as I cannot make sense of my feelings.	5- Mi sento perso perché non riesco a dare un senso a quello che provo.
6- My life confuses me.	6- La mia vita mi confonde.
7- I don't understand who I am.	7- Non capisco chi sono.
8- The things I do often don't make sense to me.	8- Spesso le cose che faccio per me non hanno senso.
9- I don't know who I really am.	9- Non so chi sono realmente.
10- I am confused about what really means to me.	10- Sono confuso su quello che mi importa davvero.
11- I don't understand what I need.	11- Non capisco di cosa ho bisogno.
12- It is as if I consist of different selves.	12- È come se fossi fatto di identità differenti.
13- When I think about who I am, I feel chaotic.	13- Quando penso a chi sono, mi sento confuso.
14- There is a lot of chaos inside of me.	14- Dentro di me c'è un sacco di confusione.
15- I experience a lot of chaos when I think about myself.	15- Quando penso a me stesso sento un sacco di confusione.

L'ultimo schema, *Mondo incomprensibile*, è stato invece strutturato con l'obiettivo di raffigurare una visione del mondo esterno priva di ogni significato da cui la persona si sente estromessa:

Tabella 5.9. Nuovi item dello SMP Mondo incomprensibile

ENGLISH	ITALIANO
INCOMPREHENSIBLE WORLD	MONDO INCOMPRESIBILE
1- I experience a loss of contact with reality.	1- Sperimento la perdita di contatto con la realtà.
2- I do not feel that I belong in this world.	2- Non sento di appartenere a questo mondo.
3- I am disconnected from the events happening around me.	3- Non sono in contatto con gli eventi che accadono intorno a me.
4- I often feel that the world is falling apart.	4- Sento spesso che il mondo sta cadendo a pezzi.
5- It is hard for me to make sense of what is happening around me.	5- Per me è difficile dare un senso a ciò che sta accadendo intorno a me.
6- It is difficult for me to find my place in the world.	6- Per me è difficile trovare il mio posto nel mondo.
7- Other people's values seem meaningless to me.	7- I valori delle altre persone mi sembrano insignificanti.
8- I feel disconnected from the processes taking place in the world.	8- Non mi sento in contatto con quanto avviene nel mondo.
9- The world does not make sense to me.	9- Il mondo per me non ha senso.
10- I feel disconnected from the values that people hold.	10- Mi sento lontano dai valori che ha la gente.
11- I feel disconnected from others.	11- Non mi sento in contatto con gli altri.
12- Things happening around me seem senseless.	12- Le cose che accadono intorno sembrano senza senso.
13- I feel estranged from how society functions.	13- Mi sento distante da come funziona la società.

14- I am an observer rather than a participant in the world.	14- In questo mondo mi sento più un osservatore che un partecipante.
--	--

Nel paragrafo successivo verranno riportate le evidenze emerse sia dai cicli di traduzione che dalle interviste pilota.

2- Modifiche del Gruppo di Ricerca Centrale

All'interno del gruppo dello schema del *Sé incomprendibile* sono sorti alcuni dubbi sugli item 6, 7 e 10 da parte di alcuni gruppi di lavoro. Pertanto, sono state avanzate diverse proposte al Gruppo di Ricerca Centrale. Per il numero 6 è stata proposta in un primo momento la formulazione inglese che recita: “*I feel that life confuses me because I have too many things to do*”. Tale modifica è stata suggerita a causa della stretta somiglianza con l'item numero 8 del mode Bambino confuso, che presenta la seguente formulazione: “*I feel that life is confusing to me*”. Tuttavia, in un secondo momento è stato deciso di eliminarlo dalla lista. Analogamente, si è riscontrato un problema con l'item 7, poiché è risultato pressoché uguale all'item 3 “*I don't understand who I really am*” del mode Bambino confuso. Di conseguenza, anche l'item 7 è stato eliminato dalla lista. In ultima analisi, è stato cambiato l'item 10 nella sua versione inglese con “*I'm confused about what really matters to me*” per conferire maggiore enfasi su quali aspetti siano davvero prioritari nella vita di una persona. La versione precedente, al contrario, rimandava a un senso di confusione su come interpretare o dare valore a qualcosa nella propria esistenza. Per quanto riguarda invece lo schema del *Mondo incomprendibile*, è stata proposta una riformulazione della versione inglese degli item 7 e 8, rispettivamente tradotti in “*I don't understand other people's values*” e “*I feel disconnected from what is taking place in the world*”. Nel caso dell'item 7, la nuova traduzione è stata effettuata per rilevare più accuratamente il costrutto specifico dello SMP, mentre per l'item 8 è derivata dalla necessità di rendere più chiaro il suo significato e ridurre i margini di ambiguità rispetto al costrutto dello schema. Infine, l'item 12 è stato cancellato dalla lista poiché è risultato identico all'item 9 del mode Bambino confuso: “*Things that happen to me do not make sense*”.

3- Traduzione in italiano

Nel primo blocco dello schema di *Ingiustizia*, l'unico item che ha inizialmente destato più dubbi è stato il numero 13: "*a questo mondo per me non c'è giustizia*", in quanto non appare subito chiaro se nella versione inglese la mancanza di giustizia sia attribuita nello specifico al mondo o all'individuo. Infatti, nelle interviste pilota sono emerse interpretazioni discordanti riguardo a questo aspetto. Alcune persone hanno sollevato diversi dubbi in merito, domandando se l'item fosse relativo alla loro percezione personale o alla mancanza di giustizia nel mondo in generale, evidenziando una percezione di ingiustizia su scala globale. Altre persone invece hanno fornito interpretazioni che si concentravano esclusivamente sulla mancanza di giustizia per sé stesse all'interno del mondo, suggerendo una percezione più ristretta e autoriferita di questo costrutto.

Per quanto riguarda lo schema del *Sé incomprensibile*, sono emersi dubbi in merito agli item 3 ("*I feel lost because I am all over the place*"), 14 ("*There is a lot of chaos inside of me*") e 2 ("*I am confused about my values*"). Nel primo caso, si è dovuto affrontare la sfida di tradurre una locuzione anglosassone in italiano. Per l'item 14, il problema è derivato essenzialmente dalla traduzione della parola "*chaos*", che potrebbe non essere comprensibile per una buona parte della fascia più anziana della popolazione, data la diffusione idiomatica della lingua inglese avvenuta solo in tempi recenti. In ultima analisi, l'item 2 ha destato alcune perplessità poiché rimanda a un costrutto molto generico. Pertanto, in un primo momento è stata considerata la possibilità di sostituire la parola "confused" con "uncertain" per renderlo più comprensibile e preciso. Tuttavia, la versione inglese è rimasta invariata.

Durante le interviste pilota sono emerse varie interpretazioni sull'item "*è come se fossi fatto di identità differenti*". Nel particolare, una persona ha sottolineato che chi possiede molteplici identità potrebbe non rendersene conto. Al contrario, sono sorti anche pareri che hanno sottolineato come diverse identità possano emergere per adattarsi a determinate circostanze sociali o uniformarsi al giudizio delle altre persone.

Infine, per lo schema del Mondo incomprensibile la traduzione degli item non ha rivelato particolari problemi a livello sintattico. La stessa evidenza è emersa durante le interviste pilota, in cui non sono state rilevate particolari incomprensioni nella loro formulazione.

In sintesi, gli item presenti nello SMP di *Ingiustizia* sono stati compresi senza particolari ambiguità sia a livello sintattico che semantico. Per quanto concerne gli altri due schemi di *Sé incomprensibile* e *Mondo incomprensibile*, non sono emerse grandi difficoltà di comprensione a livello sintattico, quanto più a livello semantico. Di fatto, alcune formulazioni hanno determinato alcune variazioni nelle modalità di interpretazione, come nel caso degli item soprariportati. Una criticità che ha accomunato gli item di tutti i gruppi ha riguardato l'allusione più generalizzata con cui sono stati elaborati i costrutti che coinvolgevano una rappresentazione del mondo ingiusta o incomprensibile.

5.4. Discussione

I risultati ottenuti attraverso le modifiche e gli adattamenti degli item nel contesto della validazione dello YSQ-R Plus forniscono una prospettiva dettagliata sul processo di adattamento dello strumento ai fini del suo utilizzo nel contesto culturale italiano. Inizialmente, è emersa la necessità di apportare modifiche significative a diversi item per garantire una traduzione accurata e culturalmente appropriata. È da notare come durante le interviste pilota siano emerse interpretazioni diversificate e questioni di comprensione relative a specifici item, sottolineando l'importanza di una validazione rigorosa.

Un aspetto di rilievo è emerso nello specifico in relazione agli item 83 e 90, nei quali è stato oggetto di discussione il significato differenziato tra le parole “mancanza” ed “errore”. Questo dubbio ha evidenziato l'importanza delle sfumature semantiche nelle traduzioni e nell'interpretazione degli item, mettendo in evidenza come le parole possano avere varie connotazioni in differenti contesti culturali e linguistici. Questi risultati sottolineano l'importanza di una traduzione attenta che tenga conto non solo del significato letterale, ma anche delle sfumature semantiche per garantire una corretta comprensione. Inoltre, sono emerse alcune limitazioni legate alla traduzione di item che affrontano costrutti psicologici astratti. Ad esempio, l'item 55 ha generato incertezze, in quanto la sua interpretazione variava tra i partecipanti. Questo mette in luce la complessità di tradurre concetti psicologici astratti in modo chiaro e comprensibile. Le modifiche apportate alle versioni in lingua inglese degli item 11 e 103 hanno ricevuto feedback positivi durante le interviste pilota, suggerendo che tali modifiche abbiano contribuito a migliorarne la comprensione e l'interpretazione. Inoltre, nel contesto dell'inclusività di genere è stato notato che sono state apportate alcune modifiche alle versioni italiane degli item 59 e 60 per renderli più inclusivi. Tali adattamenti riflettono l'importanza di

considerare le questioni di genere nel processo di traduzione e validazione di strumenti psicometrici.

Infine, gli item relativi ai nuovi schemi emersi hanno presentato alcune sfide, in particolare per quanto riguarda la comprensione di espressioni idiomatiche e la traduzione di concetti complessi. Di fatto, alcune informazioni hanno generato interpretazioni discordanti. Ne contesto dello schema di Ingiustizia, l'item 13 ha sollevato dubbi riguardo all'interpretazione tra una visione globale dell'ingiustizia nel mondo e una percezione più personale di ingiustizia. Questa sfumatura interpretativa ha evidenziato la necessità di una formulazione precisa degli item per garantire una comprensione accurata dei costrutti. Nello schema del Sé incomprensibile, le questioni principali hanno riguardato gli item 3, 14 e 2. L'item 3 ha richiesto l'interpretazione di un'espressione anglosassone, mentre l'item 14 ha sollevato interrogativi sulla comprensibilità della parola “*chaos*”. Inoltre, l'item 2 è stato oggetto di discussione per la sua formulazione generica. Nel contesto dello schema del Mondo incomprensibile, non sono emerse sfumature significative a livello sintattico durante le interviste pilota. Tuttavia, alcune formulazioni nella versione inglese degli item 7 e 8 sono state proposte per catturare in modo più preciso il costrutto dello schema, ma sono state eliminate in quanto troppo simili ad alcuni item usati per rilevare determinati mode. L'item 12 è stato rimosso dalla lista poiché era identico al costrutto di un mode. Questi risultati mettono in luce l'importanza di formulare gli item in modo chiaro e preciso per evitare ambiguità, ma anche di continuare a testarli per poter migliorare sempre più la rilevazione dei costrutti del questionario.

In conclusione, i risultati sottolineano che il processo di traduzione e validazione di strumenti psicometrici richiede un'attenzione scrupolosa ai dettagli e una comprensione approfondita dei costrutti psicologici coinvolti. Le modifiche e le riformulazioni degli item sono state fondamentali per garantire che lo YSQ-R Plus possa diventare un questionario efficace per la popolazione di riferimento. Tuttavia, è importante rilevare che le sfumature semantiche e culturali possono influenzare l'interpretazione degli item, evidenziando l'importanza di una validazione continua e attenta.

5.5. Criticità e sviluppi per le ricerche future

Nel corso di questa ricerca, sono emerse diverse questioni critiche che richiedono un'attenzione mirata e che costituiranno una base per lo sviluppo futuro dello studio.

Una delle prime criticità identificate riguarda la modalità di traduzione e di adattamento culturale degli item originariamente formulati. È essenziale garantire che le espressioni e i concetti siano comprensibili e rispecchino accuratamente le percezioni degli individui italiani. La traduzione da contesti anglosassoni richiede particolare attenzione per evitare possibili interpretazioni errate.

Una seconda criticità è rappresentata dalla difficoltà di reperire ulteriori dati clinici da altri studi del settore. Questo fattore è di fondamentale importanza poiché il confronto con altre fonti esterne e le misurazioni ottenute dallo YSQ-R Plus permetterebbe di verificarne l'accuratezza. Nel contesto metodico della Rasch analysis le criticità potrebbero riguardare la dimensionalità delle sottoscale. Di fatto, se una o più sottoscale non risultassero essere unidimensionali, potrebbero emergere delle limitazioni riguardo alla valutazione dei costrutti misurati dagli SMP. Pertanto, potrebbe diventare difficile interpretare in modo accurato i risultati e le misure ottenute, influenzando negativamente sulla capacità del questionario di misurare in maniera coerente i relativi schemi. Inoltre, poiché lo studio mira a garantire l'applicabilità dello strumento in contesti diversi, è essenziale valutare come le differenze culturali o altre specificità socio-demografiche del campione potrebbero influenzare la validità dello strumento. Questo consentirà di acquisire una comprensione più completa delle diverse sfaccettature culturali e degli atteggiamenti presenti all'interno di determinate popolazioni, garantendo risultati più rappresentativi.

Le criticità individuate offrono comunque l'opportunità di condurre ulteriori ricerche e miglioramenti metodologici per potenziare il processo di validazione del questionario su scala internazionale, consentendo un utilizzo efficace sia nella ricerca scientifica che nella pratica clinica. Di fatto, l'obiettivo che seguirà la prima somministrazione dello strumento implicherà il reclutamento di un campione più ampio di partecipanti e l'accostamento di altri strumenti di rilevazione psicodiagnostica per valutarne la validità esterna. In sintesi, queste limitazioni offrono una solida base per lo sviluppo futuro del questionario. Il perfezionamento del processo di traduzione e di adattamento culturale, così come l'attivazione di ricerche atte a testare l'applicabilità dello YSQ-R Plus su scala internazionale, sono fasi necessarie per contribuire a migliorare la validità e l'utilità dello strumento in un contesto globale, con benefici per la ricerca scientifica e la pratica clinica.

5.6. Conclusioni

Il presente elaborato ha contribuito alla fase di validazione preliminare dello *Young Schema Questionnaire revised plus* (YSQ-R Plus) in vista della sua futura somministrazione. Sono quindi stati illustrati tutti i processi di traduzione che mirano a fornire uno strumento affidabile e comprensibile a una fascia campionaria della popolazione italiana secondo le linee guida internazionali di Arntz e collaboratori (2021). L'accuratezza delle traduzioni sviluppate degli item, fornisce pertanto una base solida per la fase successiva del protocollo di ricerca. Attraverso l'approfondimento sistematico dell'analisi di Rasch, sono state delineate le principali modalità di analisi statistica che favoriranno la validazione psicometrica dello strumento, apponendo un focus preferenziale sulla sua utilità a scopi clinici e di ricerca scientifica. Questi risultati attesi puntano a offrire le basi finalizzate all'elaborazione di nuove linee guida per affrontare l'iter trattamentale di diversi disturbi in maniera ottimale, contribuendo di fatto allo sviluppo dell'efficacia della ST a livello mondiale. Di fatto, il questionario potrà essere usato nella pratica clinica per identificare al meglio le problematiche degli individui con gravi problematiche psicologiche e riuscire a monitorarne il loro decorso durante la terapia. Tale validazione verrebbe utilizzata in contesti e popolazioni differenti, contribuendo all'espansione nel campo della psicologia e della psicopatologia. Nonostante le sfide del processo di validazione, queste conclusioni ispirano fiducia nelle future applicazioni che questo strumento avrà nella rilevazione degli SMP, in modo da aumentare l'efficacia nella gestione di diversi tipi di manifestazione psicopatologica.

APPENDICI

Appendice A

YSQ-R_Plus¹⁶

(Lista degli item in inglese)

1. (189) _____ I can't force myself to do things I don't enjoy, even when I know it's for my own good.
2. (181) _____ Often I allow myself to carry through on impulses and express emotions that get me into trouble or hurt other people.
3. (88) _____ My judgment cannot be relied on in everyday situations.
4. (74) _____ I'm not as intelligent as most people when it comes to work (or school).
5. (110) _____ I often feel as if my parent(s) are living through me -- I don't have a life of my own.
6. (59) _____ I feel that I'm not lovable.
7. (224) _____ If I don't do the job, I should suffer the consequences.
8. (193) _____ I often do things impulsively that I later regret.
9. (200) _____ Accomplishments are most valuable to me if other people notice them.
10. (118) _____ I feel that I have no choice but to give in to other people's wishes, or else they will retaliate or reject me in some way.
11. (new item) When something goes wrong, it is my fault.
12. (29) _____ I feel that I cannot let my guard down in the presence of other people, or else they will intentionally hurt me.
13. (94) _____ I feel that a disaster (natural, criminal, financial, or medical) could strike at any moment.
14. (62) _____ When people like me, I feel I am fooling them.
15. (new item) It's not important for me to know what I'm feeling.
16. (4) _____ Most of the time, I haven't had someone to nurture me, share him/herself with me, or care deeply about everything that happens to me.

¹⁶ The number in brackets corresponds to the item number in the YSQ-L3, unless suggested otherwise.

17. (49) _____	I always feel on the outside of groups.
18. (207) _____	Lots of praise and compliments make me feel like a worthwhile person.
19. (176) _____	People often tell me I am very controlling about the ways things are done.
20. (117) _____	I believe that if I do what I want, I'm only asking for trouble.
21. (89) _____	I don't feel confident about my ability to solve everyday problems that come up.
22. (162) _____	I often sacrifice pleasure and happiness to meet my own standards.
23. (46) _____	I don't belong; I'm a loner.
24. (147) _____	I am too self-conscious to show positive feelings to others (e.g., affection, showing I care).
25. (125) _____	I will go to much greater lengths than most people to avoid confrontations.
26. (133) _____	No matter how busy I am, I can always find time for others.
27. (78) _____	I do not feel capable of getting by on my own in everyday life.
28. (50) _____	No one really understands me.
29. (39) _____	I set up "tests" for other people, to see if they are telling me the truth and are well-intentioned.
30. (128) _____	I give more to other people than I get back in return.
31. (137) _____	I've always been the one who listens to everyone else's problems.
32. (156) _____	I have so much to accomplish that there is almost no time to really relax.
33. (129) _____	I'm the one who usually ends up taking care of the people I'm close to.
34. (8) _____	For the most part, I have not had someone who really listens to me, understands me, or is tuned into my true needs and feelings.
35. (109) _____	I often feel that I do not have a separate identity from my parents or partner.
36. (205) _____	Unless I get a lot of attention from others, I feel less important.
37. (71) _____	Most other people are more capable than I am in areas of work (or

school) and achievement.
38. (152) _____ I must be the best at most of what I do; I can't accept second best.
39. (198) _____ Having money and knowing important people make me feel worthwhile.
40. (106) _____ My parent(s) and I tend to be overinvolved in each other's lives and problems.
41. (47) _____ I feel alienated from other people.
42. (175) _____ I often find that I am so involved in my own priorities that I don't have time to give to friends or family.
43. (new item) When I let my emotions go, things get out of hand.
44. (12) _____ I worry that people I feel close to will leave me or abandon me.
45. (111) _____ It is very difficult for me to maintain any distance from the people I am intimate with; I have trouble keeping any separate sense of myself.
46. (229) _____ I get angry when people make excuses for themselves, or blame other people for their problems.
47. (212) _____ I worry that a wrong decision could lead to disaster.
48. (204) _____ Even if I don't like someone, I still want him or her to like me.
49. (92) _____ I find the responsibilities of everyday life overwhelming.
50. (5) _____ For much of my life, I haven't had someone who wanted to get close to me and spend a lot of time with me.
51. (211) _____ No matter how hard I work, I worry that I could be wiped out financially.
52. (70) _____ I'm incompetent when it comes to achievement.
53. (93) _____ I can't seem to escape the feeling that something bad is about to happen.
54. (187) _____ When tasks become difficult, I usually cannot persevere and complete them.
55. (new item) It's better to think than to feel.
56. (34) _____ I am quite suspicious of other people's motives.
57. (52) _____ I sometimes feel as if I'm an alien.
58. (25) _____ I need other people so much that I worry about losing them.

59. (54) _____	No one I desire could love me once my defects are revealed.
60. (55) _____	None of the people I desire would want to stay close to me if they knew my real me.
61. (76) _____	I often feel embarrassed around other people, because I don't measure up to them in terms of my accomplishments.
62. (19) _____	I become upset when someone leaves me alone, even for a short period of time.
63. (77) _____	I often compare my accomplishments with others and feel that they are much more successful.
64. (115) _____	I feel that my parent(s) are, or would be, very hurt about my living on my own, away from them.
65. (230) _____	It doesn't matter why I make a mistake; when I do something wrong, I should pay the price.
66. (131) _____	I am a good person because I think of others more than of myself.
67. (14) _____	I don't feel that important relationships will last; I expect them to end.
68. (83) _____	I think of myself as a dependent person when it comes to everyday functioning.
69. (21) _____	I can't let myself get really close to other people, because I can't be sure they'll always be there.
70. (140) _____	No matter how much I give, I feel it is never enough.
71. (195) _____	I change myself depending on the people I'm with, so they'll like me more.
72. (173) _____	I feel that what I have to offer is of greater value than the contributions of others.
73. (171) _____	I hate to be constrained or kept from doing what I want.
74. (69) _____	Almost nothing I do at work (or school) is as good as other people can do.
75. (68) _____	I cannot understand how anyone could love me.
76. (180) _____	I can't seem to discipline myself to complete routine or boring tasks.
77. (3) _____	For the most part, I haven't had someone to depend on for advice and emotional support.

78. (82) _____	I have trouble tackling new tasks outside of work (or school), unless I have someone to guide me.
79. (58) _____	I'm unworthy of the love, attention, and respect of others.
80. (209) _____	If something good happens, I worry that something bad is likely to follow.
81. (222) _____	People who don't "pull their own weight" should get punished in some way.
82. (122) _____	I worry a lot about pleasing other people, so they won't reject me.
83. (new item)	I should be punished for my mistakes and imperfections.
84. (208) _____	Even when things seem to be going well, I feel that it is only temporary.
85. (219) _____	If I make a mistake, I deserve to be punished.
86. (24) _____	The people close to me have been very unpredictable: one moment they're available and nice to me; the next, they're angry, upset, self-absorbed, fighting, etc.
87. (86) _____	If I trust my own judgment in everyday situations, I'll make the wrong decision.
88. (218) _____	If people get too enthusiastic about something, I become uncomfortable and feel like warning them of what could go wrong.
89. (96) _____	I worry about being attacked.
90. (new item)	Others should be punished for their mistakes and imperfections.
91. (164) _____	I can't let myself off the hook easily or make excuses for my mistakes.
92. (33) _____	I have a great deal of difficulty trusting people.
93. (17) _____	When I feel someone I care for pulling away from me, I get desperate.
94. (81) _____	I believe that other people can take care of me better than I can take care of myself.
95. (18) _____	Sometimes I am so worried about people leaving me that I drive them away.
96. (97) _____	I take great precautions to avoid getting sick or physically hurt.
97. (45) _____	I'm fundamentally different from other people.

98. (178) _____	I can't tolerate other people telling me what to do.
99. (90) _____	I feel that I need someone I can rely on to give me advice about practical issues.
100. (158) _____	I must meet all my responsibilities.
101. (27) _____	I feel that people will take advantage of me.
102. (145) _____	I feel that I must control my emotions and impulses, or something bad is likely to happen.
103. (new item)	If I let my emotions in, I will be overwhelmed by them.
104. (60) _____	I am too unacceptable in very basic ways to reveal myself to other people.
105. (15) _____	I feel addicted to partners who can't be there for me in a committed way.
106. (9) _____	I have rarely had a strong person to give me sound advice or direction when I'm not sure what to do.
107. (104) _____	I feel that the world is a dangerous place.
108. (91) _____	I feel more like a child than an adult when it comes to handling everyday responsibilities.
109. (107) _____	It is very difficult for my parent(s) and me to keep intimate details from each other, without feeling betrayed or guilty.
110. (136) _____	I'm so busy doing things for the people that I care about that I have little time for myself.
111. (232) _____	I'm a bad person who deserves to be punished.
112. (223) _____	Il più delle volte non accetto le scuse degli altri: non sono disposti ad assumersi la responsabilità e a pagare le conseguenze.
113. (26) _____	I can't be myself or express what I really feel, or people will leave me.
114. (87) _____	I lack common sense.
115. (191) _____	I have rarely been able to stick to my resolutions.
116. (227) _____	I hold grudges, even after someone has apologized.
117. (186) _____	I get bored very easily.
118. (new item)	I often have a sense of self-disgust.

119. (213) _____	I often obsess over minor decisions, because the consequences of making a mistake seem so serious.
120. (108) _____	My parent(s) and I have to speak to each other almost every day, or else one of us feels guilty, hurt, disappointed, or alone.
121. (172) _____	I feel that I shouldn't have to follow the normal rules and conventions other people do.
122. (148) _____	I find it embarrassing to express my feelings to others.
123. (168) _____	I have a lot of trouble accepting "no" for an answer when I want something from other people.
124. (150) _____	I control myself so much that people think I am unemotional.
125. (6) _____	In general, people have not been there to give me warmth, holding, and affection.
126. (146) _____	A lot of anger and resentment build up inside of me that I don't express.
127. (170) _____	I'm special and shouldn't have to accept many of the restrictions placed on other people.
128. (214) _____	I feel better assuming that things will not work out for me, so that I don't feel disappointed if things go wrong.
129. (new item)	I don't try to be 'in touch' with my emotions.
130. (72) _____	I'm a failure.
131. (40) _____	I subscribe to the belief: "Control or be controlled."
132. (123) _____	I have a lot of trouble demanding that my rights be respected and that my feelings be taken into account.
133. (206) _____	If I make remarks at a meeting or am introduced at a gathering, I look forward to recognition and admiration.
134. (151) _____	People see me as uptight emotionally.
135. (144) _____	I worry that I might seriously harm someone physically or emotionally, if my anger gets out of control.
136. (new item)	When I get emotional, it never stops.
137. (36) _____	I'm usually on the lookout for people's ulterior motives.
138. (31) _____	It is only a matter of time before someone betrays me.

139. (139) _____	Other people see me as doing too much for others and not enough for myself.
140. (221) _____	There is no excuse if I make a mistake.
141. (197) _____	My self-esteem is based mostly on how other people view me.
142. (73) _____	I'm not as talented as most people are at their work (or at school).
143. (2) _____	I haven't gotten enough love and attention.
144. (120) _____	I've always let others make choices for me, so I really don't know what I want for myself.
145. (210) _____	You can't be too careful; something will almost always go wrong.
146. (216) _____	I tend to be pessimistic.
147. (11) _____	I find myself clinging to people I'm close to, because I'm afraid they'll leave me.
148. (159) _____	I feel there is constant pressure for me to achieve and get things done.
149. (44) _____	I don't fit in.
150. (194) _____	It is important to me to be liked by almost everyone I know.
151. (84) _____	I screw up everything I try, even outside of work (or school).
152. (98) _____	I worry that I'm developing a serious illness, even though nothing serious has been diagnosed by a physician.
153. (167) _____	I always have to be Number One, in terms of my performance.
154. (7) _____	For much of my life, I haven't felt that I am special to someone.
155. (143) _____	I worry about losing control of my actions.
156. (new item)	When I have a conflict, its nearly always the other person's fault.
157. (114) _____	I often feel that I have no privacy when it comes to my parent(s) or partner.
158. (220) _____	If I don't try my hardest, I should expect to lose out.
159. (105) _____	I have not been able to separate myself from my parent(s), the way other people my age seem to.
160. (155) _____	I try to do my best; I can't settle for "good enough."
161. (95) _____	I worry about becoming a street person or vagrant.
162. (100) _____	I worry a lot about the bad things happening in the world: crime,

pollution, etc.
163. (149) _____ I find it hard to be warm and spontaneous.
164. (119) _____ In relationships, I let the other person have the upper hand.
165. (183) _____ I have a very difficult time sacrificing immediate gratification to achieve a long-range goal.
166. (182) _____ If I can't reach a goal, I become easily frustrated and give up.
167. (153) _____ I strive to keep almost everything in perfect order.

Appendice B

YSQ-R Plus

(Lista degli item in italiano)

1. (189)	Non riesco a costringermi a fare cose che non mi piacciono, anche quando so che è per il mio bene.
2. (181)	Spesso mi lascio trasportare dagli impulsi ed esprimo emozioni che mi mettono nei guai o feriscono altre persone.
3. (88)	Non si può fare affidamento sul mio giudizio nelle situazioni quotidiane.
4. (74)	Non sono intelligente come la maggior parte delle persone quando si tratta di lavoro (o di scuola).
5. (110)	Spesso mi sento come se i miei genitori vivessero attraverso di me e io non ho una vita.
6. (59)	Sento di non essere amabile.
7. (224)	Se non faccio il lavoro, devo subirne le conseguenze.
8. (193)	Spesso faccio cose impulsive di cui poi mi pento.
9. (200)	I risultati sono più preziosi per me se gli altri li notano.
10. (118)	Sento di non avere altra scelta che cedere ai desideri degli altri, altrimenti si vendicheranno o mi respingeranno in qualche modo.
11. (nuovo item)	Quando qualcosa va storto, è colpa mia.

12. (29)	Sento che non posso abbassare la guardia in presenza di altre persone, altrimenti mi feriranno intenzionalmente.
13. (94)	Sento che una catastrofe (naturale, criminale, finanziaria o medica) potrebbe colpire in qualsiasi momento.
14. (62)	Quando piaccio alle persone, sento che le sto prendendo in giro.
15. (nuovo item).	Per me non è importante capire cosa sto provando
16. (4)	Per la maggior parte del tempo, non ho avuto qualcuno che mi nutrisse, che condividesse sé stesso con me o che si preoccupasse profondamente di tutto ciò che mi accadeva.
17. (49)	Mi sento sempre all'esterno dei gruppi.
18. (207)	Molti elogi e complimenti mi fanno sentire una persona valida.
19. (176)	Spesso le persone mi dicono che sono molto autoritaria nel fare le cose.
20. (117)	Credo che se faccio quello che voglio, vado solo in cerca di guai.
21. (89)	Non mi sento sicuro della mia capacità di risolvere i problemi quotidiani che si presentano.
22. (162)	Spesso sacrifico il piacere e la felicità per soddisfare i miei standard.
23. (46)	Non appartengo a nessuno, sono un solitario.
24. (147)	Sono troppo cosciente di me stesso per mostrare sentimenti positivi agli altri (per esempio, affetto, dimostrare che mi interessa).
25. (125)	Sono disposto a fare molto di più della maggior parte delle persone per evitare i confronti.
26. (133)	Per quanto io sia impegnato, riesco sempre a trovare il tempo per gli altri.
27. (78)	Non mi sento in grado di cavarmela da solo nella vita quotidiana.
28. (50)	Nessuno mi capisce veramente.
29. (39)	Faccio dei "test" agli altri, per vedere se mi dicono la verità e se hanno buone intenzioni.
30. (128)	Do più agli altri di quanto ricevo in cambio.
31. (137)	Sono sempre stato quello che ascolta i problemi degli altri.

32. (156)	Ho così tante cose da fare che non ho quasi mai tempo per rilassarmi davvero.
33. (129)	Di solito sono io a prendermi cura delle persone a cui sono legato.
34. (8)	Per la maggior parte del tempo non ho avuto qualcuno che mi ascoltasse veramente, che mi capisse o che fosse in sintonia con i miei veri bisogni e sentimenti.
35. (109)	Spesso sento di non avere un'identità separata dai miei genitori o dal mio partner.
36. (205)	Se non ricevo molte attenzioni dagli altri, mi sento meno importante.
37. (71)	La maggior parte delle altre persone è più capace di me in ambito lavorativo (o scolastico) e nei risultati.
38. (152)	Devo essere il migliore nella maggior parte delle cose che faccio; non posso accettare la seconda scelta.
39. (198)	Avere soldi e conoscere persone importanti mi fa sentire utile.
40. (106)	Io e i miei genitori tendiamo a essere troppo coinvolti nella vita e nei problemi degli altri.
41. (47)	Mi sento estraneo agli altri.
42. (175)	Spesso mi accorgo di essere talmente coinvolto nelle mie priorità da non avere il tempo di dedicarmi agli amici o alla famiglia.
43. (nuovo item)	Quando lascio andare le mie emozioni, le cose mi sfuggono di mano.
44. (12)	Mi preoccupa che le persone che sento vicine mi lascino o mi abbandonino.
45. (111)	È molto difficile per me mantenere una certa distanza dalle persone con cui sono in intimità; ho difficoltà a mantenere un senso separato di me stesso.
46. (229)	Mi arrabbio quando le persone si giustificano o incolpano gli altri per i loro problemi.
47. (212)	Temo che una decisione sbagliata possa portare a un disastro.
48. (204)	Anche se non mi piace qualcuno, voglio comunque piacergli.
49. (92)	Le responsabilità della vita quotidiana mi opprimono.

50. (5)	Per gran parte della mia vita, non ho avuto qualcuno che volesse avvicinarsi a me e passare molto tempo con me.
51. (211)	Per quanto lavori duramente, temo di poter essere spazzato via finanziariamente.
52. (70)	Sono incompetente quando si tratta di ottenere risultati.
53. (93)	Non riesco a sfuggire alla sensazione che stia per accadere qualcosa di brutto.
54. (187)	Quando i compiti diventano difficili, di solito non riesco a perseverare e a portarli a termine.
55. (nuovo item)	È meglio pensare che sentire.
56. (34)	Sono piuttosto sospettoso delle motivazioni degli altri.
57. (52)	A volte mi sembra di essere un alieno.
58. (25)	Ho talmente bisogno degli altri che mi preoccupa di perderli.
59. (54)	Nessuno di coloro che vorrei gradirebbe starmi vicino una volta visti i miei difetti.
60. (55)	Nessuna delle persone che vorrei gradirebbe starmi vicino una volta visti i miei difetti.
61. (76)	Spesso mi sento in imbarazzo con gli altri, perché non sono all'altezza dei loro risultati.
62. (19)	Mi arrabbio quando qualcuno mi lascia solo, anche per un breve periodo di tempo.
63. (77)	Spesso paragono i miei risultati con quelli degli altri e sento che loro hanno molto più successo.
64. (115)	Sento che i miei genitori sono, o sarebbero, molto dispiaciuti se vivessi da solo, lontano da loro.
65. (230)	Non importa perché faccio un errore; quando faccio qualcosa di sbagliato, devo pagarne il prezzo.
66. (131)	Sono una brava persona perché penso agli altri più che a me stesso.
67. (14)	Non sento che le relazioni importanti dureranno, mi aspetto che finiscano.

68. (83)	Mi considero una persona dipendente per quanto riguarda le attività quotidiane.
69. (21)	Non riesco ad avvicinarmi molto agli altri, perché non posso essere sicuro che ci saranno sempre.
70. (140)	Per quanto possa dare, sento che non è mai abbastanza.
71. (195)	Mi trasformo a seconda delle persone con cui sto, in modo da piacere di più a loro.
72. (173)	Sento che ciò che ho da offrire è di maggior valore rispetto ai contributi degli altri.
73. (171)	Odio essere costretto o impedito a fare ciò che voglio.
74. (69)	Quasi nulla di ciò che faccio al lavoro (o a scuola) è all'altezza delle altre persone.
75. (68)	Non riesco a capire come qualcuno possa amarmi.
76. (180)	Non riesco a disciplinarmi per portare a termine compiti di routine o noiosi.
77. (3)	Per la maggior parte del tempo non ho avuto qualcuno da cui dipendere per consigli e sostegno emotivo.
78. (82)	Ho difficoltà ad affrontare nuovi compiti al di fuori del lavoro (o dell'ambito scolastico), a meno che non abbia qualcuno che mi guidi.
79. (58)	Non sono degno dell'amore, dell'attenzione e del rispetto degli altri.
80. (209)	Se succede qualcosa di bello, mi preoccupa che possa seguire qualcosa di brutto.
81. (222)	Le persone che non "fanno il loro dovere" dovrebbero essere punite in qualche modo.
82. (122)	Mi preoccupa molto di piacere agli altri, in modo che non mi rifiutino.
83. (nuova voce)	Dovrei essere punito per i miei errori e le mie imperfezioni.
84. (208)	Anche quando le cose sembrano andare bene, sento che è solo temporaneo.
85. (219)	Se commetto un errore, merito di essere punito.

86. (24)	Le persone a me vicine sono molto imprevedibili: un momento sono disponibili e gentili con me; il momento dopo sono arrabbiate, sconvolte, egocentriche, litigano, ecc.
87. (86)	Se mi fido del mio giudizio nelle situazioni quotidiane, prenderò la decisione sbagliata.
88. (218)	Se le persone si entusiasmano troppo per qualcosa, mi sento a disagio e ho voglia di metterle in guardia da ciò che potrebbe andare storto.
89. (96)	Ho paura di essere aggredito.
90. (nuovo item)	Gli altri dovrebbero essere puniti per i loro errori e le loro imperfezioni.
91. (164)	Non posso lasciarmi andare facilmente o giustificare i miei errori.
92. (33)	Ho molte difficoltà a fidarmi delle persone.
93. (17)	Quando sento che qualcuno a cui tengo si allontana da me, mi dispero.
94. (81)	Credo che gli altri possano prendersi cura di me meglio di quanto io possa fare con me stesso.
95. (18)	A volte sono così preoccupato che le persone mi lascino che le allontano.
96. (97)	Prendo grandi precauzioni per evitare di ammalarmi o farmi male.
97. (45)	Sono fondamentalmente diverso dagli altri.
98. (178)	Non tollero che gli altri mi dicano cosa fare.
99. (90)	Sento di aver bisogno di qualcuno su cui poter contare per avere consigli su questioni pratiche.
100. (158)	Devo far fronte a tutte le mie responsabilità.
101. (27)	Sento che le persone si approfittano di me.
102. (145)	Sento che devo controllare le mie emozioni e i miei impulsi, altrimenti rischia di succedere qualcosa di brutto.
103. (nuovo item)	Se lascio spazio alle mie emozioni, esse mi travolgeranno.
104. (60)	Di base sono troppo inaccettabile per mostrarmi ad altre persone.
105. (15)	Mi sento dipendente da partner che non possono essere presenti per me in modo impegnato.

106. (9)	Raramente ho avuto una persona forte che mi desse consigli o indicazioni valide quando non ero sicuro di cosa fare.
107. (104)	Sento che il mondo è un posto pericoloso.
108. (91)	Mi sento più bambino che adulto quando si tratta di gestire le responsabilità quotidiane.
109. (107)	È molto difficile per me e per i miei genitori tenere nascosti dettagli intimi, senza sentirsi traditi o colpevoli.
110. (136)	Sono così impegnato a fare per le persone a cui tengo che ho poco tempo per me stesso.
111. (232)	Sono una persona cattiva che merita di essere punita.
112. (223)	Il più delle volte non accetto le scuse degli altri. Non sono disposti ad accettare la responsabilità e a pagarne le conseguenze.
113. (26)	Non posso essere me stesso o esprimere ciò che sento veramente, altrimenti le persone mi abbandonano.
114. (87)	Mi manca il buon senso.
115. (191)	Raramente sono riuscito a rispettare i miei propositi.
116. (227)	Serbo rancore, anche dopo che qualcuno si è scusato.
117. (186)	Mi annoio molto facilmente.
118. (nuova voce)	Mi faccio spesso schifo.
119. (213)	Spesso sono ossessionato da decisioni di poco conto, perché le conseguenze di un errore sembrano così gravi.
120. (108)	Io e i miei genitori dobbiamo parlarci quasi ogni giorno, altrimenti uno dei due si sente in colpa, ferito, deluso o solo.
121. (172)	Sento che non dovrei seguire le normali regole e convenzioni degli altri.
122. (148)	Trovo imbarazzante esprimere i miei sentimenti agli altri.
123. (168)	Ho molti problemi ad accettare un "no" come risposta quando voglio qualcosa dagli altri.
124. (150)	Mi controllo così tanto che la gente pensa che io non sia emotivo.
125. (6)	In generale, le persone non sono state presenti per darmi calore, sostegno e affetto.

126. (146)	Dentro di me si accumulano molta rabbia e risentimento che non esprimo.
127. (170)	Sono speciale e non dovrei accettare molte delle restrizioni imposte alle altre persone.
128. (214)	Mi sento meglio se parto dal presupposto che le cose non andranno bene per me, in modo da non sentirmi deluso se le cose vanno male.
129. (nuovo item)	Non provo a entrare in contatto con le mie emozioni.
130. (72)	Sono un fallito.
131. (40)	Sono convinto che: "Controllare o essere controllati".
132. (123)	Ho molti problemi a chiedere che i miei diritti vengano rispettati e che i miei sentimenti vengano presi in considerazione.
133. (206)	Se faccio delle osservazioni a una riunione o vengo presentato a un incontro, mi aspetto un riconoscimento e un'ammirazione.
134. (151)	Le persone mi vedono teso dal punto di vista emotivo.
135. (144)	Temo di poter nuocere gravemente a qualcuno, fisicamente o emotivamente, se la mia rabbia sfugge al controllo.
136. (nuovo item)	Quando comincio a emozionarmi non mi fermo più.
137. (36)	Di solito sono alla ricerca dei secondi fini delle persone.
138. (31)	È solo questione di tempo prima che qualcuno mi tradisca.
139. (139)	Gli altri mi vedono come se facessi troppo per gli altri e non abbastanza per me stesso.
140. (221)	Non ci sono scuse se sbaglio.
141. (197)	La mia autostima si basa soprattutto su come mi vedono gli altri.
142. (73)	Non ho il talento della maggior parte delle persone nel loro lavoro (o a scuola).
143. (2)	Non ho ricevuto abbastanza amore e attenzione.
144. (120)	Ho sempre lasciato che gli altri facessero delle scelte per me, quindi non so davvero cosa voglio per me stessa.
145. (210)	La prudenza non è mai troppa; qualcosa andrà quasi sempre storto.
146. (216)	Tendo a essere pessimista.

147. (11)	Mi ritrovo ad aggrapparmi alle persone a cui sono legato, perché ho paura che mi lascino.
148. (159)	Sento che c'è una pressione costante per raggiungere gli obiettivi e portare a termine le cose.
149. (44)	Non c'è posto per me.
150. (194)	Per me è importante essere apprezzato da quasi tutti quelli che conosco.
151. (84)	Faccio un casino in tutto ciò che provo, anche al di fuori del lavoro (o della scuola).
152. (98)	Ho paura di sviluppare una malattia grave, anche se il medico non mi ha diagnosticato nulla di grave.
153. (167)	Devo sempre essere il numero uno, in termini di prestazioni.
154. (7)	Per gran parte della mia vita non ho sentito di essere speciale per qualcuno.
155. (143)	Mi preoccupo di perdere il controllo delle mie azioni.
156. (nuovo item)	Quando c'è un conflitto, è quasi sempre colpa dell'altra persona.
157. (114)	Spesso sento di non avere privacy quando si tratta dei miei genitori o del mio partner.
158. (220)	Se non mi impegno al massimo, devo aspettarmi di perdere.
159. (105)	Non sono stato in grado di separarmi dai miei genitori, come sembrano fare gli altri coetanei.
160. (155)	Cerco di fare del mio meglio; non posso accontentarmi di "abbastanza".
161. (95)	Ho paura di diventare una persona di strada o un vagabondo.
162. (100)	Mi preoccupo molto delle cose brutte che accadono nel mondo: criminalità, inquinamento, ecc.
163. (149)	Mi è difficile essere caloroso e spontaneo.
164. (119)	Nelle relazioni lascio che sia l'altro ad avere il sopravvento.
165. (183)	Mi è molto difficile sacrificare una gratificazione immediata per raggiungere un obiettivo a lungo termine.

166. (182)	Se non riesco a raggiungere un obiettivo, mi sento facilmente frustrato e mi arrendo.
167. (153)	Mi sforzo di tenere quasi tutto in perfetto ordine.

Chiavi di valutazione

YSQ-R_Plus	
Deprivazione emotiva n=8	16, 34, 50, 77, 106, 125, 143, 154
Abbandono/Instabilità n=11	44, 58, 62, 67, 69, 86, 93, 95, 105, 113, 147
Sfiducia/Abuso n=8	12, 29, 56, 92, 101, 131, 137, 138
Esclusione sociale/Alienazione n=7	17, 23, 28, 41, 57, 97, 149
Inadeguatezza/vergogna n=7	6, 14, 59, 60, 75, 79, 104
Fallimento n=8	4, 37, 52, 61, 63, 74, 130, 142
Dipendenza/Incompetenza n=12	3, 21, 27, 49, 68, 78, 87, 94, 99, 108, 114, 151
Vulnerabilità al pericolo o alle malattie n=8	13, 53, 89, 96, 107, 152, 161, 162
Invischiamento/Sé poco sviluppato n=9	5, 35, 40, 45, 64, 109, 120, 157, 159
Pretese/Grandiosità n=8	19, 42, 72, 73, 98, 121, 123, 127
Autocontrollo o autodisciplina insufficienti	1, 2, 8, 54, 76, 115, 117, 165, 166

n=9	
Sottomissione n=7	10, 20, 25, 82, 132, 144, 164
Autosacrificio n=8	26, 30, 31, 33, 66, 70, 110, 139
Ricerca di approvazione o riconoscimento n= 9	9, 18, 36, 39, 48, 71, 133, 141, 150
Standard severi/Ipercriticismo n=9	22, 32, 38, 91, 100, 148, 153, 160, 167
Inibizione emotiva ¹ n=5	15, 24, 55, 122, 124, 129, 134, 163
Paura di perdere il controllo n=4	43, 102, 103, 126, 135, 136, 155
Negatività/Pessimismo n=9	47, 51, 80, 84, 88, 119, 128, 145, 146
Punizione (sé) ² n=6	7, 11, 65, 83, 85, 111, 118, 140, 158
Punizione (Altro) n=4	46, 81, 90, 112, 116, 156

¹ Si noti che lo SME dell'inibizione emotiva è suddiviso in due fattori distinti: Inibizione emotiva e Paura di perdere il controllo.

² Si noti che lo SME della Punizione è suddiviso in due fattori: Punizione (sé) e Punizione (altri).

Appendice C

Consenso informato



COMITATO ETICO DELLA RICERCA PSICOLOGICA (AREA 17)

Dipartimenti/Sezione di Psicologia - Università di Padova

Via Venezia 8, 35131, Padova

FAX: +39-0498276600, Email: comitato.etico.areas17@unipd.it, Sito WEB: <http://ethos.psy.unipd.it/>

Protocollo: 4813 (SOSTITUISCE IL N.4775)

Data: 02/06/2022

Numero Univoco: 8A047C1A5B880B823A04AFB2DCD28593

Scopo: Richiesta di parere

Titolo: Costruzione dello SMI-3

Proponente

Cognome e nome: Panzeri Marta

Ruolo: Ricercatore

e-mail: marta.panzeri@unipd.it

Area: Psicologia clinica e dinamica

(se altro):

Ricercatori partecipanti: 1

Panzeri Marta

Parole chiave:

1 - rmode

2 - SMI

3 - YSQ

Il Comitato Etico, dopo attento esame delle informazioni fornite dal proponente, esprime parere positivo riguardante gli aspetti etici del progetto.

The project has been approved by the Ethical Committee for the Psychological Research of the University of Padova.

Si fa presente che tale approvazione è vincolata al rispetto della normativa vigente in materia di privacy. La vigente legge sulla protezione dei dati EU GDPR 679/2016 si applica al trattamento dei dati personali effettuato nell'ambito delle attività di uno stabilimento da parte di un titolare del trattamento o di un responsabile del trattamento nell'Unione, indipendentemente dal fatto che il trattamento sia effettuato o meno nell'Unione (art. 3, comma 1).

Please note that this approval is subject to compliance with current privacy legislation. The current data protection law EU GDPR 679/2016 applies to the processing of personal data in the context of the activities of an establishment of a controller or a processor in the Union, regardless of whether the processing takes place in the Union or not (art. 3, par. 1).

Il Comitato Etico si riserva di revocare l'approvazione qualora il progetto non venisse condotto secondo quanto dichiarato nel protocollo di ricerca approvato dal Comitato. Pertanto, modifiche in qualsiasi punto della procedura o del consenso informato dovranno essere sottoposte nuovamente all'attenzione del Comitato.

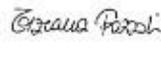
Padova, 27/06/2022

Per il Comitato Etico dell'area 17

La Presidente



La Vicepresidente



Il Segretario



I membri



BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Washington: APA.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mentale disorder (5th ed., text rev.)*. Washington: APA [trad. it. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Raffaello Cortina, Milano, 2023].
- Arntz, A., & Jacob, G. (2012). *Schema therapy in practice: An introductory guide to the schema mode approach*. West Sussex, UK: Wiley.
- Arntz, A., Rijkeboer, M., Chan, E., Fassbinder, E., Karaosmanoglu, A., Lee, C.W., & Panzeri, M. (2021). Towards a Reformulated Theory Underlying Schema Therapy: Position Paper of an International Workgroup. *Cognitive Therapy and Research*, 45, 1007–1020.
- Ayyash-Abdo, H., Tayara, R., & Sasagawa, S. (2016). Social anxiety symptoms: A cross-cultural study between Lebanon and the UK. *Personality and Individual Differences*, 96, 100–105.
- Bach, B. & Bernstein, D.P. (2019). Schema therapy conceptualization of personality functioning and traits in ICD-11 and DSM-5. *Current Opinion in Psychiatry*, 32 (1), 38-49.
- Ball, S. A., & Young, J. E. (2000). Dual focus schema therapy for personality disorders and substance dependence: Case study results. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 270-281.
- Balsamo, M., Carlucci, L., Sergi, M. R., Romanelli, R., D'Ambrosio, I., Fairfield, B., et al. (2016). A new measure for trait and state anxiety: the State Trait Inventory of Cognitive and Somatic Anxiety (STICSA). Standardization in an Italian population. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 22, 229–232.
- Balsamo, M., Giampaglia, G., and Saggino, A. (2014). Building a new Rasch-based self-report inventory of depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10: 153-165.

- Bamelis, L.L., Evers, S.M., Spinhoven, P., & Arntz, A. (2014). Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, *171*, 305–322.
- Bär, A., Bär, H. E., Rijkeboer, M. M., & Lobbestael, J. (2023). Early Maladaptive Schemas and Schema Modes in clinical disorders: A systematic review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*.
- Barlow, D. H. (2001). *Clinical handbook of psychological disorders*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*. *Clinical Psychology Review*, *8*, 77-100.
- Boone, W.J. (2016) Rasch analysis for instrument development: Why ,when ,and how? *CBE-Life Science Education*, *15*:1–7.
- Boone, W.J., & Noltemeyer, A. (2017). Rasch analysis: a primer for school psychology researchers and practitioners. *Cogent Education*, *4*:1416898.
- Brockman, R.N., Simpson, S., Hayes, C., & van der Wijngaart, M. S. (2023). *Cambridge Guide to Schema Therapy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Carranza, J. A., González-Salinas, C., & Ato, E. (2013). A longitudinal study of temperament continuity through IBQ, TBAQ and CBQ. *Infant Behavior and Development*, *36*, 749–761.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, *16* (8), 297-334.
- Dadomo, H., Grecucci, A., Giardini, I., Ugolini, E., Carmelita, A., & Panzeri, M. (2016). Schema Therapy for Emotional Dysregulation: Theoretical Implication and Clinical Applications. *Frontiers in Psychology*, *7*, 1987.
- Dadomo, H., Panzeri, M., Caponcello, D., Carmelita, A., & Grecucci, A. (2018). Schema Therapy for emotional dysregulation in personality disorders: a review. *Current Opinion in Psychiatry*, *31* (1), 43-49.

- Derogatis, L. (1983). *SCL-90-R administration, scoring and procedures manual-II for the (R)evised version and other instruments of the psychopathology rating scale series*. Towson, MD: Clinical Psychometric Research.
- Dobson, K. S. (2022). Therapeutic relationship. *Cognitive and Behavioral Practice, 29* (3), 541–544.
- Dozois, D.J.A., Beck, A.T., 2008. *Cognitive schemas, beliefs and assumptions*. In: *Risk Factors in Depression*. American Psychological Association, pp. 119–143
- Dweck, C. S. (2017). From needs to goals and representations: Foundations for a unified theory of motivation, personality and development. *Psychological Review, 124*, 689–719.
- Edwards, D. J. A. (2022). Using schema modes for case conceptualization in schema therapy: An applied clinical approach. *Frontiers in Psychology, 12*:763670.
- Grecucci, A., Messina, I., Amodeo, L., Lapomarda, G., Crescentini, C., Dadomo, H., Panzeri, M., Theuninck, A., & Frederickson, J. (2020). A dual route model for regulating emotions: comparing models, techniques, and biological mechanisms. *Frontiers in Psychology, 11*:930.
- Guidano, V.F., & Liotti, G. (1983). *Cognitive Processes and Emotional Disorders*. The Guilford Press, New York.
- Gülüm, İ. V., & Soygüt, G. (2022). Limited reparenting as a corrective emotional experience in schema therapy: A preliminary task analysis. *Psychotherapy Research, 32* (2), 263–276.
- Hagquist, C., & Andrich, D. (2017). Recent advances in analysis of differential item functioning in health research using the Rasch model. *Health and Quality Life of Outcomes 15* (1), 181.
- Hyler, S. E., & Rieder, R. O. (1987). PDQ-R: *Personality Diagnostic Questionnaire – Revised*. New York State Psychiatric Institute.
- Jacob, G. A., & Arntz, A. (2013). Schema therapy for personality disorders-A review. *International Journal of Cognitive Therapy, 6*(2), 171–185.
- Kellogg, S. H., & Young, J. E. (2006). Schema Therapy for Borderline Personality Disorder. *Journal of Clinical Psychology, 62*, 445- 458.

- Kopala-Sibley, D.C., Olino, T., Durbin, E., Dyson, M.W., & Klein, D.N. (2018). The stability of temperament from early childhood to early adolescence: a multi-method, multiinformant examination. *European Journal of Personality*, *32*, 128–145.
- Koç, V., & Kafa, G. (2018). Cross-cultural research on psychotherapy: the need for a change. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, *50*, 100–115.
- Kriston, L., Schäfer, J., von Wolff, A., Härter, M., & Hölzel, L. P. (2012). The latent factor structure of Young's early maladaptive schemas: are schemas organized into domains? *Journal of Clinical Psychology*, *68*, 684–698.
- Lavergne, F., Marie, N., & Mehran, F. (2015). The 5 mental dimensions identified in early maladaptive schemas statistical analysis of Young's schema questionnaire (YSQ-S3). *Encephale*, *41*(4), 314–322.
- Lee, C. W., Taylor, G., & Dunn, J. (1999). Factor structure of the Schema Questionnaire in a Large Clinical Sample. *Cognitive Therapy and Research*, *23* (4), 441-451.
- Lobbstaël, J., van Vreeswijk, M., Spinhoven, P., Schouten, E., & Arntz, A. (2010). Reliability and validity of the Short Schema Mode Inventory (SMI). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *38*, 437–458.
- McCarthy, M.C., & Lumley, M.N. (2012). Sources of emotional Maltreatment and the differential development of unconditional and conditional schemas. *Cognitive Behaviour Therapy*, *41*:4, 288-297.
- Moè, A. (2020). *La motivazione: teorie e processi*. Bologna: Il mulino.
- Ociskova, M., Prasko, J., Kantor, K., Hodny, F., Kasyanik, P., Holubova, M., Vanek, J., Slepecky, M., Nesnidal, V., & Minarikova Belohradova, K. (2022). Schema Therapy for patients with bipolar disorder: Theoretical framework and application. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *18*, 29–46.
- Oei, T. P. S., & Baranoff J. (2007). Young Schema Questionnaire: Review of psychometric and measurement issues. *Australian Journal of Psychology*, *59* (2), 78-86.
- Padesky, C. A. (1994). Schema change processes in cognitive therapy. *Clinical and Psychology and Psychotherapy*, *1* (5), 267-278.
- Piaget, J. (1952). *Play, dreams and imitation in childhood*. W W Norton & Co.

- Pretzer, J. L., & Beck, A. T. (2005). A Cognitive Theory of Personality Disorders. In M. F. Lenzenweger & J. F. Clarkin (Eds.), *Major theories of personality disorder* (pp. 43–113). The Guilford Press.
- Rafaeli, E., Bernstein, D. P., & Young, J. E. (2011). *Schema therapy: The CBT distinctive features series*. London, UK: Routledge.
- Rijkeboer, M. M., Lobbestael, J., Arntz, A., & van Genderen, H. (2010). *Schema Coping Inventory (SCI)*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Rosenberg, S. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Saggino, A., Balsamo, M., Carlucci, L., Cavalletti, V., Sergi M. R., da Fermo, G., Dèttore, D., Marsigli, N., Petrucci, I., Pizzo, S., & Tommasi, M. (2018). Psychometric Properties of the Italian Version of the Young Schema Questionnaire L-3: Preliminary Results. *Frontiers of Psychology, 9*: 312.
- Schmidt, N. M., Joiner T. E., Young, J. E., & Telch, M. J. (1995). The Schema Questionnaire: Investigation of Psychometric Properties and the Hierarchical Structure of a Measure of Maladaptive Schemas. *Cognitive Therapy and Research, 19* (3), 295-321.
- Smith, J.E., Natterson-Horowitz, B., Mueller, M.M., & Alfaro, M.E. (2023). Mechanisms of equality and inequality in mammalian societies. *Philosophical Transactions of the Royal Society B, 378*: 20220307.
- Terwee, C. B., Bot, S. D. M., de Boer, M. R., van der Windt, D. A. W. M., Knol, D. L., Dekker, J., Bouter, L.M., & de Vet, H. C. W. (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology, 60*, 34–42.
- van Dijk, S. D. M., Veenstra, M. S., van den Brink, R. H., vanAlphen, S. P. J., & Oude Voshaar, R. C. (2023). A systematic review of the heterogeneity of schema therapy. *Journal of Personality Disorders, 37* (2), 233–262.
- Waller, G., Meyer, C., & Ohanian, V. (2001). Psychometric Properties of the Long and Short Versions of the Young Schema Questionnaire: Core Beliefs Among Bulimic and Comparison Women. *Cognitive Therapy and Research, 25* (2), 137-147.

- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
- Welburn, K., Coristine, M., Dagg, P., Pontefract, A., & Jordan, S. (2002). The schema questionnaire - short form: Factor analysis and relationship between schemas and symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 26 (4), 519–530.
- Yalcin, O., Lee, C. & Correia, H. (2020). Factor structure of the Young Schema Questionnaire (Long Form-3). *Australian Psychologist*, 55 (5), 546-558.
- Yalcin, O., Marais, I., Lee, C. & Correia, H. (2021). Revision to the Young Schema Questionnaire using Rasch analysis: the YSQ-R. *Australian Psychologist*, 57, 8-20.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders*. Sarasota, FL: Professional Resources Press.
- Young, J. E. (2005). *Young Schema Questionnaire - Long Form 3 (YSQ-L3)*. New York: Schema Therapy Institute.
- Young, J. E. (2005). *Young Schema Questionnaire - Short Form 3 (YSQ-S3)*. New York: Schema Therapy Institute.
- Young, J. E., & Brown G. (1989). *Schema Questionnaire (SQ)*. New York: Cognitive Therapy Center Institute.
- Young, J., Arntz, A., Atkinson, T., Lobbestael, J., Weishaar, M., van Vreeswijk, M., & Klokman, J. (2007). *Schema mode inventory (SMI-3)*. New York: Schema Therapy Institute.
- Young, J. E., & Klosko, J. S. (1993). *Reinventing Your life. The Breakthrough Program to End Negative Behavior...and Feel Great Again*. New York: Plume Books. (trad. it. Reinventa la tua vita, Raffaello Cortina, Milano, 2004).
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York: The Guilford Publications (trad. it. Schema Therapy. La terapia cognitivo-comportamentale integrata per i disturbi di personalità, Firenze: Eclipsi, 2007).
- Young, J. E., Weinberger, A. D., & Beck, A. T. (2001). Cognitive therapy for depression. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (pp. 264-308). The Guilford Press.

