



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata

Corso di laurea in Psicologia Clinico-Dinamica

Tesi di laurea Magistrale

**Relazione tra Mode e attaccamento. Uno studio sulla
popolazione generale.**

The relationship between Modes and attachment. A general population study

Relatrice

Prof.ssa Marta Panzeri

Laureanda: Sofia Conti

Matricola: 2017848

Anno accademico 2021/2022

Indice

| | |
|---|-----------|
| Introduzione | 4 |
| Capitolo 1 - Il Modello della Schema Therapy..... | 6 |
| 1.1. Introduzione alla Schema Therapy | 6 |
| 1.2. Schemi Maladattivi Precoci (SMP) | 7 |
| 1.2.1. I bisogni primari..... | 8 |
| 1.2.2. Classificazione degli Schemi | 11 |
| 1.3. Stili di coping..... | 18 |
| 1.4. I Mode..... | 20 |
| Capitolo 2 - Mode e disturbi di personalità | 31 |
| 2.1. Tratti e disturbi di personalità..... | 31 |
| 2.2. La relazione tra Mode e disturbi di personalità | 31 |
| 2.2.1. Studi sulla relazione tra Mode specifici e disturbi di personalità | 33 |
| 2.2.1.1. Disturbo antisociale di personalità..... | 38 |
| 2.2.1.2. Disturbo borderline di personalità | 39 |
| 2.2.1.3 Disturbo istrionico di personalità..... | 41 |
| 2.2.1.4. Disturbo narcisistico di personalità..... | 42 |
| Capitolo 3 - Attaccamento e disturbi di personalità | 44 |
| 3.1. Uno sguardo alla Teoria dell'Attaccamento | 44 |
| 3.2. Attaccamento Adulto | 46 |
| 3.3. Attaccamento e Psicopatologia..... | 48 |

| | |
|---|-----------|
| 3.4. Attaccamento adulto e disturbi di personalità..... | 49 |
| 3.4.1. Gli Studi..... | 50 |
| Capitolo 4 – La Ricerca | 54 |
| 4.1. Ipotesi..... | 55 |
| 4.2. Metodo | 57 |
| 4.2.1. Campione | 57 |
| 4.2.2. Strumenti..... | 58 |
| 4.2.3. Analisi..... | 61 |
| 4.3. Risultati..... | 61 |
| 4.3.1. Consistenza interna degli strumenti | 61 |
| 4.3.2. Correlazioni di Pearson..... | 63 |
| 4.3.3. Moderazione | 67 |
| 4.4. Discussione dei risultati | 86 |
| 4.5. Limiti della ricerca e sviluppi futuri | 91 |
| Conclusione | 93 |
| Bibliografia | 95 |

Introduzione

Jeffrey E. Young (1990, 1999, 2003) ha sviluppato il modello della Schema Therapy (ST) al fine di superare i limiti della terapia cognitivo-comportamentale (CBT), in particolare nel trattamento di pazienti con disturbi di personalità. Tra i concetti fondamentali della Schema Therapy si trova quello di Schema Maladattivo Precoce (SMP), inteso come un tema generale e pervasivo che vede la sua origine nell'infanzia o nell'adolescenza a seguito di esperienze nocive e comprendente memorie, emozioni, pensieri e sensazioni somatiche, utilizzato per comprendere sé e gli altri. Un ulteriore concetto centrale è quello di Mode, ovvero uno stato mentale istantaneo, in continuo cambiamento, ma dominante, in cui una persona può trovarsi, derivato da un insieme di Schemi e dai relativi stili di coping con i quali gli individui vi reagiscono (Young et al., 2003). Il concetto di Mode è stato teorizzato dall'autore proprio per facilitare il trattamento dei disturbi di personalità nel momento in cui osservò che più Schemi si attivavano simultaneamente o si alternavano molto velocemente; nonostante ciò, è importante sottolineare come Schemi e Mode facciano parte di tutte le persone, non solo quelle con aspetti patologici (van Genderen *et al.*, 2012).

Una delle teorizzazioni principali con cui è stata integrata la Schema Therapy è la Teoria dell'Attaccamento, la quale, come la ST, sottolinea l'importanza delle esperienze precoci, soprattutto relazionali, attraverso i primi caregiver, grazie alle quali è possibile poi comprendere le successive difficoltà dell'adulto, soprattutto se sono state negative (Bowlby, 1969). Come la nascita degli SMP deriva dall'insoddisfazione da parte dei genitori dei bisogni primari durante l'infanzia che poi porta alla successiva attivazione degli Schemi e dei Mode, anche le esperienze interattive nei primi anni di vita sono fondamentali per la nascita di uno stile di attaccamento sano, che poi si protrarrà per le relazioni significative nella vita adulta.

Vista la loro relazione teorica, alcune ricerche hanno voluto osservare tale rapporto dal punto di vista empirico, soffermandosi principalmente su quello tra SMP e attaccamento (primario e adulto, cfr. Karantzas, Younan, Pilkington, 2022) e spesso valutandolo in popolazioni cliniche con specifici disturbi di personalità. La letteratura, invece, rimane

carente per quanto riguarda la relazione tra attaccamento e Mode. Per questo, la ricerca oggetto del presente elaborato ha lo scopo di indagare la relazione tra i Mode e l'attaccamento adulto, osservandolo anche dal punto di vista delle relazioni romantiche e interpersonali dell'età adulta, soprattutto considerandoli nella popolazione generale attraverso i tratti di personalità non necessariamente patologici riscontrati in un campione da essa estratto.

Nel primo capitolo verrà presentato il quadro teorico della Schema Therapy, definendo i concetti fondamentali ed esponendo le revisioni più recenti del modello. Nel secondo capitolo sarà presentata la relazione tra i Mode e i disturbi di personalità, prendendo in considerazione le definizioni del DSM-5 (APA, 2013) e riportando lo stato della letteratura riguardo a detta relazione. Il terzo capitolo tratterà dei concetti basilari della Teoria dell'Attaccamento, soprattutto quello adulto, focalizzandosi sulla presenza di particolari dimensioni di attaccamento nei disturbi di personalità. Infine, nel quarto capitolo ci si concentrerà sulla ricerca costitutiva del presente elaborato, riportando le modalità, gli strumenti e il campione che sono stati utilizzati, per poi successivamente descriverne risultati e discussione degli stessi.

Capitolo 1

Il Modello della Schema Therapy

1.1. Introduzione alla Schema Therapy

La Schema Therapy è un modello teorico e un approccio psicoterapeutico elaborato da Jeffrey Young (1990), nella quale ha integrato aspetti cognitivo-comportamentali con elementi di scuole differenti come la Teoria dell'Attaccamento, la psicologia della Gestalt, la teoria costruttivista e le terapie psicodinamiche. La base cognitivo-comportamentale è stata elaborata e integrata al fine di superarne i limiti, con disturbi psicologici più pervasivi e radicati nel tempo, come i disturbi di personalità (Young, Klosko, Wessaar, 2003).

La Schema Therapy si concentra maggiormente sulle emozioni, sull'unicità dell'esperienza vissuta dai clienti e sulla natura peculiare delle forme di pensiero, in seguito all'influenza della “*client centered therapy*” di Carl Rogers. Inoltre, sottolinea l'importanza delle esperienze precoci, soprattutto negative, e di conseguenza delle condizioni dell'ambiente sociale, in particolare la qualità delle relazioni offerte dai primi caregiver per poi comprendere le difficoltà dell'adulto. Infine, anche il rapporto tra paziente e terapeuta è considerato un aspetto centrale, nonché uno strumento di cambiamento: il terapeuta fornisce un “confronto empatico” (Young *et al.*, 2003, p. 93) e una relazione genitoriale che permette una nuova esperienza collaborativa e correttiva degli Schemi maladattivi precoci (Edwards, Arntz, 2012, pp. 1-26).

Questo approccio è risultato, perciò, particolarmente efficace con quegli aspetti che sottendono e mantengono attivi nel tempo i disturbi di personalità del Cluster B, in particolare con il disturbo borderline di personalità, spesso considerato non trattabile o trattato poco empaticamente dalle terapie tradizionali (Young *et al.*, 2003, Edwards, Arntz, 2012). Con i successivi studi ne è stata sottolineata l'applicabilità anche ai disturbi di personalità del Cluster C e alla psicopatologia forense, fino agli ultimi anni, dove la

sua efficacia clinica si è estesa anche a diversi disturbi clinici dell'asse I come: ansia, depressione e disturbi alimentari (Arntz, Rijkeboer, Chan, Fassbinder, Karaosmanoglu, Lee, Panzeri, 2021).

La Schema Therapy ha attratto e attrae tuttora molti professionisti, clinici e ricercatori, tanto da essere utilizzata in molte culture di tutto il mondo, anche molto diverse. Questo ha portato le ricerche più recenti a una revisione e una riformulazione interculturalmente fondata delle basi teoriche, attraverso il confronto di clinici provenienti da contesti culturali distinti (Arntz *et al.*, 2021).

1.2. Schemi Maladattivi Precoci (SMP)

Uno dei concetti fondamentali alla base della teoria della Schema therapy è quello di “schema”. Il termine “schema” ha però una valenza importante per la psicologia e la psicoterapia in generale, a partire dalle diverse fasi dello sviluppo cognitivo infantile di Piaget (1962), ma soprattutto in ambito cognitivista con i primi scritti di Beck (1967). Uno schema in psicologia può essere definito come “un qualunque principio organizzativo tramite il quale l'individuo può interpretare le esperienze vissute [...] può essere sia positivo che negativo, funzionale all'adattamento o meno, e può avere origine sia nell'infanzia che in età adulta” (Young *et al.*, 2003, p. 6) e ha la funzione di mantenere una coerenza nelle visioni di sé stessi e del mondo interno ogni qual volta venga minacciata.

Nelle prime teorizzazioni Young si focalizza principalmente su quelli che definisce Schemi Maladattivi Precoci (SMP), ovvero quegli schemi che si sviluppano a seguito di esperienze negative infantili e adolescenziali le quali vengono memorizzate a livello non verbale sulla base di percezioni sensoriali, emozioni e azioni sperimentate e dal significato che il bambino attribuisce a queste percezioni (van Genderen, Rijkeboer, Arntz, 2012); rappresentano quindi “una struttura emotiva e cognitiva disfunzionale, che si consolida nelle prime fasi dello sviluppo e si mantiene per tutta la vita” (Young *et al.*, 2003, p. 7).

Infatti, è in età adulta che gli Schemi, oltre a giocare un ruolo fondamentale “nel modo di pensare, di sentire, di relazionarsi con gli altri e di agire” (Young *et al.*, 2003, p. 8), vengono a ripresentarsi, dal momento che l'adulto cercherà involontariamente situazioni

e rapporti interpersonali affini a quelli che lo hanno ferito da bambino, perché rappresentano qualcosa di conosciuto e familiare, per quanto origine di sofferenza. Questo senso di “sicurezza” che gli Schemi infondono li rende particolarmente resistenti al cambiamento, resistenza che si tenta di superare nella terapia attraverso la relazione terapeutica, il “*limited reparenting*” e le tecniche esperienziali (Young *et al.*, 2003; Edwards, Arntz, 2012).

Gli SMP possono essere considerati adattivi nella prima infanzia, poiché rappresentano modalità utilizzate dal bambino per far fronte a circostanze traumatiche, maltrattanti ma anche prolungatamente nocive. Con l’età adulta diventano più rigidi e invalidanti, proporzionalmente “al numero di situazioni capaci di attivarlo” e “all’intensità e alla durata della sensazione negativa che scatena quando si attiva.” (Young *et al.*, 2003, pp. 7-8).

Gli SMP non originano esclusivamente da aspetti esperienziali abusanti o negligenti derivati dall’ambiente, spesso genitoriale, ma interagiscono anche con gli aspetti temperamentali del bambino (Arntz *et al.*, 2021). Gli aspetti del temperamento (come l’emotività, l’irritabilità, l’introversione/estroversione ecc.) rendono il bambino più incline a esperire determinate situazioni oltre che a definire la sua sensibilità davanti a esse (Young *et al.*, 2003).

Young e collaboratori (2003) hanno individuato quattro tipologie di esperienze che favoriscono la formazione degli Schemi Maladattivi Precoci:

- La frustrazione dei bisogni primari;
- forme traumatiche o di maltrattamento;
- eccessive manifestazioni di affetto, di stima e alte aspettative da parte dei genitori, che possono interferire con l’autonomia;
- interiorizzazione (o identificazione) con l’altro significativo, introiettandone così i pensieri, le emozioni, le esperienze e i comportamenti.

1.2.1. I bisogni primari

I bisogni primari rappresentano aspetti fondamentali per l’essere umano e la sua salute emotiva; “l’interazione tra il temperamento innato del bambino e l’ambiente in cui cresce può portare alla frustrazione, piuttosto che alla soddisfazione, dei bisogni primari”

(Young *et al.*, 2003, p. 9). Quando questi non vengono soddisfatti, aumenta il rischio che il bambino formi Schemi disadattivi su di sé, sugli altri e sul mondo, che interferiscono con un adattamento sano più avanti nella vita (Arntz *et al.*, 2021).

Young *et al.*, (2003) ne identificarono cinque:

- sicurezza, protezione (compreso un attaccamento sicuro e relazioni stabili con gli altri);
- autonomia, competenza e senso di identità;
- libertà di esprimere bisogni, opinioni ed emozioni;
- spontaneità e gioco;
- limiti realistici e autocontrollo.

Gli studi più recenti (Arntz *et al.*, 2021) hanno evidenziato i limiti scientifici e teorici di questa prospettiva, prendendo in considerazione una ricerca più recente, elaborata e scientificamente fondata da Dweck (2017). Questo modello è assimilabile a quello di Young e colleghi (2003), ma è integrato con aspetti come la motivazione, la personalità, lo sviluppo psicologico e socio-culturale.

Dweck ha identificato sette bisogni primari che guidano gli obiettivi che sostengono la vita e la salute psicologica, proprio come i bisogni fisici guidano gli obiettivi che sostengono la vita e la salute fisica. Di questi sette, ne considera tre più elementari e fondativi nel processo di sviluppo, presenti fin dalla nascita o poco dopo e, cosa importante, per cui i bambini risultano già preparati fin dall'infanzia grazie alle prime esperienze adattive, attestando quanto il benessere e lo sviluppo siano compromessi quando i neonati non hanno l'opportunità di perseguire gli obiettivi legati ai bisogni in modo ottimale. Essi sono:

- *Accettazione*. Esprime il bisogno precoce dei bambini di partecipare a relazioni di sostegno. I neonati sono ben preparati a farlo: sono in sintonia con gli indizi sociali, riconoscono le interazioni sociali positive e sono equipaggiati per obiettivi legati all'accettazione. In questo modo i bambini sanno se le persone risponderanno a loro quando hanno bisogno o sono in difficoltà e come possono fare in modo che ciò accada.

- *Prevedibilità*. È il desiderio di conoscere le relazioni tra gli eventi e tra le cose del mondo: cosa segue cosa, cosa appartiene a cosa, o cosa causa cosa. Non può essere una prevedibilità completa perché le persone devono rimanere motivate a dare un senso a situazioni nuove e più complesse. A dimostrazione di ciò si nota come i bambini piccoli siano particolarmente attenti alle informazioni rilevanti per la prevedibilità, pronti a imparare da esse e a perseguire obiettivi legati ad essa.
- *Competenza*. I bambini hanno bisogno di acquisire le competenze che gli serviranno nel loro mondo, competenze che riguardano la costruzione di abilità per agire nel o sul mondo. Infatti, i bambini sono particolarmente attenti agli stimoli e alle situazioni che permettono di espandere e praticare le competenze.

Dalla combinazione a due a due dei bisogni primari basilari ne derivano altri quattro che l'autore definisce "bisogni composti". Questi bisogni richiedono schemi più complessi o abilità metacognitive, tra cui: modelli mentali più completi che integrano i bisogni di base, una maggiore consapevolezza di sé e la capacità di confrontarsi con uno standard. Essi sono:

- *Fiducia* (accettazione + prevedibilità). Nasce quando si soddisfa il bisogno di accettazione e di prevedibilità del bambino, e una voluminosa letteratura attesta gli effetti benefici di caregiver calorosi e prevedibili e gli effetti deleteri della loro assenza.
- *Controllo* (prevedibilità + competenza). Emerge quando i bambini comprendono l'ordine e la prevedibilità del loro mondo e diventano consapevoli di essere agenti che possono essere protagonisti di quel mondo, che possono usare la loro competenza per prendere in mano le situazioni e per creare o cambiare le regole e non solo seguirle. Inoltre, i bambini possono iniziare a cercare di ritagliarsi attivamente dei ruoli più importanti.
- *Autostima/status* (accettazione + competenza). I risultati degli obiettivi legati all'accettazione e a quelli legati alla competenza forniscono informazioni sui propri meriti e sulla propria posizione. Poiché l'autostima e lo status derivano dalla valutazione di sé (dei propri meriti o della propria posizione rispetto agli altri), sono necessari due aspetti per far emergere il bisogno di autostima/status: l'autoconsapevolezza e gli standard. Cioè, i bambini devono avere una

consapevolezza di sé e poi essere in grado di valutare il sé in relazione a uno standard per determinare se ne sono degni.

- *Autocoerenza* (intersezione di tutti i bisogni primari). Il bisogno di autocoerenza è il "fulcro di tutti i bisogni" e rappresenta la necessità di sentirsi psicologicamente integri e radicati. Emerge quando il bambino ha imparato abbastanza sul suo mondo da stabilire chiare aspettative su come il mondo dovrebbe funzionare. Come molti altri bisogni, l'autocoerenza può essere vissuta in modi diversi nelle varie culture. Ad esempio, nelle culture non occidentali non è legata a un sé autonomo e isolato, ma a un sé nel contesto di ruoli, relazioni e situazioni. Ciononostante, c'è accordo sul fatto che il bisogno di autocoerenza emerga in tutte le culture.

Arntz e colleghi hanno notato come le due tassonomie di Dweck e Young si sovrappongono perfettamente, se non per l'assenza di un bisogno elaborato da Dweck (2017): il bisogno di autocoerenza, il quale comprende sia l'aspetto soggettivo del senso identitario riguardo a chi si è, sia l'aspetto di significato riguardo al funzionamento del mondo dell'individuo; per questo gli autori si sono proposti di aggiungerlo alla tassonomia di Young (2003).

Dalle analisi e dalle discussioni del gruppo di lavoro internazionale venne evidenziato un ulteriore bisogno mancante nella teorizzazione originale: quello di equità; questo bisogno deriva dalla necessità, osservata in varie specie e anche negli esseri umani, di cooperazione, che deve essere però distinto dal bisogno di fiducia, o di prevedibilità nel modello di Dweck, e dal bisogno di sicurezza nel modello di Young (Arntz *et al.*, 2021).

1.2.2. Classificazione degli Schemi

Nelle prime teorizzazioni della Schema Therapy sono definiti 18 Schemi Maladattivi precoci, classificati in 5 categorie, dette domini degli Schemi, per rappresentare i rispettivi bisogni primari frustrati sottostanti agli Schemi (Young *et al.*, 1990; 2003) (riassunto presentato nella Tab. 1.1.).

Tabella 1.1. - *Bisogni primari, domini e Schemi*

| Bisogno primario | Dominio | Schemi maladattivi |
|------------------|---------|--------------------|
|------------------|---------|--------------------|

| | | |
|--|---|--|
| Protezione | Distacco/rifiuto | <ol style="list-style-type: none"> 1. Abbandono/Instabilità 2. Sfiducia/abuso 3. Deprivazione emotiva 4. Inadeguatezza/Vergogna 5. Esclusione sociale/Alienazione |
| Autonomia e competenza | Mancanza di autonomia e abilità | <ol style="list-style-type: none"> 6. Dipendenza/Incompetenza 7. Vulnerabilità al pericolo o alle malattie 8. Invischiamento/Sé poco sviluppato 9. Fallimento |
| Bisogno di sentirsi libero nell'espressione dei propri bisogni e delle proprie emozioni | Eccessiva attenzione ai bisogni degli altri | <ol style="list-style-type: none"> 10. Sottomissione 11. Autosacrificio 12. Ricerca di approvazione o riconoscimento |
| Spontaneità e gioco | Ipercontrollo e inibizione | <ol style="list-style-type: none"> 13. Negatività/Pessimismo 14. Inibizione emotiva 15. Standard severi/Ipercriticismo 16. Punizione |
| Limiti realistici e autocontrollo | Mancanza di regole | <ol style="list-style-type: none"> 17. Pretese/Grandiosità 18. Autocontrollo o autodisciplina insufficienti |

Il dominio del *Distacco/Rifiuto* è caratterizzato da Schemi accumulati dalla tendenza a non essere in grado di stabilire relazioni sicure e appaganti, e a maturare la convinzione che i propri bisogni di empatia, stabilità, cura e accettazione verranno inevitabilmente frustrati (Young *et al.*, 2003). In questo dominio sono presenti i seguenti Schemi Maladattivi Precoci:

- *Abbandono/Instabilità*. Il soggetto percepisce le relazioni come instabili, è convinto che gli altri possano abbandonarlo o sostituirlo con qualcuno ritenuto migliore in qualunque momento e per qualunque motivo e che perciò tutte le relazioni siano destinate a finire (Young *et al.*, 2003). Gli altri sono inaffidabili e imprevedibili nel loro sostegno e nella loro presenza. Quando il paziente si sente

abbandonato, transita tra sentimenti di ansia, dolore e rabbia (van Genderen, Rijkeboer, Arntz, 2012).

- *Sfiducia/Abuso*. Chi presenta questo Schema ha la sensazione che gli altri possano approfittarsi di lui, mentirgli, fargli del male, provocargli dolore o delusione (Young *et al.*, 2003). Questi sentimenti variano notevolmente e il paziente è continuamente in tensione (van Genderen *et al.*, 2012).
- *Deprivazione emotiva*. Questi soggetti ritengono di non riuscire ad avere dei legami soddisfacenti da un punto di vista emotivo. Può essere dovuto ad esperienze di mancanza di affetto o attenzione, mancanza di ascolto e comprensione o mancanza di persone forti o capaci di fungere da guida (Young *et al.*, 2003; van Genderen *et al.*, 2012).
- *Inadeguatezza/Vergogna*. Questi soggetti hanno la sensazione di non piacere agli altri ed essere inadeguati, inferiori o difettosi. Di solito, si vergognano dei difetti che sono convinti di avere e per questo se gli altri si avvicinano si ritirano dalla relazione. (Young *et al.*, 2003; van Genderen *et al.*, 2012).
- *Esclusione sociale/Alienazione*. Il vissuto dominante è la solitudine in quanto la persona si sente isolata, diversa dal resto del mondo e crede di non far parte di nessuna comunità (Young *et al.*, 2003; van Genderen *et al.*, 2012).

Il dominio di *Mancanza di autonomia e abilità* fa riferimento all'incapacità di distaccarsi dalle figure genitoriali e dal loro aiuto per creare una propria vita indipendente. Stili genitoriali iperprotettivi interferiscono con lo sviluppo del senso di differenziazione e autonomia, oltre a minare la fiducia in sé stessi della persona (Young *et al.*, 2003). Fanno parte di questo dominio i seguenti Schemi:

- *Dipendenza/Incompetenza*. Il soggetto non si sente in grado di affrontare le responsabilità e le mansioni quotidiane senza un aiuto esterno. L'attivazione dello Schema impedisce al soggetto di scegliere in autonomia la soluzione ai suoi problemi (Young *et al.*, 2003).
- *Vulnerabilità al pericolo o alle malattie*. Questo Schema consiste nel timore esagerato riguardo all'eventualità che possa verificarsi un evento altamente

negativo e di non essere in grado di evitarlo. Vengono individuati tre principali temi legati a questo Schema: catastrofi mediche (es. infarto, AIDS ecc.); catastrofi emotive (es. perdita di controllo); catastrofi esterne (es. catastrofi naturali, incidenti, atti criminosi ecc.) (Young *et al.*, 2003).

- *Invischiamento*. Il soggetto si mostra eccessivamente coinvolto a livello emotivo nei confronti dei genitori o del/della partner, tanto da perdere di vista sé stesso e ritenere di non potercela fare senza l'altro, che l'altro non possa farcela senza di lui, o entrambe. Lo Schema può generare una sensazione di inscindibilità e immedesimazione con gli altri e la percezione di non avere un adeguato senso d'identità. Le persone con questo Schema tendono, infine, a sviluppare sensazioni di vuoto, a sentirsi disorientate e, in casi estremi, arrivano a dubitare della propria esistenza (Young *et al.*, 2003).
- *Fallimento*. La persona con questo Schema si sente fallita o inferiore agli altri e ha la sensazione di non essere in grado di raggiungere i propri obiettivi (scolastici, sportivi, professionali ecc.) (Young *et al.*, 2003).

Il minimo comune denominatore degli Schemi appartenenti al dominio *dell'Eccessiva attenzione ai bisogni degli altri* è la noncuranza dei propri bisogni al fine di mantenere stabili le relazioni con gli altri, ricevere amore e approvazione ed evitare una reazione negativa. La tipica famiglia di origine è caratterizzata da un atteggiamento di accettazione condizionata, per cui il bambino si sente obbligato a reprimere alcuni aspetti importanti della propria personalità per conquistare l'amore, le attenzioni o l'approvazione degli adulti, i quali spesso prestano maggiore attenzione ai propri desideri e ai propri bisogni emotivi che a quelli del figlio (Young *et al.*, 2003). Gli Schemi appartenenti a questo dominio sono i seguenti:

- *Sottomissione*. Le persone con questo Schema tendono a sottomettersi e ad assecondare gli altri, in modo da evitare critiche, dissensi o litigi. Inoltre, ignorano i propri bisogni perché temono il conflitto e la punizione (Young *et al.*, 2003; van Genderen *et al.*, 2012).
- *Autosacrificio*. Chi presenta questo Schema si concentra sul soddisfacimento volontario dei bisogni degli altri, che considera "bisognosi". Se presta attenzione ai propri bisogni, si sente in colpa e dà la priorità ai bisogni degli altri. Spesso la persona può manifestare una sensibilità eccessiva alle sofferenze altrui, ma, in

alcuni casi, può anche pensare che i propri bisogni non vengano presi in considerazione e adeguatamente soddisfatti; di conseguenza, sviluppa sensazioni di risentimento nei confronti delle persone di cui si prende cura (Young *et al.*, 2003; van Genderen *et al.*, 2012).

- *Ricerca di approvazione.* La caratteristica principale di questo Schema è la concentrazione eccessiva della persona sull'ottenere riconoscimento, approvazione e attenzione, a scapito del proprio sviluppo e dei propri bisogni, tanto da compromettere lo sviluppo di un senso d'identità. Si può manifestare come un'eccessiva attenzione alla condizione economica o sociale, all'aspetto esteriore, alla necessità di conformarsi ai canoni della società e al raggiungimento del successo (Young *et al.*, 2003; van Genderen *et al.*, 2012).

Le persone con Schemi appartenenti al dominio dell'*Ipercontrollo e inibizione* arrivano a trascurare l'espressione di sé, i propri piaceri e le proprie relazioni per poter soddisfare gli standard e le aspettative rigide che hanno interiorizzato. Reprimono infatti le proprie emozioni e i propri impulsi spontanei. Prestazioni, disciplina, perfezionismo, una rigorosa osservanza delle regole e uno stile educativo tendente all'inibizione dell'espressione spontanea delle emozioni sono tratti distintivi della tipica famiglia di origine di queste persone. Uno stato di pessimismo e di continua preoccupazione è vissuto spesso dai soggetti con Schemi di questo dominio (Young *et al.*, 2003), che sono i seguenti:

- *Negatività/Pessimismo.* Le persone con questo Schema mostrano un'eccessiva attenzione verso gli aspetti negativi della vita, tanto da portare a un deficit nel riconoscimento degli eventi positivi o alla tendenza a minimizzarli. Spesso sono ansiose e iper-attente al commettere errori, nella convinzione che questi li porteranno a subire delle perdite o delle umiliazioni o a rimanere coinvolti in brutte situazioni (Young *et al.*, 2003; van Genderen *et al.*, 2012).
- *Inibizione emotiva.* Il soggetto inibisce le emozioni e gli impulsi spontanei perché ritiene che qualsiasi espressione dei sentimenti possa danneggiare gli altri o portare a imbarazzo, ritorsioni o abbandono. Le emozioni più comunemente inibite sono: rabbia e aggressività, gioia, affettività, eccitazione sessuale, divertimento (Young *et al.*, 2003; van Genderen *et al.*, 2012).

- *Standard severi/Ipercriticismo.* La persona tende a raggiungere risultati elevati, se non impossibili, ma ritiene che qualsiasi cosa faccia non sia abbastanza buona e che debba sempre impegnarsi di più. È ipercritico nei confronti di sé stesso e degli altri, è perfezionista, rigido ed estremamente efficiente. Ciò va a scapito del piacere, del relax e dei contatti sociali. Gli standard severi vengono generalmente espressi sotto forma di perfezionismo, regole rigide ed eccessiva concentrazione sull'efficienza (Young *et al.*, 2003; van Genderen *et al.*, 2012).
- *Punizione.* Il soggetto si mostra ampiamente intollerante verso chi commette errori e verso sé stesso nel momento in cui sbaglia. Tende ad arrabbiarsi, ad essere poco tollerante, a punire o ad avere poca pazienza con chi (incluso sé stesso) non soddisfa i suoi standard o non si mostra all'altezza delle sue aspettative. Queste tendenze portano a una difficoltà nell'accettare l'imperfezione insita nell'essere umano e ad empatizzare con gli altri (Young *et al.*, 2003).

Il dominio della *Mancanza di regole* è caratterizzato da persone che presentano forti difficoltà in ambito relazionale e interpersonale, in quanto non hanno sviluppato regole adeguate in tale ambito o non riescono a perseguire obiettivi a lungo termine. Si possono osservare difficoltà nell'ambito della cooperazione, del rispetto altrui e dei loro diritti. All'origine di questi Schemi si trova generalmente una famiglia troppo permissiva, che ha impedito al figlio l'assunzione delle proprie responsabilità e di definire i propri obiettivi (Young *et al.*, 2003). Gli Schemi che appartengono a questo dominio sono i seguenti:

- *Pretese/Grandiosità.* La persona ritiene di essere superiore agli altri e di avere diritti speciali. Insiste sul fatto che dovrebbe essere in grado di fare o avere ciò che vuole, indipendentemente da ciò che pensano gli altri. Il tema centrale è il potere e l'aver il controllo delle situazioni o delle persone. Spesso presenta un atteggiamento troppo competitivo nei confronti degli altri: cerca di dominarli, di imporre loro il proprio punto di vista o di controllarne i comportamenti allo scopo di soddisfare i propri desideri (Young *et al.*, 2003; van Genderen *et al.*, 2012).
- *Autocontrollo o autodisciplina insufficienti.* Intolleranza alla frustrazione, bisogno di ricompensa immediata e autocontrollo insufficiente sono i tratti distintivi di questo Schema. La persona non sopporta l'insoddisfazione o il disagio (dolore, conflitti o sovraccarico) e questo ha evidenti ripercussioni sulle sue capacità di realizzarsi,

adempiere agli impegni presi e mantenere una propria integrità (Young *et al.*, 2003; van Genderen *et al.*, 2012).

Nella prospettiva del nuovo studio interculturale (Arntz *et al.*, 2021), che ha introdotto due nuovi bisogni partendo dalla teorizzazione di Dweck, sono stati aggiunti anche i relativi Schemi Maladattivi. Per quanto riguarda il bisogno di autocoerenza e visti i suoi due aspetti sono stati elaborati due Schemi differenti in relazione a questo bisogno:

- *La mancanza di un'identità coerente.* Si riferisce alla presenza di un sé diffuso e costituito da parti non integrate tra loro o, nei casi più gravi, completamente dissociate;
- *La mancanza di un mondo significativo.* Caratterizzato da una rappresentazione del mondo come privo di significato e con il sé disconnesso dai processi che avvengono nel mondo.

L'attivazione di questi Schemi porta a sentimenti di confusione e ansia esistenziale, che fanno sì che le esperienze non possano essere integrate in un insieme significativo; per questo motivo possono insorgere sintomi di dissociazione e psicosi. Ci si aspetta, infatti, la presenza di questi Schemi, ad esempio, nei disturbi di personalità gravi come quello borderline, caratterizzato da diffusione dell'identità, ma anche schizoide e schizotipico.

Il nuovo bisogno di equità ha portato invece alla teorizzazione di un ultimo Schema Maladattivo:

- *Ingiustizia.* La persona in cui si attiva questo Schema ha una rappresentazione del mondo (non esclusivamente delle persone) come ingiusto e iniquo, della società come priva di giustizia, che quindi non corregge coloro che si comportano in modo ingiusto, e del sé come vittima dell'ingiustizia, in modo continuativo. L'attivazione di questo Schema porterà a sentimenti di indignazione e rabbia combinati con l'impotenza, per cui per queste persone potrebbe essere difficile affrontare anche lievi esperienze di ingiustizia.

1.3. Stili di coping

Gli stili di coping rappresentano quelle modalità che consentono alla persona di affrontare gli Schemi che sono percepiti come una minaccia, che può consistere nella frustrazione di uno dei bisogni emotivi primari del bambino o nella paura delle emozioni intense che lo Schema stesso può generare. Differentemente dallo Schema che contiene i ricordi, le emozioni, le sensazioni somatiche e i pensieri dell'individuo, lo stile di coping rappresenta le sue risposte comportamentali, anche se i pazienti utilizzano anche strategie cognitive ed emotive che allo stesso modo vanno a far parte dello stile di coping e non dello Schema. Inoltre, gli stili di coping messi in atto da una persona per far fronte a uno Schema non rimangono necessariamente stabili nel tempo, come avviene invece per lo Schema, e allo stesso modo persone diverse possono utilizzare per lo stesso Schema strategie comportamentali di coping totalmente differenti, talvolta anche opposte. Il fatto che una persona si avvalga di certi stili di coping piuttosto che di altri dipende principalmente dal temperamento.

Gli stili di coping nascono nelle prime fasi della vita e sono generalmente adattivi durante l'infanzia, possono, infatti, essere considerati dei meccanismi funzionali di sopravvivenza. Tuttavia, è importante sottolineare che essi non sono utili alla correzione dagli Schemi; al contrario, con il tempo tendono a diventare disadattivi e fanno parte del processo di mantenimento dello Schema stesso, in quanto, nonostante la persona si trovi in condizioni ambientali e relazionali diverse, le sue modalità di comportamento le impediscono di fare esperienze nuove che potrebbero "correggere" gli Schemi. A breve termine, questi stili di coping spesso possono fornire un certo sollievo, ma, a lungo andare, comportano difficoltà in aree essenziali della vita, soprattutto considerato che l'uso di uno stile di coping non è generalmente una scelta consapevole, ma una reazione automatica a una situazione minacciosa o difficile (Young *et al.*, 2003; Basile, Calzoni, 2014;

Partendo dalle modalità di risposta di fronte a una minaccia che caratterizzano gli animali (attacco, fuga e immobilità), Young (2003) ha poi concettualizzato tre stili di coping corrispondenti che il soggetto inconsapevolmente può mettere in atto in risposta a uno Schema:

- *Resa*. L'attivazione di uno Schema porta a uno stato di sentire, pensare e comportarsi come se lo Schema stesso fosse vero. La persona con questo stile di coping accetta il dolore che lo Schema provoca e allo stesso tempo vi contribuisce nel rinforzarlo: “continuano a rivivere, in età adulta, le situazioni che nell’infanzia hanno provocato l’instaurarsi dello Schema stesso [...] e scelgono partner dai quali possono aspettarsi un trattamento simile a quello ricevuto dal genitore con cui hanno avuto difficoltà” (Young *et al.*, 2003, p. 36). Ne possono derivare due gruppi principali di Mode: in primo luogo, i Mode bambino disfunzionali, i quali possono nascere dal cedimento all'attivazione di uno Schema (la persona si sente come se fosse un bambino in un mondo definito dalla rappresentazione dello Schema); in secondo luogo, se lo Schema si basa sull'interiorizzazione di valori morali o di realizzazione, si possono creare Mode genitoriali interiorizzati (Arntz *et al.*, 2021).
- *Evitamento*. La persona con questo stile di coping evita le attività che scatenano lo Schema e le emozioni che lo accompagnano, fino a negare eventi o ricordi ed appianare o estinguere emozioni e sentimenti: “ possono essere persone che fanno uso di alcol o sostanze stupefacenti per evitare di entrare in contatto con le proprie emozioni, che hanno incontri sessuali promiscui o che mangiano più del dovuto, che effettuano le pulizie domestiche in maniera maniacale, che sono continuamente alla ricerca di stimoli o che sono schiave del lavoro” (Young *et al.*, 2003, p. 37). Il risultato è che lo Schema non sembra essere modificabile e diventa impossibile fare un'esperienza correttiva (van Genderen *et al.*, 2012). Dall’evitamento degli Schemi possono attivarsi due Mode di coping, il protettore distaccato e il consolatore distaccato (Arntz *et al.*, 2021).
- *Ipercompensazione*. La persona con questo stile di coping si comporta in modo opposto rispetto al nucleo del suo Schema, sia dal punto di vista del comportamento che per i pensieri, con i quali nega di avere lo Schema, e per i sentimenti, mascherando quelli che sono i sentimenti spiacevoli appartenenti allo Schema attraverso la manifestazione di sentimenti opposti (van Genderen *et al.*, 2012). L’ipercompensazione è, in effetti, un tentativo di difendersi dallo Schema e, in quanto tale, potrebbe essere funzionale se da esso non scaturisse un atteggiamento che finisce per rinforzare lo Schema stesso; infatti, le persone con questo stile rimangono generalmente intrappolate nel circolo vizioso generato dal loro atteggiamento di

contrattacco e assumono talvolta comportamenti eccessivi, poco rispettosi dei sentimenti degli altri o controproducenti (Young *et al.*, 2003). L'esempio forse più noto è quello dell'autoesaltatore che sovracompensa gli Schemi come il fallimento e/o la deprivazione emotiva (Arntz *et al.*, 2021).

Il gruppo di lavoro interculturale (Arntz *et al.*, 2021) ha proposto di utilizzare delle etichette verbali differenti per evitare di creare confusioni soprattutto nei termini *resa* e *ipercompensazione* rispetto sia al tipo di risposta che all'emozione associata (lotta e rabbia, quindi aggressività, quando si sovracompensa; sottomissione e paura quando ci si arrende), sia alla funzione mentale dell'*ipercompensazione* e della *resa* (rispettivamente negare lo Schema credendo all'opposto e credere allo Schema). Perciò, al fine di sottolineare la funzione dei tre modi (disadattivi) di gestire l'azione degli Schemi, hanno proposto i seguenti termini:

- *Rassegnazione*, invece di *resa*, per descrivere il modo di gestire lo Schema in cui la persona si arrende all'attivazione dello SMP e crede pienamente allo SMP;
- *Evitamento* per le strategie mentali caratterizzate dall'evitamento o dalla fuga dall'attivazione degli SMP;
- *Inversione*, invece di *ipercompensazione*, per delineare le strategie mentali in cui la persona affronta l'attivazione degli Schemi credendo che sia vero il contrario degli stessi.

1.4. I Mode

Il concetto di Mode rappresenta forse il concetto più complesso nel modello teorico della Schema Therapy. Esso nasce in seguito ai primi anni di sviluppo nel momento in cui Young osservò che spesso, soprattutto nel caso di gravi disturbi di personalità, più Schemi si attivavano simultaneamente o si alternavano molto velocemente. Questa osservazione ha portato allo sviluppo del cosiddetto "*Schema mode model*" per il disturbo borderline di personalità (Young *et al.*, 2005). Secondo Young *et al.* (2005), i Mode sono gli stati mentali istantanei, in continuo cambiamento, ma dominanti, in cui una persona può trovarsi. Mentre gli Schemi sono stabili (di "tratto"), i Mode sono situazioni a breve termine (di "stato") e, mentre uno Schema rappresenta un tema monodimensionale, un

Mode riflette una costellazione di Schemi che equivalgono a una minaccia, alla quale l'individuo reagisce attraverso stili di coping differenti (van Genderen *et al.*, 2012). Per questo motivo “a seconda delle situazioni, alcuni dei nostri Schemi e le relative risposte di coping rimangono inattivi, o latenti, mentre altri si attivano, assumendo un ruolo predominante sul nostro umore e sul nostro comportamento” (Basile, Calzoni, 2014, p. 4). I Mode, proprio come gli Schemi, non sono presenti solo nelle persone con un disturbo di personalità, ma svolgono un ruolo in tutte le persone. La differenza sta nel grado in cui i Mode operano indipendentemente l'uno dall'altro e nella loro forza: più una persona è “sana”, più i Mode sono indipendenti e meno dominano quelli disadattivi, mentre in una persona con un disturbo di personalità si manifestano più frequentemente e con maggior forza Mode disadattivi. In particolare, spesso nei pazienti con diversi Mode disadattivi c'è un Mode prominente e altri Mode che rimangono in secondo piano (van Genderen *et al.*, 2012).

Nella prima concettualizzazione di Young e colleghi (2003) sono stati individuati 10 Mode di “base” raggruppati in quattro categorie generali: i Mode bambino (bambino vulnerabile, bambino arrabbiato, bambino impulsivo/indisciplinato e bambino felice); i Mode di coping disfunzionale (protettore distaccato, l'ipercompensatore, e l'arreso compiacente); i Mode genitore disfunzionale (Genitore punitivo e il Genitore esigente); il Mode adulto sano. Con i successivi studi sulla struttura fattoriale dello *Schema Mode Inventory* (SMI) (Young, Arntz, Atkinson, Weishaar, van Vreeswijk, Klokman, Ongeautoriseerde, 2007; Lobbestael, van Vreeswijk, Spinhoven, Schouten, Arntz, 2010) i Mode individuati sono stati 14, raggruppati nelle stesse 4 categorie specificate da Young (Tab. 1.2.).

Tabella 1.2. – *Mode e rispettive categorie* (Young *et al.*, 2007)

| Categoria | Mode |
|----------------------------|--|
| Bambino o Infantili | <ul style="list-style-type: none"> • Vulnerabilità <ol style="list-style-type: none"> 1. Bambino vulnerabile • Rabbia <ol style="list-style-type: none"> 2. Bambino arrabbiato |

3. Bambino furioso

- **Mancanza di disciplina**

4. Bambino impulsivo

5. Bambino indisciplinato

- **Felicità**

6. Bambino felice

Coping non adattivo

- **Resa**

7. Sottomesso compiacente

- **Evitamento**

8. Protettore distaccato

9. Consolatore distaccato

- **Ipercompensazione**

10. Autoesaltatore

11. Prepotente e violento

Genitoriali non adattivi

12. Genitore punitivo

13. Genitore esigente

Adulto sano

14. Adulto sano

I Mode bambino sono presenti sin dalla nascita e la loro manifestazione in età adulta risulta condizionata dalle esperienze vissute durante l'infanzia (Young *et al.*, 2003).

- *Bambino vulnerabile.* È l'espressione della maggior parte degli Schemi disfunzionali; la persona con questo Mode si sente come un bambino solo che viene apprezzato esclusivamente quando riesce a far sentire grandiosi i genitori. Infatti, crede che nessuno soddisferà i suoi bisogni e si sente vuoto, socialmente inaccettabile, non meritevole di amore. Diffida degli altri e crede che gli altri abuseranno di lui (Young *et al.*, 2003; Young *et al.*, 2007; van Genderen *et al.*, 2012).
- *Bambino arrabbiato.* La persona con questo Mode si sente intensamente arrabbiata, furiosa e impaziente perché i suoi bisogni fondamentali non vengono soddisfatti. Esprime la rabbia inespressa in modo inappropriato, che spesso ha l'effetto di allontanare gli altri (Young *et al.*, 2007; van Genderen *et al.*, 2012).
- *Bambino furioso.* Vive sentimenti di rabbia intensi per lo stesso motivo del bambino arrabbiato che gli fanno però perdere il controllo tanto da provocare danni a persone o cose (Young *et al.*, 2007; van Genderen *et al.*, 2012).
- *Bambino impulsivo.* Agisce sui desideri o gli impulsi non fondamentali di volta in volta in modo autocentrato e incontrollato per ottenere ciò che vuole, senza tenere in considerazione le conseguenze per sé e per gli altri. Spesso fa fatica a ritardare la gratificazione a breve termine e può sembrare "viziato" (Young *et al.*, 2007).
- *Bambino indisciplinato.* Non riesce a tollerare la frustrazione e a impegnarsi per portare a termine compiti di routine e noiosi e rinuncia facilmente (Young *et al.*, 2007; van Genderen *et al.*, 2012).
- *Bambino felice.* È caratterizzato da serenità perché i bisogni emotivi primari sono stati soddisfatti, per questo si sente amato, appagato, protetto, compreso e convalidato. È sicuro di sé e si sente competente, adeguatamente autonomo e in controllo. Può reagire spontaneamente e con ottimismo (van Genderen *et al.*, 2012).

I Mode di coping disadattivi possono essere descritti come strategie disfunzionali che l'individuo mette in atto per adattarsi alle emozioni legate all'attivazione degli SMP (Young *et al.*, 2003).

- *Sottomesso Compiacente*. Agisce nei confronti degli altri in modo passivo, servile, remissivo, autolesionista e avido di rassicurazioni per paura del conflitto o del rifiuto. Si dedica ai desideri degli altri per evitare conseguenze negative e sopprime i propri bisogni o le proprie emozioni (Young *et al.*, 2007; van Genderen *et al.*, 2012).
- *Protettore distaccato*. Si ritira psicologicamente dal dolore provocato dagli Schemi creando un distacco emotivo. Si ritira dai contatti sociali, cerca di isolare i suoi sentimenti (a volte questo porta alla dissociazione) e funziona in modo quasi meccanico (Young *et al.*, 2007; van Genderen *et al.*, 2012).
- *Consolatore Distaccato*. Cerca di distrarsi per non provare emozioni negative. Lo ottiene con comportamenti auto-rilassanti (ad esempio, dormendo o abusando di sostanze) o con attività auto-stimolanti (essere fanatici o occupati con il lavoro, internet, lo sport o il sesso). Questi comportamenti vengono solitamente attuati in modo dipendente o compulsivo (van Genderen *et al.*, 2012).
- *Autoesaltatore*. Si comporta in modo arrogante, competitivo, grandioso, abusante o alla ricerca di uno status elevato in modo da ottenere tutto ciò che vuole. È quasi completamente concentrato su sé stesso e mostra una scarsa empatia per i bisogni e i sentimenti di altri. Dimostra superiorità, si aspetta di essere trattato in modo speciale; è convinto di non dover seguire le stesse regole che si applicano a tutti gli altri. È sempre alla ricerca dell'ammirazione e spesso si vanta o si auto esalta in modo da aumentare la percezione del proprio sé (Young *et al.*, 2007).
- *Prepotente e violento*. La persona con questo Mode vuole evitare di essere controllato, ferito o umiliato dagli altri; quindi, cerca di avere il controllo su di loro in modo strategico. Utilizza le minacce, intimidazioni, aggressioni nell'ambito emotivo, fisico, sessuale, verbale o con atti antisociali e criminali a questo scopo. Vuole sempre una posizione dominante e prova un piacere sadico nel ferire gli altri.

I Mode genitoriali non adattivi riguardano l'interiorizzazione di figure significative disfunzionali, con i loro comportamenti e valori, e nel momento in cui il Mode si attiva, questa interiorizzazione porta il soggetto ad agire come agirebbe la figura significativa interiorizzata (Young *et al.*, 2003).

- *Genitore punitivo*. È la voce interiorizzata del genitore che critica e punisce perché considera il bambino "cattivo". Per questo, l'individuo con questo Mode è aggressivo, intollerante, impaziente, autocritico e spietato nei confronti di sé stesso anche per il

solo fatto di provare o mostrare bisogni normali che i genitori non gli hanno consentito di esprimere. Si vergogna dei suoi errori e crede di dover essere punito severamente per questo (Young *et al.*, 2003; Young *et al.*, 2007; van Genderen *et al.*, 2012).

- *Genitore Esigente*. Deriva dall'interiorizzazione di un genitore che ha esercitato pressioni continue sul bambino affinché soddisfi standard eccessivamente elevati. Infatti, la persona con questo Mode crede che per vivere nel modo giusto si debba essere perfetti o raggiungere risultati elevatissimi, mantenere tutto perfettamente in ordine, lottare per ottenere un elevato status, essere umili, mettere i bisogni degli altri prima dei propri, essere efficienti, evitare perdite di tempo. È convinto che esprimere i sentimenti o agire spontaneamente sia sbagliato (Young *et al.*, 2007).

Infine, l'ultimo Mode adattivo:

- *Adulto sano*. La persona che presenta questo Mode ha pensieri e sentimenti positivi nei confronti di sé stesso. Fa cose che gli fanno bene e questo porta a relazioni e attività sane. Infatti, questo Mode svolge appropriate funzioni adulte quali lavorare, essere genitore, assumersi responsabilità e prendere impegni (Young *et al.*, 2007; van Genderen *et al.*, 2012).

Più recentemente, con la costruzione della seconda versione dello *Schema Mode Inventory* (SMI-2; Bamelis, Renner, Heidkamp, Arntz, 2011) (di cui non è ancora stata validata la traduzione italiana), è stata individuata la valutazione di 18 Mode, di cui 5 Mode erano stati omessi nello SMI originale (bambino dipendente, protettore evitante, perfezionista ipercontrollante, paranoico ipercontrollante ricercatore di attenzione e approvazione) e due Mode (bambino solo, bambino abbandonato e abusato) erano stati fusi nel Mode bambino vulnerabile del primo SMI. Complessivamente, lo SMI e SMI-2 valutano 20 Mode diversi (Jacobs, Lenz, Wollny, Horsch, 2020). Inoltre, lo studio del gruppo interculturale ha notato come la combinazione di tutti gli SMP con le tre modalità di coping porterebbe a 63 Mode. Questo numero potrebbe essere ancora più grande, perché sono stati descritti diversi sottotipi di Mode risultanti considerata l'influenza di altri fattori come il temperamento, l'emozione primaria scatenata o altri aspetti legati allo stato (come l'uso di sostanze, il controllo percepito sull'altro, eccetera). La rassegna all'EMS dell'abbandono/instabilità, ad esempio, potrebbe portare all'attivazione dei Mode bambino abbandonato, bambino arrabbiato o bambino impulsivo. Tenendo presente

queste considerazioni, il gruppo di lavoro ha applicato sistematicamente il modello a tutti gli SMP; i Mode che hanno proposto sono riportati nella tabella 1.3., considerando che si sono concentrati sui Mode disfunzionali e che hanno ridotto il numero di Mode a 40 sulla base del raggruppamento di alcuni di essi (Arntz *et al.*, 2021).

Tabella 1.3. – *Overview of proposed dysfunctional Schema Modes, Table 2, Arntz et al., 2021, p. 1017.*

| Mode (N = nuovo) | Appartenenza dell'SMP o del <i>bisogno</i> (in corsivo) |
|---|--|
| <i>Mode Bambino</i> | |
| Bambino trascurato (N) | SMP dei bambini trascurati nel dominio <i>Sicurezza e Accudimento</i> |
| Bambino non autonomo (<i>Non autonomous child*</i>) (N) | SMP per bambini non autonomi nel dominio <i>Autonomia, Competenza e Identità</i> |
| Bambino subordinato (<i>Subordinate child*</i>) (N) | SMP dei bambini subordinati nel dominio <i>Libertà di esprimere opinioni ed emozioni</i> |
| Bambino vincolato (<i>Constrained child*</i>) (N) | SMP vincolati del bambino nel dominio <i>Spontaneità e Gioco</i> |
| Bambino confuso (N) | SMP nel dominio <i>Auto-Coerenza</i> |

| | |
|---|--|
| Bambino iperdiligente (N) | Standard severi |
| Bambino vittimizzato (N) | Ingiustizia |
| Bambino grandioso | Pretese/Grandiosità |
| Bambino viziato (<i>Spoiled child*</i>) (N) | Pretese/Grandiosità |
| Bambino indisciplinato | Insufficiente autocontrollo/autodisciplina |
| Bambino impulsive | Insufficiente autocontrollo/autodisciplina |
| Bambino arrabbiato | Molti SMP |
| Bambino furioso | Molti SMP |
| Bambino ribelle (<i>Rebellious child*</i>) (N) | Molti SMP |
| Bambino imbronciato (<i>Sulking child*</i>) (N) | Molti SMP |

Mode di impostazione delle norme (Mode genitoriali)

Critico esigente

Standard severi

Punitore

Punizione

Mode di evitamento

Protettore distaccato

Quasi tutti gli SMP

Protettore divertente (*Funny protector**) (N)

Quasi tutti gli SMP

Protettore arrabbiato

Quasi tutti gli SMP

Protettore evitante (*Avoidant protector**) (N)

Quasi tutti gli SMP

Sottomesso compiacente

Quasi tutti gli SMP

Ricercatore di rassicurazioni (*Reassurance seeker**) (N)

Quasi tutti gli SMP

Consolatore distaccato Quasi tutti gli SMP

Paranoico ipercontrollante Quasi tutti gli SMP

Mode di inversione

Iper-autonomo (*Hyper-autonomous**) Abbandono, dipendenza/incompetenza, invischamento,
(N) sottomissione, autosacrificio, ricerca di approvazione

Clown (N) Quasi tutti gli SMP

Ricercatore di attenzione e Deprivazione emotiva, inadeguatezza/vergogna,
approvazione isolamento sociale, inibizione emotiva

Autoesaltatore Quasi tutti gli SMP

Prepotente e violento Abbandono, sottomissione, ingiustizia, sfiducia/abuso

Perfezionista ipercontrollante Fallimento, deprivazione emotiva, Autocontrollo o
autodisciplina insufficienti

| | |
|--|--|
| Idealizzatore (<i>Idealizer*</i>) (N) | Diffidenza/abuso |
| Temerario (<i>Daredevil*</i>) (N) | Vulnerabilità ai danni e alle malattie |
| Fannullone/Oblomov (<i>Slacker/Oblomov*</i>) (N) | Standard implacabili |
| Pollyanna/Iperottimista (<i>Pollyanna/over-optimist*</i>) (N) | Negatività/pessimismo |
| Il misericordioso (<i>The merciful*</i>) (N) | Punizione |
| Il troppo umile (<i>The over-humble*</i>) (N) | Pretese/Grandiosità |
| Il pretendente (<i>The pretender*</i>) (N) | Mancanza di un'identità coerente, mancanza di un mondo significativo |
| Controllo e manipolazione (<i>Conning & manipulation*</i>) (N) | Abbandono, ingiustizia |
| Predatore | Ingiustizia |

**Per alcuni Mode è stata lasciata tra parentesi la dicitura inglese in quanto non tutti i nuovi Mode sono stati tradotti in italiano*

Capitolo 2

Mode e disturbi di personalità

2.1. Tratti e disturbi di personalità

I tratti di personalità “sono pattern costanti di percepire, rapportarsi e pensare nei confronti dell’ambiente e di sé stessi, che si manifestano in un ampio spettro di contesti sociali e personali” (American Psychiatric Association, 2013, p. 749); rappresentano, quindi, aspetti presenti in qualsiasi individuo, che danno specificità a ogni singola personalità e possono non essere riscontrati a livello patologico.

Quando i tratti diventano rigidi e disadattivi, causando una compromissione del funzionamento dell’individuo o una sofferenza soggettiva, allora possono essere definiti disturbi di personalità. La caratteristica principale a livello di disturbo è l’essere “un modello costante di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente rispetto alle aspettative della cultura dell’individuo e si manifesta in almeno due delle seguenti aree: cognitività, affettività, funzionamento interpersonale o controllo degli impulsi” (American Psychiatric Association, 2013, p. 749). Inoltre, questo modello deve essere pervasivo e presente in diversi contesti della vita della persona, oltre che a determinare un disagio significativo nel funzionamento del soggetto.

2.2. La relazione tra Mode e disturbi di personalità

Nella realtà scientifica di oggi, solo l’approccio della Schema Therapy ha esplicitato modelli specifici per la maggior parte dei disturbi di personalità, il primo è stato sviluppato specificatamente per il disturbo borderline di personalità. Per questo motivo, la Schema Therapy rappresenta uno dei principali sviluppi attuali nel campo delle terapie cognitive per questi disturbi (Jacob, Arntz, 2013).

Diversi studi hanno dimostrato l’efficacia della Schema Therapy nel trattamento dei disturbi di personalità, verificando un progresso maggiore nel recupero dei sintomi

psicopatologici, ma anche rispetto alla qualità della vita sociale e occupazionale, con miglioramento dell'umore e delle caratteristiche affettive, nonché tassi di disturbo depressivo più bassi, rispetto ai pazienti in trattamento con altre terapie (Farrell, Shawn, Webber, 2009; Bamelis, Spinhoven, Arntz, 2014). Inoltre, si è osservato come anche la proporzione di pazienti guariti dopo quattro anni fosse maggiore per i pazienti trattati con la Schema Therapy (52%) rispetto a quelli trattati con psicoterapie a base psicodinamica (29%) (Van Asselt, Dirksen, Arntz, Severens, 2007). Queste evidenze sono associabili alla diminuzione dei Mode Maladattivi, in particolare quelli di coping, che rappresenta uno degli obiettivi principali della Schema Therapy, in modo che i pazienti possano iniziare a trovare modi sani di soddisfare i propri bisogni emotivi, sia da parte degli altri che di sé stessi (Skewes, Samson, Simpson, van Vreeswijk, 2015).

Lo stesso concetto di Mode è stato introdotto nella Schema Therapy per facilitare il lavoro terapeutico con i pazienti con gravi disturbi di personalità (DP) (Young *et al.*, 2003). Nei pazienti con disturbi di personalità, infatti, sembrano essere presenti molteplici Schemi disadattivi, spesso di natura contraddittoria, nonché cambiamenti improvvisi di questi Schemi attivati e dei comportamenti ed emozioni a essi associati, che spiegano l'instabilità e la rigidità che si riscontrano clinicamente (Bamelis, Renner, Heidkamp, Arntz, 2011).

I diversi modelli di Mode comprendono un approccio generale e uno specifico per ciascun disturbo. Nell'approccio generale, tutti i sintomi, i problemi e i modelli interpersonali problematici di un singolo paziente sono concettualizzati nel quadro dei Mode riscontrabili. Nell'approccio specifico, le diagnosi specifiche di ogni disturbo di personalità, con i suoi relativi sintomi e/o problemi, sono collegate ai Mode che corrispondono alla diagnosi principale del paziente, presupponendo la possibilità di estensione con modalità aggiuntive, se necessario (Jacobs, Arntz, 2013).

Modelli specifici sono stati ipotizzati a livello teorico per i diversi disturbi di personalità, con una grande concentrazione sul Cluster B (i.e., disturbo istrionico di personalità, disturbo borderline di personalità, disturbo narcisistico di personalità, disturbo antisociale di personalità). Tali disturbi sono caratterizzati da comportamenti drammatici, stravaganti ed emotivamente disregolati e per questo maggiormente instabili e di difficile trattamento. Nella Schema Therapy, infatti, le emozioni e la loro regolazione

sono strettamente legate al concetto di Mode: “*A mode is an intense predominant dysregulated emotional state linked to a pattern of thinking, feeling and behaving based on a set of specific frustrated needs.*” (Dadomo, Grecucci, Giardini, Ugolini, Carmelita, Panzeri, 2016, p. 3).

Ogni Mode è associato a specifiche emozioni disregolate e a strategie di disregolazione che le tecniche terapeutiche sviluppate si impegnano a rimuovere. I Mode bambino sono caratterizzati da emozioni disregolate peculiari come tristezza, angoscia e vergogna (bambino vulnerabile in alcuni modelli diviso in bambino solo e bambino abusato e abbandonato), rabbia (bambino arrabbiato e bambino furioso) e impulsività (bambino impulsivo e bambino indisciplinato). I Mode di coping sono strategie di regolazione problematiche che producono un sollievo momentaneo, ma alla fine mantengono gli stati emotivi disregolati, quali le strategie di evitamento, che producono una eccessiva “sottoregolazione” delle emozioni (protettore distaccato e consolatore distaccato); le strategie di ipercompensazione che provocano emozioni eccessive di potere e di dominio attribuite al sé ed emozioni negative eccessive verso gli altri (autoesaltatore e prepotente e violento); e la strategia di resa che provoca un'eccessiva paura dell'abbandono (sottomesso compiacente). I Mode genitoriali disfunzionali (genitore punitivo e genitore esigente), infine, sono quelli che generano le emozioni disregolate più gravi (Dadomo, Panzeri, Caponcello, Carmelita, Grecucci, 2018; Dadomo *et al.*, 2016).

2.2.1. Studi sulla relazione tra Mode specifici e disturbi di personalità

Diverse ricerche, più e meno recenti, hanno voluto andare a indagare i Mode specifici per i disturbi di personalità e quindi a esaminare i legami tra Mode e sintomi di questi disturbi. Partendo dalle teorizzazioni di Young (2003) e Arntz (2007), e combinando risultati empirici (cfr. Lobbestael, Van Vreeswijk, Arntz, 2008), i diversi studi hanno ipotizzato dei Mode specifici per alcuni disturbi di personalità presenti nella versione del DSM- IV (APA, 2005).

Un primo studio di Lobbestael e colleghi (2005) ha incluso 16 pazienti con disturbo borderline di personalità e 16 pazienti con disturbo antisociale di personalità reclutati in Belgio da tre ospedali psichiatrici, un servizio di salute mentale comunitario e istituti di

correzione, e 16 non pazienti di controllo per lo più da personale ospedaliero, tutti tra i 18 e i 50 anni. Tutto il campione è stato sottoposto a screening con: interviste SCID-I (moduli A-D) e SCID-II per valutare le diagnosi dell'asse DSM-IV e le patologie di personalità (cfr. First, Spitzer, Gibbon, Williams, Benjamin, 1997; First, Spitzer, Gibbon, Williams, Benjamin, 1994; van Groenestijn, Akkerhuis, Kupka, Schneider, Nolen, 1999; Weertman, Arntz, Kerkhofs, 2000); lo Schema Mode Questionnaire (cfr. Arntz, Klokman, Sieswerda, 2005) per valutare la presenza di 6 Mode (protettore distaccato, bambino abusato e abbandonato, bambino arrabbiato, genitore punitivo, prepotente e violento); e, infine, per valutare l'abuso infantile è stata utilizzata un'intervista sugli eventi traumatici (cfr. Bossche, Kremers, Sieswerda, Arntz, 1999). L'affidabilità dello Schema Mode Questionnaire è stata analizzata e le differenze tra i gruppi sono state testate mediante MANOVA e confrontate a coppie con la correzione di Bonferroni (Tab. 2.1.).

Tabella 2.1. - *Schema Mode rating by the three groups* (Lobbestael *et al.*, 2005, fig. 1., p. 246)

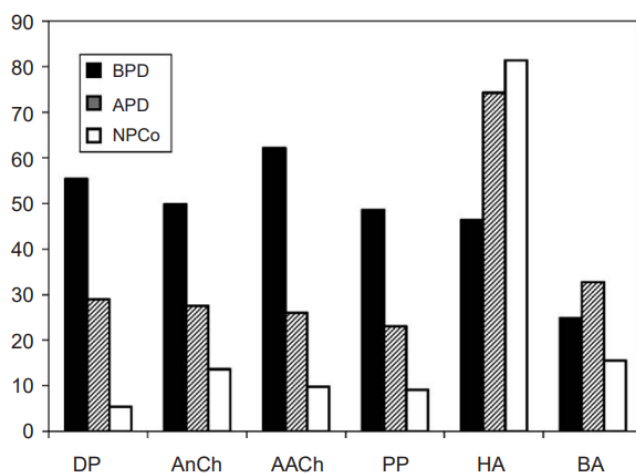


Fig. 1. Schema mode ratings by the three groups. DP—Detached Protector; AnCh—Angry Child; AACh—Abandoned and Abused Child; PP—Punishing; HA—Healthy Adult; BA—Bully and Attack.

Successivamente, Lobbestael e collaboratori (2008) hanno analizzato i dati di 489 partecipanti, di cui 390 pazienti (asse I e asse II) provenienti da diversi istituti psichiatrici e penitenziari dei Paesi Bassi e del Belgio, e 99 di controllo. Del campione clinico il 48% ha ricevuto una o più diagnosi di asse II: borderline (22,3%), evitante (14,7%), depressivo (10,4%), ossessivo-compulsivo (8,4%), antisociale (8,6%), dipendente (3,7%), paranoide (5,9%) o altri DP (3%). A tutti i soggetti sono stati somministrati: l'intervista clinica strutturata per i disturbi di Asse I e Asse II del DSM-IV (SCID I e SCID II, cfr. First *et*

al., 1994; First *et al.*, 1997; van Groenestijn *et al.*, 1999; Weertman *et al.*, 2000) per valutare le diagnosi dell'asse I del DSM-IV e la patologia di personalità, e lo Schema Mode Inventory (SMI, cfr. Young *et al.*, 2007), che misura la presenza di 14 Mode (bambino vulnerabile, bambino arrabbiato, bambino furioso, bambino impulsivo, bambino indisciplinato, bambino felice, sottomesso compiacente, protettore distaccato, consolatore distaccato, autoesaltatore, prepotente e violento, genitore punitivo, genitore esigente, adulto sano). Sono stati valutati dieci disturbi di personalità calcolando la loro associazione con i 14 Mode mediante correlazioni parziali tau di Kendall, dove i test di significatività si sono basati su test Z a due code. Le correlazioni significative al livello $p < .05$ sono state interpretate come possibili relazioni, mentre le correlazioni significative al livello corretto da Bonferroni di $p < .001$ sono state interpretate come relazioni empiricamente supportate (Tab. 2.2.).

Tabella 2.2. - Kendall's partial tau correlations between PDs and Schema modes, corrected for the other PDs (Lobbestael et al, 2008, Tab. 2., p. 857)

| Personality disorder | VC | AC | EC | IC | UC | HC | CS | Dpt | DSS | SA | BA | PP | DP | HA |
|----------------------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|-------|-------|-------|--------|-------|--------|--------|
| Paranoid | .05 | .18** | .14** | .03 | .03 | -.11** | -.04 | .06* | .07* | .06 | .11** | .04 | .04 | -.01 |
| Schizotypal | .009 | .03 | .01 | .05 | -.03 | .05 | .005 | -.04 | -.01 | -.01 | -.01 | -.05 | .01 | .08* |
| Schizoid | .02 | .03 | .002 | -.04 | -.08* | -.06 | .06 | .08* | -.04 | -.03 | .005 | .06* | .008 | -.03 |
| Histrionic | -.03 | .009 | -.007 | .14** | .10* | .09* | .004 | -.004 | .06* | .06* | .04 | -.008 | -.001 | -.01 |
| Narcissistic | .002 | .04 | .03 | .02 | .07* | -.02 | .02 | .05 | -.004 | .20** | .18** | .02 | .03 | .002 |
| Borderline | .31** | .26** | .28** | .29** | .17** | -.28** | .11** | .28** | .23** | .02 | .08* | .29** | .06* | -.22** |
| Antisocial | -.08* | -.02 | .16** | .08* | .03 | -.02 | -.13** | -.02 | -.03 | .003 | .10** | -.04 | -.15** | .01 |
| Avoidant | .22** | .09* | .04 | -.01 | .12** | -.23** | .21** | .22** | .09* | -.02 | .03 | .20** | .08* | -.20** |
| Dependent | .14** | .03 | -.03 | .02 | .12** | -.08* | .19** | .06* | .08* | -.002 | -.0002 | .09* | .04 | -.16** |
| Obsessive-compulsive | .03 | .05 | .01 | .06 | -.03 | -.04 | .02 | .03 | .12** | .17** | .08* | .03 | .20** | .03 |

Note: VC = Vulnerable Child; AC = Angry Child; EC = Enraged Child; IC = Impulsive Child; UC = Undisciplined Child; HC = Happy Child; CS = Compliant Surrender; Dpt = Detached Protector; DSS = Detached Self-Soother; SA = Self-Aggrandiser; BA = Bully and Attack; PP = Punitive Parent; DP = Demanding Parent; HA = Healthy Adult.

* $p < .05$

** $p < .001$.

Bamelis e colleghi (2011) hanno invece osservato 444 partecipanti tra i 18 e i 70 anni, tra cui 323 pazienti con psicopatologia di Asse II e 121 senza psicopatologia, a cui è stato somministrato: le versioni olandesi delle interviste cliniche strutturate per i disturbi di Asse-I e Asse-II del DSM-IV (SCID I e SCID II, cfr. First *et al.*, 1994; First *et al.* 1997; van Groenestijn *et al.*, 1999; Weertman *et al.*, 2000); l'Assessment of DSM-IV Personality Disorders (ADP-IV, cfr. Schotte, Doncker, 1996), un questionario *self-report* che valuta i sintomi dei disturbi di personalità in base al DSM-IV; e lo Schema Mode Inventory II

(SMI 2), forma modificata dello SMI (cfr. Young *et al.*, 2007) per coprire i Mode specifici di alcuni disturbi di personalità (Cluster C, paranoide, istrionico e narcisistico), per valutare la presenza dei Mode (i.e., bambino solo, bambino abusato e abbandonato, bambino arrabbiato, bambino furioso, bambino impulsivo, bambino indisciplinato, bambino dipendente, sottomesso compiacente, protettore distaccato, consolatore distaccato, protettore evitante, autoesaltatore, perfezionista ipercontrollante, paranoico ipercontrollante, ricercatore di attenzione e approvazione, genitore punitivo, genitore esigente, adulto sano). Sono stati utilizzati *t*-test per verificare se il gruppo clinico avrebbe ottenuto un punteggio più alto nelle modalità disadattive rispetto ai non pazienti, mentre le dimensioni dell'effetto per le differenze di gruppo tra le subscale sono state calcolate utilizzando la *d* di Cohen. All'interno del gruppo clinico sono state calcolate le correlazioni parziali tra le subscale SMI-2 e i punteggi delle subscale ADP-IV e SCID-II. I punteggi ADP-IV hanno mostrato una distribuzione normale e, pertanto, sono state utilizzate le correlazioni parziali di Pearson. Le correlazioni parziali tau di Kendall sono state utilizzate con i dati della SCID-II poiché non erano distribuiti normalmente. Le correlazioni significative a questo livello di $p < .00278$ ($|r| > .170$ per le correlazioni di Pearson e $|\tau| > .112$ per le correlazioni tau di Kendall) sono state interpretate come relazioni significative (Tab. 2.3.).

Lo studio più recente di Jacobs e collaboratori (2019) ha reclutato, presso il dipartimento psichiatrico di un ospedale in Germania, un totale di 533 pazienti ricoverati tra i 18 e 78 anni. Ai pazienti sono stati somministrati diversi strumenti: Questionario sullo stile di difesa nella sua versione tedesca (DSQ-40, cfr. Andrews *et al.*, 1993), ovvero uno strumento *self-report* consolidato per la valutazione dei derivati coscienti dei meccanismi di difesa.

Tabella 2.3. *Partial correlation between Schema Mode Scores and PD Trait Scores (n=323)* (Bamelis *et al.*, 2011, Tab. 3., p. 50)

TABLE 3. Partial Correlations Between Schema Mode Scores and PD Trait Scores (n = 323)

| | LC | AbC | AC | EC | IC | UC | DC | CS | DPt | DSS | AP | SA | POC | SOC | AAS | PP | DP | HA | |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|--------------|--------------|---------------|--|
| Partial correlations between modes and ADP-IV personality disorder trait scores | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Paranoid PD | .02 | <u>.11</u> | <u>.42**</u> | .05 | .04 | -.01 | -.16 | -.02 | -.04 | -.09 | <u>-.07</u> | .16 | .12 | <u>.54**</u> | -.05 | .04 | .15 | .01 | |
| Histrionic PD | -.01 | <u>-.04</u> | <u>-.07</u> | <u>-.08</u> | <u>.15</u> | <u>.05</u> | .05 | .16 | .02 | .13 | <u>-.06</u> | .07 | <u>-.04</u> | <u>-.10</u> | <u>.39**</u> | <u>-.07</u> | .05 | .09 | |
| Narcissistic PD | <u>.05</u> | <u>-.03</u> | <u>.10</u> | .04 | <u>-.07</u> | <u>.24**</u> | -.12 | -.11 | .11 | <u>.26**</u> | <u>-.14</u> | <u>.48**</u> | .03 | .12 | <u>.24**</u> | <u>-.04</u> | .08 | .15 | |
| Avoidant PD | <u>.28**</u> | <u>.32**</u> | <u>-.02</u> | <u>-.05</u> | <u>-.17</u> | <u>.12</u> | <u>-.06</u> | <u>.19*</u> | <u>.25**</u> | .13 | <u>.55**</u> | .01 | .07 | .16 | <u>-.26**</u> | <u>.13</u> | .01 | <u>-.15</u> | |
| Dependent PD | <u>.06</u> | <u>.26**</u> | .01 | <u>-.19†</u> | .06 | <u>.07</u> | <u>.34**</u> | <u>.32**</u> | .05 | .01 | <u>.27**</u> | <u>-.12</u> | .09 | <u>-.19†</u> | <u>-.12</u> | <u>.24**</u> | <u>-.07</u> | <u>-.22**</u> | |
| Obsessive-compulsive PD | <u>-.18</u> | <u>-.12</u> | <u>-.07</u> | .17 | .00 | .18 | .09 | -.01 | <u>-.16</u> | <u>-.03</u> | <u>-.05</u> | <u>.24**</u> | <u>.51**</u> | .04 | .02 | <u>-.01</u> | <u>.53**</u> | <u>-.04</u> | |
| Partial Kendall's TAU correlations between modes and SCID-II personality disorder trait scores | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Paranoid PD | .06 | <u>.09</u> | <u>.21**</u> | <u>.10</u> | .05 | .07 | <u>-.04</u> | <u>-.06</u> | .08 | .05 | <u>.03</u> | .09 | .04 | <u>.23**</u> | -.00 | .05 | .02 | <u>-.03</u> | |
| Histrionic PD | -.09 | <u>-.08</u> | <u>-.06</u> | <u>-.08</u> | <u>.00</u> | <u>-.03</u> | .06 | <u>-.07</u> | <u>-.09</u> | <u>-.04</u> | <u>-.09</u> | <u>-.01</u> | <u>-.01</u> | <u>-.02</u> | <u>.16**</u> | <u>-.03</u> | <u>-.03</u> | .10 | |
| Narcissistic PD | <u>.01</u> | <u>-.01</u> | <u>.11*</u> | <u>.11*</u> | .11 | <u>.12*</u> | <u>-.01</u> | <u>-.05</u> | <u>-.00</u> | <u>.05</u> | <u>-.07</u> | <u>.22**</u> | <u>-.02</u> | .02 | <u>.17**</u> | .00 | <u>-.01</u> | .08 | |
| Avoidant PD | <u>.17**</u> | <u>.20**</u> | .01 | <u>-.05</u> | <u>-.01</u> | <u>.08</u> | .10 | <u>.17**</u> | <u>.18**</u> | .08 | <u>.30**</u> | <u>-.05</u> | .09 | <u>.13**</u> | <u>-.18**</u> | <u>.18**</u> | .01 | <u>-.17**</u> | |
| Dependent PD | <u>.04</u> | <u>.14**</u> | .05 | .01 | <u>.09</u> | <u>.05</u> | <u>.30**</u> | <u>.17**</u> | .04 | .07 | .11 | <u>-.12†</u> | .06 | <u>-.08</u> | <u>-.09</u> | <u>.13*</u> | .03 | <u>-.14**</u> | |
| Obsessive-compulsive PD | <u>-.08</u> | <u>-.04</u> | <u>-.05</u> | .07 | .04 | .05 | <u>-.01</u> | <u>-.01</u> | <u>-.03</u> | <u>.01</u> | <u>-.04</u> | <u>.11</u> | <u>.24**</u> | .01 | <u>-.05</u> | <u>-.04</u> | <u>.29**</u> | <u>-.02</u> | |

Note. Correlations are controlled for all PDs except depressive and passive-aggressive PD; LC = Lonely Child; AbC = Abandoned/Abused Child; AC = Angry Child; EC = Enraged Child; IC = Impulsive Child; UC = Undisciplined Child; DC = Dependent Child; CS = Compliant Surrender; DPt = Detached Protector; DSS = Detached Self-Soother; AP = Avoidant Protector; SA = Self Aggrandizer; POC = Perfectionistic Overcontroller; SOC = Suspicious Overcontroller; AAS = Attention and Approval Seeker; PP = Punitive Parent; DP = Demanding Parent; HA = Healthy Adult; ** = p < .00046; † = p < .00278 (trendsignificant); underlined figures reflect predicted associations

Il German Extended Schema Mode Inventory , un *self-report* progettato per valutare la frequenza di manifestazione di 20 Mode (i.e., bambino solo, bambino abusato e abbandonato, bambino arrabbiato, bambino furioso, bambino impulsivo, bambino indisciplinato, bambino dipendente, sottomesso compiacente, protettore distaccato, consolatore distaccato, protettore evitante, autoesaltatore, perfezionista ipercontrollante, paranoico ipercontrollante, ricercatore di attenzione e approvazione, prepotente e violento, genitore punitivo, genitore esigente, adulto sano, bambino felice), prendendo 13 delle 14 sottoscale dello SMI (Lobbestael *et al.*, 2010) e 7 delle scale SMI-2 (Bamelis *et al.*, 2011); e l'Assessment of DSM-IV Personality Disorders, German version (ADP-IV, cfr. Doering *et al.*, 2007) per valutare i sintomi dei disturbi di personalità corrispondenti ai Cluster A, B e C del DSM-IV. I ricercatori hanno calcolato le correlazioni di Pearson tra le variabili dei Mode e i punteggi dei disturbi di personalità per testare i modelli specifici dei Mode rispetto ai disturbi di personalità e hanno anche testato correlazioni parziali che controllassero la sovrapposizione con altri punteggi di disturbi di personalità, l'età e il sesso; hanno, infine, valutato le correlazioni utilizzando gli *Effect Size* e gli IC (Tab. 2.4.)

Tabella 2.4. - Pearson Correlations Between Personality Disorder Symptom Scores and Schema Mode Variables (N=521) (Jacobs et al., 2019, Tab.2., p. 432)

| Mode variables | ADP-IV subscale scores | | | | | | | | | |
|--|------------------------|-------------|-------------|-------------------------|------------------|-------------|-------------|--------------|-------------|--------------|
| | PAR | SZD | SZT | BOR | ANT ^a | NAR | HIS | DEP | OBS | AVD |
| Angry child | 0.58 | .14 | .44 | 0.58 | 0.28 | 0.47 | 0.51 | 0.37 | 0.31 | 0.31 |
| Enraged child ^a | 0.40 | .11 | .33 | 0.60 | 0.49 | 0.39 | 0.46 | 0.26 | 0.17 | 0.19 |
| Impulsive child | 0.37 | .06 | .36 | 0.60 | 0.54 | 0.37 | 0.57 | 0.31 | 0.19 | 0.17 |
| Undisciplined child | 0.39 | .22 | .36 | 0.55 | 0.44 | 0.37 | 0.47 | 0.52 | 0.21 | 0.41 |
| Dependent child | 0.42 | .23 | .43 | 0.58 | 0.29 | 0.31 | 0.48 | 0.72 | 0.41 | 0.53 |
| Abandoned/abused child | 0.58 | .26 | .50 | 0.68^b | 0.20 | 0.28 | 0.49 | 0.68 | 0.41 | 0.66 |
| Lonely child | 0.57 | .38 | .56 | 0.63^b | 0.21 | 0.30 | 0.43 | 0.57 | 0.38 | 0.65 |
| Demanding parent | 0.25 | .08 | .18 | 0.32 | -0.06 | 0.27 | 0.23 | 0.28 | 0.56 | 0.32 |
| Punitive parent | 0.48 | .26 | .44 | 0.65 | 0.32 | 0.28 | 0.45 | 0.56 | 0.35 | 0.54 |
| Compliant surrender | 0.31 | .22 | .29 | 0.39 | 0.11 | 0.24 | 0.34 | 0.56 | 0.41 | 0.53 |
| Avoidant protector | 0.45 | .44 | .52 | 0.44 | 0.13 | 0.23 | 0.28 | 0.59 | 0.49 | 0.76 |
| Detached protector | 0.44 | .55 | .54 | 0.55 | 0.31 | 0.34 | 0.32 | 0.46 | 0.38 | 0.59 |
| Detached self-soother | 0.27 | .07 | .14 | 0.35 | 0.16 | 0.33 | 0.32 | 0.27 | 0.31 | 0.21 |
| Attention and approval seeker ^a | 0.11 | -.25 | .06 | 0.25 | 0.32 | 0.48 | 0.58 | 0.14 | -0.004 | -0.11 |
| Self-aggrandizer | 0.27 | -.04 | .19 | 0.29 | 0.19 | 0.64 | 0.47 | 0.22 | 0.36 | 0.17 |
| Perfectionistic overcontroller | 0.27 | .08 | .21 | 0.26 | -0.13 | 0.23 | 0.21 | 0.31 | 0.59 | 0.34 |
| Suspicious overcontroller | 0.69 | .38 | .57 | 0.49 | 0.19 | 0.42 | 0.37 | 0.46 | 0.45 | 0.52 |
| Bully and attack ^a | 0.41 | .16 | .29 | 0.33 | 0.33 | 0.61 | 0.44 | 0.25 | 0.24 | 0.23 |
| Healthy adult | -0.44 | -.29 | -.39 | -0.57 | -0.29 | -0.21 | -0.43 | -0.60 | -0.27 | -0.53 |
| Happy child | -0.60 | -.45 | -.57 | -0.59 | -0.18 | -0.26 | -0.34 | -0.54 | -0.37 | -0.68 |
| Internalization | 0.63 | .42 | .61 | 0.73 | 0.30 | 0.33 | 0.50 | 0.72 | 0.46 | 0.75 |
| Externalization | 0.49 | .05 | .38 | 0.62 | 0.52 | 0.66 | 0.69 | 0.37 | 0.26 | 0.21 |
| Compulsivity | 0.37 | .11 | .28 | 0.36 | -0.03 | 0.41 | 0.35 | 0.39 | 0.61 | 0.43 |
| Confirmed hypothesis in percent | 60.0 | — | — | 83.3 | 25.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 50.0 | 80.0 |

Note. ADP-IV = Assessment of *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition* Personality Disorders, German version; PAR = paranoid; SZD = schizoid; SZT = schizotypal; BOR = borderline; ANT = antisocial; NAR = narcissistic; HIS = histrionic; DEP = dependent; OBS = obsessive-compulsive; AVD = avoidant. Underlined figures indicate predicted associations (cf. Table 1); figures printed in boldface indicate effect sizes that are deemed practically significant (i.e., $r \geq 1.50$ or the 90% confidence interval of r includes 1.50; the 90% confidence intervals are given in Table S3, online supplemental material). Correlations $r \geq 1.15$ are significant at $p_{two-tailed} < .001$.

^a \log_{10} transformed. ^b the mean of both indexed correlations, mean $r = .66$, is a proxy for the vulnerable child–borderline PD correlation.

2.2.1.1. Disturbo antisociale di personalità

Il disturbo antisociale di personalità ha come caratteristica principale la noncuranza e la violazione dei diritti e desideri degli altri. Le persone che presentano questo disturbo non riescono a conformarsi alle norme sociali e sono spesso portati a compiere atti illegali e a essere disonesti e manipolativi per trarre profitto o piacere personale; sono frequentemente impulsivi e irresponsabili, non prendendo in considerazione le conseguenze per sé e per gli altri; sono sovente coinvolti in scontri e aggressioni, irritabilità e aggressività rappresentano, infatti, altre due caratteristiche che li contraddistinguono particolarmente; e mancano di empatia e di rimorso, presentandosi piuttosto indifferenti o razionalizzanti di fronte alle proprie azioni (APA, 2013).

Lobbestael, Arntz e Sieswerda (2005) hanno testato l'applicabilità del modello di Young (2003) al disturbo antisociale sulla base di queste sue caratteristiche, evidenziando molti più aspetti del Mode prepotente e violento rispetto al disturbo borderline di personalità con $F(1.54)=17.05$ $p<.32$ e rispetto al campione di controllo con $F(3.34)=17.05$ $p<0.007$. Punteggi più alti nei Mode patologici erano attesi, considerato

che, per esempio, le osservazioni cliniche avevano riportato che gli antisociali mostrassero spesso comportamenti legati al Mode bambino arrabbiato. La mancata rilevazione di questi Mode nei pazienti con disturbo antisociale di personalità è spiegata, quindi, secondo gli autori, dalla loro tendenza a negare un comportamento socialmente inaccettabile e dalla loro capacità di fingere di essere più "normali" di quanto non siano in realtà (Lobbestael *et al.*, 2005).

Anche nello studio di Lobbestael e colleghi (2008) sono risultati significativi soprattutto Mode legati all'aggressività: bambino furioso ($r=.16$, $p<.001$) e prepotente e violento ($r=.10$, $p<.001$), come sarebbe prevedibile dal loro comportamento criminale ricorrente. Il fatto che il tipico paziente antisociale sia indisciplinato e non obbediente spiega le correlazioni negative riscontrate con i Mode di genitore esigente ($r=-.15$, $p<.001$) e arreso compiacente ($r=-.13$, $p<.001$).

Infine, uno degli studi più recenti condotto da Jacobs, Lenz, Dörner e Wegener (2019), partendo dai risultati delle ricerche precedenti, ha osservato una forte relazione di questo disturbo solo con il Mode bambino furioso ($r=.49$, $p<.001$) tra quelli ipotizzati, ma, inaspettatamente, non con il Mode prepotente e violento; inoltre, rispetto alle aspettative, è risultato significativo il Mode del bambino impulsivo ($r=.54$, $p<.001$).

2.2.1.2. Disturbo borderline di personalità

Il disturbo borderline di personalità è caratterizzato da un'instabilità e intensità delle relazioni interpersonali, dell'autostima, dell'umore e da una forte impulsività in diversi contesti. Questi pazienti provano intensi timori e rabbia di fronte all'abbandono e alla percezione della separazione o del rifiuto, i quali possono portare ad alterazioni pervasive dell'immagine di sé, dell'umore, del livello cognitivo e del comportamento. La paura dell'abbandono è correlata all'intolleranza di rimanere soli e può portare tali soggetti a ricorrere a comportamenti impulsivi automutilanti o suicidari. Nelle relazioni interpersonali, gli individui con disturbo borderline di personalità possono passare rapidamente dall'idealizzare allo svalutare le altre persone, perché sentono che gli altri non sono abbastanza "presenti"; inoltre, essi possono avere un disturbo di identità caratterizzato da un'immagine di sé marcatamente instabile e da cambiamenti di valori, obbiettivi e opinioni. Manifestano, infine, una marcata instabilità dell'umore che passa

da aspetti disforici a periodi di rabbia incontrollabile, panico o disperazione, come anche a essere afflitti da cronici sentimenti di vuoto (APA, 2013).

Il disturbo borderline di personalità è uno dei più studiati nelle ricerche riguardanti la Schema Therapy, in quanto è uno dei primi disturbi su cui è stata applicata e con cui è risultata efficace (Young, 2003). Nello studio di Lobbestael e colleghi del 2005, i Mode protettore distaccato ($F(5.94)=55.39, p<.001$ e $F(11.24)=55.39, p<.001$), bambino arrabbiato ($F(5.65)=49.80, p<.001$ e $F(9.17)=49.80, p<.001$), bambino abusato e abbandonato ($F(9.07)=62.18, p<.001$ e $F(13.13)=62.18, p<.001$) e genitore punitivo ($F(5.88)=48.58, p<.001$ e $F(9.09)=48.58, p<.001$) sono effettivamente affini, come ipotizzato, alle caratteristiche dei pazienti con disturbo borderline di personalità.

Successivamente, è stato osservato come il disturbo borderline presenti correlazioni con il bambino vulnerabile ($r=.31, p<.001$), il bambino impulsivo ($r=.29, p<.001$) e il genitore punitivo ($r=.29, p<.001$), il bambino furioso ($r=.28, p<.001$), il bambino arrabbiato ($r=.26, p<.001$), il bambino indisciplinato ($r=.17, p<.001$), ma anche con il Mode protettore distaccato ($r=.28, p<.001$), arreso compiacente ($r=.11, p<.001$) e consolatore distaccato ($r=.23, p<.001$) (Lobbeastel *et al.*, 2008). Tali Mode furono successivamente spiegati dalle caratteristiche prototipiche di questo disturbo: il legame con il Mode bambino arrabbiato dall'estrema espressione della rabbia; la forte correlazione con il consolatore distaccato dall'alto livello di abuso di alcol e droghe dei pazienti borderline, anche nel campione dello studio stesso; infine, la correlazione con il Mode arreso compiacente dal comportamento di bisogno di approvazione dei pazienti borderline. Pertanto, questa ricerca evidenzia come molti Mode sembrano caratterizzare il disturbo borderline di personalità; fatto che gli studiosi hanno ipotizzato possa indicare che un numero più elevato di correlazioni rifletta semplicemente un punteggio elevato in un fattore di psicopatologia generale.

Anche nello studio più recente (Jacobs *et al.*, 2019) è stata confermata la presenza di molteplici correlazioni tra il disturbo borderline di personalità e i Mode, in particolare con tutti i Mode bambino: bambino arrabbiato ($r=.58, p<.001$), bambino furioso ($r=.60, p<.001$), bambino impulsivo ($r=.60, p<.001$), bambino indisciplinato ($r=.55, p<.001$), bambino dipendente ($r=.358, p<.001$), bambino abusato e abbandonato ($r=.68, p<.001$) e bambino solo ($r=.63, p<.001$); inoltre, sono state osservate correlazioni significative

anche con il genitore punitivo ($r=.65, p<.001$), il protettore distaccato ($r=.55, p<.001$) e il paranoico ipercontrollante ($r=.49, p<.001$). Anche per questi autori i risultati possono essere considerati indice del fatto che il disturbo borderline di personalità è una manifestazione del malfunzionamento generale della personalità (o semplicemente include i tratti di personalità più disfunzionali). infine, la particolare presenza di tutti i Mode bambino significativi concorda con gli stati affettivi-comportamentali infantili, distintivi di questo disturbo.

2.2.1.3 Disturbo istrionico di personalità

Una delle caratteristiche principali del disturbo istrionico di personalità è un'emoività pervasiva ed eccessiva con un annesso comportamento di ricerca di attenzione, senza la quale la persona si sente a disagio o non apprezzata. Le persone con disturbo istrionico della personalità sono soggette alla drammatizzazione, soprattutto nelle circostanze in cui non vengono messe al centro dell'attenzione. Questi pazienti tendono a essere provocanti e seduttivi, non soltanto con persone per cui hanno un interesse sessuale o sentimentale, ma in diverse situazioni sociali. La principale preoccupazione in questo disturbo è quella di impressionare gli altri, soprattutto per il proprio aspetto, tanto da essere eccessivamente turbati da commenti critici e negativi. Le persone affette da disturbo istrionico della Personalità presentano un'emoività eccessiva ed espressa in maniera teatrale, per quanto non vissuta in maniera profonda; manifestano un alto grado di suggestionabilità, specialmente da parte di persone con una certa autorità; e tendono a considerare le relazioni interpersonali più intime di quanto non siano in realtà, in quanto raggiungere la vera intimità rappresenta per loro una difficoltà (APA, 2013).

Il disturbo istrionico di personalità è stato uno dei meno studiati a livello empirico rispetto ai Mode e alla Schema Therapy. Il primo studio in cui viene preso in considerazione da parte Lobbestael e colleghi (2008) ne ha osservato la relazione con il Mode bambino impulsivo ($r=.14, p<.001$), il quale è riflesso dalla presenza di rapidi cambiamenti di emozioni che i pazienti istrionici manifestano, dal comportamento impulsivo e gratificante e dal fatto che possono essere altamente suggestionabili. Contrariamente alle aspettative, il Mode bambino vulnerabile non è risultata correlata al

disturbo istrionico di personalità, il che potrebbe indicare che questi pazienti non sono propensi a riconoscere il loro lato vulnerabile.

Bamelis e colleghi (2011) non hanno evidenziato forti relazioni con i Mode, se non il ricercatore di attenzione e approvazione ($r=.49$ e $r=.16$, $p<.00046$). invece, per quanto riguarda i Mode bambino, nessuno di quelli ipotizzati è risultato significativo in questo disturbo, anche se la correlazione del Mode bambino impulsivo è risultata quasi trend-significativa ($r=.15$ e $r=.00$, $p> .00278$).

Nello studio più recente (Jacobs *et al.*, 2019), sono state invece sorprendentemente riscontrate correlazioni con tutti i Mode Bambino: bambino arrabbiato ($r=.51$, $p<.001$), bambino furioso ($r=.46$, $p<.001$), bambino indisciplinato ($r=.47$, $p<.001$), bambino impulsivo ($r=.57$, $p<.001$), bambino dipendente ($r=.48$, $p<.001$) e bambino abusato e abbandonato ($r=.49$, $p<.001$), con quella più preponderante del bambino impulsivo. Nei Mode di coping è risultata una relazione con il ricercatore di attenzione e approvazione ($r=.458$, $p<.001$), oltre che con l'autoesaltatore ($r=.47$, $p<.001$) e, infine, con il genitore punitivo ($r=.45$, $p<.001$).

2.2.1.4. Disturbo narcisistico di personalità

I soggetti con disturbo narcisistico di personalità presentano una grandiosità dell'autostima, caratterizzata dalla tendenza a sovrastimare le proprie capacità, presumendo che anche le persone esterne attribuiscono loro lo stesso valore; a questo atteggiamento spesso è correlata anche una svalutazione degli altri. Le persone di cui si circondano sono attribuite di qualità speciali e uniche dal paziente, in modo tale che la sua autostima venga rispecchiata dal valore di chi frequenta. In realtà l'autostima nelle persone con disturbo narcisistico di personalità è molto fragile; infatti, ne deriva il continuo bisogno di ammirazione e, quando questo non venga appagato esternamente, rimangono sorpresi e furiosi, laddove sono in effetti "feriti" dalle critiche. La presenza in loro di un senso di diritto che gli spetta ai quali gli altri si dovrebbero sottomettere e mostrare grande dedizione può sfociare nello sfruttamento degli altri. Essi sono, inoltre, caratterizzati da mancanza di empatia e difficoltà nel riconoscere i desideri, i sentimenti e le necessità degli altri, tanto da essere spesso sprezzanti e impazienti di fronte alle preoccupazioni e ai problemi di chi li circonda o da essere noncuranti del male che possono infliggere le loro osservazioni. Infine, queste persone sono spesso invidiose degli

altri o pensano che gli altri siano invidiosi di loro, sentimento che compensano con atteggiamenti arroganti e superbi (APA, 2013).

Nello studio di Lobbestael *et al.* (2008) è stata evidenziata una relazione di questo disturbo, in primo luogo, con il Mode autoesaltatore ($r=.20, p<.001$), il quale corrisponde all'ipotesi di Young (2003) e può essere spiegata dalla rappresentazione megalomane di sé e, in secondo luogo, con il Mode prepotente e violento ($r=.18, p<.001$), spiegabile dal legame tra narcisismo e le aggressioni denigratorie piuttosto intenzionali e controllate che lo caratterizzano. Anche nel disturbo narcisistico di personalità, diversamente da come ipotizzato dagli autori, non è risultata nessuna correlazione con il Mode bambino vulnerabile, evidenza che potrebbe essere giustificata dal fatto che questi pazienti non sono soliti riconoscere il loro lato vulnerabile.

Nello studio di Bamelis e colleghi (2011) è stata osservata la relazione con diversi Mode: ricercatore di attenzione e approvazione ($r=.24$ e $r=.17, p<.00046$), bambino indisciplinato ($r=.24, p<.00046$ e $r=.12, p<.00278$), bambino arrabbiato ($r=.11, p<.00278$), bambino furioso ($r=.11, p<.00278$), autoesaltatore ($r=.48$ e $r=.22, p<.00046$) e consolatore distaccato ($r=.26, p<.00046$). Il Mode autoesaltatore rispecchia la tendenza del paziente narcisista a essere arrogante, competitivo e in cerca dello status per compensare i sentimenti interiori di fallimento e rifiuto emotivo. Il Mode bambino arrabbiato si riferisce ai sentimenti di rabbia come reazione a bisogni insoddisfatti o a un trattamento ingiusto, sentimenti che esplodono in una furia incontrollata nel Mode bambino furioso, con comportamento aggressivo impulsivo come conseguenza. Infine, il Mode bambino indisciplinato potrebbe riflettere la mancanza di limiti sufficienti nell'infanzia a causa dell'eccessiva gratificazione da parte dei genitori, che si ipotizza essere una delle cause del disturbo narcisistico di personalità (cfr. Fernando, 1998).

Nell'ultimo studio di Jacobs e collaboratori (2019) sono state invece riscontrate correlazioni solamente con i Mode bambino arrabbiato ($r=.47, p<.01$), ricercatore di attenzione e approvazione ($r=.48, p<.001$) e autoesaltatore ($r=.64, p<.001$).

Capitolo 3

Attaccamento e disturbi di personalità

3.1. Uno sguardo alla Teoria dell'Attaccamento

La Teoria dell'Attaccamento elaborata e proposta da John Bowlby (1969) ha fornito un contributo significativo alla concettualizzazione dei processi evolutivi, sia "normali" che patologici. La sua teorizzazione è emersa dalle osservazioni cliniche dell'autore e dall'influenza di diversi contributi scientifici come le teorie evoluzionistiche e gli studi etologici. Bowlby ha descritto l'attaccamento emotivo di un neonato al proprio caregiver primario e ha concettualizzato tale attaccamento, e l'ansia da separazione ad esso associata, come biologicamente funzionali all'interno di un quadro evolutivo. La funzionalità dell'attaccamento sta nel permettere al neonato di mantenere la vicinanza al suo caregiver di fronte a separazioni occasionali, dal momento che, a livello evolutivo, i neonati che rimangono vicini a chi li accudisce hanno maggiori probabilità di essere al sicuro dai predatori e di essere nutriti e accuditi meglio rispetto ai neonati che non stanno vicini alle loro madri (Levy, Johnson, 2018). Le interazioni precoci tra bambino e caregiver sono al centro della Teoria dell'Attaccamento. Infatti, il legame affettivo che si sviluppa tra il caregiver e il bambino è il nucleo dello sviluppo della formazione dell'identità, della regolazione intrapersonale e degli atteggiamenti interpersonali, o "modelli operativi interni" di sé e dell'altro (cfr. Bowlby, 1977).

Sebbene questa forma di attaccamento adattivo sia forse ideale, Bowlby ha suggerito che esistono anche altre modalità di attaccamento. Egli ipotizzò che la sicurezza dell'attaccamento derivi dalla presenza di un caregiver affidabile e sensibile che fornisce amore e conforto, oltre che a cibo e calore. I neonati con un caregiver che soddisfa i loro bisogni biologici e psicologici si rivolgeranno a esso qualora sperimentino angoscia, paura o altre necessità (rifugio sicuro), mentre per il resto esploreranno l'ambiente circostante con la sensazione che il caregiver si prenda cura di loro (base sicura). Tuttavia, se i bisogni del bambino non vengono soddisfatti da un caregiver, l'attaccamento adattivo viene interrotto. Questi bambini, quindi, non sono in grado di ottenere il sostegno del proprio caregiver quando sono angosciati, o sono limitati nella loro capacità di esplorare

durante i periodi di stress. Pertanto, le differenze negli stili di comportamento che circondano il caregiver come rifugio sicuro e base sicura rivelano disparità di fondo nella formazione del legame tra bambino e caregiver.

La Teoria dell'Attaccamento è stata successivamente arricchita e ampliata da Mary Ainsworth (1978), che grazie alla sua metodologia innovativa ha permesso di verificare empiricamente alcune delle idee di Bowlby, contribuendo anche al concetto di figura di attaccamento come base sicura da cui il bambino può esplorare il mondo. La *Strange Situation* è la procedura osservativa standardizzata messa a punto da Ainsworth e colleghi (1978) grazie alla quale hanno poi distinto le prime tre tipologie di attaccamento:

- *sicuro*: il bambino appare equilibrato per quanto riguarda gioco, esplorazione e ricerca di prossimità; inoltre, manifesta disagio e sconforto nel momento del distacco col caregiver; infine, al ritorno del caregiver, esprimono desiderio di vicinanza, oltre che a rispondere positivamente ai tentativi di consolazione dello stesso;
- *insicuro – evitante*: il bambino mostra un certo distacco ed evitamento della vicinanza e del contatto con il caregiver; non manifesta angoscia di separazione, ma al contrario si mostra indifferente al momento del distacco, e piuttosto concentrato sull'attività di gioco; il caregiver viene ignorato al suo ritorno, non viene avvicinato ed evita attivamente il contatto;
- *insicuro – ambivalente*: il bambino mostra una forte angoscia di separazione che però non viene placata nemmeno con il ritorno del caregiver, al contrario manifestano una chiara ambivalenza composta da comportamenti rifiutanti e aggressivi o da lamentele passive e inconsolabili. Il caregiver, quindi, non è utilizzato come base sicura, ma il bambino è quasi “assorbito” dalla figura di attaccamento, come in uno stato di dipendenza.

Successivamente agli studi di Ainsworth, P. Crittenden (1989) identifica un quarto stile di attaccamento:

- *disorganizzato*: questo pattern nasce dalla relazione con un caregiver traumatizzato o abusante/maltrattante. Il bambino mostra comportamenti

sequenziali o contemporanei, incoerenti e contrastanti verso la figura di attaccamento, mescolando assieme avvicinamento ed evitamento.

3.2. Attaccamento Adulto

Bowlby riteneva che i processi di attaccamento fossero rilevanti “*from the cradle to the grave.*” (Bowlby, 1979, p. 129). Questo significa sia che le prime esperienze di attaccamento hanno effetti duraturi, sia che la ricerca di vicinanza, insieme agli altri comportamenti di attaccamento, sono altrettanto rilevanti per le persone adulte quanto per i neonati e i bambini, poiché, secondo la teoria, il sistema di attaccamento dovrebbe essere relativamente costante e stabile nel tempo (ipotesi della stabilità), continuando a funzionare in modo simile per tutta la vita (Simpson, Rholes, Eller, Paetzold, 2021). Infatti, la Teoria dell'Attaccamento fornisce un quadro evolutivo utile per comprendere come le esperienze interpersonali durante l'infanzia e l'adolescenza possano influenzare il comportamento relazionale in età adulta, dal momento che i bambini formano rappresentazioni mentali (modelli operativi interni) delle relazioni basate sulle loro interazioni con i caregiver. Questi modelli di lavoro interiorizzati vengono poi integrati nella struttura della personalità e, di conseguenza, modellano le relazioni e il comportamento interpersonale in età adulta (Bowlby, 1988). In particolare, i pattern di attaccamento insicuro, nati da una figura di attaccamento rifiutante e non disponibile alle richieste, fanno sì che il bambino (e poi l'adulto) non impari ad esprimere le proprie emozioni nella relazione con gli altri, nel momento giusto e nella giusta misura (cfr. Zimmermann, Grossmann, 1994).

A metà degli anni '80, diversi ricercatori (e.g. Hazan, Shaver, 1987; Kobak, Sceery, 1988; West, Sheldon, 1988) hanno iniziato ad applicare in modo indipendente i principi della Teoria dell'Attaccamento allo studio del comportamento e della personalità degli adulti. Fondamentale per il progresso delle ricerche in questo campo è stato lo sviluppo di strumenti standardizzati per la classificazione delle configurazioni di attaccamento (Ainsworth, *et al.*, 1978). Gli studiosi che si sono occupati dell'attaccamento in età adulta hanno operato secondo due tradizioni di ricerca, parzialmente indipendenti: la prima tradizione (nata nel campo della psicologia dello sviluppo) si è focalizzata sull'attaccamento con i caregiver, con lo scopo di far emergere e valutare i ricordi di soggetti adulti riguardanti esperienze con i genitori nel corso dell'infanzia; la seconda

tradizione (nata campo della psicologia sociale) si è invece focalizzata principalmente sull'attaccamento nei legami adulti e sentimentali, per quanto concerne le percezioni dei soggetti riguardo alle loro esperienze nelle relazioni intime e di coppia. La prima "tradizione" di ricerca ha utilizzato prevalentemente interviste strutturate, tra cui lo strumento più noto è l'Adult Attachment Interview (AAI) messa a punto da Mary Main e dai suoi collaboratori con lo scopo di sondare le prime esperienze di attaccamento di una persona e i loro effetti. Per quanto concerne invece la seconda "tradizione" di ricerca sull'attaccamento in età adulta, si è cercato di mettere a punto questionari self-report e scale di valutazione in grado di fornire delle misure continue (Picardi, Bitetti, Puddu, Pasquini, 2000). In particolare, Hazan e Shaver (1987) hanno tradotto i modelli di attaccamento sicuro, evitante e ansioso-ambivalente di Ainsworth, rispetto alle relazioni sentimentali sostenendo che sarebbero emersi come tre stili interpersonali.

Progressi nell'area dell'attaccamento e della sua valutazione negli adulti sono stati compiuti da Brennan, Clark e Shaver (1998), i quali hanno somministrato 323 item presi dalla maggior parte dei questionari di autovalutazione conosciuti a un vasto campione. L'analisi ha mostrato la presenza di due dimensioni principali di insicurezza: l'*ansia* relata all'attaccamento (senso negativo di sé) e l'*evitamento* relato all'attaccamento (senso negativo degli altri). Infatti, si ritiene che le varie misure di attaccamento o assegnino gli individui a categorie di stili di attaccamento o misurino il grado di presenza di queste dimensioni dello stile di attaccamento. L'*ansia* relata all'attaccamento è caratterizzata dall'aspettativa di separazione, abbandono o amore insufficiente, dalla preoccupazione per la disponibilità e la reattività degli altri, dal timore di essere abbandonati – espressa con frequenti richieste al partner di maggiore coinvolgimento; e, pertanto, dall'iperattivazione del comportamento di attaccamento. L'*evitamento* relato all'attaccamento è caratterizzato, invece, dalla svalutazione dell'importanza delle relazioni strette, dall'evitamento dell'intimità e della dipendenza, dalla dipendenza da sé a causa di difficoltà e disagio nell'avvicinarsi emotivamente e nell'affidarsi al partner, e, dunque, dalla relativa disattivazione del comportamento di attaccamento (Picardi *et al.*, 2000).

Il modello a quattro categorie di Bartholomew (1990) ha conciliato i modelli categoriali con quelli dimensionali, definendo categorie che corrispondono alla combinazione di posizioni estreme sulle dimensioni dell'*ansia* relata all'attaccamento e

dell'*evitamento* relato all'attaccamento. Pertanto, l'attaccamento sicuro è concettualizzato come una relativa assenza di *ansia* relata all'attaccamento e di *evitamento* relato all'attaccamento; l'attaccamento preoccupato è teorizzato come un'elevata *ansia* relata all'attaccamento e un basso *evitamento* relato all'attaccamento; l'attaccamento distaccato/svalutante è descritto come un alto *evitamento* relato all'attaccamento e un basso livello di *ansia* relata all'attaccamento; e, infine, l'attaccamento timoroso è la combinazione di un'elevata insicurezza su entrambe le dimensioni dell'*evitamento* relato all'attaccamento e dell'*ansia* relata all'attaccamento (Ravitz, Maunder, Hunter, Sthankiya, Lancee, 2010). Tali dimensioni sembrano caratterizzare, in senso generale, il comportamento di attaccamento umano, dal momento che, anche nei più piccoli, Ainsworth e collaboratori avevano già individuato due dimensioni affini che soggiacciono alle configurazioni di comportamento dei bambini nella *Strange Situation*: i bambini evitanti sono distinguibili rispetto a una prima dimensione relativa alla ricerca o meno della prossimità fisica, mentre i bambini ambivalenti si differenziano su una seconda dimensione relativa alla manifestazione o meno di ansia per la separazione (Ainsworth et al., 1978).

È interessante notare che gli individui non mostrano sempre gli stessi atteggiamenti di attaccamento verso tutti gli altri significativi della loro vita, suggerendo una molteplicità di tendenze di attaccamento per un dato individuo. Tuttavia, le prove hanno anche indicato la coerenza dei modelli di attaccamento tra gli individui del proprio ambiente, suggerendo la presenza di uno stile di attaccamento generale che si recluta nel contesto interpersonale (cfr. Markiewicz, Lawford, Doyle, Haggart, 2006).

3.3. Attaccamento e Psicopatologia

Bowlby riteneva che l'insicurezza dell'attaccamento, pur essendo in origine un insieme di strategie adattive progettate per gestire l'angoscia, aumentasse la vulnerabilità alla psicopatologia, in quanto porta gli individui a far fronte all'imprevedibilità del mondo "*shrinking from it or by doing battle with it*" (Bowlby, 1973, p. 208), e potesse essere collegata a specifici tipi di difficoltà che si presentano, suggerendo che l'interruzione di legami di attaccamento sani e adattivi potrebbe portare a "*the many forms of emotional distress and personality disturbance, including anxiety, anger, depression, and emotional detachment*" (Bowlby, 1979, p. 127). Per questa ragione, "la Teoria dell'Attaccamento riveste attualmente particolare rilevanza, in quanto l'esistenza di un rapporto tra

l'attaccamento insicuro e lo sviluppo di disturbi psicopatologici sta progressivamente ricevendo conferma empirica [...] del fatto che l'attaccamento insicuro, pur non equivalendo a una diagnosi psicopatologica, rappresenta un importante fattore di rischio psicosociale, un importante precursore nello sviluppo della psicopatologia" (Picardi *et al.*, 2000, p. 115) tra cui i disturbi di personalità,

I legami di attaccamento con i caregiver non sono gli unici ad essere stati osservati e identificati come fattori correlati alle diverse sfaccettature della psicopatologia, ma anche l'utilizzo dei self-report che valutano l'attaccamento adulto hanno evidenziato una relazione con forme patologiche a livello psicologico e psichiatrico. Infatti, le ricerche condotte hanno dimostrato che gli individui sicuri hanno meno probabilità di mostrare sintomi di disturbi emotivi (e.g. Brennan & Shaver, 1999; Kobak, Sceery, 1988; Riggs, Jacobvit, 2002), ma hanno maggiori probabilità di dimostrare strategie di coping efficaci, come anche una buona capacità di aprirsi con gli altri e di chiedere aiuto. Al contrario, l'attaccamento insicuro è caratterizzato da uno squilibrio tra la vicinanza con agli altri e l'esplorazione/autonomia. La presenza di un attaccamento insicuro, sebbene non porti inevitabilmente alla psicopatologia, può creare una vulnerabilità a essa che causa strategie disadattive per interpretare e interagire con il mondo (Riggs, Paulson, Tunnell, Sahl, Atkison, Ross, 2007; cfr. Carlson, Sroufe, 1995).

3.4. Attaccamento adulto e disturbi di personalità

I pazienti con disturbi di personalità hanno modelli prototipici, spesso disfunzionali, di relazione con gli altri: quasi tutti i disturbi di personalità sono caratterizzati da difficoltà nel funzionamento interpersonale; infatti, la maggior parte dei criteri del DSM-5 per i disturbi di personalità sono interpersonali (APA, 2013). Per questo motivo, tali disturbi possono essere facilmente inseriti in un modello orientato all'attaccamento che descrive i modelli mentali di sé e dell'altro, i modelli di regolazione degli affetti e il comportamento nelle relazioni strette (Lorenzini, Fonagy, 2013). Grazie alla Teoria dell'Attaccamento si possono, quindi, spiegare alcune caratteristiche che si osservano frequentemente: fatica a mantenere una relazione sentimentale con un partner, disagio interpersonale, meno supporto sociale ricevuto (Hengartner, Von Wyl, Tanis, Halmi, Galyner, Cohen, 2015).

Utilizzando una serie di strumenti diagnostici, molteplici studi hanno dimostrato una notevole correlazione tra le dimensioni dell'attaccamento e i disturbi di personalità diagnosticati dal DSM, in particolare il Cluster B, partendo dall'osservazione che i pazienti con questo tipo di problemi spesso arrivano in terapia a causa di continui problemi relazionali, di una fondamentale compromissione delle strategie di coping e di disregolazione emotiva. Bender e colleghi (2001), per esempio, hanno messo a confronto i tre Cluster del DSM- IV (1994) con le dimensioni dell'attaccamento, somministrando a 46 pazienti di una clinica di formazione universitaria il *Millon Clinical Multiaxial Inventory* (MCMI-II, 1987), il *Calgary Attachment Questionnaire* (CAQ, West *et al.*, 1987) e il *Symptom Checklist-90* (SCL-90, Derogatis, 1983) ed hanno osservato che il Cluster B presenta correlazioni con più dimensioni e significativamente più forti degli altri due Cluster (Tab. 3.1.)

Tabella 3.1. - *The Relationship of DSM Clusters to Attachment Dimensions: Pearson Product-moment correlations (n = 30)* (Bender, Farber, Geller, 2001, Table 3, p. 558)

Table 3. The Relationship of DSM Clusters to Attachment Dimensions: Pearson Product-moment correlations (n = 30)

| PD Clusters | Attachment Dimensions | | | | |
|-------------|-----------------------|--------------------------|--------------|-------------------|--------------------|
| | Lack of Use | Perceived Unavailability | Fear of Loss | Proximity Seeking | Separation Protest |
| Cluster A | .54** | .35 | .01 | -.22 | -.31 |
| Cluster B | .09 | .44* | .68*** | .59*** | .74*** |
| Cluster C | .17 | .25 | .42* | .22 | -.06 |

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Note: Cluster A = Schizoid, Schizotypal & Paranoid; Cluster B = Histrionic, Narcissistic, Anti-social, Borderline & Aggressive/Sadistic; Cluster C = Avoidant, Dependent, Compulsive, Passive-Aggressive and Self-Defeating.

3.4.1. Gli Studi

Uno dei primi studi completi su questo tema è stato condotto da Brennan e Shaver (1998), nel quale gli autori hanno messo in relazione le valutazioni categoriali dei disturbi di personalità con il modello a quattro categorie dell'attaccamento adulto di Bartholomew (1990). Il campione comprendeva 1407 studenti di psicologia introduttiva (587 maschi e 820 femmine) dell'Università del Texas di Austin e a tutti i soggetti hanno somministrato; il *Mother-Father-Peer Scale*, developed by Epstein (Ricks, 1985), il *Personality*

Diagnostic Questionnaire (PDQ-R; Hyler, Rieder, 1987) inoltre stato chiesto di classificarsi nelle categorie dello stile di attaccamento romantico degli adulti, utilizzato da Bartholomew & Horowitz (1991), e di valutare le descrizioni di attaccamenti di tipo sicuro, preoccupato, distaccato/ svalutante e timoroso su una scala a 7 punti, per indicare il grado in cui ognuna di queste descrizioni caratterizzasse la propria esperienza di attaccamento romantico. I risultati hanno confermato che la maggior parte dei disturbi di personalità è collegata a marcati livelli di *evitamento* e *ansia* relati all’attaccamento nei confronti del partner romantico e, in particolare, hanno rilevato che sette dei dieci disturbi di personalità, tra cui antisociale, borderline e narcisistico (ma non istrionico), sono più frequentemente collegati con una rappresentazione di paura (Tab. 3.2.). Diverse ricerche più recenti hanno poi ripreso le dimensioni e gli stili di attaccamento per relazionarli a questi disturbi di personalità sia in campioni clinici che in campioni non clinici.

Tabella 3.2. - *Mean Personality-Disorder Ratings as a Function of Four Attachment-Style Categories* (Brennan, Shaver, 1998, Table 4, p. 854)

Table 4
Mean Personality-Disorder Ratings as a Function of Four Attachment-Style Categories

| Personality-Disorders Ratings | Attachment-Style Category | | | | Univariate <i>F</i> | η^2 |
|----------------------------------|---------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|---------------------|----------|
| | Secure | Fearful | Preoccupied | Dismissing | | |
| Schizoid | .98 ^a | 1.69 ^c | 1.04 ^b | 1.98 ^c | 64.12 | .12 |
| Schizotypal | 2.05 ^a | 3.81 ^c | 3.49 ^c | 2.98 ^b | 89.23 | .16 |
| Paranoid | 2.50 ^a | 4.33 ^c | 3.67 ^b | 3.45 ^b | 95.19 | .17 |
| Avoidant | 1.34 ^a | 2.76 ^c | 2.66 ^c | 1.98 ^b | 78.42 | .15 |
| Dependent | 1.89 ^b | 2.56 ^c | 3.56 ^d | 1.45 ^a | 70.41 | .13 |
| Obsessive-Compulsive | 3.02 ^a | 4.03 ^c | 3.99 ^c | 3.55 ^b | 34.33 | .07 |
| Passive-Aggressive | 1.35 ^a | 2.58 ^c | 2.76 ^c | 1.83 ^b | 78.17 | .08 |
| Self-Defeating | 2.18 ^a | 3.14 ^c | 3.38 ^c | 2.54 ^b | 65.90 | .15 |
| Histrionic | 2.35 ^a | 2.81 ^b | 3.42 ^c | 2.13 ^a | 27.56 | .06 |
| Narcissistic | 2.61 ^a | 3.61 ^c | 3.53 ^c | 2.91 ^b | 38.14 | .08 |
| Borderline | 2.93 ^a | 4.31 ^c | 4.32 ^c | 3.40 ^b | 54.12 | .11 |
| Antisocial | 1.02 ^a | 1.63 ^b | 1.43 ^b | 1.61 ^b | 21.79 | .05 |
| Sadistic | 1.32 ^a | 1.71 ^b | 1.72 ^b | 1.73 ^b | 11.20 | .02 |

Note. *dfs* ranged from 3 and 1372 to 1380. All tests were significant at $p < .001$. Within each row, means whose superscripts differ are significantly different at $p < .05$.

Il disturbo borderline di personalità è uno dei più approfonditi e ripresi dai vari studi, i quali sembrano concordare sulla forte relazione di questo disturbo con la dimensione di *ansia* relata all’attaccamento, o senso negativo del sé, rispetto alla dimensione dell’*evitamento* relato all’attaccamento (Riggs, Paulson, Tunnell, Sahl, Atkison, Ross, 2007; MacDonald, Berlow, Thomas, 2013; Neumann, 2017; Gawda, Czubak, 2018). Infatti, i pazienti borderline, come visto, sono caratterizzati da immagini di sé e degli altri conflittuali o ambivalenti, ma soprattutto da un forte timore dell’abbandono (APA, 2013)

Per quanto riguarda il disturbo antisociale di personalità, i ricercatori si sarebbero aspettati bassi livelli di *ansia* relata all'attaccamento, e quindi di senso negativo del sé (Riggs *et al.*, 2007), vista la loro bassa empatia e la noncuranza nei confronti degli altri. Tuttavia, non è risultata significati come neanche la dimensione di *evitamento* relata all'attaccamento (Riggs *et al.*, 2007; Gawda, Czubak, 2018). Tali risultati potrebbero essere spiegati dal fatto che la formazione di questo disturbo sia più strettamente legata a fattori neurobiologici e genetici che a determinanti emotive. Ipotesi coerente con le conclusioni di Brennan e Shaver (1998) per cui un fattore etichettato come "psicopatia", presente nelle personalità antisociali e narcisistiche, sia modestamente correlato all'attaccamento. Solo in alcuni casi sembra essere stata rilevata una significatività molto bassa per la dimensione dell'*ansia* relata all'attaccamento ($r=.193, p<.01$ cfr. MacDonald *et al.*, 2013; $r=.24, p<.05$, cfr. Neumann, 2017).

Per quanto riguarda il disturbo istrionico di personalità, i risultati non stati univoci. Riggs e collaboratori (2007) hanno rilevato associazioni sia con il senso negativo del sé (*ansia* relata all'attaccamento) sia con il senso negativo dell'altro (*evitamento* relata all'attaccamento), ma con una un *effect size* per l'*ansia* relata all'attaccamento (modello del sé $F= 17.51, p < .001$; modello dell'altro $F= 5.93, p<.05$); questi risultati sono stati ottenuti nonostante i ricercatori si aspettassero livelli bassi nell'*ansia* relata all'attaccamento, considerato che i pazienti istrionici sembrano avere almeno un modello di lavoro interno eccessivamente positivo. Risultati simili furono osservati anche da alcune ricerche successive (MacDonald *et al.*, 2013; Neumann, 2017), mentre nello studio di Gawda e colleghi (2018) è risultata significativa solamente la dimensione dell'*evitamento* ($F= 37.05 p < .0001 (B = .45)$), risultato spiegato ipotizzando che altri fattori oltre alle esperienze emotive negative associate con il comportamento del caregiver/genitore possano giocare un ruolo importante nello sviluppo del disturbo istrionico di personalità. Questi risultati contrastanti ricalcano gli aspetti centrali dei pazienti istrionici, per cui la relazione con l'altro è importante dal punto di vista della ricerca di attenzione e conferme esterne, ma allo stesso tempo il raggiungimento di una vera intimità rappresenta una difficoltà.

Infine, il disturbo narcisistico di personalità, diversamente dalle aspettative, è risultato per la maggior parte degli studi associato con la dimensione dell'*ansia* relata all'attaccamento (MacDonald *et al.* 2013; Neumann, 2017; Gawda, Czubak, 2018) e non

con quella dell'*evitamento*. Come per il disturbo antisociale di personalità, questo risultato rivela che, nonostante l'atteggiamento svalutante e poco empatico nei confronti degli altri, i pazienti narcisisti mascherano una sofferenza e una fragilità dell'autostima. Non tutte le ricerche, però, hanno raggiunto la stessa conclusione. Altri, come Riggs e colleghi (2007), hanno evidenziato legami con entrambe le dimensioni relate all'attaccamento, che sono state poi osservate anche da alcune ricerche che hanno indagato separatamente le due tipologie di disturbo narcisistico di personalità: narcisismo grandioso e narcisismo ipervigile. Nel caso del narcisismo grandioso, i sentimenti di superiorità narcisistica sono espressi apertamente, mentre nel caso del narcisismo vulnerabile sono nascosti dietro a un comportamento trattenuto. In molti di questi studi è stata osservata una forte correlazione tra narcisismo vulnerabile e dimensione dell'*ansia* relata all'attaccamento, e tra narcisismo grandioso ed *evitamento* relata all'attaccamento. Tuttavia, anche in questo caso i risultati non sono univoci (cfr. Dickinson, Pincus, 2003; Neumann, 2010; Otway, Vignoles, 2006; Rohmann, Neumann, Herner, Bierhoff, 2012; Smolewska, Dion, 2005).

Capitolo 4

La Ricerca

Come presentato nei capitoli precedenti, la Schema Therapy è un approccio teorico e terapeutico integrato utilizzato nel trattamento dei disturbi di personalità di lunga durata e in quello delle difficoltà relazionali. La teoria eziologica e dello sviluppo che ne è alla base condivide molti presupposti della Teoria dell'Attaccamento. Infatti, a fondamento dei concetti disadattivi fondamentali della Schema Therapy (Schemi e Mode) c'è la non soddisfazione, o la soddisfazione in modo inappropriato, dei bisogni emotivi universali e fondamentali, da parte di chi si prende cura del bambino, sebbene anche altri fattori, come la vulnerabilità temperamentale, svolgano un ruolo importante. In modo analogo, le modalità del caregiver di interagire e fornire cura al bambino determinano lo Stile di Attaccamento del bambino: le cure costanti, affidabili e rispondenti insieme a monitoraggi appropriati portano a un attaccamento sicuro; le cure incoerenti e/o non emotivamente reattive con monitoraggi sporadici e inappropriati o lenti ai segnali del bambino tendono a portare a uno degli stili di attaccamento insicuro, il quale sembra influenzare i comportamenti e le interazioni successive nelle relazioni con gli altri in età adulta (Zeigler-Hill, Shackelford, 2020).

Per questi motivi, la presente ricerca ha l'obiettivo di andare a osservare la relazione tra i Mode, che si differenziano per tratti di identità specifici, con le dimensioni dell'attaccamento adulto, in modo tale da considerare un aspetto che non è stato osservato nelle ricerche fino a ora svolte, le quali si sono maggiormente concentrate sulla relazione tra Schemi Maladattivi e attaccamento. Il presente capitolo espone i metodi e le procedure utilizzati nella ricerca e successivamente illustra e discute i risultati ottenuti dalle analisi.

4.1. Ipotesi

Il concetto di Mode è stato introdotto nella Schema Therapy per facilitare il lavoro terapeutico con i pazienti con gravi Disturbi di Personalità (DP) (Young *et al.*, 2003). Per questo motivo, partendo da letteratura precedentemente riportata (Lobbestael *et al.*, 2005; Lobbestael *et al.*, 2008; Bamelis *et al.*, 2011; Jacobs *et al.*, 2019), questa ricerca, per prima cosa, ha voluto andare a valutare la presenza di specifici Mode che caratterizzano alcuni tratti di personalità nella popolazione generale. Il focus è stato posto sui tratti di personalità caratteristici del Cluster B del DSM-5 (APA, 2013), i quali presentano comportamenti drammatici, stravaganti ed emotivamente disregolati e per questo maggiormente instabili e di difficile trattamento (Dadomo *et al.* 2016, Dadomo *et al.*, 2018). Per questo motivo ci si aspetta:

- una relazione negativa tra i tratti delle personalità corrispondenti al Cluster B e i Mode adattivi: bambino felice e adulto sano.

Il disturbo antisociale di personalità è caratterizzato dall'inosservanza delle norme sociali, impulsività e mancanza di empatia che spesso porta a compiere atti illegali (APA, 2013). Date le sue caratteristiche ci si aspetta:

- una relazione positiva significativa tra i tratti antisociali di personalità con i Mode bambino furioso, bambino impulsivo, prepotente e violento e genitore esigente.

Centrale nel disturbo borderline di personalità è l'instabilità, come anche un'emotività impulsiva e un forte timore dell'abbandono (APA, 2013), per questo si ipotizza:

- una relazione positiva significativa tra i tratti borderline di personalità con i mode bambino vulnerabile, bambino arrabbiato, bambino furioso, bambino impulsivo, bambino indisciplinato, protettore distaccato, arreso compiacente, consolatore distaccato e genitore punitivo.

Il disturbo istrionico di personalità ha come caratteristiche peculiari la forte drammaticità e ricerca di attenzione, ma allo stesso tempo una difficoltà nell'entrare emotivamente in contatto con gli altri (APA, 2013). Alla luce di queste caratteristiche ci si aspetta:

- una relazione positiva significativa tra i tratti istrionici di personalità con i Mode bambino vulnerabile, bambino arrabbiato, bambino furioso, bambino indisciplinato, bambino impulsivo, autoesaltatore e genitore punitivo.

Le persone con disturbo Narcisistico di personalità presentano un'autostima grandiosa, con annessa svalutazione degli altri, e una tendenza a prevaricare l'altro, per questo si ipotizza:

- una relazione positiva significativa tra i tratti narcisistici di personalità con i mode bambino indisciplinato, bambino arrabbiato, bambino furioso, prepotente e violento, autoesaltatore e consolatore distaccato.

Inoltre, considerando la dimensione di *ansia* relata all'attaccamento, caratterizzata da una forte paura dell'abbandono da parte del partner romantico o di altri significativi, ipervigilanza per i segni di rifiuto, preoccupazione per la disponibilità e la reattività degli altri, rabbia per le separazioni e frequenti richieste al partner di maggiore coinvolgimento (Brennan *et al.*, 1998; Bartholomew 1990; Bartholomew, Horowitz 1991), ci si aspetta:

- una relazione positiva significativa tra la dimensione d'*ansia* relata all'attaccamento e i Mode bambino: bambino vulnerabile, bambino arrabbiato, bambino furioso, bambino impulsivo, bambino indisciplinato;
- una relazione positiva significativa tra la dimensione dell'*ansia* relata all'attaccamento e i Mode di coping: consolatore distaccato, autoesaltatore e prepotente violento.

Prendendo in considerazione, poi, la dimensione di *evitamento* relata all'attaccamento caratterizzata da esperienze di disagio con la vicinanza, riluttanza ad avvicinarsi agli altri, svalutazione dell'importanza delle relazioni strette, dall'*evitamento* dell'intimità e della dipendenza (Brennan *et al.*, 1998; Bartholomew 1990; Bartholomew and Horowitz 1991), ci si aspetta:

- una relazione negativa significativa tra la dimensione dell'*evitamento* relata all'attaccamento i Mode bambino: bambino vulnerabile, bambino arrabbiato, bambino furioso, bambino impulsivo, bambino indisciplinato;

- una relazione positiva significativa tra la dimensione dell'*evitamento* relato all'attaccamento e il Mode di coping protettore distaccato.

Si osserverà, perciò, il ruolo e l'incidenza dell'attaccamento positivamente o negativamente nello sviluppo dei diversi Mode in diversi tratti di personalità.

4.2. Metodo

4.2.1. Campione

Il campione è composto da 262 persone tratte dalla popolazione generale, reclutato in parte attraverso social media, come WhatsApp e Facebook, e in parte personalmente, illustrando il progetto di ricerca e inviando il link con il questionario.

In relazione al genere, il campione complessivo è composto da 210 donne (80,2%), 47 uomini (17,9%) e 5 che hanno specificato Altro (1,9%). In tabella 4.1. sono mostrate le distribuzioni del genere nel campione.

Tabella 4.1. – *Frequenze e percentuali del genere nel campione (N=262)*

| <i>Genere</i> | <i>Frequenza</i> | <i>Percentuale</i> |
|---------------|------------------|--------------------|
| <i>Altro</i> | 5 | 1,9 |
| <i>Donna</i> | 210 | 80,2 |
| <i>Uomo</i> | 47 | 17,9 |
| <i>Totale</i> | 262 | 100 |

Relativamente all'età, i soggetti hanno tra i 18 e i 77 con una media di 30,37 e ds = 11,76. Dei 262 soggetti totali, 181 (69,1%) al momento della compilazione avevano una relazione stabile con un/a partner sentimentale, mentre 81 (30,9%) non avevano una relazione stabile, ma per quanto riguarda lo stato civile la maggior parte dei partecipanti risulta celibe/nubile (78,2%) (tab 4.2.).

Tabella 4.2. – *Frequenze e distribuzioni dello stato civile nel campione N=262*

| <i>Stato Civile</i> | <i>Frequenza</i> | <i>Percentuale</i> |
|--------------------------------------|------------------|--------------------|
| <i>Celibe/nubile</i> | 205 | 78,2 |
| <i>Separato/divorziato</i> | 8 | 3,1 |
| <i>Sposato</i> | 33 | 12,6 |
| <i>Unione civile/coppia di fatto</i> | 14 | 5,3 |
| <i>Vedovo/a</i> | 2 | 0,8 |
| <i>Totale</i> | 262 | 100 |

4.2.2. Strumenti

Short Schema Mode Inventory (SMI)

Lo *Schema Mode Inventory* (Young *et al.*, 2007) è un questionario autosomministrato con risposte su scala Likert utilizzato per indagare i Mode attivi nel soggetto, per cui le risposte vengono date assegnando un punteggio da 1 (“Mai o quasi mai”) a 6 (“Tutte le volte”). La versione lunga dello strumento è composta da 240 item mentre lo *Short SMI* è composto da 118 items organizzati in 14 sottoscale (una per ogni Mode) e raggruppate

in 4 macro-categorie: Mode bambino, Mode di coping maladattivi, Mode genitore disfunzionale e Mode dell'adulto sano (Panzeri *et al.*, 2019). Questa seconda versione è stata validata da Lobbestael e collaboratori (2010) dalla quale, nel complesso, sono emerse buone proprietà psicometriche dello strumento: la consistenza interna è risultata soddisfacente: l'alpha di Cronbach varia da .79 a .96, con una media pari a .87.

Panzeri e collaboratori (2019) si sono occupati della validazione della versione italiana dello strumento, nella quale hanno confermato come il modello a 14 fattori previsto dallo *Short SMI* sia migliore rispetto alle versioni a 4 e 8 fattori. Per quanto riguarda la consistenza interna, la media degli Alpha di Cronbach è risultata .80, in un range da $\alpha = .66$ a $\alpha = .93$. Nel complesso, questi risultati indicano un adeguato livello di consistenza interna degli item dello strumento.

The Revised Experiences in Close Relationships questionnaire (ECR-R)

L'ECR (Brennan *et al.*, 1998) è un questionario self-report di 36 item progettato per valutare le due dimensioni dello stile di attaccamento degli adulti nei confronti di partner romantici: *ansia* relata all'attaccamento ed *evitamento* relato all'attaccamento. Ai partecipanti è stato chiesto di completare la misura in termini di come vivono in generale le relazioni, piuttosto che concentrarsi su esperienze specifiche. Gli item sono sistematicamente accorpati (18 item per ogni scala) e vengono valutati su una scala Likert a 7 punti che va da "fortemente in disaccordo" a "fortemente d'accordo". Nello studio di Brennan *et al.* (1998), i valori Alfa di Cronbach erano $\alpha = .91$ per l'*ansia* e $\alpha = .94$ per l'*evitamento*.

La versione ECR-R (Fraley, Waller, Brennan, 2000) rappresenta una revisione che secondo gli autori ha migliorato la precisione di misurazione dello strumento dal 50% al 100%, utilizzando l'*Item Response Theory*, senza aumentare il numero totale degli item. Tredici item su 18 (72%) erano già presenti nella scala originale dell'*evitamento* proposta dall'ECR, mentre 6 su 18 (33%) nella scala originale dell'*ansia*. Diversi studi hanno successivamente dimostrato la consistenza interna e l'affidabilità test-retest, nonché la validità costruttiva, predittiva e discriminativa delle scale dell'*ansia* relata all'attaccamento e dell'*evitamento* relato all'attaccamento prodotte dall'ECR-R (Fraley *et al.*, 2000; Sibley, Fischer, Liu, 2005; Sibley, Liu, 2004).

La traduzione e la validazione italiana dell'ECR-R (Calvo, 2008; Busonera, Martini, Zavattini, Santona, 2014) hanno mostrato la facile applicabilità dello strumento che viene ben compreso dai soggetti ai quali è somministrato e non richiede un tempo troppo lungo per la sua compilazione. È stata valutata consistenza interna di entrambe le sottoscale dimostrandosi molto elevata: il coefficiente alfa di Cronbach è risultato, infatti, di $\alpha=.93$ per l'*evitamento* relato all'attaccamento e di $\alpha=.88$ per l'*ansia* relata all'attaccamento nella prima analisi (Calvo, 2008) e $\alpha=.88$ per la scala dell'*ansia* relata all'attaccamento, $\alpha=.79$ per la scala dell'*evitamento* relata all'attaccamento per lo studio successivo (Busonera *et al.*, 2014).

Millon Multiaxial Clinical Inventory-III (MCMI-III)

L'MCMI-III (Millon, 1994) è l'ultima revisione dell'MCMI, uno strumento di 175 item, vero/falso, ampiamente utilizzato per valutare sia i disturbi di personalità sia le sindromi sintomatologiche. Le 28 scale si basano sulla teoria evolutiva della personalità e della psicopatologia di Millon (1990; Millon, Davis, 1996; Millon, Davis, Millon, Escovar, Meagher, 2000) e sui criteri diagnostici del DSM-IV (APA, 1994). Esistono 11 scale per i disturbi di personalità (schizoide, evitante, dipendente, istrionico, narcisistico, antisociale, ossessivo-compulsivo, depressivo, masochistico, sadico, negativistico); 3 scale per i disturbi di personalità gravi (schizotipico, borderline, paranoide); 7 scale di sindrome clinica (ansia, somatizzazione, bipolare-maniacale, distimia, dipendenza da alcol, dipendenza da droghe, stress post-traumatico); 3 scale di sindromi cliniche gravi (Disturbo del Pensiero, Depressione Maggiore, Disturbo Delirante). Punteggi grezzi sono stati trasformati in punteggi di base (BR) per consentire il confronto con un gruppo normativo di pazienti e per riflettere la distribuzione non normale e l'effettiva prevalenza del disturbo tra le popolazioni di pazienti. Questo strumento è caratterizzato da due punteggi-soglia: BR=75 e BR=85. Per le 14 scale dei disturbi di personalità, BR=75 indica la presenza di un Tratto e BR=85 indica la presenza di un disturbo. Per le scale dei disturbi clinici, BR=75 indica la presenza e BR=85 indica la predominanza di una sindrome. Un'ampia ricerca supporta la validità e l'affidabilità delle versioni precedenti dell'MCMI (Choca, Van Denburg, 1997; Craig, 1993). La consistenza interna delle scale cliniche variava da .66 a .90, mentre l'affidabilità test-retest variava da .82 a .96.

La versione italiana a cura di Zennaro, Ferracuti, Lang e Sanavio (2008) è stata anch'essa oggetto di validazione, mostrando una buona coerenza interna con Alfa di Cronbach, compresa tra un minimo di $\alpha=.66$ e un massimo di $\alpha=.95$. Per quanto concerne l'affidabilità test-retest, i valori sono stati anch'essi soddisfacenti, assestandosi tra .82 e .96.

4.2.3. Analisi

Le analisi statistiche sono state eseguite tramite il software statistico Statistical Package for Social Science (SPSS). La coerenza interna degli strumenti è stata verificata attraverso il calcolo dei coefficienti *Alpha di Cronbach* (1951), considerano gli $\alpha > .90$ ottimi indicatori della caratteristica psicometrica considerata, gli α compresi tra .80 e .90 buoni indicatori, gli α compresi tra .70 e .80 indicatori di una adeguata consistenza interna, gli α compresi tra .60 e .70 sufficienti e $\alpha < .60$ insufficienti (Nunnally *et al.*, 1994). Sono state calcolate le correlazioni tramite la *r di Pearson* tra: i Mode e le dimensioni dell'attaccamento (*ansia* relata all'attaccamento ed *evitamento* relato all'attaccamento), i Mode e le scale dei disturbi di personalità presenti nel Cluster B (borderline, antisociale, istrionica, narcisistica), le due dimensioni dell'attaccamento e le scale dei disturbi di personalità presenti nel Cluster B.

Per indagare successivamente il ruolo dell'attaccamento positivamente o negativamente nello sviluppo dei diversi Mode in diversi tratti di personalità, sono state effettuate analisi di Moderazione, attraverso una specifica funzione presente su Spss elaborata da Preacher e Hayes (2008) e sviluppata appositamente per queste analisi. Nell'analisi di Moderazione sono state considerate le due dimensioni dell'attaccamento come effetti di moderazione (anche detti effetti di interazione) che influenzano la forza dell'effetto diretto tra le scale dei disturbi di personalità del Cluster B e i Mode, andando nel nostro caso a considerare quei Mode che sono risultati significativi nelle correlazioni per quella determinata personalità.

4.3. Risultati

4.3.1. Consistenza interna degli strumenti

Per quanto riguarda lo Short Schema Mode Inventory (SMI), la maggior consistenza interna è risultata per il Mode del bambino vulnerabile ($\alpha=.933$); una buona consistenza

è emersa per i mode bambino arrabbiato ($\alpha=.824$), bambino furioso ($\alpha=.863$), bambino impulsivo ($\alpha=.860$), bambino felice ($\alpha=.913$), protettore distaccato ($\alpha=.884$), genitore punitivo ($\alpha=.871$) e adulto sano ($\alpha=.823$). Tutti gli altri Mode hanno un'adeguata consistenza, con α intorno a .70 (in tabella 4.3. sono elencati tutti gli Alfa di Cronbach dello SMI).

Tabella 4.3. – *Consistenza interna dello SMI*

| Mode | Item | Alpha di Cronbach |
|------------------------|------|-------------------|
| Bambino vulnerabile | 10 | 0,933 |
| Bambino arrabbiato | 10 | 0,824 |
| Bambino furioso | 9 | 0,863 |
| Bambino impulsivo | 8 | 0,860 |
| Bambino indisciplinato | 5 | 0,802 |
| Bambino felice | 10 | 0,913 |
| Sottomesso Compiacente | 7 | 0,738 |
| Protettore Distaccato | 9 | 0,884 |
| Consolatore distaccato | 4 | 0,767 |
| Auto-esaltatore | 10 | 0,796 |
| Prepotente e violento | 9 | 0,704 |
| Genitore Punitivo | 10 | 0,871 |
| Genitore Esigente | 7 | 0,750 |
| Adulto Sano | 10 | 0,823 |

Nell ECR-R entrambe le dimensioni sono risultate affidabili con: *ansia* relata all'attaccamento $\alpha=.913$ ed *evitamento* relato all'attaccamento $\alpha=.944$ (tab. 4.4.)

Tabella 4.4. – *Consistenza interna dell'ECR-R*

| Dimensione dell'attaccamento | Item | Alpha di Cronbach |
|---|-------------|--------------------------|
| <i>Ansia relata attaccamento</i> | 18 | 0,913 |
| <i>Evitamento relato all'attaccamento</i> | 18 | 0,944 |

Nel Millon Multiaxial Clinical Inventory-III (MCMI-III), prendendo in considerazione le tre scale delle personalità che corrispondono ai disturbi del Cluster B, la consistenza interna è risultata adeguata nella scala istrionica con $\alpha=.789$ e borderline con $\alpha=.790$; risulta sufficiente le scale antisociale con $\alpha=.630$ e quasi sufficiente quella narcisistica con $\alpha=.588$ (Tab. 4.5.).

Tabella 4.5. – *Consistenza interna MCMI-III*

| Scala della Personalità | Item | Alfa di Cronbach |
|--------------------------------|-------------|-------------------------|
| Scala 4 – Istrionica | 17 | 0,789 |
| Scala 5 – Narcisistica | 24 | 0,588 |
| Scala 6A – Antisociale | 17 | 0,630 |
| Scala C - Borderline | 16 | 0,790 |

4.3.2. Correlazioni di Pearson

L'analisi delle correlazioni di Pearson tra i punteggi dello SMI e la dimensione dell'*ansia* relata all'attaccamento (cfr. Tabella 4.6.) ha evidenziato una correlazione negativa per i Mode adattivi (media con bambino felice $r=-.480$ e piccola con adulto sano $r=-.365$ con $p<.01$) e positiva per tutti gli altri, in particolare molto piccole per autoesaltatore ($r=.197$, $p<.01$) e prepotente e violento ($r=.178$, $p<.01$), media per genitore punitivo ($r=.504$, $p<.01$), forte per bambino vulnerabile ($r=.617$, $p<.01$) e piccole per tutti gli altri.

Per quanto riguarda l'*evitamento* relato all'attaccamento sono risultate correlazioni negative significative per $p = .01$ per i Mode bambino felice (media $r=-.474$) e adulto sano (piccola $r=-.357$) e correlazioni significative positive con gli altri, medie con bambino vulnerabile ($r=.462$, $p<.01$) e protettore distaccato ($r=.562$, $p<.01$) mentre piccole o molto piccole con gli altri Mode.

Tabella 4.6. – *Correlazioni di Pearson tra i Mode dello SMI e dimensioni dell'attaccamento*

| | <i>Ansia</i> relata all'attaccamento | <i>Evitamento</i> relato all'attaccamento |
|------------------------|--------------------------------------|---|
| Bambino vulnerabile | ,617** | ,462** |
| Bambino arrabbiato | ,492** | ,278** |
| Bambino furioso | ,348** | ,205** |
| Bambino impulsivo | ,372** | ,182** |
| Bambino indisciplinato | ,303** | ,239** |
| Bambino felice | -,480** | -,474** |
| Sottomesso compiacente | ,364** | ,269** |
| Protettore distaccato | ,354** | ,562** |
| Consolatore distaccato | ,343** | ,190** |
| Autoesaltatore | ,197** | -0,013 |
| Prepotente e violento | ,178** | ,191** |
| Genitore punitivo | ,504** | ,382** |

| | | |
|-------------------|---------|---------|
| Genitore esigente | ,281** | 0,077 |
| Adulto sano | -,365** | -,357** |

** *La correlazione è significativa a livello 0,01 (a due code).*

Osservando le Correlazioni tra le Scale considerate dello MCMI-III (istrionica, narcisistica, antisociale e borderline, cfr. Tab. 4.7.) e i Mode dello SMI per la scala Istrionica sono risultati positivamente significativi i Mode bambino felice (forte $r = .678$, $p < .05$) e adulto sano (piccola $r = .321$, $p < .01$), mentre sono risultati negativamente significativi con correlazioni piccole o molto piccole i Mode bambino arrabbiato ($r = -.229$, $p < .01$), bambino furioso ($r = -.152$, $p < .05$), bambino indisciplinato ($r = -.236$, $p < .01$), sottomesso compiacente ($r = -.242$, $p < .01$), consolatore distaccato, ($r = -.153$, $p < .05$), genitore punitivo ($r = -.359$, $p < .01$) e genitore esigente ($r = -.190$, $p < .01$), invece con correlazioni media il Mode bambino vulnerabile ($r = -.503$, $p < .01$) e protettore distaccato ($r = -.534$, $p < .01$).

L'analisi delle correlazioni tra la scala Narcisistica e i Mode ha evidenziato correlazioni positive significative piccole o molto piccole con i Mode: bambino furioso ($r = .124$, $p < .05$), bambino impulsivo ($r = .216$, $p < .01$), autoesaltatore ($r = .378$, $p < .01$), prepotente e violento ($r = .379$, $p < .01$), adulto sano ($r = .251$, $p < .01$) e media con bambino felice ($r = .436$, $p < .01$). Sono risultate invece solo correlazioni negative significative piccole o molto piccole con i Mode bambino vulnerabile ($r = -.291$, $p < .01$), sottomesso compiacente ($r = -.209$, $p < .01$), protettore distaccato, ($r = -.189$, $p < .01$), genitore punitivo ($r = -.176$, $p < .01$) e genitore esigente ($r = -.133$, $p < .05$).

Le correlazioni della scala antisociale sono risultate positivamente significative con tutti i Mode bambino maladattivi in particolare medie con bambino arrabbiato ($r = .457$, $p < .01$), bambino furioso ($r = .495$, $p < .01$), bambino impulsivo ($r = .491$, $p < .01$) e il Mode di coping prepotente e violento ($r = .416$, $p < .01$), mentre tutte le altre correlazioni sono risultate piccole o molto piccole. Per la stessa scala sono risultate negativamente significative le correlazioni con i Mode bambino felice (molto piccola $r = -.155$, $p < .05$) e con l'adulto sano (piccola $r = -.230$, $p < .01$).

Per le analisi di correlazione della scala borderline si possono osservare correlazioni positive significative con tutti i Mode disadattivi (bambino, genitoriali e di coping), soprattutto medie per bambino arrabbiato ($r=.566$, $p<.01$), bambino furioso ($r=.570$, $p<.01$), bambino impulsivo ($r=.494$, $p<.01$), bambino indisciplinato ($r=.507$, $p<.01$) e protettore distaccato ($r=.538$, $p<.01$), grandi con bambino vulnerabile ($r=.677$, $p<.01$) e genitore punitivo ($r=.641$, $p<.01$). Mentre si osservano correlazioni medie negativamente significative con i Mode adattivi sempre per il livello .01.

Tabella 4.7. – *Correlazioni tra Mode e Scale delle Personalità dell'MCMI-III*

| | Scala 4 – Istrionica | Scala 5 – Narcisistica | Scala 6A – Antisociale | Scala C – Borderline |
|------------------------|-------------------------|---------------------------|---------------------------|-------------------------|
| Bambino vulnerabile | -0,503 | -,291** | ,304** | ,677** |
| Bambino arrabbiato | -,229** | 0,103 | ,457** | ,566** |
| Bambino furioso | -,152* | ,124* | ,495** | ,570** |
| Bambino impulsivo | 0,013 | ,216** | ,491** | ,494** |
| Bambino indisciplinato | -,236** | -0,046 | ,383** | ,507** |
| Bambino felice | ,678** | ,436** | -,155* | -,539** |
| Sottomesso compiacente | -,242** | -,209** | ,122* | ,315** |
| Protettore distaccato | -,534** | -,189** | ,274** | ,538** |
| Consolatore distaccato | -,153* | -0,059 | ,198** | ,399** |
| Autoesaltatore | 0,049 | ,378** | ,335** | ,230** |
| Prepotente e violento | -0,089 | ,379** | ,416** | ,283** |
| Genitore punitivo | -,359** | -,176** | ,315** | ,641** |
| Genitore esigente | -,190** | -,133* | -0,017 | ,284** |
| Adulto sano | ,321** | ,251** | -,230** | -,465** |

***. La correlazione è significativa a livello 0,01 (a due code)*

*. La correlazione è significativa a livello 0,05 (a due code).

Analizzando le correlazioni di Pearson tra le due dimensioni dell'attaccamento e le Scale delle personalità prese in considerazione (tab. 4.8.) si osservano correlazioni positive significative tra l'*ansia* relata all'attaccamento con le scale antisociale ($r=.340$, $p<.01$) e borderline ($r=.512$, $p<.01$), mentre negative significative con le scale istrionica ($r=-.281$, $p<.01$) e narcisistica ($r=-.147$, $p<.05$). Invece, per l'*evitamento* relato all'attaccamento sono risultate correlazioni positive significative con le scale antisociale ($r=.222$, $p<.01$) e borderline ($r=.382$, $p<.01$), mentre negative significative per le scale istrionica ($r=-.411$, $p<.01$) e narcisistica ($r=-.130$, $p<.05$).

Tabella 4.8. – Correlazioni tra dimensioni dell'attaccamento e Scale di Personalità

| | Scala 4 – Istrionica | Scala 5 – Narcisistica | Scala 6A – Antisociale | Scala C – Borderline |
|---|-------------------------|---------------------------|---------------------------|-------------------------|
| <i>Ansia</i> relata all'attaccamento | -,281** | -,147* | ,340** | ,512** |
| <i>Evitamento</i> relato all'attaccamento | -,411** | -,130* | ,222** | ,382** |

** La correlazione è significativa a livello 0,01 (a due code)

*. La correlazione è significativa a livello 0,05 (a due code).

4.3.3. Moderazione

Nelle analisi di moderazione sono state osservate le dimensioni dell'attaccamento come possibili variabili di interazione tra ciascuna scala delle personalità considerate e i Mode con correlazioni significative ($p<.01$) con ciascuna delle scale delle personalità. Per la scala antisociale sono state analizzate la presenza o l'assenza della moderazione dell'*ansia* relata all'attaccamento e dell'*evitamento* relato all'attaccamento con i Mode bambino vulnerabile, bambino arrabbiato, bambino furioso, bambino impulsivo, bambino indisciplinato, protettore distaccato, consolatore distaccato, autoesaltatore e prepotente e violento. Sono risultati significativi l'effetto dell'interazione tra il moderatore e l'*ansia* relata all'attaccamento con l'antisociale per il bambino arrabbiato ($t(3,5)= 1,978$; $p =,049$, Beta =,113) e il Bambino furioso ($t(3,5)= 2,185$; $p =,030$; Beta =,129;), mentre è risultato

significativo l'effetto dell'interazione tra il moderatore e l'*evitamento* relato all'attaccamento con l'antisociale per il consolatore distaccato ($t(3,5) = -3,429$; $p < .001$; Beta = $-.225$) (cfr. tab 4.9., 4.10., 4.11.). Non sono risultati effetti di moderazione dell'*ansia* relata all'attaccamento e dell'*evitamento* relato all'attaccamento per i Mode bambino vulnerabile, bambino impulsivo, bambino indisciplinato, protettore distaccato, autoesaltatore e prepotente e violento.

Tabella 4.9. – *Modello e Coefficienti per moderazione dell'attaccamento tra bambino arrabbiato e la scala antisociale*

| Riepilogo del modello | | | | | |
|------------------------------|-------------------|------------|---------------------|-------------------------|--|
| Modello | R | R-quadrato | R-quadrato adattato | Errore std. della stima | |
| 1 | ,582 ^a | ,339 | ,332 | ,60173 | |
| 2 | ,591 ^b | ,349 | ,336 | ,59950 | |

a. Predittori: (costante), Scala6A_Antisociale, Evitamento, Ansia
b. Predittori: (costante), Scala6A_Antisociale, Evitamento, Ansia, Ansia_x_Antisociale, Evitamento_x_Antisociale

| Coefficienti^a | | | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|---------------------------------|-----------------|-----------------------------|-------|-------|
| Modello | | Coefficienti non standardizzati | | Coefficienti standardizzati | | |
| | | B | Errore standard | Beta | t | Sign. |
| 1 | (Costante) | 1,092 | ,118 | | 9,255 | <.001 |
| | Ansia | ,012 | ,002 | ,359 | 6,176 | <.001 |
| | Evitamento | ,002 | ,002 | ,056 | ,995 | ,321 |
| | Scala6A_Antisociale | ,066 | ,011 | ,322 | 5,964 | <.001 |
| 2 | (Costante) | 1,079 | ,118 | | 9,169 | <.001 |
| | Ansia | ,012 | ,002 | ,348 | 5,906 | <.001 |
| | Evitamento | ,003 | ,002 | ,075 | 1,314 | ,190 |
| | Scala6A_Antisociale | ,063 | ,012 | ,306 | 5,439 | <.001 |
| | Ansia_x_Antisociale | ,080 | ,040 | ,113 | 1,978 | ,049 |
| | Evitamento_x_Antisociale | -,033 | ,037 | -,052 | -,888 | ,375 |

a. Variabile dipendente: ANGRY CHILD

Tabella 4.10. – *Modello e Coefficienti per moderazione dell’attaccamento tra bambino furioso e scala antisociale*

Riepilogo del modello

| Modello | R | R-quadrato | R-quadrato adattato | Errore std. della stima |
|---------|-------------------|------------|---------------------|-------------------------|
| 1 | ,531 ^a | ,282 | ,274 | ,51037 |
| 2 | ,547 ^b | ,299 | ,285 | ,50631 |

a. Predittori: (costante), Scala6A_Antisociale, Evitamento, Ansia

b. Predittori: (costante), Scala6A_Antisociale, Evitamento, Ansia, Ansia_x_Antisociale, Evitamento_x_Antisociale

Coefficienti^a

| Modello | | Coefficienti non standardizzati | | Coefficienti standardizzati | t | Sign. |
|---------|--------------------------|---------------------------------|-----------------|-----------------------------|-------|-------|
| | | B | Errore standard | Beta | | |
| 1 | (Costante) | ,800 | ,100 | | 7,996 | <.001 |
| | Ansia | ,005 | ,002 | ,191 | 3,150 | ,002 |
| | Evitamento | ,001 | ,002 | ,031 | ,535 | ,593 |
| | Scala6A_Antisociale | ,070 | ,009 | ,423 | 7,505 | <.001 |
| 2 | (Costante) | ,790 | ,099 | | 7,949 | <.001 |
| | Ansia | ,005 | ,002 | ,193 | 3,146 | ,002 |
| | Evitamento | ,001 | ,002 | ,041 | ,684 | ,495 |
| | Scala6A_Antisociale | ,064 | ,010 | ,386 | 6,602 | <.001 |
| | Ansia_x_Antisociale | ,075 | ,034 | ,129 | 2,185 | ,030 |
| | Evitamento_x_Antisociale | ,006 | ,031 | ,012 | ,193 | ,847 |

a. Variabile dipendente: ENRAGED CHILD

Tabella 4.11. – *Modello e Coefficienti per moderazione dell’attaccamento tra consolatore distaccato e la scala antisociale*

Riepilogo del modello

| Modello | R | R-quadrato | R-quadrato adattato | Errore std. della stima |
|---------|-------------------|------------|---------------------|-------------------------|
| 1 | ,356 ^a | ,127 | ,117 | ,98102 |
| 2 | ,407 ^b | ,166 | ,149 | ,96285 |

a. Predittori: (costante), Scala6A_Antisociale, Evitamento, Ansia

b. Predittori: (costante), Scala6A_Antisociale, Evitamento, Ansia, Ansia_x_Antisociale, Evitamento_x_Antisociale

Coefficienti^a

| Modello | | Coefficienti non standardizzati | | Coefficienti standardizzati | t | Sign. |
|---------|--------------------------|---------------------------------|-----------------|-----------------------------|--------|-------|
| | | B | Errore standard | Beta | | |
| 1 | (Costante) | 1,660 | ,192 | | 8,634 | <.001 |
| | Ansia | ,014 | ,003 | ,293 | 4,396 | <.001 |
| | Evitamento | ,002 | ,003 | ,048 | ,740 | ,460 |
| | Scala6A_Antisociale | ,025 | ,018 | ,087 | 1,407 | ,161 |
| 2 | (Costante) | 1,639 | ,189 | | 8,673 | <.001 |
| | Ansia | ,012 | ,003 | ,249 | 3,733 | <.001 |
| | Evitamento | ,005 | ,003 | ,096 | 1,478 | ,141 |
| | Scala6A_Antisociale | ,037 | ,018 | ,127 | 1,993 | ,047 |
| | Ansia_x_Antisociale | ,074 | ,065 | ,074 | 1,140 | ,255 |
| | Evitamento_x_Antisociale | -,205 | ,060 | -,225 | -3,429 | <.001 |

a. Variabile dipendente: DETACHED SELF SOOTHER

Per gli effetti di moderazione risultati significativi sono stati fatti ulteriori approfondimenti per i livelli delle dimensioni dell'*ansia* relata all'attaccamento (bassa *ansia* relata all'attaccamento, alta *ansia* relata all'attaccamento) e dell'*evitamento* relato all'attaccamento (basso *evitamento* relato all'attaccamento e alto *evitamento* relato all'attaccamento), osservati attraverso lo Scatter Plot (anche detto grafico a dispersione). Nel caso dell'effetto di moderazione da parte dell'*ansia* relata all'attaccamento tra la scala Antisociale e il Mode Bambino arrabbiato è risultato che ad alta l'*ansia* relata all'attaccamento ($t(1,1)=4,672$; $p<.001$; Beta=,594) è maggiore l'impatto positivo dell'antisociale sul Bambino arrabbiato e anche la bassa *ansia* relata all'attaccamento è significativa ma è meno forte ($t(1,1)=3,382$; $p=,001$; Beta =,418) (cfr. Tab. 4.12. e grafico 4.1.). Nel caso dell'effetto di moderazione da parte dell'*evitamento* relato all'attaccamento tra la scala antisociale e il Mode consolatore distaccato è risultato significativo il basso *evitamento* relato all'attaccamento ($t(1,1)=2,968$; $p=,005$; Beta=,416) e perciò quando è basso l'*evitamento* maggiore è l'impatto positivo della scala antisociale sul consolatore distaccato (Cfr. Tab. 4.13. e Grafico 4.2.).

Tabella 4.12. – *Modello e Coefficienti per bambino arrabbiato e livelli dell'ansia relata all'attaccamento (scala Antisociale)*

Riepilogo del modello

| Ansialivelli | Modello | R | R-quadrato | R-quadrato adattato | Errore std. della stima |
|---------------|---------|-------------------|------------|---------------------|-------------------------|
| . | 1 | ,269 ^a | ,072 | ,067 | ,64529 |
| bassa ansietà | 1 | ,418 ^a | ,175 | ,160 | ,44534 |
| alta ansietà | 1 | ,594 ^a | ,353 | ,337 | ,65860 |

a. Predittori: (costante), Scala6A_Antisociale

Coefficienti^a

| Ansialivelli | Modello | | Coefficienti non standardizzati | | Coefficienti standardizzati | | Sign. |
|---------------|---------|---------------------|---------------------------------|-----------------|-----------------------------|--------|-------|
| | | | B | Errore standard | Beta | t | |
| . | 1 | (Costante) | 2,000 | ,094 | | 21,331 | <.001 |
| | | Scala6A_Antisociale | ,053 | ,015 | ,269 | 3,554 | <.001 |
| bassa ansietà | 1 | (Costante) | 1,498 | ,094 | | 15,895 | <.001 |
| | | Scala6A_Antisociale | ,070 | ,021 | ,418 | 3,382 | ,001 |
| alta ansietà | 1 | (Costante) | 1,977 | ,210 | | 9,408 | <.001 |
| | | Scala6A_Antisociale | ,115 | ,025 | ,594 | 4,672 | <.001 |

a. Variabile dipendente: ANGRY CHILD

Grafico 4.1. – *Scatter Plot per l'effetto di alta e bassa ansia relata all'attaccamento tra la scala antisociale e il Mode bambino arrabbiato*

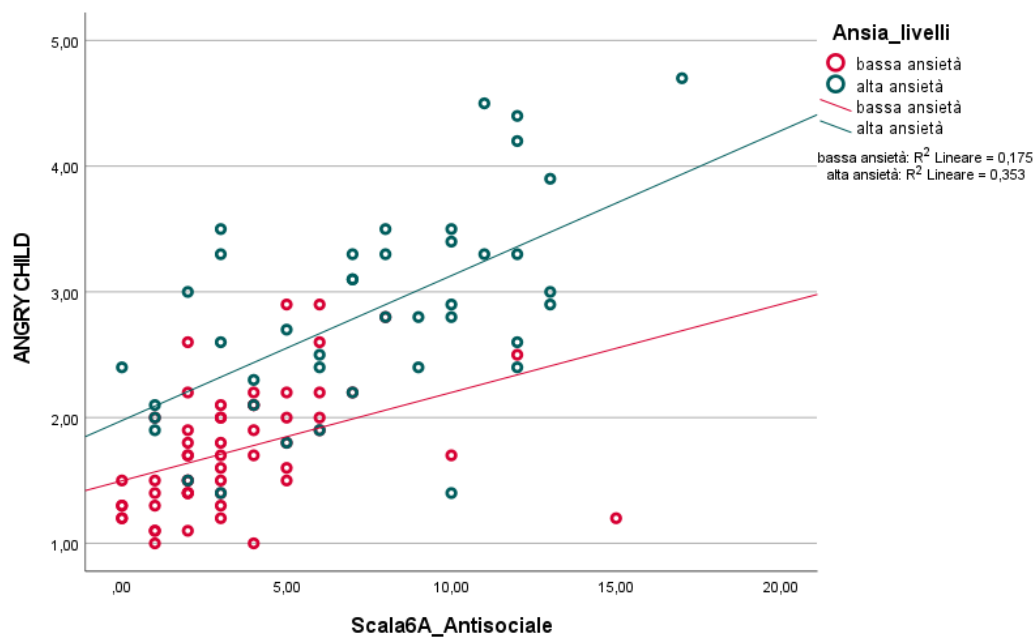


Tabella 4.13. – *Modello e Coefficienti per consolatore distaccato e livelli dell'evitamento relato all'attaccamento (scala antisociale)*

Riepilogo del modello

| Evitamentolivelli | Modello | R | R-quadrato | R-quadrato adattato | Errore std. della stima |
|-------------------|---------|-------------------|------------|---------------------|-------------------------|
| . | 1 | ,270 ^a | ,073 | ,067 | ,91720 |
| basso evitamento | 1 | ,416 ^a | ,173 | ,154 | 1,07475 |
| alto evitamento | 1 | ,207 ^a | ,043 | ,021 | 1,21837 |

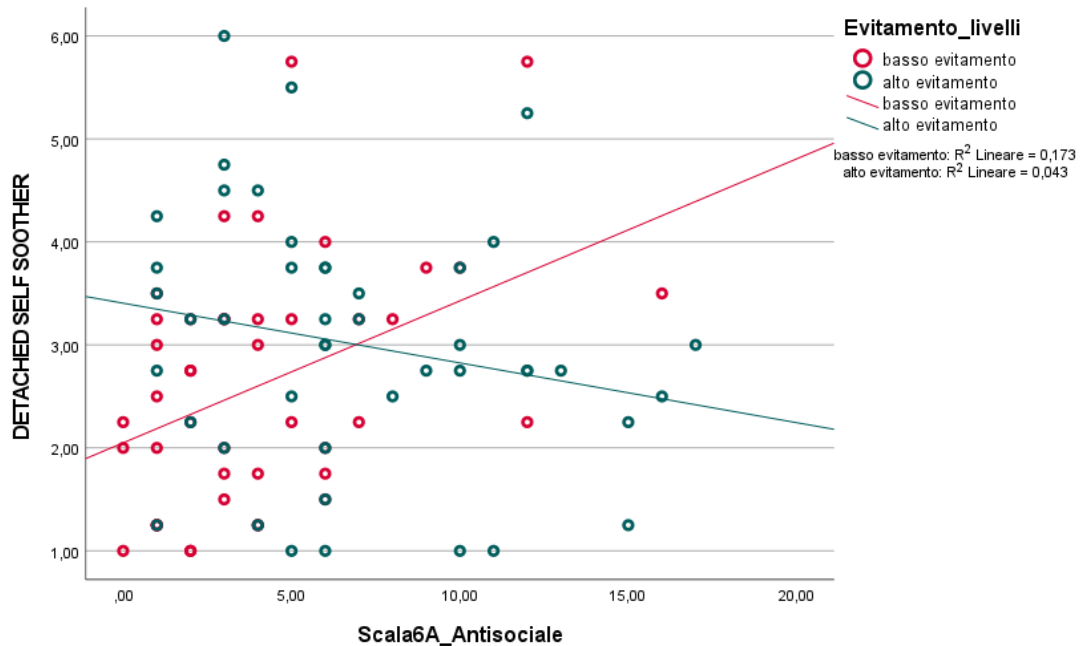
a. Predittori: (costante), Scala6A_Antisociale

Coefficienti^a

| Evitamentolivelli | Modello | Coefficienti non standardizzati | | Coefficienti standardizzati | | | |
|-------------------|---------|---------------------------------|-----------------|-----------------------------|-------|--------|-------|
| | | B | Errore standard | Beta | t | Sign. | |
| . | 1 | (Costante) | 2,312 | ,130 | | 17,833 | <.001 |
| | | Scala6A_Antisociale | ,079 | ,021 | ,270 | 3,661 | <.001 |
| basso evitamento | 1 | (Costante) | 2,049 | ,251 | | 8,152 | <.001 |
| | | Scala6A_Antisociale | ,138 | ,046 | ,416 | 2,968 | ,005 |
| alto evitamento | 1 | (Costante) | 3,405 | ,341 | | 9,997 | <.001 |
| | | Scala6A_Antisociale | -,058 | ,042 | -,207 | -1,387 | ,173 |

a. Variabile dipendente: DETACHED SELF SOOTHER

Grafico 4.2. – *Scatter Plot per l'effetto di alto e basso evitamento relato all'attaccamento tra la scala antisociale e il Mode consolatore distaccato*



Per la scala Borderline sono state analizzate la presenza o l'assenza della moderazione dell'*ansia* relata all'attaccamento e dell'*evitamento* relata all'attaccamento con i Mode bambino vulnerabile, bambino arrabbiato, bambino furioso, bambino impulsivo, bambino indisciplinato, sottomesso compiacente, protettore distaccato, consolatore distaccato, autoesaltatore e prepotente e violento. Sono risultati significativi l'effetto dell'interazione tra il moderatore *ansia* relata all'attaccamento con la scala borderline Borderline per il bambino vulnerabile ($t(3,5)=-2,669$; $p=,008$; Beta=-,125) e il bambino furioso ($t(3,5)=2,354$; $p=,019$; Beta=,139), bambino indisciplinato ($t(3,5)=-2,061$; $p=,040$; Beta=-,128) e consolatore distaccato ($t(3,5)=-2,200$; $p=,029$; Beta =-,144) mentre sono risultati significativi gli effetti dell'interazione tra il moderatore e l'*evitamento* relata all'attaccamento con la scala borderline per il protettore distaccato ($t(3,5)=2,443$; $p=,015$; Beta=,136) e prepotente e violento ($t(3,5)=2,228$; $p=,027$ Beta=,159) (cfr. Tab 4.14., 4.15.,4.16., 4.17.,4.18., 4.19.). Non sono risultati effetti di Moderazione dell'*ansia* relata all'attaccamento e dell'*evitamento* relata all'attaccamento per i Mode bambino arrabbiato, bambino impulsivo, autoesaltatore e sottomesso compiacente.

Tabella 4.14. – *Modello e Coefficienti per moderazione tra il bambino vulnerabile e la scala borderline*

| Model Summary | | | | |
|---------------|-------------------|----------|-------------------|----------------------------|
| Model | R | R Square | Adjusted R Square | Std. Error of the Estimate |
| 1 | ,759 ^a | ,576 | ,571 | ,65936 |
| 2 | ,767 ^b | ,589 | ,581 | ,65224 |

a. Predictors: (Constant), ScalaC_Borderline, Evitamento, Ansia

b. Predictors: (Constant), ScalaC_Borderline, Evitamento, Ansia, Ansia_x_Borderline, Evitamento_x_Borderline

Coefficients^a

| Model | | Unstandardized Coefficients | | Standardized Coefficients | t | Sig. |
|-------|-------------------------|-----------------------------|------------|---------------------------|--------|-------|
| | | B | Std. Error | Beta | | |
| 1 | (Constant) | ,756 | ,130 | | 5,793 | <.001 |
| | Ansia | ,015 | ,002 | ,320 | 6,514 | <.001 |
| | Evitamento | ,007 | ,002 | ,153 | 3,357 | <.001 |
| | ScalaC_Borderline | ,091 | ,010 | ,454 | 9,406 | <.001 |
| 2 | (Constant) | ,793 | ,130 | | 6,089 | <.001 |
| | Ansia | ,016 | ,002 | ,348 | 6,818 | <.001 |
| | Evitamento | ,005 | ,002 | ,107 | 2,181 | ,030 |
| | ScalaC_Borderline | ,095 | ,010 | ,477 | 9,234 | <.001 |
| | Ansia_x_Borderline | -,125 | ,047 | -,125 | -2,669 | ,008 |
| | Evitamento_x_Borderline | ,069 | ,040 | ,083 | 1,710 | ,088 |

a. Dependent Variable: BAMBINO VULNERABILE

Tabella 4.15. – *Modello e Coefficienti per moderazione tra il bambino furioso e la scala borderline*

Model Summary

| Model | R | R Square | Adjusted R Square | Std. Error of the Estimate |
|-------|-------------------|----------|-------------------|----------------------------|
| 1 | ,574 ^a | ,330 | ,322 | ,49310 |
| 2 | ,587 ^b | ,344 | ,331 | ,48963 |

a. Predictors: (Constant), ScalaC_Borderline, Evitamento, Ansia

b. Predictors: (Constant), ScalaC_Borderline, Evitamento, Ansia, Ansia_x_Borderline, Evitamento_x_Borderline

Coefficients^a

| Model | | Unstandardized Coefficients | | Standardized Coefficients | t | Sig. |
|-------|-------------------------|-----------------------------|------------|---------------------------|--------|-------|
| | | B | Std. Error | Beta | | |
| 1 | (Constant) | 1,075 | ,098 | | 11,015 | <.001 |
| | Ansia | ,002 | ,002 | ,087 | 1,412 | ,159 |
| | Evitamento | -,001 | ,002 | -,037 | -,647 | ,518 |
| | ScalaC_Borderline | ,064 | ,007 | ,539 | 8,873 | <.001 |
| 2 | (Constant) | 1,044 | ,098 | | 10,679 | <.001 |
| | Ansia | ,002 | ,002 | ,074 | 1,157 | ,248 |
| | Evitamento | -6,199E-5 | ,002 | -,002 | -,036 | ,971 |
| | ScalaC_Borderline | ,059 | ,008 | ,495 | 7,596 | <.001 |
| | Ansia_x_Borderline | ,083 | ,035 | ,139 | 2,354 | ,019 |
| | Evitamento_x_Borderline | -,018 | ,030 | -,036 | -,588 | ,557 |

a. Dependent Variable: ENRAGED CHILD

Tabella 4.16. – *Modello e Coefficienti per moderazione tra bambino indisciplinato e la scala borderline*

| Model | R | R Square | Adjusted R Square | Std. Error of the Estimate |
|-------|-------------------|----------|-------------------|----------------------------|
| 1 | ,511 ^a | ,261 | ,253 | ,83771 |
| 2 | ,532 ^b | ,283 | ,269 | ,82861 |

a. Predictors: (Constant), ScalaC_Borderline, Evitamento, Ansia

b. Predictors: (Constant), ScalaC_Borderline, Evitamento, Ansia, Ansia_x_Borderline, Evitamento_x_Borderline

| Model | | Unstandardized Coefficients | | Standardized Coefficients | t | Sig. |
|-------|-------------------------|-----------------------------|------------|---------------------------|--------|-------|
| | | B | Std. Error | Beta | | |
| 1 | (Constant) | 2,101 | ,166 | | 12,677 | <.001 |
| | Ansia | ,002 | ,003 | ,047 | ,724 | ,469 |
| | Evitamento | ,002 | ,003 | ,040 | ,667 | ,505 |
| | ScalaC_Borderline | ,090 | ,012 | ,468 | 7,332 | <.001 |
| 2 | (Constant) | 2,161 | ,166 | | 13,058 | <.001 |
| | Ansia | ,001 | ,003 | ,030 | ,453 | ,651 |
| | Evitamento | ,002 | ,003 | ,035 | ,547 | ,585 |
| | ScalaC_Borderline | ,103 | ,013 | ,539 | 7,901 | <.001 |
| | Ansia_x_Borderline | -,123 | ,060 | -,128 | -2,061 | ,040 |
| | Evitamento_x_Borderline | -,047 | ,051 | -,059 | -,918 | ,360 |

a. Dependent Variable: UNDISCIPLINED CHILD

Tabella 4.17. - *Modello e Coefficienti per moderazione tra il consolatore distaccato e la scala borderline*

| Model | R | R Square | Adjusted R Square | Std. Error of the Estimate |
|-------|-------------------|----------|-------------------|----------------------------|
| 1 | ,430 ^a | ,185 | ,176 | ,94784 |
| 2 | ,449 ^b | ,202 | ,186 | ,94185 |

a. Predictors: (Constant), ScalaC_Borderline, Evitamento, Ansia

b. Predictors: (Constant), ScalaC_Borderline, Evitamento, Ansia, Ansia_x_Borderline, Evitamento_x_Borderline

Coefficients^a

| Model | | Unstandardized Coefficients | | Standardized Coefficients | t | Sig. |
|-------|-------------------------|-----------------------------|------------|---------------------------|--------|-------|
| | | B | Std. Error | Beta | | |
| 1 | (Constant) | 1,864 | ,188 | | 9,940 | <.001 |
| | Ansia | ,009 | ,003 | ,190 | 2,787 | ,006 |
| | Evitamento | ,000 | ,003 | -,005 | -,085 | ,932 |
| | ScalaC_Borderline | ,063 | ,014 | ,303 | 4,527 | <.001 |
| 2 | (Constant) | 1,923 | ,188 | | 10,221 | <.001 |
| | Ansia | ,009 | ,003 | ,197 | 2,770 | ,006 |
| | Evitamento | -,002 | ,003 | -,035 | -,512 | ,609 |
| | ScalaC_Borderline | ,074 | ,015 | ,356 | 4,947 | <.001 |
| | Ansia_x_Borderline | -,149 | ,068 | -,144 | -2,200 | ,029 |
| | Evitamento_x_Borderline | ,013 | ,058 | ,015 | ,229 | ,819 |

a. Dependent Variable: DETACHED SELF SOOTHER

Tabella 4.18. – *Modello e Coefficienti per moderazione tra il protettore distaccato e la scala borderline*

Model Summary

| Model | R | R Square | Adjusted R Square | Std. Error of the Estimate |
|-------|-------------------|----------|-------------------|----------------------------|
| 1 | ,662 ^a | ,438 | ,432 | ,60322 |
| 2 | ,672 ^b | ,452 | ,441 | ,59841 |

a. Predictors: (Constant), ScalaC_Borderline, Evitamento, Ansia

b. Predictors: (Constant), ScalaC_Borderline, Evitamento, Ansia, Ansia_x_Borderline, Evitamento_x_Borderline

Coefficients^a

| Model | | Unstandardized Coefficients | | Standardized Coefficients | t | Sig. |
|-------|-------------------------|-----------------------------|------------|---------------------------|--------|-------|
| | | B | Std. Error | Beta | | |
| 1 | (Constant) | 1,041 | ,119 | | 8,718 | <.001 |
| | Ansia | -,001 | ,002 | -,023 | -,399 | ,690 |
| | Evitamento | ,016 | ,002 | ,423 | 8,042 | <.001 |
| | ScalaC_Borderline | ,061 | ,009 | ,388 | 6,973 | <.001 |
| 2 | (Constant) | 1,046 | ,120 | | 8,753 | <.001 |
| | Ansia | ,001 | ,002 | ,021 | ,350 | ,727 |
| | Evitamento | ,014 | ,002 | ,370 | 6,529 | <.001 |
| | ScalaC_Borderline | ,059 | ,009 | ,371 | 6,228 | <.001 |
| | Ansia_x_Borderline | -,058 | ,043 | -,073 | -1,352 | ,178 |
| | Evitamento_x_Borderline | ,090 | ,037 | ,136 | 2,443 | ,015 |

a. Dependent Variable: DETACHED PROTECTOR

Tabella 4.19. – *Modello e Coefficienti per moderazione tra il prepotente e violento e la scala borderline*

| Model Summary | | | | |
|---------------|-------------------|----------|-------------------|----------------------------|
| Model | R | R Square | Adjusted R Square | Std. Error of the Estimate |
| 1 | ,297 ^a | ,088 | ,078 | ,55303 |
| 2 | ,327 ^b | ,107 | ,089 | ,54958 |

a. Predictors: (Constant), ScalaC_Borderline, Evitamento, Ansia

b. Predictors: (Constant), ScalaC_Borderline, Evitamento, Ansia, Ansia_x_Borderline, Evitamento_x_Borderline

| Coefficients ^a | | | | | | |
|---------------------------|-------------------------|-----------------------------|------------|---------------------------|--------|-------|
| Model | | Unstandardized Coefficients | | Standardized Coefficients | t | Sig. |
| | | B | Std. Error | Beta | | |
| 1 | (Constant) | 1,510 | ,109 | | 13,799 | <.001 |
| | Ansia | ,000 | ,002 | ,016 | ,220 | ,826 |
| | Evitamento | ,002 | ,002 | ,093 | 1,391 | ,165 |
| | ScalaC_Borderline | ,027 | ,008 | ,239 | 3,378 | <.001 |
| 2 | (Constant) | 1,501 | ,110 | | 13,672 | <.001 |
| | Ansia | ,002 | ,002 | ,065 | ,871 | ,385 |
| | Evitamento | ,001 | ,002 | ,042 | ,577 | ,565 |
| | ScalaC_Borderline | ,022 | ,009 | ,196 | 2,576 | ,011 |
| | Ansia_x_Borderline | -,014 | ,039 | -,025 | -,363 | ,717 |
| | Evitamento_x_Borderline | ,075 | ,034 | ,159 | 2,228 | ,027 |

a. Dependent Variable: BULLY AND ATTACK

Osservando le analisi fatte per bassi e alti livelli di *ansia* e *evitamento* relativi all'attaccamento, per quei modelli in cui è risultata esserci Moderazione tra scala borderline e Mode, è emerso che tra la scala Antisociale e il Mode bambino vulnerabile il legame è più forte quando l'*ansia* relativa all'attaccamento è bassa (anche se non c'è molta differenza tra alta e bassa) (alta *ansia* relativa all'attaccamento $t(1,1)=3,666; p<.001$; Beta=,502; bassa *ansia* relativa all'attaccamento $t(1,1)=4,321; p<.001$ Beta=,507) (cfr. Tab. 4.20. e Grafico 4.3). Il legame tra scala borderline e bambino furioso è più forte con l'alta *ansia* relativa all'attaccamento (alta *ansia* relativa all'attaccamento $t(1,1)=4,862; p<.001$; Beta=,609; bassa *ansia* relativa all'attaccamento $t(1,1)=4,110; p<.001$ Beta=,488) (cfr. Tab. 4.21. e Grafico 4.4). Il legame tra scala borderline e bambino indisciplinato il legame è più forte quando è alta l'*ansia* relativa all'attaccamento (anche se non c'è molta differenza

tra alta e bassa) (alta *ansia* relata all'attaccamento $t(1,1)=2,161$; $p=,037$; Beta=,323; bassa *ansia* relata all'attaccamento $t(1,1)=2,207$; $p=,032$ Beta=,288) (cfr. Tab. 4.22. e Grafico 4.5.). Nel il legame tra la scala borderline e il Mode consolatore distaccato è risultata significata la bassa *ansia* relata all'attaccamento; perciò, è più forte quando c'è bassa *ansia* relata all'attaccamento ($t(1,1)=2,217$; $p=,031$; Beta=,289) (cfr. Tab. 4.23. e Grafico 4.6.).

Nel caso dell'effetto di moderazione da parte dell'*evitamento* relato all'attaccamento tra la scala antisociale e il Mode protettore distaccato il legame è più forte quando c'è alto *evitamento* relato all'attaccamento (alto *evitamento* relato all'attaccamento $t(1,1)=4,231$; $p<.001$; Beta=,542; basso *evitamento* relato all'attaccamento $t(1,1)=2,115$; $p=,040$ Beta=,310) (Cfr. Tab. 4.24. e Grafico 4.7.) e anche per la scala antisociale e prepotente e violento il legame è più forte con alti livelli di *evitamento* relato all'attaccamento (anche se non c'è molta differenza tra alto e basso) (alto *evitamento* relato all'attaccamento $t(1,1)=3,646$; $p<.001$; Beta=,486; basso *evitamento* relato all'attaccamento ($t(1,1)=3,378$; $p=,002$ Beta=,462) (Cfr. Tab. 4.25 e Grafico 4.8.)

Tabella 4.20. – *Modello e Coefficienti tra bambino vulnerabile e i livelli dell'ansia relata all'attaccamento (scala borderline)*

| Model Summary | | | | | |
|---------------|-------|-------------------|----------|-------------------|----------------------------|
| Ansialivelli | Model | R | R Square | Adjusted R Square | Std. Error of the Estimate |
| . | 1 | ,627 ^a | ,393 | ,389 | ,76344 |
| bassa ansietà | 1 | ,507 ^a | ,257 | ,243 | ,52544 |
| alta ansietà | 1 | ,502 ^a | ,252 | ,233 | ,61465 |

a. Predictors: (Constant), ScalaC_Borderline

| Coefficients ^a | | | | | | | |
|---------------------------|-------|-------------------|-----------------------------|------------|---------------------------|--------|-------|
| Ansialivelli | Model | | Unstandardized Coefficients | | Standardized Coefficients | t | Sig. |
| | | | B | Std. Error | Beta | | |
| . | 1 | (Constant) | 1,842 | ,093 | | 19,896 | <.001 |
| | | ScalaC_Borderline | ,133 | ,013 | ,627 | 10,236 | <.001 |
| bassa ansietà | 1 | (Constant) | 1,410 | ,086 | | 16,384 | <.001 |
| | | ScalaC_Borderline | ,096 | ,022 | ,507 | 4,321 | <.001 |
| alta ansietà | 1 | (Constant) | 2,615 | ,204 | | 12,798 | <.001 |
| | | ScalaC_Borderline | ,066 | ,018 | ,502 | 3,666 | <.001 |

a. Dependent Variable: BAMBINO VULNERABILE

Grafico 4.3. – Scatter Plot per l'effetto di alta e bassa ansia relata all'attaccamento tra la scala borderline e il Mode bambino vulnerabile

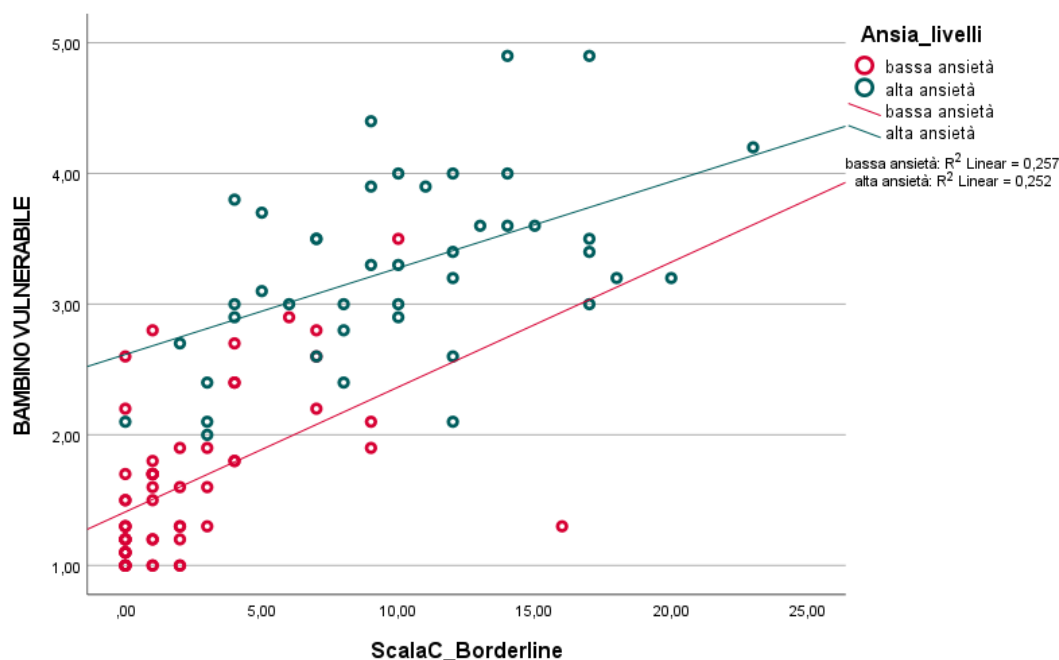


Tabella 4.21. – Modello e Coefficienti tra bambino furioso e i livelli dell'ansia relata all'attaccamento (scala borderline)

| Model Summary | | | | | |
|---------------|-------|-------------------|----------|-------------------|----------------------------|
| Ansialivelli | Model | R | R Square | Adjusted R Square | Std. Error of the Estimate |
| . | 1 | ,464 ^a | ,215 | ,210 | ,50583 |
| bassa ansietà | 1 | ,488 ^a | ,238 | ,224 | ,30523 |
| alta ansietà | 1 | ,609 ^a | ,371 | ,356 | ,62162 |

a. Predictors: (Constant), ScalaC_Borderline

| Coefficients ^a | | | | | | | |
|---------------------------|-------|-----------------------------|------------|-----------------------------------|------|--------|-------|
| Ansialivelli | Model | Unstandardized Coefficients | | Standardized Coefficients Beta | t | Sig. | |
| | | B | Std. Error | | | | |
| . | 1 | (Constant) | 1,212 | ,061 | | 19,760 | <.001 |
| | | ScalaC_Borderline | ,057 | ,009 | ,464 | 6,667 | <.001 |
| bassa ansietà | 1 | (Constant) | 1,133 | ,050 | | 22,667 | <.001 |
| | | ScalaC_Borderline | ,053 | ,013 | ,488 | 4,110 | <.001 |
| alta ansietà | 1 | (Constant) | ,994 | ,207 | | 4,809 | <.001 |
| | | ScalaC_Borderline | ,089 | ,018 | ,609 | 4,862 | <.001 |

a. Dependent Variable: ENRAGED CHILD

Grafico 4.4. – Scatter Plot per l'effetto di alta e bassa ansia relata all'attaccamento tra la scala borderline e il Mode bambino furioso

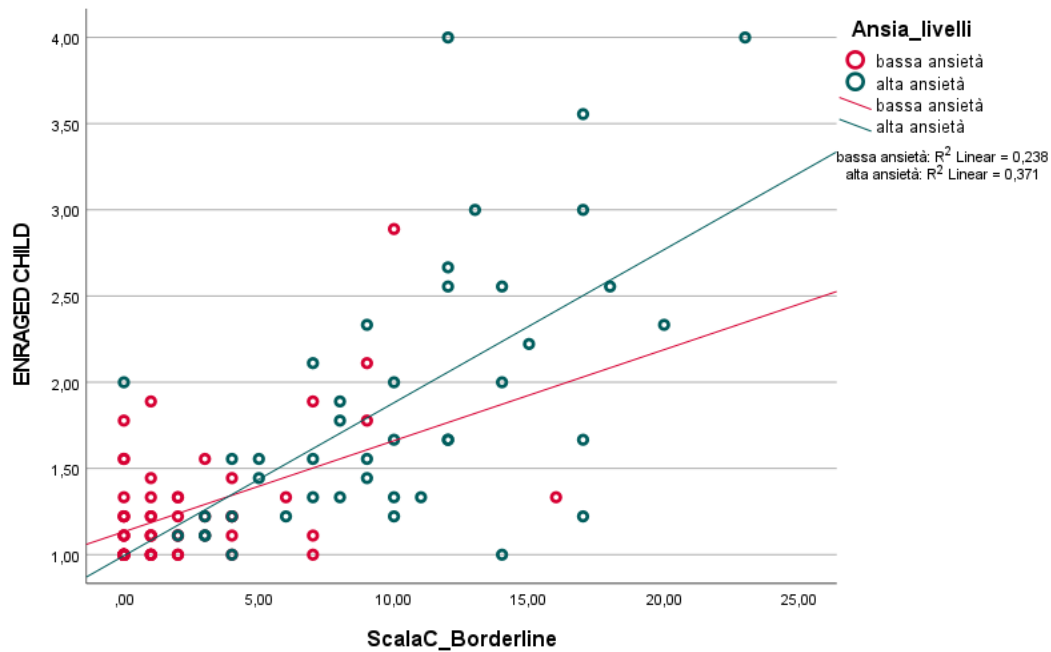


Tabella 4.22 – Modello e Coefficienti tra bambino indisciplinato e i livelli dell'ansia relata all'attaccamento (scala borderline)

Model Summary

| Ansialivelli | Model | R | R Square | Adjusted R Square | Std. Error of the Estimate |
|---------------|-------|-------------------|----------|-------------------|----------------------------|
| . | 1 | ,531 ^a | ,282 | ,277 | ,85100 |
| bassa ansietà | 1 | ,288 ^a | ,083 | ,066 | ,75536 |
| alta ansietà | 1 | ,323 ^a | ,105 | ,082 | ,80858 |

a. Predictors: (Constant), ScalaC_Borderline

Coefficients^a

| Ansialivelli | Model | | Unstandardized Coefficients | | Standardized Coefficients | t | Sig. |
|---------------|-------|-------------------|-----------------------------|------------|---------------------------|--------|-------|
| | | | B | Std. Error | Beta | | |
| . | 1 | (Constant) | 2,265 | ,103 | | 21,944 | <.001 |
| | | ScalaC_Borderline | ,115 | ,014 | ,531 | 7,969 | <.001 |
| bassa ansietà | 1 | (Constant) | 2,156 | ,124 | | 17,431 | <.001 |
| | | ScalaC_Borderline | ,070 | ,032 | ,288 | 2,207 | ,032 |
| alta ansietà | 1 | (Constant) | 2,605 | ,269 | | 9,690 | <.001 |
| | | ScalaC_Borderline | ,051 | ,024 | ,323 | 2,161 | ,037 |

a. Dependent Variable: UNDISCIPLINED CHILD

Grafico 4.5. – Scatter Plot per l'effetto di alta e bassa ansia relata all'attaccamento tra la scala borderline e il Mode bambino indisciplinato

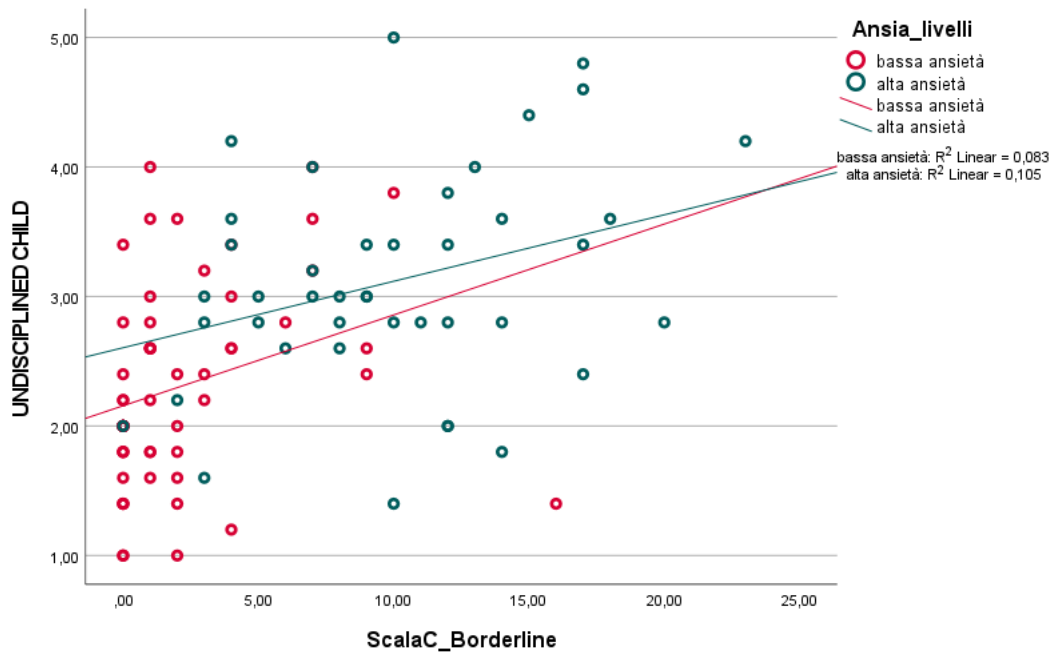


Tabella 4.23. – Modello e Coefficienti tra consolatore distaccato e i livelli dell'ansia relata all'attaccamento (scala borderline)

| Model Summary | | | | | |
|---------------|-------|-------------------|----------|-------------------|----------------------------|
| Ansialivelli | Model | R | R Square | Adjusted R Square | Std. Error of the Estimate |
| . | 1 | ,313 ^a | ,098 | ,093 | ,95143 |
| bassa ansietà | 1 | ,289 ^a | ,083 | ,066 | ,83289 |
| alta ansietà | 1 | ,221 ^a | ,049 | ,025 | 1,03707 |

a. Predictors: (Constant), ScalaC_Borderline

| Coefficients ^a | | | | | | | |
|---------------------------|-------|-------------------|-----------------------------|------------|--------------------------------|--------|-------|
| Ansialivelli | Model | | Unstandardized Coefficients | | Standardized Coefficients Beta | t | Sig. |
| | | | B | Std. Error | | | |
| . | 1 | (Constant) | 2,452 | ,115 | | 21,254 | <.001 |
| | | ScalaC_Borderline | ,068 | ,016 | ,313 | 4,201 | <.001 |
| bassa ansietà | 1 | (Constant) | 1,941 | ,136 | | 14,230 | <.001 |
| | | ScalaC_Borderline | ,078 | ,035 | ,289 | 2,217 | ,031 |
| alta ansietà | 1 | (Constant) | 2,853 | ,345 | | 8,276 | <.001 |
| | | ScalaC_Borderline | ,044 | ,030 | ,221 | 1,436 | ,159 |

a. Dependent Variable: DETACHED SELF SOOTHER

Grafico 4.6. – Scatter Plot per l'effetto di alta e bassa ansia relata all'attaccamento tra la scala borderline e il Mode consolatore distaccato

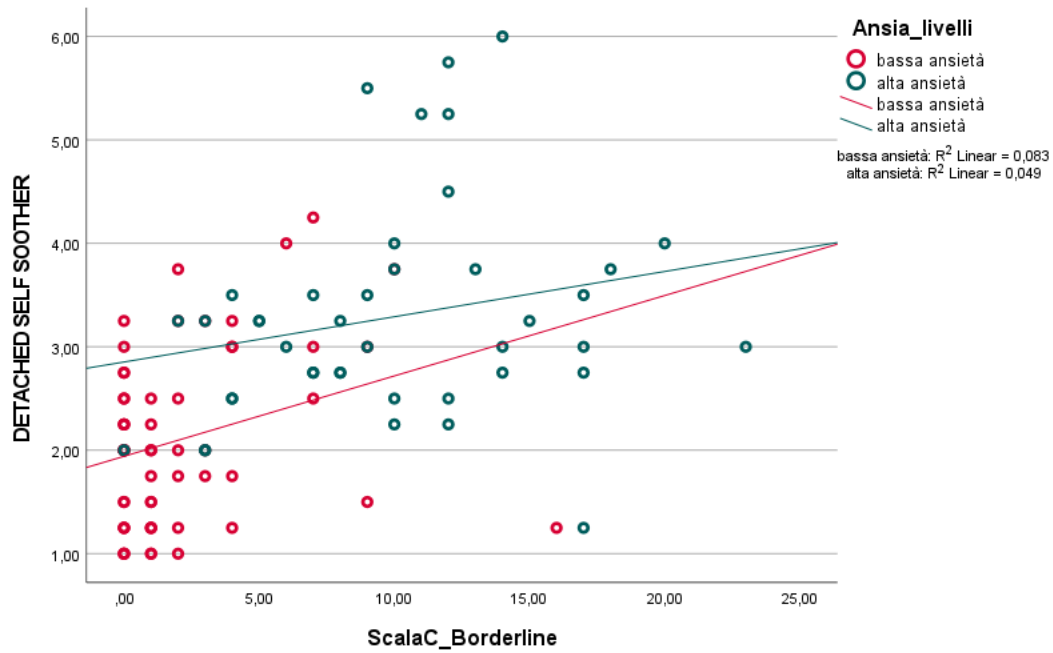


Tabella 4.24. – Modello e Coefficienti tra protettore distaccato e i livelli dell'evitamento relato all'attaccamento (scala borderline)

Model Summary

| Evitamentolivelli | Model | R | R Square | Adjusted R Square | Std. Error of the Estimate |
|-------------------|-------|-------------------|----------|-------------------|----------------------------|
| . | 1 | ,428 ^a | ,184 | ,179 | ,56880 |
| basso evitamento | 1 | ,310 ^a | ,096 | ,075 | ,50208 |
| alto evitamento | 1 | ,542 ^a | ,294 | ,278 | ,92446 |

a. Predictors: (Constant), ScalaC_Borderline

Coefficients^a

| Evitamentolivelli | Model | | Unstandardized Coefficients | | Standardized Coefficients | t | Sig. |
|-------------------|-------|-------------------|-----------------------------|------------|---------------------------|--------|-------|
| | | | B | Std. Error | Beta | | |
| . | 1 | (Constant) | 1,706 | ,066 | | 25,825 | <.001 |
| | | ScalaC_Borderline | ,059 | ,010 | ,428 | 6,200 | <.001 |
| basso evitamento | 1 | (Constant) | 1,378 | ,096 | | 14,376 | <.001 |
| | | ScalaC_Borderline | ,042 | ,020 | ,310 | 2,115 | ,040 |
| alto evitamento | 1 | (Constant) | 1,869 | ,250 | | 7,463 | <.001 |
| | | ScalaC_Borderline | ,098 | ,023 | ,542 | 4,231 | <.001 |

a. Dependent Variable: DETACHED PROTECTOR

Grafico 4.7. – Scatter Plot per l'effetto di alto e basso evitamento relato all'attaccamento tra la scala borderline e il Mode protettore distaccato

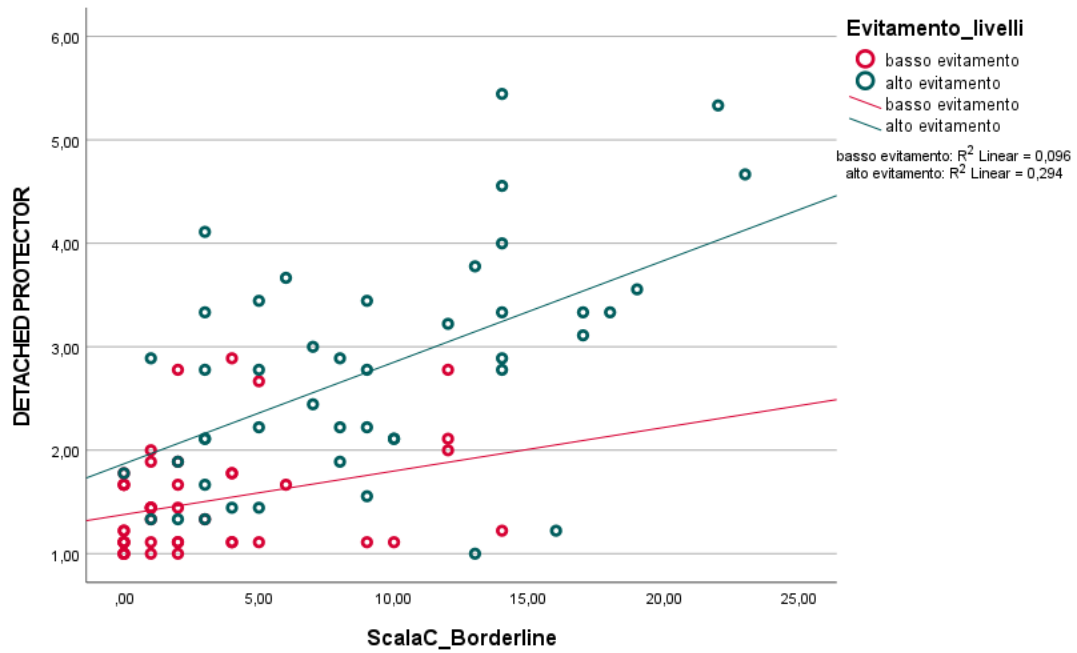


Tabella 4.25. – Modello e Coefficienti tra prepotente e violento e i livelli dell'evitamento relato all'attaccamento (scala borderline)

Model Summary

| Evitamentolivelli | Model | R | R Square | Adjusted R Square | Std. Error of the Estimate |
|-------------------|-------|-------------------|----------|-------------------|----------------------------|
| . | 1 | ,051 ^a | ,003 | -,003 | ,49074 |
| basso evitamento | 1 | ,462 ^a | ,214 | ,195 | ,55865 |
| alto evitamento | 1 | ,486 ^a | ,236 | ,218 | ,66239 |

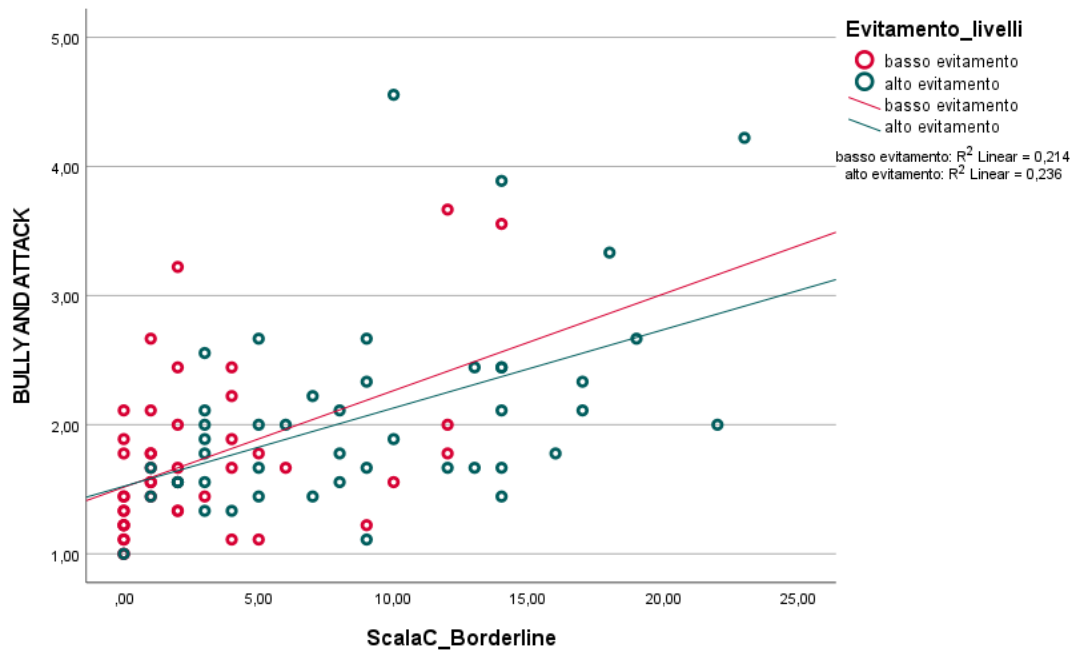
a. Predictors: (Constant), ScalaC_Borderline

Coefficients^a

| Evitamentolivelli | Model | | Unstandardized Coefficients | | Standardized Coefficients Beta | t | Sig. |
|-------------------|-------|-------------------|-----------------------------|------------|--------------------------------|--------|-------|
| | | | B | Std. Error | | | |
| . | 1 | (Constant) | 1,719 | ,057 | | 30,165 | <.001 |
| | | ScalaC_Borderline | ,005 | ,008 | ,051 | ,662 | ,509 |
| basso evitamento | 1 | (Constant) | 1,516 | ,107 | | 14,215 | <.001 |
| | | ScalaC_Borderline | ,075 | ,022 | ,462 | 3,378 | ,002 |
| alto evitamento | 1 | (Constant) | 1,523 | ,179 | | 8,489 | <.001 |
| | | ScalaC_Borderline | ,061 | ,017 | ,486 | 3,646 | <.001 |

a. Dependent Variable: BULLY AND ATTACK

Grafico 4.8. – Scatter Plot per l'effetto di alto e basso evitamento relato all'attaccamento tra la scala borderline e il Mode prepotente e violento



Per la scala narcisistica sono state analizzate la presenza o l'assenza della moderazione dell'*ansia* relata all'attaccamento e dell'*evitamento* relato all'attaccamento con i Mode bambino vulnerabile, bambino impulsivo, sottomesso compiacente, autoesaltatore e prepotente e violento, ma non è risultato significativo nessun legame di Moderazione in questi casi.

Infine, per la scala Istrionica sono state analizzate la presenza o l'assenza della moderazione dell'*ansia* relata all'attaccamento e dell'*evitamento* relato all'attaccamento con i Mode bambino vulnerabile, bambino arrabbiato, bambino indisciplinato, sottomesso compiacente e protettore distaccato. È risultato significativo esclusivamente l'effetto dell'interazione tra il moderatore e l'*evitamento* relato all'attaccamento con la scala istrionica per il bambino vulnerabile ($t(3,5)=-2,649$; $p =,009$ Beta=-,134) (Cfr. Tab. 4.26.). Approfondendo attraverso i livelli dell'*evitamento* e l'osservazione degli Slope si osserva che c'è un legame negativo più forte tra la Scala istrionica e il Mode bambino vulnerabile con alto *evitamento* relato all'attaccamento (Cfr. Grafico 4.9.)

Tabella 4.26. – *Modello e Coefficienti per moderazione tra bambino vulnerabile e scala istrionica*

Model Summary

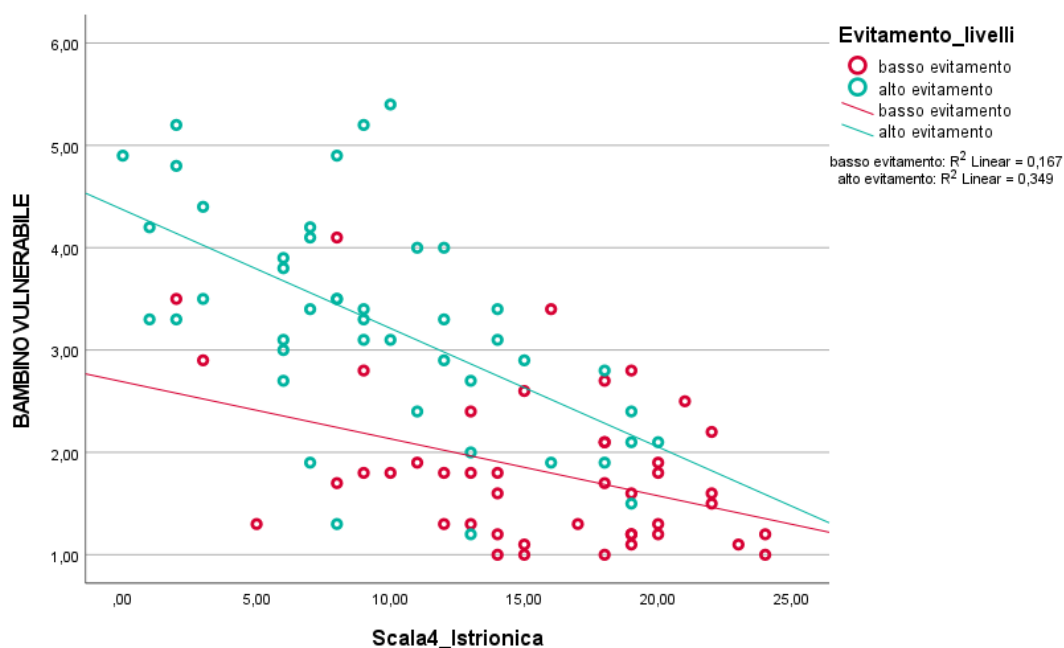
| Model | R | R Square | Adjusted R Square | Std. Error of the Estimate |
|-------|-------------------|----------|-------------------|----------------------------|
| 1 | ,716 ^a | ,512 | ,507 | ,70744 |
| 2 | ,725 ^b | ,525 | ,516 | ,70052 |

a. Predictors: (Constant), Scala4_Istrionica, Ansia, Evitamento
 b. Predictors: (Constant), Scala4_Istrionica, Ansia, Evitamento, Ansia_x_Istrionica, Evitamento_x_Istrionica

| Model | | Unstandardized Coefficients | | Coefficients Beta | t | Sig. |
|-------|-------------------------|-----------------------------|------------|-------------------|--------|-------|
| | | B | Std. Error | | | |
| 1 | (Constant) | 1,571 | ,212 | | 7,426 | <.001 |
| | Ansia | ,022 | ,002 | ,473 | 9,788 | <.001 |
| | Evitamento | ,006 | ,002 | ,133 | 2,618 | ,009 |
| | Scala4_Istrionica | -,054 | ,008 | -,315 | -6,556 | <.001 |
| 2 | (Constant) | 1,592 | ,210 | | 7,568 | <.001 |
| | Ansia | ,023 | ,002 | ,486 | 10,103 | <.001 |
| | Evitamento | ,004 | ,002 | ,089 | 1,679 | ,094 |
| | Scala4_Istrionica | -,054 | ,008 | -,317 | -6,646 | <.001 |
| | Ansia_x_Istrionica | ,046 | ,051 | ,043 | ,898 | ,370 |
| | Evitamento_x_Istrionica | -,131 | ,050 | -,134 | -2,649 | ,009 |

a. Dependent Variable: BAMBINO VULNERABILE

Grafico 4.9. – *Scatter Plot per l'effetto di alto e basso evitamento relato all'attaccamento tra la scala istrionica e il Mode bambino vulnerabil*



4.4. Discussione dei risultati

Sulla base dalle analisi esposte nel precedente paragrafo, verranno a seguito discussi i risultati emersi. Partendo dall'attendibilità degli strumenti utilizzati, per quanto riguarda la versione breve dello SMI, è risultata un'attendibilità più che soddisfacente. Infatti, è emersa un'ottima o buona consistenza interna per tutte le scale. Questi valori sono in linea rispetto agli studi osservati in letteratura (Panzeri, Fontanesi, Busà, Carmelita, Ronconi e Dadomo, 2019). La coerenza interna nelle dimensioni dell'ECR-R è risultata molto buona per l'*ansia* relata all'attaccamento e l'*evitamento* relato all'attaccamento. Anche in questo strumento quindi i livelli di affidabilità sono risultati coerenti rispetto a quelli presenti in letteratura (Calvo, 2008; Busonera *et al.* 2014). Per le scale prese in considerazione dell'MCMI-III i valori dell'Alfa di Cronbach sono risultati soddisfacenti. Solo il caso della Scala 5 – Narcisistica è risultato sulla soglia rispetto alla sufficienza e per questo non esclusa. Questo risultato potrebbe essere spiegato dalla presenza di un campione raccolto nella popolazione generale, tenendo in considerazione che anche nella validazione italiana, per quanto risultasse sufficiente, è stata evidenziata come una delle scale con Alfa più basso rispetto alle altre ($\alpha=0,67$) (Zennaro *et al.*, 2008).

L'analisi delle correlazioni tra i Mode dello SMI e le dimensioni dell'attaccamento mette in luce come tutti i Mode adattivi correlino negativamente con l'*ansia* e l'*evitamento* relati all'attaccamento, mentre Mode maladattivi correlino positivamente con l'*ansia* relata all'attaccamento e l'*evitamento* relato all'attaccamento (cfr. Tab. 4.6). Sono risultate positivamente significative anche le correlazioni tra l'*evitamento* relato all'attaccamento e i Mode bambino, nonostante si avesse ipotizzato una relazione negativa. Questi risultati, però, potrebbero risultare in linea considerando che la presenza di alti livelli delle due dimensioni dell'attaccamento osservate nell'ECR-R vanno a formare quelle che sono le categorie di attaccamento insicuro elaborate da Bartholomew (attaccamento preoccupato, attaccamento distaccato/svalutante e attaccamento timoroso, 1990). Per quanto riguarda le correlazioni positivamente significative che erano state ipotizzate (mode bambino, consolatore distaccato, autoesaltatore e prepotente e violento con *ansia* e protettore distaccato con *evitamento*), per la maggior parte dei Mode sono state confermate risultando più forti per la dimensione dell'*ansia* relata all'attaccamento: in particolare per il Mode bambino vulnerabile si

evidenziano una correlazione forte con *ansia* relata all'attaccamento e media con *evitamento* relata all'attaccamento. Il Mode bambino vulnerabile, infatti, è attivato in risposta a molti Schemi Maladattivi che fanno sì che la persona si senta sola, abbandonata e indifesa, senza una figura di riferimento su cui contare (Young *et al.*, 2003); aspetti che si riscontrano nell'aspettativa e nel timore di essere abbandonati dagli altri come anche nelle richieste al partner di maggiore coinvolgimento tipiche della dimensione dell'*ansia* relata all'attaccamento (Picardi *et al.*, 2000). Anche tra il bambino arrabbiato e l'*ansia* relata all'attaccamento si osserva una correlazione media, che si potrebbe ipotizzare rispecchi un legame tra la frustrazione dei bisogni primari a cui il bambino è sottoposto e l'ansia di essere nuovamente sottoposti allo stesso scenario relazionale, la quale viene espressa attraverso manifestazioni di rabbia. Per il Mode Protettore Distaccato, in accordo con le ipotesi, invece, si evidenzia una correlazione media con la dimensione di *evitamento* relata all'attaccamento. Questo Mode ha come caratteristica principale il distacco emotivo e psicologico e l'allontanamento della persona dal suo vissuto emotivo (Young *et al.*, 2003), che, come nella dimensione dell'*evitamento* relata all'attaccamento, gli impedisce di entrare davvero in contatto e in intimità con l'altro (Picardi *et al.*, 2000).

In secondo luogo, le correlazioni evidenziate tra i Mode dello SMI e scale delle personalità dell'MCMI-III che sono state prese in considerazione hanno solo parzialmente confermato le ipotesi e i risultati presenti in letteratura (Cfr. Tab. 4.7.).

Osservando le correlazioni tra i Mode dello SMI per la scala istrionica, diversamente da quanto si era ipotizzato, sono risultati positivamente significative le correlazioni con i Mode adattivi bambino felice e adulto sano, mentre sono risultate negativamente significative le correlazioni con molti dei Mode disadattivi, in particolare correlazioni medie con il bambino vulnerabile e il protettore distaccato, Mode con cui non sono state riscontrate correlazioni in letteratura (Lobbestael *et al.*, 2008; Bamelis *et al.*, 2011; Jacobs *et al.*, 2019). Si potrebbe ipotizzare che, dato il campione estratto dalla popolazione generale, questo tratto di personalità possa essere risultato adattivo; a conferma di ciò sono stati fatti alcuni studi che hanno dimostrato che punteggi elevati nella scala istrionica dell'MCMI sono più spesso ottenuti da gruppi non clinici, con funzionamento sano, e possono suggerire tratti normali associati a uno stile istrionico (Craig, 2005; Leaf, DiGiuseppe, Ellis, Mass, Backx, Wolfe, Alington, 1990). Infatti, attraverso la somministrazione di diversi strumenti che valutano la salute mentale, è stato visto come

questa scala correlasse positivamente con le altre misure degli aspetti della salute mentale e negativamente con quelle di aspetti disadattativi; per cui alcuni tratti tipicamente visti come patologici possono essere espressi in situazioni in cui hanno valori positivi per coloro che li possiedono. Nel caso di una persona con tratti istrionici, per esempio, egli potrebbe resistere all'impegnarsi in una vera intimità dal punto di vista relazionale e, piuttosto, eccellere in dimostrazioni esagerate anche se superficiali, caratteristica grazie alla quale però diventa popolare (Leaf *et al.*, 1990). Osservando successivamente un possibile effetto di moderazione da parte delle dimensioni dell'attaccamento nella relazione tra i tratti istrionici e i Mode che sono risultati significativi nelle correlazioni, è risultata esclusivamente la moderazione dell'*evitamento* relato all'attaccamento nella relazione tra la personalità istrionica e il bambino vulnerabile, dove approfondendo si osserva che con alti livelli di *evitamento* relato all'attaccamento si rafforza il legame negativo la scala istrionica e il Mode bambino vulnerabile (Cfr. Tab. 4.26., Grafico 4.9). Si potrebbe spiegare questa relazione considerando che modalità di evitamento rispetto all'attaccamento non permettano alla persona con tratti istrionici di entrare in contatto con la sua parte vulnerabile. Infatti, anche quegli studi che hanno sottolineato la mancata presenza del Mode bambino vulnerabile nelle persone con disturbo istrionico di personalità hanno specificato che potrebbe indicare che questi pazienti non sono propensi a riconoscere il loro lato vulnerabilità o che nel nostro caso abbiano aspetti adattivi (Lobbestael *et al.*, 2008); per questo, insieme all'assenza di moderazione da parte dell'attaccamento per altri Mode, i risultati restano in linea con l'aspetto adattivo di questa personalità.

L'analisi delle correlazioni tra tratti narcisistici e i Mode hanno evidenziato correlazioni positive significative coerentemente con la letteratura e con le ipotesi (Lobbestael *et al.*, 2008; Bamelis *et al.*, 2011; Jacobs *et al.*, 2019), per quanto piccole o molto piccole in questo lavoro, con: bambino furioso, ($r=.124$, $p<.05$), autoesaltatore ($r=.378$, $p<.01$), Prepotente e violento ($r=.379$, $p<.01$). Inoltre, differentemente dalle aspettative per cui ci si sarebbe attesi una correlazione negativa con i Mode adattivi, anche per i tratti narcisistici è risultata una correlazione positiva media con il bambino felice; come per la personalità istrionica, si può ipotizzare la presenza di tratti adattivi di narcisismo, infatti alcuni studi hanno visto come alcuni tratti (scale 4,5,6,7), tra cui quelli narcisistici, correlano con una buona salute mentale e come i punteggi di BR dell'MCMI

non possono essere considerati semplicemente come un'evidenza di psicopatologia, ma indicano costantemente la presenza di qualità adattive e/o di meccanismi di difesa efficaci (Leaf *et al.*, 1990; DiGiuseppe, Robin, Szeszko, Primavera, 1995). Nel caso dei tratti narcisistici ci possono essere aspetti come la leadership, il carisma, la determinazione, l'amore e il benessere per sé stessi, che se si pensa alla prospettiva di Kohut (1972) si generano dal quel "narcisismo sano" indispensabile fin dall'infanzia per edificare e mantenere unito il Sé, la stabilità dell'autostima e la tolleranza dell'imperfezione. In questa prospettiva, i risultati dell'analisi della moderazione per questa scala potrebbero confermare questa ipotesi, poiché non è stato evidenziato nessun aspetto di moderazione da parte delle dimensioni dell'attaccamento nella relazione tra i tratti narcisistici e i mode ad essi risultati significativi. È, pertanto, presumibile che si riscontri un attaccamento sano, soprattutto considerato il campione tratto dalla popolazione normale.

Coerentemente con la letteratura e con le ipotesi sono risultate medie correlazioni significative positive tra i tratti della personalità antisociale e Mode bambino furioso bambino impulsivo, prepotente e violento e diversamente da quanto ipotizzato, data la letteratura e l'esperienza clinica, anche il bambino arrabbiato, il quale può essere comprensibile data la sua vicinanza al bambino furioso rispetto ai sentimenti di rabbia prototipici di questa personalità (Young *et al.*, 2003; APA, 2013). Sono state successivamente approfondite queste relazioni tra Mode e tratti antisociali attraverso l'introduzione delle dimensioni dell'attaccamento come moderatori ed è risultato un effetto di interazione dell'*ansia* relata all'attaccamento rispetto al bambino arrabbiato e al bambino furioso, in particolare rivelando che alti livelli di *ansia* relata all'attaccamento rendono più forte l'impatto positivo tra il tratto antisociale e il bambino arrabbiato. Mentre per la stessa scala è risultato significativo l'effetto dell'interazione dell'*evitamento* relata all'attaccamento per il consolatore distaccato che, quando è basso, maggiore è la relazione positiva tra i tratti di personalità antisociale e questo Mode, laddove ci si sarebbe aspettata una relazione con la dimensione di *ansia* relata all'attaccamento. Si può però ipotizzare che questo risultato derivi dal fatto che le persone in cui è attivo il consolatore distaccato tendano a tagliare fuori i sentimenti forti (tra cui l'*ansia*), perché credono che questi sentimenti siano pericolosi e possano sfuggire di mano e per questo mettono in atto comportamenti che possano distoglierlo da tali sentimenti, ad esempio il lavoro, l'assunzione di sostanze, il gioco d'azzardo e rapporti sessuali

promiscui (van Genderen et al., 2012; Dadomo et al., 2016). Perciò, se ci fossero alti livelli di *evitamento* relato all'attaccamento farebbero sì che già questi sentimenti vengano elusi, con un minor "intervento" del ode protettore distaccato.

Anche le ipotesi per la relazione tra tratti Borderline e mode sono state confermate e sono risultate in linea con la letteratura, date le medie positive correlazioni con i mode bambino arrabbiato, bambino furioso, bambino impulsivo, bambino indisciplinato e protettore distaccato, oltre che correlazioni forti con genitore punitivo e bambino vulnerabile. Anche in studi precedenti (Lobbestael *et al.*, 2008; Jacobs *et al.*, 2019) i Mode genitore punitivo e bambino vulnerabile sono risultati quelli con le correlazioni più forti rispetto ai tratti di personalità Borderline: si potrebbe dire che rappresentano quindi gli aspetti più salienti di questa personalità, la quale infatti è caratterizzata, a livello patologico, da estrema paura dell'abbandono e intolleranza di rimanere soli ed è spesso definita dalla presenza di abusi e traumi legati alle figure genitoriali nell'infanzia (APA, 2013). La letteratura concorda, in linea con queste analisi, anche sul fatto che la personalità borderline sia quella che presenta correlazioni con il maggior numero di mode; infatti, è stato osservato come le persone con tratti borderline, soprattutto a livello di disturbo, passino molto velocemente da un mode ad un altro, aspetto rispecchiato dalla loro tendenza ad avere alterazioni pervasive dell'immagine di sé, degli altri, dell'umore, del livello cognitivo e del comportamento descritta nel DSM-5 (2013). Inoltre, coerentemente con le aspettative, si osservano correlazioni medie negative tra i tratti Borderline e i Mode adattivi bambino felice e adulto sano.

Per la scala Borderline è anche risultata significativa la moderazione dell'ansia relata all'attaccamento con il bambino vulnerabile, bambino furioso, bambino indisciplinato e consolatore distaccato. In particolare, la presenza di alti livelli di ansia relata all'attaccamento sembra rendere più forte il legame tra i tratti borderline e i mode bambino furioso e bambino indisciplinato. Si potrebbe pensare quindi che alti livelli di ansia rispetto all'attaccamento portino le persone con tratti borderline a esacerbare aspetti di rabbia, come confermato anche dal DSM-5 (2013) che descrive il disturbo Borderline come caratterizzato da intensi timori e rabbia di fronte all'abbandono e alla percezione della separazione o del rifiuto. Inoltre, sono risultati significativi gli effetti dell'interazione dell'evitamento relato all'attaccamento tra i tratti Borderline e il protettore distaccato e il prepotente e violento, dove alti livelli di evitamento rendono

maggiore la relazione tra questa personalità ed entrambi i Mode (cfr. Tab. 4.18., 4.19., 4.24., 4.25., Grafici 4.7., 4.8.). La moderazione dell'alto evitamento con il Mode prepotente e violento si discosta un po' dalle aspettative, considerato che, come ipotizzato in precedenza, i sentimenti di paura e ansia rispetto all'abbandono farebbero attivare reazioni di rabbia e aggressività nelle persone con tratti Borderline, aspetto che pertanto dovrebbe essere oggetto di maggiori approfondimenti.

Infine, si possono osservare le correlazioni tra i tratti delle personalità corrispondenti a quelle presenti nel Cluster B e le dimensioni dell'attaccamento (cfr. Tab. 4.8.), dove sono risultate correlazioni negative per entrambe le dimensioni dell'attaccamento sia per i tratti di personalità istrionica che per i tratti di personalità narcisistica. Questi risultati potrebbero confermare l'aspetto adattivo dei tratti di personalità istrionica e narcisistica nella popolazione generale, in quanto sarebbero perciò caratterizzati da bassi livelli di *ansia* ed *evitamento* relati all'attaccamento, elementi che caratterizzano la categoria di attaccamento sicuro (Bartholomew, 1990). Per i tratti antisociali sono risultate correlazioni molto piccole, con un leggero sbilanciamento per l'*ansia* relata all'attaccamento, aspetto che, come confermato anche dalla letteratura, potrebbe essere giustificato dal fatto che le caratteristiche delle personalità antisociali sono più legate a fattori neurobiologici e genetici che a determinanti emotive e per questo modestamente correlate all'attaccamento (Gawda, Czubak, 2018). Per i tratti di personalità borderline, si è evidenziata una correlazione media con la dimensione dell'*ansia* relata all'attaccamento, anche in questo caso coerentemente con le evidenze riportate in letteratura (Riggs *et al.*, 2007; MacDonald *et al.*, 2013; Neumann, 2017; Gawda, Czubak, 2018) e con l'aspetto centrale della personalità che riguarda la forte preoccupazione rispetto all'abbandono da parte degli altri, i partner in primo luogo (APA, 2013).

4.5. Limiti della ricerca e sviluppi futuri

La ricerca svolta presenta alcuni limiti. In primo luogo, è stato coinvolto un numero limitato di partecipanti: il campione totale è formato da 262 soggetti, di cui 210 donne, 47 uomini e 5 altro. Sarebbe utile condurre lo studio su un campione più ampio e maggiormente bilanciato tra i generi, così da garantire maggior rappresentatività e poter

condurre analisi più accurate. Sarebbe, inoltre, interessante includere anche un gruppo di soggetti estratti da un campione clinico con cui confrontare il campione della popolazione generale.

Per quanto riguarda la somministrazione dei questionari, a ciascun partecipante sono stati presentati i tre questionari in un unico momento, da compilare uno consecutivamente all'altro. Laddove non avveniva la completa compilazione dei tre questionari la risposta veniva automaticamente esclusa dal campione. Le informazioni sui tempi previsti per la compilazione (30 minuti) sono state preliminarmente indicate e diversi soggetti hanno lamentato l'eccessiva lunghezza dei questionari, elemento a cui può essere ricondotta la difficoltà riscontrata nel raggiungimento di un campione con un numero adeguato di soggetti. Un ulteriore limite riscontrato è stata la quasi sufficiente consistenza interna risultata per la scala narcisistica dell'MCMI-III, la quale potrebbe essere legata alla scarsa numerosità del campione o anche alla presenza di un campione composto da popolazione non clinica.

Possibili sviluppi futuri di questa ricerca possono essere rappresentati da studi volti ad analizzare la relazione tra mode e le dimensioni dell'attaccamento in campioni selezionati dalla popolazione clinica e anche l'ampliamento dell'osservazione a differenti disturbi di personalità presenti nei Cluster A e Cluster B. In aggiunta, il ruolo dell'attaccamento potrebbe essere indagato ulteriormente attraverso analisi di modelli di Mediazione rispetto alla relazione tra personalità e Mode.

Conclusione

Nella cornice teorica della Schema Therapy, il presente lavoro ha prospettato un inquadramento degli aspetti centrali di questo modello, facendo riferimento allo stato della letteratura, per poi indagare in modo più approfondito la relazione tra attaccamento e uno degli aspetti fondamentali della Schema Therapy: i Mode, ovvero “l’insieme degli Schemi o delle manifestazioni degli Schemi, adattivi e disadattivi, che si attivano in un individuo in un determinato momento” (Young, Klosko, Weishaar, 2007, pag. 305). In particolare, si è voluto concentrare su quelle dimensioni dell’attaccamento (ansia ed evitamento) che caratterizzano le relazioni significative, spesso romantiche, della vita adulta, con la peculiarità di osservarle nella popolazione generale e non in una popolazione clinica.

In primo luogo, la ricerca si è posta l’obiettivo di osservare la presenza di specifici Mode che caratterizzano alcuni tratti di personalità nella popolazione generale, focalizzandosi sui tratti di personalità caratteristici del Cluster B del DSM-5 (APA, 2013), partendo da quei Mode che sono stati riscontrati in altre ricerche nella popolazione clinica (Lobbestael *et al.*, 2005; Lobbestael *et al.*, 2008; Bamelis *et al.*, 2011; Jacobs *et al.*, 2019). Le ipotesi per i Mode caratteristici per i tratti borderline e antisociali di personalità sono state confermate, diversamente da quelle per i tratti narcisistici e istrionici, i quali, vista la popolazione generale, sembrerebbero risultare adattivi.

Successivamente, sono state prese in considerazione le dimensioni di ansia ed evitamento relate all’attaccamento adulto, valutate attraverso il self report ECR-R (Fraley, Waller, Brennan, 2000) e messe in relazione con i diversi Mode dello SMI (Young *et al.*, 2007). In questo caso, le ipotesi sono completamente confermate, mettendo in luce come tutti i Mode adattivi correlino negativamente con l’ansia e l’evitamento relati all’attaccamento, mentre i Mode maladattivi correlino positivamente con l’ansia relata all’attaccamento e l’evitamento relato all’attaccamento, con forte sbilanciamento verso gli aspetti di ansia, ad eccezione del Mode di coping protettore distaccato.

È infine stato fatto un approfondimento riguardante l'attaccamento come aspetto interveniente nella relazione tra i tratti e i Mode che li caratterizzano, applicando un modello di Moderazione. Queste analisi hanno mostrato un intervento da parte delle dimensioni dell'attaccamento per molti Mode, soprattutto per i tratti di personalità borderline e antisociale. Diversamente, invece, è risultato per le scale dei tratti narcisistici e istrionici della personalità, per cui non è risultata moderazione da parte dell'ansia e dell'evitamento relati all'attaccamento, che, coerentemente con i risultati delle correlazioni, sembrano indicare un aspetto adattivo di queste due personalità nella popolazione generale.

Con questo elaborato si è perciò voluto andare ad aprire la strada a ulteriori ricerche che potranno approfondire il ruolo dell'attaccamento in relazione a questi aspetti nell'ambito della Schema Therapy e dei tratti o disturbi di personalità, al fine di comprendere meglio alcuni aspetti riscontrabili nella clinica e di poter rappresentare un contributo significativo nelle applicazioni future.

Bibliografia

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, s.(1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*, Hillsdale, N.J.:Erlbaum.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Arntz, A., Rijkeboer, M., Chan, E., Fassbinder, E., Karaosmanoglu, A., Lee, C. W., & Panzeri, M. (2021, February 9). Towards a Reformulated Theory Underlying Schema Therapy: Position Paper of an International Workgroup. *Cognitive Therapy and Research*, 45(6), 1007–1020. <https://doi.org/10.1007/s10608-021-10209-5>
- 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(3), 305–322. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12040518>
- Bamelis, L. L., Renner, F., Heidkamp, D., & Arntz, A. (2011). Extended Schema Mode Conceptualizations for Specific Personality Disorders: An Empirical Study. *Journal of Personality Disorders*, 25(1), 41–58. <https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.1.41>
- Bamelis, L. L., Renner, F., Heidkamp, D., & Arntz, A. (2011). Extended Schema Mode Conceptualizations for Specific Personality Disorders: An Empirical Study. *Journal of Personality Disorders*, 25(1), 41–58. <https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.1.41>
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of Intimacy: An Attachment Perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7(2), 147–178. <https://doi.org/10.1177/0265407590072001>
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226–244. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>
- Basile, B., & Calzoni, R. (2014) La Schema Therapy: Un approccio cognitivo orientato alle emozioni e ai ricordi infantili. <https://www.researchgate.net/publication/272676324>.

- Bender, D. S., Farber, B. A., & Geller, J. D. (2001). Cluster B Personality Traits and Attachment. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 29(4), 551–563. <https://doi.org/10.1521/jaap.29.4.551.21545>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment (vol. 1)*, New York, NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973) *Attachment and Loss, Vol. II: Separation, Anxiety and Anger*. London: Hogarth.
- Bowlby, J. (1979) *The Making and Breaking of Affectional Bonds*. London: Tavistock.
- Bowlby, J. (1988) *A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory*. London: Routledge.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46–76). The Guilford Press.
- Busonera, A., Martini, P. S., Zavattini, G. C., & Santona, A. (2014). Psychometric Properties of an Italian Version of the Experiences in Close Relationships-Revised (ECR-R) Scale. *Psychological Reports*, 114(3), 785–801. <https://doi.org/10.2466/03.21.pr0.114k23w9>
- Calvo, V. (2008). *Il questionario ECR-R: aspetti di validazione della versione italiana dello strumento* [The ECR-R questionnaire: Aspects of validation of the Italian version of the instrument]. X Congresso Nazionale della Sezione di Psicologia Clinica e Dinamica dell'Associazione Italiana di Psicologia (AIP), Padova, 12-14 Sep. 2008.
- Craig, R. J. (2005). *New Directions in Interpreting the Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III) : Essays on Current Issues* (1st ed.). Wiley.
- Crittenden, P. M., & Ainsworth, M. D. S. (1989). *Child maltreatment and attachment theory*. In D. Cicchetti, & V. Carlson (Eds.), *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp. 432-463). New York: Cambridge University Press.
- 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. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01987>

- Dadomo, H., Panzeri, M., Caponcello, D., Carmelita, A., & Grecucci, A. (2018). Schema therapy for emotional dysregulation in personality disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 31(1), 43–49. <https://doi.org/10.1097/yco.0000000000000380>
- DiGiuseppe, R., Robin, M., Szeszko, P. R., & Primavera, L. H. (1995). Cluster Analysis of Narcissistic Personality Disorders on the MCMI-II. *Journal of Personality Disorders*, 9(4), 304–317. <https://doi.org/10.1521/pedi.1995.9.4.304>
- Dweck, C. S. (2017). From needs to goals and representations: Foundations for a unified theory of motivation, personality, and development. *Psychological Review*, 124(6), 689–719. <https://doi.org/10.1037/rev0000082>
- Edwards, D., & Arntz, A. (2012). Schema therapy in historical perspective. *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy*, 3-26.
- Farrell, J. M., Shaw, I. A., & Webber, M. A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40(2), 317–328. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2009.01.002>
- Fraley, R. C., Waller, N. G., & Brennan, K. A. (2000). An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(2), 350–365. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.2.350>
- Gawda, B., & Czubak, K. (2018). Trait anxiety not acting as mediator in relationship between attachment and Cluster B personality disorders in criminal offenders. *Current Psychology*, 40(3), 1323–1335. <https://doi.org/10.1007/s12144-018-0063-9>
- Hazan, C. and Shaver, P. (1987) Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52: 511–24.
- Hengartner, M. P., von Wyl, A., Tanis, T., Halmi, W., Galynker, I., & Cohen, L. J. (2015). Severity of personality disorders and domains of general personality dysfunction related to attachment. *Personality and Mental Health*, 9(3), 195–207. <https://doi.org/10.1002/pmh.1297>
- Jacob, G. A., & Arntz, A. (2013). Schema Therapy for Personality Disorders—A Review. *International Journal of Cognitive Therapy*, 6(2), 171–185. <https://doi.org/10.1521/ijct.2013.6.2.171>
- Jacobs, I., Lenz, L., Dörner, S., & Wegener, B. (2019). How do schema modes and mode factors align with defense styles and personality disorder symptoms? *Personality*

- Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 10(5), 427–437. <https://doi.org/10.1037/per0000329>
- Jacobs, I., Lenz, L., Wollny, A., & Horsch, A. (2020). The Higher-Order Structure of Schema Modes. *Journal of Personality Disorders*, 34(3), 348–376. <https://doi.org/10.1521/pedi.2018.32.401>
- Kohut, H. (1972). Thoughts on Narcissism and Narcissistic Rage. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 27(1), 360–400. <https://doi.org/10.1080/00797308.1972.11822721>
- Leaf, R. C., DiGiuseppe, R., Ellis, A., Mass, R., Backx, W., Wolfe, J., & Alington, D. E. (1990). “Healthy” Correlates of MCMI Scales 4, 5, 6, and 7. *Journal of Personality Disorders*, 4(3), 312–328. <https://doi.org/10.1521/pedi.1990.4.3.312>
- Levy, K. N., & Johnson, B. N. (2018). Attachment and psychotherapy: Implications from empirical research. *Canadian Psychology / Psychologie Canadienne*, 60(3), 178–193. <https://doi.org/10.1037/cap0000162>
- Lobbestael, J., Arntz, A., & Sieswerda, S. (2005). Schema modes and childhood abuse in borderline and antisocial personality disorders. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36(3), 240–253. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2005.05.006>
- Lobbestael, J., Van Vreeswijk, M. F., & Arntz, A. (2008). An empirical test of schema mode conceptualizations in personality disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 46(7), 854–860. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.03.006>
- Lobbestael, 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(4), 437–458. <https://doi.org/10.1017/s1352465810000226>
- Lorenzini, N., & Fonagy, P. (2013). Attachment and Personality Disorders: A Short Review. *FOCUS*, 11(2), 155–166. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.11.2.155>
- MacDonald, K., Berlow, R., & Thomas, M. L. (2013). Attachment, affective temperament, and personality disorders: A study of their relationships in psychiatric outpatients. *Journal of Affective Disorders*, 151(3), 932–941. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.07.040>
- Millon, T. (1994). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.

- Millon, T., Davis, R. D., Millon, C., Escovar, L., & Meagher, S. (2000). *Personality disorders in modern life*. New York: Wiley.
- Neumann, E. (2017). Emotional Abuse in Childhood and Attachment Anxiety in Adult Romantic Relationships as Predictors of Personality Disorders. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 26(4), 430–443. <https://doi.org/10.1080/10926771.2017.1299826>
- Panzeri, M., Fontanesi, L., Busà, C., Carmelita, A., Ronconi, L., & Dadomo, H. (2018). A Contribution to Validation of the Short Schema Mode Inventory in an Italian Clinical Versus Non-clinical Population. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 37(2), 149–171. <https://doi.org/10.1007/s10942-018-0299-1>
- Picardi, A., Bitetti, D., Puddu, P., & Pasquini, P. (2000). La scala "Experiences in close relationships" (ECL), un nuovo strumento per la valutazione dell'attaccamento negli adulti: Traduzione, adattamento e validazione della versione italiana [Development and validation of an Italian version of the questionnaire "Experiences in Close Relationships," a new self-report measure of adult attachment]. *Rivista di Psichiatria*, 35(3), 114–120.
- Ravitz, P., Maunder, R., Hunter, J., Sthankiya, B., & Lancee, W. (2010). Adult attachment measures: A 25-year review. *Journal of Psychosomatic Research*, 69(4), 419–432. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.08.006>
- Riggs, S. A., Paulson, A., Tunnell, E., Sahl, G., Atkison, H., & Ross, C. A. (2007). Attachment, personality, and psychopathology among adult inpatients: Self-reported romantic attachment style versus Adult Attachment Interview states of mind. *Development and Psychopathology*, 19(01). <https://doi.org/10.1017/s0954579407070149>
- Simpson, J. A., Rholes, W. S., Eller, J., & Paetzold, R. L. (2021). Major principles of attachment theory. *Social psychology: Handbook of basic principles*, 222-239
- Skewes, S. A., Samson, R. A., Simpson, S. G., & van Vreeswijk, M. (2015). Short-term group schema therapy for mixed personality disorders: a pilot study. *Frontiers in Psychology*, 5. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01592>
- van Asselt, A., Dirksen, C., Arntz, A., & Severens, J. (2007). The cost of borderline personality disorder: societal cost of illness in BPD-patients. *European Psychiatry*, 22(6), 354–361. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2007.04.001>

- Van Genderen, H., Rijkeboer, M., & Arntz, A. (2012). Schemas, coping styles, and modes. *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research, and practice*, 27-40.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York: The Guilford Publications.
- *Young, J.E., Klosko, J.S. and Weishaar, M.E. (2005) *Schemagerichte Therapie. Handboek voor Therapeuten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Young, J., Arntz, A., Atkinson, T., Lobbestael, J., Weishaar, M., van Vreeswijk, M., & Klokman, J. (2007). *Schema mode inventory*. New York: Schema Therapy Institute.
- Zeigler-Hill, V., & Shackelford, T. K. (2020). *Encyclopedia of Personality and Individual Differences* (1st ed. 2020). Springer.

* Dei lavori contrassegnati con l'asterisco è stato possibile consultare solo l'abstract