



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione - DPSS

**Corso di Laurea Magistrale in Psicologia di Comunità, della Promozione
del Benessere e del Cambiamento Sociale**

Tesi di Laurea Magistrale

**Verso la terza versione dello *Schema Mode Inventory*
(SMI-3): un contributo italiano al progetto internazionale**

*Towards the third version of the Schema Mode Inventory (SMI-3): an Italian
contribution to an international project*

Relatrice
Prof.ssa Marta Panzeri

Laureanda: Angela Belluzzi
Matricola: 2056110

Anno Accademico 2022/2023

SOMMARIO

INTRODUZIONE	5
CAPITOLO 1 – SCHEMA THERAPY	7
1.1 SCHEMA THERAPY	7
1.2 SCHEMI MALADATTIVI PRECOCI (SMP)	8
1.3 MODALITÀ E RISPOSTE DI COPING MALADATTIVE	9
1.3.1. TRE MODALITÀ DI COPING MALDATTIVE.....	9
1.3.2. LE RISPOSTE DI COPING.....	10
1.4 IL CONCETTO DI MODE	10
CAPITOLO 2 - NUOVA CONCETTUALIZZAZIONE DELLA TEORIA DELLA SCHEMA THERAPY	13
2.1. I BISOGNI EMOTIVI DI BASE	13
2.2. IL <i>COPING</i>	16
2.2.1. VALUTAZIONE DELLE ETICHETTE DELLE MODALITÀ DI <i>COPING</i>	18
2.3. UNA NUOVA RIFORMULAZIONE DELLA TEORIA DELLA SCHEMA THERAPY	20
2.3.1. SMP DELL'ABBANDONO/INSTABILITÀ	21
2.4. TASSONOMIA DEI MODE	24
CAPITOLO 3 – PROTOCOLLO DI RICERCA.....	28
3.1 OBIETTIVI	29
3.2 DEFINIZIONE DELLE DOMANDE DI RICERCA	30
3.3. TEAM DI RICERCA	31
3.4. PIANO DI RICERCA	32
3.4.1. FASE 1.....	32
3.4.2. FASE 2.....	33

3.4.3. FASE 3.....	34
3.4.4. FASE 4.....	34
3.5. CRONOLOGIA GLOBALE	35
3.6. PARAMETRI PRINCIPALI E SECONDARI	35
3.7. PROCEDURE DI SOMMINISTRAZIONE E RACCOLTA DATI.....	36
3.8. CONSENSO INFORMATO.....	36
3.9. DIFFUSIONE E IMPLEMENTAZIONE.....	37
3.10. IMPATTI ATTESI.....	37
CAPITOLO 4 – UN CONTRIBUTO ALLA COSTRUZIONE DELLO SMI-3: COSTRUZIONE DI NUOVI MODE BAMBINO.....	
4.1 GRUPPI DI LAVORO.....	39
4.2. CONTRIBUTO ITALIANO DEL GRUPPO DI LAVORO 6	41
4.2.1. BAMBINO TRASCURATO	44
4.2.2. BAMBINO VITTIMIZZATO	48
4.2.3. BAMBINO CONFUSO.....	50
CONCLUSIONI.....	54
BIBLIOGRAFIA	55
APPENDICE A.....	59
APPENDICE B.....	62
APPENDICE C.....	71

INTRODUZIONE

La *Schema Therapy* (ST) è un'estensione della Terapia Cognitivo-Comportamentale (TCC) che integra in una teoria coerente elementi di scuole differenti, la letteratura sull'attaccamento e altre teorie evoluzionistiche. Inoltre, la ST si configura come un trattamento straordinariamente efficace per i Disturbi della Personalità (DP) e ha acquisito una notevole popolarità su scala globale. Tuttavia, le fondamenta teoriche della ST necessitano di un rinnovamento. L'aggiornamento non solo amplifica la comprensione dei DP, ma permette anche un miglioramento nel trattamento di una vasta gamma di patologie della personalità. In aggiunta, rimane incerto se i costrutti cardine della ST siano applicabili in tutte le culture. Pertanto, risulta cruciale investigare la validità interculturale del modello di patologia DP alla base della ST e degli strumenti validi a livello interculturale per valutare i costrutti centrali della ST.

Recentemente, un gruppo di esperti a livello internazionale ha avanzato una riformulazione della teoria fondamentale alla base della Schema Therapy (ST). In breve, questa riformulazione ha comportato: (i) l'espansione degli Schema Maladattivi Precoci (SMP) con nuove strutture concettuali, fondate su premesse teoriche ed evidenze empiriche; (ii) un affinamento della definizione delle modalità di coping con gli SMP attraverso azioni mentali interne; e (iii) la formulazione di nuovi schema mode basati sull'applicazione sistematica della teoria rivisitata.

Questi tre pilastri fondamentali della teoria della ST sono solitamente esaminati tramite strumenti di autovalutazione: gli SMP con lo *Young Schema Questionnaire* (YSQ; Young, 2003); lo schema coping tramite lo *Schema Coping Inventory* (SCI; Rijkeboer *et al.*, 2010); e gli schema mode attraverso lo *Schema Mode Inventory* (SMI; Young *et al.*, 2007; Lobbestael *et al.*, 2010). Benché YSQ e SMI siano stati validati in diverse lingue (Oei *et al.*, 2007; Yalcin *et al.*, 2022; Matos *et al.*, 2018), è stato necessario rivederli ed ampliarli, tenendo conto delle evoluzioni teoriche. Pertanto, è stato avviato un progetto di portata internazionale per la revisione ed espansione di tali misurazioni.

Nel contesto di questo elaborato, l'attenzione verrà rivolta in modo specifico all'elaborazione della terza versione dello *Schema Mode Inventory* (SMI-3), in particolare al contributo che è stato dato da parte di uno degli otto gruppi di lavoro di questo studio, ossia il gruppo di lavoro 6. Quest'ultimo aveva come obiettivo principale quello di creare nuovi item per gli schema mode del Bambino Trascurato, del Bambino Vittimizzato e del Bambino Confuso. Inoltre, i membri di questo gruppo hanno attentamente verificato che tali item non si sovrapponevano a quelli degli altri mode Bambino.

L'elaborato inizierà con una panoramica teorica sulla Schema Therapy, seguita dall'illustrazione della nuova formulazione di questa terapia. Saranno descritti in dettaglio i passaggi coinvolti nella creazione degli item rappresentativi dei nuovi mode sviluppati. Successivamente, verranno esaminati i processi di traduzione e validazione ai quali tali item sono stati sottoposti.

CAPITOLO 1 – SCHEMA THERAPY

1.1 SCHEMA THERAPY

Durante la fine del secolo scorso, Jeffrey Young (1990-1999) e colleghi hanno sviluppato la *Schema Therapy* (ST) che consiste in un modello teorico e in un approccio terapeutico innovativo che integra e amplia la Terapia Cognitivo-Comportamentale (TCC) e le teorie su cui essa si basa. Infatti, è stata sviluppata prendendo spunto da diversi altri modelli teorici, quali la teoria dell'attaccamento e la teoria costruttivista (Young *et al.*, 2003). Inoltre, sono state integrate tecniche di diverse scuole, come la scuola della Gestalt, al fine di ampliare i confini della TCC tradizionale (Barlow, 2001) e riuscire a ottenere un modello terapeutico efficace nel trattamento di personalità.

La TCC, infatti, è stata concepita per trattare quei casi che presentano una sintomatologia facilmente identificabile e questo non permette di utilizzarla con pazienti che presentano aspetti di personalità patologici, poiché presentano problemi vaghi e cronici (ansia, depressione, insoddisfazione costante, difficoltà a vivere relazioni di coppia durature, difficoltà a realizzarsi in campo professionale, senso di vuoto...) (Ball e Young, 2000). Rispetto alla TCC, la ST – che può essere di breve, media o lunga durata – dà maggiore importanza all'analisi delle diverse fasi dello sviluppo del disturbo (a partire dall'infanzia o dall'adolescenza), alla sfera emotiva, alla relazione terapeutica e alle modalità di coping disfunzionali utilizzando nuove tecniche cognitive ed esperienziali basate sull'immaginazione e il dialogo interiore per la regolazione delle emozioni (ad esempio, il confronto empatico, rielaborazione immaginativa e le tecniche delle sedie), tipicamente utilizzate nella Gestalt e nello Psicodramma (Jacob e Arntz, 2013; Arntz e Jacob, 2012; Dadomo *et al.*, 2016; Gregucci *et al.*, 2020). L'utilità di queste tecniche vanta il supporto di nuovi studi neuroscientifici che attestano l'efficacia della ST in sede di trattamento, a dimostrazione di come il terapeuta possa stimolare l'attivazione di meccanismi *top-down* della corteccia prefrontale in modo da regolare le aree subcorticali imputate nell'attivazione emotiva (Gregucci *et al.*, 2020). Tali pratiche sono state concepite a partire da alcuni dei principali presupposti delle scuole psicodinamiche e psicoanalitiche, le quali si concentrano largamente sulle problematiche pregresse dell'individuo (Arntz e

Jacob, 2012). Questo tipo di terapia, però, deve essere spesso affiancata da altri tipi di intervento, come il trattamento farmacologico e la TCC standard, perché si focalizza sul trattamento degli aspetti patologici di personalità che sottostanno ai disturbi o li mantengono attivi, piuttosto che sui sintomi psichiatrici acuti (come la depressione maggiore o gli attacchi di panico ricorrenti). In generale, la *Schema Therapy* è efficace, oltre che per i disturbi di personalità gravi, nel trattamento dei problemi cronici di ansia e depressione, dei disturbi alimentari, delle problematiche di coppia e delle difficoltà relazionali. Inoltre, viene utilizzata nei percorsi di riabilitazione dei criminali e nella prevenzione della ricaduta nei tossicodipendenti (Brockman *et al.*, 2023; Young *et al.*, 2003; Dadomo *et al.*, 2018).

1.2 SCHEMI MALADATTIVI PRECOCI (SMP)

Inizialmente, il focus principale della *Schema Therapy* erano l'individuazione e la modificazione di alcuni aspetti psicologici profondi, detti Schemi Maladattivi Precoci (SMP). Secondo Young (1990, 1999), gli SMP sono tipici dei soggetti che presentano tratti patologici di personalità e vengono definiti come delle rappresentazioni mentali disfunzionali che si formano durante lo sviluppo precoce come il risultato dell'interazione nel bambino di fattori temperamentali e di fattori ambientali avversi (ad esempio, abuso, negligenza o *parenting* disfunzionale).

In breve, nella ST, si pensa che quando durante l'infanzia non vengono soddisfatti adeguatamente i bisogni emotivi universali questo causi lo sviluppo di psicopatologia cronica o caratterologica. Young e Colleghi (2003) hanno ipotizzato che ci sono cinque bisogni emotivi essenziali per uno sviluppo sano: (1) *legami stabili con gli altri*; (2) *autonomia, senso di competenza e d'identità*; (3) *libertà di esprimere i bisogni e le emozioni fondamentali*; (4) *spontaneità e gioco*, e (5) *limiti realistici e autocontrollo*. Quando questi bisogni non vengono soddisfatti, per il bambino c'è un rischio crescente di formare schemi maladattivi sul sé, sugli altri e sul mondo che interferiscono con un adattamento sano nel corso della vita. Sono stati formulati diciotto schemi e in seguito raggruppati in cinque domini, che corrispondono ai bisogni ipotizzati menzionati in precedenza. Inoltre, la teoria afferma che ci sono stimoli specifici che possono attivare gli SMP e quando questi ultimi vengono attivati del tutto domineranno il sentire e il

processare le informazioni delle persone. Le risposte comportamentali non sono ipotizzate come essere parte degli SMP, ma sono una conseguenza della loro attivazione.

Nella pratica, quando si applica la ST, si cerca di ricostruire lo sviluppo degli SMP a partire dalla prima infanzia fino ad arrivare al presente, prestando particolare attenzione alle relazioni interpersonali del paziente. In questo modo, il paziente dovrebbe riuscire a rendere egodistonici i propri tratti di personalità disfunzionali e, di conseguenza, essere facilitato nel modificarli anche grazie all'utilizzo di strategie cognitive, emotive, comportamentali e interpersonali. Quando il paziente mette in atto i meccanismi disfunzionali tipici dello SMP, si cerca di fargli ricordare in modo empatico i vantaggi che otterrebbe dal cambiamento. Inoltre, grazie a un parziale *reparenting* da parte del terapeuta, si cercano di colmare, in parte, le carenze che il paziente ha subito durante l'infanzia.

1.3 MODALITÀ E RISPOSTE DI COPING MALADATTIVE

1.3.1. TRE MODALITÀ DI COPING MALDATTIVE

Le modalità di coping si sviluppano nelle prime fasi della vita per consentire al paziente di affrontare l'attivazione attuale o imminente/potenziale degli SMP ed evitare le emozioni intense e violente che questi generalmente procurano (Young *et al.*, 2003). Nella *Schema Therapy*, vengono differenziati gli SMP e le risposte di coping, principalmente perché ogni persona reagisce allo stesso SMP con stili di coping diversi a seconda delle situazioni e delle fasi di vita e, al contrario degli SMP, le risposte di coping non rimangono necessariamente stabili nel tempo. Inoltre, mentre gli SMP contengono i ricordi, le emozioni, le sensazioni somatiche e i pensieri dell'individuo, le risposte di coping sono principalmente comportamentali. Nonostante ciò, è importante sottolineare che alcuni pazienti utilizzano strategie cognitive ed emotive che non fanno parte degli SMP, ma delle risposte di coping.

Nel modello di Young (Young *et al.*, 2003), vengono descritte tre modalità di *coping* maladattive: (1) resa (arrendersi all'attivazione dello SMP ed accettarlo come reale); (2) evitamento (evitare o scappare dall'attivazione dello SMP attraverso risposte mentali o comportamentali); (3) ipercompensazione (la persona cerca di combattere lo SMP

convincendosi che l'opposto dello SMP sia vero). È importante sottolineare come in questo caso con il termine coping si denota il modo in cui la persona affronta un'esperienza interna (mentale), cioè l'attivazione di uno SMP, e non riguarda il modo in cui una persona affronta situazioni esterne. Inoltre, secondo la teoria di Young, le risposte di coping sono generalmente automatiche e le persone non necessariamente fanno scelte cosce per utilizzarle.

1.3.2. LE RISPOSTE DI COPING

Le strategie di coping comprendono comportamenti o strategie specifiche attraverso i quali una persona può adottare uno dei tre principali stili di coping; tutte quelle particolari modalità attraverso cui un individuo opta per l'ipercompensazione, l'evitamento o la resa in risposta alla percezione di attivazione dello schema (Young *et al.*, 2003). L'uso regolare di alcune strategie di coping definisce lo stile di coping, che rappresenta una caratteristica stabile, unica alla persona, diversamente dalla risposta di coping che può variare a seconda della situazione. Pertanto, uno stile di coping è l'insieme delle strategie di coping che una persona utilizza di solito per evitare, ipercompensare o arrendersi a uno SMP; una risposta di coping è, invece, la strategia o il comportamento specifico che una persona adotta in un dato momento.

1.4 IL CONCETTO DI MODE

Il concetto di mode¹ è nato dall'esperienza acquisita nel lavoro svolto con pazienti affetti da disturbo borderline di personalità, ma si è sviluppato nel tempo attraverso lo studio e il trattamento di molte altre categorie diagnostiche (Young *et al.*, 2003). Gli schema mode sono le risposte di coping adattive e maladattive agli SMP e, a differenza degli SMP che sono principalmente di tipo trattoriale, descrivono lo stato emotivo-cognitivo-comportamentale della persona, includono il comportamento e sono connessi più direttamente ai problemi (sintomi) del paziente. I mode sono l'insieme di schemi e relative operazioni (adattive o maladattive) attivi in una persona in un determinato momento e possono essere composti principalmente o da schemi o da risposte di coping.

¹ Il termine mode potrebbe essere tradotto in italiano con "modalità espressiva" o "modalità organizzativa", ma entrambe le traduzioni non ne rendono completamente il senso, per cui è risultato adeguato mantenere il termine in inglese (Young *et al.*, 2003)

In base alle situazioni, alcuni schemi e le relative risposte di coping rimangono inattivi o latenti, mentre altri si attivano, influenzando l'umore e il comportamento.

Il modello della ST prevede una costante analisi sia dei mode adattivi che di quelli maladattivi, anche perché ogni paziente mostra dei mode specifici, a partire dai quali è possibile risalire a particolari raggruppamenti di schemi o risposte di *coping*. Young e Colleghi (2003) hanno proposto dieci tipi di mode che possono essere raggruppati in 4 categorie: i mode Bambino, i mode di *coping* disfunzionale, i mode Genitore disfunzionale e il mode Adulto funzionale.

Da una parte, i mode Bambino sono innati e sono fortemente legati agli SMP. In questo tipo di mode la persona si sente, pensa e si comporta come un bambino o una bambina. I mode Bambino identificati da Young sono il Bambino Vulnerabile, il Bambino Arrabbiato, il Bambino Impulsivo/Indisciplinato e il Bambino Felice. Dall'altra parte, ci sono i mode di *coping* disfunzionale che denotano l'essere in uno stato in cui si cerca di scappare o compensare il dominio degli SMP. In questo tipo di mode rientrano il Protettore Distaccato, l'Ipercompensatore e l'Arreso Compiacente. In seguito, sono stati individuati i mode Genitore Disfunzionale che sono mode interni parentali che descrivono stati in cui la persona fa esperienza di eccessiva punizione del sé o di richieste estreme per raggiungere obiettivi o standard troppo elevati. Si ipotizza che i mode Genitore Disfunzionale risultino dall'internalizzazione di standard morali disfunzionali e siano legati al comportamento dei *caregiver*. Infine, il mode Adulto Funzionale è quello che si cerca di rafforzare con la terapia, insegnando alla persona a moderare o guidare i mode disfunzionali. È importante evidenziare il fatto che i primi tre mode disfunzionali, escludendo il mode Bambino Felice, sono una combinazione degli SMP attivati e una modalità di *coping*. Uno degli obiettivi principali del percorso terapeutico diventerà quello di aiutare il paziente a passare da un mode disfunzionale a un mode funzionale. In particolare, si parla di mode disfunzionali quando determinati schemi o risposte di *coping* maladattivi emergono sotto forma di emozioni negative, risposte di evitamento o comportamenti autodistruttivi che influenzano la risposta dell'individuo e ne determinano il funzionamento emotivo e comportamentale. Per poter passare da un mode disfunzionale

a un mode funzionale è necessario attivare gli schemi o le risposte di *coping* che prima erano latenti.

Data l'utilità del modello degli schema mode, c'è un bisogno sempre più forte tra i clinici e i ricercatori nel mondo di una tassonomia comprensiva cross-culturale di mode. Argomento che verrà approfondito nel prossimo capitolo.

CAPITOLO 2 - NUOVA CONCETTUALIZZAZIONE DELLA TEORIA DELLA SCHEMA THERAPY

Come è stato detto nel capitolo precedente, la *Schema Therapy* (ST) è un'estensione della Terapia Cognitivo-Comportamentale (TCC) che integra elementi di scuole differenti (ad esempio, terapie esperienziali e psicodinamiche), la letteratura sull'attaccamento e altre teorie evoluzionistiche in una teoria coerente. Inoltre, la *Schema Therapy* (ST) si configura come un trattamento straordinariamente efficace per i Disturbi della Personalità (DP) e ha acquisito una notevole popolarità su scala globale. Tuttavia, le fondamenta teoriche della ST necessitano di un rinnovamento. L'aggiornamento non solo amplifica la comprensione dei DP, ma permette anche un miglioramento nel trattamento di una vasta gamma di patologie della personalità. In aggiunta, rimane incerto se i costrutti cardine della ST siano applicabili in tutte le culture. Pertanto, risulta cruciale investigare la validità interculturale del modello di patologia DP alla base della ST e degli strumenti validi a livello interculturale per valutare i costrutti centrali della ST.

Un gruppo di ricercatori olandesi ha istituito un *team* internazionale, costituito da Arnoud Arntz, Marleen Rijkeboer, Edward Chan, Eva Fassbinder, Alp Karaosmanoglu, Christopher William Lee e Marta Panzeri - che provengono da vari *background* culturali, all'interno del quale è stata concepita una riformulazione della teoria con implicazioni che possono essere soggette a verifica (Arntz *et al.*, 2021). In sintesi, è stata suggerita la revisione che verrà in seguito descritta passo per passo.

2.1. I BISOGNI EMOTIVI DI BASE

Innanzitutto, per valutare i fondamenti teorici della ST, si è cercato di analizzare i bisogni emotivi di base descritti da Young ((1) *legami stabili con gli altri*; (2) *autonomia, senso di competenza*; (3) *libertà di esprimere i bisogni e le emozioni fondamentali*; (4) *spontaneità e gioco*, e (5) *limiti realistici e autocontrollo*) e localizzarli entro la tassonomia di Dweck (2017), costruendo una mappa che mostra la relazione tra i due. Infatti, nella teoria di Dweck sui bisogni emotivi di base, l'autrice afferma che essi sono importanti nello sviluppo della personalità, utilizzando costrutti simili agli schemi e ai

mode. In particolare, Dweck ha elaborato una teoria moderna sui bisogni emotivi che integra motivazione, personalità e sviluppo psicologico e socioculturale, e unifica gli aspetti sui bisogni emersi dalla già vasta letteratura che tratta di bisogni emotivi di base umani, sintetizzata in varie revisioni (ad esempio, Baumeister e Leary, 1995; Deci e Ryan, 2000; Pittman e Zeigler, 2007). In breve, in questa teoria l'autrice definisce sette bisogni emotivi di base e ne discute le evidenze empiriche. I bisogni emozionali di base che sono risultati essere più basilari nello sviluppo sono l'accettazione, la prevedibilità e la competenza; quando questi bisogni non vengono soddisfatti si rischia di non riuscire a svilupparsi correttamente. A partire da questi tre bisogni base si vanno a formare altri tre bisogni complementari (fiducia, controllo e autostima) che sono il risultato della combinazione di coppie dei bisogni di base.

Dopo aver analizzato i bisogni proposti da Young e quelli proposti da Dweck è stata proposta l'integrazione dei bisogni mancanti e degli SMP che sono emersi quando tali bisogni non sono stati soddisfatti nel corso dello sviluppo. Di seguito, verrà analizzato in che modo i bisogni identificati da Young vengono mappati nel sistema di Dweck.

1. *Legami stabili con gli altri (bisogno di protezione, stabilità, cura e accettazione).* Questo bisogno si sovrappone al dominio dei bisogni di accettazione, prevedibilità e fiducia individuati da Dweck. Infatti, si riferisce al bisogno innato del bambino o della bambina di essere supportato e accettato dai caregiver, e a quello di un ambiente prevedibile. Quando il supporto e l'accettazione non vengono soddisfatti, il bambino o la bambina potrebbe sviluppare degli SMP di deprivazione emotiva, isolamento sociale e/o vergogna. Invece, quando non si trova un ambiente prevedibile si parla dello SMP di Abbandono/Instabilità e/o Sfiducia/Abuso.
2. *Autonomia, senso di competenza e d'identità.* Questo si sovrappone all'area del sistema di Dweck in cui stanno competenza, controllo e autostima/status. È il bisogno di sviluppare un senso di essere capaci di prendere decisioni indipendenti, scoprire il mondo, superare i problemi e formare un senso di identità come persona indipendente con competenze specifiche.
3. *Libertà di esprimere i bisogni e le emozioni fondamentali.* Per riuscire ad esprimere bisogni, opinioni ed emozioni il bambino o la bambina deve aspettarsi

che tale comportamento sarà accettato. Inoltre, il bambino o la bambina deve avere il senso di competenza che gli o le permetta di verbalizzare i bisogni. Infine, il bambino o la bambina deve fare esperienza di un certo status sociale e provare autostima per sentirsi socialmente libero o libera di esprimere bisogni, opinioni ed emozioni e questo gli o le permetterà di costruirsi autostima e status. Quindi, questo bisogno si sovrappone a quello che Dweck definisce accettazione, competenza e autostima/status.

4. *Spontaneità e gioco.* Sia negli umani che negli animali il gioco è un modo per sviluppare competenza. Il bisogno di spontaneità e gioco, quindi, può essere posizionato nell'area di Dweck della competenza.
5. *Limiti realistici e autocontrollo.* È grazie a limiti realistici che il bambino o la bambina riesce a fare esperienze di competenza e controllo. Questo bisogno può essere posizionato nell'area di prevedibilità, competenza e controllo nella tassonomia di Dweck.

Come si può notare, i bisogni descritti da Young e quelli descritti da Dweck si sovrappongono. Nonostante ciò, nella panoramica dei bisogni di Young non è incluso il bisogno di coerenza di sé, il quale incorpora i due aspetti distinguibili dell'identità e del significato. Per questo motivo, nella nuova concettualizzazione, è stato proposto di aggiungere questi due bisogni e i loro rispettivi SMP, Mondo Incomprensibile e Sé Incomprensibile².

La discussione nel gruppo di lavoro ha rivelato che nell'elenco di bisogni di Young mancava un altro bisogno importante: il bisogno di giustizia. Si presume che questo bisogno promuova la cooperazione con individui conosciuti individualmente, sia negli esseri umani (Starmans *et al.*, 2017) sia negli in alcune specie animali come scimmie, cani e uccelli (Brosnan e de Waal, 2014). Osservazioni cliniche indicano che la frustrazione del bisogno di giustizia può portare a gravi problemi emotivi e studi empirici hanno documentato associazioni tra l'iniquità (disuguaglianza, ingiustizia) e problemi di salute mentale e fisiologica (Prilleltensky, 2013) e dimostrato che il bisogno di giustizia è evidente già nella prima infanzia (McAuliffe *et al.*, 2017). Si potrebbe sostenere che il

² Gli SMP del Mondo Incomprensibile e del Sé Incomprensibile in precedenza erano stati formulati come Mancanza di Mondo Significativo e Mancanza di Coerenza del Sé.

bisogno di giustizia sia solo una parte del bisogno di fiducia, o di prevedibilità nel modello di Dweck, e del bisogno di sicurezza nel modello di Young. Tuttavia, data la specificità di questo bisogno per le specie (compresi gli esseri umani) che dipendono dalla cooperazione individuale, gli specifici fattori scatenanti e la specifica risposta primaria (protesta, rifiuto, rabbia, cfr. Brosnan e de Waal, 2014), è stato ritenuto utile postularlo come un bisogno separato. Si noti che il bisogno di fiducia è più legato all'affiliazione sociale prevedibile che alla cooperazione. Inoltre, si noti che la giustizia implica la prevedibilità, ma la prevedibilità non implica la giustizia: un trattamento ingiusto può essere altamente prevedibile.

Per questo motivo è stato proposto un bisogno di base di giustizia che, se non soddisfatto, può portare allo sviluppo di uno SMP dell'ingiustizia che è caratterizzato da una rappresentazione (a) del mondo (incluso, ma non necessariamente limitato alle altre persone) come ingiusto e iniquo, (b) della società come priva di giustizia, che quindi non corregge coloro che si comportano in modo ingiusto, e (c) del sé come vittima (continua) dell'ingiustizia. L'ultimo aspetto è essenziale, in quanto rappresenta il dolore emotivo che fa parte di questo SMP (si veda anche Ellis e Ellis, 2011). L'attivazione di questo schema porterà a sentimenti di indignazione e rabbia combinati con l'impotenza. Per le persone con questo SMP potrebbe essere difficile affrontare anche lievi esperienze di ingiustizia. Ci si aspetta che questo SMP sia caratteristico delle persone che si comportano in modo vittimistico e provano facilmente risentimento a causa della (percepita) disparità di trattamento tra loro e gli altri.

2.2. IL COPING

Il secondo passo per arrivare a una nuova concettualizzazione della ST è stato analizzare la natura del *coping* nel modello di Young evidenziando la confusione che circonda questo concetto. Secondo la ST, le modalità di *coping* si sviluppano nelle prime fasi della vita per consentire alle persone di affrontare l'attivazione attuale o potenziale degli SMP ed evitare le emozioni intense e violente che questi generalmente procurano. Questo modo di reagire agli SMP porta a sentirsi, pensare e comportarsi in uno certo modo che viene chiamato Schema Mode, spiegati nel primo capitolo di questo elaborato. Nel modello di Young, vengono descritte tre modalità di *coping* maladattive: (1) Resa (arrendersi

all'attivazione dello SMP ed accettarlo come reale); (2) Evitamento (evitare o scappare dall'attivazione dello SMP attraverso risposte mentali o comportamentali); (3) Ipercompensazione (la persona cerca di combattere lo SMP convincendosi che l'opposto dello SMP sia vero).

Il gruppo di lavoro ha esaminato due studi, il primo condotto da Rijkeboer e Lobbestael (2012) e il secondo da Van Wijk-Herbrink e colleghi (2018a, b), i quali hanno testato il modello che suggerisce che il modo di gestire l'attivazione degli SMP influenzi la relazione tra gli SMP e gli schema mode. Entrambi gli studi hanno impiegato lo *Schema Coping Inventory* (Rijkeboer *et al.*, 2010) per valutare la modalità di coping che le persone tendono ad adottare quando uno SMP viene attivato e i risultati hanno confermato la teoria originale di Young e colleghi (2003). Nonostante ciò, è emerso un problema in entrambi i casi, ovvero il fatto che lo *Schema Coping Inventory* include una sottoscala per l'ipercompensazione che, a posteriori, sembra valutare l'esternalizzazione (quindi una risposta di tipo combattivo), mettendo in luce la confusione riguardo alla definizione delle modalità di coping nella teoria della ST. In seguito, si procederà a sviluppare ulteriormente questi concetti.

Secondo Young, i tre approcci per gestire l'attivazione degli SMP risultano psicologicamente analoghi alle risposte innate di sopravvivenza negli animali di fronte a minacce gravi: lotta (correlata all'ipercompensazione), fuga (associata all'evitamento) e congelamento (equiparabile alla resa). Tuttavia, emerge una relazione poco chiara tra tali risposte innate di difesa contro minacce esterne acute e i processi mentali che le persone possono adottare per affrontare l'attivazione degli SMP, generando incertezza.

Nel contesto della teoria degli schemi, è essenziale delineare come le persone affrontino l'attivazione degli SMP, la quale principalmente svolge una funzione intrapsichica piuttosto che una funzione legata alla gestione di minacce esterne. Ciononostante, circostanze esterne possono scatenare l'attivazione degli SMP che, attraverso la modalità in cui un individuo regola questa attivazione, conducono a uno schema mode che incorpora risposte comportamentali. Queste risposte possono implicare azioni dirette verso le circostanze esterne e, quindi, coinvolgere la gestione dell'ambiente esterno. Tuttavia, giacché è lo SMP a conferire significato alla situazione esterna, il processo di

coping che si sta delineando si indirizza principalmente allo SMP. In altre parole, il modo in cui si affronta la situazione esterna è un riflesso del modo in cui si affronta l'attivazione (percepita come minacciosa) dello SMP.

Per esempio, in una situazione di abbandono, minacciare aggressivamente qualcun altro affinché non lasci la persona può fungere da prevenzione nei confronti dell'insostenibile sensazione di abbandono secondo lo schema dell'abbandono. Da ciò emerge la conclusione che è verso lo SMP che si indirizza il processo di *coping*. Pertanto, è importante sottolineare che il termine *coping* nella teoria ST si riferisce alla gestione dell'attivazione degli SMP.

2.2.1. VALUTAZIONE DELLE ETICHETTE DELLE MODALITÀ DI *COPING*

Inoltre, si è avanzata la necessità di ridefinire e rinominare alcuni concetti, tra cui quello di resa, di ipercompensazione e di evitamento. Questa modifica mira a renderli più idonei per tutte le categorie di SMP, evitando di fare confusione con il *coping* associato alla minaccia interpersonale (poiché nella teoria della ST il "*coping* schematico" si riferisce a un processo intrapsichico che affronta l'attivazione degli SMP) e per ridurre sovrapposizioni con i due tipi di temperamento (internalizzante vs esternalizzante).

L'ipotesi che l'ipercompensazione possa essere considerata l'equivalente psicologico di una reazione di resistenza a un aggressore, mentre la resa rappresenti l'equivalente psicologico di una reazione di sottomissione a un aggressore, ha suscitato incertezze sia riguardo al tipo di risposta che all'emozione a essa associata (ad esempio, la reazione di resistenza e rabbia associata all'ipercompensazione, e la reazione di sottomissione e paura associata alla resa). Ciò ha altresì generato confusione per quanto concerne la funzione intrinseca dell'ipercompensazione e della resa (tra cui il rifiuto dell'attivazione dello SMP attraverso l'adozione della credenza opposta nell'ipercompensazione e la fiducia nell'attivazione dello SMP attraverso la resa).

Per esempio, alcune interpretazioni considerano qualsiasi manifestazione di rabbia o esternalizzazione come risultato di un processo di ipercompensazione (per esempio, il mode Bambino Arrabbiato viene visto come esito di un processo di ipercompensazione di uno specifico SMP), in quanto vi è una sensazione di resistenza e protesta. Al contrario,

altre visioni interpretano tutti i mode Bambino, inclusi i comportamenti esternalizzanti, come risposte di resa all'attivazione dell'SMP, in quanto si crede nell'autenticità dello SMP stesso. Naturalmente, con quest'ultima prospettiva, sembra strano che la resa possa tradursi in stati di rabbia e protesta.

In aggiunta, con l'approccio che associa l'ipercompensazione alla lotta e, quindi, alla rabbia, risulta difficile applicare il concetto di ipercompensazione agli SMP delle Pretese, degli Standard Severi e della Punizione.

Pertanto, il gruppo di lavoro ha proposto di utilizzare i seguenti termini per le tre modalità (disadattive) di *coping* dell'attivazione dello SMP, con l'obiettivo di sottolineare la funzione intrapsichica che hanno:

1. Rassegnazione anziché resa per descrivere gli schema mode in cui la persona si arrende all'attivazione dello SMP e crede pienamente allo SMP.
2. Evitamento per le strategie mentali caratterizzate dall'evitamento o dalla fuga dall'attivazione dello SMP.
3. Inversione invece di ipercompensazione per delineare le strategie mentali in cui la persona affronta l'attivazione dello SMP credendo che sia vero il contrario dello SMP.

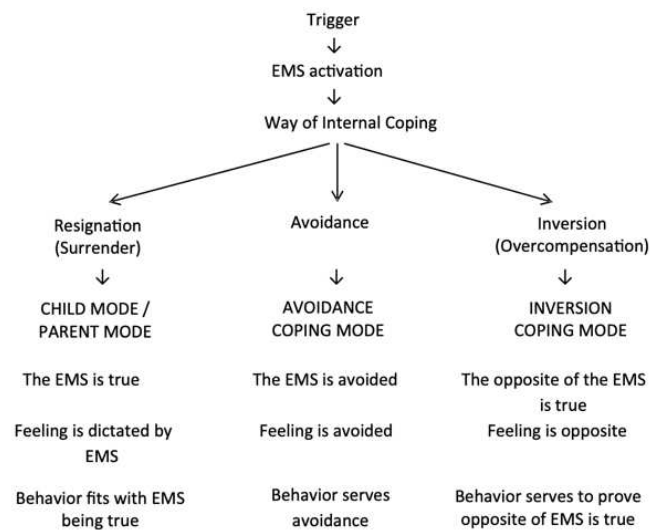
È importante evidenziare che l'attivazione dello schema non segue una semplice distinzione binaria, ma si manifesta su un continuum dimensionale. Quando uno schema raggiunge un certo grado di attivazione, gli individui possono reagire in modo maturo e equilibrato, il che porta a mode sani come l'Adulto Sano. Nonostante l'importanza di gestire in modo salutare l'attivazione del SMP e le modalità sane a essa correlate, in questo elaborato ci si focalizzerà principalmente sulle strategie mentali non adattive utilizzate per gestire l'attivazione del SMP e sugli schema mode disfunzionali che ne derivano.

Data l'importanza degli schema mode, dopo aver analizzato la natura del *coping* nel modello di Young, si sono cercate di definire delle linee guida teoriche per costruire un set comprensivo di schema mode. In seguito, verrà riportata la proposta che è stata fatta di un set di schema mode basato su questa nuova formulazione della teoria della ST e verrà discusso come questa nuova formulazione può essere testata empiricamente.

2.3. UNA NUOVA RIFORMULAZIONE DELLA TEORIA DELLA SCHEMA THERAPY

Gli approcci moderni di Schema Therapy si basano sul modello degli schema mode. Questi sono centrali all'applicazione della Schema Therapy soprattutto con persone con disturbi più gravi, in quanto aiutano a far comprendere in che stato si trova la persona e i cambiamenti spesso improvvisi tra questi stati che colpiscono le persone. Inoltre, gli attuali protocolli della schema therapy descrivono tecniche specifiche che possono essere applicate per mode specifici. La ricerca ha dimostrato che sia le persone che i clini si rendono conto dell'utilità del modello degli schema mode nel corso del trattamento, riuscendo a formare un modello meta-cognitivo dei problemi della persona e a guidare il processo del trattamento (de Klerk *et al.* 2017; Tan *et al.* 2018).

Fig. 1 Il modello riformulato degli schema mode (fonte: Arntz et al., 2021, p. 8)



La nuova formulazione del modello degli schema mode, che è rappresentata schematicamente nella Figura 1, prevede che un fattore scatenante dia origine all'attivazione o alla minaccia di attivazione di uno SMP e questo stato di attivazione dello SMP venga affrontato mediante modalità di *coping* specifiche: rassegnazione, evitamento o inversione, dalle quali emergono successivamente i vari schema mode elencati. Oltre

agli aspetti funzionali e motivazionali, ogni schema mode presenta componenti cognitive, emotive e comportamentali distinte:

1. Contenuto cognitivo: lo SMP viene ritenuto vero (rassegnazione), il contenuto dello SMP viene evitato a livello cognitivo (evitamento), oppure si sviluppa la credenza opposta allo SMP (inversione).
2. Sentimenti: l'esperienza emotiva è influenzata dallo SMP (rassegnazione), si tende a evitare il sentimento associato (evitamento), oppure il sentimento si discosta dalla risposta emotiva attesa in base allo SMP (inversione).
3. Comportamenti: il comportamento si allinea con la validità dello SMP (rassegnazione), si adotta un comportamento volto a proteggersi dall'attivazione completa dello SMP (evitamento), oppure il comportamento è orientato a dimostrare la validità opposta dello SMP (inversione).

Va notato che, secondo questa prospettiva, sia il Critico Punitivo che il Critico Esigente³ (in precedenza noti come Genitore Punitivo e Genitore Esigente) derivano entrambi dalla rassegna all'attivazione rispettivamente dello SMP Punizione e dello SMP Standard Severi. Questo principio si applica anche ai Mode Bambino; per esempio, la rassegna all'attivazione dello SMP Abbandono/Instabilità conduce al mode Bambino Abbandonato. In questo contesto, si verifica una regressione verso uno stato tipico di un bambino in determinate circostanze emotive, ma che, per un adulto, si traduce in un funzionamento disfunzionale. Il presente modello viene applicato a vari SMP. Gli esempi successivi delineano alcuni possibili schema mode, anziché contemplarli tutti.

2.3.1. SMP DELL'ABBANDONO/INSTABILITÀ

Un classico scatenante di questo SMP è rappresentato dalla segnalazione che il partner, la partner o un'altra figura di attaccamento stia procedendo verso un allontanamento (senza necessariamente indicare un abbandono) dalla persona.

³ I mode Critico Punitivo e Critico Esigente in precedenza erano noti rispettivamente come Genitore Punitivo e Genitore esigente, ma la parola "genitore" è stata sostituita da "critico" sia perché c'è la possibilità che le norme siano imposte anche da altre figure sia perché in alcune culture non è possibile associare la figura del genitore a qualcosa di negativo.

1. Rassegnazione: si attribuisce veridicità all'idea che l'altro stia realmente abbandonando, percependo questa situazione come altamente minacciosa, come un bambino piccolo che si vede abbandonato dai *caregiver*. A seconda del temperamento individuale, si possono sperimentare estrema ansia e turbamento, che portano al pianto e alle suppliche affinché l'altro non parta (panico da abbandono). Quest'ultima è una reazione interna, che induce l'attivazione del mode Bambino Abbandonato. La persona si trasforma in uno stato simile a un bambino in preda al panico per essere stato lasciato da solo. In alternativa, la risposta può assomigliare a quella del mode Bambino Arrabbiato, dove la persona lotta disperatamente per evitare l'abbandono. In entrambi i casi, prevale la convinzione che l'abbandono sia in atto e la sensazione che il mondo stia collassando.
2. Evitamento: qui, si adotta una strategia di stacco netto dai segnali di pericolo associati a un possibile abbandono. Nel tentativo di evitare le emozioni e i bisogni collegati, ci si dedica a distogliere l'attenzione attraverso attività distrattive, oppure si può anche scegliere di non fare nulla (ad esempio, rimanere a letto), cercando di evitare qualsiasi fattore scatenante che potrebbe attivare lo SMP e le relative emozioni. Questo tipo di gestione dà origine alla modalità del Protettore Distaccato.
3. Inversione: in questa variante, ci si può illudere di non essere affatto influenzati dall'attaccamento o dalla prospettiva di perdere il legame affettivo. Si agisce come se non ci fosse bisogno di alcun attaccamento emotivo. L'attenzione è rivolta all'indipendenza, al controllo e alla libertà. I comportamenti riflettono questa prospettiva, come quando ci si allontana dall'altro in modo naturale, dimostrando di non essere emotivamente legati e di non avere bisogno di relazioni. Tale mode può essere denominato Iper-Autonomo.

2.3.2. SMP DELLE PRETESE

1. Rassegnazione: la persona crede di avere diritto e di essere superiore agli altri e, secondo la teoria di Young, di solito segue uno stato infantile. Pertanto, la convinzione di superiorità e di pretese appare infantile, così come i sentimenti di orgoglio provati dalla persona. Il comportamento è inappropriato nella sua

- sfacciata ostentazione di superiorità e di diritto, il che lo rende altrettanto infantile (ad esempio, mette in atto fantasie infantili con oggetti lussuosi e stravaganti, come auto eleganti e case grandiose). Questo sarebbe il mode Bambino Viziatto.
2. Evitamento: la persona potrebbe distaccarsi da qualsiasi segnale che indichi l'attivazione dello SMP. Ciò comporta il distacco dai complimenti e dai riconoscimenti per i risultati ottenuti. La modalità di *coping* che ne deriva è il Protettore Distaccato.
 3. Inversione. la persona può ingannare sé stessa, passando dal pensare di essere speciale al pensare di essere insignificante. La persona crede di non meritare il riconoscimento di alcun risultato. I sentimenti sono dominati dalla modestia e il comportamento è caratterizzato da un'eccessiva umiltà e dalla minimizzazione dell'importanza di sé stessi. Questo è mode che si propone di chiamare Iper-Umile.

2.3.3. SMP DELL'INGIUSTIZIA

1. Rassegnazione: la persona crede di essere trattata ingiustamente, non solo in un momento specifico, ma sistematicamente, in modo che l'equilibrio sia fondamentalmente alterato. La convinzione di questa ingiustizia è difficile da comprendere da parte degli altri. La persona si sente quindi trattata sistematicamente in modo ingiusto e allo stesso tempo impotente. Inoltre, si lamenta di essere trattata ingiustamente, esprime indirettamente rancore e assume facilmente il "ruolo di vittima". Questo è il mode bambino vittimizzato. Infine, la persona potrebbe anche arrabbiarsi e accusare gli altri di averla trattata ingiustamente, dando origine al bambino arrabbiato.
2. Evitamento: la persona potrebbe utilizzare un distacco massiccio da qualsiasi segnale che indichi l'attivazione dello SMP. La modalità di *coping* che ne deriva è il Protettore Distaccato.
3. Inversione: la persona può ingannare sé stessa sul dolore di fondo dello SMP dell'ingiustizia, essendo orgogliosa di trattare gli altri in modo ingiusto. Questo dà una sensazione di potere e dominazione, con elementi talvolta sadici. Invece di agire come vittima, la persona assume il ruolo di carnefice. Questo è il mode prepotente e violento. Un'altra inversione potrebbe essere la convinzione ingenua

che il mondo sia giusto, il che porterebbe a un mode caratterizzato eccessivamente da fiducia, che viene chiamato Idealista.

Tenendo conto di queste considerazioni, il gruppo di lavoro ha applicato sistematicamente il modello a tutti gli SMP; i mode risultanti sono descritti nell'Appendice A del *paper* di Arntz e colleghi (2021). Tale appendice si concentra sulla distinzione tra le varie modalità disfunzionali, mentre non è stato tentato di distinguere le diverse modalità funzionali.

2.4. TASSONOMIA DEI MODE

Si osservi che la combinazione sistematica di tutti gli SMP con le tre modalità di *coping* conduce a un totale di $21 \text{ (SMP)} \times 3 = 63$ schema mode. Questo numero risulta essere ancora più ampio, in quanto sono state descritte diverse sottocategorie delle modalità risultanti. Ad esempio, il tipo di mode Bambino che emerge dall'attivazione di uno SMP potrebbe essere influenzato dal temperamento e dall'emozione primaria che viene innescata. La rassegna a uno SMP, come ad esempio quello dell'Abbandono/Instabilità, potrebbe portare all'attivazione della modalità Bambino Abbandonato, Bambino Arrabbiato o Bambino Impulsivo. Pertanto, fattori che potrebbero essere legati a tratti (come il temperamento: internalizzante ed esternalizzante) o a stati (ad esempio, l'uso di sostanze, il controllo percepito sull'altro ecc.) influenzano il tipo di mode Bambino che viene attivato. Da notare che nella stessa persona potrebbe verificarsi una successione di mode Bambino (ad esempio, un paziente con disturbo borderline di personalità che passa da Bambino Abbandonato a Bambino Arrabbiato e viceversa).

Allo stesso modo, all'interno del gruppo di mode di evitamento sono state descritte diverse forme e alcune di esse sono state testate in modo empirico, come il Protettore Evitante e l'Arreso Compiacente (Bamelis *et al.*, 2011; Lobbestael *et al.*, 2008, 2010). Analogamente, sono state proposte diverse forme di mode di inversione, come il Comico e l'Idealista, e alcune di esse sono state testate.

In sintesi, ciò condurrebbe a un numero ancora maggiore di schema mode rispetto a 63. D'altro canto, molte modalità di *coping* sono le stesse per ciascun SMP, poiché non

dipendono dal contenuto specifico degli SMP, ma sono caratterizzate dal tipico modo di gestire l'attivazione degli SMP (Young *et al.*, 2003). Allo stesso modo, si sostiene che molti mode Bambino siano variazioni di uno stato simile. Ad esempio, il mode Bambino Arrabbiato potrebbe variare nel contenuto cognitivo a seconda di quale SMP gli sottostà, mentre i sentimenti e i comportamenti potrebbero attraversare diversi SMP. Successivamente, il numero dei mode è stato ridotto a 40 grazie ad alcune decisioni che sono state prese dal gruppo di lavoro che verranno di seguito spiegate (si veda la Tabella 1 per l'elenco dei mode proposti).

Tabella 1 Panoramica degli schema mode proposti e dei loro rispettivi SMP o domini dei bisogni (Arntz *et al.*, 2021)

SCHEMA MODE (N = NUOVO)	RISPETTIVI SMP O DOMINI DEI BISOGNI
MODE BAMBINO	
Bambino Trascurato (N)	SMP nel Dominio di Stabilità e Sicurezza
Bambino Non Autonomo (N)	SMP nel Dominio di Autonomia e Competenza
Bambino Sottomesso (N)	SMP nel Dominio di Espressione di Bisogni ed Emozioni
Bambino Represso (N)	SMP nel Dominio di Spontaneità e Gioco
Bambino Confuso (N)	SMP nel Dominio di Coerenza di Sè
Bambino Iperdiligente (N)	Standard Severi/Ipercriticismo
Bambino Vittimizzato (N)	Ingiustizia
Bambino Superbo	Pretese
Bambino Viziato (N)	Pretese
Bambino Indisciplinato	Autocontrollo o Autodisciplina Insufficienti
Bambino Impulsivo	Autocontrollo o Autodisciplina Insufficienti
Bambino Arrabbiato	Vari SMP
Bambino Furioso	Vari SMP
Bambino Ribelle (N)	Vari SMP
Bambino Imbronciato (N)	Vari SMP

MODE DI IMPOSIZIONE DI NORME (MODE CRITICO)	
Critico Esigente	Standard Severi/Ipercriticismo
Critico Punitivo	Punizione
MODE DI EVITAMENTO	
Protettore Distaccato	Quasi tutti gli SMP
Protettore Spiritoso (N)	Quasi tutti gli SMP
Protettore Arrabbiato	Quasi tutti gli SMP
Protettore Evitante (N)	Quasi tutti gli SMP
Arreso Compiacente	Quasi tutti gli SMP
Ricercatore Di Rassicurazione (N)	Quasi tutti gli SMP
Autoconsolatore Distaccato	Quasi tutti gli SMP
Ipercontrollante Sospettoso	Quasi tutti gli SMP
MODE DI INVERSIONE	
Superautonoma (N)	Abbandono, Dipendenza/Incompetenza, Invischiamento/Sé Poco Sviluppato, Sottomissione, Autosacrificio, Ricerca Di Approvazione o Riconoscimento
Comico (N)	Quasi tutti gli SMP
Ricercatore Di Attenzione E Approvazione	Deprivazione Emotiva, Inadeguatezza/Vergogna, Inibizione Emotiva
Autoesaltatore	Quasi tutti gli SMP
Prepotente/Violento	Abbandono, Sottomissione, Ingiustizia, Abbandono/Instabilità
Ipercontrollante Perfezionista	Fallimento, Deprivazione Emotiva e Autocontrollo Insufficiente
Idealista (N)	Sfiducia/Abuso
Spericolato (N)	Vulnerabilità Al Pericolo o Malattie
Scansafatiche/Oblomov (N)	Standard Severi/Ipercriticismo
Ultra-Ottimista/Pollyanna (N)	Negatività/Pessimismo
Compassionevole (N)	Punizione

Ultramodesto (N)	Pretese
Falsamente Sicuro (N)	Sè Incomprensibile e Mondo Incomprensibile
Imbroglione E Manipolatore (N)	Abbandono/Instabilità e Ingiustizia
Predatore	Ingiustizia

Innanzitutto, le strategie di *coping* legate all'evitamento sono state concepite in modo autonomo rispetto agli SMP, poiché si focalizzano sul *coping* delle emozioni e dei pensieri anziché sugli SMP in sé. Questa elaborazione ha portato all'identificazione di 8 nuove modalità di *coping*. In seguito, i mode del Bambino Vulnerabile sono stati categorizzati in base al bisogno emotivo correlato agli SMP, risultando in 7 mode specifici del Bambino Vulnerabile. Inoltre, i mode Bambino emersi dalla rassegnazione agli SMP nel dominio dei Limiti Realistici e Autocontrollo, sono stati delineati come 4 distinti mode (esteriorizzanti) a causa delle notevoli differenze nella loro fenomenologia. Invece, i mode del Bambino Arrabbiato sono stati suddivisi in 4 tipologie, considerando la natura e l'espressione comportamentale della rabbia. Inoltre, i mode genitoriali o di imposizione delle norme sono stati mantenuti entrambi, in virtù delle loro diverse intenzionalità. Pertanto, sono stati differenziati i mode Critico Punitivo e Critico Esigente. Infine, sono stati teorizzati 6 differenti mode basati sulla modalità di *coping* di inversione che si manifestano a partire dall'attivazione di diversi SMP. Inoltre, sono stati creati 9 mode che si manifestano invece in risposta a uno o due specifici SMP.

L'analisi e la classificazione dei suddetti mode costituiscono un passo fondamentale nella comprensione delle dinamiche psicologiche e comportamentali associate agli SMP. Questo approccio fornisce una solida base per ulteriori studi e interventi volti a favorire il benessere psicologico e lo sviluppo di strategie di *coping* più efficaci.

CAPITOLO 3 – PROTOCOLLO DI RICERCA

La disponibilità di strumenti validi, adoperati in contesti clinici diversificati a livello globale, assume una notevole importanza, considerando l'ampia applicazione della ST su scala mondiale. Inoltre, ai fini della ricerca, risulta altrettanto cruciale che strumenti debitamente validati siano accessibili in contesti internazionali. Pertanto, l'obiettivo finale del progetto è di mettere a disposizione strumenti della ST che presentino una solida validità psicometrica su una piattaforma *open-source*. Il presente studio costituirà il primo passo empirico in questo processo, durante il quale verranno selezionati i set ottimali di elementi per ciascuna sottoscala mediante l'analisi parallela condotta in più di 30 lingue, con un campione di almeno 200 partecipanti per ciascuna lingua.

Recentemente, un gruppo di esperti a livello internazionale ha avanzato una riformulazione della teoria fondamentale alla base della Schema Therapy (ST), un trattamento con validità empirica per i disturbi di personalità gravi e altre manifestazioni di psicopatologia cronica (Arntz *et al.*, 2021). Questa riformulazione ha comportato: (i) l'espansione degli Schema Maladattivi Precoci (SMP) con nuove strutture concettuali, fondate su premesse teoriche ed evidenze empiriche; (ii) un affinamento della definizione delle modalità di *coping* con gli SMP attraverso azioni mentali interne; e (iii) la formulazione di nuovi schema mode basati sull'applicazione sistematica della teoria rivisitata.

Questi tre pilastri fondamentali della teoria della ST sono comunemente esaminati tramite strumenti di autovalutazione: gli SMP attraverso il *Young Schema Questionnaire* (YSQ; Young, 2003); lo schema *coping* tramite lo *Schema Coping Inventory* (SCI; Rijkeboer *et al.*, 2010); e gli schema mode con lo *Schema Mode Inventory* (SMI; Young *et al.*, 2007; Lobbestael *et al.*, 2010). Nonostante YSQ e SMI siano stati validati in diverse lingue (Oei *et al.*, 2007; Yalcin *et al.*, 2022; Matos *et al.*, 2018), è importante rivederli ed ampliarli, tenendo conto delle evoluzioni teoriche. Pertanto, verrà avviato un progetto di portata internazionale per la revisione ed espansione di tali misurazioni.

3.1 OBIETTIVI

Questo progetto ha come scopo la verifica della nuova concezione teorica della Schema Therapy, delineata nel position paper di Arntz e colleghi (2021), nonché lo sviluppo e la validazione dell'adeguato strumento correlato *Schema Mode Inventory 3*. In particolare, il primo obiettivo consiste nel creare strumenti aggiornati, allineati con la teoria riveduta, simultaneamente in più di 30 Paesi e in più di 25 lingue, al fine di poter testare la teoria in una pluralità di contesti culturali. Infatti, la disponibilità di strumenti validi, adoperati in contesti clinici diversificati a livello globale, assume una notevole importanza, considerando l'ampia applicazione della ST su scala mondiale. Inoltre, ai fini della ricerca, risulta altrettanto cruciale che strumenti debitamente validati siano accessibili in contesti internazionali. Il secondo obiettivo è quello di verificare la nuova classificazione proposta per gli SMP, le modalità di *coping* e gli schema mode. Nello specifico, verranno esaminati gli SMP, le modalità di *coping* con gli SMP e gli schema mode così come sono state definiti nel nuovo modello. Inoltre, verrà indagata la stabilità transculturale e verranno testati se la relazione tra gli SMP e gli schema mode è influenzata da specifiche strategie di *coping* e modulata dal temperamento (esternalizzante vs internalizzante). L'obiettivo finale del progetto è di mettere a disposizione strumenti della ST che presentino una solida validità psicométrica su una piattaforma *open-source*. Il presente studio costituirà il primo passo empirico in questo processo, durante il quale verranno selezionati i set ottimali di elementi per ciascuna sottoscala mediante l'analisi parallela condotta in più di 30 lingue, con un campione di almeno 200 partecipanti per ciascuna lingua. Il suddetto riassetto teorico proposto da Arntz *et al.* (2021) costituirà il fondamento concettuale di questa proposta di ricerca. Nel processo di revisione dei tre questionari (SMI, YSQ e SCI), emerge la necessità di apportare modifiche al formato delle scale di risposta. Le scale Likert precedenti presentano l'inconveniente di non includere un punto medio, risultando in una caratteristica indesiderabile. Pertanto, in considerazione di aspetti psicometrici e di adattamento linguistico e culturale, verrà adottato un nuovo formato di scala Likert con 7 punti. In questo nuovo formato, sono forniti solo ancoraggi agli estremi, senza specificare etichette per i punti intermedi, tenendo conto delle sfide linguistiche presenti in alcune lingue. Ad esempio, per il questionario SMI-3, la scala è definita come una scala a 7 punti con ancoraggi ai due estremi, da “Mai” a “Sempre”. I medesimi principi

verranno applicati ai questionari YSQ-R Plus (1 = "Completamente falso per me", 7 = "Completamente vero per me") e SCI (1 = "Completamente in disaccordo", 7 = "Completamente d'accordo"), ciascuno con le relative scale di 7 punti e ancoraggi adeguati.

3.2 DEFINIZIONE DELLE DOMANDE DI RICERCA

Le domande di ricerca sono state formulate considerando la nuova concettualizzazione teorica della ST di Arntz e collaboratori (2021), il contesto di riferimento, la popolazione target a cui verrà somministrato il questionario e le sue proprietà psicometriche atte alla rilevazione degli SMP. Nello specifico, vengono proposti diversi quesiti:

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

3.3. TEAM DI RICERCA

L'applicazione della *Schema Therapy* (ST) su una vasta gamma di Disturbi di Personalità (DP) in contesti transculturali richiede una riconsiderazione critica della teoria alla base della ST, insieme allo sviluppo di strumenti revisionati e a test critici sull'assunta universalità. Di conseguenza, un gruppo di ricercatori olandesi ha costituito un gruppo internazionale composto da oltre 50 ricercatori e ricercatrici provenienti da più di 30 Paesi, che hanno concordato di collaborare per affrontare queste questioni e di sostenere finanziariamente il progetto a livello locale. I membri del *team* vantano *expertise* sia nella pratica della ST nel proprio Paese che nell'analisi psicometrica dei questionari. Inoltre, dispongono di accesso a centri clinici, essenziali per il reclutamento di campioni di pazienti.

Le figure principali di questo protocollo di ricerca, indicate come autori principali (Arntz, Rijkeboer, Mamali e Molenaar), costituiscono il GRC, con Arntz come moderatore. Il GRC guiderà gli 8 sottogruppi, formati dai membri del *team*, che si concentreranno su specifiche attività, in particolare sulla formulazione degli item per le sottoscale dei nuovi questionari e sulla loro sperimentazione sul campo. I documenti (ad esempio, gli strumenti già disponibili in diverse lingue) verranno condivisi tramite strutture di *file-sharing* protette. Questi sottogruppi sono stati composti in modo da massimizzare l'eterogeneità (diversità di lingua, cultura, esperienza clinica o di ricerca e genere). Il GRC ha mirato a garantire una diversità linguistica e culturale all'interno di ciascun gruppo di lavoro, includendo almeno un madrelingua o una madrelingua inglese, al fine di agevolare i processi di traduzione, data la centralità dell'inglese nel contesto del progetto

In una fase successiva, 28 gruppi linguistici procederanno con la traduzione e *back-translation* di tutti i nuovi item, spesso supportati da applicazioni di traduzione automatica (come *DeepL* e *Google Translate*), senza però fare pienamente affidamento su di esse. I gruppi linguistici verificheranno le traduzioni esistenti dei questionari allo studio, procedendo alla loro traduzione laddove manchi. Tale processo condurrà a una revisione degli item degli strumenti preesistenti.

Dopo la revisione delle prime bozze, i membri del gruppo procederanno con la raccolta dei dati finali in ogni Paese. Per ciascuno dei sotto-studi e le relative pubblicazioni, verranno formati gruppi di studio con specialisti provenienti dal consorzio e dal GRC.

Un esperto di statistica fornirà consulenza e assistenza nelle analisi, mentre i membri del gruppo commenteranno le bozze dei manoscritti. La struttura stratificata consentirà la collaborazione su questa scala. Le riunioni verranno svolte in videoconferenza. La raccolta dei dati nella seconda e terza fase (prove sul campo, test finali) verrà centralizzata dalle strutture di gestione sicura dei dati dell'Università di Amsterdam, dopo aver ottenuto l'approvazione etica locale e dopo che i responsabili dei dati avranno verificato la conformità con il regolamento generale sulla protezione dei dati dell'UE.

3.4. PIANO DI RICERCA

La ricerca si divide in 4 fasi che verranno di seguito descritte dettagliatamente.

3.4.1. FASE 1

Gli 8 gruppi di esperti, formati da professionisti della ricerca e del campo clinico, elaboreranno gli item relativi ai nuovi schema mode e ai nuovi SMP. Ogni membro di ciascun gruppo di lavoro ha il compito di sviluppare nella propria lingua e nel proprio contesto culturale circa 10 item basandosi sul costrutto di riferimento. Gli item verranno in contemporanea o successivamente tradotti in inglese, in base alla competenza di ciascun membro. Dopo aver sviluppato gli item, questi verranno mandati al coordinatore o alla coordinatrice che controllerà che non ci siano item simili ed eventualmente eliminerà quelli che non sono ritenuti idonei. Successivamente, il coordinatore o la coordinatrice si troverà con tutto il gruppo di lavoro per scegliere quali item testare. Durante questo incontro, il madrelingua o la madrelingua controllerà anche gli item in inglese. Questo controllo preliminare verrà condotto da tutti i membri dei vari gruppi di lavoro su tutti gli item da loro sviluppati e, successivamente, si potrà iniziare a fare le interviste pilota.

Test Pilota

In seguito a questa prima fase preliminare, verrà effettuato il test pilota in cui verranno prima testati gli item sviluppati somministrando ai partecipanti o alle partecipanti dei questionari e, in seguito, verranno effettuate delle interviste pilota, fatte dal vivo o su *Zoom*, in base alla disponibilità di ciascuna persona. Per quanto riguarda la somministrazione dei questionari, per ciascuna scala dovranno essere testati tra i 10 e i 15 item e, prima dell'intervista, circa 5 partecipanti per ciascuna lingua compileranno un questionario in cui devono valutare gli item su una scala Likert a 7 punti (1 = mai; 7 = sempre) consultabile nella Figura 2. Durante l'intervista verrà chiesto ai partecipanti o alle partecipanti la difficoltà di valutazione e la comprensione degli item. In seguito alla conclusione dell'intervista, il file audio verrà salvato e riascoltato al fine di riuscire a capire quali item creano maggiore confusione nelle persone intervistate, capire il motivo di questa confusione ed eventualmente modificare l'item o gli item.

Figura 2 – Scala Likert utilizzata nella versione italiana dello SMI-3

1 (Mai)	2	3	4	5	6	7 (Sempre)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3.4.2. FASE 2

Durante la seconda fase, gli item sviluppati e scelti nella prima fase verranno tradotti nelle varie lingue e verranno ritestati effettuando altre interviste pilota.

Test Pilota

In questa fase alle persone verrà chiesto se abbiano avuto difficoltà a comprendere il significato dell'item durante la fase di valutazione e se abbiano avuto qualche tipo di difficoltà a valutare l'item.

Analogamente alla fase 1, in seguito alla conclusione dell'intervista, il file audio verrà salvato e riascoltato al fine di riuscire a capire quali item creano maggiore confusione nelle persone intervistate, capire il motivo di questa confusione ed eventualmente modificare l'item o gli item. Successivamente, il GRC esaminerà tutti gli item per accertare la possibile sovrapposizione tra le diverse scale, tenendo presente che ciascun gruppo di lavoro si è concentrato nello sviluppo di scale distinte.

3.4.3. FASE 3

In una fase ulteriore, dopo aver superato la prima fase di revisione centrale, verranno eseguite brevi sperimentazioni sul campo al fine di esaminare le proprietà psicometriche fondamentali dei gruppi di elementi proposti. Questa valutazione comprenderà la verifica di aspetti quali l'unidimensionalità, l'affidabilità interna, la variabilità e le caratteristiche specifiche. Il progetto di somministrazione prevede l'implementazione di un disegno di ricerca trasversale in più di 30 Paesi differenti, con un campione generale suddiviso in un gruppo clinico di 100 persone con diagnosi di disturbi di personalità sotto un servizio di assistenza sanitaria e un gruppo di controllo di 100 persone senza alcun tipo di diagnosi psicopatologica. Questa soglia minima di reclutamento (N = 200) risulterebbe sufficiente per condurre le analisi psicometriche sui livelli di unidimensionalità e di coerenza interna del questionario. Dato il numero di categorie linguistiche coinvolte nello studio, il totale campionario dovrà necessariamente ammontare a 6000 partecipanti. Per incoraggiare la compilazione del questionario, i partecipanti potranno scaricare un resoconto personalizzato dei risultati dell'*assessment* psicologico che potranno condividere con il loro terapeuta. In fase di somministrazione, ogni coordinatore dello studio provvederà a diversificare le caratteristiche dei partecipanti a livello di età, genere e status socioeconomico. I criteri di inclusione della ricerca richiedono che i partecipanti abbiano come minimo 18 anni di età, capacità di leggere e comprendere fluidamente la lingua riportata nel questionario e compilare il consenso informato. Sono esclusi pertanto tutti coloro che riportano una disabilità intellettiva diagnosticata.

3.4.4. FASE 4

Infine, nella fase 4, si prevede la realizzazione di un ampio studio su campioni eterogenei, composto da persone con diagnosi di disturbi di personalità sotto un servizio di assistenza

sanitaria e un gruppo di controllo senza alcun tipo di diagnosi (almeno 500 partecipanti per Paese). Utilizzando l'approccio della Modellazione delle Equazioni Strutturali, verranno condotti test finalizzati ad analizzare la struttura dei fattori, la stabilità della misura, la validità e la possibile mediazione (moderata). L'indagine della struttura di rete degli schema mode verrà impiegata per approfondire la comprensione delle interazioni tra tali mode.

3.5. CRONOLOGIA GLOBALE

Il piano di lavoro prevede una sequenza di attività articolate nel corso di cinque anni. Nel primo anno, il focus della ricerca verterà sullo sviluppo della prima versione del questionario. Nel secondo anno verranno affrontate le sperimentazioni sul campo con le annesse revisioni qualora dovessero essere necessarie. Congiuntamente, verrà creato un sistema di acquisizione e archiviazione dei dati. Il terzo anno sarà dedicato alla raccolta dati su un campione più ampio di partecipanti, mentre nel quarto ci si concentrerà sull'analisi e la restituzione dei risultati ottenuti dalla validazione cross-culturale. Infine, il quinto anno verrà dedicato all'analisi e alla restituzione del questionario riconfigurato sulla base del nuovo modello teorico di Arntz e collaboratori (2021). Parallelamente, si provvederà a lanciare un sito web per mettere a disposizione lo SMI-3 in diverse lingue.

3.6. PARAMETRI PRINCIPALI E SECONDARI

Lo strumento principale che verrà utilizzato per lo studio sarà lo *Schema Mode Inventory 3* (SMI-3). A scopo descrittivo, verranno richieste le informazioni demografiche basilari inerenti a età, genere, status socioeconomico, istruzione e stato di salute. A coloro che rientreranno nel gruppo clinico verrà chiesto di riportare il tipo di diagnosi psichiatrica all'interno delle seguenti categorie primarie: disturbi d'ansia, disturbo da stress post-traumatico, disturbi alimentari, ADHD, disturbi di personalità, disturbi psicotici. È stata dedicata inoltre la categoria "altro" qualora le persone avessero diagnosi non rappresentabili all'interno dei gruppi appena citati.

3.7. PROCEDURE DI SOMMINISTRAZIONE E RACCOLTA DATI

I dati saranno raccolti tramite l'utilizzo della piattaforma *Qualtrics*. Per ciascuna categoria linguistica coinvolta verrà creata una versione ad hoc del questionario. Ai partecipanti verrà chiesto di accedere alla compilazione selezionando un link apposito, a seguito del quale sarà presentata un'informativa inerente agli obiettivi dello studio, la modalità di partecipazione e le leggi a tutela della privacy e dei diritti riportati nel consenso informato. Ciascun partecipante verrà successivamente informato sulla possibilità di scaricare un rapporto contenente i risultati delle proprie valutazioni al questionario. Al suo interno verrà comunque chiarito che alcune delle valutazioni si basano su scale ancora in fase di sperimentazione, in quanto non ancora validate dal punto di vista psicometrico. I partecipanti verranno informati che, qualora dovessero interrompere la compilazione prima del completamento del questionario, avranno la possibilità di riprenderla entro un periodo massimo di 14 giorni. I dati anagrafici potranno essere raccolti previo consenso alla partecipazione, a cui seguirà la somministrazione dello SMI-3. Solo al termine di questa fase sarà concessa la possibilità di scaricare il resoconto personale dei punteggi.

3.8. CONSENSO INFORMATO

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

3.9. DIFFUSIONE E IMPLEMENTAZIONE

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

3.10. IMPATTI ATTESI

Impatto scientifico

L'impatto scientifico comporterà un avanzamento della teoria sottesa alla *Schema Therapy* (ST), con un miglioramento della sua completezza e coerenza. Ciò permetterà una più ampia copertura della psicopatologia correlata ai Disturbi di Personalità (DP) all'interno del modello ST, nonché una più dettagliata comprensione delle relazioni tra i concetti fondamentali della ST. In aggiunta, la verifica dell'ipotesi di universalità transculturale del modello ST avrà un impatto significativo, dato che non è stata ancora effettuata in modo sistematico. Lo sviluppo di uno *Schema Mode Inventory* (SMI) di terza generazione, che risponde a una forte esigenza, unitamente a strumenti migliorati e ampliati per la valutazione degli SMP e delle modalità di *coping* con la loro attivazione, fornirà un nutrimento per futuri progetti di ricerca. Tale approccio si inserisce nell'attuale movimento verso lo sviluppo di modelli trans-diagnostici e dimensionali della psicopatologia (di personalità).

Impatto clinico e sociale

Esiste un impellente bisogno di trattamenti, soprattutto in termini di costo-efficacia, per i DP. La ST ha già dimostrato di essere un trattamento efficace da un punto di vista economico per una varietà di DP (Giesen-Bloo *et al.*, 2006; Arntz *et al.*, 2022). Nei

protocolli basati sull'evidenza della ST, gli schema mode assumono un ruolo centrale: il terapeuta è chiamato a identificare gli schema mode chiave legati alle problematiche del paziente e a trattarli mediante tecniche specifiche. Questo progetto contribuirà al consolidamento delle basi empiriche e alla verifica della validità transculturale di uno dei trattamenti di maggiore rilievo per i DP, favorendo la sua diffusione e l'accessibilità a livello transculturale per i pazienti. È importante notare che la ST è offerta a pazienti di diverse culture sotto l'assunto implicito che la teoria sia universalmente valida. Questo progetto intende mettere in discussione criticamente tale assunto. La disponibilità dei nuovi strumenti, accessibili a tutti, sarà di grande aiuto per gli operatori sanitari che necessitano di strumenti di valutazione per comprendere e trattare i pazienti con DP provenienti da contesti culturali diversi. A tal fine, verrà istituito un sito web dedicato in collaborazione con la Società Internazionale di *Schema Therapy* (ISST), garantendone la manutenzione.

Risultato atteso

Il risultato atteso comprende la pubblicazione di articoli scientifici, conferenze, questionari ad accesso libero (come lo *Young Schema Questionnaire* esteso, il questionario sulle strategie di *coping* e lo *Schema Mode Inventory 3*) insieme alle relative normative adattate a ciascun Paese e contesto culturale. Inoltre, si prevede la creazione di un vasto insieme di dati multiculturali che saranno messi a disposizione per ulteriori ricerche da parte di altri studiosi.

CAPITOLO 4 – UN CONTRIBUTO ALLA COSTRUZIONE DELLO SMI-3: COSTRUZIONE DI NUOVI MODE BAMBINO

Il presente studio si è proposto di elaborare la terza versione dello *Schema Mode Inventory* (SMI-3). Per farlo sono state costruite nuove scale relative agli schema mode dello SMI-3 e agli SMP associati ai concetti di Ingiustizia, Mondo Incomprensibile e Sé Incomprensibile, secondo la nuova formulazione teorica delineata nell'articolo "*Towards a Reformulated Theory Underlying Schema Therapy: Position Paper of an International Workgroup*" e nella sua appendice A (Arntz *et al.*, 2021). A differenza del metodo tradizionale, che prevede la traduzione di strumenti validati nella lingua di riferimento (spesso dall'inglese), in questo contesto si è adottato un approccio radicalmente differente, dove gli elementi dovevano risultare chiari e comprensibili in tutte le lingue fin dall'inizio. Ciò è stato fatto con l'obiettivo di evitare possibili problematiche di traduzione e variazioni di significato dei costrutti valutati, derivanti dalle differenze linguistiche e culturali. In tal modo, da un lato, si otterrà un set di elementi comprensibili in ogni lingua, validati da esperti per quanto concerne la validità di contenuto. D'altro canto, è importante sottolineare che tale procedura è di natura iterativa, dato che eventuali difficoltà di traduzione rilevate vengono comunicate al centro, portando quindi a una revisione dell'elemento e alla necessità di sperimentare nuove traduzioni. Ciò potrebbe comportare un impegno maggiore rispetto al tradizionale processo di traduzione. Tuttavia, è essenziale ricordare che anche la corretta traduzione di questionari preesistenti richiede la *back-translation*, di solito sottoposta a un processo iterativo.

4.1 GRUPPI DI LAVORO

Di seguito verranno elencati e descritti i compiti di ciascuno degli 8 gruppi di lavoro illustrati nel terzo capitolo. È importante sottolineare che inizialmente erano stati istituiti solo sette gruppi di lavoro, ma successivamente ne è stato istituito un ottavo che si è occupato degli item per lo SCI.

1. *Bambino Inibito e Ultramodesto*. Il primo gruppo di lavoro si è occupato di sviluppare item per i mode del Bambino Non-Autonoma, del Bambino

Sottomesso e del Bambino Limitato. Inoltre, si è occupato di sviluppare item per il mode di inversione dell'Ultramodesto e controllare che fosse effettivamente una modalità di *coping* e non un mode Bambino. Inoltre, i membri del gruppo hanno dovuto scrivere approssimativamente sottoscale di 2-4 item per ciascuna sfaccettatura dei mode del Bambino Vulnerabile basandosi sul materiale che si trovava nell'Appendice A del *paper* (Arntz *et al.*, 2021). Infine, il gruppo di lavoro 1 si è occupato di verificare che gli item sviluppati fossero distinti da quelli di altri mode Bambino.

2. *Mode Bambino e mode basati sulle modalità di coping*. Il secondo gruppo aveva il compito di sviluppare item per i mode del Bambino Superbo, del Bambino Viziato, del Ricercatore di Rassicurazione, dello Scansafatiche/Oblomov Fannullone/Oblomov e del Vincitore. e Modalità di *coping* vincente. Inoltre, si è occupato di controllare che questi item non si sovrapponevano al mode dell'Autoesaltatore e del Ricercatore di Attenzione e Approvazione. Infine, aveva il compito di controllare che il mode Ricercatore di Rassicurazione e Scansafatiche/Oblomov fossero effettivamente modalità di *coping* e non mode Bambino.
3. *Nuove modalità di coping pseudopositive*. Il terzo gruppo di lavoro si è occupato di sviluppare item per le modalità di coping del Protettore Spiritoso, del Comico, del Falsamente Sicuro e dell'Ultra-Ottimista/Pollyanna. Inoltre, aveva il compito di verificare i mode del Protettore Distaccato, del Protettore Evitante e dell'Autoesaltatore.
4. *Nuove modalità di coping "Super"*. Il quarto gruppo di lavoro si è occupato di sviluppare item per i mode Superautonomo, Spericolato, Idealista e Compassionevole. Inoltre, aveva il compito di verificare i mode di *coping* in generale.
5. *Mode Arrabbiati e Forensi*. Il quinto gruppo aveva il compito di sviluppare item per i mode Bambino Ribelle e Bambino Imbronciato. Si è anche occupato di controllare e rivedere gli item per i mode Protettore Arrabbiato, Imbroglione e Manipolatore, e Predatore. Infine, il gruppo ha dovuto verificare che gli item di questi 5 mode si distinguessero da quelli del Bambino Indisciplinato, del Bambino

Impulsivo, del Bambino Arrabbiato, del Bambino Furioso e del mode Prepotente/Violento.

6. *Ulteriori mode Bambino*. Il sesto gruppo, di cui si parlerà in maniera più dettagliata nel quinto capitolo di questo elaborato, si è occupato di sviluppare item per i mode Bambino Trascurato, Bambino Vittimizzato e Bambino Confuso. Inoltre, questo gruppo aveva il compito di controllare che gli item creati fossero distinti da quelli già esistenti di altri mode Bambino.
7. *Nuovi schemi*. Il settimo gruppo si è occupato di sviluppare item per i 3 nuovi SMP di Ingiustizia, Mondo Incomprensibile e Sé Incomprensibile. Inoltre, questo gruppo aveva il compito di verificare che gli item sviluppati fossero diversi da quelli degli SMP esistenti.
8. *SCI*. L'ottavo gruppo è stato aggiunto successivamente e si è occupato di creare item per lo *Schema Coping Inventory* (SCI; Rijkeboer *et al.*, 2010) basandosi sulle nuove direttive teoriche della ST.

Infine, è importante dire che il GRC si è occupato di sviluppare e controllare gli item per i mode Funzionali dell'Adulto Funzionale e del Bambino Felice.

4.2. CONTRIBUTO ITALIANO DEL GRUPPO DI LAVORO 6

Il gruppo di lavoro 6 aveva come coordinatrice Marta Panzeri, ricercatrice dell'Università di Padova, a cui è stato assegnato questo ruolo anche poiché co-autrice del *paper* originale *Towards a Reformulated Theory Underlying Schema Therapy: Position Paper of an International Workgroup* (Arntz *et al.*, 2021). Inoltre, per il gruppo di lavoro 6 è stato decisivo il contributo di Michael First – uno dei redattori del DSM-IV-TR - nel ruolo di madrelingua. Il gruppo 6 aveva come obiettivo principale quello di creare nuovi item per lo schema mode del Bambino Trascurato, che è il risultato del raggruppamento di altri mode Bambino (ad esempio, Bambino Solo e Bambino Inferiore/Che Si Vergogna), e per i mode del Bambino Vittimizzato e del Bambino Confuso, che invece sono i mode dei nuovi SMP di Ingiustizia, del Mondo Incomprensibile e del Sé Incomprensibile. Inoltre, i membri di questo gruppo hanno attentamente verificato che tali item non si sovrapponevano a quelli degli altri mode Bambino. Inizialmente il gruppo di lavoro 6 si

era occupato anche della creazione di un nuovo set di item per lo schema mode del Bambino Iper-Diligente, ma successivamente questi item sono stati eliminati poiché il mode del Bambino Iper-Diligente fa parte, insieme a molti altri mode, a quello del Bambino Limitato, di cui si sarebbe dovuto occupare il gruppo di lavoro 1. Infine, è importante sottolineare che, grazie a una proposta avanzata dal gruppo di lavoro 6, per la traduzione italiana degli item è stato deciso di sviluppare diverse versioni che hanno aderito alle categorie di genere: maschile, femminile e non-binaria. Questa decisione ha permesso di rendere lo SMI-3 il più inclusivo possibile.

In questa fase di ricerca, si è fatto affidamento su una solida revisione della letteratura e sull'appendice A dell'articolo *Towards a Reformulated Theory Underlying Schema Therapy: Position Paper of an International Workgroup* (Arntz et al., 2021). Dopo essere stati sviluppati e controllati, gli item sono stati somministrati nello studio pilota (si veda Paragrafo 3.4) a un campione rappresentativo di soggetti, prestando particolare attenzione alla loro età e al loro livello scolastico al fine di garantire una rappresentazione diversificata e rappresentativa della popolazione coinvolta.

Nello specifico, ai partecipanti e alle partecipanti veniva chiesto di valutare l'item, utilizzando la scala di valutazione. Inoltre, ogni questionario includeva una sezione dedicata alla raccolta dei dati socio-anagrafici (Figura 2) in cui ciascun e ciascuna partecipante doveva dichiarare: il luogo del test pilota (*pilot testing site*), la data dell'intervista (*date of interview*), la lingua madre (*language*), il genere (*gender*), l'anno di nascita (*year of birth*) e il Paese di provenienza (*country of birth*). Inoltre, a ciascuna persona veniva chiesto di indicare il livello scolastico più alto raggiunto (*what is the highest level of completed education?*) scegliendo tra 7 opzioni: “Non ho finito la scuola primaria”, “Diploma di scuola primaria”, “Diploma di licenza media”, “Diploma di maturità”, “Diploma di istituto tecnico superiore”, “Laurea breve” “Laurea magistrale/a ciclo unico o altri titoli accademici avanzati”. È importante sottolineare che in questa scheda socio-anagrafica l'alternativa di genere “non-binario” è stata sostituita con l'etichetta “altro” (*other*) a causa delle leggi vigenti in alcuni Paesi che non riconoscono l'identità di genere non-binaria e la considerano illegale.

Figura 3 - Fac-simile della sezione di compilazione dei dati socio-anagrafici

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

Per quanto riguarda le interviste, il loro scopo principale era quello di valutare la comprensibilità e l'interpretazione degli item sviluppati in ciascun gruppo. Queste sono state condotte previa approvazione del Comitato Etico della Ricerca Psicologica (Area 17, protocollo numero 4813) dell'Università di Padova in data 02/06/2022. Tale autorizzazione è subordinata al rispetto della normativa vigente in materia di privacy, in conformità con il regolamento UE GDPR 679/2016 relativo alla protezione dei dati personali. Quindi, prima di ogni intervista veniva fatto firmare il consenso informato (appendice A). Ciascuna intervista, è stata registrata ai fini di ricerca, riascoltata e in

seguito eliminata. Prima di iniziare la registrazione, era importante chiedere alla persona intervistata se le andasse bene essere chiamata per nome o se preferisse uno pseudonimo. Non appena iniziava la registrazione era fondamentale chiedere alla persona se acconsentisse a registrare l'intervista a fini di ricerca e dire che sarebbe stata riascoltata e in seguito eliminata. Inoltre, era necessario chiedere di dire l'età e il proprio livello di istruzione. Dopo questa prima fase preliminare, si poteva iniziare con l'intervista.

Durante l'intervista venivano letti a uno a uno al partecipante o alla partecipante il numero e il testo dell'item, e successivamente veniva domandato loro il significato dell'item, cosa significasse secondo loro, se fosse stato facile per loro comprenderlo, se avessero dubbi sul significato o su qualche parola dell'item e se fosse stato facile per loro valutarlo. L'obiettivo che si voleva raggiungere ponendo queste domande alle persone intervistate era quello di capire se fosse stato compreso il significato dell'item.

In seguito alla conclusione dell'intervista, il file audio veniva salvato e riascoltato al fine di riuscire a capire quali item creassero maggiore confusione nelle persone intervistate, capire il motivo di questa confusione ed eventualmente modificare l'item o gli item. Nel caso in cui ci fossero stati problemi con uno o più item, ci si incontrava con il proprio gruppo di lavoro per modificare eventuali item.

Questo approccio rigoroso e dettagliato è stato fondamentale per garantire la validità e l'affidabilità degli elementi sviluppati, fornendo una solida base per l'analisi dei diversi mode Bambino e per una comprensione approfondita delle loro sfaccettature.

4.2.1. BAMBINO TRASCURATO

Il primo mode di cui sono stati formulati gli item è quello del Bambino Trascurato (*Disregarded Child*). Quest'ultimo è un mode che appartiene al dominio della sicurezza e dell'attenzione amorevole, che riguarda l'esigenza innata del bambino o della bambina di ricevere sostegno ed essere accettato o accettata da parte di chi si prende cura di lui o di lei (ad esempio, di essere calmato o calmata in caso di stress). Inoltre, si riferisce al bisogno di trovarsi in un ambiente prevedibile, in cui il bambino o la bambina riesca a sviluppare fiducia nei confronti di chi si prende cura di lui o di lei e dell'ambiente (Arntz

et al., 2021). Quando il sostegno e l'accettazione non sono soddisfatti, il bambino o la bambina può sviluppare SMP di Deprivazione Emotiva, Isolamento Sociale e/o Inadeguatezza/Vergogna. Invece, quando non viene fornito un ambiente prevedibile, possono svilupparsi SMP di Abbandono/Instabilità e/o Sfiducia/Abuso.

Più specificatamente, i mode che sottostanno al Bambino Trascurato sono quattro: il Bambino Solo, il Bambino Inferiore/Che Si Vergogna, il Bambino Alienato/Incompreso e il Bambino Abbandonato/Incompreso. Il primo, il Bambino Solo, rientra nello SMP della deprivazione emotiva. In questo caso, la persona sente che i suoi bisogni non sono soddisfatti dagli altri e che nessuno si interessa per davvero a come si sente. È un mode caratterizzato da senso di vuoto e solitudine, in cui la persona può sentirsi sopraffatta dai suoi bisogni emotivi e in cui spesso non comunica ciò di cui ha bisogno. La funzione di questo mode è quella di segnalare la mancanza di attenzioni e preoccupazioni emotive da parte degli altri, necessarie alle persone per regolare le proprie emozioni. Proseguendo, il Bambino Inferiore/Che Si Vergogna rientra nello SMP della Inadeguatezza/Vergogna e in questo mode la persona si sente fundamentalmente sbagliata e inadeguata, difettosa. Questo mode ha la funzione di segnalare l'inferiorità e la vergogna, in modo che la persona conosca la sua posizione nell'ordine sociale. Il terzo mode, quello del Bambino Alienato e Incompreso, riguarda lo SMP dell'Isolamento Sociale. In questo caso la persona ha la sensazione di essere essenzialmente diversa dagli altri. Di conseguenza, sente che nessuno potrà mai comprendere appieno le sue esigenze e che non apparterrà mai a nessun gruppo. Lo scopo principale di questo mode è quello di segnalare la percezione di alienazione o incomprensione da parte degli altri. Infine, il mode Bambino Abbandonato/Incompreso riguarda lo SMP dell'Abbandono/Instabilità e si riferisce a una persona che prova intensa disperazione, in particolare per l'apparente certezza di non poter ricevere amore e sicurezza e di non poter essere accettata dagli altri. In genere, si sente ansiosa e si aggrappa alla prospettiva reale o immaginaria di una separazione o di una perdita. Inoltre, si sente facilmente abbandonata e può reagire con panico alle minacce di abbandono o all'abbandono reale. Quando fa esperienza di periodi di abbandono più lunghi ha difficoltà a superare la perdita. La funzione di questo mode è quella di segnalare alla persona la minaccia di abbandono, motivandola così a cercare la vicinanza del *caregiver*. È importante notare che l'abbandono è fattore di rischio per i bambini e le bambine. Allo stesso modo, gli adulti con questo schema mode possono sentire che la

loro vita è minacciata dall'abbandono, nonostante l'abbandono non sia più una minaccia per la loro vita.

Partendo quindi dalla letteratura e seguendo le fasi che sono descritte nel Paragrafo 3.4. di questo elaborato, è stato creato un set di item che successivamente è stato somministrato tramite un questionario⁴ a un totale di 7 persone rispettivamente con genere, età (dai 18 ai 70 anni) e livello scolastico differente per verificare se, indipendentemente da questi fattori, il loro significato fosse chiaro.

Durante le interviste, l'item ad aver causato più confusione è il numero 6 che inizialmente era stato formulato come “Mi sento inadeguato” (*I feel inadequate*). Alcune persone, tra cui un uomo di 24 anni con diploma di maturità, un uomo di 70 anni con diploma delle medie e una donna di 23 anni con laurea triennale, hanno riferito di non riuscire a comprendere l'item perché “troppo generico” e sostenevano che era necessario “specificare il contesto”. Per questo motivo, l'item finale che è stato inserito nel set è diventato “Mi sento inadeguato come persona” (*I feel inadequate as a person*) Inoltre, alcuni item sono stati modificati perché includevano avverbi di tempo e questi item sono: l'item 3 che da “Mi sento sempre ignorato” (*I feel ignored all the time*) è stato cambiato in “Mi sento ignorato” (*I feel ignored*); l'item 5 che inizialmente era “Spesso mi sento solo al mondo” (*I often feel alone in the world*) ed è diventato “Mi sento solo al mondo” (*I feel alone in the world*); l'item 12 “Sento che nessuno si preoccuperà mai di me” (*I feel that nobody will ever care about me*) che è stato modificato in “Sento che nessuno si interessa di me per via di quello che sono” (*I feel that nobody cares about me because of who I am*). Successivamente alle interviste pilota e dopo vari incontri con il GRC, si è arrivati ad ottenere un set finale di 14 item (Tabella 2).

⁴ Il questionario del mode Bambino Trascurato è consultabile nella versione maschile, femminile e non-binaria in Appendice B.

Tabella 2 – Set di nuovi item in inglese e in italiano dello schema mode Bambino Trascurato nella versione al maschile

	NUOVI ITEM IN INGLESE	NUOVI ITEM IN ITALIANO
	<i>DISREGARDED CHILD</i>	BAMBINO TRASCURATO
	<i>GENERAL</i>	GENERALE
1	<i>I feel nobody is paying attention to me.</i>	Sento che nessuno mi presta attenzione.
2	<i>Nobody cares what happens to me.</i>	A nessuno interessa ciò che mi capita.
3	<i>I feel ignored.</i>	Mi sento ignorato.
	<i>LONELY CHILD</i>	BAMBINO SOLO
4	<i>Even when I have people around me, I feel lonely.</i>	Mi sento solo anche quando accanto a me c'è gente.
5	<i>I feel alone in the world.</i>	Mi sento solo al mondo.
	<i>INFERIOR/ASHAMED CHILD</i>	BAMBINO INFERIORE/CHE SI VERGOGNA
6	<i>I feel inadequate as a person.</i>	Mi sento inadeguato come persona.
7	<i>I feel worthless.</i>	Mi sento inutile.
8	<i>I am not worthy of being loved.</i>	Non sono degno di essere amato.
9	<i>I am ashamed of who I am.</i>	Mi vergogno di chi sono.
	<i>ALIENATED/MISUNDERSTOOD CHILD</i>	BAMBINO ALIENATO/INCOMPRESO
10	<i>I don't feel understood by anybody.</i>	Non mi sento capito da nessuno.
11	<i>I feel like I don't fit in any group.</i>	Sento di non far parte di nessun gruppo.
	<i>ABANDONED/MISUNDERSTOOD CHILD</i>	BAMBINO ABBANDONATO/INCOMPRESO
12	<i>I feel that nobody cares about me because of who I am.</i>	Sento che nessuno si interessa di me per via di quello che sono.
13	<i>I am afraid that people I care about will leave me or die.</i>	Ho paura che le persone a cui tengo se ne andranno o moriranno.
14	<i>I feel that I will end up being abused or punished no matter what I do.</i>	Sento che finirò per essere maltrattato o punito qualsiasi cosa faccia.

4.2.2. BAMBINO VITTIMIZZATO

Come è stato spiegato nel paragrafo 2.1 di questo elaborato, lo SMP dell'Ingiustizia è caratterizzato da una rappresentazione (a) del mondo (incluso, ma non necessariamente limitato alle altre persone) come ingiusto e iniquo, (b) della società come priva di giustizia, che quindi non corregge coloro che si comportano in modo ingiusto, e (c) del sé come vittima (continua) dell'ingiustizia. Si pensa che l'attivazione di questo schema porterà a sentimenti di indignazione e rabbia combinati con l'impotenza. Inoltre, per le persone con questo SMP potrebbe essere difficile affrontare anche lievi esperienze di ingiustizia. Ci si aspetta che questo SMP sia caratteristico delle persone che si comportano in modo vittimistico e provano facilmente risentimento a causa della (percepita) disparità di trattamento tra loro e gli altri.

Il mode Bambino Vittimizzato riguarda questo nuovo SMP e si riferisce a un bambino o a una bambina che si sente continuamente una vittima delle situazioni e trattato o trattata ingiustamente. In questo mode le esperienze di sfortuna o in cui si sente essere stati trattati ingiustamente vengono ingigantite per adattarsi allo schema di ingiustizia. In breve, gli eventi vengono vissuti come ulteriori prove di ingiustizia. Infine, la persona ha difficoltà a percepire la sfortuna come non intenzionale. La funzione principale di questo mode è quella di mantenere la visione di sé come di essere una vittima e che il mondo è ingiusto, alimentando il bisogno di prevenire false speranze e di essere preparati al peggio. Partendo da questa definizione, è stato creato un set di 10-15 nuovi item. Analogamente al set di item del Bambino Trascurato, anche questo set è stato somministrato tramite un questionario⁵ a 7 persone di età (da 18 a 70 anni) e livello scolastico differente.

Durante le interviste, uno degli item ad aver creato maggiore confusione è stato l'item 6 che inizialmente era "Le altre persone non possono nemmeno immaginare quanto male sono stato trattato" (*Other people cannot even imagine how badly I have been treated*). Infatti, oltre ad essere ritenuto poco chiaro da 3 delle 7 persone a cui è stato somministrato, una donna di 20 anni con diploma di maturità ha affermato di non aver capito se l'item si riferisse a un trattamento "fisico o psicologico". Per questo motivo, si è deciso di

⁵ Il questionario del mode Bambino Vittimizzato è consultabile nella versione maschile, femminile e non-binaria in Appendice B.

modificare l'item in "Le altre persone non possono nemmeno immaginare quanto male sono stato trattato nella mia vita" (*Other people cannot even imagine how badly I have been treated in my life*). Un altro esempio di item che non era chiaro alle persone è quello dell'item 11 che inizialmente era stato formulato come "Non merito il trattamento che ricevo di solito" (*I don't deserve the treatment I usually receive*). In questo caso, un uomo di 28 anni con laurea triennale non capiva a quale contesto si riferisse l'item e una donna di 23 anni studentessa magistrale non capiva se l'item assumesse un significato positivo oppure negativo. Per questo motivo, l'item è stato cambiato in "Ricevo un trattamento pessimo che non merito" (*I receive bad treatment that I don't deserve*). Inoltre, questo item è stato modificato anche perché conteneva l'avverbio di tempo "di solito".

Oltre all'item 12, sono stati modificati anche altri item all'interno dei quali c'erano avverbi di tempo. L'item 1 che inizialmente era "Quando qualcosa va storto, vengo sempre incolpato" (*When something goes wrong, I always get blamed*) è diventato "Quando qualcosa va storto, vengo incolpato" (*When something goes wrong, I get blamed*). In seguito, nell'item 2 che era stato formulato come "Le persone che fanno brutte cose non verranno mai punite" (*People who do bad things will never get punished*) è stato cambiato anche il tempo verbale dal presente al futuro ed è diventato "Le persone che fanno brutte cose non vengono punite" (*People who do bad things don't get punished*). La stessa cosa è stata fatta anche nell'item 3 che da "Qualsiasi cosa faccia, non vengo mai ricompensato" (*No matter what I do, I never get rewarded*) è diventato "Qualsiasi cosa faccia, non verrò ricompensato" (*No matter what I do, I won't get rewarded*). Infine, sono stati modificati anche l'item 4 da "Dentro di me so che non sarò mai trattato in modo giusto" (*I deeply know that I will never be treated fairly*) a "Dentro di me so che non sarò trattato in modo giusto" (*I deeply know that I won't be treated fairly*) e l'item 5 da "Il mondo è sempre ingiusto per quelli come me" (*The world is always unfair to those like me*) a "Il mondo è ingiusto per quelli come me" (*The world is unfair to those like me*).

Successivamente alle interviste pilota e dopo vari incontri con il GRC, si è arrivati ad ottenere un set finale di 14 item (Tabella 3).

Tabella 3 – Set di nuovi item in inglese e in italiano dello schema mode Bambino Vittimizzato nella versione al maschile

	NUOVI ITEM IN INGLESE	NUOVI ITEM IN ITALIANO
	<i>VICTIMIZED CHILD</i>	BAMBINO VITTIMIZZATO
1	<i>When something goes wrong, I get blamed.</i>	Quando qualcosa va storto, vengo incolpato.
2	<i>People who do bad things don't get punished.</i>	Le persone che fanno brutte cose non vengono punite.
3	<i>No matter what I do, I won't get rewarded.</i>	Qualsiasi cosa faccia, non verrò ricompensato.
4	<i>I deeply know that I won't be treated fairly.</i>	Dentro di me so che non sarò trattato in modo giusto.
5	<i>The world is unfair to those like me.</i>	Il mondo è ingiusto per quelli come me.
6	<i>Other people cannot even imagine how badly I have been treated in my life.</i>	Le altre persone non possono nemmeno immaginare quanto male sono stato trattato nella mia vita.
7	<i>I feel that life is basically unfair for those like me.</i>	Ritengo che la vita sia fondamentalmente ingiusta per quelli come me.
8	<i>Things that happen to me that look like bad luck are in fact intentional.</i>	Le cose che sembrano capitarmi per sfortuna sono in realtà intenzionali.
9	<i>I feel those who have authority over me are basically unfair.</i>	Sento che coloro che hanno autorità su di me sono fondamentalmente ingiusti.
10	<i>I feel like a victim of society.</i>	Mi sento una vittima della società.
11	<i>I receive bad treatment that I don't deserve.</i>	Ricevo un trattamento pessimo che non merito.
12	<i>I feel that I get treated worse than others.</i>	Sento di venire trattato peggio degli altri.

4.2.3. BAMBINO CONFUSO

Lo SMP del Mondo Incomprensibile si riferisce alla rappresentazione del mondo come meno significativo, con il sé disconnesso dai processi che avvengono nel mondo. L'attivazione di questo schema porterà a sentimenti di confusione, disorientamento e ansia esistenziale e alla sensazione che il sé e/o il mondo stiano crollando, si stiano perdendo, ecc. Invece, il Sé Incomprensibile si riferisce alla rappresentazione di sé come non

coerente e diffusa, come costituita da parti non integrate e, nei casi più gravi, come costituita da parti completamente dissociate.

Lo schema mode Bambino Confuso rientra in questo SMP e in questo mode si fa esperienza del sé come incoerente, caotico e che cade a pezzi. Questo può portare a provare sentimenti di ansia, disorientamento, confusione e senso di vuoto. La funzione di questo schema mode è quella di far capire alla persona che deve trovare coerenza e la motiva a trovare una regolarità interna e di conseguenza a percepire prevedibilità e controllo nella sua vita. Partendo da questa definizione, è stato creato un set di 13 nuovi item (Tabella 4) che è stato somministrato tramite un questionario⁶ a 7 persone di età (da 18 a 70 anni) e livello scolastico differente.

Durante le interviste, uno degli item ad aver causato maggiore confusione nelle persone è stato quello che inizialmente era l'item 10 "Sento che il mondo intorno a me sta cadendo a pezzi" (*I feel the world is falling apart*). In questo caso, 4 persone su 7 hanno affermato di non capire a quale contesto facesse riferimento. Per esempio, un uomo di 24 anni ha avuto dubbio riguardo al significato dell'item perché pensava si riferisse "alla guerra e al cambiamento climatico". È per questo motivo che l'item è stato successivamente cambiato in "Sento che il mio mondo sta cadendo a pezzi" (*I feel my world is falling apart*), ma, nonostante ciò, continuava a non essere chiaro per le persone. Da questo è derivata la decisione di eliminare l'item dal set finale. Un item invece che ha creato qualche difficoltà di traduzione è l'item 13 "Non so chi sono" (*I don't know who I am*). Infatti, questo item non era presente nel set di item iniziale, ma è stato creato successivamente e in inglese era stato formulato come "*I don't know who I am*". Il dubbio principale era se tradurlo in "Non so chi sono" o in "Non capisco chi sono". Dopo varie valutazioni e confronti, è stato deciso di tenerlo nel set di item finale come "Non so chi sono".

Come è stato fatto nei set di item dei mode Bambino Trascurato e Bambino Vittimizzato, anche in questo caso alcuni item sono stati cambiati perché al loro interno c'erano avverbi

⁶ Il questionario del mode Bambino Confuso è consultabile nella versione maschile, femminile e non-binaria in Appendice B.

di tempo. L'item 2 è stato modificato da “Di solito non capisco i sentimenti e i comportamenti delle altre persone” (*Feelings and behaviors of other people usually don't make sense to me.*) a “Non capisco i sentimenti e i comportamenti delle altre persone” (*Feelings and behaviors of other people don't make sense to me*). Allo stesso modo, è stato cambiato anche l'item 12 da “Le cose sembrano capitare sempre senza motivo” (*Things always seem to happen for no reason*) a “Le cose sembrano capitare senza motivo” (*Things seem to happen for no reason*).

In seguito alle interviste pilota e dopo vari incontri con il GRC, si è arrivati ad ottenere un set finale di 13 nuovi item (Tabella 4).

Tabella 4 – Set di nuovi item in inglese e in italiano dello schema mode Bambino Confuso nella versione al maschile

	NUOVI ITEM IN INGLESE	NUOVI ITEM IN ITALIANO
	<i>CONFUSED CHILD</i>	BAMBINO CONFUSO
1	<i>I am confused about my feelings.</i>	Sono confuso riguardo ai miei sentimenti.
2	<i>Feelings and behaviors of other people don't make sense to me.</i>	Non capisco i sentimenti e i comportamenti delle altre persone.
3	<i>I don't understand who I really am.</i>	Non capisco chi sono veramente.
4	<i>I experience my inner thoughts and feelings as chaotic.</i>	Percepisco i miei pensieri e sentimenti interiori come caotici.
5	<i>My sense of who I am is unstable.</i>	La mia percezione di chi io sia è instabile.
6	<i>I don't understand why I react so strongly to certain things.</i>	Non capisco perché io reagisca così intensamente a certe cose.
7	<i>I don't recognize myself.</i>	Non riconosco me stesso.
8	<i>I feel that life is confusing to me.</i>	Sento che la vita mi confonde.
9	<i>Things that happen to me do not make sense.</i>	Le cose che mi capitano non hanno senso.
10	<i>I think that life is chaotic to me.</i>	La vita per me è illogica.
11	<i>I cannot make sense of what happens in the world around me.</i>	Non riesco a dare un senso a quello che accade intorno a me.

12	<i>Things seem to happen for no reason.</i>	Le cose sembrano capitare senza motivo.
13	<i>I don't know who I am.</i>	Non so chi sono.

Dopo la fase iniziale di somministrazione e interviste pilota, sono stati sviluppati set finali di item nei rispettivi gruppi linguistici. Questo processo è stato ripetuto in tutte e cinque le altre lingue coinvolte nel progetto. Successivamente, gli item risultanti sono stati sottoposti a una revisione finale in lingua inglese, completando così un set definitivo di item disponibile in sette lingue diverse. Nell'Appendice C di questo elaborato è consultabile un esempio di set di item non definitivo che è stato fatto dal gruppo di lavoro 6 per il mode del Bambino Trascurato in inglese, francese, rumeno, italiano, olandese, polacco e mandarino.

CONCLUSIONI

Il presente elaborato ha contribuito alla fase di elaborazione della terza versione dello *Schema Mode Inventory* (SMI-3) in vista della sua futura somministrazione. Sono quindi stati illustrati tutti i processi di traduzione che mirano a fornire uno strumento affidabile e comprensibile a una fascia campionaria della popolazione italiana secondo le linee guida internazionali di Arntz e collaboratori (2021). L'accuratezza delle traduzioni sviluppate degli item, fornisce pertanto una base solida per la fase successiva del protocollo di ricerca. I risultati attesi puntano a offrire le basi finalizzate all'elaborazione di nuove linee guida per affrontare l'iter trattamentale di diversi disturbi in maniera ottimale, contribuendo di fatto allo sviluppo dell'efficacia della ST a livello mondiale. Di fatto, il questionario potrà essere usato nella pratica clinica per identificare al meglio le problematiche degli individui con gravi problematiche psicologiche e riuscire a monitorarne il loro decorso durante la terapia. Tale validazione verrebbe utilizzata in contesti e popolazioni differenti, contribuendo all'espansione nel campo della psicologia e della psicopatologia. Nonostante le sfide del processo di validazione, queste conclusioni ispirano fiducia nelle future applicazioni che questo strumento avrà nella rilevazione degli SMP, in modo da aumentare l'efficacia nella gestione di diversi tipi di manifestazione psicopatologica.

BIBLIOGRAFIA

- Arntz, A., *et al.* (2022). Effectiveness of predominantly group schema therapy and combined individual and group schema therapy for borderline personality disorder A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, *79*(4), 287-299.
- Arntz, A., & Jacob, G. (2012). *Schema therapy in practice: An introductory guide to the schema mode approach*. West Sussex, UK: Wiley.
- Arntz, A., Rijkeboer, M., Chan, E., Fassbinder, E., Karaosmanoglu, A., Lee, C.W., & Panzeri, M. (2021). Towards a Reformulated Theory Underlying Schema Therapy: Position Paper of an International Workgroup. *Cognitive Therapy and Research*, *45*, 1007–1020.
- Ball, S. A., & Young, J. E. (2000). Dual focus schema therapy for personality disorders and substance dependence: Case study results. *Cognitive and Behavioral Practice*, *7*, 270-281.
- Bamelis, L. L. M., Renner, F., Heidkamp, D., & Arntz, A. (2011). Extended schema mode conceptualizations for specific personality disorders: An empirical study. *Journal of Personality Disorders*, *25*, 41–58.
- Barlow, D. H. (2001). *Clinical handbook of psychological disorders*. New York: Guilford Press.
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, *117*, 497.
- Brockman, R.N., Simpson, S., Hayes, C., & van der Wijngaart, M. S. (2023). *Cambridge Guide to Schema Therapy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Brosnan, S. F., & de Waal, F. B. (2014). Evolution of responses to (un) fairness. *Science*, *346*(6207), 1251776.
- Dadomo, H., Panzeri, M., Caponcello, D., Carmelita, A., & Grecucci, A. (2018). Schema Therapy for emotional dysregulation in personality disorders: a review. *Current Opinion in Psychiatry*, *31* (1), 43-49.

- de Klerk, N., Abma, T. A., Bamelis, L. L., & Arntz, A. (2017). Schema therapy for personality disorders: A qualitative study of patients' and therapists' perspectives. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *45*, 31–45.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, *11*, 227–268.
- Dweck, C. S. (2017). From needs to goals and representations: Foundations for a unified theory of motivation, personality and development. *Psychological Review*, *124*, 689–719.
- Ellis, A., & Ellis, D. J. (2011). *Theories of psychotherapy. Rational emotive behavior therapy*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Giesen-Bloo, J., Van Dyck, R., Spinhoven, P., Van Tilburg, W., Dirksen, C., Van Asselt, T., ... & Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, *63*(6), 649-658.
- Grecucci, A., Messina, I., Amodeo, L., Lapomarda, G., Crescentini, C., Dadomo, H., Panzeri, M., Theuninck, A., & Frederickson, J. (2020). A dual route model for regulating emotions: comparing models, techniques, and biological mechanisms. *Frontiers in Psychology*, *11*:930.
- Jacob, G. A., & Arntz, A. (2013). Schema therapy for personality disorders-A review. *International Journal of Cognitive Therapy*, *6*(2), 171–185.
- Lobbestael, J., van Vreeswijk, M., & Arntz, A. (2008). An empirical test of schema mode conceptualizations in personality disorders. *Behaviour Research and Therapy*, *46*, 854–860.
- 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*, 437–458.
- Matos, F. R., Rossini, J. C., & Lopes, R. F. F. (2018). Schema Mode Inventory (SMI): revisão de literatura. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, *14*(2), 95-105.
- McAuliffe, K., Blake, P. R., Steinbeis, N., & Warneken, F. (2017). The developmental foundations of human fairness. *Nature Human Behaviour*, *1*, 0042.

- O., Marais, I., Lee, C. & Correia, H. (2021). Revision to the Young Schema Questionnaire using Rasch analysis: the YSQ-R. *Australian Psychologist*, 57, 8-20.
- Oei, T. P. S., & Baranoff J. (2007). Young Schema Questionnaire: Review of psychometric and measurement issues. *Australian Journal of Psychology*, 59 (2), 78-86.
- Pittman, T. S., & Zeigler, K. R. (2007). Basic human needs. In A. W. Kruglanski & E. T. Higgins (Eds.), *Social psychology: Hand- book of basic principles* (2nd ed., pp. 473–489). New York, NY: Guilford Press.
- Prilleltensky, I. (2013). Wellness without fairness: The missing link in psychology. *South African Journal of Psychology*, 43, 147–155.
- Rijkeboer, M. M., & Lobbestael, J. (2012). The relationships between early maladaptive schemas, schema modes, and coping styles: An empirical study. In M. M. Rijkeboer (Ed.), *Assessment of schema concepts and their interrelationships [Symposium]*. New York, USA: 5th World Conference of Schema Therapy.
- Rijkeboer, M. M., Lobbestael, J., Arntz, A., & van Genderen, H. (2010). *Schema Coping Inventory (SCI)*. Utrecht: Universiteit Utrecht
- Starmans, C., Sheskin, M., & Bloom, P. (2017). Why people prefer unequal societies. *Nature Human Behaviour*, 1, 0082.
- Tan, Y. M., Lee, C. W., Averbeck, L. E., Brand-de Wilde, O., Farrell, J., Fassbinder, E., ... & Arntz, A. (2018). Schema therapy for borderline personality disorder: A qualitative study of patients' perceptions. *PloS One*, 13, e0206039.
- van Wijk-Herbrink, M. F., Bernstein, D. P., Broers, N. J., Roelofs, J., Rijkeboer, M. M., & Arntz, A. (2018b). Internalizing and externalizing behaviors share a common predictor: The effects of early maladaptive schemas are mediated by coping responses and schema modes. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 46, 907–920.
- van Wijk-Herbrink, M. F., Roelofs, J., Broers, N. J., Rijkeboer, M. M., Arntz, A., & Bernstein, D. P. (2018a). Validation of schema coping inventory and schema mode inventory in adolescents. *Journal of Personality Disorders*, 32, 220–241.

- Yalcin, O., Marais, I., Lee, C., & Correia, H. (2022). Revisions to the Young Schema Questionnaire using Rasch analysis: the YSQ-R. *Australian Psychologist*, 57(1), 8-20.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders*. Sarasota, FL: Professional Resources Press.
- Young, J. E., & Brown G. (1989). *Schema Questionnaire (SQ)*. New York: Cognitive Therapy Center Institute.
- Young, J. E., & Klosko, J. S. (1993). *Reinventing Your life. The Breakthrough Program to End Negative Behavior...and Feel Great Again*. New York: Plume Books. (trad. it. *Reinventata la tua vita*, Raffaello Cortina, Milano, 2004).
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York: The Guilford Publications (trad. it. *Schema Therapy. La terapia cognitivo-comportamentale integrata per i disturbi di personalità*, Firenze: Eclipsi, 2007).
- Young, J., Arntz, A., Atkinson, T., Lobbestael, J., Weishaar, M., van Vreeswijk, M., & Klokman, J. (2007). *Schema mode inventory (SMI-3)*. New York: Schema Therapy Institute.

APPENDICE A

CONSENSO INFORMATO “COSTRUZIONE DELLO SMI-3”

Con la presente viene richiesta la Sua disponibilità a partecipare al progetto di ricerca “Costruzione dello SMI-3” coordinato dalla dr.ssa Marta Panzeri del DPSS dell’Università degli studi di Padova.

Lo scopo della ricerca è quello costruire uno strumento che misuri i Mode validato contemporaneamente in più lingue e paesi. Il concetto di Mode è stato sviluppato dall’approccio teorico della *Schema Therapy*. Un mode rappresenta uno stato emozionale o una risposta di *coping* (cioè il modo in cui un mammifero risponde a una situazione di pericolo attraverso l’attacco, la fuga o la resa). Il ruolo dei Mode rappresenta l’aspetto più complesso nella teorizzazione della *Schema Therapy*, in quanto assume una funzione predominante nella gestione del proprio comportamento e dei rispettivi cambiamenti emotivi. Lo strumento vuole avere una validità transculturale e verrà usato in ambito clinico e di ricerca.

Per svolgere tale ricerca, abbiamo bisogno della Sua collaborazione e della sua disponibilità a dedicarci un po’ del suo tempo per valutare alcuni degli item proposti. È per questo motivo che chiediamo la Sua disponibilità a partecipare a questo progetto. La propria partecipazione consisterà nell’assegnare un punteggio ad alcuni item e successivamente rispondere ad alcune domande sulla loro comprensibilità poste in forma di intervista orale. Le informazioni ricavate non includeranno nessun riferimento che potrebbe identificare i partecipanti e saranno protette dal segreto professionale. Complessivamente, il tempo richiesto è di circa 30 minuti.

Il protocollo di studio proposto è oggetto dell’approvazione del comitato etico della Ricerca psicologica area 17 dell’Università degli Studi di Padova. La partecipazione al progetto è volontaria e prevede la possibilità di ritirarsi in qualunque momento, senza fornire spiegazioni e senza incorrere in alcun tipo di penalizzazione, ottenendo il non utilizzo dei propri dati.

RECAPITI - Responsabile della ricerca: Dr.ssa Marta Panzeri Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione, Università di Padova, via Venezia 8. Per informazioni: marta.panzeri@unipd.it; tel. 049 8276468 - Conduuttrice: Dr.ssa Marta Panzeri, Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione, Università di Padova, via Venezia 8. Per informazioni: marta.panzeri@unipd.it; tel. 049 8276468 – Co-conduuttrice: Angela Belluzzi, angela.belluzzi@studenti.unipd.it.

CONSENSO ALLA PARTECIPAZIONE E AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il/la sottoscritto/a dichiara:

1. Di essere informato/a che lo studio è in linea con le vigenti leggi D. Lgs 196/2003 e UE GDPR 679/2016 sulla protezione dei dati e di acconsentire al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali, nei limiti, per le finalità e per la durata precisati dalle vigenti leggi (D. Lgs 196/2003 e UE GDPR 679/2016). Il responsabile della ricerca si impegna ad adempiere agli obblighi previsti dalla normativa vigente in termini di raccolta, trattamento e conservazione di dati sensibili.
2. Di essere informato/a che la protezione dei Suoi dati personali è designata con Decreto del Direttore Generale 4451 del 19 dicembre 2017, in cui è stato nominato un Responsabile della Protezione dati (privacy@unipd.it).
3. Di sapere di potersi ritirare dallo studio in qualunque momento, senza fornire spiegazioni, senza alcuna penalizzazione e ottenendo il non utilizzo dei dati.
4. Di essere informato/a che i dati saranno raccolti in forma confidenziale (nome/codice) e i suoi dati saranno analizzati tutti i criteri che garantiscono la massima riservatezza, utilizzati unicamente ai fini della ricerca medesima, i quali verranno distrutti alla fine dello studio.
5. Di essere a conoscenza che, qualora lo desiderasse, può ottenere la restituzione dei dati grezzi.
6. Di essere informato/a che i propri dati saranno utilizzati esclusivamente per scopi scientifici e con il mantenimento delle regole relative alla riservatezza.
7. Di acconsentire alla audio-registrazione: o ACCONSENTO o NON ACCONSENTO.
8. Di sapere che una copia del presente modulo mi sarà consegnata dal ricercatore.

Per eventuali chiarimenti è possibile contattare la Dr.ssa Marta Panzeri e-mail:
marta.panzeri@unipd.it.

Il/la partecipante presa visione del presente modulo esprime il proprio consenso alla partecipazione alla ricerca:

- ACCONSENTO DI PARTECIPARE
- NON ACCONSENTO DI PARTECIPARE

Grazie mille per il Suo prezioso contributo!

APPENDICE B

1. QUESTIONARIO SMI-3 – BAMBINO TRASCURATO – VERSIONE MASCHILE

SHORT SCHEMA MODE INVENTORY 3 (SMI-3) – GROUP 6

ISTRUZIONI: Di seguito troverà un elenco di affermazioni che possono essere usate per descrivere sé stessi. Le chiediamo cortesemente di indicare, utilizzando la scala di valutazione, **con quale frequenza** le è capitato di credere o percepire l'affermazione come valida per Lei **in generale**.

1 = Mai	2	3	4	5	6	7 = Sempre
----------------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

	IN GENERALE...	FREQUENZA
1.	Sento che nessuno mi presta attenzione.	
2.	A nessuno interessa ciò che mi capita.	
3.	Mi sento ignorato.	
4.	Mi sento solo anche quando accanto a me c'è gente.	
5.	Mi sento solo al mondo.	
6.	Mi sento inadeguato come persona.	
7.	Mi sento inutile.	
8.	Non sono degno di essere amato.	
9.	Mi vergogno di chi sono.	
10.	Non mi sento capito da nessuno.	
11.	Sento di non far parte di nessun gruppo.	
12.	Sento che nessuno si interessa di me per via di quello che sono.	
13.	Ho paura che le persone a cui tengo se ne andranno o moriranno.	
14.	Sento che finirò per essere maltrattato o punito qualsiasi cosa faccia.	

2. QUESTIONARIO SMI-3 – BAMBINO TRASCURATO – VERSIONE FEMMINILE

SHORT SCHEMA MODE INVENTORY 3 (SMI-3) – GROUP 6

ISTRUZIONI: Di seguito troverà un elenco di affermazioni che possono essere usate per descrivere sé stesse. Le chiediamo cortesemente di indicare, utilizzando la scala di valutazione, **con quale frequenza** le è capitato di credere o percepire l'affermazione come valida per Lei **in generale**.

1 = Mai	2	3	4	5	6	7 = Sempre
---------	---	---	---	---	---	---------------

	IN GENERALE...	FREQUENZA
1.	Sento che nessuno mi presta attenzione.	
2.	A nessuno interessa ciò che mi capita.	
3.	Mi sento ignorata.	
4.	Mi sento sola anche quando accanto a me c'è gente.	
5.	Mi sento sola al mondo.	
6.	Mi sento inadeguata come persona.	
7.	Mi sento inutile.	
8.	Non sono degna di essere amata.	
9.	Mi vergogno di chi sono.	
10.	Non mi sento capita da nessuno.	
11.	Sento di non far parte di nessun gruppo.	
12.	Sento che nessuno si interessa di me per via di quello che sono.	
13.	Ho paura che le persone a cui tengo se ne andranno o moriranno.	
14.	Sento che finirò per essere maltrattata o punita qualsiasi cosa faccia.	

**3. QUESTIONARIO SMI-3 – BAMBINO TRASCURATO – VERSIONE
NON-BINARIA**

**SHORT SCHEMA MODE INVENTORY 3 (SMI-3) –
GROUP 6**

ISTRUZIONI: Di seguito troverà un elenco di affermazioni che possono essere usate per descrivere sé stessa. Le chiediamo cortesemente di indicare, utilizzando la scala di valutazione, con quale frequenza le è capitato di credere o percepire l'affermazione come valida per Lei in generale.

1 = Mai	2	3	4	5	6	7 = Sempre
----------------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

	IN GENERALE...	FREQUENZA
1.	Sento che nessuno mi presta attenzione.	
2.	A nessuno interessa ciò che mi capita.	
3.	Mi sento ignorata.	
4.	Mi sento sola anche quando accanto a me c'è gente.	
5.	Mi sento sola al mondo.	
6.	Mi sento inadeguata come persona.	
7.	Mi sento inutile.	
8.	Non sono degna di essere amata.	
9.	Mi vergogno di chi sono.	
10.	Non mi sento capita da nessuno.	
11.	Sento di non far parte di nessun gruppo.	
12.	Sento che nessuno si interessa di me per via di quello che sono.	
13.	Ho paura che le persone a cui tengo se ne andranno o moriranno.	
14.	Sento che finirò per essere maltrattata o punita qualsiasi cosa faccia.	

4. QUESTIONARIO SMI-3 – BAMBINO VITTIMIZZATO – VERSIONE MASCHILE

SHORT SCHEMA MODE INVENTORY 3 (SMI-3) – GROUP 6

ISTRUZIONI: Di seguito troverà un elenco di affermazioni che possono essere usate per descrivere sé stessi. Le chiediamo cortesemente di indicare, utilizzando la scala di valutazione, **con quale frequenza** le è capitato di credere o percepire l'affermazione come valida per Lei **in generale**.

1 = Mai	2	3	4	5	6	7 = Sempre
----------------	----------	----------	----------	----------	----------	-------------------

	IN GENERALE...	FREQUENZA
1.	Quando qualcosa va storto, vengo incolpato.	
2.	Le persone che fanno brutte cose non vengono punite.	
3.	Qualsiasi cosa faccia, non verrò ricompensato.	
4.	Dentro di me so che non sarò trattato in modo giusto.	
5.	Il mondo è ingiusto per quelli come me.	
6.	Le altre persone non possono nemmeno immaginare quanto male sono stata trattato nella mia vita.	
7.	Ritengo che la vita sia fundamentalmente ingiusta per quelli come me.	
8.	Le cose che sembrano capitarmi per sfortuna sono in realtà intenzionali.	
9.	Sento che coloro che hanno autorità su di me sono fundamentalmente ingiusti.	
10.	Mi sento una vittima della società.	
11.	Ricevo un trattamento pessimo che non merito.	
12.	Sento di venire trattato peggio degli altri.	

5. QUESTIONARIO SMI-3 – BAMBINO VITTIMIZZATO – VERSIONE FEMMINILE

SHORT SCHEMA MODE INVENTORY 3 (SMI-3) – GROUP 6

ISTRUZIONI: Di seguito troverà un elenco di affermazioni che possono essere usate per descrivere sé stesse. Le chiediamo cortesemente di indicare, utilizzando la scala di valutazione, **con quale frequenza** le è capitato di credere o percepire l'affermazione come valida per Lei **in generale**.

1 = Mai	2	3	4	5	6	7 = Sempre
----------------	----------	----------	----------	----------	----------	-------------------

	IN GENERALE...	FREQUENZA
1.	Quando qualcosa va storto, vengo incolpata.	
2.	Le persone che fanno brutte cose non vengono punite.	
3.	Qualsiasi cosa faccia, non verrò ricompensata.	
4.	Dentro di me so che non sarò trattata in modo giusto.	
5.	Il mondo è ingiusto per quelle come me.	
6.	Le altre persone non possono nemmeno immaginare quanto male sono stata trattata nella mia vita.	
7.	Ritengo che la vita sia fundamentalmente ingiusta per quelle come me.	
8.	Le cose che sembrano capitarmi per sfortuna sono in realtà intenzionali.	
9.	Sento che coloro che hanno autorità su di me sono fundamentalmente ingiusti.	
10.	Mi sento una vittima della società.	
11.	Ricevo un trattamento pessimo che non merito.	
12.	Sento di venire trattata peggio degli altri.	

6. QUESTIONARIO SMI-3 – BAMBINO VITTIMIZZATO – VERSIONE NON-BINARIA

SHORT SCHEMA MODE INVENTORY 3 (SMI-3) – GROUP 6

ISTRUZIONI: Di seguito troverà un elenco di affermazioni che possono essere usate per descrivere sé stesso. Le chiediamo cortesemente di indicare, utilizzando la scala di valutazione, **con quale frequenza** le è capitato di credere o percepire l'affermazione come valida per Lei **in generale**.

1 = Mai	2	3	4	5	6	7 = Sempre
----------------	----------	----------	----------	----------	----------	-------------------

	IN GENERALE...	FREQUENZA
1.	Quando qualcosa va storto, vengo incolpatø.	
2.	Le persone che fanno brutte cose non vengono punite.	
3.	Qualsiasi cosa faccia, non verrò ricompensatø.	
4.	Dentro di me so che non sarò trattatø in modo giusto.	
5.	Il mondo è ingiusto per quellø come me.	
6.	Le altre persone non possono nemmeno immaginare quanto male sono statø trattatø nella mia vita.	
7.	Ritengo che la vita sia fundamentalmente ingiusta per quellø come me.	
8.	Le cose che sembrano capitarmi per sfortuna sono in realtø intenzionali.	
9.	Sento che coloro che hanno autoritø su di me sono fundamentalmente ingiustø.	
10.	Mi sento una vittima della societø.	
11.	Ricevo un trattamento pessimo che non merito.	
12.	Sento di venire trattatø peggio degli altri.	

7. QUESTIONARIO SMI-3 – BAMBINO CONFUSO – VERSIONE MASCHILE

SHORT SCHEMA MODE INVENTORY 3 (SMI-3) – GROUP 6

ISTRUZIONI: Di seguito troverà un elenco di affermazioni che possono essere usate per descrivere sé stessi. Le chiediamo cortesemente di indicare, utilizzando la scala di valutazione, con quale frequenza le è capitato di credere o percepire l'affermazione come valida per Lei in generale.

1 = Mai	2	3	4	5	6	7 = Sempre
----------------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

	IN GENERALE...	FREQUENZA
1.	Sono confuso riguardo ai miei sentimenti.	
2.	Non capisco i sentimenti e i comportamenti delle altre persone.	
3.	Non capisco chi sono veramente.	
4.	Percepisco i miei pensieri e sentimenti interiori come caotici.	
5.	La mia percezione di chi io sia è instabile.	
6.	Non capisco perché io reagisca così intensamente a certe cose.	
7.	Non riconosco me stesso.	
8.	Sento che la vita mi confonde.	
9.	Le cose che mi capitano non hanno senso.	
10.	La vita per me è illogica.	
11.	Non riesco a dare un senso a quello che accade intorno a me.	
12.	Le cose sembrano capitare senza motivo.	
13.	Non so chi sono.	

8. QUESTIONARIO SMI-3 – BAMBINO CONFUSO – VERSIONE FEMMINILE

SHORT SCHEMA MODE INVENTORY 3 (SMI-3) – GROUP 6

ISTRUZIONI: Di seguito troverà un elenco di affermazioni che possono essere usate per descrivere sé stesse. Le chiediamo cortesemente di indicare, utilizzando la scala di valutazione, **con quale frequenza** le è capitato di credere o percepire l'affermazione come valida per Lei **in generale**.

1 = Mai	2	3	4	5	6	7 = Sempre
----------------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

	IN GENERALE...	FREQUENZA
1.	Sono confusa riguardo ai miei sentimenti.	
2.	Non capisco i sentimenti e i comportamenti delle altre persone.	
3.	Non capisco chi sono veramente.	
4.	Percepisco i miei pensieri e sentimenti interiori come caotici.	
5.	La mia percezione di chi io sia è instabile.	
6.	Non capisco perché io reagisca così intensamente a certe cose.	
7.	Non riconosco me stessa.	
8.	Sento che la vita mi confonde.	
9.	Le cose che mi capitano non hanno senso.	
10.	La vita per me è illogica.	
11.	Non riesco a dare un senso a quello che accade intorno a me.	
12.	Le cose sembrano capitare senza motivo.	
13.	Non so chi sono.	

9. QUESTIONARIO SMI-3 – BAMBINO CONFUSO – VERSIONE NON-BINARIA

SHORT SCHEMA MODE INVENTORY 3 (SMI-3) – GROUP 6

ISTRUZIONI: Di seguito troverà un elenco di affermazioni che possono essere usate per descrivere sé stesso. Le chiediamo cortesemente di indicare, utilizzando la scala di valutazione, **con quale frequenza** le è capitato di credere o percepire l'affermazione come valida per Lei **in generale**.

1 = Mai	2	3	4	5	6	7 = Sempre
----------------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------

	IN GENERALE...	FREQUENZA
1.	Sono confuso riguardo ai miei sentimenti.	
2.	Non capisco i sentimenti e i comportamenti delle altre persone.	
3.	Non capisco chi sono veramente.	
4.	Percepisco i miei pensieri e sentimenti interiori come caotici.	
5.	La mia percezione di chi io sia è instabile.	
6.	Non capisco perché io reagisca così intensamente a certe cose.	
7.	Non riconosco me stesso.	
8.	Sento che la vita mi confonde.	
9.	Le cose che mi capitano non hanno senso.	
10.	La vita per me è illogica.	
11.	Non riesco a dare un senso a quello che accade intorno a me.	
12.	Le cose sembrano capitare senza motivo.	
13.	Non so chi sono.	

APPENDICE C

ESEMPIO DI SET DI ITEM (NON DEFINITIVO) DEL MODE BAMBINO
TRASCURATO IN 7 LINGUE (INGLESE, FRANCESE, RUMENO,
ITALIANO, OLANDESE, POLACCO E MANDARINO)

DISREGARDED CHILD							
Item	English	French	Romanian	Italian	Dutch	Polish	Mandarian
	Disregarded child	Enfant ignoré	Copilul Desconsiderat	Bambino Trascurato	Verwaarloosd Kind	Lekceważone dziecko	被漠视的孩子
1	I feel nobody is paying attention to me.	J'ai l'impression que personne ne fait attention à moi.	Simt că nimeni nu îmi acordă atenție.	Sento che nessuno mi presta attenzione.	Ik heb het gevoel dat niemand mij aandacht geeft.	Czuję, że nikt nie zwraca na mnie uwagi.	我觉得没有人理会我
2	Nobody cares what happens to me.	Personne ne se soucie de ce qui m'arrive.	Nimănuî nu îî pasă de ceea ce se întâmplă cu mine.	A nessuno interessa ciò che mi capita.	Niemand geeft om wat er met mij gebeurt.	Nikogo nie obchodzi, co się ze mną dzieje	没有人会在乎我发生了什么事
3	I feel ignored all the time.	Je me sens tout le temps ignoré.e.	Mă simt ignorat/ă mereu.	Mi sento sempre ignorato.	Ik voel me de hele tijd genegeerd.	Czuję się całą osobą czas ignorowaną.	我一直以来都觉得被忽略了
4	Even when I have people around me, I feel lonely.	Même quand il y a des gens autour de moi, je me sens seul.e.	Chiar și atunci când am oameni în jurul meu, mă simt singur/ă.	Mi sento solo anche quando accanto a me c'è gente.	Zelfs als ik mensen om me heen heb, voel ik me eenzaam.	Czuję osamotnienie nawet wtedy gdy jestem wśród ludzi.	就算有人在我身边，我依旧感到孤独

5	I often feel alone in the world	Je me sens souvent seul.e au monde.	Adesea mă simt singur/ă pe lume.	Spesso mi sento solo al mondo.	Ik voel me vaak alleen op de wereld.	Często czuję, że jestem sam/a na świecie	在这世界里，我觉得自己孤单一个人
6	I feel inadequate as a person.	Je me sens inadapté.e en tant que personne.	Mă simt inadecvat/ă ca persoană.	Mi sento inadeguato come persona.	Ik voel me tekort schietten als persoon.	Jako osoba czuję często, że nie pasuję	我觉得自己是不足的
7	I feel worthless.	Je me sens sans valeur aux yeux des autres.	Simt că sunt lipsit/ă de valoare.	Mi sento inutile.	Ik voel me waardeloos.	Czuję się bezwartościowy.	我感到自己没有价值
8	I am not worthy of being loved.	Je ne suis pas digne d'être aimé.e.	Nu sunt demn/ă de a fi iubit/ă.	Non sono degno di essere amato.	Ik ben het niet waard om liefde te krijgen.	Nie zasługuję na to, żeby mnie kochać.	我不值得被爱
9	I am ashamed of who I am.	J'ai honte de qui je suis.	Îmi e rușine de ceea ce sunt.	Mi vergogno di chi sono.	Ik schaam me voor wie ik ben.	Wstydzę się tego, kim jestem.	我为自己感到羞耻
10	I don't feel understood by anybody.	Je ne me sens compris.e par personne.	Nu mă simt înțeles/înțeleasă de nimeni.	Non mi sento capito da nessuno.	Ik voel me door niemand begrepen.	Czuję, że nikt mnie nie rozumie.	我感到没有人理解我
11	I feel like I don't fit in any group.	J'ai l'impression de n'appartenir à aucun groupe.	Simt că nu mă potrivesc în niciun grup.	Sento di non far parte di nessun gruppo.	Ik heb het gevoel dat ik in geen enkele groep pas.	Czuję, że nie pasuję do żadnej grupy ludzi.	我感到自己融入任何群体
12	I feel that nobody will ever care about me	À cause de ce que je suis, j'ai l'impression	Simt că nimănu nu îi va păsa de mine vreodată	Sento che nessuno si interesserà mai di me	Ik heb het gevoel dat niemand ooit om me zal	Przez to kim jestem czuję, że nikt nigdy nie będzie się	我觉得永远不会

	because of who I am.	que personne ne s'intéressera jamais à moi.	din cauza a ceea ce sunt.	per via di quello che sono.	geven door wie ik ben.	o mnie troszczył.	会有人在乎我
13	I am afraid that people I care about will leave me or die.	J'ai peur que les personnes que j'aime me quittent ou meurent.	Mă tem că oamenii de care îmi pasă mă vor părăsi sau vor muri.	Ho paura che le persone a cui tengo se ne andranno o moriranno.	Ik ben bang dat mensen om wie ik geef me zullen verlaten of zullen sterven.	Boję się, że ludzie, na których mi zależy, opuszczą mnie lub umrą.	我害怕自己关心的人会离开我或者死去