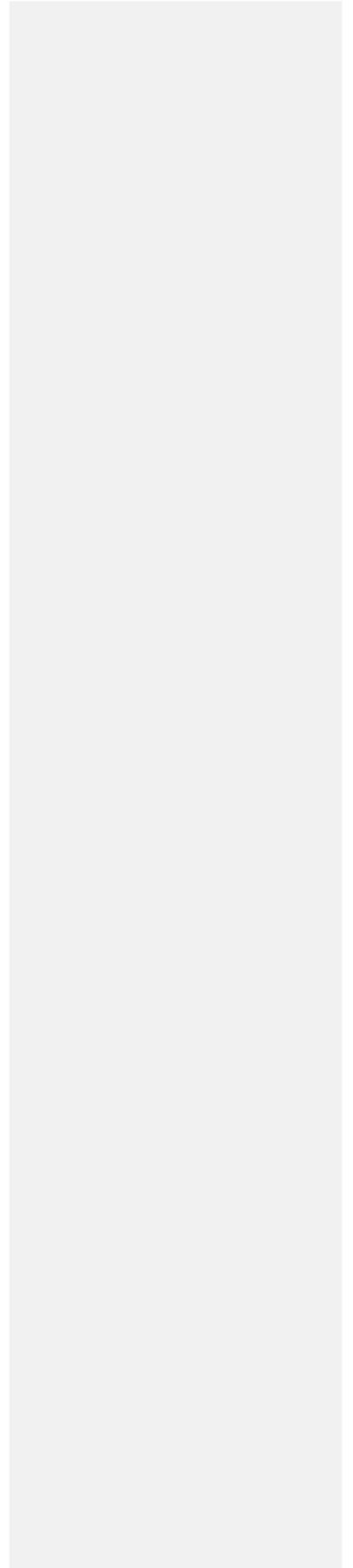
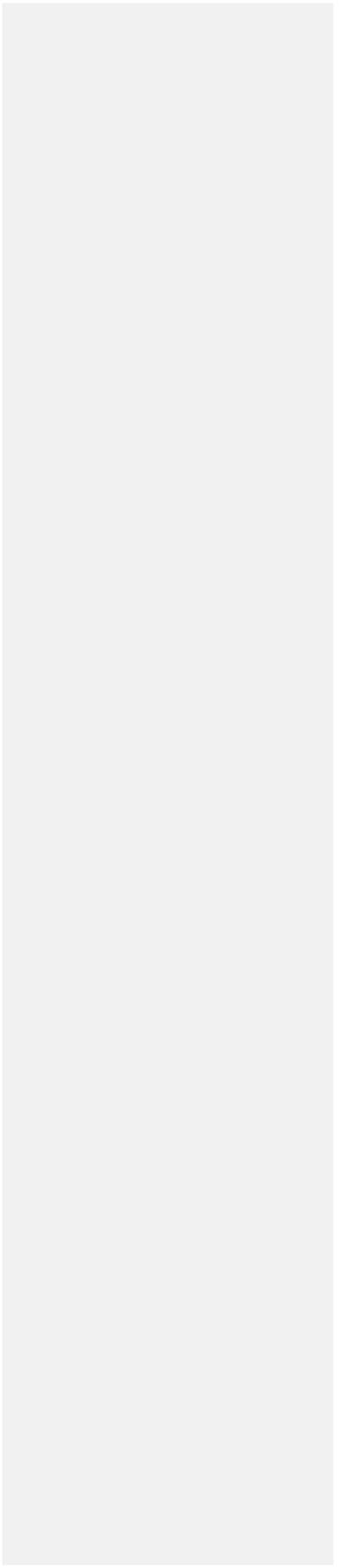


Parte VI
La ricerca in *Schema therapy*





1

Studi di efficacia

Lotte Bamelis, Josephine Bloo, David Bernstein e Arnoud Arntz

La *Schema therapy* (ST) è un metodo terapeutico che ha raggiunto una vasta popolarità nell'ultimo decennio. La sua combinazione di tecniche cognitivo-comportamentali, interpersonali, psicodinamiche ed esperienziali – avviata negli USA – è pure impiegata nei Paesi Bassi per pazienti con disturbi di personalità (DP) e sembra promettente. Il supporto empirico per l'efficacia della ST è tuttavia ancora esiguo. Benché un trial controllato randomizzato (RCT) sia, da un punto di vista metodologico, un gold standard per lo studio di efficacia clinica e rapporto costi/efficacia, una ricerca nella letteratura rivela che simili disegni non vengono condotti spesso. Si ha una grande richiesta di studi di efficacia empirici e controllati.

Nel presente capitolo, gli autori descrivono i risultati più significativi degli studi che sono stati pubblicati sinora, concentrandosi sulle implicazioni per la pratica clinica. Distinguono tra studi in cui il trattamento è primariamente focalizzato sui problemi di personalità, e studi in cui l'attenzione principale è assegnata al trattamento dei disturbi di Asse I.

Schema therapy per i disturbi di personalità

Ad oggi, l'efficacia della *Schema therapy* è stata indagata soprattutto per il disturbo borderline di personalità (DBP). Si esamineranno inizialmente i risultati emersi dallo studio sul DBP, seguiti da un riepilogo delle evidenze raccolte per altri disturbi di personalità.

Schema therapy per il disturbo borderline di personalità

Nel corso degli ultimi anni, sono state pubblicate numerose opere nelle quali si delinea la metodologia del trattamento per il DBP descritta per *schema mode* (per es., Young, 2005; Kellogg e Young, 2006). Tali pubblicazioni offrono una panoramica chiara su come il trattamento possa essere offerto, ma non forniscono evidenze relativamente alla sua

efficacia. La tabella 1.1 riassume l'evidenza scientifica relativa all'efficacia della ST per DBP.

Tabella 1.1 Evidenza dell'efficacia della *Schema therapy* per il disturbo borderline di personalità

<u>Autori</u>	<u>Anno di pubblicazione</u>	<u>Disegno</u>	<u>Esito</u>
Nordahl e Nysaeter	2005	<p>Serie di casi singoli. N = 6</p> <p>Durata della terapia individuale: settimanale, in media per 22 mesi</p>	<p>5 persone mostrarono un miglioramento significativo di: sintomi di depressione e ansia, psicopatologia generale e disfunzionalità interpersonale</p> <p>Riduzione significativa degli schemi maladattivi (DE = 1,6)</p>
Giesen-Bloo et al.	2006	<p>RCT, N = 86</p> <p>ST a confronto con PFT</p> <p>Durata della terapia individuale: 2 volte a settimana per 3 anni</p>	<p>Entrambi i trattamenti mostrano miglioramenti clinici significativi; rispetto alla PFT, la ST è superiore in tutte le misure di <i>outcome</i></p> <p>Nella ST, rischio inferiore di abbandono prematuro del trattamento</p>
Nadort et al.	2009	<p>Disegno randomizzato a 2 gruppi, N = 62</p> <p>Confronto della condizione di ST con e senza supporto telefonico aggiuntivo</p> <p>Durata della terapia pari a 2 anni: sedute bisettimanali, nel primo anno, e settimanali nel secondo</p>	<p>Dopo 18 mesi, il 42% dei pazienti non rientrava più nella diagnosi di DBP</p> <p>Il supporto telefonico aggiuntivo, fornito 24 ore al giorno, non incise in alcun modo sugli esiti</p>
Farrell, Shaw e Webber	2009	<p>RCT, N = 32 donne</p> <p>ST di gruppo + TAU a confronto con il solo TAU</p> <p>TAU a scadenza settimanale (psicoterapia individuale, eclettica e supportiva)</p> <p>ST + TAU 30 sedute di gruppo extra in 8 mesi</p>	<p>Il gruppo ricevente ST + TAU ottenne punteggi significativamente inferiori in sintomatologia del DBP e <i>odds</i> globale dei sintomi psichiatrici, e punteggi superiori sulla scala GAF</p> <p>Nessun caso di abbandono del trattamento nel gruppo ricevente ST + TAU</p>

manterrei la dicitura in inglese di case series con n=6 soggetti

DBP: Disturbo borderline di personalità; DE: dimensioni dell'effetto; GAF: Scala per la valutazione globale del funzionamento (*Global Assessment Functioning*); N: numero di pazienti; ST: terapia focalizzata sugli schemi; PFT: Terapia focalizzata sul transfert; TAU: Trattamento di routine (*Treatment as Usual*)

Gli esiti di un disegno norvegese su una serie di casi singoli forniscono una prima indicazione dell'efficacia della ST (Nordahl e Nysaeter, 2005). Le analisi mostrarono una forte riduzione nel potere degli schemi maladattivi nonché miglioramenti nelle misure di *outcome* secondario. Inoltre, il progresso osservato direttamente al termine della terapia proseguì nel monitoraggio di *follow-up*. Lo studio deve comunque essere interpretato con prudenza. Dall'impiego di un solo disegno di caso singolo, nel quale un solo terapeuta adotta il modello degli schemi, è impossibile generalizzare a un gruppo più ampio. Oltre a ciò, la valutazione post-trattamento e il *follow-up* non furono eseguiti da valutatori indipendenti, e il fatto potrebbe aver influito sulla validità degli esiti. Di conseguenza, lo studio sembra indicare che la ST sia un valido metodo di trattamento basato sull'evidenza, ma non fornisce alcuna prova concreta.

Tale evidenza è fornita da un RCT condotto sull'efficacia della ST per il disturbo borderline di personalità (Giesen-Bloo et al., 2006). In un disegno a due gruppi, si confrontarono ST e Psicoterapia focalizzata sul transfert (PFT). Ottantasei pazienti con DBP furono assegnati a random a una delle due condizioni di trattamento e ricevettero tre anni di trattamento ambulatoriale protocollato, fornito due volte a settimana. Tanto la ST quanto la PFT diedero come risultato miglioramenti clinici significativi in diversi domini, tra cui, riduzione di sintomi specifici del borderline, e miglioramento nella qualità della vita e nell'ambito del funzionamento psicopatologico generale. Rispetto alla PFT, tuttavia, la ST risultò superiore in tutte le misure di *outcome*. Inoltre, il rischio di abbandono del trattamento era inferiore nel gruppo ricevente ST. È un dato degno di nota per questa popolazione, poiché nei pazienti borderline il rischio di abbandono del trattamento è considerevolmente elevato.

Nello studio di Giesen-Bloo et al. (2006), si descrivono alcuni dei possibili punti di forza del modello degli schemi per il DBP: 1) trasparenza del modello; 2) atteggiamento specifico di *reparenting* adottato dal terapeuta relativamente a problemi di attaccamento; 3) impiego di tecniche semplici da implementare e di strategie che dotano di controllo, struttura e sicurezza; 4) possibilità di contattare il terapeuta tra una seduta e l'altra. Lo studio mostra altresì che terapeuti e pazienti valutano di più l'alleanza terapeutica (che ha una influenza positiva sui processi interiori di cambiamento) nella condizione di ST rispetto a quella di PFT.

Recentemente, Nadort e colleghi (2009) hanno completato uno studio di implementazione in cui, accanto all'attuazione del protocollo sul DBP nella pratica quotidiana, hanno esaminato se fornire o meno supporto telefonico 24 ore al giorno incidesse sugli *outcome*. I risultati più importanti dello studio furono che: 1) un'implementazione di successo è possibile, dato che - dopo 18 mesi - oltre la metà dei pazienti non soddisfaceva più i criteri per la diagnosi di DBP; 2) il supporto telefonico integrato al protocollo della ST non ebbe alcun effetto (per maggiori dettagli sugli esiti dello studio, consultare il capitolo 1, parte VII).

In sintesi, si può dire che l'efficacia della ST per il DBP è scientificamente fondata. Si dovrebbe tuttavia osservare che i risultati sono stati ottenuti da solo un esiguo numero di

io metterei la frase così:
utilizzando un disegno a case series su caso singolo, nel quale vi è un solo terapeuta ad applicare il trattamento, diventa impossibile generalizzare i risultati di efficacia ad un ipotetico gruppo più ampio di pazienti.

che vuol dire?
spiegare meglio

che significa
valutano di più?
forse: "sono più
attenti all'alleanza
terapeutica"

virgola

virgola

studi e dovrebbero perciò essere interpretati con prudenza. Oltre a ciò, è stata mossa qualche critica al RCT di Giesen-Bloo et al. (2006). Il trial fu verificato dal punto di vista statistico con rispetto all'uso di medicinali, ma non lo fu sperimentalmente e non ricorse a una condizione di lista di attesa o TAU. Persino al termine di un trattamento intensivo a lungo termine, sembrò che quasi un terzo dei soggetti stesse ancora ricevendo la terapia. L'intensità delle sedute era stata comunque ridotta: dopo quattro anni, a più del 60% dei pazienti riceventi ST veniva fornita meno di una seduta terapeutica a settimana, mentre al 50% veniva offerta solo una seduta ogni tre settimane (sedute di rinforzo). Il numero medio di sedute nella condizione di ST era significativamente inferiore rispetto a quello della PFT (Giesen-Bloo et al., 2006).

Farrell, Shaw e Webber (2009) misero a confronto la combinazione di TAU e ST di gruppo con il solo TAU in un gruppo di trentadue donne (di età compresa tra i ventidue e i cinquantadue anni) affette da DBP. Tutte le pazienti avevano già ricevuto il TAU (terapia individuale di supporto a scadenza settimanale) precedente all'arruolamento nello studio, e furono randomizzate a un gruppo di ST (trenta sedute in otto mesi) o a un gruppo di controllo. L'assessment post-trattamento mostrò punteggi significativamente inferiori in merito alla severità dei sintomi del DBP nonché un funzionamento globale superiore nella condizione combinata. Tali risultati furono clinicamente significativi e stabili a sei mesi di follow-up. Le dimensioni dell'effetto nel gruppo combinato furono assai grandi, e approssimativamente pari a zero nella condizione del solo TAU. Fu inoltre straordinario che non un singolo paziente abbandonò il trattamento nella condizione ST + TAU, mentre quattro pazienti (25%) non conclusero la terapia nel gruppo TAU.

Uno studio in aperto sugli effetti della ST clinica di gruppo, relativamente allo stesso gruppo, mostrò nuovamente effetti significativi (Reiss e Farrell, 2010).

Da uno studio pilota in aperto condotto a Mainz sul trattamento residenziale di gruppo per il DBP, emersero effetti considerevolmente più deboli. In ogni caso, una chiara curva di apprendimento era rilevante: i gruppi che avevano iniziato il trattamento in un periodo successivo mostravano risultati migliori (Reiss, Lieb e Vogel, 2010).

Mentre la ricerca nell'efficacia della ST per DBP è ancora alle fasi iniziali, esistono prove basate sull'evidenza addirittura inferiori per altri disturbi di personalità. Ad oggi, non è stato pubblicato alcuno studio scientifico con un disegno potente. In questo campo, comunque, si stanno verificando numerosi cambiamenti. Nei Paesi Bassi, vengono attualmente condotti due ambiziosi studi sull'efficacia della ST, nei quali il focus è assegnato – da un lato – a disturbi di personalità più lievi e – dall'altro – alla psichiatria forense.

spiegare meglio

Commento [p23]: nel TP, SFT: Terapia focalizzata sugli schemi. Reso solo con ST anziché TFS

qui va spiegato meglio magari lo si riscrive

cadenza

la valutazione. la parola assessment non è sbagliata ma di solito è utilizzata nelle fasi pre trattamento. io metterei la valutazione

Commento DBP?

significativamente elevate

lascierei Open Trial (ovviamente se ci riferisce a questo tipo di studi)

nel senso che "si rilevava una chiara curva di apprendimento" o che la curva di apprendimento era significativamente elevata?"

di pazienti? di terapeuti?

open trial pilota

Schema therapy per altri disturbi di personalità

Schema therapy per disturbi di personalità più lievi

Dalla metà del 2006, Bamelis e colleghi stanno conducendo un studio di efficacia su larga scala, nel quale si mettono a confronto efficacia clinica e rapporto costi/efficacia della ST con la condizione TAU, per persone che presentano uno o più dei sei disturbi di personalità più lievi (evitante, dipendente, ossessivo-compulsivo, paranoide, istrionico e narcisistico). Si scelsero trecento soggetti da dodici istituti olandesi: questi furono randomizzati o a un protocollo di ST composto da cinquanta sedute oppure a un trattamento che, nel rispettivo istituto, è comune per quel disturbo di personalità specifico.

Si elaborò qualche schema mode caratteristico per questa popolazione (Protettore evitante, Ipercontrollante paranoide). Nel primo anno, le sedute di ST sono fornite una volta a settimana e poi, nel secondo anno, si svolgono le sedute di rinforzo. Frequenza e contenuti della condizione TAU variano a seconda delle consuetudini presenti nei rispettivi setting ambulatoriali.

In tre istituti, i pazienti sono inoltre randomizzati a un terzo trattamento di protocollo: **Psicoterapia orientata alla chiarificazione**, conformemente al modello sviluppato da Sachse. Mediante l'integrazione di questo protocollo standardizzato, è possibile confrontare – all'interno del disegno – due protocolli di trattamento standardizzati e ridurre così allora i possibili effetti di fattori non specifici. I pazienti inclusi nello studio effettuano una misurazione al basale di conseguenza assessment estensivo ogni sei mesi. A tre anni dall'inizio del trattamento, si ha la valutazione del *follow-up*.

Le misure di *outcome* primario sono: non soddisfare più i criteri diagnostici per disturbi di personalità e riduzione dei sintomi. Si studiano poi numerose misure di *outcome* secondario: qualità della vita, funzionamento psicologico generale, funzionamento sociale e concetti specifici correlati agli schemi.

I disturbi di personalità citati nello studio di Bamelis non sono stati ancora trattati in pubblicazioni scientifiche come focus primario del trattamento. Ogni tanto, compaiono nelle ricerche accanto a certi sintomi di Asse I (vedi sotto) come problemi in comorbidità. Alcune eccezioni sono rappresentate da una descrizione del caso di Cecero e Young (2001) e uno studio naturalistico condotto da Hahusseau e Pélissolo (2006). Nella descrizione di Cecero e Young, si illustra il processo terapeutico di una paziente affetta da DP dipendente, accanto a depressione e un disturbo d'ansia. In primo luogo, attraverso tecniche cognitivo-comportamentali, si ridussero depressione e disturbo d'ansia. In seguito, si elaborò insieme alla paziente una concettualizzazione del caso focalizzata sugli schemi. La donna trovò prove sempre maggiori degli schemi maladattivi mediante l'attuazione di tecniche esperienziali e l'identificazione di comportamenti specifici dello schema durante le sedute terapeutiche. Il processo centrale di cambiamento si componeva di quattro strategie: 1) riorganizzazione cognitiva dello schema; 2) tecniche esperienziali; 3) rottura di *pattern* comportamentali; 4) sfruttamento dell'alleanza terapeutica.

io metterei: inoltre
è in questo studio
che furono
elaborati i mode...

ad

ad

ad

Commento [p25]: Clarification-oriented psychotherapy

e successivamente
una valutazione di
assessment
completa

di baseline

Tabella 1.2 Studi di efficacia nella *Schema therapy* per altri disturbi di personalità

<u>Autori</u>	<u>Anno di pubblicazione</u>	<u>Disegno</u>	<u>Popolazione dello studio</u>
Bamelis et al.	In corso	RCT; N = 300 <i>Schema therapy</i> vs TAU e Psicoterapia orientata alla chiarificazione, conformemente a Sachse Durata: 2 anni di trattamento individuale; <i>assessment</i> 2 volte l'anno; 1 anno di <i>follow-up</i>	Gruppo target = Disturbi di personalità di cluster C – paranoide, istrionico e narcisistico Reclutamento in 12 istituti di assistenza sanitaria mentale situati nei Paesi Bassi
Bernstein et al.	In corso	RCT; N = 120 ST vs TAU fornito in strutture psichiatriche giudiziarie Durata: 3 anni di trattamento individuale; <i>assessment</i> 2 volte l'anno; 3 anni di <i>follow-up</i>	Gruppo target = Disturbi di personalità di cluster B in strutture psichiatriche giudiziarie Reclutamento in 7 ospedali psichiatrici giudiziari di massima sicurezza situati nei Paesi Bassi
Weertman e Arntz	2007	Disegno <i>cross-over</i> , N = 21 (provenienti da istituti di assistenza sanitaria mentale) Confronto tra tecniche focalizzate sul presente e tecniche incentrate sul passato Durata: 48 sedute di trattamento individuale; 1 anno di <i>follow-up</i>	Risultati sovrapponibili in tecniche incentrate sul presente e tecniche focalizzate sul passato Terapeuti e pazienti preferiscono cominciare focalizzandosi sul passato Gli effetti sono visibili a un anno di <i>follow-up</i>
Hahusseau e Péliissolo	2006	Studio naturalistico, N = 14 pazienti in strutture sanitarie ambulatoriali Durata del trattamento: 13 mesi	Gruppo target = disturbi di cluster B e C Miglioramenti significativi in tutte le misure di <i>outcome</i>
Zorn et al.	2007	RCT, N = 93 (provenienti da strutture di assistenza sanitaria mentale) Terapia emotivo-comportamentale orientata agli schemi (SET, <i>Schema-oriented emotional-behavioral treatment</i>) vs insegnamento di abilità sociali	Gruppo target = disturbi di cluster B e C, in particolare, DP narcisistico Esiti: SET superiore nelle misure di <i>outcome</i> clinico con un minore abbandono del trattamento

In uno studio esplorativo, Hahusseau e Pélissolo (2006) seguirono quattordici pazienti psichiatrici (principalmente con disturbi di cluster B e C), che ricevevano in media ventisei incontri di ST lungo un periodo di poco superiore a un anno (le tecniche più importanti furono catarsi emotiva ed esperienze emozionali correttive). Dai risultati emersero miglioramenti significativi nelle misure di *outcome* primario (scala di adattamento sociale) così come nelle misure di *outcome* riguardanti ansia, depressione e psicopatologia generale.

Weertman e Arntz (2007) dimostrarono che le tecniche esperienziali focalizzate sul passato (per es., *role-playing* storici e *imagery rescripting*) avevano gli stessi effetti positivi di quelle incentrate sul presente. L'esplorazione del background dei problemi non produceva alcun effetto, oppure lo aveva negativo. La dimensione dell'effetto del programma completo era grande, con una media di circa 1,5.

Schema therapy in strutture psichiatriche giudiziarie

Si ha una grande necessità di adattare la ST per pazienti con DP degenti in ospedali psichiatrici giudiziari (OPG).

Bernstein, Arntz e de Vos (2007) illustrarono un modello di *schema mode* per pazienti con disturbi di personalità di cluster B (antisociale, narcisistico e borderline) ricoverati in OPG. Il modello consta di *mode* tipici della 'popolazione forense' (per es., Protettore arrabbiato, Prepotente e aggressivo, Freddo e manipolatore, e Predatore). Bernstein e colleghi hanno disposto un RCT multicentrico su disturbi di personalità di cluster B in diverse strutture psichiatriche giudiziarie dei Paesi Bassi.

Nello studio, centoventi pazienti sono assegnati casualmente a due condizioni di trattamento: ST e l'abituale terapia fornita negli OPG. I pazienti ricevono tre anni di trattamento individuale. I soggetti inseriti nel gruppo ST ricevono due sedute a settimana. I pazienti riceventi TAU si incontrano con gli assistenti sociali una volta a settimana. Il TAU fornito in OPG è un trattamento multimodale: i pazienti ricevono normalmente ambedue le terapie, individuale e di gruppo, combinate con educazione, riabilitazione e altri servizi.

Nello studio, le misure di *outcome* primario sono il cambiamento nei disturbi di personalità e il rischio di ricaduta, monitorati a intervalli di sei mesi. Psicopatologia generale e cambiamento in schemi maladattivi precoci e *schema mode* corrispondono alle misure di *outcome* secondario. Terminata la fase di trattamento, i pazienti vengono seguiti per ulteriori tre anni, al fine di determinare la presenza di casi di ricaduta (o, se opportuno, episodi di violenza nell'istituto).

Attualmente, partecipano sette strutture psichiatriche giudiziarie. Il termine dello studio di *follow-up* è previsto per il 2014.

A prescindere dagli RCT precedentemente citati, per i quali non si dispone ancora dei risultati, esistono appena degli studi che indagano l'efficacia della ST per disturbi di personalità diversi dal borderline. Benché la ricerca scientifica sull'efficacia della ST sia ancora scarsa, e si trova attualmente nella fase di implementazione, alcuni indizi mostrano

che la ST può offrire un efficace valore aggiunto. Richardson (2005) mostra che in un gruppo di giovani perpetratori di violenza sessuale, sono presenti schemi maladattivi persistenti: Pretese/grandiosità; Egocentrismo; Esclusione sociale; Inibizione sociale; Autocontrollo/autodisciplina insufficienti. Psicoeducazione e insegnamento di abilità sociali non sembrano produrre alcun cambiamento significativo e duraturo. È possibile che la ST offra una soluzione.

Schema therapy fornita in gruppo per disturbi di personalità

direi "è nata"

Originariamente, la ST era stata progettata come un approccio ambulatoriale e individuale; è stata però modificata per un approccio focalizzato sul gruppo.

Da uno studio nel quale la Terapia di gruppo emotivo-comportamentale focalizzata sugli schemi (SET) fu confrontata con il classico insegnamento di abilità sociali in novantatré soggetti diagnosticati con un disturbo di cluster B o C (in particolare, DP narcisistico), emerse che il gruppo focalizzato sugli schemi registrava maggiori progressi nell'ambito di comportamento interpersonale, *coping* emotivo, e riduzione dei sintomi. Gli effetti clinici pertinenti rilevati nel gruppo ricevente ST furono le ridotte severità e sofferenza del disturbo, e una significativa diminuzione nei tassi di abbandono del trattamento (Zorn, Roder, Muller, Tschacher e Thommen, 2007).

In Norvegia, vengono attualmente condotti due RCT, nei quali la ST di gruppo fornita in regime di day hospital è messa a confronto con il trattamento di routine per, da un lato, soggetti affetti da DP borderline e, dall'altro, pazienti con DP evitante (Fosse, in corso). Ogni gruppo si compone di quarantotto soggetti. I primi risultati sono promettenti. Nei Paesi Bassi, si sta eseguendo uno studio pilota sulla ST di gruppo per pazienti con disturbo borderline di personalità: in esso, si forniscono due sedute a settimana, una di gruppo e una individuale (Dickhaut e Arntz, in corso). Esiti intermedi mostrano grandi dimensioni dell'effetto. Gli elementi positivi in un trattamento di gruppo possono essere: un coinvolgimento considerevole di altri membri del gruppo; la possibilità di riconoscimento; un ambiente reale per la pratica diretta (Thunissen e Muste, 2002).

***Schema therapy* per problemi di Asse I**

Agli inizi, la ST venne sviluppata per il trattamento di individui con disturbi di personalità, nei quali schemi sottostanti sono assai rigidi, impliciti ed estremamente disfunzionali. Dato il successo mostrato con problemi di Asse II, l'interesse verso lo studio della pertinenza di questo metodo terapeutico per vari problemi di Asse I è cresciuto. In questo campo, sono state effettuate scarse ricerche scientifiche di alta qualità. Le pubblicazioni presenti ad oggi vengono riportate di seguito, con la maggiore completezza possibile. Dopo la sintesi della tabella 1.3, si illustrano punti di forza e debolezza degli studi.

Schema therapy per soggetti con dipendenza e abuso di sostanze

Una variazione della ST attuata in caso di abuso di sostanze associato a disturbi di personalità è la *Schema therapy* dal doppio focus (STDF), (Ball, 1998). Tale metodo terapeutico si incentra simultaneamente sul trattamento della sintomatologia di Asse I e sul cambiamento di schemi e assunzioni maladattivi. Gli schemi che si ritrovano spesso in soggetti con abuso di sostanze sono: Autocontrollo insufficiente, Sfiducia e abuso, Autosacrificio, Abbandono e Inibizione emotiva. Sebbene la terapia si incentri primariamente sulla dipendenza, concettualizzazione degli schemi e mappatura dei meccanismi di *coping* maladattivi sono considerati elementi essenziali della terapia per ridurre i rischi di ricaduta.

forse intendeva
psicoeducazione

La STDF consta di due fasi: 1) prevenzione precoce delle ricadute, concettualizzazione del caso sugli schemi e insegnamento; 2) cambiamento di schemi e modalità di *coping* maladattivi.

Ball e Young (2000) completarono un report sugli studi di caso di dieci pazienti con una diagnosi di abuso di sostanze e uno o più disturbi di personalità. Oltre a ciò, il trattamento con STDF fornito a questi pazienti comprendeva ventiquattro sedute, focalizzate sul tradizionale lavoro sugli schemi ma con la possibile integrazione di un modulo sugli *schema mode*. Le analisi riportarono risultati positivi (consultare la tabella 3.1). Otto dei dieci pazienti reputarono la STDF come il trattamento migliore e più utile che avessero mai ricevuto.

La tabella 1.3 descrive inoltre i risultati sull'efficacia della STDF emersi da due RCT condotti su piccola scala. È degno di nota il fatto che la STDF risultò superiore nell'alleanza terapeutica (Ball, 2007). Questo è importante, poiché i soggetti con abuso di sostanze si caratterizzano generalmente per un elevato tasso di abbandono del trattamento.

In ogni caso, è opportuno essere prudenti: benché la maggior parte delle misure di *outcome* abbia dato i risultati migliori nella STDF, la disforia sembrò ridursi fortemente grazie all'altro metodo di trattamento (trattamento di facilitazione secondo il modello dei dodici passi, descritto in Ball, 2007a) e i pazienti con disturbi di personalità più severi ottennero i benefici maggiori dagli incontri di gruppo (Ball, Cobb-Richardson, Connolly, Bujosa e O'Neill, 2005).

Un RCT condotto su centoquindici adolescenti e adulti con abuso di sostanze e problemi criminali produsse anch'esso risultati eterogenei. I pazienti furono randomizzati a STDF o *counseling* individuale sulle sostanze. Benché si ebbe una riduzione dei sintomi in entrambi i gruppi, gli incontri individuali risultarono superiori alla STDF, con rispetto a riduzione

Tabella 1.3 Evidenza sull'efficacia della *Schema therapy* in disturbi di Asse I

<u>Autori</u>	<u>Anno</u>	<u>Gruppo target</u>	<u>Disegno</u>	<u>Esiti</u>
Ball e Young	2000	Abuso di sostanze e almeno un DP	Studio di caso, N = 10 Durata: 24 sedute	Riduzione di abuso di sostanze, sintomi psichiatrici e affettività negativa
Ball, Cobb-Richardson, Connolly, Bujosa e O'Neall	2005	Abuso di sostanze in persone senza tetto con disturbi di personalità	RCT, N = 52 STDF vs <i>counseling</i> di gruppo standard Durata: 24 sedute	STDF superiore in quasi tutte le misure di <i>outcome</i> Tuttavia, problemi di personalità più severi traggono maggiori vantaggi dal <i>counseling</i>
Ball	2007	Abuso di sostanze con problemi di personalità	RCT, N = 30 STDF vs <i>counseling</i> di gruppo standard Durata: 24 sedute	Riduzione più rapida di abuso di sostanze nella condizione STDF Riduzione più rapida nel livello di disforia all'interno del gruppo di <i>counseling</i> Alleanza terapeutica più forte nella STDF
Ball	2011	Abuso di sostanze con problemi di personalità	RCT; N = 105 STDF vs <i>counseling</i> individuale e di gruppo	Riduzione dei sintomi analoga nelle due condizioni; dal <i>counseling</i> individuale sulle sostanze risultò una riduzione più sostenuta di vari sintomi
Morrison	2000	Depressione e ansia	Disegno a caso singolo Durata: 3 anni e 6 mesi di terapia individuale, 73 sedute	Oscillazione dell'umore durante il trattamento Riduzione di depressione, ansia e schemi maladattivi sino a un livello clinico normale alla fine del trattamento e a un anno di <i>follow-up</i>
Hoffart, Versland e Sexton	2002	Disturbo di panico con agorafobia, associato a problemi di cluster C	N = 35 Durata: 11 settimane	Cambiamento evidente in caratteristiche di cluster C, problemi interpersonali e consapevolezza dell'affetto

(continua)

Tabella 1.3 (continuazione)

<i>Autori</i>	<i>Anno</i>	<i>Gruppo target</i>	<i>Disegno</i>	<i>Esiti</i>
Gude e Hoffart	2008	Agorafobia con disturbi di cluster C in comorbidità	N = 44 Terapia standard vs ST cognitiva Durata: 12 settimane	Forte riduzione nei problemi interpersonali all'interno della condizione ST
Ball, Mitchell, Malhi, Skillecorn e Smith	2006	Sintomi bipolari	RCT TC individuale con elementi della ST vs TAU Durata: 6 mesi, 20 sedute	Punteggi della depressione e atteggiamenti disfunzionali diminuirono maggiormente nella condizione di TC L'intervallo di tempo alla ricaduta era maggiore nella condizione di TC
Cockram, Drummond e Lee	2010	DPTS	N = 54 Programma sul DPTS con gruppi di ST vs gruppi di Terapia cognitivo-comportamentale Durata: 190 ore, 12 settimane	Riduzione più intensa di ansia, DPTS e disturbi depressivi nel gruppo ricevente programma sul DPTS con gruppi di ST
De Keijer	2004	Problemi da elaborazione del lutto	N = 1 Durata: 3 anni di terapia individuale, 60 sedute	Punteggi inferiori ottenuti nei questionari sull'elaborazione del lutto
Ohanian	2002	Bulimia nervosa	N = 1 Durata terapia individuale: 8 sedute di TCC, 1 di <i>rescripting</i>	Dopo gli esercizi di <i>imagery rescripting</i> , abbuffate e condotte di eliminazione si interruppero del tutto I risultati si mantennero sino al <i>follow-up</i>
George et al.	2004	Disturbi dell'alimentazione	N = 8 Trattamento giornaliero sulla motivazione con elementi di ST	Umore migliore, maggiore volontà di cambiamento, miglioramento fisico
Jakes e Rhodes	2003	Sintomi psicotici	N = 5 Disegno a caso singolo, terapia individuale	Riduzione significativa della credenza riposta nelle illusioni, miglioramento dell'autoimmagine

Commento [p26]: Mourning problems

sostenuta di sintomi psichiatrici e affettività disforica. Questi dati suggeriscono la possibilità che pazienti affetti da disturbi di personalità, con instabilità affettiva significativa, impulsività ed evitamento, ottenevano effetti più stabilizzanti dal trattamento focalizzato sulla dipendenza che dalle terapie orientate all'*insight* e al cambiamento (Ball, Maccarelli, La Paglia e Ostrowski, 2011).

Una critica mossa agli *outcome* emersi dagli studi succitati riguarda il difficile confronto tra le due condizioni di trattamento: modalità individuale vs modalità di gruppo, differenze in frequenza delle sedute e supervisione dei clinici. Si tratta di studi non controllati, non specifici, che è possibile influiscano sui risultati.

Schema therapy in disturbi dell'umore e d'ansia

Benché in assenza di evidenze scientifiche, diversi autori hanno descritto in che modo il lavoro sugli *schema mode* possa incidere positivamente sulla depressione (per es., Young e Mattila, 2002; Bordelon, 2007).

In uno studio di caso singolo condotto da Morrison (2000), si illustrano gli esiti positivi ottenuti da un paziente che lottava con depressione e ansia al principio della terapia. Il trattamento era composto da una combinazione di Terapia cognitivo-comportamentale standardizzata e ST.

Per tutto il corso del trattamento, si osservarono intensi sbalzi di umore, probabilmente conseguenti all'attivazione degli schemi. Gli esiti positivi emersi al termine del trattamento – riduzione dei sintomi a un livello clinico normale – si ripeterono al monitoraggio di *follow-up* a un anno. L'offerta sistematica di sedute di rinforzo dopo un trattamento intensivo sembra produrre effetti positivi sull'apprendimento relativo a come lasciar andare l'alleanza terapeutica e assumersi maggiori responsabilità.

Ball, Mitchell, Malhi, Skillecorn e Smith (2003) propongono una ST modificata incentrata specificamente sul trattamento di soggetti con disturbi dell'umore bipolare. Focalizzandosi su esperienze infantili precoci, personalità e natura del paziente, la ST offre un valore aggiunto al metodo terapeutico tradizionale per i disturbi dell'umore bipolare, basato sul ruolo svolto da fattori di rischio genetici e biologici in combinazione con eventi di vita stressanti. Nella ST modificata, si delineano tre fasi:

1. *fase della malattia*, nella quale l'attenzione centrale è assegnata alla riduzione dei sintomi dominanti e all'esperienza della diagnosi da parte del paziente
2. *fase degli schemi*, nella quale si individuano gli schemi di base. Gli schemi frequenti nei disturbi di umore bipolare sono: Vergogna, Fallimento, Sottomissione. Una volta che il paziente ha appreso – attraverso empatia emozionale e validazione degli schemi – che i propri comportamenti ed emozioni sono comprensibili, un ulteriore trattamento rivela se gli schemi attuali siano adattivi o meno

3. fase di malattia e schemi – quest'ultima fase interviene sull'assorbimento della diagnosi di disturbo dell'umore da parte del paziente (incentrarsi sul passato, fare progetti per il futuro). Focus principale è la costruzione di un sano concetto di sé.

Recentemente, a Sidney, si sta conducendo un RCT i cui si confronta la versione modificata della ST con il TAU, mentre entrambi i gruppi di trattamento ricevono anche stabilizzatori dell'umore. Gli esiti sono in favore della ST modificata (consultare Tabella 1.3), specialmente subito dopo il trattamento, e indicano un'ulteriore riduzione nella sintomatologia nei mesi successivi (Ball et al., 2006).

Un recente studio condotto da Cockram, Drummond e Lee (2010) con cinquantaquattro veterani di guerra ha mostrato la superiorità della ST per il trattamento di soggetti con disturbo post-traumatico da stress (DPTS). I soggetti seguirono un programma di trattamento sul DPTS nel quale fu integrata la ST, e che venne confrontato con centoventisette veterani che ricevevano un programma cognitivo-comportamentale (consultare Tabella 1.3). Oltre a una più forte riduzione nelle misure di ansia, DPTS e depressione entro il gruppo ricevente ST, si osservò anche un significativo indebolimento degli schemi maladattivi. È importante notare che lo studio non era un RCT ma un confronto storico tra gruppi appartenenti allo stesso centro.

Di frequente, problemi di Asse I e II coesistono. Gude e Hoffart (2008) scoprirono che, dopo aver ricevuto un programma di ST cognitiva, pazienti agorafobici con un disturbo di personalità di cluster C presentavano una riduzione maggiore nei problemi interpersonali rispetto ai soggetti riceventi il TAU. In uno studio effettuato da Hoffart, Versland e Sexton (2002), trentacinque pazienti furono trattati per disturbo di panico e/o agorafobia associati a un disturbo di personalità di cluster C. Durante la prima metà del trattamento, ci si focalizzò sul modello cognitivo di panico e agorafobia. Nelle sei settimane conclusive, veniva offerta la ST – in combinazione con sedute individuali e di gruppo. Gli esiti sono riepilogati nella Tabella 1.3. Le dimensioni dell'effetto del cambiamento tra valutazione al basale e *follow-up* erano comprese tra medie e grandi (0,65). Ad ogni modo, a causa della mancanza di un adeguato gruppo di controllo e dell'esposizione ad altre influenze terapeutiche tra le sedute, non è possibile dichiarare che gli esiti siano il risultato del trattamento.

Lo studio mostra inoltre che il potere dell'alleanza terapeutica riveste pari importanza nei sintomi di Asse I. Il grado di intimità e impegno comune venne valutato da giudici indipendenti. Un'alleanza terapeutica migliore nelle prime fasi del trattamento predisse una maggiore riduzione del livello di credenze maladattive in fasi successive (Hoffart, Sexton, Nordhal e Stile, 2005).

Schema therapy in problemi di elaborazione del lutto

De Keijer (2004) illustra uno studio di caso dagli esiti positivi, in cui aspetti della ST vengono integrati all'interno del modello delle tre fasi del psicotrauma nel trattamento di un

complicato processo di elaborazione del lutto. Si individuano poi gli schemi maladattivi che riguardano congedarsi e liberarsi, e li si trasforma in schemi più adeguati.

Schema therapy per soggetti con disturbi dell'alimentazione

L'efficacia della Terapia cognitivo-comportamentale in determinati disturbi dell'alimentazione è spesso dichiarata dal focus su pensieri automatici negativi o assunzioni disfunzionali concernenti peso, cibo, e immagine di sé (Waller, Kennerly e Ohanian, 2007). Sembra comunque che non solo le cognizioni legate all'alimentazione, ma anche cognizioni ed emozioni in generale, varino tra pazienti donna con bulimia e gruppo di controllo sano. Da un confronto tra cinquanta donne con bulimia e altrettante senza un disturbo dell'alimentazione, emerse che era possibile dividere i gruppi in base a quattro schemi maladattivi principali – Inadeguatezza/vergogna, Inibizione emotiva, Fallimento e Autocontrollo insufficiente (Waller, Ohanian, Meyer e Osman, 2000) – la cui presenza era significativamente maggiore nelle pazienti affette da bulimia. Waller e colleghi (2001) ipotizzarono un modello nel quale credenze e schemi maladattivi fungono da mediatori nel rapporto tra abusi nella prima infanzia e sviluppo della bulimia nervosa.

In un gruppo di sessanta donne con bulimia, ventuno avevano una storia di abuso infantile: esse riferirono tendenze maladattive significativamente alte nonché una psicopatologia superiore. In base a un recente studio, pazienti donna con disturbi dell'alimentazione ricorrevano maggiormente a un evitamento comportamentale/somatico rispetto a un gruppo di controllo che non presentava questo disturbo (Sheffield, Waller, Emanuelli, Murray e Meyer, 2009).

Questi studi reclamano l'integrazione di elementi della ST nel trattamento, incentrandosi sui fondamentali fattori cognitivi ed esperienziali. Un trattamento motivazionale, con elementi della ST aggiuntivi, fu offerto per sei mesi in regime di day hospital a otto donne con disturbi dell'alimentazione e mostrò risultati promettenti: ridotto abbandono del trattamento, miglioramento nell'umore, miglioramento fisico, e maggiore desiderio di cambiare (George, Thornton, Touyz, Waller e Beumont, 2004). Esistono descrizioni del caso in cui si mostra l'effetto ottenuto dall'approccio focalizzato sugli schemi (per es., l'effetto dell'*imagery rescripting*; consultare Ohanian, 2002). Esse devono comunque essere osservate in modo critico: la popolazione dello studio era composta quasi esclusivamente da donne e gli esiti sono basati su autovalutazioni (Waller et al., 2007). Waller e colleghi consigliano di impiegare le tradizionali tecniche cognitivo-comportamentali all'avvio del trattamento, e di passare alla ST se il trattamento non ottiene i risultati desiderati. La ST per i disturbi dell'alimentazione è probabilmente più efficace quando questi sono associati a dissociazione, disturbi di personalità, autostima (molto) bassa, e/o traumi passati.

Schema therapy per soggetti con disturbi psicotici

In uno studio di caso singolo, un trattamento psicologico per soggetti con deliri fu diviso in diverse fasi, una delle quali corrispondeva alla ST (Jakes e Rhodes, 2003). Nella fase della ST, si lavorava all'identificazione degli schemi negativi e allo sviluppo di schemi positivi alternativi. Vennero riportati risultati positivi.

Altri studi

Nordahl, Holthe e Haugum (2005) esaminarono ottantadue soggetti in trattamento ambulatoriale per scoprire se il cambiamento negli schemi maladattivi incidesse sulla riduzione dei sintomi al termine del trattamento. Le diagnosi presentate dalla popolazione dello studio comprendevano disturbi sia di Asse I che di Asse II. Lo studio supportò il modello degli schemi dimostrando che la forza degli schemi maladattivi precoci era correlata alla patologia di personalità. Inoltre, i cambiamenti negli schemi maladattivi precoci erano predittori della riduzione della disfunzionalità psicologica generale.

La possibile efficacia della ST è stata osservata altresì per domini dalla psicopatologia meno chiara (per es., elementi della ST in problemi a lavoro, come stress e *burnout*; consultare Bamber, 2006).

Conclusioni

Il capitolo descrive la ricerca condotta sull'efficacia della ST. La letteratura esistente rivela due scoperte impressionanti: un'evidente fiducia nell'efficacia della ST ma una scarsità di potenti studi metodologici.

Sono state pubblicate numerose descrizioni di caso, nelle quali si illustrano efficacia, insidie e metodologie. I diversi libri sul metodo terapeutico pubblicati di recente evidenziano il bisogno urgente di linee guida e focus della ricerca.

Ricerche empiriche con disegni potenti sono tuttavia ancora esigue. Ad oggi, solamente qualche trial controllato su larga scala condotto sul disturbo di personalità – e i pochi RCT nei quali si indaga la ST dal doppio focus – forniscono evidenze sull'efficacia della ST. Inoltre, buona parte della ricerca effettuata si basa sul modello originale degli schemi e non sul modello nel quale è aggiunto il *mode work*. L'evidenza relativa all'efficacia del lavoro con gli *schema mode* è, fatte poche eccezioni, disponibile solo per il disturbo borderline (Nordahl e Nysaeter, 2005; Giesen-Bloo et al., 2006; Nadort et al., 2009). La concettualizzazione in '*mode*' è ciononostante descritta dai pazienti come uno degli elementi più vantaggiosi incontrati sulla strada verso il cambiamento autentico. Questa evidenza richiede che gli studi futuri integrino lo *schema mode work*.

Insidie e consigli

L'esigenza di una ricerca scientifica ben progettata è evidente. Ci sono alcuni punti che i ricercatori dovrebbero considerare quando dispongono un trial sull'efficacia della ST.

Quando si conduce una ricerca scientifica, la popolazione dello studio è spesso descritta nella maniera più specifica e dettagliata possibile (per esempio, soggetti con disturbo borderline di personalità). Questo può tuttavia costituire un'insidia nello studio dei disturbi di personalità poiché spesso i problemi di Asse II si manifestano insieme a sintomi di Asse I. Da ciò possono derivare problemi tanto per il trattamento in sé quanto per l'interpretazione dei risultati dello studio.

Nel momento in cui si seleziona il disegno dello studio, si deve tenere conto dei seguenti fattori: fornire un adeguato gruppo di controllo; lavorare con strumenti psicometricamente solidi; cercare di fare generalizzazioni il più ampie possibili. È degno di nota il fatto che una serie di RCT attualmente in corso mette a confronto ST con il TAU ma non con altri protocolli. Quando si confrontano protocolli standardizzati con il TAU, cresce l'influenza di fattori non specifici (per es., frequenza delle sedute). È tuttavia ancora giustificabile mettere a confronto la ST con il TAU perché gli studi di efficacia sulla ST si trovano ancora agli stadi iniziali. Quando si indaga l'efficacia di un trattamento sperimentale, infatti, il primo passo tipico è quello di eseguire confronti con il TAU.

Il futuro

Nonostante la popolarità della ST, è troppo presto presentarla come terapia basata sull'evidenza. A tal proposito, è necessario un maggior numero di studi di efficacia randomizzati per mettere a confronto la ST con altri protocolli e con il TAU. Si dovrebbe inoltre studiare l'evoluzione naturale delle sindromi psicologiche. Oltre al DP borderline spesso studiato, occorrerebbe esaminare l'implementazione della ST anche in altri gruppi bersaglio (tanto in altri disturbi di personalità quanto per altri sintomi di Asse I) e in combinazione con altri metodi terapeutici (per es., farmacoterapia). Gli studi dovrebbero essere replicati in altre nazioni. L'area di ricerca si dovrebbe estendere alla ST per bambini, adolescenti e soggetti adulti.

Come descritto nel presente capitolo, in questo campo si stanno verificando numerosi cambiamenti. La combinazione di questi tentativi di ricerca, da un lato, e la forte convinzione nella ST, dall'altro, potrebbero contribuire a uno sviluppo ulteriore di tale metodo terapeutico nel prossimo futuro.

Riferimenti bibliografici

- Ball, S.A. (1998) Manualized treatment for substance abusers with personality disorders: dual focus Schema Therapy. *Addictive Behaviors*, 23(6); 883-891.
- Ball, S.A. (2007) Comparing individual therapies for personality disordered opioid dependent patients. *Journal of Personality Disorders*, 21(3): 305-321.
- Ball, S.A., Maccarelli, L.M., LaPaglia, D.M., Ostrowski, M.J. (2011) Randomized trial of dual-focused vs. single-focused individual therapy for personality disorders and substance dependence. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(5): 319-328.
- Ball, S.A., Cobb-Richardson, P., Connolly, A.J., Bujosa, C.T. and O'Neill, T.W. (2005) Substance abuse and personality disorders in homeless drop-in center clients: symptom severity and psychotherapy retention in a randomized clinical trial. *Comprehensive Psychiatry*, 46: 371-379.
- Ball, J.R., Mitchell, P.B., Corry, J.C, Skillecorn, A., Smith, M., & Malhi, G.S. (2006) A Randomized Controlled Trial of Cognitive Therapy for Bipolar Disorder: focus on longterm change. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(2): 277-286.
- Ball, S.A. and Young, J.E. (2000) Dual focus Schema Therapy for personality disorders and substance dependence: case study results. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2000(7): 270-281.
- Barnber, M. (2006) A schema focused approach to treating work dysfunctions, in CBT for Occupational for Stress in Health Professionals: introducing a Schema-focused Approach (ed. M.R. Ramber). New York: Routledge/Taylor & Francis, pp. 177-190.
- Bernstein, D., Arntz, A. and de Vos, M. (2007) Schema focused therapy in forensic settings: theoretical model and recommendations for best clinical practice. *International Journal of forensic Mental Health*, 6(2), 169-183.
- Bordelon, S.K. (2007) Comorbidity of chronic depression and personality disorders: application of schema mode therapy, in *Cognitive Behavior therapy in Clinical Social Work Practice* (eds T. Ronen and A. Freeman). New York: Springer, pp. 447-465.
- Cecero, J.J. and Young, J.E. (2001) Case of Silvia: a schema-focused approach. *Journal of Psychotherapy. Integration*, 11(2), 217-229.
- Cockram, D.M., Drummond, P.D. and Lee, C.W. (2010) Role and treatment of early maladaptive schemas in Vietnam veterans with PTSD [electronic version]. *Clinical Psychology and Psychotherapy* doi: 10.1002/cpp.690.
- De Keijser, J. (2004) Gecompliceerde rouw: Diagnostiek en behandeling. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 30, 100-116.
- Farrell, J., Shaw, I. and Webber, M. (2009) A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: J. randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40, 317-328.
- George, L. , Thornton, C., Touyz, S.W., Waller, G. and Beaumont, P.J. (2004) Motivational enhancement and schema-focused cognitive behaviour therapy in the treatment of chronic eating disorders. *Clinical Psychologist*, 8(2), 81-85.
- Giescn-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P. et al. (2006) Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs. transference focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649-658.
- Gude, T. and Hoffart, A. (2008) Health and disability: change in interpersonal problems after cognitive agoraphobia and schema-focused therapy versus psychodynamic treatment as usual

- of inpatients with agoraphobia and Cluster C personality disorders. *Scandinavian journal of Psychology*, 49, 195-199.
- Hahusseau, S. and Péliissolo, A. (2006) Young's schema-focused therapies in personality disorders: a pilot study. *Thérapies comportementales et cognitives centrées sur les schemas de young dans les troubles de la personnalité: Etude pilote sur 14 cas. L' Encephale: revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*, 32(1), 298-304.
- Hoffart, A., Sexton, H., Nordahl, H.M. and Stiles, T.C. (2005) Connection between patient and therapist and therapist's competence in schema-focused therapy of personality problems. *Psychotherapy Research*, 15(4),409-419 .
- Hoffart, .A., Versland, S. and. Sexton, H. (2002) Self-understanding, empathy, guided discovery, and schema belief in schema-focused cognitive therapy of personality problems: a process-outcome study. *Cognitive Therapy and Research*, 26(2), 199-219.
- Jakes, S.C. and Rhodes, J.E. (2003) The effect of different components of psychological therapy on people with delusions: five experimental single cases. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 302-3 15 .
- Kellogg, S.H. and Young, J.E. (2006) Schema therapy for borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4),445-458 .
- Morrison, N. (2000) Schema-focused cognitive therapy for complex long-standing problems: a single case study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 28, 269-283 .
- Nadort, M., Arnuz, A., Smit, J.H. et al. (2009) Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder without crisis support by the therapist outside office hours: a randomized trial. *Behaviour Research and Therapy*, 47(11), 961-973.
- Nordahl, H.M., Holthe, H. and Haugum, J.A. (2005) Early maladaptive schemas in patients with or without personality disorders: does schema modification predict symptomatic relief? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 142-149.
- Nordahl, H.M. and Nysaeter, T.E. (2005) Schema Therapy for patients with borderline personality disorder: a single case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 254-264.
- Ohanian, V. (2002) Imagery rescripting within cognitive behavior therapy for bulimia nervosa: an illustrative case report. *International journal of Eating Disorders*, 31, 352-357.
- Reiss, N. and Farrell, J. (2010) Data presented at the 1st International Congress on Borderline Personality Disorder, Berlin.
- Reiss, N., Lieb, K. and Vogel, F. (2010) Results of an open study of inpatient individual plus group Schema Therapy in Germany. Paper presented at the 6th World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies, Boston, MA.
- Richardson, G. (2005) Early maladaptive schemas in a sample of British adolescent sexual abusers: implications for therapy. *Journal of Sexual Aggression*, 11(3),259-276.
- Sheffield, A., Waller, G., Emanuelli, F., Murray, J. and Meyer, C. (2009) Do schema processes mediate links between parenting and eating pathology? *European Eating Disorders Review*, 17, 290-300.
- Thunissen, M.M. and Muste, F. H. (2002) Schematherapie in de klinisch-psychotherapeutische behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 28, 385-401.
- Waller, G., Kennerly, H. and Ohanian, V. (2007) Schema-focused cognitive behavioral therapy for eating disorders, in *Cognitive Schemas and Core Beliefs in Psychological Problems: a*

- Scientist-Practitioner Guide* (eds L.P. Riso, P.L. du Toit, D.J. Stein and J.E. Young). Washington, DC: American Psychological Association. pp. 139-175.
- Waller, G., Mayer, C., Ohanian, V. et al. (2001) The psychopathology of bulimic women who report childhood sexual abuse: the mediating role of core beliefs. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(10), 700-708.
- Waller, G., Ohanian, V., Meyer, C. and Osman, S. (2000) Cognitive content among bulimic women: the role of core beliefs. *International Journal of Eating Disorders*, 28(2), 235-241.
- Weertman, A. and Arntz, A. (2007) Effectiveness of treatment of childhood memories in cognitive therapy for personality disorders: a controlled study contrasting methods focusing on the present and methods focusing on childhood memories. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2133-2143.
- Young, J.E. (2005) Schema-focused cognitive therapy and the case of Ms. S. *Journal of Psychotherapy Integration*, 15(1), 115-126.
- Young, J.E. and Mattila, D.E. (2002) Schema-focused therapy for depression, in *Comparative Treatments of Depression* (eds M.A. Reinecke and M.R. Davison). New York: Springer, pp. 291-316.
- Zorn, P., Roder, V., Muller, D.R., Tschacher, W. and Thommen, M. (2007) Schemazentrierte emotiv-behaviorale therapie (SET): eine randomisierte evaluationsstudie an patienten mit persÖnlichkeitsstÖrungen aus den clusrern B und C. *Verhaltenstherapie*, 17, 233-241.

2

Studi sperimentali sugli *schema mode*

Jill Lobbestael

La maggior parte delle ricerche incluse nell'ambito della *Schema therapy* (ST) si concentra sull'efficacia del trattamento che utilizza questo metodo terapeutico, mettendolo a confronto o meno con altre terapie o con il trattamento di routine (TAU, *Treatment as usual*). Sino a questo momento, è stato condotto un esiguo numero di studi sui fondamenti teorici su cui poggiano i costrutti essenziali di schemi e *schema mode* nella ST. Ricerche teoriche fondamentali sulla ST rivestono estrema importanza; si può esaminare in modo critico l'ipotesi teorica della terapia e si possono sviluppare e perfezionare le concettualizzazioni teoriche dei disturbi mentali. Il presente capitolo offre una panoramica degli studi sperimentali sugli *schema mode*. In primo luogo, si delineano una serie di studi che hanno indagato per verificare se i *mode* che si suppone siano centrali per certi disturbi di personalità siano effettivamente presenti con più forza in questi gruppi rispetto ad altri. In seguito, si esaminano alcuni studi che hanno impiegato metodi alternativi per tracciare gli *schema mode* nei pazienti e analizzato l'influenza dell'induzione emotiva sulla presenza degli *schema mode*. Dato che la ricerca sperimentale sugli *schema mode* si trova ancora agli inizi, questo capitolo fornisce raccomandazioni per una futura ricerca in questo campo.

Nella pratica

È importante che i terapeuti siano dotati di una buona conoscenza teorica dei *mode* centrali in specifiche patologie di Asse II, di come è possibile osservare i *mode*, e in quali circostanze ci si può attendere un'alternanza di *mode*. I terapeuti ottengono tale conoscenza soprattutto da manuali di ST e dalla propria competenza e supervisione. La ricerca sperimentale effettuata sugli *schema mode* può inoltre contribuirvi in maniera significativa: non solo perché l'ipotizzata connessione tra *mode* e disturbi di personalità può essere verificata, ma anche perché la concettualizzazione teorica dei *mode* attinenti ai diversi disturbi di personalità non è chiara. In questo modo, la ricerca può contribuire allo sviluppo del quadro teorico. Accrescere la conoscenza in questo campo incrementa anche l'atteggiamento critico dei terapeuti e riduce le possibilità di trascurare la presenza di certi *mode*.

Approccio

Autovalutazione degli *schema mode* nei disturbi di personalità

Quattro studi hanno verificato la presenza di *schema mode* in gruppi di pazienti con diversi disturbi di personalità (Arntz, Klokman e Sieswerda, 2005; Lobbestael, Arntz e Sieswerda, 2005; Lobbestael, van Vreeswijk e Arntz, 2008; Bamelis, Renner, Heidkamp e Arntz, 2011). Considerato che il modello dei *mode* fu originariamente sviluppato per illustrare i problemi legati al disturbo borderline di personalità (DBP), due degli studi succitati si sono incentrati principalmente su tale popolazione (Arntz et al., 2005; Lobbestael et al., 2005). Entrambi gli studi impiegarono il medesimo metodo di ricerca: per mezzo di interviste diagnostiche strutturate (SCID-II), si effettuò il reclutamento di un gruppo per lo studio, composto da pazienti con disturbo borderline provenienti da diverse strutture ambulatoriali e istituti clinici. I pazienti furono invitati a compilare un inventario degli *schema mode*. Tale questionario fu anche presentato a gruppi patologici di controllo (per es., pazienti affetti da DP di cluster C o disturbo antisociale di personalità), al fine di determinare se questi *mode* interessassero specificamente il DBP piuttosto che i disturbi di personalità in generale. Infine, l'inventario dei *mode* fu pure completato da un gruppo di partecipanti sani (vale a dire, senza patologie di Asse I o Asse II). Poiché la concettualizzazione dei *mode* di vari disturbi di personalità è ancora in via di elaborazione, si utilizzarono ogni volta versioni leggermente differenti dell'inventario degli *schema mode*. In ogni caso, vennero sommati gli elementi che il modello della ST predisse avrebbero riguardato specificamente certi DP.

Arntz et al. (2005) misero a confronto la presenza di *schema mode* in diciotto pazienti borderline, diciotto pazienti con disturbi di cluster C (con un disturbo di personalità indiretto, dipendente, e/o ossessivo-compulsivo) e diciotto soggetti inseriti nel gruppo di controllo. Lo studio misurava la presenza o assenza di sette *schema mode*: Protettore distaccato, Genitore punitivo, Bambino arrabbiato, Bambino abbandonato/abusato, Arreso compiacente, Ipercompensatore e Adulto sano.

Gli item del questionario riflessi da questi *mode* vennero raggruppati in tre sezioni: emozioni, pensieri e comportamento. Ad essi si doveva assegnare un punteggio lungo una scala analogico-visiva di dieci centimetri. In linea con le previsioni di Young, lo studio rivelò che i pazienti borderline ottenevano un punteggio significativamente più alto rispetto ai due gruppi di controllo nei *mode*: Protettore distaccato, Genitore punitivo, Bambino arrabbiato, e Bambino abbandonato/abusato. Mostrò inoltre che, rispetto agli altri gruppi, la presenza dell'Adulto sano era considerevolmente inferiore nei pazienti borderline: ciò evidenzia la severità della patologia. Lo studio offrì così la prima prova dell'accuratezza del modello dei *mode* in pazienti con DBP.

Un secondo studio (Lobbestael et al., 2005) mise a confronto la presenza di *schema mode* in tre gruppi: borderline, antisociale e gruppo di controllo con soggetti sani, composto

ciascuno da sedici partecipanti. L'inventario dei *mode* che venne utilizzato valutò la presenza di sei *schema mode*. A differenza della ricerca effettuata da Arntz e colleghi (2005), due *mode* (Arreso compiacente e Ipercompensatore) non vennero misurati perché non considerati fondamentali nei gruppi di ricerca dello studio in oggetto. Inoltre, si integrò il *mode* Prepotente e aggressivo poiché ci si aspettava sarebbe stato importante per il gruppo antisociale. Conformemente ad Arntz e colleghi (2005), i risultati mostrarono che i *mode* Protettore distaccato, Genitore punitivo, Bambino arrabbiato e Bambino abbandonato/abusato interessavano specificamente i pazienti borderline. Questi quattro *mode* furono inoltre significativamente più presenti nel gruppo antisociale che in quello di controllo con soggetti sani, ma meno che nel gruppo borderline.

Benché il gruppo antisociale ottenesse il punteggio più alto nel *mode* Prepotente e aggressivo, tale punteggio non fu significativamente superiore rispetto a quello raggiunto dai pazienti borderline. Di conseguenza, non si può desumere che il *mode* Prepotente e aggressivo riguardi in modo particolare il gruppo antisociale. Secondo una conclusione notevole tratta da Lobbestael et al., (2005), il gruppo antisociale mostrava una presenza assai intensa dell'Adulto sano e otteneva in misura considerevole un punteggio identico a quello del gruppo di controllo. In sintesi, dallo studio emerse che, rispetto ad altri gruppi, i pazienti antisociali non raggiunsero punteggi molto elevati in nessuno dei *mode* maladattivi. Dimostrarono comunque un Adulto sano ben sviluppato. Si tratta di una scoperta impressionante poiché sembra in contrasto con il grado elevato di patologia che essi presentano. Pertanto, è probabile che tali pazienti non abbiano completato i questionari in maniera corretta. Le spiegazioni potrebbero essere due: o i pazienti antisociali mancano di introspezione (*self-insight*), oppure negano deliberatamente la presenza di *mode* patologici.

Un terzo studio che indagava sulla connessione tra *schema mode* e disturbi di personalità (Lobbestael et al., 2008) non si incentrò specificamente su problemi legati alla patologia borderline ma sull'intero spettro dei disturbi di personalità. Interviste SCID I e II, così come l'inventario degli *schema mode* (SMI, *Schema mode inventory*; consultare capitolo 5, parte VI) furono somministrati a un campione di quattrocentottantanove partecipanti – di cui trecentonovanta con vari problemi di Asse I e Asse II, e novantanove soggetti sani inseriti nel gruppo di controllo. Servendosi dell'analisi del percorso (*Path analysis*), si determinò la correlazione tra dieci disturbi di personalità e i quattordici *schema mode*. Il vantaggio di questa tecnica è che, mentre si determina la forza delle correlazioni, si può anche verificare la presenza di altri DP. In questo modo, la forza delle correlazioni riporta le associazioni relativamente pure tra disturbi di personalità e *mode*. Dai risultati emerse che i *mode* con una correlazione significativa con disturbi di Asse II variavano notevolmente tra i disturbi di personalità. Alcuni DP – come quelli schizotipico e schizoide – mostrarono solamente una correlazione forte con un solo *schema mode*, mentre altre patologie di Asse II – tra cui, i disturbi borderline ed evitante – presentarono forti correlazioni con un vasto numero di *mode* (rispettivamente, undici e sette). Ciononostante, ogni disturbo di personalità saturava unicamente sulla propria concettualizzazione del *mode*. Tutte le correlazioni forti rilevate tra *schema mode* e disturbi di personalità erano state previste o dalla Terapia focalizzata sugli

schemi o attraverso un ragionamento logico. Di conseguenza, questo studio fornì nuovamente prova della presenza dei *mode* Protettore distaccato, Genitore punitivo, Bambino arrabbiato, e Bambino vulnerabile nei pazienti borderline, e l'evidenza di una correlazione negativa con il *mode* Adulto sano. Ciò dimostra che questi *mode* erano presenti con maggiore intensità nei pazienti borderline rispetto a quanto lo fossero in pazienti con DP di cluster C e antisociale o, di fatto, con uno qualsiasi dei dieci disturbi di personalità. Oltre a ciò, lo studio mostrò che diversi altri *mode* erano caratteristici del disturbo borderline (per es., Bambino furioso e Autoconsolatore distaccato). La correlazione tra questi *mode* aggiuntivi e la personalità borderline può spiegarsi facilmente con i problemi mostrati da questa popolazione di pazienti. In questo modo, si può chiarire la presenza del Bambino furioso attraverso l'estrema e incontrollata aggressività che emerge talvolta nei soggetti borderline, e l'Autoconsolatore distaccato può spiegarsi con il frequente uso di sostanze dei pazienti borderline. Ciononostante, i numerosi e diversi *mode* ritrovati nel DBP rendono il modello dei *mode* meno preciso per questa popolazione di pazienti rispetto a quanto ci si aspettasse inizialmente.

Il quarto studio (Bamelis et al., 2011) fu disposto nell'ambito di uno studio su larga scala su pazienti con DP di cluster C, paranoide, istrionico e narcisistico (Bamelis e Arntz, 2006-2012). Attraverso la somministrazione dello SMI-2 (consultare capitolo 5, parte VI) a un campione di quattrocentoquarantaquattro partecipanti – dei quali trecentoventitre con disturbi di personalità, e centoventuno inseriti nel gruppo di controllo sano – si calcolarono diciotto *mode*, tra cui, alcuni nuovi formulati specificamente per questo gruppo bersaglio. Si riuscì a replicare qualche – ma non ogni – correlazione emersa nello studio di Lobbstael, van Vreeswijk, Spinhoven e Arntz (2010). Ciò è forse attribuibile all'inclusione nello studio di pazienti degenti in strutture psichiatriche giudiziarie. Inoltre, dai risultati emerse che i *mode* recentemente formulati erano collegati ai disturbi di personalità istrionico, evitante, dipendente e paranoide. Se l'ampliamento del modello degli *schema mode* sia auspicabile dipende in parte dagli esiti degli studi di efficacia sulla ST relativi a questi specifici disturbi di personalità (Bamelis e Arntz, 2006-2012).

Confronto tra autovalutazione degli *schema mode* e report redatti da terze persone

In ricerche precedenti, è stata dimostrata una forte correlazione tra disturbo antisociale di personalità e *mode* Adulto sano. Si sollevarono pertanto dei dubbi in merito a validità e affidabilità degli strumenti autovalutativi in pazienti antisociali. Menzogne e diniego sono caratteristiche centrali dello stile di questa popolazione, ed è dunque essenziale paragonare i self-report alle valutazioni di altre persone. In un recente studio condotto da Lobbstael, Arntz, Löbbs e Cima (2009), l'autovalutazione degli *schema mode* dei pazienti fu comparato con il rapporto sui *mode* effettuato dai terapeuti degli stessi pazienti. La ricerca comprese novantasei soggetti, dei quali diciannove erano affetti da disturbo antisociale,

quarantanove da quello borderline e ventotto da disturbi di cluster C. Tanto i pazienti quanto i terapeuti completarono lo SMI. Lo studio indagò sulla presenza di possibili differenze o discrepanze tra le valutazioni sugli *schema mode* effettuate da pazienti e terapeuti. Dai risultati emerse che, se c'erano discrepanze, i pazienti riferivano sempre una presenza inferiore dei *mode* maladattivi rispetto a quanto riportato dai rispettivi terapeuti. In pazienti con disturbo borderline e di cluster C, tale difformità era significativa in tre dei quattordici *mode*. Nel gruppo antisociale, tuttavia, le discrepanze significative nelle valutazioni riguardavano undici *mode* su quattordici. Questi risultati mostrano chiaramente che i pazienti con disturbo antisociale riferirono un numero di *mode* maladattivi inferiore rispetto a quelli effettivamente presenti più spesso di quanto non accadesse negli altri gruppi di Asse II. Le implicazioni di simili scoperte ai fini della pratica sono che, nel caso di pazienti antisociali, punteggi inferiori in *mode* maladattivi e superiori in *mode* sani dovrebbero aumentare il livello di allerta nei clinici. In casi simili, ci sono alte probabilità che il risultato ottenuto non rispecchi adeguatamente la reale presenza di *mode* maladattivi, giacché è possibile che pazienti antisociali neghino la loro presenza o manchino di *insight* sugli stessi *mode*. Di conseguenza, è fondamentale ottenere le informazioni da fonti alternative e non soltanto dalle autovalutazioni dei pazienti antisociali.

Influsso dell'induzione emotiva sugli *schema mode*

Si suppone che pazienti con severi disturbi di personalità siano in grado di passare rapidamente da un *mode* all'altro in reazione a cambiamenti che si verificano nell'ambiente circostante (Young, Klosko e Weishaar, 2003). È dunque importante studiare l'impatto della presenza dei *mode* in reazione a induzioni dell'umore. I risultati emersi dagli studi riportati di seguito approfondiscono la conoscenza di carattere temporaneo e modificabilità degli *schema mode*. La prima ricerca in questo ambito fu effettuata da Arntz e colleghi (2005). Essi mostrarono ai partecipanti la sequenza di una scena tratta dal film "No friend of mine", nella quale una bambina di dieci anni viene abusata a livello fisico, emotivo e sessuale. I partecipanti completarono una versione fissa dei questionari sui *mode*, prima e dopo la visione della scena. I risultati dimostrarono che tutti i partecipanti ottennero alti punteggi nei *mode* Bambino abbandonato/abusato, Genitore punitivo e Protettore distaccato. Ciò significa che essere messi a confronto con materiali legati all'abuso scatenava nei partecipanti un'ampia gamma di *mode* negativi; non solo il Bambino abbandonato/abusato – ritenuto direttamente connesso a un passato di abusi – ma anche *mode* autopunitivi e stile di *coping* evitante. Osservando le differenze di gruppo, quello di pazienti borderline sembrava mostrare un'incidenza significativamente superiore del *mode* Protettore distaccato rispetto ai gruppi di soggetti con disturbi di cluster C e al gruppo di controllo. Dai risultati si evince dunque che i pazienti borderline passavano al Protettore distaccato in situazioni di stress estremo.

Lobbestael, Arntz, Cima e Chakhssi (2009) indagarono sull'influenza dell'induzione della rabbia sulle emozioni e gli *schema mode* riportati nelle autovalutazioni. I partecipanti della ricerca venivano fatti adirare con interviste volte all'induzione della rabbia (Dimsdale, Stern e Dilllon, 1988; consultare inoltre Lobbestael, Arntz e Wiers, 2008) nelle quali si chiedeva loro se volessero parlare di una situazione passata che li avesse resi estremamente arrabbiati. Attraverso specifiche e confronto empatico forniti dalla persona che effettuava il test, tale situazione veniva poi 'rivissuta' dai partecipanti. Sia prima che dopo le interviste di induzione allo stress, i partecipanti completarono un questionario autovalutativo relativo a emozioni e *schema mode* che presentavano in quel momento. Lo studio era composto da centocinquantacinque partecipanti suddivisi in gruppi di soggetti antisociali, borderline, con disturbi di cluster C, e sani (nel gruppo di controllo). Ogni gruppo mostrò un incremento significativo nella rabbia riportata e nei *mode* legati alla rabbia: Bambino arrabbiato, Bambino furioso e Prepotente e aggressivo. Il gruppo con soggetti borderline riportò un aumento significativamente maggiore nel *mode* Bambino arrabbiato rispetto agli altri gruppi. Benché altri *schema mode* non legati alla rabbia fossero ugualmente accresciuti sotto l'influsso delle interviste, il loro aumento era significativamente inferiore rispetto a quello che si ebbe nei *mode* legati alla rabbia. I risultati mostrarono che, quando si è sotto l'influenza della rabbia indotta, si passa agli *schema mode* ad essa connessi.

spiegare meglio

Commento [p28]: *specification*

Esempio di intervista finalizzata all'induzione della rabbia

- R (Ricercatore): Può parlarmi di una circostanza passata in cui ha provato un sacco di rabbia?
- PT (Paziente): Beh, ieri per esempio, il mio capo mi ha criticato davanti agli altri
- R: A che cosa erano rivolte le sue critiche?
- PT: C'era qualche errore nel rapporto che avevo stilato
- R: In che modo il suo capo ha espresso queste critiche?
- PT: Disse: «Questa relazione è completamente sbagliata»
- R: Che cosa l'ha fatta adirare esattamente?
- PT: Beh, nel rapporto c'era soltanto un piccolissimo errore, il resto era perfettamente in ordine e preparato alla perfezione
- R: Che cosa pensa del suo capo in questo momento?
- PT: Che è un bastardo! E poi perché doveva dirmelo davanti ai miei colleghi?
- R: Immagini di avergli potuto dire esattamente quello che pensava. Che cosa gli avrebbe detto?

Insidie e consigli

Secondo quanto emerso dalla ricerca precedentemente delineata, è importante non prendere alla lettera le autovalutazioni sugli *schema mode* effettuate da pazienti con disturbo antisociale. È fondamentale che i terapeuti facciano riferimento a fonti alternative da cui ottenere un quadro più accurato relativo alla presenza di *mode* maladattivi in questa popolazione di pazienti.

La ricerca mostra che alcuni *mode* maladattivi si manifestano solamente in circostanze estreme (per es., quando vengono scatenate certe emozioni). È di fondamentale importanza che i terapeuti ne siano consapevoli e prendano in considerazione l'eventualità che, in situazioni neutre, i pazienti possano essere inconsapevoli di tali *mode* maladattivi.

È semplice attuare le interviste volte all'induzione della rabbia. Tuttavia, situazioni che provocano rabbia nei pazienti scatenano spesso altre emozioni. Ad esempio, quando una persona riferisce di essersi adirata molto a causa delle critiche ricevute, le stesse critiche possono pure provocare sentimenti di dispiacere o paura. Quando si conducono interviste di induzione alla rabbia, è dunque assai importante assicurarsi che i pazienti non si discostino da questo sentimento. È questa la ragione per cui, da terapeuti, si dovrebbe accedere soltanto ai specifici sentimenti di rabbia e, qualora altre emozioni inizino a svolgere una parte importante, eseguire delle modifiche. L'uniformità delle interviste di induzione alla rabbia è essenziale per i ricercatori sperimentali. Occorre accertarsi che le domande poste siano ampiamente analoghe tra loro, che per la somministrazione delle interviste sia impiegato un certo tempo e che, se possibile, le interviste di ricerca siano condotte dalla stessa persona.

Il futuro

La ricerca sperimentale sugli *schema mode* si trova ancora alle fasi iniziali. Sebbene gli studi illustrati sopra offrano una descrizione chiara dei *mode* centrali in determinati disturbi di personalità – come il DBP – il concetto di *mode* può essere perfezionato e specificato. Ad esempio, Bernstein, Arntz e de Vos (2007) prevedono la presenza dei *mode* Predatore e Freddo e manipolatore in soggetti con disturbo psicopatico. Oltre a ciò, si dovrebbe indagare sull'influsso di altre induzioni emotive sulle rappresentazioni dei *mode*. È inoltre importante validare il passaggio da un *mode* all'altro attraverso misure implicite – tra cui, risposte fisiologiche o associazioni cognitive implicite – o cambiamenti comportamentali. Poiché il concetto di cambiamento dei *mode* presuppone un mutamento simultaneo di emozioni, cognizioni e comportamenti, sarebbe essenziale verificare se questi tre livelli cambino effettivamente nello stesso momento. In futuro, può darsi sarà possibile impiegare come misure di efficacia le tecniche sperimentali in relazione ai *mode*. In questo modo, si potrebbe controllare se i pazienti che vengono trattati efficacemente mostrino un cambiamento di *mode* meno estremo dei pazienti non sottoposti a trattamento. Inoltre,

sarebbe possibile verificare se una riduzione nella patologia di personalità incida pure sugli *schema mode* misurati implicitamente o sui corrispondenti cambiamenti fisiologici e comportamentali.

Riferimenti bibliografici

- Arntz, A., Klokman, J. and Sieswerda, S. (2005) An experimental test of the schema mode model of borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychology*, 36, 229-239.
- Bamelis, L. and Arntz, A. (2006-2012) *Psychological Treatment of Personality Disorders: a Multicentered Randomized Controlled Trial on the (Cost-) Effectiveness Of Schema-focused Therapy*. Promotietraject Universiteit Maastricht.
- Bamelis, L.L.M., Renner, F., Heidkamp, D. and Arntz, A. (2011) Extended schema mode conceptualizations,: for specific personality disorders: an empirical study. *Journal of Personality Disorders*. 25(10), 41-58.
- Bernstein, D.P., Arntz, A. and Vos, M.E. (2007) Schemagerichte therapie in de forensische setting. Theoretisch model en voorstellen voor best clinical practice. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 33.
- Dimsdale, J.E., Stern, M.E. and Dillon, E. (1988) The stress interview as a tool for examining physiological reactivity. *Psychosomatic Medicine*, 50, 64-71.
- Lobbetael, J., Arntz, A., Cima, M. and Chakhssi, F. (2009) Effects of induced anger in patients with antisocial personality disorder. *Psychological Medicine*, 39, 557-568.
- Lobbetael, J., Arntz, A., LÖbbes, A. and Cima, M. (2009) A comparative study of patients' and therapists' report of schema modes. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40, 571-579.
- Lobbetael, J., Arntz, A., and Sieswerda, S. (2005) Schema modes and childhood abuse in borderline and antisocial patients. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychology*, 36, 240-253.
- Lobbetael, J., Arntz, A. and Wiers, R.,W. (2008) How to push someone's buttons: a comparison of four anger induction methods. *Cognition and Emotion*, 22, 353-373.
- Lobbetael, J., van Vreeswijk, M. and Arntz, A. (2008) An empirical test of schema mode conceptualizations in personality disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 854-860.
- Lobbetael, J., van Vreeswijk, M., Spinhoven, P. and Arntz, A. (2010) Reliability and validity of the Dutch version of the Schema Mode Inventory (SMI). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38, 437-458.
- Young, J.E., Klosko, J. and Weishaar, M.E. (2003) *Schema Therapy: a Practitioner's Guide*. New York: Guilford Press.

3

Studi sperimentali per gli schemi

Simkje Sieswerda

Dopo essere stati sottoposti alla *Schema therapy* (ST) per il disturbo borderline di personalità (DBP) conformemente a Young (Young, Klosko e Weishaar, 2003), sembra che circa la metà dei pazienti di uno studio (Giesen-Bloo et al., 2006; Nadort et al., 2009) e il 94% dei pazienti di un altro studio (Farrell, Shaw e Webber, 2010) non soddisfacesse più i criteri per il disturbo di personalità. Il trattamento – che includeva la ST – di esperienze traumatiche infantili in soggetti con altri disturbi di personalità (DP) ha pure mostrato effetti significativi (Weertman e Arntz, 2007). Considerando che i disturbi di personalità erano stati per molto tempo ritenuti patologie dal trattamento quasi impossibile o almeno assai complicato, i ricercatori sostengono legittimamente che i risultati ottenuti siano notevolmente incoraggianti. Per contro, la maggior parte degli effetti del trattamento indica che diversi pazienti continuano a soffrire di un disturbo di personalità dopo avere concluso trattamenti a lungo termine e intensivi. Pur essendo possibile che parte dei problemi di personalità sia resistente al trattamento, sembra ci siano probabilità che questo possa essere migliorato.

Un sistema in cui è possibile sviluppare ulteriormente la terapia è attraverso ricerche scientifiche condotte sul modello malattia che sta alla base della terapia. Benché la terapia basata su un modello malattia errato ma convincente possa essere efficace, si presume che la terapia basata sul modello giusto sia più efficiente ed efficace, perlomeno se è possibile trattare le cause conosciute.

Il presente capitolo offre una panoramica degli studi sperimentali condotti su schemi e altri fattori che si ritiene svolgano un ruolo causale nei modelli teorici (le ricerche tratte da Young et al., 2003, sono descritte nel capitolo 2, parte VI). In questo capitolo, si esaminano diversi temi e questioni emersi da teoria e pratica della ST, a cui segue una descrizione degli studi sperimentali che hanno indagato sugli stessi. Il capitolo si conclude con alcune insidie in cui è possibile imbattersi quando si attua questo genere di studio, e le direzioni per il futuro.

Nella pratica

Ad oggi, gli studi sperimentali effettuati su modelli degli schemi del tipo elaborato da Beck (Beck, Freeman e Davis, 2004), e sul modello degli schemi per i problemi di personalità di Young (Young et al., 2003), si sono concentrati soprattutto su schemi, ipervigilanza, e pensiero dicotomico e/o di tipo infantile.

Schemi

I modelli degli schemi presuppongono che le persone affette da problemi di personalità si caratterizzino per schemi maladattivi concernenti se stesse e il mondo (sociale), e che il trattamento per i disturbi di personalità possa concentrarsi meglio su questi schemi. Beck e colleghi (2004) sono dell'opinione che ogni disturbo di personalità abbia uno specifico profilo cognitivo che consiste, per esempio, di specifici schemi base. Per fare un esempio: il disturbo evitante di personalità potrebbe contraddistinguersi per gli schemi base di «Sono incompetente e vulnerabile» e «Gli altri mi criticheranno». Di seguito, si riporta una descrizione di un paziente con disturbo evitante di personalità che ben si addice a questi schemi base. La vignetta è adatta anche per una serie di schemi tratti dal modello elaborato da Young per i problemi di personalità (per es., Sfiducia/abuso, Deprivazione emotiva, Inadeguatezza/vergogna e Sottomissione). Pur descrivendo qualche *schema mode* specifico di alcuni DP severi, però, questo modello non offre precisi raggruppamenti di schemi per i disturbi di personalità.

La ricerca può dimostrare se i modelli di schema siano applicabili o se sia preferibile che le terapie di incentrino su altri aspetti.

Un programmatore di trentasei anni con disturbo evitante di personalità era un figlio non voluto. Da piccolo, veniva umiliato dai genitori. Aveva sviluppato un così forte disprezzo verso se stesso che in casa non aveva alcuno specchio e ricorreva spesso alla chirurgia plastica. Non aveva mai avuto una compagna e le sue amicizie si erano concluse perennemente con una mortificazione. Aveva sempre avuto la sensazione di dipendere completamente dagli altri. Questo lo aveva portato a condurre una vita sempre più appartata, sin dai tempi dell'università. Un inventario della sua presunta immagine di 'perdente' nell'ambito della Terapia cognitiva mostra un gran numero di opinioni positive; l'immagine di sé, però, rimane assai negativa.

Ipervigilanza

Il modello degli schemi di Beck (Beck et al., 2004) presuppone che esistano altre caratteristiche cognitive patologiche dei disturbi di personalità diverse dagli schemi maladattivi. Una di queste caratteristiche in pazienti con disturbo borderline è l'ipervigilanza, o un'allerta maggiore (Pretzer, 1990). Pazienti con DBP sono quasi sempre

attenti a segnali di pericolo. Una tale ipervigilanza è presumibilmente il risultato di una tensione tra uno schema con un ego impotente e vulnerabile, da un lato, e uno schema con un mondo crudele, dall'altro.

suona male

Una studentessa di ventidue anni con disturbo borderline viene ricoverata dopo numerosi tentativi di suicidio. Le infermiere notano che ogni sera diventa sempre più irrequieta e sono preoccupate che possa farsi nuovamente del male. Dopo un iniziale rifiuto a parlarne, la ragazza afferma in seguito che il suo rifiuto è dovuto al fatto di essere presumibilmente una «stronza» e di avere l'impressione di essere una persona cattiva. Teme di venire minacciata e sopraffatta da un potere malefico interiore e che, di conseguenza, tutte le persone che hanno a che fare con lei possano venire danneggiate. Crede sia quello il caso, perché ha fatto qualcosa di terribile ma non riesce a ricordare di che cosa possa trattarsi. Di sera, è ancora più intimorita perché tutti vanno via e lei e gli altri soccomberanno a questo male.

A differenza, per esempio, di pazienti con un disturbo di personalità dipendente o paranoide, i pazienti ipervigilanti non riescono a fidarsi né degli altri né di se stessi. Si ritiene che esperienze infantili traumatiche, spesso riportate in soggetti con DBP (Sabo, 1997), siano le maggiori responsabili di questi schemi. La vignetta (tratta da Kroll, 1998) descrive il modo in cui può apparire la combinazione di schema con ego impotente e schema del mondo malefico, dalla quale deriva l'ipervigilanza.

Nella *Schema therapy*, l'ipervigilanza presente in pazienti borderline viene trattata con tecniche per l'ansia, che includono il fronteggiare i traumi. In base alla ricerca, l'ipervigilanza è una caratteristica di questi pazienti e tali tecniche sono necessarie.

Pensiero dicotomico e di tipo infantile

Ulteriore caratteristica cognitiva specifica del disturbo borderline nel modello degli schemi di Beck è il pensiero dicotomico (bianco o nero) e di tipo infantile (Pretzer, 1990; Layden, Newman, Freeman e Morse, 1993). Secondo il modello cognitivo, nei problemi mentali il pensiero dicotomico rappresenta un errore comune del ragionamento. Tuttavia, tra le persone con disturbi mentali, il pensiero dicotomico è caratteristico specialmente di pazienti con DBP. Nei soggetti borderline, l'errore standard potrebbe essere un'importante causa (contributiva) di pensieri, affettività e comportamenti estremi e mutevoli. Secondo alcuni autori (per es., Layden et al., 1993), in questa popolazione il pensiero dicotomico rappresenta una regressione a un modo di pensare infantile negli schemi attivati – paragonabile alla scissione – che si riscontra nei modelli psicoanalitici all'interno delle organizzazioni borderline. Il modello di Young non è esplicito riguardo al pensiero

dicotomico in pazienti borderline, anche se – in linea con lo studio di van Layden e colleghi – potrebbe contraddistinguere i *mode* Bambino di questi pazienti.

Dato il ruolo rilevante svolto dal pensiero dicotomico nei modelli cognitivi di Beck relativi al DBP, e conformemente agli stessi, si ritiene essenziale correggere l'errore standard all'interno delle terapie. Ricerche future indagheranno se tale correzione sarà necessaria.

Approccio

La ricerca sul modello cognitivo dei disturbi di personalità è ancora agli inizi. Ciò riguarda gli studi sugli inventari (consultare capitoli 4 e 5, parte VI) ma, in particolare, gli studi sperimentali. Si darà in primo luogo una definizione di studio sperimentale e poi una sintesi dei risultati.

Studi sperimentali

“Sperimentale” significa “determinare attraverso l'esperienza”. In uno studio sperimentale, i ricercatori fanno “test” e ne “sperimentano” le conseguenze. In questo caso, ricercatori o pazienti non stimano effetti, pensieri letti, affettività e comportamento in una fase precedente o posteriore, bensì nel momento in cui si presentano. Così facendo, si possono prevenire diversi fastidiosi errori di *assessment* fatto importante in studi su persone con disturbi di personalità.

Uno studio ~~nel quale~~ si ricorre a manipolazioni sperimentali riesce a verificare connessioni causali. Ad esempio, è possibile esaminare il previsto ruolo causale di uno schema presente in un disturbo di personalità attivando lo stesso schema in una serie di casi, non attivandolo in altri, e determinando poi se i pazienti mostrano un maggior numero di comportamenti patologici nella prima condizione che nella seconda. Negli esperimenti “puri”, quando la sperimentazione è stata ripetuta un numero sufficiente di volte, la coincidenza determina il tipo di condizione di manipolazione applicata, al fine di escludere gli effetti di ogni altro possibile fattore causale (contributivo). Qualora, per ragioni pratiche o etiche, non siano possibili **manipolazioni casuali**, per produrre risultati ci si può avvalere di “quasi esperimenti” o “esperimenti analogici”. In un quasi esperimento, il fattore causale non viene manipolato ma varia sulla base di differenze preesistenti (per es., pazienti con e senza disturbi di personalità). In un esperimento analogico, si esamina l'influenza di una variabile indipendente mediante la manipolazione di una variabile comparabile (per es., uno studio su studenti – invece che pazienti – con caratteristiche di un disturbo di personalità oppure ipervigilanza, impiegando esercizi sull'attenzione anziché sul trauma).

che

io metterei "
manipolazioni
sperimentali"

Commento [p29]: *coincidental
manipulation*

La tabella 3.1 descrive i paradigmi impiegati negli studi sperimentali fattoriali entro il modello cognitivo per i disturbi di personalità. Ogni paradigma è accompagnato da una descrizione di manipolazione sperimentale e misurazione della variabile dipendente.

Attenzione e ipervigilanza

L'attenzione a stimoli minacciosi (ipervigilanza o attenzione selettiva) è stata ampiamente studiata in diversi disturbi di Asse I; è stato inoltre mostrato il ruolo cruciale da essa svolto specialmente in eziologia e mantenimento di ansia patologica (Williams, Watts, MacLeod e Mathews, 1997). E questo non sorprende, considerando che una rapida individuazione del pericolo (vale a dire, nella prima fase di elaborazione delle informazioni) ottimizza le possibilità di sopravvivenza. I primi studi effettuati sui bias attentivi correlati agli schemi nei disturbi di personalità si sono focalizzati sul disturbo borderline.

Da diversi studi di *emotional Stroop* è emerso che i pazienti con disturbo borderline si caratterizzano per bias precoci nel processamento delle informazioni inerenti a stimoli minacciosi (Arntz, Appels e Sieswerda, 2000; Waller e Button, 2002; Sieswerda, Arntz e Kindt, 2007; Sieswerda, Arntz, Mertens e Vertommen, 2007; Wingenfeld et al., 2009). In due di questi studi, sembrò che l'attenzione selettiva fosse legata agli schemi (Waller e Button, 2002; Sieswerda et al., 2007) e che i pazienti con disturbo borderline denominassero, per esempio, i colori delle parole riferite a emozioni negative correlate agli schemi (come 'inaffidabile') con una rapidità inferiore di quanto non facessero per denominare parole riferite a emozioni negative non correlate agli schemi (come 'spilorcio'). Un altro studio sull'*emotional Stroop* rivelò la presenza di un bias attentivo per stimoli individuali e personalmente pertinenti, e non per stimoli emotivi generalmente negativi, in pazienti con DBP (Wingenfeld et al., 2009). Una ricerca dimostrò inoltre l'attenzione selettiva specifica per disturbo di personalità in pazienti borderline (Sieswerda et al., 2007).

La ricerca sull'attenzione selettiva nel disturbo borderline di personalità indica un orientamento iniziale verso stimoli emotivi generali, cui segue un evitamento dipendente dall'umore o un avvicinamento a stimoli emotivamente negativi. Rispetto a soggetti sani, adolescenti con DBP reagivano a presentazioni molto brevi (500 ms) di stimoli neutri mostrati nella stessa posizione di un volto con espressione emotiva positiva o negativa – contraria a un'altra posizione con rispetto a un punto di fissazione centrale – con una rapidità maggiore rispetto alla presentazione dei volti stessi (*dot-probe task*). Quando tuttavia gli stimoli sono mostrati per un tempo prolungato (1200-1500 ms), pazienti borderline con un cattivo stato umorale, e studenti dalle cui autovalutazioni sono emerse diverse caratteristiche borderline, mostravano un evitamento maggiore dei volti (von Ceumern-Lindenstjerna, 2004; Berenson et al., 2009).

io metterei: sia dal punto di vista eziologico che nel mantenimento dell'ansia patologica

Tabella 3.1 Paradigmi sperimentali

<i>Paradigma</i>	<i>Manipolazione sperimentale</i>	<i>Variabile dipendente</i>
<i>Emotional Stroop</i>	Fornire parole emotive (legate agli schemi) vs parole dal colore neutro (e dalle emozioni non legate agli schemi), delle quali si deve denominare il colore	Bias (congruente allo schema) nelle fasi precoci di elaborazione delle informazioni <i>Misurazione</i> : ritardo nell'assegnazione del colore a parole emotive (legate agli schemi) rispetto a parole neutre (non legate agli schemi)
<i>Visual (dot)-probe</i>	Offrire stimoli emotivi (legati agli schemi) vs stimoli neutri (non legati agli schemi) seguiti da un segnale inviato nella stessa posizione, o in quella contraria, cui si deve reagire	Bias attentivo (legato agli schemi) in direzione dello stimolo o lontano dallo stesso <i>Misurazione</i> : accelerazione nella risposta al segnale nella posizione medesima o contraria
Effetto Simon	Fornire parole legate agli schemi vs parole non legate agli schemi con una seconda caratteristica (per es., linguaggio) cui si deve mostrare una reazione, che sia congruente o incongruente	Bias congruente con lo schema nel processamento delle informazioni <i>Misurazione</i> : accelerazione delle risposte congruenti con lo schema a caratteristiche non pertinenti allo stimolo (per es., inglese vs olandese), rispetto alle risposte incongruenti con lo schema
Associazione implicita	Fornire <i>object-words</i> (per es., 'io', 'l'altro') e/o legate allo schema vs parole relative ad attributi (<i>attribute words</i>) da categorizzare	Forza delle associazioni mentali tra le categorie oggetto e attributo <i>Misurazione</i> : accelerazione della categorizzazione nella coppia di parole oggetto/attributo congruenti con lo schema
Gioco sulla fiducia	1. il soggetto interpreta il ruolo di un investitore e dovrebbe concedere un prestito a una persona immaginaria 2. il soggetto interpreta il ruolo della persona che ottiene il prestito, riceve una somma piccola vs grande e deve restituirla con una quota degli utili casuale	Fiducia e/o collaborazione (schemi interpersonali) <i>Misurazione</i> : dimensioni del prestito concesso o della quota di partecipazione agli utili
Interferenza pragmatica	Offerta di brevi racconti legati agli schemi vs brevi racconti non legati agli schemi nei quali si deve tracciare la conclusione	Interpretazione congruente con lo schema <i>Misurazione</i> : conclusioni congruenti con lo schema in formati di risposta chiusa e/o aperta
Appercezione tematica	Offerta di disegni su ambigue situazioni sociali emotive vs neutrali, da cui si deve inventare una storia	Interpretazione congruente con lo schema <i>Misurazione</i> : affetti, relazioni interpersonali e strategie adottati nel racconto inventato a partire dai disegni sono congruenti con lo schema
Valutazione	1. visione di sequenze di film legate agli schemi vs sequenze neutre non legate agli schemi 2. dibattiti con assistenti sociali che mostrano un atteggiamento di rifiuto o accettante vs neutro 3. giochi al computer frustranti vs stimolanti, nei quali si devono valutare i protagonisti di film, gli assistenti sociali o i giochi	Valutazioni dicotomiche, di tipo infantile (scissione) e negative <i>Misurazione</i> : estrema, negatività e/o differenziazione di valutazioni legate allo schema, non legate allo schema, e neutre

Due studi corroborarono un presunto ruolo centrale dell'ipervigilanza nel disturbo borderline di personalità. In soggetti con DBP fu così rilevata una connessione positiva tra effetto Stroop legato agli schemi e abusi sessuali in età infantile e ansia correlata al DBP; nella stessa popolazione di pazienti si eseguirono controlli in merito ad altri disturbi in comorbidità (Sieswerda et al., 2007). Un'altra ricerca rivelò tuttavia che un bias attentivo specifico è caratteristico soltanto del disturbo borderline associato al disturbo post-traumatico da stress (Wingenfeld et al., 2009). È possibile inoltre che un bias attentivo che intensifica l'umore sia specifico del DBP e contribuisca probabilmente ai tipici intensi sbalzi d'umore. Infine, i pazienti che hanno curato il DBP mostravano un livello normale della ridotta ipervigilanza, mentre in quelli non curati l'ipervigilanza rimaneva stabile (Sieswerda, Arntz e Kindt, 2007).

Reazioni

Secondo alcuni ricercatori, gli esperimenti Stroop sono effettivamente dei bias nelle reazioni, piuttosto che misurazioni dell'attenzione. Qualora però si escludano gli esperimenti Stroop, rimane solamente uno studio in merito alle risposte legate agli schemi nei disturbi di personalità (Weertman, Arntz, de Jong e Rinck, 2008). Sulla base di questo studio, è stato supportato l'influsso delle reazioni congruenti con gli schemi previsto dal modello cognitivo. In due dei tre esperimenti di Simon, soggetti con caratteristiche del disturbo ossessivo-compulsivo di personalità reagirono più velocemente in combinazioni stimolo/reazione congruenti con lo schema (per es., lo stimolo inglese «Sono un perfezionista» e la risposta «Sì») che in casi di combinazioni incongruenti con lo schema (per es., lo stimolo olandese «Gli altri sono irresponsabili» e la risposta «No»). Simili effetti non furono riscontrati in combinazioni non legate agli schemi o in soggetti con massimo una caratteristica del disturbo ossessivo-compulsivo di personalità.

Il modello cognitivo è poi supportato indirettamente dalle reazioni di pazienti borderline in studi che impiegavano test sulle associazioni implicite e giochi sulla fiducia. D'accordo con lo schema «Sono impotente e vulnerabile» e «Sono inaccettabile per natura», le reazioni dei pazienti con DBP – con e senza disturbo post-traumatico da stress – indicarono una forte associazione tra stimoli correlati al sé e ansia o stimoli correlati alla vergogna, rispetto a pazienti affetti da fobia sociale e agli individui sani del gruppo di controllo (Rüsch, Corrigan et al., 2007; Rüsch, Lieb et al., 2007). Due studi, nei quali i soggetti interpretavano il ruolo di un investitore (Unoka, Seres, Áspán, Bódi e Kéri, 2009) o delle persone che ottenevano un prestito (King-Casas, Sharp, Lomax-Bream, Fonagy e Montague, 2008), fornirono un fondamento più indiretto dello schema di «Gli altri sono crudeli» nel disturbo borderline. I pazienti con DBP, tanto nel ruolo di investitori che in quello di assegnatari del prestito, mostrarono di avere scarsa fiducia nelle persone con cui negoziavano; rispetto ai soggetti depressi e sani, concessero prestiti inferiori e, rispetto ai soggetti sani del gruppo di

cioè?

controllo, mostrarono minori tendenze a sedurre l'investitore per contrarre un prestito maggiore ad alta redditività.

Interpretazioni e valutazioni

La maggior parte delle ricerche effettuate su interpretazioni e valutazioni nella patologia di personalità ha mostrato bias congruenti con gli schemi formulati nei modelli cognitivi per diversi disturbi di personalità. Numerosi studi hanno esaminato le interpretazioni di situazioni sociali. In questi studi, sembra che i soggetti associati soprattutto al disturbo di personalità evitante tracciassero le conclusioni nei compiti sulle interferenze pragmatiche più spesso (per es., «Il resto degli ospiti ha preferito parlare con altre persone») dei soggetti del gruppo di controllo (Dreessen, Arntz, Hendriks, Keune e van den Hout, 1999). In uno studio che si era avvalso del test di appercezione tematica (TAT), soggetti con caratteristiche dei disturbi di personalità indipendente diedero interpretazioni congruenti con lo schema (Weertman, Arntz, Schouten e Dreessen, 2006). In un altro studio, si chiese a pazienti con un disturbo di personalità evitante/dipendente, borderline, o ossessivo-compulsivo di rispondere ad alcune descrizioni di scenari, per esempio, ad uno in cui il soggetto scopriva che il lavoro di un suo collega conteneva un numero talmente elevato di errori da subentrargli (Weertman, Arntz, Salet e Coenen, 2006). Tutti e tre i gruppi sembravano essere congruenti con lo schema nelle domande aperte e mostravano reazioni specifiche del disturbo. Le risposte alle domande chiuse erano, inaspettatamente, incongruenti con lo schema, fatto che i ricercatori attribuirono alle possibili limitate capacità introspettive dei pazienti.

Pensiero dicotomico

Dalla maggior parte degli studi condotti sul pensiero dicotomico in pazienti con disturbo borderline di personalità, emersero risultati variabili. In un primo esperimento di valutazione, nel quale i soggetti dovevano giudicare le diverse caratteristiche delle personalità dei film di cui avevano guardato delle sequenze, i pazienti borderline sembravano valutare i personaggi in una maniera più dicotomica dei pazienti con disturbi di personalità di cluster C e dei soggetti sani (Veen e Arntz, 2000). Da una ricerca, nella quale i soggetti si rivolgevano ad assistenti sociali che mostravano un atteggiamento empatico, di rifiuto e neutro e, in seguito, li giudicavano su una serie di caratteristiche, emerse che furono i pazienti con DBP a dare le valutazioni più dicotomiche (Ten Haaf e Arntz, in corso di preparazione). Giudizi spontanei provenienti dagli stessi pazienti con DBP nel primo studio citato non erano dicotomici ma soprattutto negativi (Arntz e Veen, 2001). Un secondo esperimento di valutazione con personaggi del cinema rivelò anch'esso giudizi negativi forniti dai pazienti borderline; in esso, tali giudizi vennero distinti dalle valutazioni negative

di personaggi positivi correlati agli schemi (per es., un partner amorevole; Sieswerda, Arntz e Verheul, sottomesso per la pubblicazione). I pazienti con DBP sembravano valutare in maniera relativamente negativa persino stimoli non sociali (giochi al computer) (Sieswerda, Arntz e Wolfis, 2005). Uno stile di valutazione in genere negativo apparve inoltre risultare in maniera ricorrente in una successione di studi sul tono affettivo delle interpretazioni di immagini, tra cui, le immagini TAT di pazienti con DBP (consultare la panoramica in Westen, 1990). Ad oggi, non sono ancora state offerte con successo le spiegazioni per la variabilità dei risultati (per es., una misura inaccurata del pensiero dicotomico).

La pertinenza delle valutazioni dicotomiche nei disturbi di personalità è stata supportata in uno studio sul pensiero dicotomico nel disturbo borderline prima, durante e dopo tre anni di terapia (Sieswerda e Arntz, sottomesso per la pubblicazione). Lo studio ha dimostrato che il numero di valutazioni dicotomiche è diminuito nel corso della terapia e che tale riduzione era correlata alla diminuzione nei sintomi borderline, in particolare, durante la prima metà della terapia. Nello stesso studio, la diminuzione delle valutazioni negative era meno evidente. Questo potrebbe significare che uno stile di valutazioni negative non rivesta un ruolo centrale nel disturbo borderline di personalità oppure sia un sintomo persistentemente ricorrente.

Pensiero di tipo infantile

La ricerca effettuata su pazienti con disturbo borderline di personalità in merito al pensiero dicotomico quale modo di pensare che rappresenta ciò che resta del loro sviluppo emotivo e cognitivo ha procurato risultati più regolari. Il pensiero dicotomico nei soggetti affetti da DBP appare più forte in situazioni congruenti con lo schema che in situazioni emotive e neutre di controllo (Veen e Arntz, 2000). In generale, comunque, le loro valutazioni sembrano multidimensionali (ossia, una mescolanza di positive e negative) (Veen e Arntz, 2000; Sieswerda et al., 2005; Sieswerda e Arntz, sottomesso per la pubblicazione; Sieswerda et al., sottomesso per la pubblicazione; Ten Haaf e Arntz, sottomesso per la pubblicazione) e/o differenziate normalmente, persino in condizioni emotive piuttosto intense (per es., in discussioni con un assistente sociale che respinge; Ten Haaf e Arntz, sottomesso per la pubblicazione). I pazienti borderline sono dunque capaci di dare giudizi che, in complessità, uguagliano le valutazioni provenienti da pazienti con altri disturbi di personalità o soggetti sani. Ciò significa che il pensiero dicotomico nel DBP non è necessariamente espressione di uno scarso sviluppo cognitivo ed emotivo.

E nemmeno studi sull'empatia vanno costantemente nella direzione di cognizioni poco sviluppate nella popolazione borderline. Una volta che ne è stato verificato il livello intellettuale, questi pazienti – come i soggetti con disturbi di personalità di cluster C – sembrano spiegare situazioni sociali e fisiche complesse piuttosto meglio di pazienti sani (Arntz, Bernstein, Oorschot e Schobre, 2009). Essi inoltre riconoscevano le emozioni di

altre persone al pari – e talvolta persino meglio – di quanto facevano soggetti sani (Lynch et al., 2006; Fertuck et al., 2009).

Conclusioni

Riepilogando, sono stati descritti i primi risultati degli studi sperimentali condotti sinora sui modelli degli schemi inerenti ai disturbi di personalità:

- ipervigilanza legata agli schemi e specifica del disturbo, e attenzione selettiva, nel disturbo borderline di personalità
- reazioni congruenti con lo schema in soggetti con disturbo ossessivo-compulsivo di personalità
- interpretazioni congruenti con lo schema e specifiche del disturbo nei DP evitante/dipendente, ossessivo compulsivo e borderline
- valutazioni dicotomiche legate allo schema e specifiche del disturbo, ma non di tipo infantile, nei pazienti con disturbo borderline
- valutazioni negative specifiche del disturbo nei pazienti con disturbo borderline
- pertinenza di ipervigilanza e valutazioni sociali dicotomiche in soggetti affetti da DBP

Insidie e consigli

Quando si effettuano studi sperimentali sui disturbi di personalità si può incorrere in numerose insidie. Di seguito, se ne riportano quelle tipicamente incontrate.

La prima è l'inclusione di condizioni di controllo prive di senso. Diversi studi sperimentali sui disturbi di personalità confrontano un gruppo sperimentale di pazienti con un gruppo di soggetti sani. Tali studi possono, nel migliore dei casi, mostrare come il gruppo di pazienti differisca dai soggetti sani; tuttavia, non rilevano il modo in cui tale gruppo si differenzi da altri gruppi di pazienti.

Una seconda insidia potenziale è la mancanza di fiducia negli studi sperimentali all'interno degli istituti clinici in cui vengono condotti, specialmente in merito a studi sperimentali con intensi stimoli emozionali. Per questa ragione, lo studio può fungere da parafulmine per l'insoddisfazione relativa ad altre questioni interne all'istituto, e corre il rischio di concludersi prematuramente. Per evitarlo, possono essere di aiuto: ricerche ben costruite dal punto di vista metodologico ed etico; persone ben informate e motivate coinvolte direttamente o indirettamente; supporto fornito agli esaminatori a capo dei test, e buonsenso.

L'ultima insidia è l'influsso del disturbo di personalità sulla manipolazione sperimentale. Frequentemente, i pazienti affetti da disturbi di personalità reagiscono a situazioni della ricerca diversamente da pazienti con altri disturbi o soggetti sani. Ad esempio, nello

svolgimento di un esercizio di individuazione nell'esperimento Stroop, diversi soggetti con disturbo borderline si rifiutarono di indovinare il significato di parole offerte al di sotto della soglia di rilevazione. All'altro estremo dello spettro, uno studio di valutazione che adoperava sequenze di film emotivamente forti venne accolto in maniera assai positiva da un ampio numero di pazienti borderline. Studi pilota e resoconti sul tema eseguiti a conclusione della ricerca possono chiarire tali influssi.

Il futuro

Gli studi sperimentali sul modello teorico della ST sono ancora alle fasi iniziali. La futura ricerca potrebbe incentrarsi su:

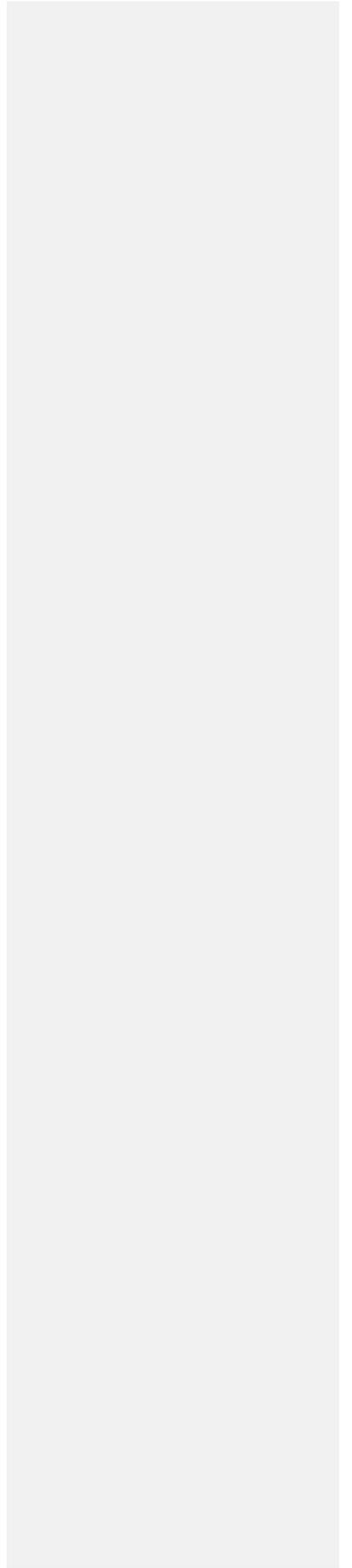
- modelli cognitivi scarsamente esaminati nei disturbi di personalità istrionico, narcisistico e di cluster A
- comprensione approfondita degli attuali metodi di ricerca (per es., pensiero dicotomico nel disturbo borderline di personalità)
- verifica del ruolo causale degli aspetti cognitivi con l'ausilio di esperimenti analogici
- sviluppo ulteriore dei paradigmi in cui, qualora lo si desidera, schemi e caratteristiche cognitive possano essere calcolati con rispetto a validità e affidabilità per diagnosi individuali (di personalità).

Riferimenti bibliografici

- Arntz, A., Appels, C. and Sieswerda, S. (2000) Hypervigilance in borderline disorder: a test with the emotional Stroop paradigm. *Journal of Personality Disorders*, 14,366-373.
- Arntz, A, Bernstein, D., Oorschot, M. and Schobre, P. (2009) Theory of mind in borderline and Cluster C personality disorder. *Journal of Nervous and Mental*, 197, 801-807.
- Arntz, A. and Veen, G. (2001) Evaluation of others by borderline patients . *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 513-521 .
- Beck, AT., Freeman, A. and Davis, D.D. (2004) *Cognitive Therapy of Personality Disorders*, 2nd edition. New York: Guilford Press.
- Berenson, K.R., Gyurak, A., Ayduk, O. et al. (2009) Rejection sensitivity and disruption of attention by social threat cues. *Journal of Research in Personality*, 43, 1064-1072.
- Ceumern-Lindenstjerna, I.A. von (2004) *Selektive Aufmerksamkeitsausrichtung auf emotionale Reize bei Patientinnen mit Borderline-störung (Richtung van selectieve aandacht voor emotionele mit bij patiënten met borderline persoonlijkheidsstoornis)*. Proefschrift, Ruprecht-Karls-universität, Heidelberg.
- Dreessen, I. , Arntz, A. , Hendriks, T., Keune, N. and van den Hout, M.A. (1999) Avoidant personality disorder and scherna-congruent information processing bias: a pilot study with a pragmatic inference task. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 619-632.

- Farrell, J.M., Shaw, I.A. and Webber, M.A. (2010) A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40, 317-328.
- Fertuck, E.A. Jekal, A., Song, I. *et al.* (2009) Enhanced "reading the mind in the eyes" in borderline personality disorder compared to healthy controls. *Psychological Medicine*, 39, 1979-1988.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P. *et al.* (2006) *Archives of General Psychiatry*, 63, 649-658.
- King-Casas, B., Sharp, L., Lomax-Bream, T.L., Fonagy, P. and Montague, P.R. (2008) The rupture and repair of cooperation in borderline personality disorder. *Science*, 321, 806--8 10.
- Kroll, J. (1998) *The Challenge of the Borderline Patient*. New York and London: W.W. Norton.
- Layden, M.A., Newman, C.F., Freeman, A. and Morse, S.B. (1993) *Cognitive Therapy of Borderline Personality Disorder*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Lynch, T.R., Rosenthal, M.Z., Kosson, D.S. *et al.* (2006) Heightened sensitivity to facial expressions of emotion in borderline personality disorder. *Emotion*, 6, 547-555.
- Nadort, M., Arntz, A., Smit, J.H. *et al.* (2009) Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours: a randomized trial *Behaviour Research and Therapy*, 47, 961-973.
- Pretzer, J. (1990) Borderline personality disorder, in *Cognitive Therapy of Personality Disorders* (eds A.T. Beck, A. Freeman and Associates). New York: Guilford Press, pp. 176-207.
- Rüsch, N., Corrigan, P.W., Bohus, M. *et al.* (2007) *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 537-539.
- Rüsch, N., Lieb, K., Göttler, I., *et al.* (2007) Shame and implicit self concept in women with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164, 500-508.
- Sabo, A.N. (1997) Etiological significance of association between childhood trauma and borderline personality disorder: conceptual and clinical implications. *Journal of Personality Disorder*, 11, 50-70.
- Sieswerda, S., and Arntz, A. (submitted for publication) Change of extreme and negative interpersonal evaluations of borderline patients during psychotherapy.
- Sieswerda, S., Arntz, A. and Kindt, M. (2007) Successful psychotherapy reduces hypervigilance in borderline personality disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, 387-402.
- Sieswerda, S., Arntz, A., Mertens, I. and Vertommen, S. (2007) Hypervigilance in patients with borderline personality disorder: specificity, automaticity, and predictors. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1011-1024.
- Sieswerda, S., Arntz, A., and Verheul, H. (submitted for publication)) Not dichotomous, but negative interpersonal evaluations characterize borderline patients.
- Sieswerda, S., Arntz, A. and Wolfis, M. (2005) Evaluations of emotional non-interpersonal situations by patients with borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 36, 209-225.
- Ten Haaf, J.E. and Arntz, A. (submitted for publication) Social cognition in borderline personality disorder: evidence for dichotomous thinking but no evidence for primitive attributions.
- Unoka, Z., Seres, L., Áspán, N., Bódi, N. and Kéri, S. (2009) Trust game reveals restricted interpersonal transactions in patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 23, 399-409.
- Veen, G. and Arntz, A. (2000) Multidimensional dichotomous thinking characterizes borderline personality disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 23-45.

- Waller, G. and Button, J. (2002) Processing of threat cues in borderline personality disorder. Unpublished manuscript.
- Weertman, A. and Arntz, A. (2007) Effectiveness of treatment of childhood memories in cognitive therapy for personality disorders: a controlled study contrasting methods focusing. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2133-2143.
- Weenman, A., Arntz, A., de Jong, P.J. and Rinck, M. (2008) Implicit self - and other associations in obsessive-compulsive personality disorder traits. *Cognition and Emotion*, 22, 1253-1275.
- Weertman, A., Arntz, A., Salet, S. and Coenen, I. (2006) Obsessive compulsive personality disorder and interpretation of schema-related events, in *The Cognitive Model of Personality Disorder* (ed. A. Weertman). PhD Thesis, Universiteit Maastricht.
- Weertman, A., Arntz, A., Schouten, E. and Dreessen, L. (2006) Dependent personality traits and information processing: assessing the interpretation of ambiguous information using the Thematic Apperception Test. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 273-278.
- Westen, D. (1990) Towards a revised theory of borderline object relations: contributions of empirical research. *The International Journal of Psychoanalysis*, 71, 661-693.
- Williams, J.M. G., Watts, F.N., MacLeod, C. and Mathews, A. (1997) *Cognitive Psychology and Emotional Disorders*, 2nd edition. Chichester: John Wiley & Sons.
- Wingenfeld, K., Mensebach, C., Rullkoetter, N., et al. (2009) Attentional bias to personally relevant words in borderline personality disorder is strongly related to comorbid posttraumatic stress disorder. *Journal of Personality Disorders*, 23, 141-155.
- Young, J.E., Klosko, J. and Weishaar, M.E. (2003) *Schema Therapy: a Practitioner's Guide*. New York: Guilford Press.



4

Validazione dello Young Schema Questionnaire

Marleen Rijkeboer

Sulla base di teorie psicopatologiche inerenti a psicologia cognitiva e dello sviluppo, unite all'estesa esperienza clinica personale, Young individuò i vari cosiddetti “schemi maladattivi precoci”, in breve, gli schemi. Secondo Young, gli schemi comprendono temi generali presenti in ogni essere umano. Per natura, tuttavia, questi schemi sono più estremi e rigidi in individui che vivono un maggior numero di problemi, o che presentano una maggiore sintomatologia degli stessi. Il modello degli *schema mode* di Young è, per usare le sue parole, un “modello operativo”. Le idee dello studioso in merito agli schemi ritenuti importanti per la patologia di personalità sono in continua evoluzione (consultare Young, Klosko e Weishaar, 2003).

Tutto ciò ha inciso sui metodi in cui mettere in pratica il suo modello attraverso i questionari. Con il trascorrere del tempo, sono state elaborate diverse versioni dello Young Schema Questionnaire (YSQ). Quella maggiormente conosciuta e più comunemente usata è lo YSQ-2, nella quale – conformemente alla classificazione originale di Young – si individuano sedici schemi (Young e Brown, 1994). Il questionario è adoperato da assistenti sociali in tutto il mondo ed è stato tradotto in almeno nove lingue.

A livello internazionale, sono stati pubblicati numerosi studi sulle proprietà psicometriche dello YSQ-2. Secondo le prime ricerche, lo schema di Indesiderabilità sociale non poteva essere riconosciuto come fattore indipendente (Schmidt, Joiner, Young e Telch, 1995; Lee, Taylor e Dunn, 1999). In base a tali risultati, la ricerca proseguì utilizzando sia la versione completa che quella abbreviata del YSQ-2, dalle quali venne omesso lo schema di Indesiderabilità sociale. In studi successivi, Young adattò la propria teoria di lavoro e formulò un modello con diciotto schemi (YSQ-3; consultare Young et al., 2003). Ad ogni modo, la ricerca sullo YSQ-3 è ancora allo stadio iniziale.

Il presente capitolo illustra la traduzione e versione olandese dello YSQ-2 (Schema-Vragenlijst – SQ; Sterk e Rijkeboer, 1997). Diversi studi ne esaminarono accuratamente le proprietà psicometriche (Rijkeboer, 2005). Si discuterà altresì dei vari nuovi sviluppi. Ad esempio, lo SQ apparve meno applicabile in certe fasce di età, come bambini e adolescenti. Sembrò inoltre avere un'applicabilità inferiore in campo forense, in cui le valutazioni riportavano un numero inferiore di problemi rispetto a quelli effettivamente presenti e

questo ostacolava l'interpretazione dei questionari. Di conseguenza, si sono sviluppati diversi adattamenti del SQ che verranno ugualmente descritti nel capitolo.

Nella pratica

Lo YSQ-L2 è disponibile in diverse versioni corrispondenti a ogni lingua in cui è stato tradotto. Non solo esistono diverse traduzioni, ma l'ordine degli item varia nei differenti questionari. Inoltre, a prescindere dalla versione, si impiegano diversi formati di valutazione. La pluralità di procedure ha generato un po' di confusione, di cui si tratterà in seguito.

Traduzioni dello YSQ-2

La traduzione olandese dello YSQ-2 (la SQ) ha attraversato diverse fasi, nelle quali ci si è sempre attenuti alle procedure standard (van der Vijver e Hambleton, 1996). Con il permesso di Young, la versione olandese fu eseguita da due traduttori professionisti indipendenti che tradussero gli item individualmente. Oltre a ciò, riportarono in inglese uno il testo dell'altro. In seguito, gli autori scelsero gli item tradotti meglio. Successivamente, la versione olandese venne esaminata insieme ad Arnoud Arntz e Jeffrey Young. Alcune voci sembravano avere una traduzione apparentemente chiara che, di fatto, non corrispondeva al contenuto originale. Per questa ragione, ci furono talvolta lunghe discussioni in merito agli item interessati. Venne inoltre perfezionata la struttura del questionario in stretta collaborazione con Young, in seguito alla quale egli diede la sua autorizzazione. Infine, le varie voci furono inserite in un ordine casuale. Il prossimo paragrafo tratterà l'argomento nel dettaglio.

Ordine degli item

Alcune versioni mantengono l'ordine originale, il che significa che gli item sono raggruppati per scala. Un'argomentazione favorevole a questo tipo di raggruppamento che si sente fare spesso dai terapeuti è che il metodo semplifica la verifica del punteggio ottenuto dai pazienti in ogni item, senza il bisogno di ricercare la scala cui appartiene. Benché si tratti di un ragionamento comprensibile, un approccio simile può determinare una diagnosi meno affidabile (consultare Nunnally e Bernstein, 1994). In generale, l'esame di singole voci procura informazioni non pertinenti, giacché da sola, ciascuna voce ha poca affidabilità. Il raggruppamento degli item può inoltre generare alcune tendenze di risposta, ad esempio: rispondere agli item successivi il più coerentemente possibile e/o di provare a

creare un'immagine assai negativa sulle scale che i pazienti ritengono importanti. È pertanto preferibile collocare le voci in ordine casuale.

Media di punti del YSQ-2

Al principio, Young consigliò di contare solamente i valori più estremi (5 e 6) per scala (consultare Cecero e Young, 2001). Waller, Shah, Ohanion e Elliott (2001) misero a confronto l'effetto di questo metodo con uno nel quale si sommarono tutti i valori relativi agli item di ciascuna scala, calcolandone poi la media. Conclusero che quest'ultimo metodo fosse quello da preferire, poiché contando solamente i valori estremi, è possibile che alcune psicopatologie rimangano nascoste. Ciò influisce sul valore predittivo del questionario. Di conseguenza, è consigliabile calcolare la media di ogni punteggio ottenuto per scala.

Approccio

La ricerca nel SQ

Diversi studi sono stati condotti sul SQ sotto il profilo delle sue proprietà psicometriche. Il presente paragrafo offre una panoramica degli esiti provenienti da cinque studi di validità (consultare anche Rijkeboer, 2005). I risultati sono ordinati in base alle ipotesi relative agli schemi maladattivi rappresentati nel questionario (Young et al., 2003).

Uno dei postulati è che gli schemi identificati da Young si manifestano in ogni individuo (Young e Klosko, 1994). Questa ipotesi costituisce il principio base di uno studio condotto sulla struttura del fattore del SQ (Rijkeboer e van den Bergh, 2006), nel quale si esaminarono gruppo clinico (*clinical group*) – costituito da pazienti con problemi di personalità – e gruppo di studenti sani. Affinché l'ipotesi di Young resti salda, la struttura del fattore deve essere identica nei due gruppi: infatti, si misureranno gli stessi costrutti ma è possibile che differisca il range di valori. Avvalendosi di tecniche confermatrici (modelli a equazioni strutturali), si studiarono simultaneamente la struttura del gruppo di pazienti e quella del gruppo di studenti. In base a quanto indicato dai risultati, la struttura fattoriale è invariabile e le scale possiedono una buona validità e affidabilità del costrutto. Ciò significa che, quando si adoperano lo SQ, i costrutti di schemi chiaramente definiti – in soggetti con e senza problemi mentali – vengono misurati in maniera precisa e identica. Dai risultati emerse inoltre la possibilità di replicare tutti i sedici fattori schema, incluso quello di Indesiderabilità sociale. Sebbene in una ricerca precedente effettuata sullo YSQ-2 questo fattore non sia risultato essere una dimensione distinta, sembrava che – nel momento in cui si adoperano tecniche più avanzate – l'Indesiderabilità sociale dia un contributo unico. Non c'erano pertanto ragioni per eliminare questa scala dalla versione olandese del SQ. Oltre a ciò, la scala può contribuire alla diagnosi di ansia sociale (consultare Pinto-Gouveia,

spiegare meglio

Castilho, Galhardo e Cunha, 2006) quando, per esempio, si effettua l'*assessment* dei disturbi di personalità di cluster C.

Young sostiene poi che le scale degli schemi rappresentino strutture profondamente radicate e permanenti, soggette a cambiamenti minimi (Young et al., 2003). Lo SQ misurerebbe quindi i costrutti che, in ogni caso, sono stabili nel tempo. Di conseguenza, in un secondo studio, si indagò sull'affidabilità del test-retest in un gruppo di studenti sani (Rijkeboer, van den Bergh e van den Bout, 2005). Si analizzarono stabilità della classificazione e media dei punteggi ottenuti. L'intervallo tra le due misurazioni fu di sei settimane. I coefficienti di correlazione test-retest sembrarono soddisfacenti in tutte le scale.

In questo studio, si indagava se lo SQ discriminasse pazienti e studenti sani. Secondo la teoria, individui sintomatici dovrebbero ottenere punteggi considerevolmente superiori sulle scale degli schemi rispetto a individui senza problemi mentali evidenti. I risultati ottenuti indicarono che i due gruppi erano discriminati in maniera significativa per tutte le scale degli schemi. L'Inibizione emotiva sembrò possedere un maggiore potere discriminante. Inoltre, le analisi sulla classificazione dimostrarono che l'88% dei partecipanti poteva essere assegnato correttamente al proprio gruppo di appartenenza mediante lo SQ. A dispetto di una proporzione notevole, si dovrebbe osservare che lo SQ ha una capacità leggermente ridotta di classificare in maniera esatta i pazienti rispetto ai soggetti sani (studenti). Questo è forse dovuto alla maggiore varianza nei punteggi che si ritrova nel gruppo di pazienti, indizio che questi mostrano sul SQ dei profili più peculiari. In altre parole, i pazienti mostrano un'ampia variazione per scala: ciò significa che, all'interno di una popolazione di pazienti, i punteggi ottenuti sulle varie scale sono notevolmente differenti e ogni soggetto mostra un *pattern* di valutazione personale e unico. Di conseguenza, è possibile che un paziente ottenga un punteggio relativamente basso in alcune scale e molto alto su altre. Al fine di acquisire una migliore visione di presenza e natura della patologia, si raccomanda di analizzare i punteggi delle scale in combinazione fra loro.

Qualora le valutazioni assegnate alle scale siano verificate separatamente, la ricerca succitata (Rijkeboer et al., 2005) indicava che, nella maggior parte delle scale degli schemi, un valore medio pari o superiore a 2,5 rientrava principalmente nel range del gruppo di pazienti. Relativamente allo schema di Inadeguatezza/vergogna, questo valore soglia è in media pari a 2, mentre quello per Autosacrificio e Standard elevati/ipercriticismo è di circa 3.

Ad oggi, la ricerca (internazionale) sullo YSQ-2 si è focalizzata sui punteggi complessivi degli item in ogni scala. Nessuno studio ha indagato sul possibile bias dei distinti item. Il bias degli item implica che una voce non misuri un costrutto latente analogo tra i gruppi esaminati (per es., pazienti e soggetti sani). Ciò significa che le persone dei vari gruppi impegnate nella compilazione del questionario inferiscono vari significati dagli item in questione. È possibile che, come conseguenza di ciò, quando si mettono a confronto i gruppi si arrivi a conclusioni errate. Per un impiego valido delle valutazioni della scala YSQ a fini clinici e di ricerca è dunque essenziale che non siano presenti bias nei gruppi identificati. In un terzo studio, venne perciò verificato il possibile bias degli item inclusi nel SQ

(Rijkeboer, van den Bergh e van den Bout, 2011). I risultati dimostrarono la totale assenza di indizi che uomini e donne interpretassero i quesiti in maniera diversa. Solamente una voce del questionario mostrò un funzionamento differenziale con rispetto al livello di istruzione e, rispetto ai soggetti sani, dieci dei duecentocinque item produssero un *pattern* di risposte incoerente nei pazienti. Queste dieci voci sono distribuite uniformemente nel questionario: ciò significa che il punteggio complessivo delle scale non è influenzato in maniera sostanziale dalle funzioni differenziali di certi item. Riepilogando, si può asserire che gli item dello SQ sono interpretati generalmente in maniera analoga dai diversi gruppi e che il confronto tra gruppi, effettuato con rispetto al punteggio complessivo delle scale del SQ, può essere interpretato con facilità.

Young sostiene inoltre che gli schemi rivestano un ruolo centrale nella patologia di personalità (Young et al., 2003). Di conseguenza, le associazioni tra SQ e i questionari volti a determinare le caratteristiche stabili della personalità e con una pertinenza consolidata nella diagnosi di personalità, devono essere chiare e significative. In un primo studio sulla validità concorrente, lo SQ era collegato al NEO-PI-R (Costa e McCrae, 1992), un inventario sviluppato all'interno del modello dei Cinque fattori di personalità (*Five Factor Model*). Un secondo studio trattò dei rapporti esistenti tra lo SQ e il Temperament and Character Inventory (TCI; Cloninger, Przybeck, Svrakic e Wetze, 1994), uno strumento impiegato di frequente all'interno degli istituti psichiatrici. In entrambi gli studi, si misurarono numerosi modelli strutturali che contenevano relazioni specificate a priori tra scale del YSQ e domini e sfaccettature dei questionari implicati (consultare Rijkeboer, 2005). I risultati emersi da ambedue gli studi supportano la maggioranza delle ipotesi: ciò significa che lo SQ ha una buona validità convergente e divergente. Le scale degli schemi sono quindi coerenti con le scale atte a misurare costrutti identici, e differiscono significativamente dalle scale che devono calcolare costrutti non correlati. Sembra inoltre che la quasi totalità delle scale sugli schemi sia caratterizzata, indipendentemente dal contenuto, da una serie di specifici aspetti della personalità. Ad esempio: scale degli schemi legate a una tendenza a disperazione, senso di solitudine, pessimismo sugli esiti, e demoralizzazione. I soggetti che ottengono un punteggio alto sullo SQ si contraddistinguono poi per atteggiamento convenzionale e comportamento compulsivo. Possiedono altresì un'idea limitata del controllo interiore e una tendenza a colpevolizzare gli altri per i problemi che si trovano davanti.

È degno di nota il fatto che, contrariamente alle aspettative, le scale sugli schemi sembrano a malapena connesse con aspetti legati all'ansia. Analisi successive indicarono tuttavia che diverse scale non sono collegate agli aspetti dell'ansia in una maniera così lineare come lo sono in maniera curvilinea. Sino al valore medio di 3,5 su praticamente ogni scala dello schema, si è in presenza di una relazione lineare con l'ansia. Un punteggio maggiore sulle scale degli schemi è associato a un punteggio superiore sugli aspetti legati all'ansia. Valori medi superiori sulle scale degli schemi non sono comunque più correlati a tali aspetti, giacché si verifica un effetto tetto (*ceiling effect*). Il punteggio dell'ansia è cresciuto al punto che non sono più possibili punteggi superiori. Ciò significa che le scale

chiarire meglio il concetto. io direi: non sono collegate in maniera lineare con l'ansia, bensì si osserva una relazione curvilinea con questa variabile.

dell'

osserva

ad

significativamente
maggiormente

correlate

sono un indice di un

613

degli schemi sono effettivamente **collegate** a tali aspetti e **rappresentano un** forte sentimento di ansia. Questi risultati indicano altresì che un questionario come il NEO-PI-R non rileva differenze tra livelli di ansia maggiori, mentre lo SQ chiaramente sì. Al verificarsi di un effetto tetto nel NEO-PI-R, nel SQ è ancora possibile ottenere punteggi superiori.

Infine, si dovrebbe osservare che non è stato trovato quasi alcun rapporto tra le scale del SQ e aspetti connessi a ricerca di sensazioni forti e atteggiamento collaborativo. Questo potrebbe tuttavia corrispondere a un artefatto della composizione del gruppo esaminato: partecipò un numero relativamente ridotto di pazienti con disturbi di personalità antisociale o schizoide. D'altra parte, è possibile che lo SQ rappresenti soprattutto l'interiorizzazione del comportamento problema. Ciò implica che il modello degli schemi potrebbe doversi espandere, includendo scale che riflettano tendenze maggiormente esteriorizzanti.

Ricerca sullo SQ per adolescenti e bambini

Young (1994) afferma che gli schemi maladattivi si sviluppano in età molto giovane. Per essere in grado di verificare sia l'ipotesi sia la validità predittiva degli schemi con rispetto ai problemi mentali in bambini e adolescenti, si apportarono diverse modifiche al questionario originale, adattando gli item a esperienze di vita e ambiente di bambini e adolescenti. Venne così elaborata una versione ridotta dello SQ diretta ad adolescenti (van Vlierberghe, Rijkeboer, Hamers e Braet, 2004; Muris, 2006) e una specificamente a bambini (de Boo e Rijkeboer, 2004).

Dalle ricerche condotte sullo SQ per giovanissimi (Muris, 2006; van Vlierberghe, Rijkeboer, Hamers e Braet, 2004; Rijkeboer e de Boo, 2010) e adolescenti (età compresa, rispettivamente, tra dodici e quindici anni, e tra dodici e diciotto anni) emerse l'affidabilità soddisfacente posseduta dalle scale sugli schemi. In base a un'analisi fattoriale confermativa, van Vlierberghe et al. (2010) riuscì a supportare il modello degli schemi modificato di Young, nel quale si distinguono tutti i quindici schemi. Muris (2006) trovò inoltre conferma a un modello sul fattore di ordine superiore costituito da tre dimensioni – o domini dello schema – con adeguati pesi fattoriali (*factor loading*) per le diverse scale degli schemi. Nello studio di van Vlierberghe e colleghi, tuttavia, si rilevarono valori sovrapponibili per vari indici di adattamento (*Fit index*) con rispetto a modelli sul fattore di ordine superiore a tre, quattro, o cinque domini degli schemi. Dal punto di vista psicometrico, non si ha preferenza per un particolare modello di ordine superiore. Entrambi gli studi mostrano inoltre che le scale degli schemi erano correlate a un ampio spettro di psicopatologie. In un gruppo esaminato da van Vlierberghe e Braet (2007), il modello degli schemi diede conto approssimativamente del 45% della varianza nell'interiorizzazione, e del 19% nell'esteriorizzazione, del comportamento problema. Il dato è conforme con i risultati scoperti nella ricerca condotta sugli adulti.

Lo SQ per bambini è stato esaminato avvalendosi di un ampio gruppo di scolari – di età compresa tra gli otto e tredici anni – con diversi background culturali (Rijkeboer e de Boo,

2010). I risultati ottenuti con l'ausilio dell'analisi fattoriale confermativa indicano un buon adattamento per un modello che, oltre a otto degli originali quindici fattori, ne conteneva tre nuovi, per ciascuno dei quali due o tre dei restanti fattori originali vennero raggruppati su basi teoriche. Le ricerche sulla validità concorrente indicano che la maggioranza degli schemi era associata alla dimensione del temperamento di Affettività negativa, e questo corrisponde agli studi precedentemente descritti su adolescenti e adulti. Una differenza notevole venne tuttavia rilevata per le scale relative a Invischiamento/sé poco sviluppato e Autosacrificio, che non sembravano avere alcuna relazione con l'Affettività negativa ma erano fortemente correlate ad Affettività positiva e Autocontrollo. Benché questi due schemi abbiano un evidente carattere maladattivo in giovanissimi e adolescenti, sembra che nei bambini non siano disfunzionali, forse perché la fase dello sviluppo nella quale si trovano implica una relazione dipendente con una particolare attenzione a persone significative. Si tratta di un fatto interessante che merita di essere indagato ulteriormente.

Insidie e consigli

Lo YSQ è uno strumento di autovalutazione. Pur presentando dei vantaggi, questo genere di *assessment* presenta pure delle insidie. Il fatto è che un'autovalutazione può venire influenzata in diversi modi, illustrati di seguito.

Di frequente, i terapeuti si chiedono sino a che punto il punteggio ottenuto da un paziente sullo YSQ sia condizionato dallo stato umorale in cui si trova. Di fatto, ciò a cui stanno alludendo è alla natura dei costrutti verificati: sono maggiormente correlati a tratto o a stato? Si tratta di un interrogativo importante concernente la validità dello YSQ. In base alla indicazione di Young, gli schemi sono credenze fisse e permanenti, vale a dire, credenze che non sono soggette a cambiamenti connessi alle circostanze. Uno strumento di autovalutazione riesce a misurare simili costrutti correlati al tratto?

Rijkeboer et al. (2005) rilevarono che le scale degli schemi hanno una buona validità test-retest, in altre parole, i partecipanti compilano il questionario coerentemente in momenti diversi. Questa è una prima indicazione della sua stabilità. Verificare se anche i punteggi dello YSQ restano costanti dopo un cambiamento di umore o l'evocazione di un ricordo negativo è tuttavia un'altra questione.

Secondo Stopa e Waters (2005), dopo un'induzione dell'umore, i punteggi realizzati sulla maggior parte delle scale degli schemi rimangono quasi identici. Attraverso la musica, nei partecipanti vennero suscitati stati d'animo positivi o negativi. Una tale induzione sembrò influire solamente su due schemi: successivamente a un'induzione di umore negativo, ci fu un incremento nel punteggio relativo alla Deprivazione emotiva, mentre quello inerente allo schema di Pretese/grandiosità accrebbe in seguito a un'induzione di umore positivo. Due cosiddetti studi di preparazione (*priming*) esaminarono poi la misura sino alla quale l'evocazione di ricordi negativi influiva sulla convalida dello YSQ (Jacquin, 1998; Brandon, 2000). Da entrambi gli studi non emerse alcuna evidenza che il *priming* incidesse sui

punteggi. In sintesi, si può concludere che ad oggi le ragioni in base alle quali presumere che fattori situazionali specifici influiscano sulla compilazione dello YSQ sono scarse. Ad ogni modo, per determinare se gli schemi rappresentati nello YSQ possiedono primariamente un carattere correlato al tratto, si rende necessario un maggior numero di studi, accompagnati magari da interventi più poderosi.

Ulteriore questione sollevata dai terapeuti riguarda il fatto che, a causa delle autovalutazioni, i pazienti possono creare facilmente un'impressione di se stessi favorevole o sfavorevole sullo YSQ. In modo particolare in ambiente forense, questo fatto ne complica l'utilizzo, specialmente quando si passa a esaminare scale dal contenuto 'indesiderabile' per questo ambiente. Per superare l'ostacolo, è stata sviluppata una misura implicita per uno degli schemi più importanti in ambito forense: Autocontrollo/autodisciplina insufficienti (Rijkeboer e Huntjens, 2007). In questo modo, si adotta una misura indiretta in quanto che i soggetti associano se stessi alle caratteristiche rappresentate in questo schema. A tal proposito, fu sviluppato un compito da svolgere al computer, sul cui schermo apparivano parole congruenti e incongruenti con lo schema, scritte a lettere maiuscole o minuscole. Il compito prevede di rispondere il più velocemente possibile in merito al formato delle parole, vale a dire, la caratteristica pertinente al compito delle parole (per es., se è scritta in maiuscolo, rispondendo con «Sì» e, quando è riportata in lettere minuscole, con un «No»), mentre si ignora il significato delle parole – vale a dire, la caratteristica non pertinente. Gli studi condotti avvalendosi del paradigma con la caratteristica non pertinente mostrano che i partecipanti, persino quando strettamente fedeli alle istruzioni, continuano a elaborare istintivamente le informazioni sul significato delle parole. Questo ne influenza la velocità di risposta. Il tempo di reazione può dunque venire impiegato come misura dell'associazione implicita personale con le caratteristiche usate nel compito.

In base ai risultati iniziali, e attualmente preliminari, di uno studio sperimentale (Rijkeboer e Huntjens, 2007), le parole impiegate come stimolo erano rappresentative della corrispondente scala YSQ. Inoltre, tale misura implicita sembrò predire in maniera spontanea (e quindi incontrollabile) il comportamento relativo allo schema, mentre non emerse alcun legame tra autovalutazione e comportamento. Senza dubbio, sono necessari maggiori studi perché la misura implicita possa costituire un'alternativa valida per valutare lo schema di Autocontrollo/autodisciplina insufficienti nel setting forense, ma i risultati iniziali sono promettenti.

Il futuro

Lo YSQ-2 è un questionario lungo che richiede sforzi notevoli da parte di alcuni pazienti. Di conseguenza, in inglese ne è stata sviluppata una versione ridotta, composta da settantacinque item divisi in quindici scale. Non è inclusa la scala relativa alla Indesiderabilità sociale. La versione abbreviata dello YSQ-2 è stata esaminata a fondo e, in base ai risultati ricavati, sembra possedere buone proprietà psicometriche (per es., Stopa, Throne, Waters e

Preston, 2001). Attualmente, si sta studiando sia una versione ridotta dello YSQ in olandese – nella quale è incluso lo schema di Indesiderabilità sociale – sia una versione abbreviata incentrata sugli anziani.

Oltre a ciò, si dovrebbe osservare che il modello degli schemi di Young è in evoluzione e nuovi schemi stanno venendo integrati. Da un certo tempo è quindi in circolazione lo YSQ-3, composto da diciotto schemi: gli schemi dello YSQ-2 (Indesiderabilità sociale esclusa) e tre nuovi, vale a dire, Ricerca di approvazione e riconoscimento, Negatività/pessimismo e Punizione. Lo YSQ-3 si trova ancora nella fase sperimentale. Sinora, gli studi sul valore di tale ampliamento dello YSQ sono scarsi, anche se in diversi paesi sono state avviate delle ricerche. Finché non saranno pubblicati ulteriori risultati, si raccomanda pertanto di utilizzare a fini clinici solamente la versione validata.

È considerevole il fatto che l'ampliamento del modello degli schemi sia nuovamente connesso all'interiorizzazione di problemi di ansia, depressione, e dipendenza. In base ai numerosi studi condotti sullo YSQ in soggetti adulti, e bambini e adolescenti, emerge che è specialmente questo tipo di patologia a essere misurato. Temi relativi a odio, rabbia, ostilità e aggressività sono rappresentati in misura inferiore all'interno del YSQ. In un prossimo futuro, sarebbe dunque auspicabile creare una classificazione più equilibrata di temi interiorizzati ed esteriorizzati per il modello.

Riferimenti bibliografici

- Boo, G.M. de and Rijkeboer, M.M. (2004) *Schema Inventory for Children*. University of Amsterdam, Department of Clinical Psychology.
- Brandon, R. A. (2000) Early recollections as a trigger technique for identifying early maladaptive schemas. *Dissertation Abstracts International* 61(3), 1626B.
- Cecero, J.J. and Young, J. (2001) Case of Silvia: a schema-focused approach. *Journal of Psychotherapy Integration*, 11, 217-229.
- Cloninger, C.R., Pzrybeck, T.R., Svrakic, D.M. and Wetzel, R.D. (1994) *The Temperament and Character Inventory (TCI): a Guide to its Development and Use*. Washington University Center for Psychobiology of Personality, St. Louis.
- Costa Jr., P.T. and McCrae, R.R. (1992) *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R.) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Professional Manual.
- Jacquin, K.M. (1998) The effects of maladaptive schemata on information processing. *Dissertation Abstracts International*, 59(1): 435B.
- Lee, C.W., Taylor, G. and Dunn J. (1999) Factor structure of the Schema Questionnaire in a large clinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 441-451.
- Muris, P. (2006) Maladaptive schemas in non-clinical adolescents: relations to perceived parental rearing behaviours., big five personality factors, and psychopathological symptoms. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13,405-413.
- Nunnally, J.C. and Bernstein, I.H. (1994) *Psychometric Theory*, 3rd edition. New York.: McGraw-Hill.

- Pinto-Gouveia, J., Castilho, P., Galhardo, A. and Cunha, M. (2006) Early maladaptive schemas and social phobia. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 571-584.
- Rijkeboer, M.M. (2005) *Assessment of Early Maladaptive Schemas. On the Validity of the Dutch Young Schema Questionnaire*. Universiteit Utrecht: PhD Thesis.
- Rijkeboer, M.M. and Bergh, H. van de (2006) Multiple group confirmatory factor of the Young Schema Questionnaire in a Dutch clinical versus non-clinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 263-278.
- Rijkeboer, M.M., Bergh, H. van de and Bout, J. van de (2011) Item bias analysis of the Young Schema Questionnaire for psychopathology, gender, and educational level. *European Journal of Psychological Assessment*, 27, 65-70.
- Rijkeboer, M.M., Bergh, H. van de and Bout, J. van de (2005) Stability and discriminative power of the Young Schema Questionnaire in a Dutch clinical versus non-clinical sample. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 129-144.
- Rijkeboer, M.M. and Boo, G.M. de (2010) Early maladaptive schemas in children: development and validation of the Schema Inventory for Children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 41, 102-109.
- Rijkeboer, M.M. and Huntjens, R.J.C. (2007) *EMS's in forensic settings: an implicit measure of insufficient self-control/self-discipline*. A pilot study. Paper presented at the World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies, Barcelona, July 12-14.
- Schmidt, N.B., Joiner, T.E., Young, J.E. and Telch, M.J. (1995) The Schema Questionnaire: investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 295-231.
- Sterk, F. and Rijkeboer, M.M. (1997) *Schema.-Vragenlijst*. Utrecht: Ambulatorium Universiteit Utrecht.
- Stopa, L., Thorne, P., Waters, A. and Preston, J. (2001) Are the short and long forms of the Young Schema Questionnaire comparable and how well does each version predict psychopathology scores? *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 15, 253-272.
- Stopa, L. and Waters, A. (2005) The effect of mood on responses to the Young Schema Questionnaire: short form. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 78, 45-57.
- Vijver, F.J.R. van de and Hambleton, R.K. (1996) Translating tests: some practical guidelines. *European Psychologist*, 1, 81-99.
- Vlierberghe, L van and Braet, C. (2007) Dysfunctional schemas and psychopathology in referred obese adolescents. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 342-351 .
- Vlierberghe, L. van, Braet, C., Bosmans, G., Rosseel, Y. and Bögels, S. (2010) Maladaptive schemas and psychopathology in adolescence: on the utility of Young's schema theory in youth. *Cognitive Therapy and Research*, 34, 316-332.
- Vlierberghe, L van, Rijkeboer, M.M., Hamers, P. and Braet, C. (2004) *Schema Questionnaire for adolescents*. Department of Personality Development and Social Psychology. University of Gent, Gent.
- Waller, G., Shah, R., Ohanian, V. and Elliott, P. (2001) Core belief in bulimia nervosa and depression: the discriminant validity of Young's Schema Questionnaire. *Behavior Therapy*, 32, 139- 153
- Young, J.E. (1994) *Cognitive Therapy for Personality Disorders: a Schema-focused Approach* rev. edition. Sarasota, FL: Professional Resource Press.

- Young, J.E. and Brown, G. (1994) *Young Schema Questionnaire* 2nd edition. In J.E. Young, *Cognitive Therapy for Personality Disorders: a Schema-focused Approach*, rev. edition. Sarasota, FL: Professional Resource Press) pp. 63-76.
- Young, J.E. and Klosko, J.S. (1994) *Reinventing Your Life*. New York.: Plume.
- Young, J.E., Klosko, J.S. and Weishaar, M.E. (2003) *Schema Therapy: a Practitioner's Guide*. New York: Guilford Press.

5

Validazione dello Schema Mode Inventory

Jill Lobbestael

La presenza degli *schema mode* può essere determinata attraverso tre metodi: 1) definire le situazioni problematiche sperimentate dai pazienti e interpretare come *schema mode* il comportamento adottato dagli stessi in tali situazioni; 2) tracciare i *mode* mediante tecniche esperienziali, nelle quali si riportano i pazienti al passato; 3) somministrare i questionari di autovalutazione – il metodo più coerente impiegato per tracciare i *mode*. Ci si serve dei primi due metodi soprattutto nelle sedute terapeutiche, mentre gli inventari sono adatti per fini tanto terapeutici quanto di ricerca. Nella pratica, si consiglia di combinare i tre metodi.

Nel presente capitolo, si descrive un nuovo inventario impiegato per determinare la presenza dei *mode*: l'inventario degli *schema mode* (SMI, *Schema Mode Inventory*; Young et al., 2007). Si discuterà poi sia dei precursori dell'inventario sia dei diversi metodi impiegati per valutare i *mode*. Verranno inoltre esaminati procedure traduttive, interpretazione, e caratteristiche psicometriche dello SMI. Infine, si introdurranno insidie potenziali e consigli relativi all'impiego dello SMI, a cui seguiranno le raccomandazioni per la futura ricerca sui *mode* dell'inventario.

Nella pratica

Motivazioni allo base dello sviluppo dello SMI

Gli strumenti attualmente a disposizione e adoperati per determinare la presenza degli *schema mode* (per es., lo Young Atkinson Mode Inventory, YAMI; Young, Atkinson Engels e Weishaar, 2004; e lo Schema Mode Questionnaire; Klokman, Arntz e Sieswerda, 2005) non sono sufficienti per tre ragioni. In primo luogo, utilizzando tali strumenti è possibile misurare solamente la presenza di dieci *mode* principali. Non si ha dunque la possibilità di determinare *mode* specifici del disturbo. In secondo luogo, lo YAMI manca di una versione tradotta **in varie lingue**. Infine, le informazioni sull'affidabilità e la validità degli esistenti questionari sui *mode* sono limitate. Pur trattandosi di uno dei passi fondamentali eseguiti al principio della terapia, durante le prime valutazioni sulla concettualizzazione del *mode*, tali

Commento [p30]: nel TP, si afferma che manca la versione olandese; adattato per pertinenza con lettori italiani

limitazioni costituiscono un ostacolo all'ottenimento di una diagnosi appropriata attraverso gli inventari autovalutativi.

Metodi di misurazione dei *mode*

Per misurare i *mode* attraverso gli inventari di autovalutazione, si deve tenere conto di due osservazioni concernenti le istruzioni per la valutazione degli item. La prima è che si possono usare due metodi per determinare il malfunzionamento dei *mode*: misurarne frequenza e intensità. Quando i *mode* maladattivi si presentano frequentemente, le persone possono venirne turbate; lo stesso può accadere quando questi *mode* non sono manifesti ma hanno una forte intensità. All'interno dell'ambiente terapeutico, entrambe le dimensioni possono essere rilevanti. È stato dunque condotto uno studio pilota per determinare se fosse possibile assegnare un punteggio a ogni item dello SMI tanto sulla frequenza («Quanto spesso accade?») quanto sull'intensità («Qual è stata l'intensità di questo pensiero, sentimento, o comportamento per lei?»). Lo studio pilota rivelò comunque che era molto difficile per i pazienti distinguere le due dimensioni. Si è deciso pertanto di assegnare un punteggio a ogni item dello SMI solamente sulla frequenza. A fini terapeutici, è tuttavia importante definire l'intensità dei *mode* presenti.

La seconda considerazione relativa alla misurazione degli item sui *mode* è che è fondamentale distinguere le concettualizzazioni dei *mode* cosiddette di stato da quelle di tratto. Dato che gli *schema mode* sono il riflesso della situazione presente di un paziente, i *mode* sono per definizione concetti di stato. Ci sono comunque ancora due possibili metodi nei quali è possibile tracciare i *mode*. Se si chiede a un paziente in quale *mode* si trova nel momento in cui si sta compilando l'inventario, compariranno solo il o i *mode* che sono stati scatenati in quel momento. Le probabilità che, mentre compila il questionario, un paziente si trovi in un *mode* relativamente neutro o sano sono abbastanza elevate. Di conseguenza, esiste la possibilità che questo non costituisca un riflesso appropriato della severità della patologia presentata dal paziente. A fini di ricerca e terapia, possiede un carattere più esplorativo il raggiungimento di una visione d'insieme dei *mode* che il paziente in questione mostra più frequentemente, a prescindere dal *mode* in cui lo stesso si trova quando sta compilando il questionario. Quando dunque si introduce lo SMI, il paziente è invitato a valutare, in linea generale, quanto spesso ogni item lo riguarda.

Approccio

Precursori dello SMI

Sino ad oggi, sono stati adoperati due inventari per determinare la presenza degli *schema mode*. In primo luogo, il Questionario sugli *schema mode* (SMQ, *Schema Mode*

Questionnaire) elaborato da Klokman et al. (2005). Esso consta di centodiciannove item, e traccia la presenza di sette *schema mode*: Bambino abbandonato/abusato, Bambino arrabbiato, Protettore distaccato, Genitore punitivo, Arreso compiacente, Ipercompensatore e Adulto sano. Per ogni *mode* esistono diciassette item: sette che esprimono pensieri, cinque sulle emozioni e cinque che esprimono comportamenti. Tali item vengono misurati su una scala continua (la scala analogico-visiva, VAS) di dieci centimetri che va da «Non ci credo per nulla» a «Ci credo nella maniera più assoluta» – per i pensieri; da «Non mi sento mai così» a «Mi sento sempre così» – per le emozioni; da «Non lo faccio mai» a «Lo faccio sempre» – per i comportamenti. Questi SMQ furono utilizzati da Arntz, Klokman e Sieswerda (2005). Lobbestael, van Vreeswijk, Arntz, Spinhoven e 't Hoen (2005) sommarono al proprio questionario il *mode* Prepotente e aggressivo, poiché prevedevano che avrebbe contraddistinto pazienti con disturbo di personalità antisociale, uno dei gruppi centrali individuati nella ricerca in esame. Da entrambi gli studi emerse che il rapporto tra gli item inclusi nelle scale dei *mode* era positivo: i valori dell'alfa di Cronbach variavano nelle due ricerche da $\alpha = 0,80$ a $\alpha = 0,94$, con una media di $\alpha = 0,91$.

Il secondo inventario dei *mode* attualmente impiegato è lo Young-Atkinson Mode Inventory (YAMI), sviluppato nel 2004 da Young et al. L'inventario consta di centottantasei item che verificano la presenza di dieci *mode*: i *mode* Bambino impulsivo, Genitore esigente e Bambino felice sono stati sommati ai sette del SMQ. Un'altra caratteristica che li distingue è che, nello YAMI, il Bambino abbandonato/abusato è denominato Bambino vulnerabile, il che fornisce una definizione in qualche modo più vasta. Oltre a ciò, le voci di cui si compone lo YAMI non sono distribuite casualmente o suddivise in sezioni relative a pensieri, sentimenti e comportamenti ma sono raggruppate per *mode*. Gli item contenuti nello YAMI sono misurati per frequenza attraverso una scala a sei punti, che va da «Mai o quasi mai» a «Ogni volta». Ad oggi, non si hanno dati disponibili sulla validità o affidabilità dello YAMI.

Evoluzione dello SMI

Lo Schema Mode Inventory di Young e colleghi fu pubblicato nel 2007. Il suo sviluppo era dovuto all'esigenza di un inventario dei *mode* che fosse adatto a misurare la presenza di tutti gli *schema mode* identificati sino ad allora. Secondo Young, Klosko e Weishaar (2003) esiste, per esempio, un *mode* Autoesaltatore nel disturbo narcisistico di personalità. Il *mode* non può comunque essere misurato con lo SMQ o lo YAMI, in quanto i due inventari contengono solamente il *mode* dell'Ipercompensatore che lo comprende. Con queste prime versioni, non è possibile verificare se un dato paziente o gruppo di pazienti sia caratterizzato da questo particolare *mode* Autoesaltatore. Lo SMI fornisce pertanto maggiori informazioni su *mode* specifici del disturbo, elemento che ne accresce la pertinenza clinica. Lo SMI è, in particolare, un allargamento dello SMQ e dello YAMI e contiene tutti gli item dei due inventari (ad eccezione di qualuno che mostrava una pertinenza insufficiente con le scale dei

mode). Inoltre, lo SMI fu completato con voci derivate dai suggerimenti di Beck, Freeman e Davis (2004) e di Young e colleghi (2003), nonché da osservazioni cliniche.

Procedure traduttive degli item contenuti nello YAMI

Gli item dello YAMI furono tradotti con l'autorizzazione di Young. La loro traduzione olandese comparve nell'ordine seguente: prima, gli autori olandesi dello SMI tradussero gli item dalla lingua inglese a quella olandese; in seguito, le versioni olandesi furono riportate nuovamente in inglese da un traduttore bilingue indipendente; successivamente, un assistente ricercatore indipendente mise a confronto la versione inglese tradotta con gli item originali dello YAMI. Infine, uno statunitense illustrò le differenze linguistiche (spesso sottili) riscontrate tra le due versioni. Conseguentemente, gli autori olandesi dello SMI – in consultazione con Jeffrey Young – stabilirono il sistema in cui si sarebbero dovuti interpretare gli item originali dello YAMI e quali termini olandesi avessero una maggiore corrispondenza con i termini presenti nello YAMI di Young.

Struttura dello SMI

In origine, lo SMI si componeva di duecentosessantatré voci che misuravano la presenza di sedici *mode*. L'acquisizione dei dati da questo questionario richiedeva una quantità di tempo e lavoro considerevole tanto a pazienti (tempo di compilazione del questionario pari a trenta-quarantacinque minuti) quanto a terapeuti, i quali dovevano valutare il punteggio e interpretare i dati. Di conseguenza, venne pubblicata una versione nuova e definitiva dello SMI (Young et al., 2007). Per la sua compilazione, gli autori selezionarono item relativi a ciascun *mode*. Dal punto di vista statistico, gli item combaciavano perfettamente con specifici *mode* e avevano la minore sovrapposizione con altre scale (mostravano connotazioni il più possibile esclusive). Alla ricerca di tali item dalla connotazione esclusiva, le voci relative ai *mode* Bambino solo e Bambino abbandonato/abusato sembrarono comprendere la connotazione di entrambe le scale; non fu possibile selezionare in questo punto delle connotazioni che fossero sufficientemente esclusive. Gli autori decisero pertanto di combinare le due scale e di rinominarle Bambino vulnerabile. Allo stesso tempo, sembrò che le voci inerenti al *mode* Ipercompensatore pesassero maggiormente su altre scale e che, per questa, non fosse possibile definire item dalla connotazione esclusiva. Di conseguenza, la scala fu rimossa dallo SMI. In definitiva, lo SMI comprende dunque quattordici scale:

1. Bambino vulnerabile – si sente come un bambino solo che viene apprezzato solamente nella misura in cui compiace i propri genitori. Dato che i bisogni emotivi più importanti sono rimasti insoddisfatti, si sono sviluppati senso di vuoto e di solitudine. I sentimenti di

Commento [p31]: *overtone*

intensa sofferenza emotiva e paura di essere abbandonati sono strettamente connessi con il passato di abusi del bambino

2. Bambino arrabbiato – prova intensi sentimenti di rabbia, collera, ira o impazienza dovuti al mancato soddisfacimento dei bisogni emotivi (o fisici) di base
3. Bambino furioso – prova rabbia intensa che esprime con azioni offensive o dannose verso persone o oggetti. Tali sentimenti di ira sono incontrollabili
4. Bambino impulsivo – per ottenere ciò che desidera, reagisce a desideri o impulsi non fondamentali in maniera egoistica o incontrollata, e ha spesso difficoltà a ritardare l'appagamento di piaceri a breve termine
5. Bambino indisciplinato – non riesce a obbligare se stesso a portare a termine routine o compiti noiosi; si sente facilmente frustrato e si arrende velocemente
6. Bambino felice – si sente amato, contento, connesso, soddisfatto, appagato, protetto, accettato, elogiato, meritevole, accudito, guidato, compreso, validato, sicuro di sé, competente, adeguatamente autonomo o fiducioso in se stesso, sicuro, resiliente, forte, dotato del controllo, flessibile, incluso, ottimista e spontaneo
7. Arreso compiacente – quando si relaziona agli altri, si comporta in modo passivo, servile, sottomesso, alla ricerca di approvazione, oppure sminuendosi, come conseguenza di paure, conflitti o rifiuto. Sopporta abusi e/o maltrattamenti
8. Protettore distaccato – taglia via bisogni e sentimenti. Si distacca emotivamente dalle persone e rifiuta il loro sostegno. Si sente chiuso in se stesso, disorientato, distratto, distaccato, depersonalizzato, vuoto o annoiato
9. Autoconsolatore distaccato – mira in modo compulsivo ed eccessivo ad attività che lo distraggano, consolino o stimolino (per es., abuso di sostanze, lavoro, riposo, internet, chat, sport, o attività sessuale), al fine di distogliere la mente da sentimenti dolorosi e evitare che compaiano al primo posto nella mente
10. Autoesaltatore – si comporta in maniera egocentrica o interessata per fare di testa sua senza mostrare considerazione per i sentimenti altrui. Mostra superiorità e svalutazione degli altri. Può sentirsi una persona superspeciale; oppure, crede di in possesso di speciali diritti e privilegi
11. Prepotente e aggressivo – offende, controlla, inganna, o si comporta in maniera passivo-aggressiva verso gli altri per ipercompensare, al fine di essere capace di far fronte ad abuso, sfiducia, deprivazione o carenze
12. Genitore punitivo – sente che se stesso o altri meritano di essere puniti o colpevolizzati e spesso, a tali sensazioni, fa seguire atteggiamenti di biasimo, punizione o abusi verso se stesso (per es., con condotte autolesive) o altre persone
13. Genitore esigente – sente che il modo 'giusto' di essere è quello di raggiungere la perfezione o arrivare a livelli molto alti, sforzarsi di avere uno status elevato, essere umili, mettere le esigenze altrui davanti alle proprie oppure essere efficienti o evitare di perdere tempo
14. Adulto sano – accudisce, valida e sostiene il Bambino vulnerabile. Fissa limiti a Bambino arrabbiato e impulsivo. Incoraggia e supporta il Bambino felice. Combatte e, alla fine,

rimpiazza le modalità di *coping* maladattive (come l'Ipercontrollante ossessivo e il Prepotente e aggressivo). Neutralizza o attenua i *mode* Genitore maladattivi (Genitore punitivo ed esigente).

Nel complesso, lo SMI comprende centodiciotto voci. Il numero di voci per *mode* varia da quattro a dieci, con una media di 8,4. La somministrazione dello SMI richiede approssimativamente venti minuti. Tutti gli item sono distribuiti a caso. L'assegnazione del punteggio avviene mediante una scala a sei punti che varia da «Mai o quasi mai» a «Sempre». Lo svantaggio di impiegare una scala a sei punti anziché una scala VAS continua è che, con la prima, non è possibile fornire risposte maggiormente differenziate. La scala VAS contiene più opzioni di risposta possibili. Tuttavia, poiché l'assegnazione del punteggio per la scala VAS richiede un tempo considerevole, gli autori hanno optato per la scala a sei punti.

Interpretazione dello SMI

I punteggi finali dei vari *mode* contenuti nello SMI sono determinati dalla media di tutti gli item della scala. La tabella 5.1 mostra i valori decili di soggetti sani (N = 319), pazienti con disturbi di Asse I (N = 136) e pazienti con disturbi di Asse II (N = 236). In questo modo, si possono verificare i decili in cui rientra il punteggio del *mode* assegnato da un paziente con rispetto al gruppo cui il paziente stesso appartiene. Ad esempio, quando un soggetto con una diagnosi di Asse I ha una media di 4 nel Bambino vulnerabile, il suo punteggio rientra nel 10% più alto del sottogruppo di pazienti di Asse I. Così facendo, i clinici possono stimare quanto estremo sia il punteggio di un individuo rispetto all'intero gruppo.

Indagine per campione

Lo SMI è il primo inventario dei *mode* a essere verificato accuratamente sotto il profilo di affidabilità e validità. L'analisi venne eseguita mediante indagine per campione con 863 soggetti. Dato che, per la validazione degli inventari, è necessario disporre di una vasta popolazione dello studio, si può incorrere nella tentazione di semplificarla chiedendo il completamento del sondaggio a soggetti sani. Il problema che sorge in questo caso, però, è che i punteggi forniti sui *mode* da una popolazione costituita in larga parte da persone con una patologia scarsa non sono rappresentativi, poiché soggetti sani attribuiscono valori abbastanza bassi ai *mode* della patologia. È dunque fondamentale scegliere un'indagine per campione con misure diversificate di patologia. La popolazione di cui ci si è serviti nello

Tabella 5.1 Caratteristiche psicometriche dello SMI

	VC	AC	EC	UC	HC	CS	DP	DS	BA	SA	BA	PP	DP	HA	
Non-patients	10	1.00	1.30	1.00	1.44	1.50	3.90	1.71	1.00	1.60	1.22	1.00	2.20	3.90	
	20	1.00	1.40	1.00	1.67	1.67	4.10	2.00	1.11	1.80	1.33	1.10	2.60	4.10	
	30	1.10	1.50	1.00	1.89	1.83	4.30	2.29	1.22	1.90	1.44	1.20	2.70	4.40	
	40	1.20	1.60	1.00	2.00	2.17	4.40	2.43	1.33	2.20	1.56	1.30	2.90	4.50	
	50	1.30	1.70	1.10	2.11	2.17	4.60	2.57	1.44	2.30	1.67	1.40	3.10	4.70	
	60	1.50	1.90	1.20	2.22	2.33	4.70	2.71	1.67	2.40	2.40	1.50	3.20	4.80	
	70	1.60	2.00	1.20	2.33	2.50	4.80	2.86	1.78	2.60	2.60	1.60	3.40	4.90	
	80	1.90	2.20	1.30	2.56	2.83	4.90	3.00	2.00	2.80	2.80	1.70	3.60	5.10	
	90	2.10	2.50	1.60	2.89	3.00	5.10	3.14	2.22	3.00	3.00	2.10	3.80	5.30	
	10	1.47	1.50	1.00	1.56	1.50	2.20	2.00	1.22	1.80	1.57	1.22	1.17	2.47	2.90
Axis I patients	20	1.70	1.80	1.00	1.78	1.83	2.70	2.29	1.56	1.80	1.33	1.30	2.74	3.30	
	30	1.91	2.00	1.10	2.01	2.00	2.91	2.57	1.67	2.00	1.44	1.50	2.91	3.50	
	40	2.38	2.10	1.28	2.31	2.30	3.10	2.71	1.89	2.20	1.64	1.80	3.20	3.80	
	50	2.65	2.30	1.30	2.44	2.67	3.40	2.86	2.33	2.30	1.78	2.05	3.50	4.00	
	60	2.92	2.70	1.50	2.56	2.67	3.50	3.14	2.44	2.60	2.00	2.20	3.70	4.20	
	70	3.20	2.99	1.70	2.78	2.83	3.80	3.43	2.78	2.80	2.12	2.50	3.90	4.40	
	80	3.46	3.40	1.96	3.00	3.27	4.20	3.57	3.07	3.60	2.90	2.33	2.86	4.20	
	90	4.10	3.80	2.30	3.44	3.67	4.70	4.19	3.67	4.20	3.53	2.78	3.40	4.53	
	10	1.80	1.90	1.00	1.89	1.67	2.00	2.14	1.67	2.20	1.60	1.33	1.60	2.50	2.50
	Axis II patients	20	2.30	2.20	1.20	2.11	2.17	2.20	2.43	2.11	2.60	1.56	1.90	3.00	2.84
30		2.80	2.50	1.38	2.44	2.33	2.40	2.71	2.44	2.80	1.78	2.20	3.30	3.01	
40		3.10	2.80	1.60	2.78	2.67	2.60	3.00	2.67	3.00	1.89	2.40	3.50	3.40	
50		3.35	3.10	1.90	3.00	3.00	2.80	3.29	2.89	3.40	2.11	2.70	3.70	3.50	
60		3.70	3.30	2.20	3.22	3.17	3.00	3.57	3.16	3.60	2.22	2.90	3.90	3.90	
70		4.00	3.60	2.40	3.56	3.50	3.30	3.86	3.33	3.80	2.99	3.10	4.29	4.10	
80		4.40	3.90	2.90	3.89	3.83	3.56	4.14	3.67	4.20	3.40	2.89	4.50	4.36	
90		4.83	4.40	3.33	4.48	4.22	4.00	4.57	4.22	4.60	3.80	3.33	4.10	4.80	

VC = Bambino vulnerabile; AC = Bambino arrabbiato; EC = Bambino furioso; UC = Bambino indisciplinato; HC = Bambino felice; CS = Bambino compiacente; DP = Protettore distaccato; DS = Autoconsolatore distaccato; SA = Autoesaltatore; BA = Prepotente e aggressivo; BA = Genitore punitivo; DP = Genitore esigente; HA = Adulto sano (Lobbestael, van Vreeswijk, Spinhoven, Schouten and Arntz, 2010).

studio di valutazione dello SMI era composta da 319 soggetti sani, 136 pazienti con diagnosi di Asse I e 236 pazienti con diagnosi di Asse II. Oltre a ciò, 37 partecipanti erano pazienti che non soddisfacevano il numero minimo di tratti di nessuna delle diagnosi di Asse I o II richiesto. Inoltre, 16 furono esaminati come partecipanti sani ma soddisfacevano alcuni criteri diagnostici per diagnosi di Assi I o II senza completarli tutti per essere diagnosticati con un disturbo specifico. A causa di valori mancanti (con questo metodo, 119 pazienti non ebbero a disposizione le SCID), il totale dei partecipanti all'indagine fu di N= 863. I pazienti provenivano da istituti di assistenza sanitaria mentale tanto ospedalieri quanto ambulatoriali, carceri e centri di detenzione temporanea, situati in Paesi Bassi e Belgio. Con l'utilizzo delle interviste cliniche strutturate per i disturbi di personalità di Asse I e II del DSM-IV (SCID I e II, First, Spitzer, Gibbon, Williams e Benjamin, 1994; First, Spitzer, Gibbon e Williams, 1997; Weertman, Arntz e Kerkhofs, 2000), all'88% di questi partecipanti fu diagnosticato un disturbo di Asse I o II.

Struttura fattoriale

La determinazione della struttura fattoriale dello SMI fu il primo passo. È importante verificare se sia meglio dividere lo SMI in quattordici scale oppure se alcune scale siano talmente simili da essere preferibilmente collocate all'interno dello stesso fattore. Ad esempio, si potrebbe controllare se le scale di Genitore punitivo ed esigente siano distinte da item separati o se, dato che i punteggi assegnati agli item di entrambe sono troppo simili, sarebbe meglio includerle nella scala sui Genitori maladattivi. Di frequente, per determinare la struttura fattoriale di un inventario, si usa come prototipo l'analisi fattoriale esplorativa con SPSS. L'analisi fattoriale esplorativa è tuttavia utile solamente in assenza di assunzioni a priori sulla struttura fattoriale dell'inventario in questione. Ogniqualevolta ci si trovi in presenza di un quadro di riferimento teorico, si devono eseguire dei controlli atti a verificare la corrispondenza tra dati ottenuti e teoria ipotizzata, avvalendosi di analisi fattoriali confermate. È possibile condurre tali analisi per mezzo dei software statistici Lisrel (Jöreskog e Sörbom, 2001) o Amos (Arbuckle, 2005). Considerato che la classificazione degli SMI in quattordici scale si è basata sulla classificazione dei *mode* effettuata da Young, in tale ricerca ci si è avvalsi dell'analisi fattoriale confermativa.

Gli esiti di queste analisi mostrarono che era preferibile mantenere le quattordici scale per ognuno dei diversi fattori presenti nello SMI. Ciò significa che è statisticamente vantaggioso distinguere tutte le scale poiché esse misurano di fatto costrutti distinti. Ciò corrisponde alle osservazioni cliniche, sperimentate da numerosi terapeuti e pazienti, che sebbene vari *mode* si assomiglino, rappresentano essenzialmente costrutti distinti che sono pure distinguibili gli uni dagli altri. Emerse poi un'interdipendenza considerevole tra i diversi *mode*, in quanto essi erano spesso altamente interconnessi. Mostrano questa correlazione, in particolare, i *mode* che appartengono alla stessa categoria. Ad esempio: Bambino arrabbiato e Bambino furioso – appartenenti entrambi ai *mode* Bambino collegati

Commento [p32]: nel TP si ritrova *structure*; errore per *analysis*?

alla rabbia – e Bambino felice e Adulto sano che, nella teoria sui *mode*, sono ambedue riflesso dei *mode* sani. Parallelamente, le analisi dell'alfa di Cronbach mostrano che la connessione interna tra tutti gli item delle quattordici scale dei *mode* è compresa tra sufficiente ed eccellente. Ciò significa che i *pattern* di valutazione relativi agli item delle varie scale rivelano analogie sufficienti e potrebbero dunque misurare la stessa scala.

Valutazione dei *mode* in sottogruppi

Il concetto di *mode* è stato sviluppato specialmente per interpretare la patologia dei disturbi di personalità, e spiegare in particolare l'enorme varietà di problemi mostrata dalle persone affette da disturbi di personalità severi, nonché per chiarire i rapidi cambiamenti nella loro condizione. D'accordo con quanto esposto, ci si potrebbe aspettare che i *mode* siano meno presenti in individui sani, più presenti in pazienti con disturbi di Asse I e più evidenti in soggetti con disturbi di Asse II. Questa ipotesi è stata pure verificata nello studio condotto per esaminare la validazione dello SMI. Secondo quanto emerso dai risultati, il numero di *mode* maladattivi mostrava un andamento crescente, partendo dai soggetti sani e proseguendo con pazienti con disturbi di Asse I sino a soggetti affetti da disturbi di Asse II. Inoltre, la gravità delle patologie di personalità era predittiva dell'intensità dei *mode*. Ciò dimostra che il concetto di *mode* è effettivamente indicato per descrivere soprattutto i disturbi di personalità; in modo particolare, i *mode* forniscono una spiegazione della patologia di questa categoria di pazienti.

Connessione *mode*-schema

Al fine di conoscere meglio la connessione esistente tra *schema mode* e schemi maladattivi precoci, ci si è accertati della correlazione tra i due concetti. La grande somiglianza esistente nei costrutti a livello di contenuti si è manifestata in una correlazione tra i quattordici *mode* e i quindici schemi che va da moderata a elevata. Le correlazioni più elevate potevano trovare giustificazione nella forte somiglianza presente nei contenuti di certi *mode* e schemi, per esempio, tra il *mode* Arreso compiacente e gli schemi di Dipendenza funzionale, Sottomissione e Autosacrificio. Apparve inoltre che i *mode* riflesso di comportamenti più estremi (per es., Bambino furioso o Autoesaltatore) avevano sovrapposizioni minori con gli schemi. È possibile che ciò si riferisca al fatto che i comportamenti estremi – caratteristici dei disturbi di personalità – sono più evidenti nei *mode* che negli schemi. Questo fatto supporta la visione razionale di Young che sta alla base dello sviluppo del concetto di *mode*.

Validità dei costrutti

Per verificare se la concettualizzazione di un *mode* possa determinare il contenuto cui è indirizzata (per es., se il *mode* Bambino arrabbiato quantifichi effettivamente la rabbia), riveste fondamentale importanza osservare la connessione tra *mode* e altri (sottogruppi di) questionari che, come è stato provato, misurano il particolare costrutto in maniera affidabile e valida. Essa è conosciuta come costrutto di validità. Benché il costrutto di validità dello SMI vada verso la giusta direzione, l'attesa correlazione tra *mode* e item provenienti da altri questionari dal contenuto analogo fu, in un certo senso, inferiore alle aspettative. Una spiegazione possibile è che i costrutti quantificati da simili questionari teoricamente collegati sono spesso più ambigui dei *mode* e questo fatto genera perlopiù una combinazione di opinioni, emozioni e comportamenti differenti.

Affidabilità test-retest

Infine, questa ricerca misurò l'affidabilità test-retest. Sebbene i *mode* riflettano stati temporanei, è comunque importante che la combinazione di *mode* riferita spesso dai pazienti rimanga stabile nel tempo. I risultati mostrarono che questo era senza dubbio ciò che accadeva.

Conclusioni

In conclusione, si può affermare che lo SMI mostri affidabilità e validità. È dunque uno strumento valido da impiegare nella pratica clinica così come a fini di ricerca.

Sviluppo internazionale dello SMI

Lo SMI viene attualmente tradotto, e validato, in quattordici lingue: inglese, olandese, italiano, tedesco, svedese, turco, francese, spagnolo, portoghese, greco, coreano, norvegese, danese e urdu. Uno studio iniziale sulle caratteristiche psicometriche dello SMI tedesco (Jacob, Dominiak, Harris, Reiss, Voderholzer e Lobbstaël, sottomesso per la pubblicazione) indagò sulla validità del costrutto e provò che la maggioranza dei *mode* era fortemente correlata con vari livelli di psicopatologia, problemi interpersonali e senso di colpa e vergogna. I *mode* di Ipercompensazione erano correlati con narcisismo e uno stile interpersonale dominante/freddo. In base a una interpretazione, questi *pattern* correlati tra *mode* e altre misure supportano soprattutto la validità del costrutto del concetto di *mode*, anche se la psicopatologia generale spiega buona parte della variazione.

Commento [p33]: si citano 15 lingue in cui è stato tradotto lo SMI ma spagnolo è ripetuto due volte; scritte 14

SMI-2

Una seconda versione dello SMI (SMI-2; consultare Bamelis, Renner, Hiedkamp e Arntz, in stampa) è stata recentemente sviluppata per determinare specialmente i *mode* relativi a pazienti con disturbi di personalità di cluster C, paranoide, istrionico e narcisistico.

Lo SMI-2 valuta diciotto *mode*, contiene centosettantaquattro item e si differenzia dallo SMI per il fatto che sono stati omessi due *mode* (Bambino felice e Prepotente e aggressivo) e ne sono stati sommati sette (Bambino solo, Bambino abbandonato/abusato, Bambino dipendente, Protettore evitante, Ricerca di approvazione/riconoscimento, Ipercontrollante perfezionista e Ipercontrollante sospettoso). Dalle analisi psicometriche, è risultato un adattamento adeguato del modello dei diciotto fattori e una buona affidabilità interna delle subscale.

In generale, si suppone che i pazienti con un disturbo antisociale di personalità abbiano la tendenza a rinnegare le proprie caratteristiche negative. Questo assunto ha trovato conferme in uno studio, nel quale le autovalutazioni dei *mode* erano confrontate con il report sui *mode* effettuato da clinici (Lobbestael, Arntz, Löbbs e Cima, 2009). Rispetto al report completato dai clinici, pazienti con un disturbo antisociale di personalità riferivano una presenza significativamente inferiore della maggioranza dei *mode* inerenti alla psicopatologia. Di conseguenza, in caso di soggetti con profilo antisociale, occorrerebbe tenere conto di un possibile report in cui i *mode* maladattivi riferiti siano minori rispetto a quelli effettivamente presenti. Questo fatto può essere tuttavia anche il risultato di una mancanza di introspezione da parte dei pazienti. Quando i punteggi dei vari *mode* sono significativamente inferiori alle attese – basate sul quadro clinico del paziente posseduto dal terapeuta – è importante non accettarli immediatamente ma chiedere sempre a terzi di descrivere la presenza dei *mode* in quella persona. Per farlo, si può per esempio chiedere loro di compilare uno SMI concernente il paziente. Un'alternativa è quella di calcolare la presenza dei *mode* indirettamente, per esempio, con il test di associazioni implicite (per es., Greenwald, McGhee e Schwartz, 1998).

Insidie e consigli

Una terapeuta che svolge la propria professione in una struttura psichiatrica giudiziaria pensa di cominciare a impiegare la *Schema therapy* con uno dei suoi pazienti. Il paziente mostra all'improvviso numerosi stati emotivi altalenanti in comportamento, emozioni e pensieri. La terapeuta sospetta la presenza del *mode* Bambino furioso e così pure dei *mode* Genitore punitivo e Bambino vulnerabile. Invita poi il paziente a compilare lo SMI ma si trova davanti a risultati completamente differenti da quelli che si aspettava: il paziente aveva un punteggio superiore per il *mode* Adulto sano e inferiore per tutti i *mode* maladattivi. La terapeuta è incerta. Ha valutato il paziente in maniera del tutto errata? Significa che la *Schema therapy* non sarà di aiuto per il paziente? Il paziente ha completato lo SMI con sincerità?

Il futuro

Senza alcun dubbio, in futuro verrà chiarito un numero maggiore di *mode* che ricoprono un posto centrale in certi disturbi di personalità. Per evitare di compilare una lista interminabile di *mode*, è fondamentale considerare in maniera critica il significato esclusivo di ciascun *mode*. Chiaramente, è possibile che ogni individuo mostri variazioni leggermente differenti in un *mode* specifico. L'integrazione di più *mode* è utile soltanto se essi vanno oltre il livello di idiosincrasia e sono abbastanza specifici per un certo sottogruppo di disturbi di personalità. Nel caso si presuma che alcuni *mode* abbiano una sufficiente rilevanza aggiuntiva da fornire una migliore e più completa concettualizzazione del modello dei *mode*, gli item di tali *mode* dovrebbero essere sommati all'attuale SMI; dopo di che, si devono completare nuovamente tutti gli stadi dei test psicometrici.

Riferimenti bibliografici

- Arbuckle, J.I. (2005) *Amos 5 for Windows*. Chicago: Small Waters.
- Arntz, A., Klokman, J. and Sieswerda, S. (2005) An experimental test of the schema mode model of borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 226-239.
- Bamelis, L.L.M., Renner, F., Heidkamp, D. and Arntz, A. (in press) Extended schema mode conceptualizations for specific personality disorders: an empirical study. *Journal of Personality Disorders*.
- Beck, A., Freeman, A. and Davis, D. (2004) *Cognitive Therapy of Personality Disorders*, 2nd edition. New York: Guilford Press.
- First, M.B., Spitzer, R., Gibbon, M. and Williams, J.B.W. (1997) *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID I)*. (New York: Biometric Research Department).
- First, M., Spitzer, R., Gibbon, M., Williams, J. and Benjamin, L. (1994) *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID II)*. New York: Biometric Research Department.
- Greenwald, A., McGhee, D. and Schwartz, J. (1998) Measuring individual differences in implicit cognition: the implicit association task. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1464-1480.
- Jacob, G.A., Dominiak, P., Harris, D. *et al.* (submitted for publication) Construct validity of the schema mode concept.
- Jöreskog, K.G. and Sörbom, D. (2001) *LISREL8.54*. Chicago: Scientific Software International.
- Klokman, T., Arntz, A. and Sieswerda, S. (2005) *The Schema Mode Questionnaire (State and Trait Version)*. Internal document. Maastricht University.
- Lobbestael, J., Arntz, A., Löbbs, A. and Cima, M. (2009) A comparative study of patients' and therapists' report of schema modes. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40, 571-579.

- Lobbesrae1, J., van Vreeswijk, M., Arntz, A., Spinhoven, P. and 't Hoen, T. (2005) *The Schema Mode Inventory - revised*, Maastricht: Maastricht University.
- Lobbestael, J. , van Vreeswijk, M., Spilnhoven, P., Schouten, E. and Arntz, A, (2010) The reliability and validity of the Schema Mode Inventory (SMI). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38: 437-458.
- Weertman, A., Arntz, A. and Kerkhofs, M.L.M. (2000) *Gestructureerd Diagnostisch Intenview voor DSM-IV Persoonlijkheidsstoornissen (SCID II) [Structural and Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders (SCID II)]*. Lisse: Swers Test.
- Young, J., Arntz, A. , Atkinson, T. *et at.* (2007) *The Schema Mode Inventory (version 1)*. New York: Schema Therapy Institute.
- Young, J.E., Atkinsons, T., Engels, A.A. and Weishaar, M.E. (2004) *The Young-Atkinsons Mode Inventory*. New York: Cognitive Therapy Center.
- Young, J.E., Klosko, J . and Weishaar, M.E. (2003) *Schema Therapy: a Practitioner's Guide*. New York: Guilford Press.

