

SCHEMI MALADATTIVI PRECOCI NEI TERAPEUTI IN FORMAZIONE: UNO STUDIO CROSS-SEZIONALE

Giulia Signorini¹

¹ Centro Clinico Arxè, Brescia, Italy

Corrispondenza

Giulia Signorini, Centro Clinico Arxè, via V. Veneto 31, 25128 - Brescia, Italy
Mobile phone +39 3274371209
Email: giu.signorini@gmail.com

Riassunto

In Schema Therapy la consapevolezza dei propri schemi maladattivi precoci rappresenta nel paziente un punto di partenza fondamentale per comprendere la natura della propria sofferenza psicologica e delle difficoltà quotidiane ad essa associate. Analogamente anche il terapeuta è chiamato al lavoro sui propri schemi, al fine di identificarne l'attivazione in seduta e nella pratica clinica. Nonostante la sua importanza, le evidenze in letteratura relativamente quest'ultimo tema sono piuttosto limitate. Il presente studio nasce allo scopo di identificare le tipologie più diffuse di EMS tra i terapeuti, insieme ai loro stili di coping. Sono stati valutati 134 terapeuti in formazione, tramite somministrazione di Young Schema Inventory e Coping Style Inventory. Gli EMS maggiormente rappresentati risultano essere Standard Severi, Autosacrificio e Ricerca di Approvazione, con differenze significative in relazione all'anno di corso, il grado di conoscenza del modello teorico e, parzialmente, l'essersi sottoposti a psicoterapia individuale. Lo stile di coping maggiormente diffuso è quello dell'Ipercompensazione. I risultati evidenziano la presenza nei giovani terapeuti di una particolare sensibilità alla prestazione (valutata tramite standard interiori e riconoscimenti esterni) e al soddisfacimento dei bisogni altrui; entrambi temi di grande importanza e influenza nel lavoro con il paziente, che meritano di essere oggetto di supervisione e terapia personale, nonché di formazione continua.

Ulteriori studi eseguiti anche su gruppi di controllo (i.e. altri professionisti nel campo sanitario e non) contribuirebbero a chiarire quanto questi schemi siano di specifica appartenenza allo psicoterapeuta rispetto la popolazione generale o altre categorie professionali.

Parole chiave: Schema Therapy, terapeuti in formazione, schemi maladattati precoci, stili di coping, formazione

EARLY MALADAPTIVE SCHEMAS IN PSYCHOTHERAPY STUDENTS: A CROSS-SECTIONAL STUDY

Abstract

In Schema Therapy self awareness of one's own early maladaptive schemas sets up the basis for understanding

DOI: 10.36131/COGNCL20200206

SOTTOMESSO MAGGIO 2020, ACCETTATO LUGLIO 2020

patient's psychological suffering nature and daily distress associated. Similarly, psychotherapist is required to work on his/her own schemas, in order to identify their activation during sessions and clinical practice. Despite its importance, research evidences on this last issue are overall quite limited. The present study aims to identify most common EMS among psychotherapists, along with their coping styles. We assessed 134 psychotherapy students by the administration of Young Schema Inventory e il Coping Style Inventory. Unrelenting Standards, Self-Sacrifice and Approval Seeking were the most represented EMS, with significant differences according to year of attendance, theoretical model level of knowledge and, partially, being undergone to personal psychotherapy. Most common coping style is Hyper-compensation. These results highlight a relevant sensitivity toward performance (based on inner standards or external consensus) and addressing others' needs in psychotherapy students; both issues of great importance in clinical work, deserving supervision and personal therapy, as well as continuity of training. Further studies including control groups (such as other health/non-health professional categories) would help to clarify how much such schemas belong specifically to psychotherapy in contrast with general population or other professions.

Key words: Schema therapy, psychotherapy students, early maladaptive schemas, coping styles, training

Introduzione

Nella concettualizzazione di Schema Maladattivo Precoce (Early Maladaptive Schemas - EMS) Jeffrey Young identifica alcuni temi generalizzati e stabili, di fondamentale importanza per comprendere l'organizzazione psicopatologica del paziente e la sua resistenza al cambiamento, talvolta, nella terapia cognitiva standard (Young, 1995; Young, 2003). I 18 EMS da lui identificati, chiamati anche "trappole" in un linguaggio più divulgativo (Young et al., 1994), sono raggruppabili in 5 categorie o domini a seconda del tipo di bisogno emotivo frustrato durante lo sviluppo (**tabella 1**).

Sempre secondo il modello teorico della Schema Therapy, inoltre, ciascun individuo reagisce all'attivazione di un proprio schema secondo tre possibili modalità o stili di coping:

- 1) la resa, ovvero l'accettazione dello schema come vero, agendolo in tutte le sue caratteristiche;
- 2) l'evitamento, cioè il prodigarsi in sforzi affinché lo schema non si attivi;
- 3) l'ipercompensazione o contrattacco, cioè l'agire all'opposto di quanto suggerirebbe lo schema.

Le risposte di coping maladattive contribuiscono al mantenimento dello schema, favorendone la pervasività.

La ricerca sugli schemi maladattivi precoci, in inglese Early Maladaptive Schemas o EMS (Young et al., 1994; Young, 1995; Young, 2003) si è concentrata soprattutto nella comprensione dei disturbi di personalità (Corral et al., 2014; Kellogg et al., 2006; Reevs et al., 2007) dei disturbi d'ansia e dell'umore (Hawke et al., 2001) e dei pattern di attaccamento (Simard et al., 2011; Bosmans et al., 2010). In crescita è anche il numero di lavori che indagano l'efficacia delle applicazioni della Schema Therapy (ST) nella pratica clinica (Masley et al., 2012; Farrell et al., 2009; Nadort et al., 2009; Bamelis et al., 2014; McIntosh et al., 2016; Taylor et al., 2017; Calvert et al., 2018).

Proprio nella pratica clinica, ciascun terapeuta (a prescindere dal modello teorico adottato) è tenuto ad essere sufficientemente consapevole del proprio funzionamento e di quanto i propri schemi cognitivi personali possano esercitare un'influenza non trascurabile nella valutazione del/i problema/i del paziente (Markin et al., 2007), nonché nella conduzione del proprio intervento e nell'andamento della relazione terapeutica. Sebbene nella letteratura scientifica siano disponibili

Tabella 1. *Gli schemi maladattivi precoci secondo il modello Schema Therapy, organizzati per dominio e bisogno emotivo frustrato*

BISOGNI EMOTIVI	DOMINIO	SCHEMA
Attaccamento sicuro agli altri	Distacco e rifiuto	Abbandono Sfiducia/Abuso Deprivazione emotiva Inadeguatezza Esclusione sociale
Autonomia, competenza e senso di identità	Svilimento dell'autonomia e della performance	Dipendenza Vulnerabilità Eccessivo coinvolgimento Fallimento
Limiti realistici e autocontrollo	Indebolimento dei limiti	Pretese/grandiosità Autocontrollo insufficiente
Libertà di esprimere i propri bisogni ed emozioni	Gestione da parte degli altri	Sottomissione Sacrificio di sé Ricerca di approvazione
Spontaneità e gioco	Ipervigilanza e inibizione	Negatività Inibizione emotiva Standard severi Tendenza a essere punitivi

diverse evidenze relative l'atteggiamento dei professionisti nel campo della salute mentale nei confronti dei loro pazienti, specialmente nel caso dei disturbi di personalità (Lam et al., 2016; Black et al., 2011; Bodner et al., 2015; Dickens et al., 2016), scarsi invece risultano gli studi relativi gli EMS aventi come popolazione target gli stessi terapeuti (Lobbestael et al., 2009; Saddichha et al., 2012). Saddichha et al. (2012) hanno misurato la presenza di questi schemi in tre gruppi di professionisti nel campo della salute mentale: psichiatri, infermieri e psicologi. I risultati di questo lavoro mettono in evidenza una maggiore presenza di EMS nei maschi che nelle femmine, in qualsiasi dominio, e differenze a livello di gruppo, con un maggior numero di ESM nel sottocampione degli psichiatri rispetto a quello degli psicologi. Alcuni schemi, inoltre, risultano correlare con l'età dei soggetti, aumentando (Autosacrificio e Standard severi) o diminuendo (Abbandono) all'incrementare di questa. Gli autori di questo lavoro concludono con un appello al lavoro individuale di ciascun terapeuta verso la conoscenza dei propri eventuali schemi maladattivi, allo scopo di prevenire la compromissione del lavoro terapeutico a causa della sistematica presenza di errori di valutazione da parte del professionista. In linea con questo appello, il presente studio cross-sezionale mira ad indagare la presenza di EMS in un gruppo di psicoterapeuti in formazione, identificando le caratteristiche sociodemografiche e professionali del campione eventualmente associate a tipologie e/o intensità di schemi differenti.

Metodi

Il campione è rappresentato da studenti frequentanti I, II, III e IV anno di corso dell'Associazione di Psicoterapia Cognitiva e della Scuola di Psicoterapia Cognitiva della sede di Verona. La raccolta dati è avvenuta tramite la somministrazione di:

- Breve questionario anamnestico ad-hoc, 7 item;
- Young Schema Inventory (YSI), short version (S3), 90 item (Young et al., 2005);
- Schema Coping Inventory (SCI), 12 item (Rijkeboer et al., 2010).

L'indagine è stata concordata come progetto di tesina e proposta ai docenti di quattro lezioni accademiche in calendario. Gli studenti sono stati invitati a prendere parte volontariamente alla ricerca ed i dati forniti sono stati trattati in maniera anonimizzata. I questionari utilizzati sono allegati in Appendice 1. Le variabili oggetto d'interesse sono rappresentate dagli schemi maladattivi precoci presenti all'interno del gruppo di soggetti esaminati e dagli stili di coping maggiormente auto-risportati. Al fine di comprendere quali caratteristiche del terapeuta in formazione possano essere associate a diversi tipi di schema sono state prese in considerazione età, genere, scolarità, anno di corso, esperienza clinica (durata e frequenza), esperienze di supervisione (tipologia e frequenza), esperienza di psicoterapia individuale (durata e tipologia), conoscenza del modello teorico della Schema Therapy.

Scoring

Le regole di scoring dello YSI prevedono di considerare “critiche” le risposte agli item che totalizzano un punteggio alla scala Likert di 5 o 6. Ad ogni risposta critica viene dunque assegnato un punto per lo schema a cui l'item fa riferimento. Gli EMS più presenti sono pertanto quelli descritti da un maggiore n. di item critici. Dal momento che, da un confronto preliminare tra gli anni di corso nel numero di risposte critiche è emersa una differenza marcata del quarto anno (già formato all'uso del questionario) rispetto ai primi tre (**figura 1**), si è ritenuto più utile, ai fini del presente lavoro, considerare ai fini delle analisi i soli punteggi grezzi (e quindi non solo le risposte 5 e 6) ottenuti dal campione.

Lo SCI è uno strumento ancora in fase di validazione, pertanto è stato possibile unicamente limitarsi a delle considerazioni relativamente i punteggi grezzi medi ottenuti.

Analisi

I dati sono stati analizzati tramite il software SPSS (versione 21.0, IBM SPSS Statistics for Windows, Armonk, NY: IBM Corp). È stata effettuata un'analisi della varianza (ANOVA) allo scopo di individuare eventuali differenze nei valori medi degli EMS (considerando i punteggi grezzi al questionario YSI) ottenuti per i quattro anni di corso. La stessa tipologia di analisi è stata utilizzata anche per indagare la differenza di EMS tra i soggetti che effettuano la supervisione confrontati con coloro che non ne usufruiscono e tra soggetti che in passato o attualmente riportano una psicoterapia individuale confrontati con coloro che non riportano alcun percorso individuale. È stato poi calcolato l'indice di correlazione di Pearson per misurare il livello di associazione tra le variabili continue prese in esame: durata e frequenza dell'attività clinica, grado di conoscenza del modello teorico, età, EMS, stili di coping. Infine è stato utilizzato un modello di regressione multipla per indagare la direzione della relazione tra durata e frequenza

dell'attività clinica, grado di conoscenza del modello teorico, età (variabili indipendenti) e EMS e Stili di coping (variabili dipendenti).

Risultati

Sono stati raccolti dati per un totale di 134 soggetti, con 126 dataset completi (per otto soggetti non è stato completato lo SCI). Le caratteristiche socio demografiche e professionali del campione sono riassunte in **tabella 2**.

Tabella 2. *Caratteristiche sociodemografiche del campione*

	I°anno		II°anno		III°anno		IV°anno		Tot	
N	38		35		31		30		134	
F (N; %)	34	89.5%	29	82.9%	22	71.0%	24	80.0%	109	81.3%
M (N; %)	1	2.6%	4	11.4%	4	12.9%	5	16.7%	14	10.4%
Età (media;DS)	29	5.4	29.7	3.6	29.5	4.2	29.5	2.3	27	4.2
Istruzione										
Laurea	35	92.1%	32	91.4%	30	96.8%	24	80.0%	121	90.3%
Dottorato	1	2.6%	1	2.9%	1	3.2%	4	13.3%	7	5.2%
Altro (master. dottorato)	2	5.3%	2	5.7%			2	6.7%	6	4.5%
Attività clinica										
Anni di attività clinica (media; DS)	1.5	1.2	4.9	1.5	3.2	1.9	4.8	3.6	3.3	2.4
Frequenza attività clinica (media; DS)	10	10.7	8.5	6.7	7.7	5.6	10.8	8.2	9.3	8.2
Supervisioni										
(N; %):	13	34.2%	21	60.0%	26	83.9%	28	93.3%	88	65.7%
Tipologia (N. %):										
Trainer			10	28.6%	19	61.3%	19	63.3%	48	35.8%
Collegghi	11	28.9%	11	31.4%	13	41.9%	12	40.0%	47	35.1%
Supervisore esterno	3	7.9%	8	22.9%	12	38.7%	14	46.7%	37	27.6%
Frequenza (N. %):										
1 volta/ settimana	6	15.8%	6	17.1%	5	16.1%	4	12.9%	21	15.6%
2 volte/mese	1	2.6%	4	11.4%	2	6.5%	6	19.4%	13	9.6%
1 volta/mese	3	7.9%	3	8.6%	5	16.1%	5	16.1%	16	11.9%

Tabella 2. *Continua*

<i>ogni 2 mesi</i>	0	0.0%	0	0.0%	2	6.5%	0	0.0%	2	1.5%
<i>occasionalmente</i>	2	5.3%	6	17.1%	10	32.3%	13	41.9%	31	23.0%
Psicoterapia personale										
(N. %)	13	34.2%	13	37.1%	15	48.4%	11	35.5%	52	38.5%
Passata	8	21.1%	7	20.0%	8	25.8%	9	30.0%	32	23.9%
In corso	7	18.4%	6	17.1%	7	22.6%	2	6.7%	22	16.4%
Orientamento psicoterapia (N; %):										
<i>TCC</i>	6	46.2%	8	61.5%	14	93.3%	5	45.5%	33	24.6%
<i>Psicodinamica</i>	3	23.1%	1	7.7%	1	6.7%	3	27.3%	8	6.0%
<i>Sistemica</i>			3	23.1%					3	2.2%
<i>Strat Breve</i>	1	7.7%							1	0.7%
<i>Gestalt</i>	1	7.7%		7.0%					1	0.7%
Durata psicoterapia personale (media; DS) in mesi	16.3	21.5	10	8.7	15	14.9	16	7.2	14.3	14.3
N percorsi progressi	2		2		1		1			

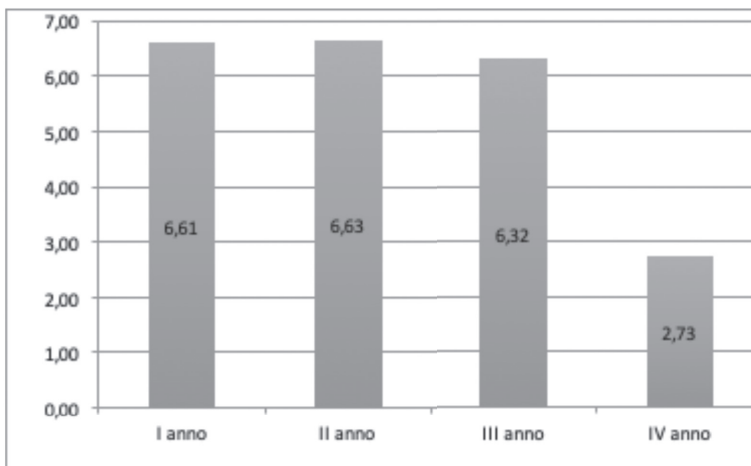
Livello conoscenza Schema Therapy(N; %):										
<i>1_Nessuno, non conosco il modello</i>	9	23.7%	9	25.7%	4	12.9%				
<i>2_Ne ho sentito parlare, ma non ho mai approfondito</i>	27	71.1%	23	65.7%	21	67.7%				
<i>3_Letture divulgative</i>	3	7.9%			3	9.7%				
<i>4_Lettura manuali</i>			2	5.7%			1	3.3%		
<i>5_Lezione accademiche in questa scuola</i>					1	3.2%	28	93.3%		
<i>6_Corsi di formazione esterni</i>					2	6.5%	1	3.3%		
<i>7_Certificazione ISSST</i>										

L'età media del campione si attesta sui 27 anni (deviazione standard - DS=4.2), con una netta prevalenza del genere femminile rispetto a quello maschile, rappresentato solo da un quinto dei soggetti esaminati. Mediamente i soggetti dichiarano di svolgere attività clinica da 3.3 anni (DS=2.4), con un aumento della variabilità nel quarto anno (DS=3.6). Il numero di terapeuti in formazione che afferma di sottoporsi a supervisione spazia dal 34% (primo anno di corso) al 93% (4° anno di corso) della classe. La supervisione avviene prevalentemente tramite trainer (35.8%) e colleghi (35.1%), ma la frequenza con cui avviene è eterogenea, con una prevalenza per il terzo ed il quarto anno ad essere effettuata con minore regolarità (32.3% e 41.9%). Il 38% del campione riporta di avere intrapreso un percorso di psicoterapia individuale, prevalentemente ad orientamento cognitivo comportamentale (N=33/52) e con una durata estremamente variabile, mediamente di 14.3 mesi (DS=14.3). Per quanto riguarda il livello di conoscenza della Schema Therapy i soggetti del primo, secondo e terzo anno indicano prevalentemente una scarsa conoscenza del modello teorico, mentre quelli del quarto anno (93%) riportano di conoscerlo attraverso le lezioni accademiche frequentate a scuola.

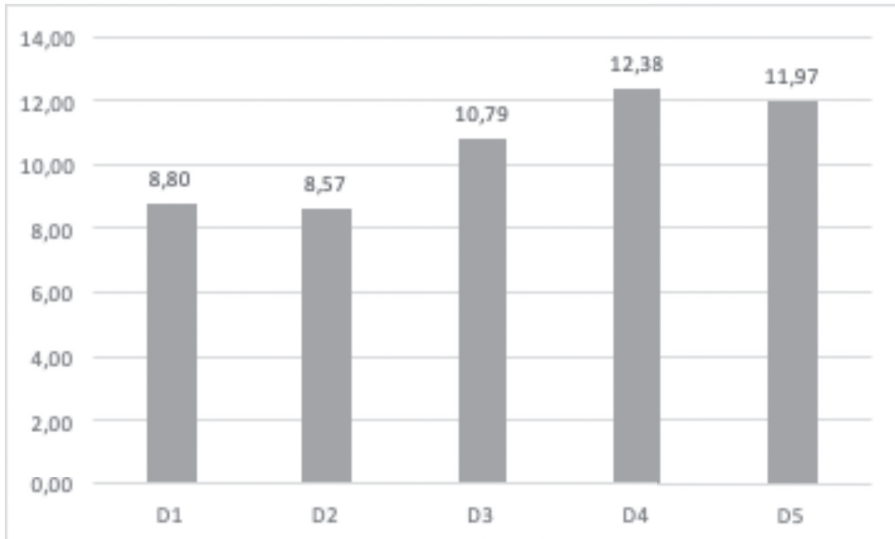
Schemi maladattivi

Per quanto riguarda gli EMS, il quarto anno (**figura 1**) ha ottenuto un numero medio risposte critiche agli item del test notevolmente inferiore rispetto ai primi tre anni di corso. La deviazione standard risulta elevata, rispettivamente di 7.60 al primo, 5.94 al secondo, 6.63 al terzo e 3.48 a quarto anno. Tale differenza non risulta statisticamente significativa.

Figura 1. *Distribuzione delle risposte critiche agli schemi nei quattro anni di corso*



Il dominio maggiormente rappresentato risulta quello dell'Ipervigilanza e inibizione - D5 (media=47.88, DS=12.05), seguito da Distacco e rifiuto - D1 (media=43.99, DS=14.41), Gestione da parte degli altri - D4 (media=37.14, DS=9.17), Svilimento dell'autonomia e della performance - D2 (media=34.30, DS=10.27) e, infine, Indebolimento dei limiti - D3 (media=21.57, DS=5.72). Esiste una differenza statisticamente significativa tra i cinque domini (**figura 2**).

Figura 2. *Punteggi grezzi medi per ciascun dominio nell'intero campione*

Lo schema con il punteggio medio grezzo in assoluto più elevato si trova all'interno del Dominio 5, ed è quello degli Standard Severi (media=15.35, DS=3.77), seguito da due schemi presenti nel Dominio 4, ovvero quelli dell'Autosacrificio (media=14.49, DS=3.45), e della Ricerca di Approvazione (media=13.94, DS=4.53) (**figura 3**). Standard Severi ha totalizzato almeno un item critico per 84 soggetti (63%), Autosacrificio per 62 (46%) e Ricerca di approvazione per 48 (36%).

Per quanto riguarda le differenze tra le classi, il quarto anno risulta significativamente inferiore rispetto al secondo (-3,89, $p=0.034$) e al terzo (-4,11, $p=0.027$) ai punteggi nel dominio Indebolimento dei limiti (D3). A tale differenza non contribuisce in modo significativo alcuno dei singoli schemi appartenenti a questo dominio.

Si riscontra una differenza significativa per il punteggio medio di EMS ed il grado di conoscenza del modello teorico (**figura 4**), con un picco positivo di schemi tra i soggetti che hanno indicato il livello 3 - lettura divulgativa (media=15.4; DS=6.88) ed un picco negativo tra i soggetti che si collocano a livello 5 - lezioni accademiche sul modello (media=2.31; DS=2.99). Il grado di conoscenza del modello Schema Therapy rivela differenze significative tra i quattro anni di corso, con l'ultimo anno riportante il livello medio più elevato (media=5; DS=0.26) (**figura 5**).

Non emergono differenze a livello di EMS per quanto riguarda l'esperienza di supervisione, mentre si rileva una differenza significativa ($p=0.019$) di punteggi nel dominio Distacco e rifiuto (D1) per coloro che hanno esperienza di psicoterapia individuale, che hanno ottenuto punteggi maggiori (media=47.52, DS=17.42) rispetto ai soggetti non riportanti questo tipo di esperienza (media=41.48, DS=11.7).

Figura 3. *Punteggi grezzi medi ai singoli schemi nell'intero campione*

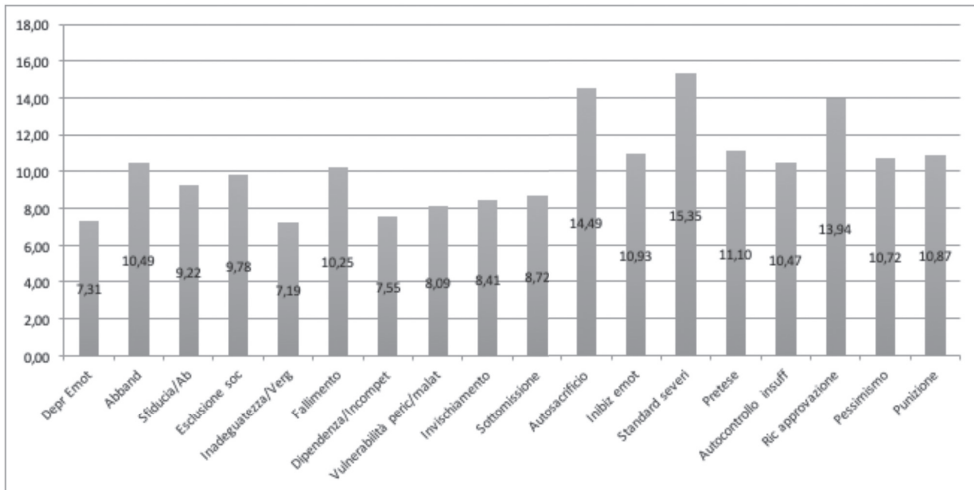
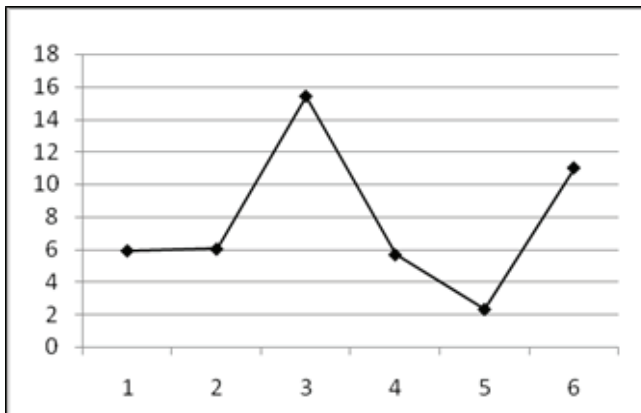


Figura 4. *Punteggio medio di EMS per i diversi gradi di conoscenza del modello teorico*

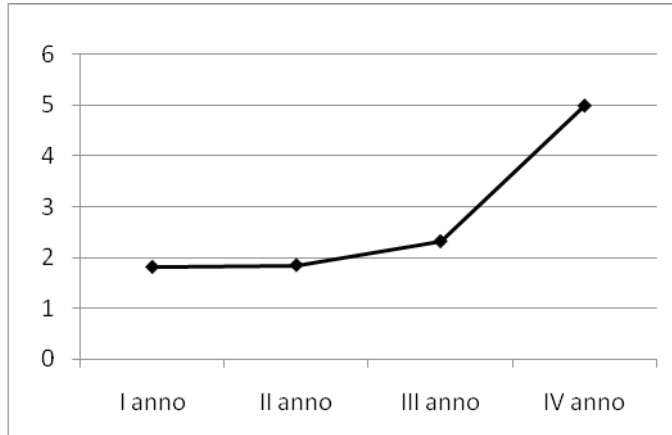


1=Nessuno, non conosco il modello; 2=Ho sentito parlare del modello, ma non l'ho mai approfondito; 3=Lettura divulgativa per esempio, libro di auto-aiuto "Reinventa la tua Vita" di Jeffrey Young; 4=Lettura di manuali di Schema Therapy per clinici/terapeuti; 5=Lezioni accademiche in questa scuola; 6=Corsi di formazione, workshop o seminari integrativi esterni in aggiunta alle lezioni di scuola; 7=Certificazione internazionale riconosciuta dalla ISST

Stili di coping

Lo stile di coping maggiormente utilizzato dal campione è quello dell'Ipercompensazione (media=13.79, DS=4.15), seguito dalla Resa (media=9.31, DS=4.17) e dall'Evitamento

Figura 5. *Diversi gradi di conoscenza del modello teorico nei quattro anni di corso*

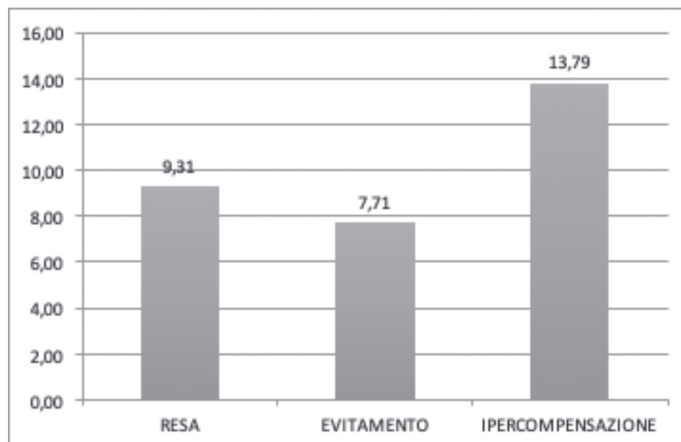


1=Nessuno, non conosco il modello; 2=Ho sentito parlare del modello, ma non l'ho mai approfondito; 3=Lettura divulgativa per esempio, libro di auto-aiuto "Reinventare la tua Vita" di Jeffrey Young; 4=Lettura di manuali di Schema Therapy per clinici/terapeuti; 5=Lezioni accademiche in questa scuola; 6=Corsi di formazione, workshop o seminari integrativi esterni in aggiunta alle lezioni di scuola; 7=Certificazione internazionale riconosciuta dalla ISST

(media=7.71, DS=3.63) (figura 6).

Non emergono differenze rilevanti tra gli anni di corso, né per il grado di conoscenza del modello teorico o per l'esperienza dei partecipanti in termini di supervisioni o psicoterapia individuale.

Figura 6. *Punteggio medio allo Schema Coping Inventory per l'intero campione*



Relazione tra schemi, stili di coping e caratteristiche del campione

In **tabella 3** sono illustrate le correlazioni tra gli schemi, raggruppati nei cinque domini, le caratteristiche sociodemografiche e professionali dei soggetti partecipanti e gli stili di coping

Si rileva una debole correlazione tra età, frequenza o durata dell'attività clinica dei terapeuti o loro conoscenza del modello teorico e punteggio ottenuto in ciascun dominio o negli stili di coping. Per quanto riguarda la relazione tra schemi e stili di coping emerge una moderata correlazione ($0.35 < R$ di Pearson < 0.61) tra lo stile Resa e tutti e cinque i domini, tra lo stile Evitamento ed i domini D1, D2 e D5 e tra lo stile Ipercompensazione e i domini D3, D4 e D5.

I modelli di regressione multipla non rilevano interazioni significative tra le variabili maggiormente correlate con gli schemi e i tre stili di coping ($R^2=0.12$; $p=0.31$; $R^2=0.05$, $p=0.76$; $R^2=0.1$, $p=0.4$; $R^2=0.22$, $p=0.06$)

Discussione

Le caratteristiche del campione non hanno consentito di indagare eventuali differenze di genere nella distribuzione degli schemi maladattivi precoci, in quanto la proporzione di maschi è notevolmente inferiore al numero di femmine. Il campione appare omogeneo per quanto riguarda la scolarità, l'età e l'attività clinica, fatta eccezione per il primo anno di corso che risulta leggermente inferiore agli altri per la durata di tale attività. Le supervisioni sono maggiormente riportate nella seconda metà del percorso formativo (anni III e IV), come è ragionevole pensare data la crescente necessità di selezionare e supervisionare i casi clinici, anche in vista dell'esame di specializzazione. In linea con questa considerazione vi è anche, nei medesimi anni di corso, la preponderanza di supervisioni con i trainer della scuola rispetto ad altre supervisioni, e l'occasionalità della frequenza, spiegabile forse dal rapporto tra numerosità delle richieste di supervisione e ore di training disponibili all'anno.

L'esperienza relativa a percorsi di psicoterapia personale interessa il campione in modo abbastanza omogeneo, con una maggiore scelta di terapie cognitive comportamentali rispetto agli altri orientamenti teorici, in linea con il modello teorico insegnato nel percorso di studi intrapreso. Non mancano, tuttavia, anche percorsi di psicoterapia ad orientamento psicodinamico o sistemico, possibile segnale di apertura dei terapeuti in formazione nei confronti di altri modelli teorici. In linea con la programmazione accademica, non sorprende il fatto che il quarto anno sia quello che riporta un grado di conoscenza maggiore del modello teorico della Schema Therapy.

Schemi maladattivi precoci

La differenza osservabile negli schemi maladattivi precoci riportati dal IV anno di corso (**figura 1**), rispetto ai punteggi ottenuti dal resto del campione, può essere spiegata proprio alla luce della maggiore conoscenza del modello teorico (**figura 5**). Conoscendo la struttura e le modalità di scoring dei questionari di assesment della Schema Therapy, non è possibile escludere che gli studenti del IV anno possano involontariamente avere utilizzato tali informazioni durante la selezione delle proprie risposte. Questo è dimostrato dalla differenza significativa rilevata tra EMS in relazione alla conoscenza del modello (**figura 4**).

Il dominio maggiormente rappresentato, Ipervigilanza e Inibizione, caratterizza soggetti che presentano un'elevata interiorizzazione delle norme che regolano le proprie prestazioni, le proprie relazioni intime, il tempo concesso al riposo e le modalità di espressione e di cura di sé. L'infanzia di chi ha schemi appartenenti a questo dominio è solitamente densa di messaggi di autocontrollo e costante vigilanza nei confronti delle esperienze negative, a discapito della

Tabella 3. Correlazioni tra variabili socio demografiche/professionali del campione, schemi e stili di coping

	età	Durataatt. clinica	Frequenza att clinica	Conoscenza del modello teorico	D1	D2	D3	D4	D5	RESA	EVITAM	IPERCOMP
Età	1											
Durataatt. clinica	.354**	1										
Frequenza att clinica	-.012	.352**	1									
Conoscenza del modello teorico	.261**	.330**	.154	1								
D1	-.054	-.119	-.091	.007	1							
D2	-.234**	-.178	-.125	-.131	.640**	1						
D3	-.160	-.186*	-.053	-.212*	.392**	.460**	1					
D4	-.276**	-.126	-.036	-.101	.543**	.544**	.514**	1				
D5	-.218*	-.150	-.038	-.162	.634**	.656**	.410**	.562**	1			
RESA	-.108	-.052	-.020	-.120	.488**	.610**	.359**	.459**	.497**	1		
EVITAM	-.069	-.083	-.131	-.067	.424**	.396**	0.166	0.191*	.417**	.54**	1	
IPERCOMP	-.224**	-.207*	-.026	-.206*	.273**	.296**	.394**	.349**	.397**	.318**	.215*	1

*= $p < 0.05$, **= $p < 0.001$

spontaneità e della gratificazione (Young et al., 2003). Qui si trovano gli schemi della Negatività/Pessimismo, dell'Inibizione Emotiva, degli Standard Severi e della Punizione. Il picco degli Standard Severi (**figura 3**) indica come i terapeuti in formazione siano più soggetti a questo tipo di 'trappola' che ad altre, suggerendo la presenza di perfezionismo, così come di una certa rigidità e preoccupazione riguardo le proprie prestazioni (in termini di tempo ed efficienza). Benché la precisione ed il senso del dovere rappresentino elementi importanti all'interno di un percorso di formazione in psicoterapia, il rischio è quello di operare una lettura del proprio lavoro più in termini prestazionali che non relazionali e curativi.

In linea con questi risultati non sorprende che il dominio Indebolimento dei Limiti risulti, al contrario, il meno rappresentato all'interno del campione, proprio per la presenza eccessiva (opposto della mancanza) di regole interiorizzate. Altri due schemi o 'trappole' che meritano attenzione sono quella dell'Autosacrificio e della Ricerca di Approvazione. Gli individui che presentano lo schema dell'Autosacrificio tendono a subordinare la propria gratificazione personale alla soddisfazione dei bisogni altrui. Questa sensibilità alle esigenze altrui, quando presente in modo pervasivo, non favorisce un sano orientamento all'altro per la costruzione di una reciprocità, bensì comporta il rischio di una co-dipendenza e la generazione di risentimento a causa del costante mancato soddisfacimento dei propri bisogni. Dall'altro canto, anche lo schema Ricerca di Approvazione sottolinea un orientamento verso l'altro, benché in questo caso lo scopo sia caratterizzato dall'ottenere riconoscimento e conferma della propria identità. Anche qui, così come negli Standard Severi, il rischio è quello di dedicare molte risorse all'altro in modo strumentale e poco autentico.

Confrontando questi risultati con quanto rilevato da Saddichha et al. (2012) emergono delle importanti differenze. Nel campione qui analizzato, infatti, la correlazione tra età e alcuni domini (D3- Svilimento dell'Autonomia e della Performance. D4-Gestione da parte degli Altri e D2-Ipervigilanza e Inibizione) risulta negativa anziché positiva. Anche se, in questo lavoro, esiste un unico gruppo di professionisti e non è pertanto possibile un confronto con altre categorie, sembra che all'aumentare dell'età si riduca la presenza di alcuni schemi maladattivi, fra i quali vi sono anche Standard Severi e Autosacrificio, che nel campione di Saddichha et al. risultavano invece correlati positivamente con l'anzianità dei soggetti. Questo risultato può essere interpretato come un'azione indiretta del tempo nella modulazione di alcuni schemi: maggiore è l'età maggiori possono essere le esperienze di vita che mettono in discussione lo schema, o che in un modo o nell'altro ne richiedono un adattamento (es. matrimonio, figli, stabilizzazione lavorativa, lutti...).

Quali possono essere gli strumenti che il terapeuta ha a disposizione per lavorare ai propri schemi maladattivi? Da quanto emerge dai risultati, sembra la supervisione non eserciti un ruolo significativo nella modulazione degli schemi, o quanto meno non emerge una differenza tra schemi direttamente collegata alla pratica di supervisione. Questo risultato può forse essere compreso alla luce di tre considerazioni: 1) le supervisioni possono avvenire con una frequenza troppo sporadica per consentire una rilevazione ed un monitoraggio degli schemi del terapeuta; 2) le supervisioni possono essere maggiormente orientate all'inquadramento del caso clinico ed alcuni aspetti del terapeuta possono emergere in modo solo marginale; 3) alcuni aspetti del terapeuta possono non emergere volutamente, se lo schema attivo ha a che fare con la prestazione e l'approvazione. L'interpretazione di tale risultato non minimizza il ruolo della supervisione nella crescita professionale e personale del terapeuta: essa resta uno strumento essenziale per la buona qualità della psicoterapia, sia durante sia al termine della scuola di specializzazione (Praskoa et al., 2012), ma ha un focus diverso da quello della psicoterapia individuale. Quest'ultima appare maggiormente collegata alla presenza di schemi, anche se,

per il campione esaminato, la relazione sembra inizialmente contro-intuitiva: coloro che hanno intrapreso un percorso terapeutico personale sembrano avere più schemi di coloro che non hanno mai fatto questa esperienza. Si potrebbe ipotizzare che il grado di consapevolezza delle proprie 'trappole', acquisito tramite la terapia individuale, abbia favorito un'autovalutazione più fedele di quanto non sia avvenuto per i soggetti non in terapia o che questi ultimi, in fondo, non abbiano sentito l'esigenza di intraprendere un percorso individuale proprio per una minore presenza di schemi maladattivi. Sarebbe di grande utilità poter mettere a confronto, in un campione più ampio, gli schemi di chi ha concluso favorevolmente la psicoterapia personale (quindi dropout esclusi) con quelli di coloro che la stanno ancora portando avanti: ulteriori ricerche in questa direzione consentirebbero di capire quanto e quali tra le caratteristiche della terapia (durata, frequenza e tipologia) abbiano un'influenza sulla riduzione degli schemi maladattivi precoci. Benché una terapia aderente al modello Schema Therapy sia per definizione la più indicata per un lavoro sugli schemi, può accadere che, soprattutto in fase di formazione, i terapeuti non si rivolgano necessariamente ad un tipo di intervento così specifico, pur rimanendo nell'ambito del cognitivismo. Ulteriori ricerche potrebbero contribuire a chiarire questo aspetto.

Stili di coping

Lo stile di coping maggiormente utilizzato dagli studenti è l'Ipercompensazione. Interessante è notare come questo stile correli negativamente con età, anni di attività clinica e conoscenza del modello teorico della Schema Therapy. Questo risultato mette in evidenza come una maggiore conoscenza teorica relativa gli stili di coping, così come l'esperienza clinica e quotidiana, possano forse modulare la preparazione di risposte agli schemi più o meno adattive. L'Ipercompensazione richiede un notevole dispendio di energie per contrattaccare lo schema ogni volta che questo si attiva; questo stile può anche segnalare una maggiore presa di coscienza dei propri schemi ed il tentativo di non lasciarsi dominare da essi.

Sebbene non il più rappresentato, lo stile della Resa risulta quello maggiormente correlato a tutti i domini di EMS. Questo sottolinea come l'accettazione incondizionata dello schema rappresenti la modalità di coping più condivisibile a livello generale. Un discorso diverso invece sembra delinearsi per Evitamento e Ipercompensazione che, nel campione esaminato, tendono ad essere adottati in modo più selettivo. Coloro che hanno schemi appartenenti al dominio Distacco e Rifiuto sembrano prediligere l'Evitamento di situazioni attivanti quel tipo di schemi (relazioni intime, situazioni sociali e di gruppo), mentre per chi ha ottenuto un maggiore punteggio agli schemi dei domini Indebolimento dei Limiti, Gestione da parte degli Altri, Ipervigilanza e Inibizione, la risposta di coping alternativa alla Resa sembra essere l'attivo contrasto di quanto insito nello schema, in modo più o meno funzionale (es: assumere un atteggiamento sbrigativo e disimpegnato, essere troppo ottimisti, diventare l'esatto contrario di ciò che si aspettano le persone significative).

Limitazioni

Il campione esaminato rappresenta una popolazione non clinica con tuttavia caratteristiche formative e professionali specifiche, che non appartengono necessariamente alla popolazione generale; inoltre, avendo condotto lo studio solo tra studenti in psicoterapia di un determinato orientamento teorico, questo campione non può essere considerato del tutto rappresentativo della professione in questione. Per riuscire a isolare in modo più rigoroso gli schemi appartenenti alla

categoria professionale in oggetto sarebbe utile mettere a confronto i risultati di questo campione con quelli di studenti di altre scuole di psicoterapia (es. ad orientamento sistemico-familiare, psicoanalitico, etc...), così come di altri professionisti nel campo sanitario (medici, infermieri, educatori) e, in aggiunta, con quelli di professionisti in campi meno direttamente impegnati nella cura della persona (ingegneri, archeologi, designer).

Un'altra criticità da riconoscere è che gli strumenti somministrati, oltre a non essere ancora validati in lingua italiana, non contengono scale di controllo, pertanto non è possibile verificare se la compilazione sia interamente valida per tutto il campione e non vi siano risposte fornite in modo casuale. Sempre in relazione agli strumenti è da precisare che le regole di scoring dello YSI vengono applicate ai singoli schemi e non ai domini; l'analisi sui domini, in assenza di un'analisi fattoriale relativa lo strumento, è giustificata solo dal fatto che l'autore della concettualizzazione teorica dei domini è il medesimo della progettazione del questionario YSI.

Conclusioni

La Schema Therapy appartiene alla cosiddetta “terza ondata” del cognitivismo (Kahl et al., 2012). All'interno di questo modello teorico si è esaminata la presenza di eventuali schemi maladattivi precoci tra gli psicoterapeuti in formazione. I risultati di questo studio mettono in evidenza la presenza di schemi prevalentemente legati al mantenimento di standard elevati, al soddisfacimento del bisogno altrui e all'ottenimento del riconoscimento e dell'approvazione altrui.

Nonostante le esperienze di vita e di lavoro possano favorire la modulazione di alcuni schemi è importante che il terapeuta sappia riconoscere le proprie ‘trappole’, lavorando ove necessario sugli aspetti più disfunzionali di esse (Farrel et al., 2018), al fine di portare avanti la propria professione in una cornice di maggiore autoconsapevolezza e disciplina interiore (Carcione et al., 2016; Semerari, 1999).

Ringraziamenti

Si ringraziano: Michela Zavagnin (scuola SPC Verona) per la consulenza statistica, gli allievi della sede APC-SPC di Verona per la disponibilità alla compilazione dei questionari, le docenti Elena Prunetti e Nerina Fabbro (APC, SPC Verona) per le revisioni e i commenti al lavoro di tesi da cui il presente manoscritto è ricavato.

Bibliografia

- Bamelis, L.L.M., Evers, S.M.A., Spinhoven, P., Arntz, A. (2014). Results of a Multicenter Randomized Controlled Trial of the Clinical Effectiveness of Schema Therapy for Personality Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 171(3):305-22.
- Black, D.W., Pfohl, B., Blum, N., Mc Cormick, B., Allen, J., North, C.S., Phillips, K.A., Robins, C., Siever, L., Silk, K.R., Williams, J.B., Zimmerman, M. (2011). Attitudes toward borderline personality disorder: a survey of 706 mental health clinicians. *CNS Spectrums*, 16(3):67-74.
- Bodner, E., Shrira, A., Hermesh, H., Ben-Ezra, M., Iancu, I. (2015). Psychiatrists' fear of death is associated with negative emotions toward borderline personality disorder patients. *Psychiatry Research*, 228(3):963-5.
- Bosmans, G., Braet, C., Van Vlierberghe, L. (2010). Attachment and symptoms of psychopathology: Early maladaptive schemas as a cognitive link? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17:374-85.

- Calvert, F., Smith, E., Brockman, R., Simpson, S. (2018). Group schema therapy for eating disorders: study protocol. *Journal of Eating Disorders*, 6: 1.
- Carcione, A., Nicolò, G., e Semerari, A. (2016). *Curare i casi complessi. La terapia metacognitiva interpersonale dei disturbi di personalità*. Laterza ed, Bari.
- Corral, C. & Calvete, E. (2014). Early Maladaptive Schemas and Personality Disorder Traits in Perpetrators of Intimate Partner Violence. *Spanish Journal of Psychology*, 17.e1. 1–10.
- Dickens, G.L., Lamont, E., Gray, S. (2016). Mental health nurses' attitudes, behavior, experience and knowledge regarding adults with a diagnosis of borderline personality disorder: systematic, integrative literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 25(13-14):1848-75.
- Farrell, J.M., Shaw, I.A., Webber, M.A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40:317 – 328.
- Farrell, J.M. & Shaw, I.A. (2018). *Experiencing Schema Therapy from the Inside Out: A Self-Practice/Self-Reflection Workbook for Therapists*. Guilford Press, New York.
- Hawke, L.D. & Provencher, M.D. (2001) Schema Theory and Schema Therapy in Mood and Anxiety Disorders: A Review. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 24 (4). 257-276.
- Kahl, K.G., Winter, L., Schweiger, U. (2012). The third way of cognitive behavioural therapies: what is new and what is effective? *Current Opinion in Psychiatry*, 25(6):522-528.
- Kellogg, S.H. & Young, J.E. (2006). Schema Therapy for Borderline Personality Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4). 445-458.
- Lam, D.C., Salkovskis, P.M., Hogg, L.I. (2016). 'Judging a book by its cover': An experimental study of the negative impact of a diagnosis of borderline personality disorder on clinicians' judgements of uncomplicated panic disorder. *The British Journal of Clinical Psychology*, 55(3):253-68.
- Lobbestael, J., Arntz, A., Lobbes, A., Cima, M. (2009). A comparative study of patients and therapists' reports of schema modes. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40. 571–579.
- Markin, R.D., Kivlighan, D.M. (2007). Bias in psychotherapist ratings of client transference and insight. *Psychotherapy (Chic)*, 44(3):300-15.
- Masley, S.A., Gillanders, D.T., Simpson, S.G., Taylor, M.A. (2012). A systematic review of the evidence base for Schema Therapy. *Cognitive Behavioural Therapy*, 41 (3).
- McIntosh, V.V.W., Jordan, J., Carter, J.D., Frampton C.M.A, McKenzie, J.M., Janet D. Latner, J.D., Joyce, P.R. (2016). Psychotherapy for transdiagnostic binge eating: A randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy, appetite-focused cognitive-behavioural therapy, and schema therapy. *Psychiatry Research*, 240: 412–420.
- Nadort, M., Arntz, A., Smit, J.H., Giesen-Bloo, J., Eikelenboom, M., Spinhoven, P., van Asselt, T., Wensing, M., van Dyck, R. (2009). Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours: a randomized trial. *Behavior Research and Therapy*, 47:961 – 973.
- Prasko, J., Vyskocilov, J., Slepecky, M., Novotny, M. (2012). Principles of supervision in cognitive behavioural therapy. *Biomedical Papers of the Medicine Faculty of the University Palacky Olomouc Czechoslovakia*, 156(1):70–79.
- Reeves, M. & Taylor, J. (2007). Specific Relationships between Core Beliefs and Personality Disorder Symptoms in a Non-Clinical Sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 14. 96–104.
- Rijkeboer, M.M., Lobbestael, J., Arntz, A., Van Genderen, H. (2010). *The Schema Coping Inventory*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Saddichha, S., Kumar, A., Pradhan, N. (2012). Cognitive schemas among mental health professionals: Adaptive or maladaptive? *Journal of Research in Medical Sciences: The Official Journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 17(6): 523–526.
- Semerari, A. (1999). *Psicoterapia cognitiva del paziente grave. Metacognizione e relazione terapeutica*. Raffaello Cortina ed., Milano.
- Simard, V., Moss, E., Pascuzzo, K. (2011). Early maladaptive schemas and child and adult attachment: A

- 15-year longitudinal study. *Psychology and Psychotherapy: Theory Research and Practice*, 84. 349–366.
- Taylor, C.D.J., Bee, P., Haddock, G. (2017). Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. *Psychology & Psychotherapy*, 90(3): 456–479. Published online 2016 Dec 30.
- Young, J.E. (1995). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL, Professional Resource Exchange Inc.
- Young, J.E., Klosko, J.S., Weishaar, M.E. (2007). *Schema therapy: a practitioner's guide*. Guilford Press, New York (2003) Tr it: *Schema Therapy: la terapia cognitivo comportamentale integrata per i disturbi di personalità*. Eclipsi. Firenze.
- Young, J.E. & Klosko, J.S. (1994). *Reinventing Your Life: The Breakthrough Program to End Negative Behavior and Feel Great Again*. Plume – Penguin Putnam Inc, New York. Tr it: *Reinventata la tua vita. Scoprite come modificare voi stessi e liberarvi dalle trappole che vi impediscono di cambiare la vostra vita*. Raffaello Cortina, Milano.
- Young, J. E. (2005). *Young Schema Questionnaire-Short Form 3 (YSQ-S3)*. New York: Schema Therapy Institute.

Appendice 1 – Questionari per la raccolta dati

Istruzioni

Questa indagine è parte di un lavoro di tesina del quarto anno di scuola.

*La tua partecipazione contribuirà a rendere possibile approfondire un tema molto importante come quello della **consapevolezza del terapeuta rispetto i propri schemi**. Dopo alcune brevi domande di carattere più generale seguiranno due brevi questionari propri della Schema Therapy, un modello di trattamento che appartiene alla cosiddetta terza ondata della TCC.*

*Non importa quale sia il tuo grado di conoscenza del modello, lo è invece la spontaneità delle tue risposte, per le quali sei inviato a **non soffermarti troppo prima di scegliere cosa indicare**.*

Le informazioni sono raccolte in modo anonimo e verranno trattate solamente a scopi di ricerca, nel pieno rispetto della normativa vigente (Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196).

Grazie della collaborazione!

Dati preliminari:

__ (iniziali Nome e Cognome) __ (mese nascita) __ (anno nascita) __ (genere: F/M)

Es: Mario Rossi, nato a Marzo '85: MR0385M

Età _____ anni

Genere M F

Anno di APC/SPC in corso 1° 2° 3° 4°

Livello d'istruzione

Laurea

Dottorato

Altra specializzazione (es. Psicoterapia, Psichiatria, _____)

Da quanto tempo pratici attività clinica? _____ anni
(Includere i tirocini, ma sottrarre eventuali anni di inattività)

Nel corso di quest'ultimo anno qual è stato il N. complessivo di ore di pratica clinica settimanali? _____ ore/settimana

Ricevi delle supervisioni o interviste per il tuo lavoro clinico? Sì No

YSQ – S3 - 90 item

Istruzioni

Di seguito è presentata una serie di affermazioni con cui è possibile descrivere se stessi. Per ogni singola affermazione indichi quanto accuratamente la descrive *nell'ultimo anno*. Quando non si sente sicura/o, basi la sua risposta su cosa *sente a livello emotivo* e non su ciò che pensa possa essere giusto o sbagliato in generale. Alcune affermazioni si riferiscono alla relazione con i suoi genitori o con un eventuale partner. Se una (o più) di queste figure è deceduta, per favore risponda considerando la vostra relazione quando erano in vita. Se attualmente non ha un partner, ma ne ha avuti in passato, per favore risponda considerando la relazione significativa più recente.

- 1 = Completamente falso
 2 = Quasi del tutto falso
 3 = Un po' più vero che falso
 4 = Abbastanza vero
 5 = Quasi del tutto vero per me
 6 = Mi descrive perfettamente

1. Non ho avuto qualcuno che si prendesse cura di me, che mi rendesse partecipe della propria vita o avesse veramente a cuore tutto ciò che mi accade	1	2	3	4	5	6
2. Mi reputo "appiccicoso/a" nei confronti di coloro a cui tengo perché temo che possano abbandonarmi	1	2	3	4	5	6
3. Sento che gli altri approfitteranno di me	1	2	3	4	5	6
4. Non mi sento socialmente adeguato	1	2	3	4	5	6
5. Nessun uomo/donna che desidero potrebbe amarmi dopo aver visto i miei difetti o le mie debolezze	1	2	3	4	5	6
6. Quasi nulla di quello che faccio al lavoro (o nello studio) va bene quanto ciò che sanno fare gli altri	1	2	3	4	5	6
7. Non mi sento in grado di cavarmela da solo/a nella vita di tutti i giorni	1	2	3	4	5	6
8. Non riesco a liberarmi dalla sensazione che qualcosa di brutto stia per accadere	1	2	3	4	5	6
9. Non sono riuscito a separarmi dai miei genitori come sembrano fare le altre persone della mia età	1	2	3	4	5	6
10. Penso che se facessi quello che voglio mi metterei solo nei guai	1	2	3	4	5	6
11. Sono quello che solitamente finisce con il prendersi cura delle persone care	1	2	3	4	5	6

Schemi maladattivi precoci nei terapeuti in formazione: uno studio cross-sezionale

12. Sono troppo controllato per mostrare agli altri i miei sentimenti positivi verso di loro (es. l'affetto che provo.il far vedere che ci tengo)	1	2	3	4	5	6
13. Devo essere il/la migliore nella maggior parte delle cose che faccio; non accetto di essere secondo/a a nessuno	1	2	3	4	5	6
14. Ho molti problemi ad accettare un "no" come risposta quando voglio qualcosa dagli altri	1	2	3	4	5	6
15. Sembra che non riesca ad impormi la disciplina necessaria per portare a termine compiti routinari e noiosi	1	2	3	4	5	6
16. Avere soldi e conoscere persone importanti mi fa sentire di valore	1	2	3	4	5	6
17. Anche quando le cose sembrano andare bene, sento che sar� solo per poco	1	2	3	4	5	6
18. Se commetto un errore, merito di essere punito	1	2	3	4	5	6
19. Non ho nessuno che mi dia calore, sostegno e affetto	1	2	3	4	5	6
20. Ho talmente bisogno degli altri da temere di perderli	1	2	3	4	5	6
21. Sento di non poter abbassare la guardia in presenza degli altri, perch� altrimenti mi ferirebbero intenzionalmente	1	2	3	4	5	6
22. Sono radicalmente diverso/a dagli altri	1	2	3	4	5	6
23. Nessun uomo/donna che desidero vorrebbe starmi vicino.se mi conoscesse realmente	1	2	3	4	5	6
24. Sono incapace nel raggiungimento degli obiettivi	1	2	3	4	5	6
25. Mi ritengo una persona dipendente dagli altri per quanto riguarda lo svolgimento delle attivit� quotidiane	1	2	3	4	5	6
26. Sento che, in qualunque momento potrebbe colpirmi un disastro (naturale, criminale, finanziario o medico)	1	2	3	4	5	6
27. Io e i miei genitori tendiamo ad essere troppo coinvolti nelle vite e nei problemi reciproci	1	2	3	4	5	6
28. Sento di non avere altra scelta se non cedere alle richieste degli altri, altrimenti essi si vendicheranno, arrabbieranno o mi respingeranno in qualche modo	1	2	3	4	5	6
29. Sono una brava persona perch� penso agli altri pi� che a me stesso/a	1	2	3	4	5	6
30. Trovo imbarazzante esprimere i miei sentimenti agli altri	1	2	3	4	5	6
31. Cerco sempre di fare del mio meglio, non mi accontento di fare abbastanza	1	2	3	4	5	6
32. Sono speciale e non dovrei accettare molti dei divieti o delle restrizioni imposte dagli altri	1	2	3	4	5	6

33. Se non riesco a raggiungere un obiettivo, divento facilmente frustrato/a e mi tiro indietro	1	2	3	4	5	6
34. Il raggiungimento di un risultato assume maggior valore per me se gli altri lo notano	1	2	3	4	5	6
35. Se qualcosa di bello accade, mi preoccupa perché è probabile che sia seguito da qualcosa di brutto	1	2	3	4	5	6
36. Se non faccio del mio meglio, devo aspettarmi di fallire	1	2	3	4	5	6
37. Non ho sentito di essere speciale per nessuno	1	2	3	4	5	6
38. Temo che le persone a me care possano lasciarmi o abbandonarmi	1	2	3	4	5	6
39. È soltanto una questione di tempo ma prima o poi tutti mi tradiscono	1	2	3	4	5	6
40. Non ho un senso di appartenenza, sono un solitario/a	1	2	3	4	5	6
41. Non merito l'amore, l'attenzione e il rispetto degli altri	1	2	3	4	5	6
42. La maggior parte delle persone è più competente di me nella sfera lavorativa e nel raggiungere le proprie mete	1	2	3	4	5	6
43. Mi manca il buon senso	1	2	3	4	5	6
44. Mi preoccupa del fatto di poter essere aggredito fisicamente	1	2	3	4	5	6
45. È molto difficile, frame e i miei genitori, mantenere il riserbo sui dettagli intimi della nostra vita senza sentirci traditi o in colpa	1	2	3	4	5	6
46. Nelle relazioni, solitamente permetto alle altre persone di avere la meglio	1	2	3	4	5	6
47. Sono così impegnato ad occuparmi delle persone a cui tengo, da avere poco tempo per me stesso/a	1	2	3	4	5	6
48. Trovo difficile essere uno spirito libero e spontaneo/a quando ho attorno altre persone	1	2	3	4	5	6
49. Devo assumermi tutte le mie responsabilità	1	2	3	4	5	6
50. Odio essere limitato/a o bloccato nel fare ciò che voglio	1	2	3	4	5	6
51. Faccio molta fatica a sacrificare il piacere o la gratificazione immediati per raggiungere un obiettivo a lungo termine	1	2	3	4	5	6
52. A meno che non riceva molte attenzioni da parte degli altri, non mi sento importante	1	2	3	4	5	6
53. Per quanto prudenti si possa essere, c'è sempre qualcosa che andrà male	1	2	3	4	5	6
54. Se non faccio bene qualcosa, ne devo pagare le conseguenze	1	2	3	4	5	6
55. Nessuno mi ha mai realmente ascoltato, capito. o è stato in sintonia con i miei reali bisogni ed emozioni	1	2	3	4	5	6

Schemi maladattivi precoci nei terapeuti in formazione: uno studio cross-sezionale

56. Quando qualcuno a cui tengo si allontana o si distacca da me, mi sento disperato	1	2	3	4	5	6
57. Sono abbastanza sospettoso/a sulle reali intenzioni degli altri	1	2	3	4	5	6
58. Mi sento alienato/a o escluso/a dagli altri	1	2	3	4	5	6
59. Sento di non essere amabile	1	2	3	4	5	6
60. Non ho il talento di cui è dotata la maggior parte delle persone sul lavoro	1	2	3	4	5	6
61. Nella vita di tutti i giorni, non si può fare affidamento sul mio parere	1	2	3	4	5	6
62. Ho paura di perdere tutti i soldi e finire in rovina	1	2	3	4	5	6
63. Spesso mi sento come se i miei genitori si appoggiassero a me ed io non avessi una vita mia	1	2	3	4	5	6
64. Ho sempre permesso agli altri di fare le scelte al posto mio. perciò non so veramente cosa voglio per me stesso/a	1	2	3	4	5	6
65. Sono sempre stato/a quello/a che ascolta i problemi degli altri	1	2	3	4	5	6
66. Sono talmente controllato che molte persone mi reputano freddo e insensibile	1	2	3	4	5	6
67. Sento una costante pressione a portare a termine a miei obiettivi e a non lasciare nulla in sospeso	1	2	3	4	5	6
68. Sento che non dovrei sottostare alle normali regole e convenzioni come invece fanno gli altri	1	2	3	4	5	6
69. Non riesco ad costringermi a fare ciò che non mi piace. anche quando so che è per il mio stesso bene	1	2	3	4	5	6
70. Se intervengo ad un incontro o sono introdotto in una situazione sociale. è importante per me ottenere riconoscimento ed ammirazione	1	2	3	4	5	6
71. Indipendentemente dai miei sforzi sul lavoro. mi preoccupa di poter essere rovinato finanziariamente e di perdere quasi tutto ciò che possiedo	1	2	3	4	5	6
72. Indipendentemente dalla ragione per cui ho sbagliato, una volta commesso un errore. dovrei pagarne le conseguenze	1	2	3	4	5	6
73. Nei momenti di incertezza. non ho avuto accanto una persona forte o di buon senso per darmi delle indicazioni o dei consigli utili	1	2	3	4	5	6
74. Qualche volta sono così preoccupato/a di essere lasciato/a da qualcuno che lo allontano io stesso/a	1	2	3	4	5	6
75. Spesso mi interrogo e rifletto per cercare di scoprire le motivazioni nascoste e i secondi fini delle altre persone	1	2	3	4	5	6
76. Mi sento sempre al di fuori dei gruppi	1	2	3	4	5	6

77. Sono troppo inaccettabile per rivelarmi agli altri o per permettere che mi conoscano a fondo	1	2	3	4	5	6
78. Nel lavoro e nello studio. non sono intelligente quanto la maggior parte delle persone	1	2	3	4	5	6
79. Non mi sento sicuro/a della mia capacità di risolvere i problemi di tutti i giorni	1	2	3	4	5	6
80. Temo di stare sviluppando una malattia grave anche se non mi è stato diagnosticato nulla del genere da nessun medico	1	2	3	4	5	6
81. Spesso sento di non avere un'identità separata da quella dei miei genitori o del mio partner	1	2	3	4	5	6
82. Ho molti problemi a chiedere che i miei diritti vengano rispettati e le mie emozioni siano prese in considerazione	1	2	3	4	5	6
83. Le altre persone mi vedono come qualcuno che fa troppo per gli altri e non abbastanza per se stesso/a	1	2	3	4	5	6
84. Nella sfera emotiva. le persone mi giudicano rigido	1	2	3	4	5	6
85. Non riesco facilmente a tirarmi fuori dai guai o a trovare scuse per i miei errori	1	2	3	4	5	6
86. Sento che quello che ho da offrire io è di maggior valore rispetto al contributo degli altri	1	2	3	4	5	6
87. Raramente sono stato capace di mantenere una condotta coerente con le mie decisioni	1	2	3	4	5	6
88. Ricevere molti elogi e complimenti mi fa sentire una persona di valore	1	2	3	4	5	6
89. Mi preoccupa il fatto che una decisione sbagliata possa portare ad un disastro	1	2	3	4	5	6
90. Sono una persona cattiva che merita di essere punita	1	2	3	4	5	6

Schema Coping Inventory

Rijkeboer, M.M., Lobbestael, J., Arntz, A., & Genderen, H. (2010), ri-adattato da Basile, B. (2015)

Istruzioni

In seguito sono elencate alcune affermazioni che possono descrivere le persone. Leggi ciascuna di queste e indica, in base al punteggio indicato, quanto ciascuna affermazione è vera per te. Quando non sei sicuro, valuta la tua risposta in base a come ti senti emotivamente, e non in base a cosa pensi sia vero. Per ciascuna affermazione indica con una X la risposta che meglio ti descrive.

Quanto accuratamente queste affermazioni ti descrivono?

- 1= completamente falso per me
- 2= abbastanza falso per me
- 3= leggermente falso per me
- 4= né falso né vero per me
- 5= leggermente vero per me
- 6= abbastanza vero per me
- 7= completamente vero per me

- | | |
|--|---------------|
| 1. Se gli altri mi trattano male, permetto che questo accada | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 2. Se vengo criticato, scatto subito sulla difensiva | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 3. Preferisco non avere relazioni amicali o sentimentali troppo intime | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 4. Posso essere molto critico rispetto a quello che gli altri fanno, o non fanno | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 5. Ho la tendenza a condizionare e prevaricare sugli altri | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 6. Preferisco evitare di confrontarmi | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 7. Mi piace restare a livello più superficiale | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 8. Lascio che siano gli altri a decidere della mia vita | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 9. In caso di problemi o difficoltà penso: "Vedi, è quello che mi succede sempre!" | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 10. È meglio sopprimere il più possibile le emozioni | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 11. Nelle situazioni di difficoltà, tendo ad arrendermi | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 12. Fantastico sul diventare famoso, ricco, importante o di successo | 1 2 3 4 5 6 7 |