



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

FACOLTA' DI PSICOLOGIA

LAUREA TRIENNALE IN PSICOLOGIA DELLO SVILUPPO, DELLA PERSONALITÀ E
DELLE RELAZIONI INTERPERSONALI

Diagnosticare in psicodinamica: la Defense Mechanism Rating Scale, fra clinica e ricerca

**Diagnosis in psychodynamics: the Defense Mechanism Rating
Scale, between clinical and research**

Relatore: Dott.ssa Silvia
Salcuni
Co-relatore:
Dott. Gabriele Lo Buglio

Laureando:
Razvan Florin Madarjac
Matr. N° 2015229

Anno Accademico 2022-23

CAP. 1 **3**

LA RICERCA IN PSICOTERAPIA PSICODINAMICA: LA SINDROME DI GRÜNBAUM E COME SUPERARLA **3**

<i>TERAPIA PSICODINAMICA O TERAPIE PSICODINAMICHE? COMINCIAMO A DIFFERENZIARE</i>	3
<i>RICERCA CLINICA O RICERCA EXTRA-CLINICA, DUE MODI DI RICERCARE LA STESSA COSA</i>	4
<i>EFFICACIA O EFFICIENZA, RISULTATO O PROCESSO? COME IL MOMENTO SINTETICO PUÒ ESSERE LA SOLUZIONE</i>	5
<i>LA PSICOANALISI OGGI, FRA CRITICHE COSTRUTTIVE E PREGIUDIZI</i>	7
<i>LO STUDIO DEL CASO SINGOLO: UNO PIÙ UNO NON FA SEMPRE DUE</i>	10

CAP. 2 **12**

FARE DIAGNOSI CON IL PDM: COMPRENDERE LE DIFESE DI UNA TASSONOMIA DI PERSONE **12**

<i>LA NASCITA DEL PSYCHODYNAMIC DIAGNOSTIC MANUAL (PDM), UNA PICCOLA RIVOLUZIONE COPERNICANA</i>	12
<i>STUDIARE LE DIFESE PER COMPRENDERE LA PERSONALITÀ, UNA STRADA A RITROSO</i>	13
<i>LA PRATICA, UN TENTATIVO DI COMPRENDERE UN ANNO DI TERAPIA</i>	13

CAP. 3 **15**

STUDIO DI UN CASO CLINICO: CONVALESCENZA DALLA SINDROME DI GRÜNBAUM **15**

<i>OBIETTIVI: PARTIRE DALLA TEORIA PER ARRIVARE ALLA PRATICA</i>	15
<i>IPOTESI: ANALIZZARE IL CAMBIAMENTO</i>	23

CONCLUSIONI **27**

<i>LO SCOPO DI QUESTO STUDIO: CONOSCERE LA PERSONALITÀ PER POTER INTERVENIRE SUL DISTURBO</i>	27
<i>LO STARTER PACK PER L'ASSESSMENT DELLO STILE DIFENSIVO: DMRS-Q SORT E DMRS-30-SR</i>	28

BIBLIOGRAFIA **30**

Cap. 1

La ricerca in psicoterapia psicodinamica: la *sindrome di Grünbaum* e come superarla

Terapia psicodinamica o terapie psicodinamiche? Cominciamo a differenziare

La ricerca empirica che va a valutare l'efficacia, o ancora di più l'efficienza, dei trattamenti psicodinamici è caratterizzata da bisogni e richieste, più che teoriche o tecniche, provenienti da fattori esterni alla ricerca stessa: la durata e il costo economico che queste tipologie di terapia si portano dietro è chiaro e spesso costringe i ricercatori e i clinici a mediare e creare un compromesso fra quello che si vorrebbe fare e quello che le istituzioni, private o pubbliche che siano, richiedono loro, secondo l'ottica del *publish or perish* (Becker & Lukka, 2022). Altra precisazione è quella che riguarda l'uso riduttivo e confusionario dell'espressione "terapia psicodinamica", diventa utile e necessario distinguere fra terapia psicodinamica a breve termine (da qui in poi indicata come STPP, short-term psychodynamic psychotherapy) e terapia psicodinamica a lungo termine (LTPP, long-term psychodynamic psychotherapy), proprie per le diversità metodologiche e teoriche. Entrambe le modalità di condurre la terapia sono accomunate da un background teorico simile: uso della relazione come strumento terapeutico, quindi un mettere al centro il transfert del paziente da un lato e il contro-transfert del terapeuta dall'altro; analisi e risoluzione dei meccanismi di difesa usati all'interno della vita quotidiana, fattori di mantenimento del conflitto e dei comportamenti disadattivi; focus su interventi che vadano a modificare non tanto la sintomatologia esterna quanto l'insieme delle rappresentazioni del Sé e del Sé-oggetto (Cutler et al., 2004). Un elemento che le differenzia è la durata: con una media di 16-30 sessioni e un range di 7-40 con un setting vis-a-vis, e frequenza di una o due sedute alla settimana per la STPP; durata standardizzata che non ritroviamo invece nella LTPP, anche se nelle ricerche empiriche la media è di 50 sedute e almeno un anno di terapia con frequenza settimanale maggiore di 2. È importante considerare come questa differenza non sia solo formale, ma abbia conseguenze nel lavoro terapeutico e nei risultati dello stesso: l'efficacia è provata nelle STPP

da diverse review (Leichsenring, Rabung, & Leibing, 2004) che vanno a confrontare assenza di terapia o altre terapie, e i dati di follow-up sono coerenti con le altre terapie brevi non psicodinamiche come quelle cognitivo-comportamentali. Le conclusioni spesso evidenziano come gli effetti benefici non risultino stabili nel tempo o non siano così efficaci nei casi di patologie come la depressione maggiore o i disturbi di personalità, dove invece sembra essere più utile una LTPP (Bateman, & Fonagy, 1999).

Se è ragionevole il dubbio che invece della terapia in sé, sia unicamente il tempo il fattore preponderante con queste popolazioni cliniche – come Eysenck (1952) affermava rispetto alla remissione spontanea nei sintomi –, è utile sottolineare come nelle review elaborate da Leichsenring e Rabung (2004) l'efficacia in termini di parametri standardizzati, quali gli obiettivi prefissati all'inizio della terapia e le modificazioni in termini di funzionamento di personalità, non sia correlata alla durata. Ritorna quindi centrale l'insieme delle tecniche psicoterapeutiche, l'esperienza del terapeuta e la capacità di creare una buona alleanza terapeutica, ovvero quei fattori specifici e aspecifici che vengono sempre più messi al centro della ricerca in psicoterapia (Leichsenring, 2005).

Ricerca clinica o ricerca extra-clinica, due modi di ricercare la stessa cosa

La discussione, o per meglio dire le varie discussioni, che ruotano all'interno del mondo della ricerca partono da una dicotomia che spesso viene creata per motivi didattici e di schieramento, e che ad oggi sembra essere in parte superata. Una di queste riguardava i due filoni che vede da una parte i ricercatori, coloro i quali vanno a individuare costrutti riduzionistici facilmente falsificabili in sedi sperimentali, e dall'altra i clinici, chi invece preferisce lavorare con i propri pazienti in contesti più soggettivi e meno standardizzati (Migone, 2001). I primi si barricavano dietro a correlazioni, analisi fattoriali e invarianze per fare la differenza a livello di conoscenza condivisa globale, i secondi entravano in campo con le proprie soggettività cercando di barcamenarsi fra tagli del personale, fondi che non arrivano e progetti non finanziati per portare a casa un lavoro "sufficientemente buono" e fare delle piccole rivoluzioni all'interno delle vite delle persone.

Dietro questi due mondi, apparentemente così diversi, ci sono persone che cercano bene o male di fare esattamente la stessa cosa: rincorrere la verità e i significati che stanno dietro a quello che i pazienti ci raccontano e fanno. Se l'intento è simile, i sistemi di pensiero che stanno dietro alle due metodologie sono opposti e complementari. La ricerca extra-clinica o empirica si muove con un ragionamento logico-induttivo di tipo top-down, quindi partendo dalla costruzione a priori di un sistema teorico, delle varie sperimentazioni e delle verifiche delle ipotesi fatte prima di incontrare l'oggetto di studio. La ricerca clinica, invece, incontra prima di tutto la persona nella sua idiosincrasia e unicità, accetta le contraddizioni che possono abitarla e solo successivamente cerca di costruire dei concetti che possano permettere il confronto con un altro, se necessario.

Se è vero che alle istituzioni pubbliche e governative interessano i numeri e capire chi funziona meglio per cosa con il minor dispendio di risorse, allora diventano inutili anche le più realistiche descrizioni cliniche e soggettive che si possono ricostruire a partire da un anno di lavoro intersoggettivo nello studio clinico. Allo stesso modo rimane altrettanto vero che chi viene in terapia è scarsamente interessato al fatto che il clinico sappia costruire un disegno sperimentale e si ricordi come fare un'analisi fattoriale per validare le scale di un test o confrontare campioni diversi in tempi diversi.

La sintesi attuale di queste due posizioni è la seguente (Goldfried, 2010): entrambi i modi di validare la psicoterapia sono validi e necessari a specifici scopi, individuati a priori e concordati con i nostri compagni di ricerca della verità, che si voglia chiamarli pazienti, clienti, soggetti sperimentali ecc. È proprio la comunicazione e trasmissione di conoscenza e intuizioni che può essere di utilità alla comunità e ai pazienti.

Efficacia o efficienza, risultato o processo? Come il momento sintetico può essere la soluzione

Attualmente intorno al mondo della ricerca in psicoterapia sono presenti diversi concetti che vanno a sviscerare in modo molto preciso quello che avviene all'interno delle sedute, e le conseguenze in termini di outcome positivo o negativo per la persona. Se fino agli anni Cinquanta i ricercatori erano interessati a capire

la portata di questi effetti, ovvero se effettivamente alla fine di un percorso di cura attraverso la parola la persona avesse ridotto la sofferenza iniziale e cambiato il proprio modo disfunzionale di stare con sé e gli altri, ad oggi si sta cercando di fare un passo in più: capire quali combinazioni di “terapeuta, forma di terapia e paziente” possano essere le più promettenti per una prognosi positiva. Si sta cercando di capire dunque quali variabili di struttura di personalità, comportamentali e tecniche possano correlare fra loro e rispetto a un beneficio in termini di riduzione sintomatologica e rafforzamento delle competenze cognitivo-affettive del paziente (Norcross & Wampold 2010).

Il passaggio da una ricerca fatta sul risultato a una il cui focus è diventato l'insieme dei micro-processi, si è portato dietro una consapevolezza maggiore dal punto di vista dei disegni sperimentali e degli strumenti usati per valutarne i cambiamenti: prima di andare a valutare gli outcome diventa necessario tenere a mente i pazienti coinvolti nei trial, i terapeuti con i rispettivi approcci e le competenze, i test e le scale che saranno il cuore delle analisi statistiche e successive interpretazioni. Sembra quasi scontata la precedente chiarificazione, ma se si va a rivedere alcuni articoli che hanno fatto la storia nei decenni precedenti si vede come tutte queste accortezze non fossero presenti: campionamenti approssimativi, uso di specializzandi senza una formazione adeguata, mancanza di follow-up, indicazioni ai terapeuti arbitrarie e limitanti (Migone, 1996).

Tutto questo ha portato a un interrogarsi sul concetto stesso di efficacia, nella letteratura lo troviamo indicato col termine “efficacy”, ricercata abitualmente attraverso gli RCT (Randomized Controlled Trial) con le inferenze di causalità tra un trattamento e i suoi esiti a lungo termine (Jacobson & Christensen, 1996). La questione che ruota intorno a questo concetto riguarda i criteri di campionamento e di trattamento così rigidi da considerarli infattibili nella pratica clinica reale: il paziente coinvolto tipicamente è monosintomatico che si propone di sua volontà e la terapia manualizzata diventa così specifica e riduzionistica che cozza con quello che i terapeuti fanno nella realtà in modo più o meno involontario, ovvero usare un insieme di tecniche e interventi clinici misti fra i diversi approcci. Forti di queste motivazioni alcuni autori si discostano dall'uso dei trial randomizzati per sostenere la validità clinica di interventi più naturalistici che non mettono dei paletti a priori sul chi e sul come rispetto a un trattamento terapeutico. Il concetto alternativo che questi ultimi propongono è quello di efficienza (Seligman, 1995; Hoagwood et al.,

1995); ritorna centrale la rappresentatività clinica dei pazienti e dei clinici, non più le analisi in cerca di significatività statistiche (è utile ricordare come questa non per forza coincide con quella clinica).

Di nuovo ci si ritrova fra due posizioni molto lontane che ripercorrono in qualche modo i principi che stanno dietro alle differenze fra ricerca clinica ed extra-clinica, ma un ibrido di queste due modalità di ricerca e interpretazioni degli outcome può esistere. Idealmente quello che si potrebbe fare è l'unione della stabilità temporale e spaziale delle analisi statistiche, della manualizzazione ragionata delle psicoterapie, di un campionamento che si avvicini di più alla realtà dei pazienti rinunciando alla pretesa di introdurre nel mercato terapie declamate come rivoluzionarie e capaci di guarire tutti e tutte. Diventa adeguata l'immagine della coperta troppo corta che, se viene tirata da una parte o dall'altra, porterà ad avere una porzione sempre scoperta; allo stesso modo i ricercatori sono chiamati a scegliere cosa si vuole cercare e come lo si vuole fare integrando la validità interna a quella esterna (Castelnuovo, 2004).

La psicoanalisi oggi, fra critiche costruttive e pregiudizi

Il mondo della ricerca in psicoterapia è fatto di costrutti, metodologie, e tecniche statistiche che ci permettono di raggiungere dei risultati cumulativi e utili per le persone che vengono in terapia con una richiesta più o meno impellente di "aggiustare" la loro vita. Partendo da questo presupposto, e andato un po' oltre, è chiaro come tutti questi strumenti siano usati nella pratica quotidiana da persone inserite in un contesto storico-economico e con le proprie caratteristiche personologiche: desideri, idee, valori, modi di sentire e lavorare a volte completamente all'opposto. Questo in qualche modo si riversa nel modo di fare ricerca e nel parteggiare per uno o per l'altro approccio psicoterapeutico, il rischio di ignorare i risultati empirici e clinici di chi è diverso da sé è forte e spesso lo si vede da alcuni disegni di ricerca rimasti nella storia per le loro criticità (Migone, 1996).

Di seguito verranno elencate alcune critiche che ancora ad oggi si fanno alla psicoanalisi (Salkovskis & Wolpert, 2012): 1) non esistono prove empiriche relative all'efficacia delle terapie psicoanalitiche; 2) la psicoanalisi, non facendo diagnosi, è

inconciliabile con i servizi psichiatrici; 3) i trattamenti psicoanalitici sono eccessivamente e inutilmente lunghi; 4) dato che la psicoanalisi rifiuta il rimettere i propri metodi a verifica empiriche non è possibile includerla nei servizi pubblici come pratica di cura. Rimandando a Colli (2013) per i punti 1 e 3, ai fini del presente lavoro, risulta necessario concentrarsi sui 2 e 4, ovvero su cosa vuol dire ad oggi fare diagnosi e valutare i trattamenti, tramite strumenti che rispettino la natura specifica della famiglia dei trattamenti psicoanalitici/psicodinamici.

Spesso si sente dire che gli psicoanalisti non formulino diagnosi, ovvero non si inquadra dentro etichette verbali costruite ad hoc da altri specialisti il vissuto di sofferenza o difficoltà dei propri pazienti. Sebbene nella concezione generalista del grande pubblico questo sia diffuso e appurato, nella pratica clinica e di ricerca di molteplici gruppi psicoanalitici questo non è esattamente vero: la diagnosi a cui tendenzialmente si pensa è quella categoriale che si rifà a specifici criteri e codici usati nelle pratiche assicurative (non tanto in Italia, quanto negli Stati Uniti), quindi significa dare un nome specifico e una descrizione che vada bene a tutti. Se teniamo in mente questa (mis)concezione della diagnosi, allora possiamo dire con chiarezza che la psicoanalisi si rifiuta di cedere a queste risposte “facili” e preferisce rimanere sull’incertezza e sull’impossibilità di chiusura dovuto a un approccio dimensionale e idiografico: l’individuo è un essere in cambiamento che funziona o meno rispetto a una combinazione di fattori di personalità, cognitivo-affettivi, sociali e culturali che restituiscono una *Gestalt* più o meno adattiva, non data una volta per tutte ma in continua evoluzione. La diagnosi psicoanalitica è un processo aperto che mette insieme la raccolta dei sintomi e segni, processi teorici e di “carotaggio” (Semi, 1985), vissuti contro-transferali del clinico, sempre in un’ottica di descrizione profonda e specifica insatura rispetto ai vissuti consci riportati dal paziente. Diventa chiaro come il discorso su “diagnosi sì o diagnosi no” diventi più complesso e richieda un maggior approfondimento: in sintesi, ci si deve chiedere ancora una volta cosa vuol dire fare diagnosi e quali strumenti possono essere usati per rispettare l’individualità della sofferenza senza però ricadere nell’impossibilità di comunicare in modo oggettivo, verbale e interdisciplinare queste informazioni.

Il secondo punto di nostro interesse riguarda la valutazione delle terapie psicoanalitiche/psicodinamiche, e qui è utile ammettere le difficoltà intrinseche che questo approccio all’altro e al suo vissuto si porta dietro: i costrutti teorici sono

spesso divisi nella loro definizione e, di conseguenza, nella loro operazionalizzazione in termini di assessment e follow-up; il riduzionismo che la scienza comporta per valutare in modo chiaro e oggettivo risulta un ostacolo e un sacrificio rispetto al vissuto emotivo e implicito che intercorre fra clinico e paziente; la storia stessa e l'elitarismo degli psicoanalisti che si chiusero nei primi anni Novanta al confronto con altri approcci e discipline quali la statistica, la biologia, e successivamente, le neuroscienze, ha portato un ritardo importante rispetto alle agli altri approcci psicoterapeutici presenti nel mercato (Colli & Gagliardini 2018). Qualcosa è cambiato e gli sforzi dei vari gruppi di ricerca in Europa e Stati Uniti, basti pensare ai lavori di manualizzazione di Fonagy e collaboratori (2004), all'Infant Research (Beebe & Lachmann 2013), alla Developmental Psychopathology dei primissimi anni di vita (Stern, 2010), agli studi sull'attaccamento (Mikulincer & Shaver, 2010). Tutti questi ricercatori e ricercatrici sono accomunati da una concezione chiara: rispettare la natura psicoanalitica del proprio lavoro – dunque la focalizzazione sulla personalità, sul rapporto fra conscio e inconscio, sulla relazione come strumento cardine del cambiamento in terapia, sull'analisi dei meccanismi di difesa e di coping – in un'ottica moderna che cerchi di verificare e/o falsificare le proprie ipotesi usando test, inventari di personalità, strumentazioni di osservazioni diadica e triadica, interviste, proiettivi, supervisioni. In aggiunta, possiamo dire che sì la psicoanalisi si rimette al giudizio dei propri strumenti e costrutti teorici, e lo fa rispettando quella che è la propria natura dimensionale, idiosincratca, e relazionale.

Per concludere, si può dire che *la psicoanalisi in qualche modo riporta un po' di realtà clinica nel mondo della ricerca* in cui si usano strumenti di campionamento eccessivamente restrittivi rispetto alla rappresentatività della popolazione clinica reale; si pubblicano analisi significative dal punto di vista statistico, ma che nella realtà del vissuto soggettivo non apportano grandi cambiamenti in termini di miglioramento della vita dei pazienti; ci si rifà a terapie manualizzate quando nella pratica quotidiana si vede come i terapeuti siano molto più eclettici e divergenti rispetto all'etichetta tecnica con cui si riconoscono; c'è la presenza di diverse ricerche fatte ma non pubblicate perché "non riuscite" (file drawer effect), che limiterebbero l'efficacia della terapia agli occhi del mercato; si permette la partecipazione di terapeuti non formati adeguatamente o a cui vengono imposte delle limitazioni nella trattazione di contenuti intrapsichici e relazionali durante il

corso della terapia (Migone, 1996). “A volte non è oro tutto quello che luccica” è il detto che forse spiega meglio il modo in cui ci si dovrebbero avvicinare al mondo della ricerca in psicoterapia, con cautela e tenendo a mente che chi lavora in questo ambito sono persone con ideali, pregiudizi, bias, pressioni economiche e lavorative non indifferenti.

Lo studio del caso singolo: uno più uno non fa sempre due

La psicoanalisi, per come la intendeva Sigmund Freud, nasce legata in modo indissolubile al concetto di ricerca (Freud, 1926); tuttavia ad oggi i suoi “eredi” tendono a dimenticarselo o addirittura affermare il contrario. Partendo dalla distinzione fra ricerca clinica ed extra-clinica, Marianne Leuzinger-Bohleber (2018) vede il caso clinico come lo strumento cardine del fare ricerca rispettando la natura idiosincratica e profonda di una terapia psicodinamica che non si accontenta di trovare significatività su statistiche test, ma vuole andare a cogliere la natura qualitativa del cambiamento clinico. L’autrice continua suggerendo che è proprio da questo *punto forte* si deve costruire una metodologia capace di poter comunicare con il mondo della ricerca extra-clinica. Questo è possibile attraverso una formazione specifica di clinici che si occupano della propria pratica clinica e che sono disposti a condividere i propri successi o insuccessi, le supervisioni e le intervizioni che sempre più spesso si richiedono. Su questo ultimo punto è utile fare un accenno rispetto all’utilità informativa e trasformativa della relazione terapeutica o semplicemente di una valutazione diagnostica: il gruppo che diventa luogo di discussione, confronto e possibilità di “tenere a mente” il paziente in modo più integrato e complesso; e in modo simile lo strumento – la Defense Mechanism Rating Scale – diagnostico e di ricerca soggetto dei prossimi capitoli obbliga chi lo uso a condividere le proprie idee, impressioni e rappresentazioni per poter uscire dall’autoreferenzialità che possono nascere da alcune “macchie cieche”.

“*Uno più uno non fa sempre due*” è un’espressione provocatoria per intendere come in realtà l’uso del caso clinico può essere altamente utile a chi proviene da un modo di vedere la ricerca extra-clinica in modo scettico per le sue semplificazioni, riduzioni e schematizzazioni: è possibile mantenere la natura soggettivista e profonda, però facendo il passo successivo, creando una rete di

colleghi con cui condividere il proprio lavoro. Gli strumenti online come bacheche, forum e chat per ricercatori e clinici sono varie, e diventa facile pensare alla possibilità di poter unire i propri casi singoli (è implicito che debbano essere simili per il tipo di sofferenza, tecniche terapeutiche usate e metodologie di valutazione) per poter creare qualcosa di qualitativamente e quantitativamente più autorevole e informativo rispetto al semplice confronto qualitativo (Manca, 2018).

Cap. 2

Fare diagnosi con il PDM: comprendere le difese di una tassonomia di persone

La nascita del Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM), una piccola rivoluzione copernicana

Nel 2006, in un contesto medicalizzato e fortemente categoriale come quello conseguente all'impostazione nata dall'adozione del DSM come manuale diagnostico, Stanley Greenspan, Robert Wallerstein e Nancy McWilliams danno alla luce un'opera collettiva che ha lo scopo principale di ribaltare quest'egemonia cultura del creare uno spartiacque fra chi è "normale" e chi è "malato". Con la pubblicazione del primo manuale psicodinamico – il termine "psicoanalitico" viene diluito per risultare più accessibile e competitivo a livello di mercato (Stepansky, 2009) – e la risposta che i clinici di diverso orientamento clinico hanno dato è stato un primo passo verso la rinascita di alcuni concetti e prospettive tradizionalmente caratterizzanti la psicoanalisi. La maggiore praticità, il linguaggio accessibile, seppur impostato teoricamente, le descrizioni cliniche e la presenza di concettualizzazioni chiare e diffuse nel mondo della ricerca e della clinica hanno fatto sì che si avesse un'alternativa, o per meglio dire un'integrazione, rispetto alla rigidità delle categorie nosografiche del DSM e dell'ICD (McWilliams, 2011). Diverse sono state le review che hanno raccolto le opinioni dei clinici che per la prima volta hanno avuto strumenti come la Psychodiagnostic Chart (Gordon & Stoffey, 2014) e i Psychodynamic Diagnostic Prototypes (Gazzillo, Lingiardi & Del Corno, 2012) come facilitatori per operationalizzare il processo di assessment presenti nella versione aggiornata del 2017 a cura di Lingiardi e McWilliams. Gli approcci teorici che stanno dietro a queste due tipologie di manuale diagnostico risalgono agli inizi del '900: da una parte c'è il lavoro di Emil Kraepelin (1856 – 1926) che crea una delle prime classificazioni categoriali della schizofrenia (*Dementia praecox*, 1899), dall'altra c'è invece una visione che apre alla significazione personalistica del vissuto e vede il processo diagnostico come "tormento" del clinico (Jaspers, 1913). L'integrazione fra questi mondi è l'obiettivo che ha portato alla nascita di una task force che dialogasse continuamente tanto

con il mondo della ricerca quanto con le impressioni e le necessità dei clinici che si trovano a rispondere al bisogno di cura dei pazienti che vengono in terapia (Lingiardi et. al., 2015).

Studiare le difese per comprendere la personalità, una strada a ritroso

La psicoanalisi si è dovuta confrontare fin dalle sue origini con il concetto di difesa, e questo con il passare degli anni e con differenti contributi nati in seno alle diverse correnti di pensiero ha fatto sì che le definizioni e le concettualizzazioni ad oggi siano numerose; per un excursus storico si rimanda a Lingiardi e Madeddu (2002). Quello che accomuna tutti questi autori e autrici è l'importanza che la comprensione e il successivo lavoro sulle difese dei pazienti assume all'interno del processo terapeutico, sia nel breve periodo sia a lungo termine (McWilliams, 2011). Stessa concezione la ritroviamo negli autori del PDM-2, i quali inseriscono all'interno dell'asse del funzionamento mentale un'attenzione specifica alla valutazione del funzionamento difensivo attraverso strumenti come la Defensive Functioning Scale (DFS), la Vaillant Q-Sort, la Defense Mechanism Rating Scale (DMRS) e la versione Q-Sort. Questa è una delle dodici capacità la cui reciproca integrazione riesce a dare un'immagine complessiva del paziente e del suo funzionamento di personalità per poter avere in mente il paziente e lavorare sia sulla sintomatologia sia sui fattori di mantenimento del disturbo.

Di nostro interesse è l'uso della DMRS per l'analisi degli outcome di una terapia e la sua capacità di dare riscontro a cambiamenti sia quantitativi sia qualitativi attraverso indici di funzionamento difensivo globale (ODF), punteggi rispetto alla singole difese e il livello che caratterizza di più la persona. Strutturato secondo 7 livelli diversi, dal più immaturo al più maturo presenta 30 meccanismi di difesa (vedere tab. 1).

La pratica, un tentativo di comprendere un anno di terapia

La siglatura è stata fatta su 12 sedute registrate e sbobinate per intero di una terapia durata un anno, successivamente ad un corso formativo seguito online che

ha permesso l'ottenere la reliability di coppia con un altro studente di un corso di studi di secondo ciclo. Il lavoro si è organizzato inizialmente con una siglatura individuale per poi unire le diverse prospettive integrandole come prescrivono gli autori dello strumento nella versione italiana (Lingiardi, Madeddu, 2002), fino ad arrivare alla versione finale su cui si baseranno le discussioni e le conclusioni dei prossimi capitoli.

Struttura della DMRS (tab.1)	
Livello	Difese
1. Acting out	Aggressione passiva Acting Help reject complaining (ipocondriasi)
2. Difese borderline	Scissione dell'immagine di sé e degli altri Identificazione proiettiva
3. Difese del riconoscimento	Razionalizzazione Negazione Proiezione Fantasia autistica
4. Difese narcisistiche	Onnipotenza Idealizzazione Svalutazione
5. Difese nevrotiche	Rimozione Dissociazione Formazione reattiva Spostamento
6. Difese ossessive	Annullamento retroattivo Intellettualizzazione Isolamento affettivo
7. Difese mature	Altruismo Affiliazione Anticipazione Auto-osservazione Auto-affermazione Repressione

Cap. 3

Studio di un caso clinico: convalescenza dalla *sindrome di Grünbaum*

Obiettivi: partire dalla teoria per arrivare alla pratica

L'analisi del caso clinico dall'interesse di coniugare e integrare la riflessione qualitativa con la maggiore rigosità della ricerca quantitativa. Una prima descrizione numerica riguarda quello che ha caratterizzato il paziente in termini di stile difensivo, dunque quali difese si sono presentate maggiormente nelle sedute, mostra che, in ordine di frequenza, troviamo: razionalizzazione con il 18,3% (n= 63), aggressione passiva con il 13,4% (n= 46), svalutazione con il 13,1% (n= 45), intellettualizzazione con il 11,9% (n= 41); mentre per le altre difese meno frequenti si può consultare il

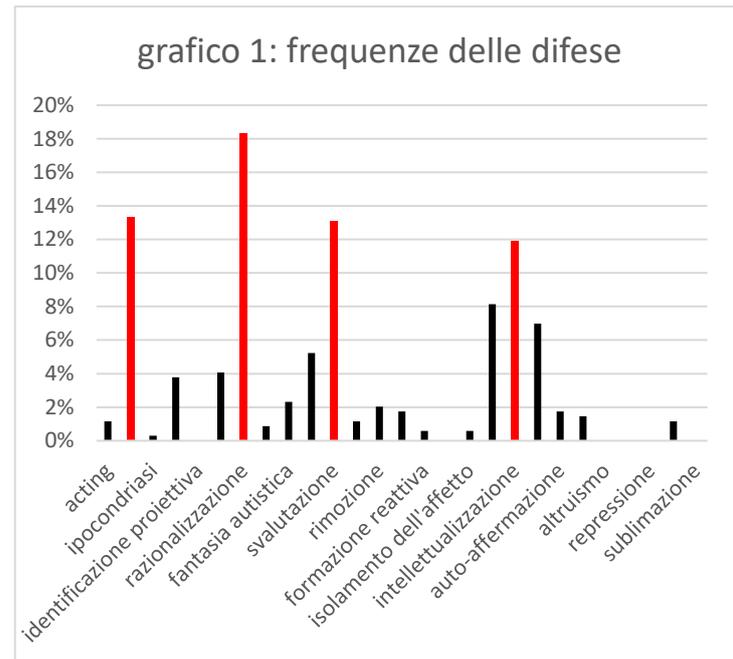


grafico a fianco. Tutte e quattro le difese più caratterizzanti appartengono a livelli, o cluster, diversi e in

modo diverso definiscono il nucleo di personalità del paziente e la sofferenza che lo ha portato in terapia. Nel corso di questo capitolo verrà

tab. 1: statistiche descrittive

Variabili	N	Minimo	Massimo	Media	Deviazione std.	Varianza
aggressione passiva	11	1	9	4,18	2,523	6,364
razionalizzazione	12	1	11	5,25	2,896	8,386
svalutazione	12	1	7	3,75	1,960	3,841
intellettualizzazione	11	1	7	3,73	1,679	2,818
auto-osservazione	11	1	5	2,18	1,537	2,364
auto-affermazione	5	1	2	1,20	,447	,200
totale difese	13	15	49	26,46	9,153	83,769
punteggio globale	13	3,000000000	5,660000000	4,126923077	,6989323360	,489
Numero di casi validi (listwise)	1					

analizzato il cambiamento in termini qualitativi e quantitativi rispetto alle analisi correlative e al punteggio difensivo globale. Altro obiettivo in termini qualitativi e descrittivi era quello di mettere insieme gli aspetti teorici dello strumento ideato da Perry (1990), e successivamente reso noto in ambito italiano da Lingiardi e Madeddu (2002), con la personalità e la storia personale del paziente. Per tale

ragione, di seguito verranno introdotte a livello teorico le difese e i cluster più significativi insieme ad esemplificazioni di difese siglate per accorciare il gap che a volte è presente fra clinica e ricerca (Safran et al., 2011).

Il primo livello come ordine di maturità sono le difese di acting out, ovvero un modo di gestire gli affetti attraverso una “scarica” immediata e senza una regolazione emotiva adeguata; a proposito di quest’ultimo costrutto, questi meccanismi di difesa vengono anche definiti come disregolazioni dell’azione proprio per la natura esplosiva o eccessivamente inibita (Lingiardi & Madeddu, 1994). Il primo è l’acting, secondo la definizione di Perry (1990) è presente [quando un individuo affronta i conflitti emotivi e le fonti interne o esterne di stress agendo senza riflettere o senza preoccuparsi delle possibili conseguenze negative]. Il paziente, per le sue caratteristiche di funzionalità e personalità ha avuto un numero trascurabile di questi agiti e spesso riguardanti azioni non dannose né per sé né per l’altro. Un esempio è:

T: Sì(..) Ee questo incontro di cui parlava? Come è stato proprio come momento, l’incontro con la mamma e il papà?

P: Ehm...cioè, in che senso come...

T: Sì, come-come si è sentito in quel momento a...

P: Ah bhe...//

T: Spiegare le sue ragioni...

P: beh allora devo dire che le mie ragioni le avevo già spiegate.

T:Mh

*P: Più che altro, ehm, quando ci siamo incontrati ho veramente messo in piazza tutto. Per esempio il fatto che io fossi venuto qua a chiedere dei consulti, non glie l’avevo mai detto. **ACTING OUT***

T: Ok

P: E mia sorella ha dovuto interrompere, ehm, un percorso psicoterapeutico che stava seguendo anche lei

Altra difesa presente una sola volta è l’ipocondriasi, nella letteratura originale help-reject complaining, ovvero l’uso di una o più lamentele nelle quali il soggetto chiede apparentemente aiuto, rifiutando in un secondo momento consigli, suggerimenti che possono promuovere la risoluzione del conflitto o problema concreto. Di base c’è un’incapacità di fidarsi totalmente della propria dipendenza rispetto a un oggetto che probabilmente in passato non è riuscito a soddisfare un bisogno della persona.

L’ultima difesa, che è collegata alla precedente per il tema della dipendenza e il rifiuto di essere “nelle mani” dell’altro, è l’aggressione passiva, la seconda più frequente all’interno delle sedute. Attraverso questa difesa [l’individuo affronta conflitti emotivi o fonti interne o esterne di stress esprimendo aggressività verso gli

altri in modo indiretto e passivo ... compare spesso quando al soggetto vengono richieste azioni o prestazioni autonome o quando qualcuno ha deluso il desiderio del soggetto di ricevere cure ...]. Coerentemente con il vissuto di separazione genitoriale e con la trascuratezza emotiva della sofferenza vissuta dal paziente e dalla sorella, non sorprende come sia la modalità elettiva per risolvere i conflitti interpersonali: da un lato si dimostra disponibile e raramente esprime le proprie emozioni in modo assertivo, mentre dall'altro tende ad auto-sabotarsi nella vita universitaria e sociale col gruppo dei pari. Un esempio è:

P: Più che altro, ehm, quando ci siamo incontrati ho veramente messo in piazza tutto. Per esempio il fatto che io fossi venuto qua a chiedere dei consulti, non glie l'avevo mai detto.

T: Ok

P: E mia sorella ha dovuto interrompere, ehm, un percorso psicoterapeutico che stava seguendo anche lei
T: Mmh.

*P: perché non ci sono più s-ha scelto lei di interromperlo perché i miei non gliel'hanno mai imposto, però lei per venire incontro alla mancanza di soldi, ha scelto di interromperlo. **AGGRESSIONE PASSIVA** Neanche questo lo, lo...era, era chiaro.*

Il successivo livello è quello delle difese "borderline", dunque la scissione e l'identificazione proiettiva, la cui presenza all'interno delle sedute è stata pressoché nulla (3,8% per quanto riguarda la prima e assenza completa per quanto riguarda la seconda). È importante focalizzarsi brevemente sulla scissione nel caso di questo paziente perché è la modalità elettiva nella rappresentazione della separazione fra i due genitori: in alcuni stralci l'oggetto materno è visto come totalmente benevolo, anche se non mancano alcune aggressioni passive, e vittima del padre, visto come il responsabile del malessere attuale e delle scarse condizioni economiche.

T: Ed-ed ha viaggiato? E' una cosa che ha avuto la possibilità di fare?

*P: Sì. Quando eravamo ancora una famiglia felice e contenta si **SCISSIONE**. Siamo andati molto in giro. Adesso mmm con...cioè l'unico problema è la mancanza di, di denaro fondamentalmente. Però se fosse per me io viaggerei molto.*

T: nel senso che, lei sta dicendo che il tenore di vita è molto cambiato in questi anni?

P: Ehm abbastanza sì. Sì, sì. Perché il procedimento giudiziale ha dei costi che, che sono abbastanza onerosi. Per esempio mia, mia madre adesso ha cominciato ad andare anche a stirare a casa delle persone

T: Mmh.

P: per guadagnare qualche soldo extra... ehm...

Il terzo cluster, quindi le difese del diniego, è quello più frequente con il 25,6% delle difese totali siglate (n=344), nello specifico: fantasia autistica con il 2,3%, proiezione con lo 0,9%, negazione con il 4,1% e razionalizzazione con il 18,3%. Le difese di questo livello hanno la funzione di escludere dalla coscienza agenti

stressanti, impulsi, idee e affetti spiacevoli o inaccettabili, con o senza erronea attribuzione di essi a cause esterne (Perry, 1990). Focalizzandosi sulla difesa preponderante, la razionalizzazione è definita [nell'uso di spiegazioni rassicuranti o utili, ma inesatte per il proprio o altrui comportamento... il soggetto fornisce una ragione fittizia, ma plausibile, per una data azione o impulso anche se una motivazione più egoistica o difficile da ammettere è evidente a un osservatore esterno]. Questa dinamica è molto importante, non solo per l'alta frequenza con cui si è presentata, ma perché a volte il paziente nega e sposta le attribuzioni di alcuni coinvolgimenti affettivi o responsabilità, come nel caso dei risultati accademici e relazionali. In alcune sedute era presente a breve distanza con la svalutazione o l'idealizzazione, e questo permetteva al paziente di mantenere intatta l'immagine di un Sé gonfiato narcisisticamente. Un esempio è:

T: ehm ad esempio, come è andata questa settimana con lo studio, con i libri, con la concentrazione?

*P: Ehm, non benissimo devo dire. Mmm, infatti stanno già cominciando a venirmi dei dubbi se dare o meno questo esame (lo dice ridendo), ehm, perché non mi sento assolutamente preparato, faccio molta fatica a, a finire il materiale e, e poi ho anche il tirocinio da fare **RAZIONALIZZAZIONE**. Poi lì ho avvisato la, la dottoranda che mi sta seguendo che comunque è stata, cioè che-che non sto molto bene, che quindi questo mi ehm dà dei problemi anche lavorativi, e lei comunque è stata molto disponibile, molto comprensiva e, e quindi è disposta a, a rispettare questo mio malessere **IDEALIZZAZIONE***

T: Sì, sì.

P: quindi da, da questo punto di vista non ho di che lamentarmi. Ehm il problema è appunto solo per mmm senso del dovere.

T: Sì.

P: Cioè mi sembra di essere un po' un fannullone ecco, ehm mi sembra di stare sprecando il mio tempo.

SVALUTAZIONE

Le difese narcisistiche raggiungono complessivamente il 19,5% di quelle totali, con differenze inter-cluster importanti: onnipotenza con l'1,2%, idealizzazione con il 5,3% e svalutazione con il 13,1%, rappresentando così la terza difesa più usata. Le modalità di espressione di quest'ultima sono diversificate perché possono riguardare sia un oggetto esterno, spesso il padre, sia se stessi con lo scopo di proteggersi rispetto a, per esempio, fallimenti relazionali o accademici. Sempre secondo la definizione originale di Perry, la [svalutazione comporta l'uso di affermazioni sprezzanti, sarcastiche o comunque negative, nei confronti di se stessi o degli altri al fine di accrescere l'autostima. ... I commenti negativi sugli altri, di solito nascondono un certo senso di vulnerabilità, vergogna o mancanza di valore che il soggetto sperimenta in prima persona quando esprime i propri desideri e si trova di fronte ai propri bisogni]. Tutto questo, con un ragionamento

tipico dei meccanismi inconsci, porta a una “scissione” dell’autostima esplicita ed implicita: da un lato affermo il mio disvalore agli altri, però nello stesso tempo cerco di rincuorarmi sapendo che in realtà il mio valore interno rimane intatto (Moè, 2014). Durante la siglatura collettiva ci è sembrato più volte di intravedere elementi narcisistici di tipo *covert* nel paziente, che se da un lato proteggevano l’immagine che il paziente aveva di sé, dall’altra ostacolavano il processo di mentalizzazione degli affetti e di un esame della realtà pienamente realistico e integrato. Alcuni esempi di queste difese sono quelle sopracitate.

Le difese nevrotiche, quinto livello di maturità secondo l’organizzazione gerarchica della DMRS, sono: rimozione, formazione reattiva, dissociazione e spostamento. Nel complesso la loro frequenza cumulata è trascurabile con il 4,4%, e il 2% (n=7) riguarda la rimozione, finalizzata all’escludere dalla coscienza ricordi, affetti o desideri indesiderati per la persona.

Il sesto livello, quello delle difese ossessive, risulta particolarmente caratterizzante lo stile difensivo del paziente con il 20,6% delle siglature complessive: escludendo l’isolamento dell’affetto con solo 2 occasioni nelle sedute di consultazione e restituzione, annullamento retroattivo (8,1%) e intellettualizzazione (11,9%) sono due fra le modalità difensive più ricorrenti e sistematiche durante il percorso di psicoterapia. Si definisce annullamento retroattivo la gestione di conflitti emotivi e interpersonali attraverso riparazioni simboliche per mezzo della parola o del comportamento, finalizzate a eliminare o negare l’affetto precedentemente dimostrato. Perry individua la sua funzione nel riuscire a rimuovere i sensi di colpa o la vergogna per aver espresso degli impulsi, desideri e idee inaccettabili per la persona. Si distingue dalla formazione reattiva, simile dal punto di vista della contrapposizione fra due affetti o idee e dalla formulazione, perché è più chiara la compresenza di questi ultimi mentre nella prima è necessario un passaggio di inferenza in più. Un esempio è:

P: E, e, e quindi, ehm, mi mette così, così a disagio il pensiero che domani sia il mio compleanno, perché se lo fa nei giorni tra virgolette normali, figuriamoci in occasioni così. Che da un certo punto di vista capisco anche perché non, non è così assurdo voler fare gli auguri a una persona duran...nel giorno del suo compleanno, ehm, però insomma, ho, ho un sacco di risentimento nei suoi confronti perché non ha ma capito la mia esigenza di, ehm, staccarmi da tutte le dinamiche che erano successe. Ehm (pausa) cioè, è come se lui mi volesse sempre ritrascinare nell’arena.

T: Mmh.

P: Ecco, insomma, poi per il resto, mmm, per domani mi aspetto che sia una bella giornata. Insomma ho, ho, ho chiamato i miei amici, la sera usciamo, ehm, una cosa tranquilla, andiamo a bere qualcosa, e quindi mi

aspetto di passare dei momenti piacevoli, ecco. (silenzio lungo) La storia della casa poi sta anche procedendo **ANNULLAMENTO RETROATTIVO**

T: Mmh!

P: è venuto il, il perito dalla banca a fare un attimo di, di misurazioni e quindi è tutto a posto e i...entro il 24 dicembre dobbiamo lasciare la casa, quindi manca anche poco tempo, dobbiamo impacchettare tutto, andare via...ed è una, una bellissima sensazione devo dire. **FORMAZIONE REATTIVA**

La storia personale del soggetto e il suo percorso di studi spiegano come in diverse occasioni il paziente cerchi di proteggersi dalla posizione di vulnerabilità che l'esprimere la propria sofferenza, insieme ai conflitti e le dinamiche interpersonali che la riguardano attraverso l'uso di spiegazioni astratte e teoriche rifacendosi alla conoscenza psicologica comune alla terapeuta. La funzione specifica riguarda il tentativo di allieviare il carico emotivo dell'affetto rimanendo sul piano astratto e dando motivazioni che cercano "di mettere tutti d'accordo", senza calarsi nella storia personale e nelle proprie emozioni ma rimanendo sull'impersonale e su costrutti teorici (psicologici nel caso di questo paziente). Un esempio è:

T: Cioè, ma non vuol dire che quello che lei ha vissuto non era vero.

P: (pausa lunga) (sospira) (difficoltà a rispondere) Mmm, mmm, beh, non autentico al cento per cento, mi sento di dire. Anche perché dai nostri colloqui stanno emergendo una serie di difficoltà, o comunque di imperfezioni, mi passi il termine, della mia persona che io personalmente credevo di aver superato. Ehm (pausa) invece adesso mi sento come se non le avessi superate, ma le avessi semplicemente messe dentro a un involucro, compresse lì, e adesso queste insicurezze sono esplose di nuovo. Insicurezze che però non se ne erano mai andate, quindi, ehm, mi sento come se avessi impostato non tutta la mia vita, chiaramente, ma gli ultimi anni, ehm, non so, penso a dopo il liceo, per dare

T: Mmh-mm.

P: un termine, ehm, come se avessi impostato il mio mondo su delle false sicurezze, ehm, su degli aspetti della mia personalità che credevo di possedere e che adesso mi, mi sembra di non avere più, o di non aver mai avuto, appunto. **SVALUTAZIONE** Mmm (pausa) e sicuramente il, lo, lo stravolgimento del rapporto con i miei, ehm, catalizza questo senso di insicurezza, questa messa in discussione del tutto. Perché, ehm, voglio dire, la relazione con i genitori penso sia quella più profonda, più...quella...la, la, la relazione primordiale, che, mmm, di cui tutti noi abbiamo esperienza. Ehm, e quindi vedere che, ehm, I, la relazione, con la R maiuscola, ehm, su cui poi...che mi ha dato le basi anche per impostare tutte le altre, ehm, e che io consideravo di un certo tipo, mmm, che questa relazione si è, si è distrutta, si è rivelata essere un'altra cosa, ehm...

INTELLETTUALIZZAZIONE

L'ultimo livello di cui si può parlare per la sua importanza clinica è forse il risultato di quello che è stato un processo di cura, o perlomeno di auto-conoscenza. Le difese cosiddette "mature" sono sette meccanismi di coping che hanno le basi nella capacità di auto-osservarsi, di usare le proprie capacità cognitive al servizio di sé e degli altri, di riuscire ad appoggiarsi agli altri pur rimanendo autonomi e tante altre ancora. Si vede un parallelismo fra questi meccanismi di difesa e le

capacità del funzionamento mentale che il PDM-2 (Lingiardi & McWilliams, 2017) inserisce all'interno dell'asse M, dunque su uno dei pilastri dell'assessment psicodinamica com'è stato pensato dagli autori sia della prima sia della seconda versione. Quattro sono le difese presenti e in qualche modo qualitativamente trasformative per l'andamento di questa breve terapia: umorismo, affiliazione, auto-affermazione e auto-osservazione. Il primo di questi è comparso da subito nelle sedute ed è stato uno dei meccanismi che all'inizio ha permesso di risolvere i conflitti e gli affetti indesiderati, lasciando il posto successivamente a difese più complesse e capaci di integrare l'esperienza cognitivo-affettiva con la memoria autobiografica, in un processo che ricalca l'affettività mentalizzata nella definizione di Jurist (2019). Un esempio è:

T: Che, però, sembra avere dei vantaggi, se non se lo vuole scrollare di dosso.

P: Eh, sì, sì, sì, insomma. come avevamo detto l'altra volta i vantaggi un po' ci sono.

T: Mmh!

P: Mmm, pessimi come vantaggi, li trovo molto brutti, però ci sono.

T: Beh, non, non così, non poi così brutti, forse.

P: S...cioè, sì, diciamo che il ricevere attenzioni

T: Eh!

*P: dagli altri fa sempre piacere, sì, assolutamente. Però, mmm, preferirei riceverle per altri motivi, ecco, diciamo così. In questo senso sono brutti vantaggi. Ehm, è chiaro sì che, che in tempo di carestia va bene tutto (ridono) **UMORISMO**, però, insomma, sarebbe mmm, più gratificante penso, riceverli per, per meriti piuttosto che per mancanze che ho in questo momento*

L'affiliazione, intesa come la capacità dell'individuo di appoggiarsi a un altro significativo per chiedere sostegno e aiuto, richiede la possibilità di affidarsi e ammettere la propria vulnerabilità all'altro (Bornstein, 2011). Un importante fattore di protezione all'interno del processo di separazione dei genitori è stata propria la sorella del paziente, con la quale è riuscito, grazie alle temporanee difficoltà, a stringere un legame più solido fatto di confidenze, sostegno reciproco sia per quanto riguarda i rispettivi percorsi terapeutici sia nella gestione dei conflitti familiari dovuti alle questioni legali. Insieme alla fidanzata, sono state le due persone più significative che hanno aiutato il paziente a procedere con la carriera universitaria e a promuovere l'uscita dalla condizione di solitudine che si era creata a causa dell'abbandono delle vecchie amicizie. Un esempio è:

P: Ehm, quindi penso che neanche lei abbia mai espresso quelle che sono le sue reali esigenze, ehm, io, io e mia sorella ci eravamo anche offerti di, ehm, aiutarla in questo senso

T: Mmh!

P: perché avevamo fatto un, un, un discorso tutti assieme, ehm, che era relativo un po' al tema del, dell'aiuto.

E mia sorella e io avevamo detto che l'unico modo per uscire da una situazione brutta come questa è, è

collaborare, quindi esprimere i, i propri bisogni e darsi una mano

T: Sì!

P: l'un l'altro. AFFILIAZIONE E, e lei diceva di condividere pienamente questo nostro pensiero di, di...cioè che si sarebbe impegnata per farlo, però di fatto non, non c'è questa cosa. Io e mia sorella comunichiamo molto di più rispetto a una volta, siamo molto più vicini, molto più uniti, e sempre più lontani da lei

L'auto-affermazione, ovvero il comportamento assertivo per raggiungere i propri obiettivi e bisogni o anche semplicemente per esprimere i propri affetti e idee, è stata una delle conquiste della terapia con una presenza costante nelle ultime sedute. I temi centrali sono stati il manifestare i propri bisogni, dunque difendendosi da alcune richieste sociali che lo avrebbero messo in difficoltà o fatto soffrire, come l'espressione della volontà di continuare il percorso terapeutico con la stessa psicoterapeuta anche dopo le dodici sedute. La riflessione clinica che è nata successivamente alla lettura di questi movimenti difensivi ha riguardato soprattutto il concetto di equilibrio, ovvero come diventa fondamentale per il benessere della persona conoscere i propri limiti e accettare anche la possibilità della perdita come strumento di protezione (Hayes, 2004). Un esempio è:

T: Ma, e dopo, quando ci ha ripensato il giorno dopo, da solo...

P: Mmh mmh.

T: ...che tipo di sentimenti aveva? Cioè, ripensando all'episodio, era tristezza, appunto, era rabbia, che in quel caso poteva riaffiorare, perché era da solo, non c'era più nessuno, o che cosa era?

P: No, sinceramente ho...anzi, mi sono, mi sono tranquillizzato, perché ero andato a dormire un po' con il senso di colpa, quando mi sono svegliato ho stemperato dicendo che avevo le mie ragioni, quindi non avevo alcun motivo per sentirmi in colpa.

T: Sì.

P: Che, anzi, cioè, mmm, da un certo punto di vista era anche bello che lui insistesse, perché voleva continuare a stare con me, voleva continuare la serata, ehm, però ho dovuto mettere un punto fermo, perché se no sarei stato male **AUTO-AFFERMAZIONE**

Ultima importante difesa e conquista della terapia, obiettivo storicamente appartenente alle "psicoterapie del profondo", è la capacità di auto-osservazione: Perry scrive che attraverso questo meccanismo di difesa [l'individua affronta conflitti emotivi e fonti di stress interne o esterne riflettendo sui propri pensieri, sentimenti, motivazioni e comportamenti. È in grado di "vedere se stesso come lo vedono gli altri" in circostanze interpersonali, ottenendo così di capire meglio le reazioni degli altri nei propri confronti]. Sebbene la caratteristica principale sia la conoscenza introspettiva dei propri contenuti mentali, non si può tralasciare i risvolti interpersonali che una buona mentalizzazione consegue in termini di cognizione e competenza sociale (Bateman & Fonagy, 2013). Un esempio è:

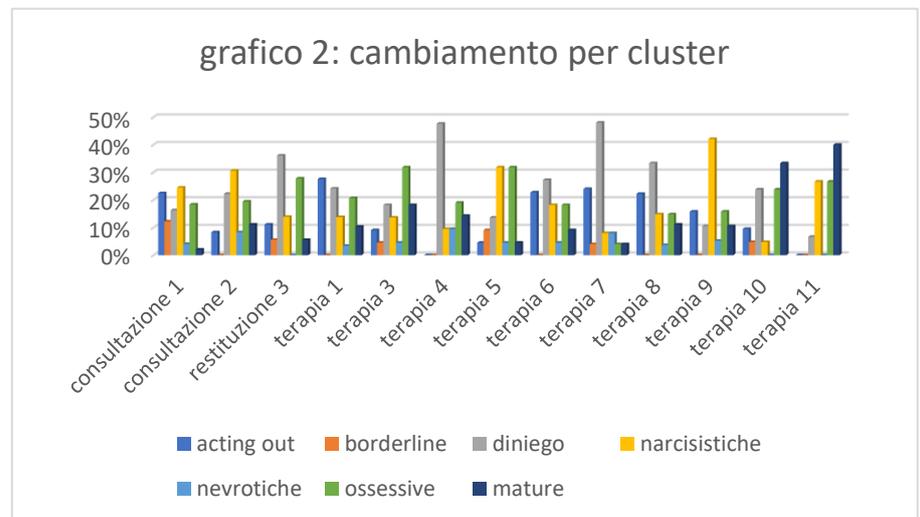
T: Ma nel senso che ha trovato delle persone che le piacerebbe conoscere, o magari sono anche persone che non le piacciono più di tanto, e quindi le va bene, le sta bene che i rapporti rimangano superficiali?

P: Ehm, beh, mm, parlando dei compagni di corso all'Università, sinceramente, mmm, non, non li ho conosciuti nemmeno quel tanto che mi basta per assegnarli o a un gruppo o all'altro. Invece per quanto riguarda le persone che, che già conosco, ehm...ehm, sì, a, a volte metto in dubbio il mio voler stare con loro, però, ehm, ho paura appunto che sia un, una, una volontà di affermare ehm, che, che io non, non sto bene, e devo non stare bene a tutti i costi. Devo stare da solo, devo non, non, non ho bisogno di nessuno, andate via tutti. Ehm... ananche perché poi, ehm, in, in questi, in questi giorni in cui sono un po' più giù di morale, diciamo, mi sento estremamente vulnerabile e, e, a...un pochino anche paranoico. Nel senso che leggo tutto come un, ehm, un, un, un movimento ai miei danni. Ehm, per esempio una, un episodio sciocco, sabato sera, ehm, non, non avevo voglia di uscire e quindi non ho sentito nessuno per uscire. Però non sono riuscito a evitare di sentirmi un po' escluso quando ho visto che comunque nessuno mi ha chiamato, nessuno mi ha cercato, ehm, cioè, se ci ripenso adesso è abbastanza assurdo, però in quel momento, ecco, mi, mi sentivo proprio, ehm, isolato, come se avessi bruciato tutti i ponti, tutte, tutti i legami che mi legano con le altre persone, in maniera irreversibile e irrecuperabile. **AUTO-OSSERVAZIONE** Ehm, ammetto anche che mi, mi infastidisca anche essere così vulnerabile, ehm...e, e, sì, il vedere di avere perso o di non aver addirittura mai avuto quella sicurezza e, e quell'indipendenza che credevo di aver conquistato. Ehm, se non altro, almeno con quello che stiamo facendo qui, ehm, vedo che devo...cioè, capisco che devo lavorare sulla cosa, non devo semplicemente metterci un panno sopra come ho fatto una volta. Ehm, e infatti, mmm, come, insomma, come passo concreto per esempio domani mi vedo con, con un mio amico e avevo intenzione di parlargli un pochino di questa cosa, in modo da chiedergli aiuto. Ehm...

Ipotesi: analizzare il cambiamento

Non avendo avuto la possibilità di somministrare test o avuto altre informazioni necessarie ad analisi statistiche più rigorose e raffinate, gli obiettivi sono stati perlopiù di tipo esplorativo; allo stesso modo le ipotesi che

ci siamo fatti sono state altrettanto generali. Per tale ragione, ci siamo concentrati sulla descrizione di come le difese si fossero presentate, della frequenza in termini percentuali dei cluster per capire se ci fosse qualche correlazione significativa con il punteggio difensivo globale. Dal grafico con le percentuali dei livelli si può notare come le difese afferenti all'acting out tendano nel complesso a diminuire progressivamente, e all'opposto le difese mature, coerentemente con le nostre aspettative sulla funzione di una terapia breve focalizzata su obiettivi a breve



termine come l'aumento delle capacità assertive e comunicative rispetto all'espressione dei propri affetti e bisogni all'interno delle relazioni (Speed et al., 2017).

tab. 2: correlazioni delle difese

Rho di Spearman			aggressione passiva	razionalizzazione	intellettualizzazione	auto-osservazione	auto-affermazione	totale difese	punteggio globale
aggressione passiva	Coefficiente di correlazione		1,000	,307	-,572	-,304	.	,563	-,849**
	Sign. (a due code)		.	,387	,108	,427	.	,071	,001
	N		11	10	9	9	4	11	11
razionalizzazione	Coefficiente di correlazione		,307	1,000	,102	-,394	-,775	,471	-,501
	Sign. (a due code)		,387	.	,779	,260	,225	,123	,097
	N		10	12	10	10	4	12	12
intellettualizzazione	Coefficiente di correlazione		-,572	,102	1,000	,000	-,258	,510	-,047
	Sign. (a due code)		,108	,779	.	1,000	,742	,109	,891
	N		9	10	11	9	4	11	11
auto-osservazione	Coefficiente di correlazione		-,304	-,394	,000	1,000	,258	-,113	,651*
	Sign. (a due code)		,427	,260	1,000	.	,742	,740	,030
	N		9	10	9	11	4	11	11
auto-affermazione	Coefficiente di correlazione		.	-,775	-,258	,258	1,000	-,707	,707
	Sign. (a due code)		.	,225	,742	,742	.	,182	,182
	N		4	4	4	4	5	5	5
totale difese	Coefficiente di correlazione		,563	,471	,510	-,113	-,707	1,000	-,640*
	Sign. (a due code)		,071	,123	,109	,740	,182	.	,018
	N		11	12	11	11	5	13	13
punteggio globale	Coefficiente di correlazione		-,849**	-,501	-,047	,651*	,707	-,640*	1,000
	Sign. (a due code)		,001	,097	,891	,030	,182	,018	.
	N		11	12	11	11	5	13	13

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

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

tab. 3 : correlazioni dei cluster

Rho di Spearman			acting out	narcisistiche	mature	borderline	diniego	nevrotiche	ossessive	punteggio_globale
acting out	Coefficiente di correlazione		1,000	,283	-,464	,145	,455	,272	,086	-,895**
	Sign. (a due code)		.	,348	,110	,636	,118	,368	,780	,000
	N		13	13	13	13	13	13	13	13
narcisistiche	Coefficiente di correlazione		,283	1,000	-,401	,147	-,117	,233	,447	-,257
	Sign. (a due code)		,348	.	,175	,632	,703	,443	,126	,397
	N		13	13	13	13	13	13	13	13
mature	Coefficiente di correlazione		-,464	-,401	1,000	-,460	-,296	-,347	-,014	,744**
	Sign. (a due code)		,110	,175	.	,114	,327	,245	,963	,004
	N		13	13	13	13	13	13	13	13
borderline	Coefficiente di correlazione		,145	,147	-,460	1,000	,172	-,082	,599*	-,181
	Sign. (a due code)		,636	,632	,114	.	,574	,791	,031	,555
	N		13	13	13	13	13	13	13	13
diniego	Coefficiente di correlazione		,455	-,117	-,296	,172	1,000	,387	,123	-,553*
	Sign. (a due code)		,118	,703	,327	,574	.	,192	,688	,050
	N		13	13	13	13	13	13	13	13
nevrotiche	Coefficiente di correlazione		,272	,233	-,347	-,082	,387	1,000	-,072	-,398
	Sign. (a due code)		,368	,443	,245	,791	,192	.	,816	,178
	N		13	13	13	13	13	13	13	13
ossessive	Coefficiente di correlazione		,086	,447	-,014	,599*	,123	-,072	1,000	,087
	Sign. (a due code)		,780	,126	,963	,031	,688	,816	.	,778
	N		13	13	13	13	13	13	13	13
punteggio_globale	Coefficiente di correlazione		-,895**	-,257	,744**	-,181	-,553*	-,398	,087	1,000
	Sign. (a due code)		,000	,397	,004	,555	,050	,178	,778	.
	N		13	13	13	13	13	13	13	13

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

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

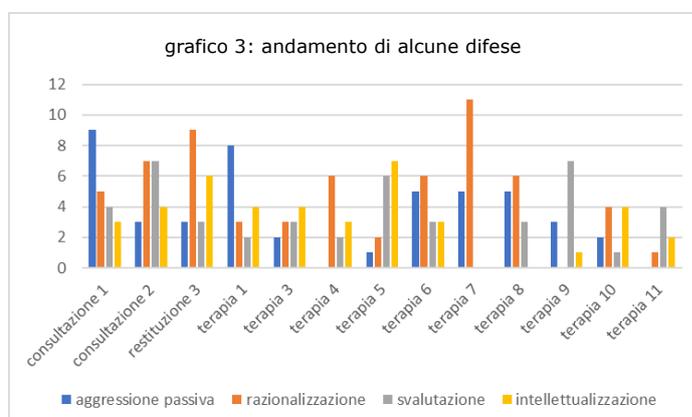
Altro dato coerente con queste considerazioni sono le correlazioni basate su ranghi (rho di Spearman), fra i cluster e il punteggio globale difensivo – il quale

varia da 1 a 7 – molto significative per quanto riguarda l'acting out con $-.085$ e le difese mature con $.744$. Approfondendo le singole difese risultano ancora significative l'aggressione passiva con $-.849$ e l'auto-osservazione con $.651$, due delle difese maggiormente caratterizzanti il percorso terapeutico intrapreso dal paziente e che in qualche modo rappresentano il punto di partenza e quello raggiunto.

tab 4: cambiamento del funzionamento difensivo			
sedute	totale difese	punteggio ponderato	punteggio globale di maturità
consultazione 1	49	166	3,38
consultazione 2	36	156	4,33
restituzione 3	36	141	3,91
terapia 1	29	107	3,68
terapia 3	22	103	4,68
terapia 4	21	93	4,42
terapia 5	22	96	4,32
terapia 6	22	82	3,72
terapia 7	25	75	3
terapia 8	27	99	3,6
terapia 9	19	78	4,1
terapia 10	21	102	4,85
terapia 11	15	85	5,66

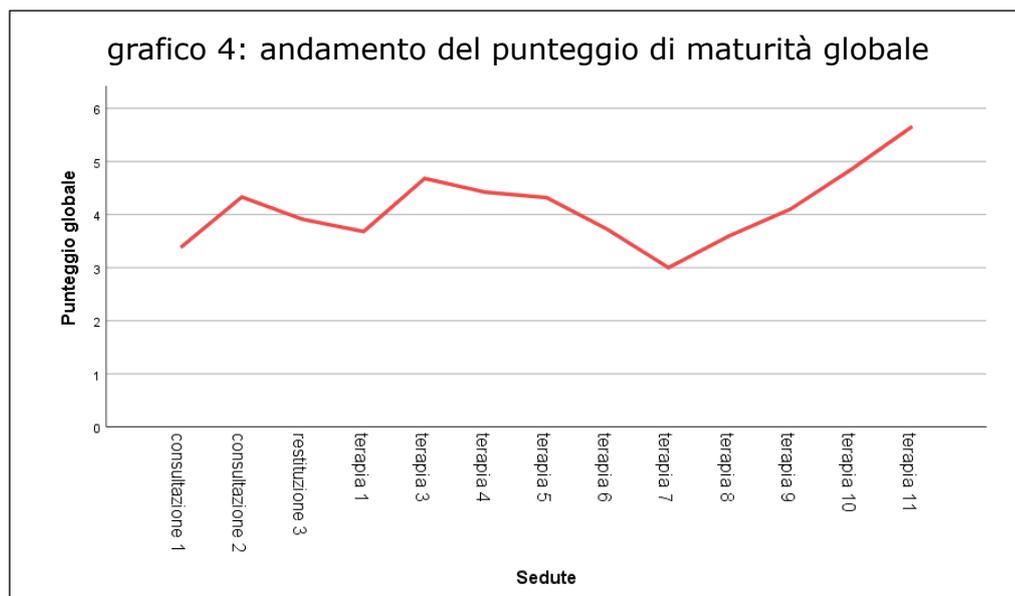
Le altre difese di cui abbiamo discusso nello scorso paragrafo non risultano correlare in modo significativo come ci aspettavamo, e forse i grossi limiti nella numerosità campionaria delle sedute e, dunque delle siglature, possono aver inciso sulla relazione con il punteggio globale. Per completezza riportiamo il grafico per sottolineare come anche l'uso di queste durante il corso della terapia sia cambiato.

Ultima considerazione che si potrebbe fare a partire dai dati è l'andamento del punteggio globale, calcolato come media fra le singole difese pesate per un valore fisso che varia da 1 a 7 o come il rapporto fra il punteggio ponderato e il totale delle difese per ciascuna difesa, il quale tende sempre



al miglioramento ad eccezione di un peggioramento sintomatico concomitante alla discussione di alcune tematiche nucleari del paziente: i fattori di mantenimento

della condizione di sofferenza individuati nei vantaggi secondari come la maggior attenzione da parte delle figure genitoriali, l'accettazione di un'immagine di sé fallibile e non irrealisticamente e narcisisticamente fondata, la presa di consapevolezza e l'integrazione fra un passato e un presente inizialmente scisso che ora può ritornare ad essere narrato in modo più realistico, la riassegnazione di responsabilità all'interno della vicenda della separazione fra la madre (oggetto totalmente buono all'inizio della terapia) e il padre (oggetto totalmente cattivo). Questi temi trovano spazio in una chiusura cognitiva e affettiva nelle ultime sedute per poi riconsegnare al paziente alla fine del percorso qualcosa su cui lavorare in modo autonomo o magari seguito da un altro clinico successivamente, come generalizzazione della regola della reciprocità di Semi (1985).



Conclusioni

Lo scopo di questo studio: conoscere la personalità per poter intervenire sul disturbo

Le diverse forme di terapia che si riconoscono nella macro-categoria delle psicoterapie di orientamento psicodinamico e psicoanalitico hanno come impostazione concettuale la lettura dei sintomi e dei segni dei pazienti all'interno di un contesto più ampio e onnicomprensivo: la personalità. Genericamente (De Beni et al., 2008), la si può intendere come l'insieme di predisposizioni temperamentali, stili cognitivi e affettivi, interessi e tutto quello che riguarda la propria modalità di approcciarsi al mondo e agli altri. In parte influenzata da aspetti biologici e in parte co-costruita attraverso le interazioni ripetute con l'ambiente di vita materiale e interpersonale, la sua formazione e stabilizzazione si colloca dall'adolescenza; dunque la personalità è un insieme di modalità di elaborazione e reazione a stimoli interni ed esterni emotigeni, tra cui quelle che definiscono lo stile difensivo. La letteratura italiana (Di Giuseppe, Lingiardi & Perry, 2019) ed internazionale (Hersoug, 2004) si è concentrata nel valutare come l'andamento difensivo, inteso anche in termini di maturità/immatunità, variasse nel corso dello sviluppo e come alcuni pattern di difese fossero maggiormente presenti in determinate conformazioni di personalità, utilizzando lo strumento statistico della correlazione. I risultati di questo studio hanno confermato come ci sia effettivamente un uso più frequente delle difese mature, un punteggio di funzionamento difensivo più alto correlato a un valore di funzionamento globale della personalità, valutato attraverso la versione per adolescenti della SWAP-200 (Westen, Dutra & Shedler, 2005). Allo stesso modo è stata confermata la presenza di differenze significative sia per genere sia per età, che non rimane solo come conoscenza fine a se stessa, al contrario potrebbe essere usata dai clinici per proporre interventi ad hoc per prevenire alcune esiti di sviluppo.

Un esempio per spiegare quello che intendo: in una società fondata su una matrice patriarcale che fin dalla culla influenza il modo di interazione dei genitori nei confronti dei figli maschi in modo meno comunicativo ed emotivo, si spiega perfettamente l'uso preponderante dei ragazzi di usare difese ossessive, ovvero quei meccanismi che permettono di distanziarsi dalle proprie emozioni e usare il

pensiero logico-razionale per spiegare il proprio mondo interiore. Per dare un'idea più chiara, Wilhelm Reich (1897-1957), attraverso una metafora fortunata, li definiva "macchine viventi"; si potrebbe ipotizzare come l'apprendimento di tale modalità di vivere la propria mente diventa fattore di rischio: la maggior parte delle ricerche epidemiologiche concordano per un rapporto molto più sbilanciato verso le donne per quanto riguarda disturbi come ansia e depressione, in senso contrario è concorde nel sottolineare come il tasso di suicidi e l'abuso di alcool e altre droghe sia presente maggiormente negli uomini (Addis, 2013).

Insieme a questo studio, la letteratura presenta diversi casi studio di terapie di singoli o coppie di pazienti che analizzano gli outcome individuati nella riduzione sintomatica e il funzionamento di personalità più adattivo in relazione all'andamento difensivo, e sono concordi nell'evidenziare la stretta relazione fra le due (in ambito italiano: Conversano, Di Giuseppe & Lingiardi, 2023; Di Riso, Gennaro & Salcuni, 2015). Altro disegno di ricerca originale per la letteratura attualmente presente è l'analisi delle difese maggiormente usate da un gruppo di adolescenti ad alto rischio per quanto riguarda lo sviluppo di psicosi (Boldrini et al., 2020), infatti la DMRS prevede anche l'individuazione di difese *a parte* racchiuse nel gruppo della cattiva o mancata regolazione difensiva: diniego psicotico, distorsione psicotica e proiezione delirante (Perry, 1990).

Lo starter pack per l'assessment dello stile difensivo: DMRS-Q Sort e DMRS-30-SR

Pienamente consapevoli del tempo necessario che l'applicazione della DMRS originale richiede fra registrazione, trascrizione integrale e siglatura di ogni seduta, sono stati costruiti e validati alcuni strumenti che condividono il background teorico e l'impostazione operativa. Il fine è quello di snellire i tempi di valutazione ed essere maggiormente fruibile dai clinici che si trovano ad avere diversi terapie in contemporaneo che impedirebbero l'uso della DMRS per com'è stata pensata da Perry e collaboratori.

Il primo fra questi è la versione q-sort con 150 item da inquadrare in 7 livelli in ordine di maggiore caratterizzazione dello stile difensivo del paziente, queste espressioni sono scritte in modo generico e riguardano stati mentali, dinamiche

interpersonali, espressioni verbali e non, modalità di coping e comportamenti tipici (Di Giuseppe et al., 2014). Elemento tipico, e qualitativamente utile per “tenere in mente” il paziente, di questi strumenti è la presenza di una descrizione costruita sugli item più importanti, in questo caso, definito Defensive Profile Narrative (DPN).

Il secondo strumento, quello che potrebbe permettere un uso su campioni ampi e dunque permettere di costruire disegni di ricerca più economici e risolutivi in termini quantitativi, è la versione self-report contenente 30 item scelti fra quelli che descrivevano meglio la funzione di ciascun meccanismo di difesa. L'unica differenza è la fusione di svalutazione e idealizzazione, insieme alla scissione del sé e dell'oggetto, mentre è stato aggiunto un item in più per aggressione passiva e dissociazione per descrivere particolari forme di manifestazione (Prout et al., 2022).

Bibliografia

- Addis, M. E. (2013). *Emozioni invisibili: Silenzio e vulnerabilità maschile*. Giunti.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2006). *Il trattamento basato sulla mentalizzazione. Psicoterapia con il paziente borderline*.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). Mentalization-Based treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), 36–51. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.1.36.32772>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality Disorder: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156(10), 1563–1569. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.10.1563>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2013). Mentalization-Based treatment. *Psychoanalytic Inquiry*, 33(6), 595–613. <https://doi.org/10.1080/07351690.2013.835170>
- Becker, A., & Lukka, K. (2022). Instrumentalism and the publish-or-perish regime. *Critical Perspectives on Accounting*, 102436. <https://doi.org/10.1016/j.cpa.2022.102436>
- Beebe, B., & Lachmann, F. M. (2013). *Infant research and adult treatment: Co-constructing Interactions*. Routledge.
- Boldrini, T., Lo Buglio, G., Giovanardi, G., Lingiardi, V., & Salcuni, S. (2020). Defense mechanisms in adolescents at high risk of developing psychosis: An empirical investigation. *Research in Psychotherapy*, 23(1). <https://doi.org/10.4081/ripppo.2020.456>
- Bornstein, R. F. (2011). An Interactionist Perspective on Interpersonal Dependency. *Current Directions in Psychological Science*, 20(2), 124–128. <https://doi.org/10.1177/0963721411403121>
- Castelnuovo, G., Faccio, E., Molinari, E., Nardone, G., & Salvini, A. (2004). A critical review of empirically supported treatments (ESTs) and common factors perspective in psychotherapy. *Brief Strategic and Systemic Therapy European Review*, 1(27), 208-224.
- Colli, A. (2013). La ricerca empirica in psicoanalisi e psicoterapia dinamica può essere utile alla pratica clinica svolta nei servizi di salute mentale?
- Colli, A., & Gagliardini, G. (2018). La ricerca empirica in psicoanalisi può contrastare la narrazione dominante del movimento delle psicoterapie basate sull'evidenza. *Rivista di Psicoanalisi*, 44(2), 387-405.

- Conversano, C., Di Giuseppe, M., & Lingiardi, V. (2023). Case report: Changes in defense mechanisms, personality functioning, and body mass index during psychotherapy with patients with anorexia nervosa. *Frontiers in Psychology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1081467>
- Cutler, J. L., Goldyne, A., Markowitz, J. C., Devlin, M. J., & Glick, R. A. (2004). Comparing Cognitive Behavior Therapy, Interpersonal Psychotherapy, and Psychodynamic Psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 161(9), 1567–1573. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.9.1567>
- De Beni, R., Carretti, B., Moe, A., & Pazzaglia, F. (2008). Psicologia della personalità e delle differenze individuali (pp. 1-229). *Il mulino*.
- Di Giuseppe, M., Gennaro, A., Lingiardi, V., & Perry, J. C. (2019). The role of defense mechanisms in emerging personality disorders in clinical adolescents. *Psychiatry*, 82(2), 128–142. <https://doi.org/10.1080/00332747.2019.1579595>
- Di Giuseppe, M., Perry, J. C., Petraglia, J., Janzen, J., & Lingiardi, V. (2014). Development of a q-sort version of the defense mechanism rating scales (DMRS-Q) for clinical use. *Journal of Clinical Psychology*, 70(5), 452–465. <https://doi.org/10.1002/jclp.22089>
- Di Riso, D., Gennaro, A., & Salcuni, S. (2015). Defensive mechanisms and personality structure in an early adolescent boy: Process and outcome issues in a non-intensive psychoanalytically oriented psychotherapy. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 18(2). <https://doi.org/10.4081/ripppo.2015.176>
- Eysenck H.J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16: 319-324
- Freud S. (1926). Il problema dell'analisi condotta da non medici. Conversazione condotta con un interlocutore imparziale. Poscritto del 1927. OSF, 10 (1924.1929). Torino, *Bollati Boringhieri*, 1987.
- Gazzillo, F., Lingiardi, V., & Del Corno, F. (2012). Towards the validation of three assessment instruments derived from the PDM P Axis: The psychodynamic diagnostic prototypes, the Core Preoccupations Questionnaire and the Pathogenic Beliefs Questionnaire. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 265, 31–45.

- Goldfried, M. R. (2010). The future of psychotherapy integration: Closing the gap between research and practice. *Journal of Psychotherapy Integration*, 20(4), 386–396. <https://doi.org/10.1037/a0022036>
- Gordon, R. M., & Stoffey, R. W. (2014). Operationalizing the psychodynamic diagnostic manual: a preliminary study of the psychodiagnostic chart. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 78(1), 1-15.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639–665. [https://doi.org/10.1016/s0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(04)80013-3)
- Hersoug, A. G. (2004). Assessment of therapists' and patients' personality: Relationship to therapeutic technique and outcome in brief dynamic psychotherapy. *Journal of Personality Assessment*, 83(3), 191–200. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8303_03
- Hoagwood, K., Hibbs, E., Brent, D., & Jensen, P. (1995). Introduction to the special section: Efficacy and effectiveness in studies of child and adolescent psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(5), 683–687. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.63.5.683>
- Jacobson, N. S., & Christensen, A. (1996). Studying the effectiveness of psychotherapy: How well can clinical trials do the job? *American Psychologist*, 51(10), 1031–1039. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.51.10.1031>
- Jaspers, K. (1913). *Allgemeine Psychopathologie [General Psychopathology]*. Berlin, Germany: Springer-Verlag. (Tr. Eng. Johns Hopkins University Press, Reprint ed., November 1997).
- Leichsenring, F. (2005). Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? A review of empirical data. *The International Journal of Psychoanalysis*, 86(3), 841–868. <https://doi.org/10.1516/rfee-lkpn-b7tf-kpdu>
- Leichsenring, F., Ablon, S., Barber, J. P., Beutel, M., Gibbons, M. B. C., Crits-Christoph, P., Klein, S., Leweke, F., Steinert, C., Wiltink, J., & Salzer, S. (2015). Developing a prototype for short-term psychodynamic (supportive-expressive) therapy: An empirical study with the psychotherapy process Q-set. *Psychotherapy Research*, 26(4), 500–510. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1051160>

- Leichsenring, F., Rabung, S., & Leibing, E. (2004). The Efficacy of Short-term Psychodynamic Psychotherapy in Specific Psychiatric Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 61(12), 1208. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.12.1208>
- Leuzinger-Bohleber, M. (2018). Concepts of empirical and clinical research in psychoanalysis and neuropsychodynamic psychiatry. In *Neuropsychodynamic psychiatry* (pp. 563–578). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-75112-2_28
- Lingiardi, V., & Fabio, M. (1994). I meccanismi di difesa: teoria clinica e ricerca empirica. In *I meccanismi di difesa: teoria clinica e ricerca empirica*. Raffaello Cortina.
- Lingiardi, V., & McWilliams, N. (Eds.). (2017). *Psychodynamic diagnostic manual: PDM-2*. Guilford Publications.
- Lingiardi, V., McWilliams, N., Bornstein, R. F., Gazzillo, F., & Gordon, R. M. (2015). The psychodynamic diagnostic manual version 2 (PDM-2): Assessing patients for improved clinical practice and research. *Psychoanalytic Psychology*, 32(1), 94–115. <https://doi.org/10.1037/a0038546>
- Manca, S. (2018). ResearchGate and Academia.edu as networked socio-technical systems for scholarly communication: A literature review. *Research in Learning Technology*, 26. <https://doi.org/10.25304/rlt.v26.2008>
- McWilliams, N. (2011). The Psychodynamic diagnostic manual: An effort to compensate for the limitations of descriptive psychiatric diagnosis. *Journal of Personality Assessment*, 93(2), 112–122. <https://doi.org/10.1080/00223891.2011.542709>
- Migone, P. (1996). La ricerca in psicoterapia: storia, principali gruppi di lavoro, stato attuale degli studi sul risultato e sul processo. *Rivista Sperimentale di Freniatria e Medicina Legale delle Alienazioni Mentali*, Vol. 120 (No. 2, 1006), pp. 182-238.
- Migone, P. (2001). La dicotomia tra clinica e ricerca in psicoterapia: due scienze separate? *Il Ruolo Terapeutico*, 2001, 88: 57-64
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2010). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. Guilford Publications.
- Moè, A. (2014). *Autostima: che cosa è, come si coltiva*. Gius. Laterza & Figli Spa.

- Nancy McWilliams (2011) The Psychodynamic Diagnostic Manual: An Effort to Compensate for the Limitations of Descriptive Psychiatric Diagnosis, *Journal of Personality Assessment*, 93:2, 112-122, DOI: 10.1080/00223891.2011.542709
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2010). What works for whom: Tailoring psychotherapy to the person. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 127–132. <https://doi.org/10.1002/jclp.20764>
- Perry, J. C. (1990). *Defense Mechanism Rating Scales (DMRS)* (5th ed.). Cambridge, MA: Author.
- Prout, T. A., Di Giuseppe, M., Zilcha-Mano, S., Perry, J. C., & Conversano, C. (2022). Psychometric properties of the defense mechanisms rating scales-self-report-30 (DMRS-SR-30): Internal consistency, validity and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 1–11. <https://doi.org/10.1080/00223891.2021.2019053>
- Rabung, S., & Leichsenring, F. (2011). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: First meta-analytic evidence and its discussion. *In Psychodynamic psychotherapy research* (pp. 27–49). Humana Press. https://doi.org/10.1007/978-1-60761-792-1_3
- Safran, J. D., Abreu, I., Ogilvie, J., & DeMaria, A. (2011). Does psychotherapy research influence the clinical practice of researcher-clinicians? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18(4), 357–371. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2011.01267.x>
- Salkovskis, P., & Wolpert, L. (2012). Does psychoanalysis have a valuable place in modern mental health services? No. *BMJ*, 344(feb20 1), Articolo e1188-e1188. <https://doi.org/10.1136/bmj.e1188>
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The consumer reports study. *American Psychologist*, 50(12), 965–974. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.50.12.965>
- Semi, A. A. (1985). *Tecnica del colloquio*. Raffaello Cortina Editore.
- Speed, B. C., Goldstein, B. L., & Goldfried, M. R. (2017). Assertiveness training: A forgotten evidence-based treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 25(1), Articolo e12216. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12216>
- Stepansky, P. E. (2009). *Psychoanalysis at the margins*. New York, NY: Other Press.

- Stern, D. N. (2010). *Forms of vitality: Exploring dynamic experience in psychology, the arts, psychotherapy, and development.* Oxford University Press, USA.
- Tondi, F. (2019). Elliot L. Jurist, Tenere a mente le emozioni. La mentalizzazione in psicoterapia. Trad. di Marianna Liotti. Milano: *Raffaello Co. Psicoterapia e Scienze Umane*, 53(1), 181-182.
- Westen, D., Duttra, L., & Shedler, J. (2005). Assessing adolescent personality pathology. *British Journal of Psychiatry*, 186, 227–238. doi:10.1192/bjp.186.3.227