

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di laurea magistrale in

PSICOLOGIA CLINICO-DINAMICA



**Meccanismi di difesa e controtransfert: un'analisi effettuata con la Defense Mechanism Rating Scale e il Countertransference Behavior Measure**

Defense mechanisms and countertransference: an analysis carried out with the Defense Mechanism Rating Scale and the Countertransference Behavior Measure

*Relatore:* **Prof. Diego Rocco**

*Laureanda:* **Sara Dall'Oglio**  
*Matricola:* **2015593**

Anno Accademico 2021/2022



*A tutte le persone che soffrono dentro,  
che possano avere il coraggio di chiedere aiuto e  
qualcuno pronto ad ascoltarle*

# INDICE

<b>INTRODUZIONE</b>	<b>6</b>
<b>CAPITOLO 1: ACCENNI DI STORIA DELLA RICERCA IN PSICOTERAPIA, MECCANISMI DI DIFESA E CONTROTRANSFERT</b>	<b>7</b>
<b>1.1 I diversi tipi di ricerca in psicoterapia</b>	<b>8</b>
1.1.1 La ricerca sull'outcome (outcome research)	8
1.1.2 I fattori comuni	10
1.1.3 La ricerca sul processo	12
1.1.4 La ricerca process-outcome	13
1.1.5 I disegni single-case, i Random Clinical Trials (RCT) e gli Open Trial	14
<b>1.2 I meccanismi di difesa</b>	<b>15</b>
1.2.1 Sigmund Freud	16
1.2.2 Anna Freud	17
1.2.3 Melanie Klein	19
1.2.4 Otto Kernberg	19
1.2.5 Heinz Kohut	21
1.2.6 Donald Winnicott	22
1.2.7 John Bowlby e Peter Fonagy	22
1.2.8 Ricerca nel campo delle difese psichiche: difficoltà e strumenti	23
<b>1.3 Il Controtransfert</b>	<b>26</b>
<b>1.4 Obiettivo della ricerca</b>	<b>33</b>
<b>CAP. 2 IL METODO</b>	<b>34</b>
<b>2.1 Gli strumenti</b>	<b>34</b>
2.1.1 La Defense Mechanism Rating Scale	34
2.1.2 Il Countertransference Behavior Measure	41
<b>1.2 Il campione</b>	<b>43</b>
<b>1.3 La procedura</b>	<b>44</b>

<b>1.4 Le ipotesi</b>	<b>45</b>
<b>CAP. 3 I RISULTATI</b>	<b>48</b>
<b>3.1 Paziente 1</b>	<b>48</b>
<b>3.2 Paziente 2</b>	<b>51</b>
<b>3.3 Paziente 3</b>	<b>54</b>
<b>3.4 Paziente 4</b>	<b>56</b>
<b>3.5 Paziente 5</b>	<b>59</b>
<b>3.6 Paziente 6</b>	<b>62</b>
<b>3.7 Paziente 7</b>	<b>65</b>
<b>3.8 Sintesi dei risultati</b>	<b>68</b>
<b>CAP 4. DISCUSSIONE E CONCLUSIONE</b>	<b>70</b>
<b>4.1 Discussione</b>	<b>70</b>
<b>4.2 Conclusioni</b>	<b>81</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>84</b>
<b>RINGRAZIAMENTI</b>	<b>96</b>

## INTRODUZIONE

Questa tesi si propone di descrivere, nei dettagli, un lavoro di ricerca svolto allo scopo di indagare la relazione esistente tra meccanismi di difesa nei pazienti e comportamenti controtransferali nei terapeuti. Il campione su cui si è svolto questo studio era costituito da 7 studenti universitari, tutti pazienti del Servizio di Assistenza Psicologica (SAP) dell'Università di Padova. Per ogni paziente, in particolare, sono state prese in considerazione le prime tre sedute di consultazione.

Nella prima parte di questo elaborato verranno forniti alcuni accenni teorici riguardanti la storia della ricerca in psicoterapia e verranno descritti i concetti chiave di questo lavoro: “meccanismo di difesa” e “controtransfert”. In questa sezione verranno presentati, inoltre, gli studi e la letteratura su cui poggia il seguente lavoro di ricerca.

Secondariamente, verrà fornita una spiegazione accurata dei due strumenti utilizzati in questo studio: la “Defense Mechanism Rating Scale” e il “Countertransference Behavior Measure”, del campione su cui si basa la ricerca, della procedura messa in atto e delle ipotesi che il gruppo di lavoro ha pensato prima di analizzare i risultati ottenuti.

Verranno illustrati, poi, anche attraverso l'uso di tabelle, i valori ottenuti dall'applicazione dei due strumenti.

Nell'ultima parte, infine, verranno discussi i risultati ottenuti alla luce delle ipotesi, si elencheranno, per ogni ipotesi, quali pazienti hanno confermato le aspettative e quali no, si tratterà dei limiti del presente studio e verrà fornita una possibile prospettiva futura per migliorare la ricerca in questo ambito.

## **CAP. 1 ACCENNI DI STORIA DELLA RICERCA IN PSICOTERAPIA, MECCANISMI DI DIFESA E CONTROTRANSFERT**

Per permettere alla psicoterapia di affermarsi come scienza autonoma dalla filosofia e per differenziarla dalle scienze classiche come la biologia, la medicina e la fisica, da sempre definite scienze “oggettive”, si sono originate varie metodologie di ricerca in psicoterapia.

Come afferma Paolo Migone nel secondo capitolo del libro “La ricerca in psicoterapia” a cura di Dazzi, Lingiardi e Colli (2006), il campo della ricerca in psicoterapia è principalmente diviso in due diversi rami: l’outcome research e la process research. L’outcome research, ossia la ricerca sul risultato, si basa sullo studio degli esiti ottenuti a fine della terapia, mentre la process research, ossia la ricerca sul processo, ha lo scopo di misurare vari aspetti del processo terapeutico nel corso della terapia stessa, indipendentemente dai risultati ottenuti.

Risultato e processo, per certi versi, possono essere considerati, però, due facce della stessa medaglia, poiché il primo è pur sempre l’effetto del secondo (American Psychiatric Association Commission on Psychotherapies, 1982). Da questa integrazione ha preso piede la process-outcome research (Orlinsky, Ronnestad, & Willutzki, 2004), ossia lo studio della relazione tra ciò che accade durante la terapia e il risultato della stessa.

La storia dello sviluppo della ricerca in psicoterapia è stata caratterizzata dalla prevalenza, di volta in volta, di un tipo di ricerca sugli altri. Nella prima fase, ossia dal 1950 al 1970, l’interesse si focalizzò sui risultati della psicoterapia, la quale, essendo ancora agli arbori, necessitava di vedere giustificata la propria validità scientifica e di essere legittimata socialmente. Durante la seconda fase, che riguardò il periodo tra il 1960 e il 1980, l’interesse dei ricercatori, invece, si spostò sullo studio del rapporto tra processo e risultato. Lo scopo degli studiosi era diventato, infatti, quello di comprendere quali elementi permettevano ad una terapia

di raggiungere un risultato positivo. La terza fase, infine, iniziata durante gli anni Settanta e della quale facciamo parte anche noi oggi, presenta una crescente mancanza di interesse nei confronti del risultato terapeutico e una sempre maggiore attenzione nei confronti del processo e dei singoli “microprocessi” terapeutici (Migone, 2006). È attraverso una maggiore conoscenza di questi ultimi, infatti, che gli studiosi possono comprendere in cosa consistono i “macroprocessi” che vengono identificati a livello clinico. Un esempio significativo di questo tipo di ricerche può essere ricondotto ad alcuni studi condotti negli anni Ottanta, dove fu possibile rilevare il potere statisticamente predittivo della “scala salute-malattia”, ossia si osservò che i pazienti che all’inizio della terapia appaiono più sani, alla fine della terapia traggono maggiore beneficio (Luborsky & Crits-Christoph, 1988; Luborsky & Crits-Christoph 1998). Luborsky (1992), inoltre, per quanto riguarda le psicoterapie psicodinamiche, arrivò a definire l’alleanza terapeutica fin dalle prime sedute e la comprensione di sé (insight) da parte del paziente, fattori curativi prognostici di buoni successi terapeutici.

Altri modi in cui si possono organizzare le varie ricerche in ambito psicoterapeutico sono, inoltre, lo studio del ruolo dei fattori specifici e dei fattori aspecifici sul risultato della terapia e, infine, i disegni single case, i Random Clinical Trials (RCT) e gli Open Trials.

## **1.1 I diversi tipi di ricerca in psicoterapia**

Vedremo ora più nel dettaglio i vari tipo di ricerca in psicoterapia, ricollegandoci, nelle prime 3 tipologie, ai quesiti che ne hanno spinto la messa in pratica.

### *1.1.1 La ricerca sull’outcome (outcome research)*

La psicoterapia nel suo insieme funziona? La ricerca in psicoterapia nacque e si sviluppò proprio per cercare di rispondere a questo quesito che, agli arbori della pratica psicoterapica, molti scienziati si ponevano, contribuendo ad aumentare uno scetticismo diffuso. Nei primi tempi lo scopo principale degli studiosi si focalizzò, difatti, sulla necessità di dimostrare che la



psicoterapia, in maniera indipendente rispetto al modello concettuale a cui le varie pratiche si rifacevano, risultava essere efficace nella cura del disagio e della sofferenza psichica (Dazzi, 2006). Il metodo che permise di risolvere questa storica controversia fu la meta-analisi, ossia quel tipo di ricerca che permette di ottenere una sintesi replicabile dei risultati di vari studi che riguardano un medesimo argomento e che applica i principi e il metodo empirico alla revisione della letteratura (Lambert, 2013). A partire dai primi anni Cinquanta, prima che le meta-analisi in campo psicoterapeutico si affinassero, sono state svolte numerose ricerche di tipo cumulativo, aventi lo scopo di valutare l'efficacia delle pratiche psicoterapiche (Beutler, 1979). Queste prime ricerche applicavano il metodo del "box score", ossia contavano letteralmente i risultati positivi e negative degli outcomes di vari studi (Dazzi, 2006). Un esempio di questo tipo di ricerca è quella svolta nel 1952 dallo studioso Eysenck, il quale fu il primo a cercare di chiarire l'efficacia della psicoterapia analizzando, attraverso una revisione della letteratura, gli effetti ottenuti in seguito a 24 studi psicoterapici ad orientamento psicodinamico ed eclettico. Egli, dai risultati ottenuti, arrivò ad affermare qualcosa di inaspettato, ossia che la psicoterapia non era efficace e che, addirittura, poteva portare a peggiorare la situazione dei pazienti. Questa scoperta generò in numerosi studiosi l'urgenza di dimostrare che ciò che Eysenck aveva ottenuto era falsificabile e che, in realtà, la psicoterapia era un metodo efficace e fruttuoso. Da un punto di vista metodologico venne dimostrato negli anni seguenti, infatti, che lo studioso aveva compiuto numerose scorrettezze, tra cui il fatto che il gruppo di controllo presentava caratteristiche differenti rispetto al gruppo di pazienti trattati. I soggetti, difatti, non erano stati assegnati casualmente ai gruppi di controllo e trattamento e questo aveva generato tra loro numerose differenze, oltre al fatto di essere sottoposti o meno ad un trattamento (Wampold & Imel, 2015).

Anche Luborsky (1954), uno dei più importanti studiosi in ambito psicoterapeutico del tempo, affermò di non credere ai risultati ottenuti dal

collega, definendo la validità del suo lavoro e il campione utilizzato nella ricerca inadeguati.

La meta-analisi rappresentò la risposta all'urgenza di trovare un metodo più efficace di interpretazione dei risultati rispetto al box score. Nel 1977 venne condotta una prima analisi di questo tipo a cura di Smith e Glass (1977), la quale dimostrò che la psicoterapia in ambito clinico era una tecnica di intervento valida e che le critiche introdotte dai vari oppositori ad essa erano empiricamente non dimostrabili (Wampold & Imel, 2015). Nonostante oggi sappiamo che le prime meta-analisi avevano dei metodi di ricerca migliorabili e che i loro risultati erano in molti casi sovrastimati, l'efficacia della psicoterapia è stata dimostrata dalle migliaia di ricerche e dalle altre tantissime meta-analisi svolte fino ai tempi nostri. In conclusione, oggi giorno possiamo affermare che la psicoterapia, come sostiene Lambert (2004), presenta un'efficacia incontestabile e il suo effetto non può essere ricondotto all'effetto placebo (Barker, Funk, & Houston, 1988).

### *1.1.2 I fattori comuni*

L'outcome research si pone anche l'obiettivo di comparare l'efficacia dei vari trattamenti (dinamico, cognitivo, comportamentale, interpersonale...) al fine di valutare quale di questi risulta essere maggiormente benefico nei vari tipi di disagio psichico presi in esame (Dazzi, 2006).

Nel 1936 lo studioso Rosenzweig, in un suo seminario, affermò che nei vari tipi di psicoterapia i fattori comuni erano così pervasivi che i risultati che si ottenevano, utilizzando indifferentemente un tipo o un altro, erano molto simili (Luborsky, Rosenthal, Diguier, Andrusyna, Berman, Levitt et al., 2002). Nel 1975, anche lo studioso Luborsky, esaminando circa 100 diversi studi effettuati con vari tipi di psicoterapia, poté confermare ciò che quaranta anni prima il suo collega aveva dichiarato citando una frase dell'uccello Dodo in "Alice nel paese delle meraviglie", ossia che: "tutti hanno vinto, quindi tutti dovrebbero avere un premio". Questa citazione poteva essere, infatti, trasposta e utilizzata per affermare che qualsiasi

tipo di psicoterapia venisse messa in atto, gli outcomes che si ottenevano nei soggetti erano di simile entità. È importante ricordare a tal proposito, però, che solo i risultati a fine delle varie terapie risultavano essere simili, mentre i processi che venivano messi in atto erano alquanto differenti (Luborsky & Barber, 1993).

Secondo Luborsky (1995) i fattori che sono stati identificati come causa del verdetto di Dodo sono:

- I fattori comuni presenti nei vari tipi di psicoterapia, i quali sembrano essere la causa principale della mancanza di differenza significativa tra gli outcomes. Secondo Lambert (2013) i fattori comuni alle varie terapie si possono raggruppare in tre categorie: fattori di supporto (spazio sicuro, alleanza con il terapeuta, rassicurazione...), di insegnamento (consigli, l'assimilazione di esperienze problematiche, feedback...) e di azione (affrontare le paure, sperimentare successi, implementazione dell'esame di realtà). Il fatto che tra paziente e terapeuta si venga a creare una relazione significativa e una buona alleanza terapeutica è stato dimostrato essere, inoltre, uno dei principali fattori comuni capaci di predire un outcome positivo a fine della terapia (Lambert, 2013).
- Le condizioni extra-terapeutiche, in particolare le differenze in ambito di esperienza e competenza tra i vari terapeuti, che possono favorire uno specifico tipo di trattamento e sfavorirne un altro, generando la non significativa differenza tra gli effetti finali di questi ultimi (Dazzi, 2006).
- Il fatto che i terapeuti siano fedeli o meno al trattamento che stanno fornendo (Luborsky, Singer, & Luborsky, 1975). Numerose ricerche hanno dimostrato, a tal proposito, che se il terapeuta crede nell'efficacia o meno nella terapia che sta somministrando, questo ha un grandissimo potere nell'effetto che si verrà a generare nel paziente. Se la fiducia nel trattamento, ossia uno degli elementi fondamentali che deve esserci in una psicoterapia, viene meno, invece, questo fatto ha dei risvolti negativi nel paziente e mina, inevitabilmente, gli effetti positivi della terapia (Wampold & Imel, 2015). A questo proposito possiamo prendere in considerazione tutti quegli studi che prevedono il confronto tra due tipi

diversi di terapia nella cura di uno stesso disturbo. Il soggetto, in questo tipo di ricerche, riceve dallo stesso terapeuta due trattamenti psicoterapeutici fondati su metodologie diverse e questo comporta, purtroppo, che il clinico si troverà a dover mettere in atto anche una terapia che non ha studiato e in cui, spesso, non crede. Quello che avviene in questi casi può essere riassumibile, in definitiva, nelle parole di Lambert (2004, p. 162): “Le terapie preferite ottengono maggiore successo delle loro controparti meno favorite, ma quando questo bias viene eliminato attraverso una valutazione statistica, le terapie risultano equivalenti”.

- A volte le tecniche di misurazione degli outcomes risultano essere poco sensibili.
- Le tecniche di misurazione degli outcomes possono essere inadeguate nella misurazione. Questo può essere riscontrato, in particolar modo, nei risultati derivanti dalla psicoterapia dinamica, poiché difficilmente si riesce a misurare e definire la componente dell'insight.
- Più i pazienti migliorano in entrambi i trattamenti che vengono presi in considerazione, più è difficile trovare delle differenze significative negli effetti ottenuti.
- La presenza negli studi di piccoli campioni e di piccoli effetti può far sì che il potere statistico sia così debole da non riuscire a mostrare differenze significative nei risultati dei vari trattamenti presi a confronto (Kazdin & Bass, 1989).

### *1.1.3 La ricerca sul processo*

Quale approccio terapeutico funziona meglio?

Per cercare di rispondere al paradosso dell'equivalenza tra l'efficacia delle varie pratiche psicoterapiche nacque l'esigenza di compiere degli studi sui vari processi terapeutici (Stiles, Honos-Webb, & Knobloch, 1999). Gli studiosi si interrogavano, infatti, sul motivo per cui gli effetti delle varie pratiche si assomigliassero nonostante le teorie di riferimento e i modelli tecnici fossero diversi. Il dubbio che attanagliava gli studiosi, inoltre, consisteva

nel chiedersi se realmente le teorie nella pratica si differenziassero oppure se questo avveniva solo per i modelli teorici di riferimento (Stiles, 1987; Stiles, Shapiro, & Elliott, 1986).

Un esempio di questo tipo di ricerca può essere identificato nello studio della relazione tra l'alleanza terapeutica nei vari momenti della terapia e altre variabili attinenti al processo stesso, come il numero delle sedute, la durata della terapia, la gravità e il tipo di diagnosi del paziente, la personalità del terapeuta, la sua esperienza e così via (Wampold & Imel, 2015).

Le meta-analisi effettuate nei vari decenni poterono confermare il fatto che vi sono scarse differenze negli esiti dei trattamenti, nonostante le ricerche sui processi segnalino nette differenze nelle tecniche d'intervento utilizzate dai vari approcci (Stiles, 1987). È importante sottolineare, però, che questa equivalenza è pur sempre "a condizione", poiché sono sempre presenti debolezze e problemi riferiti al metodo che non permettono di dimostrarla in maniera certa e incontestabile (Dazzi, 2006).

#### *1.1.4 La ricerca process-outcome*

Che cosa succede in una psicoterapia? Cosa avviene nel paziente, cosa si modifica in lui? Per ottenere un cambiamento cosa fanno paziente e terapeuta durante la seduta?

È a partire da queste domande che gli studiosi, attraverso tale metodologia di ricerca, hanno cercato e cercano di comprendere quali sono quegli elementi o costrutti, presenti nei vari processi terapeutici, che possono portare a dei cambiamenti e a dei miglioramenti nei sintomi e nel funzionamento generale del paziente.

Un esempio di questo tipo di ricerca può consistere nell'osservare il numero o il tipo di interventi del terapeuta e verificare, nei vari casi, come cambia l'esito della seduta o della terapia stessa. Inoltre, questo tipo di ricerche ha potuto dimostrare come l'insight, che matura nel paziente attraverso la psicoterapia, possa facilitare il miglioramento della condizione psichica dello stesso (Lambert, 2013).

### *1.1.5 I disegni single-case, i Random Clinical Trials (RCT) e gli Open Trial*

Come afferma Dazzi (2006), la ricerca in psicoterapia, dagli albori, ha sempre vissuto nel conflitto tra la complessità clinica e la necessità di dimostrare un buon rigore metodologico. I disegni single-case e i Random Clinical Trials sono due tipologie di ricerca che sembrano rappresentare appieno i due poli del conflitto. Nel primo caso, infatti, potendo condurre queste ricerche anche in setting privati, la complessità clinica e i suoi aspetti tecnici vengono rispettati. I disegni single case, però, vengono spesso criticati per il fatto che sono difficilmente generalizzabili. Nel secondo caso, invece, gli RCT sono stati pensati specificatamente per comparare l'efficacia dei vari trattamenti rispettando un buon rigore metodologico. I pazienti, infatti, vengono casualmente indirizzati a diversi gruppi di trattamento o a condizioni di controllo (Fonagy, 2002). Così facendo, però, sia le caratteristiche dei singoli pazienti e sia quelle dei terapeuti vengono ignorate. Ciò che gli RCT identificano è solo, infatti, se sono presenti differenze statisticamente significative nelle medie tra i vari gruppi, non se vi è cambiamento nel singolo soggetto.

Gli Open Trial, infine, costituiscono un tipo di ricerca che può essere considerata una via di mezzo tra i due precedenti. I pazienti, come negli RCT, vengono selezionati in modo abbastanza rigido, ma non sono previsti confronti tra i gruppi trattati e i gruppi di controllo (Dazzi, 2006).

Nell'ambito della ricerca sul processo vengono analizzati molti costrutti, tra cui troviamo, in particolare, il concetto di "meccanismo di difesa" e di "controtransfert". Entrambi questi argomenti verranno approfonditi nei paragrafi seguenti di questo capitolo.

## 1.2 I meccanismi di difesa

Alla fine del 1800 Freud introdusse per la prima volta il termine “meccanismo di difesa”, il quale si diffuse velocemente dalla psicoanalisi a tutti i rami della psicologia. Il termine “difesa”, ancora al giorno d’oggi, richiama un concetto che può essere facilmente frainteso negativamente, nonostante i meccanismi difensivi nascano come modi globali e adattivi dello stare al mondo. Freud arrivò a scegliere questo termine principalmente per due motivi: per prima cosa, egli utilizzava spesso metafore militari per cercare di rendere comprensibili i processi e le manovre psicologiche ad un pubblico spesso scettico e diffidente nei confronti della psicoanalisi; secondariamente, imbattendosi per le prime volte di fronte a meccanismi quali la rimozione, la dissociazione e la conversione, egli poté identificare in loro una funzione difensiva. Le persone isteriche di cui Freud si occupava, infatti, sembrava che facessero di tutto al fine di non rivivere un trauma, il cui dolore appariva loro intollerabile. Freud poté notare, però, che il peso delle difese sul funzionamento globale di questi soggetti era molto ingente e che, pur cercando di proteggersi in tutti i modi dal non provare dolore, questi pazienti sperimentavano dei sintomi che li rendevano estremamente limitati nella vita. Consapevole di questo, il medico arrivò alla conclusione che era necessario trovare un modo per limitare il potere dei meccanismi di difesa, al fine di permettere ai pazienti di provare quelle emozioni di cui inconsciamente avevano paura e liberando, così, quelle energie che rimaste bloccate nella loro espressione non permettevano ai soggetti di procedere nella loro vita.

I fenomeni comunemente chiamati “difese”, in realtà, eseguono molti compiti positivi e continuano a lavorare in maniera adattiva per tutta la vita del singolo. È solo quando operano per difendere il Sé da qualcosa di percepito come minaccioso che la definizione di “difesa” risulta combaciare con quella comunemente intesa. Le persone che mettono in atto una difesa di fronte alla percezione di un pericolo per il Sé, difatti, cercano inconsciamente di raggiungere uno o entrambi i seguenti intenti:

- a) evitare o, perlomeno, tollerare un sentimento minaccioso, il più delle

volte l'ansia, ma anche altre emozioni difficili da controllare quali la vergogna, l'invidia e la perdita; b) conservare la propria autostima (McWilliams, 2012).

Dalle prime definizioni che Freud diede al concetto di difesa si è arrivati a numerose modifiche ed integrazioni e, come afferma Lingiardi (2002), ai giorni nostri una buona definizione di difesa può essere quella fornitaci da Phebe Cramer: "Con il termine meccanismo di difesa ci riferiamo ad un'operazione mentale che avviene per lo più in modo inconsapevole, la cui funzione è quella di proteggere l'individuo dal provare eccessiva ansia. Secondo la teoria psicoanalitica classica, tale ansia si manifesterebbe nel caso in cui l'individuo diventasse conscio di pensieri, impulsi o desideri inaccettabili. In una moderna concezione delle difese, una funzione ulteriore è la protezione del Sé – dell'autostima e, in casi estremi, dell'integrazione del Sé" (Cramer, 1998a, p. 885).

Verrà descritto ora brevemente come alcuni degli autori più importanti in ambito psicoanalitico e psicologico hanno inteso il concetto di "difesa".

### *1.2.1 Sigmund Freud*

Freud, in un primo momento, assimilò tutti i meccanismi di difesa nel generico concetto di "rimozione", la cui presenza primeggiava nei casi di isteria di cui il medico si occupava. Fu così che per molti anni il termine "difesa" venne lasciato da parte, fino a quando nel 1925 lo studioso tornò a parlare dei meccanismi di difesa riferendosi a varie modalità di gestione degli affetti, tra loro differenziate.

In "Analisi terminabile e interminabile" (1937), Freud arrivò ad una definizione ultima dei meccanismi di difesa, descrivendoli come quei vari processi che permettono all'lo di evitare pericoli, sofferenza e angoscia. Quest'ultima, in questa originaria concezione, veniva considerata la diretta trasformazione della libido connessa al materiale rimosso. I sintomi che il soggetto arrivava a provare venivano ritenuti, di conseguenza, il compromesso che si veniva a creare tra le pulsioni rimosse e le forze addette alla rimozione. I



meccanismi di difesa secondo questo primo modello freudiano vennero, infine, identificati come processi attivati consapevolmente dalla parte più matura della personalità del soggetto.

Il materiale clinico in cui ogni giorno Freud era immerso, però, gli permise velocemente di cambiare opinione sulla consapevolezza dei soggetti riguardo ai meccanismi difensivi da loro messi in atto. Il medico si rese conto, infatti, che quando egli interpretava e smascherava le difese ai pazienti, essi provavano una forte angoscia e ponevano resistenza. Questa presa di coscienza permise a Freud, nel 1925, di cambiare la propria visione delle cose e di definire i meccanismi di difesa come quei processi che l'io mette in atto di fronte ai segnali di angoscia, indici di pericoli nella realtà esterna o provenienti dalle pulsioni dell'Es e del Super-io. L'angoscia, a differenza della visione precedente, venne qui identificata come la causa e non l'esito delle difese. I meccanismi di difesa furono, di conseguenza, definiti in ultima analisi come un modo per prevenire lo svilupparsi di un trauma.

Freud arrivò a costruire tutto l'impianto della psicoanalisi a partire proprio dalle difese, ipotizzando collegamenti tra ognuna di esse e i differenti tipi di angosce, patologie e fasi dello sviluppo sessuale del soggetto. Verso la fine della sua vita, però, lo studioso si rese conto che tutto il materiale prodotto riguardo ai meccanismi di difesa necessitava un'adeguata sistemazione e catalogazione e, per questo motivo, lasciò in eredità alla figlia Anna questo compito (Lingiardi, 2002).

### *1.2.2 Anna Freud*

Anna Freud (1936) assieme a James Strachey (1934, 1937) fu la prima autrice a descrivere, con dovizia di particolari, i vari meccanismi di difesa. La studiosa, a differenza del padre, sottolineò con maggiore importanza sia la funzione adattiva delle varie difese e sia il loro essere direttamente connesse con la realtà esterna. Attraverso l'Indice Hampsted, trentennale opera che coprì gran parte della vita lavorativa della Freud, la studiosa tentò, per la prima volta in assoluto, di congiungere in un unico modello

operativo ricerca clinica e ricerca empirico-statistica. Ella, infatti, catalogò in un unico lavoro, sia dati e informazioni generali dei singoli pazienti, sia materiale clinico riguardante i loro meccanismi difensivi, oltre ad informazioni relative al trattamento, al materiale pulsionale e alle fantasie. Nel suo lavoro, inoltre, Anna Freud fece un'importante distinzione tra il concetto di "meccanismo di difesa", ossia ogni specifica funzione operativa e quello di "misura difensiva", la quale è da considerarsi come una manifestazione generale di tipo difensivo, nella quale, però, non è possibile identificare in modo specifico un meccanismo di difesa (Lingiardi, 2002). La studiosa, inoltre, sostenendo che tutti i meccanismi di difesa sono nello stesso momento al servizio dell'adattamento esterno e della limitazione interna delle pulsioni (Freud, 1965), permise di definire i seguenti criteri basilari attraverso cui è possibile valutare quanto una difesa sia funzionale o meno:

- Quanto essa è intensa e presente nella vita del soggetto
- Se essa è adeguata o meno all'età del soggetto
- Se essa risulta essere reversibile o se invece è irreversibile
- Se è presente o meno un equilibrio generale tra le difese utilizzate dal soggetto.

Spinti dall'impulso incoraggiante che i lavori della studiosa diedero alla ricerca, nei primi anni Settanta vennero sostenuti numerosi studi sperimentali sulle difese, i quali, però, sacrificavano la validità a favore dell'attendibilità, rendendo il loro valore scientifico assai scarso. Nonostante le numerose critiche riguardanti la metodologia messa in atto, il lavoro della Freud fu fondamentale per permettere una prima integrazione tra teoria, clinica e ricerca. In seguito ai suoi lavori, difatti, vennero messi in atto sempre più studi longitudinali, al fine di riorganizzare il materiale empirico relativo alle difese e vennero implementati sempre più strumenti di valutazione e specifiche interviste cliniche, più o meno strutturate (Lingiardi, 2002).

### 1.2.3 Melanie Klein

Come sottolinea Lingiardi (2002), Melanie Klein fu la prima studiosa ad apportare delle modifiche consistenti al modello freudiano. Ella si interessò, a differenza degli altri studiosi, ai meccanismi di difesa primitivi, strettamente connessi agli stati psicotici (Klein, 1927; Klein 1946). Questo tipo di difese, secondo l'autrice, dispiegandosi contro le angosce di morte, dovrebbero essere contrapposte alle difese nevrotiche che, invece, si oppongono allo smascheramento della libido. Tra i meccanismi di difesa primitivi identificati dalla Klein troviamo: il diniego, la scissione, l'identificazione proiettiva, l'idealizzazione e le forme più estreme di proiezione e introiezione. La maggior parte di questi meccanismi era già stata identificata e descritta da vari studiosi, ciò che di innovativo Melanie Klein fece, fu il ricollegarli alle fasi precoci dello sviluppo del soggetto, conferendo loro maggiore importanza rispetto al passato. Dopo la Klein, Questo primo periodo dell'infante non venne più considerato, solo la fase "senza oggetto" del narcisismo primario.

Tra le principali novità di cui la studiosa si occupò troviamo l'osservazione del fatto che il bambino, nelle prime fasi di sviluppo del Super-Io, proietta le sue pulsioni su parti distinte del corpo dei genitori, le quali vengono poi introiettate prima di interiorizzare dentro di sé i caregiver, come oggetti interi e differenziati. Questa idea permise all'autrice di pensare che certe difese siano provocate da impulsi che derivano da alcune rappresentazioni interiorizzate del sé, come ad esempio fantasie o materiale corporeo, le quali vengono poi proiettate negli oggetti della realtà esterna. Difese quali la scissione, l'idealizzazione, l'identificazione proiettiva e la svalutazione sembrerebbero prevedere, di conseguenza secondo la concezione kleiniana, percezioni distorte della realtà esterna o del Sé, connesse a pulsioni interne del soggetto (Klein, 1946).

### 1.2.4 Otto Kernberg

Kernberg integra nella sua teoria il pensiero di vari autori, tra cui quello di Freud e della Klein, aggiungendo però alcuni spunti interessanti. Una delle parti

più importanti del pensiero di Kernberg riguarda la catalogazione delle varie organizzazioni di personalità in tre differenti classi: psicotica, borderline e nevrotica. Secondo l'autore esiste un continuum di gravità nelle difese, partendo dai pazienti più critici, i quali conservano meccanismi di difesa tipici dell'età infantile, per arrivare a quelli meno gravi con difese più mature (Kernberg, 1996). Nei soggetti con organizzazione di personalità psicotica le difese primitive hanno la fondamentale funzione di compensare un esame di realtà spesso precario e separare dalla consapevolezza del soggetto quelle relazioni oggettuali idealizzate e persecutorie che sono state interiorizzate prima dell'acquisizione della costanza dell'oggetto. Nei soggetti con organizzazione di personalità borderline, invece, l'autore afferma che sono presenti una generale diffusione di identità, manifestazioni aspecifiche di debolezza dell'io e, come nel caso precedente, la prevalenza di meccanismi di difesa primitivi, in particolar modo la scissione, l'identificazione proiettiva e il diniego. A differenza dei pazienti più gravi, coloro che presentano un'organizzazione di personalità borderline mantengono intatto l'esame di realtà, ciò che li porta a mettere in atto meccanismi di difesa primitivi è la persistenza strutturale dello stadio di separazione/individuazione. Questi pazienti, come diretta conseguenza di un massiccio uso della scissione, presentano spesso rappresentazioni di Sé e degli altri parziali e scisse e ciò li porta ad introiettare relazioni oggettuali o completamente buone o completamente cattive.

L'organizzazione di personalità nevrotica, infine, viene ritenuta dall'autore il livello meno grave del continuum. Questi pazienti presentano un io sufficientemente forte che gli permette di avere una maggiore capacità di tollerare l'angoscia, controllare e sublimare le pulsioni. Le difese maggiormente utilizzate nei soggetti con questo tipo di organizzazione sono, secondo Kernberg, in primis la rimozione, poi l'intellettualizzazione, l'annullamento retroattivo e l'isolamento (Lingiardi, 2002).

Per lo studioso il terapeuta ha il compito di identificare ed interpretare sempre le difese al paziente, rendendolo così consapevole del come, del perché e

contro cosa esse operano (Kernberg, 1984). In particolare, per quanto riguarda i pazienti narcisistici, Kernberg sostiene l'importanza di rendere consci i pazienti con continuità, ma anche con grande cautela, della loro grandiosità (interna o proiettata), interpretando sistematicamente le difese messe in atto contro invidia e avidità. Solo in questo modo, secondo l'autore, essi potranno arrivare a modificare il loro comportamento e il loro modo di pensare, prendendo consapevolezza di quanto questi possano essere nocivi per la loro persona e per gli altri (Kernberg, 1975; Kernberg 1976; Kernberg 1984)

### *1.2.5 Heinz Kohut*

Secondo Kohut i meccanismi di difesa hanno la fondamentale funzione di proteggere il Sé dai vari fallimenti empatici dei molti oggetti Sé che il soggetto troverà nel corso del suo sviluppo (Kohut, 1984). Secondo lo studioso, nelle relazioni interpersonali attuali il soggetto trasferisce i propri bisogni e le proprie speranze, con la fiducia che esse possano riparare le mancanze avute dagli oggetti Sé nella prima parte della vita. Kohut, per questo motivo, afferma che interpretare in analisi le difese e le resistenze può portare, a volte, ad interferire con i bisogni di rispecchiamento di un Sé fragile. L'idealizzazione del terapeuta nella visione classica, ad esempio, viene concepita come l'unico modo che il soggetto trova per difendersi da pulsioni aggressive, mentre per Kohut essa può essere vista come l'espressione del bisogno del paziente di sperimentare quella fase di sviluppo in cui il Sé e gli altri vengono ammirati, al fine di completare la ricostruzione del proprio apparato psichico (Lingiardi, 2002).

Tra Kernberg e Kohut, infine, troviamo un differente modo di guardare all'interpretazione delle difese. Kohut ritiene che, infatti, specialmente nei pazienti narcisisti, sia meglio non interpretare immediatamente le difese contro le angosce di frammentazione e i transfert idealizzanti, poiché pazienti di questo tipo necessitano dell'instaurazione di un legame sicuro con il terapeuta prima di poter abbandonare questi meccanismi, così fondamentali per la loro sopravvivenza psichica (Kohut, 1984).

### *1.2.6 Donald Winnicott*

Lingiardi (2002) parla dell'introduzione del concetto di "falso Sé" come uno dei contributi più importanti di Winnicott alla letteratura. L'autore sostiene che, affinché il bambino possa arrivare ad utilizzare armoniosamente le varie funzioni dell'Io, è fondamentale che abbia dei genitori in grado di riconoscere i suoi bisogni e di colmarli. Se questo non avviene i bisogni non soddisfatti possono trasformarsi in esperienze traumatiche. Nel caso in cui i genitori non siano in grado di accogliere e rispondere prontamente ai bisogni del figlio, ma chiedano al bambino stesso di soddisfare i loro, nel piccolo può nascere l'esigenza di nascondere l'espressione spontanea di ciò di cui veramente ha bisogno la sua persona, il suo vero Sé. Questo celamento, secondo Winnicott, può essere inteso come un meccanismo di difesa, utilizzato inconsapevolmente al fine di proteggere il vero Sé e la relazione con il caregiver (Winnicott, 1963). Da qui nascerebbe e si svilupperebbe, poi, il falso Sé, motivo di sofferenza e terreno fertile per vari disturbi psichici (Lingiardi, 2002).

### *1.2.7 John Bowlby e Peter Fonagy*

Entrambi gli autori presentano nei loro modelli una grande attenzione nei confronti delle teorie sull'attaccamento, le quali hanno permesso di mettere in relazione il concetto di meccanismo di difesa con quello di modelli operativi interni. Grazie ai lavori di questi studiosi, oggi i meccanismi di difesa non vengono più letti su un piano puramente intrapsichico, ma innanzitutto come conseguenze traumatiche derivanti dal mancato contenimento dei genitori (Lingiardi, 2002).

Per Bowlby le difese sono strategie mentali basate sull'esperienza affettiva del soggetto e, spesso, sono loro che organizzano il suo comportamento, diventando sempre più automatizzate. Per l'autore i meccanismi di difesa sono qualcosa di intrinsecamente ambientale e interpersonale, la loro presenza e il loro mutamento sono direttamente connesse al tipo e al grado di pervasività della fonte traumatica (Bowlby, 1988).

Fonagy amplia questa concezione arrivando a definire i vari modelli di attaccamento (sicuro, insicuro-ambivalente, insicuro-evitante, disorganizzato) come dei veri e propri meccanismi di difesa, messi in atto dal bambino per affrontare gli stili genitoriali di interazione. Per lo studioso, infatti, i diversi tipi di attaccamento sono definiti come: “quegli abituali modelli di relazione sviluppati dall’Io per minimizzare l’angoscia e ottimizzare l’adattamento” (Fonagy, 2001, p. 69). A tal proposito, il pattern disorganizzato viene considerato dall’autore il risultato di un Io deficitario che si rispecchia nell’utilizzo, da parte del soggetto, di strategie difensive incoerenti (Lingiardi, 2002).

#### *1.2.8 Ricerca nel campo delle difese psichiche: difficoltà e strumenti*

La ricerca empirica, negli ultimi decenni, ha affrontato con un crescente entusiasmo il tema dei meccanismi di difesa, i quali sono ormai diventati un concetto chiave in vari settori della psicologia e vengono considerati, in maniera unanime dai ricercatori, “dati incontrovertibili” dell’osservazione clinica (Madeddu, 2002).

Essendo il tema dei meccanismi di difesa per sua natura complesso e multi-sfaccettato, verranno trattate, in un primo momento, le molte difficoltà che la ricerca in questo ambito deve affrontare. Per prima cosa il concetto di “difesa” racchiude nella sua definizione l’aspetto dell’inconsapevolezza, rendendo estremamente difficile la messa a punto di strumenti che rilevino nel soggetto operazioni a lui ignote (Cramer, 1998a; Cramer, 1998b), prendendo egli stesso come informatore (Perry, 1993a). Secondariamente, per quanto riguarda la definizione e la categorizzazione delle difese, sono stati riscontrati complessi problemi metodologici che hanno portato i vari autori a stilare liste diverse e spesso discordanti (Vaillant, 1998). Negli ultimi decenni, però, è stato avviato un importante lavoro di sistematizzazione con lo scopo di ovviare a questo problema e già il DSM IV, con i sette livelli difensivi proposti, ha conferito una maggiore omogeneità all’argomento (APA, 1994). Infine, un ultimo importante problema che si riscontra nel fare ricerca coi meccanismi di

difesa è la “desiderabilità sociale”, che può portare, in molti casi, ad ottenere risultati falsati soprattutto negli strumenti autosomministrati (Madeddu, 2002).

Gli strumenti impiegati nella ricerca con i meccanismi di difesa sono di tre tipi:

a) autosomministrati; b) basati sull'utilizzo di materiale clinico; c) basati sull'utilizzo di test proiettivi (Madeddu, 2002). Procederò ora alla descrizione di un esempio per tipo:

- Per quanto riguarda gli strumenti autosomministrati, uno dei test più conosciuti è il “Defense Style Questionnaire (SDQ)”. Secondo Bond, l'autore di questo test, esistono difese più o meno mature e adattive che il soggetto utilizza per difendersi dai pericoli percepiti e per mantenere un funzionamento adeguato. Lo studioso, già dalla prima versione del suo strumento, sottolineò il fatto che non avrebbe valutato le singole difese, ma bensì i “derivati consci” delle stesse e i corrispondenti stili difensivi (Bond, Gardner, Christian, & Sigal, 1983). L'obiettivo della SDQ è, quindi, ottenere informazioni sullo stile difensivo dell'individuo in maniera indiretta attraverso l'uso di interviste. A tal proposito, un esempio di item per identificare la formazione reattiva potrebbe essere: “Se qualcuno mi molesta e mi ruba del denaro, penso dovrebbe essere aiutato piuttosto che punito” (Madeddu, 2002). Dalle prime somministrazioni del questionario fu possibile identificare, attraverso l'analisi fattoriale dei dati, quattro possibili stili difensivi, i quali possono essere considerati lungo un continuum immaturo-maturo. Il primo stile, al quale sono connesse le difese considerate più immature, risulta essere associato a problemi comportamentali, il secondo stile a problemi nel campo relazionale; il terzo stile presenta delle difese che permettono al soggetto di raggiungere una certa stabilità, pur limitandone la creatività; il quarto stile, infine, presentando le difese considerate più mature, permette al soggetto la piena espressione della propria persona e delle proprie abilità (Bond, 1995). Uno dei grandi vantaggi di questo strumento è che le difese che sono state identificate e inserite nei vari stili della SDQ,



dopo varie modifiche compiute da Bond e da altri autori negli anni, sono le stesse presenti nelle ultime versioni del DSM. Questo permette un confronto agevole con la letteratura e con la diagnosi psichiatrica (Madeddu, 2002).

- Un esempio di approccio basato sull'osservazione clinica è la "Ego Profile Scale" (EPS). Gli autori di questo strumento inseriscono il concetto di difesa all'interno delle relazioni che il soggetto ha con i propri oggetti significativi. Il modo in cui il soggetto si rapporta con questi oggetti è costante e rimanda a modalità comportamentali ed egoiche dei primi periodi di sviluppo (Semrad, Grinspoon, & Fienberg, 1973). Secondo Semrad (1967) è possibile classificare i vari atteggiamenti dell'lo in modelli di comportamento ripetitivi, dove ognuno di essi presenta una necessità oggettiva che si può osservare nella vita quotidiana e in alcune fasi dello sviluppo infantile. Questi modelli vengono considerati patologici solo quando sono presenti in maniera pervasiva e disadattiva. La EPS è uno strumento con 45 item (ognuno dei quali descrive uno specifico modello comportamentale), divisi in 9 gruppi, a loro volta organizzati in 3 categorie (comportamenti narcisistici, affettivi e nevrotici). Ogni item può ottenere un punteggio tra 0 e 6. Il test viene somministrato a dei professionisti, i quali sono chiamati a rispondere sulla base delle loro osservazioni cliniche. Questo strumento, infine, necessita di essere utilizzato su una popolazione che può essere studiata per un lungo periodo di tempo, come quella ospedalizzata, il suo utilizzo con pazienti ambulatoriali è, infatti, problematico (Perry & Ianni, 1998).

Tra gli strumenti basati sull'osservazione clinica troviamo poi la DMRS, la quale, però, essendo uno degli strumenti centrali utilizzati in questo lavoro di tesi, verrà spiegata nel dettaglio nel capitolo successivo.

- Per quanto riguarda i lavori basati sui test proiettivi troviamo, infine, il test di Rorschach. Per quanto riguarda lo studio delle difese attraverso

questo strumento si possono identificare tre modalità: 1) studi che lavorano sugli scoring dei test; 2) studi che si concentrano sull'interpretazione delle risposte; 3) studi che integrano i due approcci precedenti. Il primo approccio non ha fornito risultati considerevoli, mentre grazie alla seconda strategia vari autori hanno sviluppato criteri per valutare l'utilizzo di varie difese (Perry & Ianni, 1998). Levine e Spivak (1964), ad esempio, hanno fornito i criteri per l'identificazione della rimozione. La presenza di un linguaggio poco elaborato, vago e privo di integrazione è per questi autori un chiaro indice dell'utilizzo, da parte del soggetto, della difesa della rimozione. Per quanto riguarda il terzo metodo di studio, infine, autori come Gardner (1959) hanno studiato come identificare la rimozione e l'isolamento attraverso l'osservazione negli scoring dei test di scarsa variabilità dei contenuti e di scarsa capacità immaginativa nelle spiegazioni fornite.

### **1.3 Il Controtransfert**

Il concetto di controtransfert, punto chiave nella letteratura e nella pratica psicoterapeutica, trovò i suoi albori già con Freud e, nel corso dei decenni, molti autori ne hanno modificato la definizione, conferendogli sempre più importanza. In un primo momento questo fenomeno venne definito come la risposta inconscia del terapeuta, derivante dai suoi conflitti irrisolti e sconosciuti, alle proiezioni che il paziente rivolgeva verso di lui (Freud, 1909). In questa concezione il controtransfert, nel caso in cui il terapeuta non ne avesse preso coscienza, era visto come un problema per la buona riuscita della terapia (Book, Sadavoy, & Silver, 1978). In seguito, nei primi anni Cinquanta, grazie al lavoro di Paula Heimann (1950) e Heinrich Racker (1957), il concetto di controtransfert subì delle modifiche, che consentirono di rivalutare la sua importanza nella comprensione del paziente stesso e del processo terapeutico. Oggi giorno questo fenomeno è stato definito da Gelso e Hayes (2007) attraverso 3 diverse concezioni, così riassumibili: a) la concezione totalitaria, in cui il controtransfert viene

identificato come l'insieme delle reazioni che il terapeuta ha nei confronti del paziente, non limitandosi solo a quelle connesse con i problemi irrisolti del clinico; b) la concezione complementare, la quale considera questo fenomeno come una reazione naturale del terapeuta allo stare in relazione con il paziente. In questa concezione il controtransfert varia in base allo stile relazionale del paziente e il terapeuta, prendendo consapevolezza delle reazioni che può avere di fronte a dati comportamenti, può utilizzarlo in modo vantaggioso; c) la concezione relazionale, la quale identifica il controtransfert come frutto dell'interazione tra i due soggetti della diade terapeutica e le loro relative dinamiche interne (personalità, bisogni, conflitti irrisolti, ecc.).

Al fine di raggiungere un'unica concezione, gli autori hanno proposto, infine, una definizione chiamata "integrativa", dove il controtransfert viene considerato: "internal and external reactions in which unresolved conflicts of the therapist, usually but not always unconscious, are implicated" (Hayes, Gelso, Goldberg, & Kivlighan, 2018, p. 497).

Il terapeuta, secondo gli studiosi Sèguin e Bouchard (1996), può arrivare a sperimentare tre diversi tipi di controtransfert definibili come: oggettivo-razionale, reattivo e riflessivo. Nel primo caso il terapeuta assume una posizione distante e non partecipativa, rendendo estremamente difficile il raggiungimento di uno stato regressivo; nel secondo caso il clinico perde il controllo e inconsciamente agisce i propri conflitti nella relazione con il paziente. La regressione qui avviene, ma essa è mal adattiva e il controtransfert assume la forma di un ostacolo alla relazione terapeutica; nel terzo caso il terapeuta lascia che il proprio materiale inconscio emerga, lo esplora e lo utilizza per comprendere al meglio al paziente.

Alcune recenti meta-analisi hanno osservato come vi possa essere una connessione diretta tra gestione del controtransfert ed esito della terapia (Hayes, Gelso, & Hummel, 2011; Hayes et al., 2018). La buona riuscita o meno del trattamento sembra dipendere, in parte, dal fatto che il controtransfert sia riconosciuto e ben gestito dal terapeuta. Vari studiosi hanno dimostrato, infatti, che più il terapeuta è in grado di controllare il

fenomeno del controtransfert, più l'alleanza terapeutica viene rafforzata (Hayes, Riker, & Ingram, 1997; Rosenberger & Hayes, 2002). Anche Racker (1968) sostiene l'importanza del ruolo del controtransfert nel determinare l'esito della terapia. Egli ritiene, infatti, che il nostro sé, il sé dell'altro e il nostro sé in relazione con l'altro siano fattori inseparabili. La maggior parte degli agiti e dei comportamenti inadeguati che un terapeuta può arrivare a mettere in atto dipendono, secondo lo studioso, dal fatto che egli non è in grado di identificare e di negoziare il cosiddetto controtransfert complementare. Più un paziente evita di provare date emozioni e più si difende da esse, più il terapeuta è portato a sperimentarle e a identificarsi con quegli oggetti sé che il paziente cerca in tutti i modi di estraniare. Quando il clinico non riconosce ciò che sta avvenendo, ignorando il fatto che molto di ciò che prova deriva dal paziente, spesso arriva a percepire l'esperienza come intollerabile e la comunicazione tra la diade terapeutica, secondo lo studioso, inevitabilmente si interrompe (Mermlestein, 2000).

Il fatto che il clinico sia in grado di controllare facilmente il fenomeno controtransferale, o meno, sembra dipendere dal tipo di organizzazione di personalità del paziente e dalle difese, più o meno mature che egli presenta (Gordon, Spektor, & Luu, 2019). A tal proposito, Dahl e colleghi (2012) hanno dimostrato una forte correlazione positiva tra disturbi di personalità gravi nei pazienti, con annesse difese immature, e la presenza di sensazioni di pericolo e di paura nei terapeuti. Altre ricerche, inoltre, hanno dimostrato che il livello di maturità difensiva del paziente tende ad essere connesso, nel caso esso sia scarso, a risposte controtransferali negative nel terapeuta e, nel caso esso sia buono, con risposte controtransferali positive (Colli, Gagliardini, & Gullo, 2022; Colli, Tanzilli, Dimaggio, & Lingiardi, 2014; Røssberg, Karterud, Perderson, & Friis, 2007).

Osservando il fenomeno controtransferale da un punto di vista strettamente dinamico, McWilliams (2012), parla dei differenti tipi di controtransfert sperimentati dai terapeuti, ricollegandoli al livello evolutivo

dell'organizzazione di personalità dei pazienti trattati. In seguito alla sua esperienza in ambito clinico la studiosa ha potuto affermare che, per quanto riguarda i pazienti nevrotici, i quali utilizzano prevalentemente difese mature (in particolar modo la rimozione), il controtransfert percepito dai clinici non risulta essere mai troppo intenso e, solitamente, l'esperienza di questi ultimi durante il trattamento è positiva. I pazienti con struttura di personalità borderline, invece, impiegando principalmente difese di tipo primitivo, quali il diniego, l'identificazione proiettiva e la scissione, portano il terapeuta a sperimentare reazioni intense e disturbanti. Alcuni clinici, in conseguenza a questo fatto, tendono ad essere nei confronti dei pazienti estremamente solleciti (nel momento in cui arrivano a vedere i pazienti come individui deprivati che necessitano di amore), mentre altri troppo punitivi (quando percepiscono l'esigenza di dare dei limiti alle pretese e alla tendenza manipolativa di questi soggetti). Anche i pazienti psicotici, infine, nel loro essere estremamente disorganizzati, presentano difese molto primitive. A differenza dei pazienti con struttura di personalità borderline, però, generano spesso nel terapeuta forti sensazioni di onnipotenza soggettiva, sensibilità empatica e, talvolta, paura. Ciò che distingue questi due tipi di pazienti, nonostante l'utilizzo delle stesse difese, sta nella loro reazione di fronte alle interpretazioni fornite dal terapeuta: nel caso dei pazienti borderline, essi mostrano una temporanea ricettività, mentre i soggetti psicotici diventano ancora più agitati.

La McWilliams nel suo libro, inoltre, elenca per ogni diversa organizzazione di personalità le principali difese messe in atto e, poi, mette in correlazione queste ultime con le più comuni sensazioni controtransferali provate dai terapeuti di fronte a pazienti di quel tipo. Riassumendo il discorso fatto dall'autrice in poche righe possiamo affermare che:

- Per quanto riguarda l'organizzazione di personalità psicopatica, le difese più comuni sono: controllo onnipotente, identificazione proiettiva, dissociazione e acting out. Il terapeuta, di fronte a questo tipo di meccanismi difensivi, può sperimentare nei confronti del paziente:

ostilità, disprezzo, inquietudine, timore, stupore, offesa morale e la sensazione che il proprio ruolo di persona che cerca di offrire aiuto venga negato.

- Di fronte ad una persona con un'organizzazione di personalità narcisistica, le difese maggiormente osservate sono: idealizzazione, svalutazione e un accentuato perfezionismo. Di fronte a questo tipo di pazienti, il clinico, spesso, sente la sensazione che nulla stia cambiando e le emozioni più comuni che arriva a percepire sono: noia, irritabilità e, nei casi più overt, una grandiosa espansione.
- Le persone che presentano un'organizzazione di personalità di tipo schizoide spesso attuano i seguenti meccanismi difensivi: ritiro, proiezione, introiezione, idealizzazione, svalutazione e intellettualizzazione. Il terapeuta, in risposta, è portato a sperimentare l'impulso di tenere a distanza il paziente e la voglia di sollecitare prematuramente quest'ultimo ad aprirsi.
- Le principali difese utilizzate dalle persone con organizzazione di personalità paranoide sono: proiezione, diniego di ciò che viene proiettato e formazione reattiva. Di fronte a questo tipo di reazioni il terapeuta spesso sperimenta: ansia, ostilità e, in taluni casi, può arrivare a percepirsi come un salvatore.
- Nel caso dell'organizzazione di personalità depressiva i soggetti utilizzano massicciamente l'introeiezione e il volgersi contro il Sé. Il terapeuta, in molti casi, arriva a provare un affetto benevolo nei confronti di questi pazienti e, talvolta, fantasie di onnipotenza e salvezza. Nel caso si sviluppi un controtransfert di tipo complementare, il clinico può percepirsi come quel genitore sensibile e accogliente che il paziente non ha mai avuto. Nel caso si sviluppi un controtransfert di tipo concordante, invece, il clinico può arrivare a sentirsi incompetente, impacciato, dannoso, non sufficientemente buono, demoralizzato e vuoto.
- Moralizzazione e diniego sono le difese principalmente utilizzate dai soggetti con organizzazione di personalità masochistica. I clinici, in un primo momento, soprattutto quando sono inesperti, possono dimostrarsi

estremamente generosi con questi pazienti per poi, una volta osservato che essi non migliorano, provare irritazione e, talvolta, una spinta ad agire sadicamente.

Altre sensazioni controtransferali tipiche possono essere: rabbia di fronte ad un atteggiamento costantemente autodenigratorio e paura che questi soggetti possano arrivare a mettere in atto comportamenti autodistruttivi pericolosi.

- I pazienti con organizzazione di personalità ossessivo-compulsiva presentano, nella maggior parte dei casi, meccanismi difensivi quali: isolamento, annullamento retroattivo e formazione reattiva. Nei soggetti con livelli di funzionamento alti, inoltre, sono spesso presenti l'intellettualizzazione, la moralizzazione e la compartimentalizzazione. Il terapeuta, in conseguenza a questo tipo di difese, è spesso portato a provare insofferenza, desiderio di spingere i pazienti a provare sentimenti "normali" e un senso di scoraggiamento per l'atmosfera di velato criticismo che in molti casi pervade la seduta. Per quanto riguarda l'uso massiccio dell'intellettualizzazione, in particolar modo, i controtransfert più comuni sono la noia e la tendenza a distaccarsi emotivamente dal paziente.
- Le persone con organizzazione di personalità isterico-istrionica fanno spesso uso dei seguenti tipi di difese: rimozione, sessualizzazione, regressione, acting-out controfobico e dissociazione. I terapeuti, nei confronti di questo tipo di pazienti, sono spinti a mettere in atto un distanziamento difensivo e a provare un senso di superiorità, ostilità, eccessiva commiserazione, indulgenza e, talvolta, commiserazione. È comune, inoltre, che i clinici arrivino a trattare il paziente in modo infantile e gli acting out di tipo sessuale sono un rischio da tenere in grande considerazione.
- Per quanto riguarda l'organizzazione di personalità dissociativa, come richiama il nome, la dissociazione estrema è la difesa più comune. Di fronte a questo tipo di difesa, così impattante e pervasiva, i terapeuti più inesperti sono portati spesso a mettere in atto risposte controfobiche.

Può succedere, inoltre, che i clinici stessi siano portati, a loro volta, a sperimentare la dissociazione.

Anche Lingiardi e colleghi (2017) hanno approfondito la relazione tra CT e strutture di personalità. Gli studiosi, in particolare, hanno osservato che nei confronti di pazienti con disturbo di personalità narcisistico i clinici sono portati a sperimentare intense e negative reazioni emotive, mettendo a rischio tutti i benefici della relazione terapeutica. Il terapeuta, spesso, prova irritazione, rabbia e risentimento di fronte a questi soggetti e ciò lo spinge a mettere in atto comportamenti ostili, quali commenti critici, interpretazioni premature e giudizi accusatori. Altri esempi di sensazioni controtransferali osservate nei confronti dei pazienti narcisisti sono la noia, l'indifferenza, il sentirsi distanti emotivamente e la mancanza di connessione. Questo tipo di emozioni sono dovute principalmente all'abitudine, tipicamente narcisistica, di utilizzare i terapeuti solo come mere "casse di risonanza". Per quanto riguarda i pazienti con disturbo di personalità borderline, inoltre, McIntyre e Schwartz (1998), hanno osservato come i terapeuti tendano a mostrare reazioni ostili e dominanti di fronte alle continue richieste, all'egocentrismo e alla loro instabilità affettiva.

In conclusione, visto quanto il controtransfert possa essere impattante durante le sedute e considerata la sua importanza per la buona riuscita della terapia, possiamo affermare che per i clinici risulta necessario ed auspicabile comprendere al meglio questo fenomeno, le sue numerose sfaccettature ed implicazioni, adattando il proprio comportamento e i propri interventi in base al livello di maturità delle difese del paziente e alla sua organizzazione di personalità (Hersoug, Bøwald, & Høglend, 2003). È importante ricordare, infatti, che il controtransfert può diventare uno strumento estremamente utile nella comprensione del paziente ed imparare a riconoscerlo è l'unico modo per poterlo poi usare nel modo più vantaggioso possibile (Rocco, De Bei, Negri, & Filipponi, 2021).



#### **1.4 Obiettivo della ricerca**

Molte ricerche nel corso dei decenni hanno dimostrato l'importanza dei meccanismi di difesa nelle terapie psicodinamiche ed è presente, inoltre, un'ampia letteratura che stabilisce il ruolo centrale del controtransfert nella buona riuscita, o meno, dei percorsi terapeutici. Vi sono pochi studi, tuttavia, che mettono in relazione la qualità del controtransfert nel terapeuta con la quantità e il tipo di difese prevalenti dei pazienti trattati. Lo scopo di questa tesi è quello di valutare, attraverso l'utilizzo di strumenti di ricerca validati, la presenza e il tipo di relazione che si può osservare tra il numero, più o meno ingente, di difese messe in atto dai pazienti e il livello di maturità di queste ultime con il controtransfert che si sviluppa nei terapeuti. Inoltre, ciò che ho cercato di analizzare nel mio lavoro di ricerca è stato il tipo di controtransfert che si sviluppa nei terapeuti in base al tipo di difese prevalenti in ogni soggetto trattato.

## CAP. 2 IL METODO

In questo capitolo verranno descritti i due strumenti utilizzati in questo lavoro di ricerca, il campione su cui si è svolto lo studio e la procedura che è stata eseguita. Infine, verranno presentate le ipotesi di lavoro.

### 2.1 Gli strumenti

#### 2.1.1 *La Defense Mechanism Rating Scale*

La Defense Mechanism Rating Scale, strumento realizzato ad opera dello studioso Perry (1990a), venne pubblicata principalmente allo scopo di promuovere una diagnosi strutturale del funzionamento mentale attraverso l'identificazione dei meccanismi di difesa dei soggetti. Questo strumento, estremamente curato e rigoroso sia sul piano concettuale che su quello metodologico, viene oggi identificato, dalla maggior parte della comunità scientifica che si occupa di ricerca in psicologia, come una sorta di "guida", che si propone di ridurre al minimo la soggettività delle valutazioni e di aumentare il più possibile l'attendibilità dei dati raccolti dagli osservatori (Brambilla, 2002).

Le difese prese in considerazione dalla DMRS sono 30, identificate in base alla presenza in letteratura di descrizioni teoriche chiare, capaci di definirne gli aspetti fondamentali e la funzione, e di una comprovata attendibilità, dimostrata attraverso vari studi (Perry & Cooper, 1989). In aggiunta a meccanismi prettamente di tipo intrapsichico, come quelli individuati da Freud (rimozione, isolamento, spostamento ecc.), Perry aggiunse altre difese più dallo stampo relazionale, le quali, agendo prettamente sull'ambiente e sul prossimo, permettono al soggetto di sostenere l'lo nell'affrontare i suoi bisogni. Per ogni difesa l'autore propone una definizione teorica, la descrizione accurata della sua funzione dinamica, una precisa diagnosi differenziale con i meccanismi difensivi che appaiono più simili ad essa e, infine, una scala di valutazione a tre punti. Al fine di rendere la siglatura più precisa sono disponibili, inoltre, per ogni seduta, regole di individuazione ed esempi. Lo scopo di quest'ultima parte, in particolar modo, è quello di aiutare coloro che utilizzano lo strumento a

identificare al meglio la presenza certa, probabile o l'assenza della difesa, sia nella vita e nel comportamento abituale del paziente, sia durante la seduta.

La DMRS prevede tre diversi tipi di valutazione così riassumibili:

- Valutazione qualitativa, la quale permette di esaminare la presenza o l'assenza della difesa.
- Valutazione quantitativa, che consente di quantificare quanto una difesa è stata o è presente nei discorsi e nel comportamento del paziente. Questo tipo di informazioni sono molto importanti, soprattutto negli studi di tipo longitudinale, perché permettono di comprendere l'evoluzione dell'assetto difensivo dei pazienti.
- Valutazione del livello di maturità, il quale permette di definire quanto le difese utilizzate dal paziente sono mature (Perry, 2002).

Le aree in cui la DMRS può essere impiegata sono di due tipi:

- Didattica, poiché il manuale della DMRS è molto utile sia per l'insegnamento delle difese dal punto di vista teorico, sia per il training pratico. Esso permette, infatti, di aiutare i clinici ad affinare le proprie capacità nell'individuazione e nel discernimento delle singole difese in seduta.
- Ricerca, la quale può essere a sua volta divisa in due differenti ambiti:
  - Diagnostico: elaborazione di una diagnosi strutturale; valutazione delle diverse ipotesi su ciò che, psicodinamicamente parlando, sottende il sintomo; studio della correlazione tra psicopatologia e meccanismi di difesa, al fine di rendere più semplice la diagnosi differenziale.
  - Psicoterapeutico: valutazione del decorso di una terapia in base al possibile cambiamento difensivo nel paziente durante il trattamento.

La valutazione, in questo strumento, avviene a partire dall'utilizzo di trascritti clinici, quali colloquio diagnostici, sedute di psicoterapia, colloqui di valutazione ecc.

Per identificare correttamente un meccanismo di difesa durante una seduta, Perry (2002) propone di dividere il lavoro in due fasi:

1. Riconoscere le difese all'interno dell'intervista o del trascritto della stessa.

La messa in atto di una difesa implica la presenza di una irregolarità, un qualcosa di inatteso rispetto al procedere fluido del discorso. Le anomalie più comuni, ma non le uniche, possono riguardare le seguenti aree del comportamento, dell'affettività, del linguaggio e della cognitività:

- Affetto inaspettato
- Assenza di un affetto quando ci si aspetterebbe la sua presenza
- Cambiamento improvviso dell'argomento di conversazione
- Presenza di due o più idee contraddittorie
- Eccessiva emotività nell'eloquio
- Giudizi o affermazioni inattese sull'intervistatore
- Descrizioni degli altri e di sé stessi distorte, irrealistiche o polarizzate
- Motivazioni che appaiono come scuse al fine di nascondere o modificare la realtà

Nel momento in cui l'intervistatore osserva la presenza di un'anomalia all'interno dell'eloquio del soggetto è necessario che egli si chieda se essa presenta o meno una funzione difensiva. L'osservatore ha poi il compito di identificare l'inizio e la fine di questa anomalia, evidenziandola all'interno della trascrizione, al fine di facilitare, in un secondo momento, l'identificazione della difesa.

Valutare un trascritto può essere complesso soprattutto all'inizio del testo poiché si deve ancora familiarizzare con lo stile del soggetto e

quest'ultimo, nella maggior parte dei casi, descrivendo in un primo momento sé stesso e la sua vita, mette in atto poche difese. Secondo l'autore, per facilitare il lavoro, è consigliato continuare a leggere il trascritto fino a che non si nota la presenza di un numero sufficiente di difese e, da lì, tornare indietro e ricominciare a valutare il tutto dal principio. Ora il compito dovrebbe risultare più semplice e veloce.

2. Scrivere una lista delle possibili difese e scegliere quella che sembra più adatta

In un primo momento, l'osservatore è bene che analizzi le possibili funzioni delle difese prodotte dal soggetto in quello specifico momento della seduta. Alcune delle funzioni possibili sono le seguenti:

- Evitare di occuparsi di un fattore stressante in quel momento per occuparsene in un altro
- Aiutare il prossimo al fine di aiutare sé stessi nella gestione di stress e conflitti interni
- Proteggersi dal provare sensi di colpa in seguito ad un giudizio ricevuto
- Esprimere degli affetti e delle idee senza vederli come propri
- Negare che vi sia un problema
- Mentire a sé stessi riguardo a qualcosa che sarebbe causa di vergogna e di colpa
- Scaricare un sentimento o un impulso in maniera immediata e senza alcun freno
- Mascherare ostilità e risentimento verso gli altri esprimendo un apparente intento di collaborazione.

Dopo aver identificato le possibili funzioni difensive, riconoscere le difese più attendibili risulta essere, ora, un compito più semplice.

Quando ci si avvicina all'identificazione delle difese vi possono essere alcuni casi particolari in cui il lavoro sembra essere particolarmente complesso. Perry (2002), a questo proposito, discerne 4 possibili casi e fornisce, per ognuno di essi, una descrizione:

A. Difese tra loro sovrapposte

Può succedere che il soggetto utilizzi, nello stesso momento, due difese, sovrapponendole una all'altra. Questo fenomeno può essere riconosciuto dall'intervistatore nel momento in cui si rende conto che la difesa che gli appare più appropriata, pur spiegando quasi completamente quel dato passo del discorso, non lo coglie perfettamente. Vi possono essere dei dettagli o delle sfumature, infatti, che non vengono completamente rappresentate da quel meccanismo difensivo. Nel momento in cui ci si trova di fronte a due o più difese sovrapposte ciò che accade, in definitiva, è che alcune parti del trascritto possano essere ricondotte specificatamente ad ognuna delle singole difese, mentre altre sono comuni a tutte.

B. Difese tra loro poste ad incastro

All'interno di un colloquio può succedere che una difesa sia presente per molto tempo e che, all'interno di essa, vi sia anche un altro meccanismo, di solito breve e con una funzione diversa da quella della difesa principale (ad esempio una svalutazione, utilizzata per evitare di provare una delusione).

C. Presenza di materiale difensivo non chiaro

Ci possono essere dei trascritti in cui, in alcuni punti, sembra che sia presente un meccanismo di difesa ma le informazioni non sono sufficienti per identificarne uno specifico. Nei casi in cui vi sono due o tre difese che sembrano adattarsi al testo in egual misura, ma non si riesce a identificare con sicurezza un singolo processo difensivo per mancanza di informazioni, è bene, secondo Perry, non siglarne alcuno. Se una difesa

viene effettivamente utilizzata dal soggetto, infatti, questa sicuramente ricomparirà più avanti nel testo.

#### D. Cornice temporale in cui viene utilizzata la difesa

Può succedere che durante la seduta il soggetto inizi a parlare di situazioni accadute in passato dove sono state messe in atto delle difese.

Discernere le difese utilizzate nel passato da quelle messe in atto in quel dato momento con l'intervistatore è un lavoro molto complesso poiché, nella maggior parte dei casi, mancano sufficienti informazioni per capire se la difesa è stata veramente utilizzata o meno in passato e se il soggetto continua ad utilizzarla ancora oggi. Perry (2002), di fronte a questo tipo di problema, consiglia di non creare distinzione tra difese utilizzate nel presente o nel passato.

La DMRS fornisce una gerarchia dei vari meccanismi di difesa, dividendoli in 7 differenti livelli, dal più al meno adattivo:

1. Difese di acting: ipocondriasi, aggressione passiva e ritiro nell'apatia.
2. Difese borderline (distorsione maggiore dell'immagine): scissione dell'immagine di sé o degli altri, identificazione proiettiva.
3. Difese di diniego: razionalizzazione, negazione, proiezione e fantasia schizoide.
4. Difese narcisistiche (distorsione minore dell'immagine): svalutazione, idealizzazione e onnipotenza.
5. Altre difese nevrotiche: rimozione, dissociazione, formazione reattiva e spostamento.
6. Difese ossessive: isolamento dell'affetto, intellettualizzazione, annullamento retroattivo.
7. Difese mature (livello più adattivo): affiliazione, altruismo, anticipazione, umorismo, autoaffermazione, autosservazione, sublimazione e repressione.

Perry aggiunge, inoltre, un livello 0, anche se questo non compare nella scheda di siglatura della DMRS:

0. Cattiva o assente regolazione difensiva: diniego psicotico, distorsione psicotica e proiezione delirante.

I 7 diversi livelli difensivi possono essere, a loro volta, riassunti in 3 raggruppamenti:

- Difese immature: livelli dall'1 al 4
- Difese nevrotiche: livelli 5 e 6
- Difese mature: livello 7

Per quanto riguarda la valutazione dei risultati ottenuti, i punteggi degli scoring relativi alle difese possono essere organizzati in tre differenti livelli concettuali, i quali sintetizzano il funzionamento difensivo del soggetto in modi diversi. Tutti i livelli sono presenti sul foglio preposto all' annotazione dei meccanismi di difesa e sono così riassumibili:

1. Punteggio relativo alle difese prese singolarmente: Il numero delle volte in cui una singola difesa è stata presente nel trascritto viene diviso per il numero di tutte le difese identificate. Il valore percentuale che si ottiene viene chiamato punteggio proporzionale ed è utile per confrontare come variano, nel corso delle varie sedute o nei vari soggetti, la presenza e l'utilizzo dei diversi meccanismi di difesa.
2. Punteggio riguardante i livelli difensivi: i punteggi ottenuti dalle singole difese vengono sommati per formare il punteggio totale di ogni livello difensivo. Confrontare i soggetti in base al livello difensivo è più significativo dal punto di vista statistico poiché le misure prodotte sono più ampie, più affidabili e più sensibili alle differenze presenti in gruppi diversi di pazienti.



3. Punteggio complessivo di maturità delle difese: ogni difesa viene moltiplicata per il suo peso, ossia quel valore che viene identificato dalla sua posizione nella scala gerarchica di maturità delle difese (un valore che va da 1 a 7), viene poi fatta somma di tutti i meccanismi difensivi e, infine, quest'ultima viene divisa per il numero totale delle difese. Il valore che si ottiene è il punteggio globale di maturità difensiva del soggetto (ODF). I punteggi, nella pratica clinica, variano da un minimo di 3 (livello difensivo molto immaturo) a 6 (livello difensivo maturo), nonostante teoricamente potrebbero oscillare tra 1 e 7.

Per quanto riguarda i punteggi dei livelli difensivi e di maturità globale, la DMRS è ritenuta uno strumento sufficientemente affidabile. I vari ricercatori che ne hanno contribuito allo sviluppo hanno ottenuto, infatti, sia nel caso di Bloch e collaboratori (1993), sia nel caso di Perry e Cooper (1989), indici di affidabilità accettabili e questo ha permesso l'inserimento nel DSM IV di un asse specifico per le difese basato sulla DMRS (Skodol & Perry, 1993).

Per quanto concerne il calcolo dell'affidabilità dell'accordo tra i vari valutatori in ogni seduta è necessario definire l'indice di correlazione intraclasse. Per ottenere questo valore è indispensabile l'utilizzo di un programma di calcolo che funziona inserendo prima i punteggi che ogni osservatore ha dato ad ogni difesa, poi immettendo gli stessi punteggi ma in ordine diverso e, infine, calcolando il valore della correlazione intraclasse (il coefficiente di correlazione di Pearson). Nel caso in cui i valori ottenuti siano simili vi è un buon livello di affidabilità.

### *2.1.2 Il Countertransference Behavior Measure*

Il Countertransference Behavior Measure (CBM) è uno strumento estremamente utile nella valutazione del controtransfert sperimentato dai terapeuti (Rocco, De Bei, Negri & Filipponi, 2021). Gli studiosi Mohr, Gelso e Hill (2005) hanno lavorato allo sviluppo di questo test partendo dall'"Inventory of Countertransference Behavior", ad opera di Friedman e Gelso (2000). Il CBM è un questionario costituito da dieci item, ai quali

degli osservatori esterni sono chiamati a rispondere valutando il comportamento del clinico durante le sedute. Essendo le domande presenti specificatamente riferite alle condotte dei soggetti e non ai loro pensieri o sentimenti durante le interviste, questo strumento sembra essere appropriato nello studio delle manifestazioni comportamentali del controtransfert. Per la valutazione di quest'ultimo, gli autori hanno previsto l'utilizzo di una scala Likert a 5 punti, dove il valore 1 indica un comportamento assente, il valore 3 un comportamento presente in misura moderata e il valore 5 un comportamento presente in grande misura (Mohr et al., 2005).

La CBM presenta 3 sottoscale così definite:

1. La "Dominant Countertransference Behavior", la quale comprende 5 item riferiti ad un comportamento inappropriato, controllante e dominante del terapeuta. Un esempio di item è "il terapeuta rende la seduta troppo strutturata".
2. La "Distant Countertransference Behavior", costituita da 2 item che identificano una mancanza di investimento e di interesse nel terapeuta. Un esempio di item potrebbe essere: "il terapeuta si comporta come se lui o lei fosse altrove durante il corso della seduta".
3. La "Hostile Countertransference Behavior", la quale presenta 3 item, volti a rilevare la presenza di un comportamento ostile e di rifiuto del paziente da parte del terapeuta. Un item esemplificativo di questa scala è "il terapeuta è stato critico nei confronti del paziente durante la seduta" (Mohr et al., 2005).

Come per l'Inventory of Countertransference Behavior, anche gli item della CBM sono stati valutati come sufficientemente indicativi dei possibili comportamenti di controtransfert e, quindi, utili nella valutazione dello stesso (Friedman & Gelso, 2000). Mohr e colleghi (2005), inoltre, ricavando un coefficiente  $\alpha$  di 0.89 per la prima sottoscala e di 0.82 per le altre due, hanno dimostrato che il metodo di valutazione adottato dallo

strumento è generalizzabile nello studio del controtransfert. Anche altri studi, in conclusione, hanno dimostrato l'attendibilità e la validità dello strumento e delle sue sottoscale, permettendo alla CBM di essere utilizzata fruttuosamente in varie ricerche passate e di essere ritenuta un valido strumento negli studi attuali (Gelso, Latts, Gomez, & Fassinger, 2002; Hayes, Riker, & Ingram, 1997).

## **1.2 Il campione**

Il campione utilizzato in questa ricerca è composto da sette soggetti, tutti studenti frequentanti l'Università degli Studi di Padova, i quali si sono rivolti al Servizio di Assistenza Psicologica (SAP) per varie motivazioni. Sono presenti tre uomini e quattro donne sotto i trent'anni, tutti appartenenti ad un livello socioeconomico medio. Per il nostro lavoro sono state prese in considerazione le prime tre sedute di consultazione, le quali sono state condotte da vari terapeuti e sono state audio registrate, con il consenso dei pazienti. Ogni seduta è stata, poi, trascritta verbatim.

Verranno descritte ora, in maniera sintetica, le motivazioni che hanno spinto i soggetti di questa ricerca a richiedere una consultazione al servizio:

- La paziente 1 si rivolge al servizio poiché, tornata da un periodo di studio all'estero durante il quale i suoi genitori si sono separati, si sente piena di dubbi ed incertezze sia relative agli studi universitari, sia su questioni di vita più generali.
- La paziente 2 chiede di avere un sostegno per affrontare i suoi stati di ansia, i quali, in un primo momento, erano rivolti principalmente a questioni universitarie, mentre ora sembrano essersi espansi anche ad altre sfere della sua vita, tra cui l'intimità. La paziente, inoltre, ritiene di avere bassa autostima.
- Il paziente 3 si rivolge al servizio chiedendo un aiuto per affrontare un momento difficile della sua vita. La morte del padre e la diagnosi di schizofrenia fatta al fratello, infatti, lo hanno portato a sperimentare un periodo di intensa difficoltà psicologica e di insicurezza generale.

- La paziente 4 afferma di aver chiesto una consultazione per le sue difficoltà nell'interagire con le persone, che ella ritiene siano causate, nella maggior parte dei casi, da pensieri persecutori.
- Il paziente 5 chiede aiuto al servizio poiché, in seguito ad un incidente stradale e ad altri problemi di salute, sta sperimentando forti stati di ansia.
- Il paziente 6 si rivolge al SAP per chiedere un sostegno psicologico poiché in famiglia vive una situazione difficile dovuta sia ad un rapporto molto teso con la figura del padre, uomo molto autoritario e disturbato, sia per la malattia autoimmune della madre.
- La paziente 7 afferma di aver ridotto di molto le proprie interazioni sociali a causa della pressione universitaria, la quale la ha portata, inoltre, a sperimentare un forte stato di malessere e difficoltà nello studio. Per queste ragioni, la ragazza, ha chiesto una consultazione al servizio.

### **1.3 La procedura**

Il gruppo di lavoro che ha lavorato in questa ricerca era costituito da 3 studentesse appartenenti al corso magistrale in "Psicologia Clinico-Dinamica" presso l'Università degli Studi di Padova.

Per imparare ad utilizzare la Defense Mechanism Rating Scale il gruppo è stato introdotto allo strumento, in un primo momento, dal professor Rocco, per mezzo della lettura del manuale "I meccanismi di difesa" a cura di Lingiardi e Madeddu (2002). Per quanto riguarda il training vero e proprio sullo strumento, il gruppo di ricerca ha partecipato ad un addestramento di 7 incontri tenuto dal dottor Gabriele Lo Buglio, dottorando presso l'Università "La Sapienza" di Roma.

Durante i primi 4 incontri, Lo Buglio ha fornito una spiegazione teorica accurata dello strumento e dei meccanismi di difesa che esso prende in considerazione, nei restanti 3 incontri, invece, sono state corrette e discusse in gruppo le sedute che, una per settimana, erano siglate singolarmente da ogni componente del training.

Alla fine del corso è stato richiesto al gruppo di lavoro, per poter valutare il raggiungimento o meno di una sufficiente reliability, di siglare due sedute,

chiamate “di concordanza”. Per fare questo, in un primo momento, ognuna delle componenti ha siglato autonomamente i trascritti e, successivamente, questi ultimi sono stati controllati e discussi assieme al fine di ottenere un unico risultato finale. Il dottor Lo Buglio, dopo un’attenta comparazione dei valori ottenuti dalle siglature del gruppo con quelli ricavati dai siglatori certificati dell’Università “La Sapienza” di Roma, ha osservato che per la prima seduta non si erano raggiunti dei valori di reliability sufficientemente buoni, mentre per quanto riguarda la seconda il valore di reliability ottenuto per i cluster difensivi era di .67 per quanto riguarda il grado di accordo delle codifiche del gruppo sul trascritto dei siglatori e di .56 per quanto riguarda il grado di accordo dei siglatori con le codifiche ottenute dalle tre studentesse. Questi risultati, sufficientemente soddisfacenti, hanno permesso di poter analizzare i valori riferiti ai cluster difensivi in maniera affidabile.

Il lavoro di ricerca ha previsto la siglatura di 21 sedute, tre per ogni paziente, per ognuna delle quali è stato seguito lo stesso procedimento compiuto per le due sedute “di concordanza”. Al termine del lavoro svolto con ogni paziente, è stata compilata la scheda di valutazione fornita dal manuale della DMRS, al fine di ottenere un quadro più completo sui singoli funzionamenti difensivi.

Per quanto riguarda la Countertransference Behavior Measure, infine, durante ogni seduta alcuni osservatori hanno compilato le schede di valutazione fornite dallo strumento sui comportamenti controtransferali dei terapeuti.

#### **1.4 Le ipotesi**

Le ipotesi che sono state formulate in questa ricerca sono tre, la prima di tipo quantitativo e le altre due di tipo qualitativo:

- Per quanto riguarda la prima, basandosi sugli studi consultati e precedentemente riportati (Colli et al., 2014; Colli et al., 2022; Dahl et al., 2012; Gordon et al., 2019; Mermlestein, 2000; Røssberg et al., 2007) si confida di osservare, di fronte a pazienti che fanno maggiormente uso di meccanismi difensivi pervasivi e non maturi rispetto a quelli di tipo maturo,

valori maggiori rilevati dal CBM in riferimento all'insieme dei comportamenti controtransferali del terapeuta, a prescindere dal tipo. Quando le difese nel paziente sono molte e perturbanti, infatti, si presuppone che il controtransfert venga percepito dal terapeuta come molto intenso e che sia, quindi, più facilmente osservabile nei suoi comportamenti.

- Per quanto riguarda la prima ipotesi di tipo qualitativo, basandosi nuovamente sui risultati degli studi citati sopra, ci si aspetta di osservare, di fronte a pazienti che fanno grande uso di difese non mature (e che quindi presentano un valore ODF tendenzialmente basso), valori alti per quanto riguarda gli indici medi del controtransfert rilevato grazie al CBM, indipendentemente dal tipo di comportamenti messi in atto dal clinico. Di fronte a pazienti che utilizzano per la maggior parte difese di livello più maturo (e che quindi mostrano un valore ODF indicativamente alto), invece, si confida di trovare valori relativi al controtransfert più bassi.
- Per quanto concerne la seconda ipotesi qualitativa, ciò che ci si aspetta di trovare, dopo aver consultato i lavori della McWilliams (2011), di McIntyre e Schwartz (1998) e di Lingiardi e colleghi (2017) è ciò che segue:
  - Di fronte a pazienti che fanno largo uso di difese ossessive, ci si aspetta di osservare valori più alti per quanto riguarda la sottoscala “distante” del CBM, vista la loro capacità di suscitare nel terapeuta sentimenti di noia durante le sedute (McWilliams, 2011).
  - Di fronte a pazienti che utilizzano principalmente difese di tipo narcisistico, sono attesi valori maggiori nelle sottoscale “ostile” e “distante” del CBM, considerato che, in particolare secondo Lingiardi e colleghi (2017), questo tipo di pazienti sono soliti indurre i terapeuti a provare emozioni quali la rabbia, il risentimento, la noia e la distanza emotiva.
  - Di fronte a pazienti che fanno principalmente uso di difese di diniego, come nel caso dei pazienti con organizzazione di personalità masochistica, sono attesi valori più consistenti nella sottoscala “ostile” del CBM, poiché questi ultimi possono elicitare nel clinico sentimenti di

irritazione, spingendolo, quindi, alla messa in atto di comportamenti avversi nei loro confronti (McWilliams, 2011).

- Di fronte a pazienti che spesso fanno uso di difese borderline, si attendono valori alti nelle sottoscale “dominante” e “ostile”, considerata la loro tendenza all’egocentrismo, l’instabilità negli affetti e il loro essere insistentemente richiestivi (McIntyre et al., 1998).

## CAP. 3 I RISULTATI

In questa sezione verranno descritti i risultati ottenuti grazie alla Defense Mechanism Rating Scale e gli esiti del Countertransference Behavior Measure, ricavati dagli osservatori esterni che hanno valutato il controtransfert dei clinici durante le sedute. In particolare, in riferimento alla DMRS, per ogni singolo paziente verranno esplicitati: il numero di difese utilizzate (in totale e nelle singole sedute), il livello globale di maturità difensiva (ODF), sia nel valore medio e sia nei valori specifici di ogni seduta e il numero di difese utilizzate in ogni categoria difensiva dello strumento (in totale e in ogni trascritto). Verranno mostrate inoltre le tre schede di scoring dei meccanismi di difesa fornite dalla DMRS, una per ogni seduta di consultazione effettuata. In riferimento al CBM verranno presentati i valori ottenuti dal terapeuta di ogni singolo paziente nelle tre sottoscale e la media totale. Infine, verranno mostrate due tabelle aventi lo scopo di riassumere i valori più importanti di questa ricerca.

### Paziente 1

Analizzando le tre sedute di consultazione della prima paziente, grazie all'applicazione della DMRS, sono state identificate 187 difese. In particolare, la paziente ha utilizzato:

- 73 difese nella prima seduta (Figura 3.1)
- 60 difese nella seconda seduta (Figura 3.2)
- 54 difese nella terza seduta (Figura 3.3)

Per quanto riguarda il punteggio globale medio di maturità difensiva, la paziente ha ottenuto il valore di 4,61 e, nello specifico, ha ottenuto i seguenti risultati nelle singole sedute:

- 4,1 nella prima seduta (Figura 3.1)
- 4,53 nella seconda seduta (Figura 3.2)
- 5,2 nella terza seduta (Figura 3.3)



In riferimento alle diverse categorie di meccanismi difensivi riportati dalla DMRS, la paziente ha fatto uso delle seguenti difese, riportate dalla più alla meno adoperata:

- 53 difese mature. In particolare, la paziente ha utilizzato 18 difese di questo tipo nella prima seduta, 13 difese nella seconda e 22 nella terza.
- 40 difese narcisistiche. Nella prima seduta ha utilizzato 11 difese di questo tipo, nella seconda 20 e nella terza 9.
- 28 difese ossessive. Nello specifico, 10 difese nella prima seduta, 8 nella seconda e 10 nella terza.
- 27 difese di diniego. Nella prima seduta sono state utilizzate 8 difese, nella seconda 9 e nella terza 10.
- 22 difese di acting. In particolare, 13 difese nella prima seduta, 6 nella seconda e 3 nella terza.
- 11 difese borderline. Tutte le difese di questo tipo sono state utilizzate nella prima seduta.
- 6 altre difese nevrotiche. 2 difese utilizzate nella prima seduta e 4 nella seconda.

PAZIENTE 1	
PRIMA SCHEDA DI VALUTAZIONE DEI MECCANISMI DI DIFESA (DMRS)	
<b>7 DIFESE MATURE</b>	
- AFFILIAZIONE: 2	
- ALTRUISMO: 0	
- ANTICIPAZIONE: 0	
- UMORISMO: 0	
- AUTOAFFERMAZIONE: 1	
- AUTOSSERVAZIONE: 15	
- SUBLIMAZIONE: 0	
- REPRESSIONE: 0	
SUBTOTALE_18_	PESO DELLA DIFESA X 7_126_
<b>6 DIFESE OSSESSIVE</b>	
- ISOLAMENTO: 3	
- INTELLETTUALIZZAZIONE: 0	
- ANNULLAMENTO RETROATTIVO: 7	
SUBTOTALE_10_	PESO DELLA DIFESA X 6_60_
<b>5 ALTRE DIFESE NEVROTICHE</b>	
- RIMOZIONE: 1	
- DISSOCIAZIONE: 0	
- FORMAZIONE REATTIVA: 1	
- SPOSTAMENTO: 0	
SUBTOTALE_2_	PESO DELLA DIFESA X 5_10_
<b>4 DIFESE NARCISISTICHE</b>	
- ONNIPOTENZA: 1	
- IDEALIZZAZIONE: 6	
- SVALUTAZIONE: 4	
SUBTOTALE_11_	PESO DELLA DIFESA X 4_44_
<b>3 DIFESE DI DINIEGO</b>	
- NEGAZIONE: 2	
- PROIEZIONE: 2	
- RAZIONALIZZAZIONE: 4	
<b>ALTRE:</b>	
- FANTASIA: 0	
SUBTOTALE_8_	PESO DELLA DIFESA X 3_24_
<b>2 DIFESE BORDERLINE</b>	
- SCISSIONE (IMM. OGG.): 0	
- SCISSIONE (IMM. SE'): 2	
- IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA: 9	
SUBTOTALE_11_	PESO DELLA DIFESA X 2_22_
<b>1 DIFESA ACTING</b>	
- ACTING OUT: 0	
- AGGRESSIONE PASSIVA: 9	
- IPOCONDRIASI: 3	
SUBTOTALE_13_	PESO DELLA DIFESA X 1_13_
A) SOMMA TOTALE DELLE DIFESE = 73	
B) SOMMA DELLE DIFESE X IL LORO PESO = 399	
C) PUNTEGGIO GLOBALE DI MATURITA' DELLE DIFESE (1=BASSO, 7=ALTO) B/A = 4,1	

**Figura 3.1:** Scheda di codifica della DMRS della prima seduta della paziente 1

PAZIENTE 1	
SECONDA SCHEDA DI VALUTAZIONE DEI MECCANISMI DI DIFESA (DMRS)	
<b>7 DIFESE MATURE</b>	
- AFFILIAZIONE: 2	
- ALTRUISMO: 0	
- ANTICIPAZIONE: 0	
- UMORISMO: 0	
- AUTOAFFERMAZIONE: 0	
- AUTOSSERVAZIONE: 10	
- SUBLIMAZIONE: 0	
- REPRESSIONE: 1	
SUBTOTALE <u>13</u>	PESO DELLA DIFESA X 7 <u>91</u>
<b>6 DIFESE OSSESSIVE</b>	
- ISOLAMENTO: 3	
- INTELLETTUALIZZAZIONE: 0	
- ANNULLAMENTO RETROATTIVO: 5	
SUBTOTALE <u>8</u>	PESO DELLA DIFESA X 6 <u>48</u>
<b>5 ALTRE DIFESE NEVROTICHE</b>	
- RIMOZIONE: 3	
- DISSOCIAZIONE: 0	
- FORMAZIONE REATTIVA: 1	
- SPOSTAMENTO: 0	
SUBTOTALE <u>4</u>	PESO DELLA DIFESA X 5 <u>20</u>
<b>4 DIFESE NARCISISTICHE</b>	
- ONNIPOTENZA: 0	
- IDEALIZZAZIONE: 14	
- SVALUTAZIONE: 6	
SUBTOTALE <u>20</u>	PESO DELLA DIFESA X 4 <u>80</u>
<b>3 DIFESE DI DINIEGO</b>	
- NEGAZIONE: 1	
- PROIEZIONE: 0	
- RAZIONALIZZAZIONE: 8	
ALTRE:	
- FANTASIA: 0	
SUBTOTALE <u>9</u>	PESO DELLA DIFESA X 3 <u>27</u>
<b>2 DIFESE BORDERLINE</b>	
- SCISSIONE (MM. OGG.): 0	
- SCISSIONE (MM. SE): 0	
- IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA: 0	
SUBTOTALE <u>0</u>	PESO DELLA DIFESA X 2 <u>0</u>
<b>1 DIFESE ACTING</b>	
- ACTING OUT: 0	
- AGGRESSIONE PASSIVA: 4	
- IPOCONDRIASI: 2	
SUBTOTALE <u>6</u>	PESO DELLA DIFESA X 1 <u>6</u>
A) SOMMA TOTALE DELLE DIFESE = 60	
B) SOMMA DELLE DIFESE X IL LORO PESO = 272	
C) PUNTEGGIO GLOBALE DI MATURETA' DELLE DIFESE (1=BASSO, 7=ALTO) B/A = 4,53	

Figura 3.2: Scheda di codifica della DMRS della seconda seduta della paziente

1

PAZIENTE 1	
TERZA SCHEDA DI VALUTAZIONE DEI MECCANISMI DI DIFESA (DMRS)	
<b>7 DIFESE MATURE</b>	
- AFFILIAZIONE: 1	
- ALTRUISMO: 0	
- ANTICIPAZIONE: 0	
- UMORISMO: 0	
- AUTOAFFERMAZIONE: 4	
- AUTOSSERVAZIONE: 17	
- SUBLIMAZIONE: 0	
- REPRESSIONE: 0	
SUBTOTALE <u>22</u>	PESO DELLA DIFESA X 7 <u>154</u>
<b>6 DIFESE OSSESSIVE</b>	
- ISOLAMENTO: 4	
- INTELLETTUALIZZAZIONE: 0	
- ANNULLAMENTO RETROATTIVO: 6	
SUBTOTALE <u>10</u>	PESO DELLA DIFESA X 6 <u>60</u>
<b>5 ALTRE DIFESE NEVROTICHE</b>	
- RIMOZIONE: 0	
- DISSOCIAZIONE: 0	
- FORMAZIONE REATTIVA: 0	
- SPOSTAMENTO: 0	
SUBTOTALE <u>0</u>	PESO DELLA DIFESA X 5 <u>0</u>
<b>4 DIFESE NARCISISTICHE</b>	
- ONNIPOTENZA: 2	
- IDEALIZZAZIONE: 5	
- SVALUTAZIONE: 2	
SUBTOTALE <u>9</u>	PESO DELLA DIFESA X 4 <u>36</u>
<b>3 DIFESE DI DINIEGO</b>	
- NEGAZIONE: 2	
- PROIEZIONE: 0	
- RAZIONALIZZAZIONE: 8	
ALTRE:	
- FANTASIA: 0	
SUBTOTALE <u>10</u>	PESO DELLA DIFESA X 3 <u>30</u>
<b>2 DIFESE BORDERLINE</b>	
- SCISSIONE (MM. OGG.): 0	
- SCISSIONE (MM. SE): 0	
- IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA: 0	
SUBTOTALE <u>0</u>	PESO DELLA DIFESA X 2 <u>0</u>
<b>1 DIFESE ACTING</b>	
- ACTING OUT: 0	
- AGGRESSIONE PASSIVA: 3	
- IPOCONDRIASI: 0	
SUBTOTALE <u>3</u>	PESO DELLA DIFESA X 1 <u>3</u>
A) SOMMA TOTALE DELLE DIFESE = 54	
B) SOMMA DELLE DIFESE X IL LORO PESO = 283	
C) PUNTEGGIO GLOBALE DI MATURETA' DELLE DIFESE (1=BASSO, 7=ALTO) B/A = 5,2	

Figura 3.3: Scheda di codifica della DMRS della terza seduta della paziente 1.

Per quanto riguarda lo scoring del CBM, il terapeuta della prima paziente ha ottenuto 2,70 come valore medio. Nello specifico, i valori ricavati nelle tre sottoscale sono stati i seguenti:

- Scala "dominante": 3,00
- Scala "ostile": 1,67
- Scala "distante": 3,50

### **3.1 Paziente 2**

Per quanto riguarda la seconda paziente, dall'analisi dei trascritti delle tre sedute di consultazione attraverso la DMRS, è emerso che ella ha fatto uso di 188 difese totali. In particolare, questa paziente ha utilizzato:

- 56 difese nella prima seduta (Figura 3.4)
- 61 difese nella seconda seduta (Figura 3.5)
- 71 difese nella terza seduta (Figura 3.6)

In riferimento al punteggio globale medio di maturità difensiva, ella ha ottenuto il valore di 4,06. Specificatamente per ogni singola seduta, i valori ODF sono stati:

- 4,19 per la prima seduta (Figura 3.4)
- 4,03 per la seconda seduta (Figura 3.5)
- 3,96 per la terza seduta (Figura 3.6)

Per quanto riguarda il numero di difese messe in atto nelle varie categorie della DMRS, la paziente 2 ha utilizzato, disposte in ordine crescente di utilizzo, le seguenti difese:

- 58 difese narcisistiche. Nella prima seduta ella ha utilizzato 19 difese, nella seconda 22 e nella terza 17.
- 42 difese di diniego. Nella prima seduta la paziente ha utilizzato 13 difese, nella seconda 11 e nella terza 18.
- 25 difese mature. 9 difese nella prima seduta, 5 nella seconda e 11 nella terza.

- 19 altre difese nevrotiche. Nello specifico, 6 difese nella prima seduta, 10 nella seconda e 3 nella terza.
- 18 difese di acting. In particolare, 3 difese nella prima seduta, 6 nella seconda e 9 nella terza.
- 16 difese ossessive. Nella prima seduta la paziente ha utilizzato 3 difese, nella seconda 5 e nella terza 8.
- 10 difese borderline. Nello specifico, 3 nella prima seduta, 2 nella seconda e 5 nell'ultima.

PAZIENTE 2	
PRIMA SCHEDA DI VALUTAZIONE DEI MECCANISMI DI DIFESA (DMRS)	
<b>7 DIFESE MATURE</b>	
- AFFILIAZIONE: 3	
- ALTRUISMO: 0	
- ANTICIPAZIONE: 0	
- UMOREISMO: 1	
- AUTODIFFERMAZIONE: 0	
- AUTOSSERVIZIONE: 4	
- SUBLIMAZIONE: 0	
- REPRESSIONE: 1	
SUBTOTALE <u>  9  </u>	PESO DELLA DIFESA X 7 <u>  63  </u>
<b>6 DIFESE OSSESSIVE</b>	
- ISOLAMENTO: 0	
- INTELLETTUALIZZAZIONE: 2	
- ANNULLAMENTO RETROATTIVO: 1	
SUBTOTALE <u>  3  </u>	PESO DELLA DIFESA X 6 <u>  18  </u>
<b>5 ALTRE DIFESE NEVROTICHE</b>	
- RIMOZIONE: 1	
- DISSOCIAZIONE: 0	
- FORMAZIONE REATTIVA: 4	
- SPOSTAMENTO: 1	
SUBTOTALE <u>  6  </u>	PESO DELLA DIFESA X 5 <u>  30  </u>
<b>4 DIFESE NARCISISTICHE</b>	
- ONNIPOTENZA: 4	
- IDEALIZZAZIONE: 7	
- SVALUTAZIONE: 8	
SUBTOTALE <u> 19  </u>	PESO DELLA DIFESA X 4 <u>  76  </u>
<b>3 DIFESE DI DINIEGO</b>	
- NEGAZIONE: 1	
- PROIEZIONE: 2	
- RAZIONALIZZAZIONE: 10	
<b>ALTRE:</b>	
- FANTASIA	
SUBTOTALE <u> 13  </u>	PESO DELLA DIFESA X 3 <u>  39  </u>
<b>2 DIFESE BORDERLINE</b>	
- SCISSIONE (IMM. OGG.): 0	
- SCISSIONE (IMM. SE): 3	
- IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA: 0	
SUBTOTALE <u>  3  </u>	PESO DELLA DIFESA X 2 <u>  6  </u>
<b>1 DIFESE ACTING</b>	
- ACTING OUT: 0	
- AGGRESSIONE PASSIVA: 2	
- IPOCONDRIASI: 1	
SUBTOTALE <u>  3  </u>	PESO DELLA DIFESA X 1 <u>  3  </u>
A) SOMMA TOTALE DELLE DIFESE = 56	
B) SOMMA DELLE DIFESE X IL LORO PESO = 235	
C) PUNTEGGIO GLOBALE DI MATURITA' DELLE DIFESE (1=BASSO, 7=ALTO) B/A = 4,19	

**Figura 3.4:** Scheda di codifica della DMRS della prima seduta della paziente 2

<p>PAZIENTE 2</p> <p>SECONDA SCHEDA DI VALUTAZIONI DEI MECCANISMI DI DIFESA (DMRS)</p>	
<p>7 DIFESE MATURE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- AFFILIAZIONE: 2</li> <li>- ALTRUISMO: 0</li> <li>- ANTICIPAZIONE: 0</li> <li>- UMORISMO: 0</li> <li>- AUTOAFFERMAZIONE: 0</li> <li>- AUTOOSSERVAZIONE: 3</li> <li>- SUBLIMAZIONE: 0</li> <li>- REPRESSIONE: 0</li> </ul> <p>SUBTOTALE <u>5</u> PESO DELLA DIFESA X 7 <u>35</u></p> <p>6 DIFESE OSSESSIVE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ISOLAMENTO: 2</li> <li>- INTELLETTUALIZZAZIONE: 0</li> <li>- ANNULLAMENTO RETROATTIVO: 3</li> </ul> <p>SUBTOTALE <u>5</u> PESO DELLA DIFESA X 6 <u>30</u></p> <p>5 ALTRE DIFESE NEVROTICHE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- RIMOZIONE: 3</li> <li>- DISSOCIAZIONE: 0</li> <li>- FORMAZIONE REATTIVA: 5</li> <li>- SPOSTAMENTO: 2</li> </ul> <p>SUBTOTALE <u>10</u> PESO DELLA DIFESA X 5 <u>50</u></p> <p>4 DIFESE NARCISISTICHE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ONNIPOTENZA: 0</li> <li>- IDEALIZZAZIONE: 9</li> <li>- SVALUTAZIONE: 13</li> </ul> <p>SUBTOTALE <u>22</u> PESO DELLA DIFESA X 4 <u>88</u></p>	<p>3 DIFESE DI DINIEGO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- NEGAZIONE: 0</li> <li>- PROIEZIONE: 0</li> <li>- RAZIONALIZZAZIONE: 11</li> </ul> <p>ALTRE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- FANTASIA</li> </ul> <p>SUBTOTALE <u>11</u> PESO DELLA DIFESA X 3 <u>33</u></p> <p>2 DIFESE BORDERLINE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- SCISSIONE (IMM. OGG.): 2</li> <li>- SCISSIONE (IMM. SE): 0</li> <li>- IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA: 0</li> </ul> <p>SUBTOTALE <u>2</u> PESO DELLA DIFESA X 2 <u>4</u></p> <p>1 DIFESE ACTING</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ACTING OUT: 2</li> <li>- AGGRESSIONE PASSIVA: 3</li> <li>- IPOCONDRIASI: 1</li> </ul> <p>SUBTOTALE <u>6</u> PESO DELLA DIFESA X 1 <u>6</u></p> <p>A) SOMMA TOTALE DELLE DIFESE = 61  B) SOMMA DELLE DIFESE X IL LORO PESO = 246  C) PUNTEGGIO GLOBALE DI MATURETA' DELLE DIFESE (1=BASSO, 7=ALTO) B/A = 4,03</p>

**Figura 3.5:** Scheda di codifica della DMRS della seconda seduta della paziente

2

<p>PAZIENTE 2</p> <p>TERZA SCHEDA DI VALUTAZIONI DEI MECCANISMI DI DIFESA (DMRS)</p>	
<p>7 DIFESE MATURE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- AFFILIAZIONE: 2</li> <li>- ALTRUISMO: 0</li> <li>- ANTICIPAZIONE: 0</li> <li>- UMORISMO: 2</li> <li>- AUTOAFFERMAZIONE: 1</li> <li>- AUTOOSSERVAZIONE: 6</li> <li>- SUBLIMAZIONE: 0</li> <li>- REPRESSIONE: 0</li> </ul> <p>SUBTOTALE <u>11</u> PESO DELLA DIFESA X 7 <u>77</u></p> <p>6 DIFESE OSSESSIVE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ISOLAMENTO: 4</li> <li>- INTELLETTUALIZZAZIONE: 1</li> <li>- ANNULLAMENTO RETROATTIVO: 3</li> </ul> <p>SUBTOTALE <u>8</u> PESO DELLA DIFESA X 6 <u>48</u></p> <p>5 ALTRE DIFESE NEVROTICHE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- RIMOZIONE: 2</li> <li>- DISSOCIAZIONE: 0</li> <li>- FORMAZIONE REATTIVA: 0</li> <li>- SPOSTAMENTO: 1</li> </ul> <p>SUBTOTALE <u>3</u> PESO DELLA DIFESA X 5 <u>15</u></p> <p>4 DIFESE NARCISISTICHE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ONNIPOTENZA: 6</li> <li>- IDEALIZZAZIONE: 4</li> <li>- SVALUTAZIONE: 7</li> </ul>	<p>SUBTOTALE <u>17</u> PESO DELLA DIFESA X 4 <u>68</u></p> <p>3 DIFESE DI DINIEGO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- NEGAZIONE: 0</li> <li>- PROIEZIONE: 0</li> <li>- RAZIONALIZZAZIONE: 15</li> </ul> <p>ALTRE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- FANTASIA: 3</li> </ul> <p>SUBTOTALE <u>18</u> PESO DELLA DIFESA X 3 <u>54</u></p> <p>2 DIFESE BORDERLINE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- SCISSIONE (IMM. OGG.): 0</li> <li>- SCISSIONE (IMM. SE): 5</li> <li>- IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA: 0</li> </ul> <p>SUBTOTALE <u>5</u> PESO DELLA DIFESA X 2 <u>10</u></p> <p>1 DIFESE ACTING</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ACTING OUT: 0</li> <li>- AGGRESSIONE PASSIVA: 0</li> <li>- IPOCONDRIASI: 9</li> </ul> <p>SUBTOTALE <u>9</u> PESO DELLA DIFESA X 1 <u>9</u></p> <p>A) SOMMA TOTALE DELLE DIFESE = 71  B) SOMMA DELLE DIFESE X IL LORO PESO = 281  C) PUNTEGGIO GLOBALE DI MATURETA' DELLE DIFESE (1=BASSO, 7=ALTO) B/A = 3,96</p>

**Figura 3.6:** Scheda di codifica della DMRS della terza seduta della paziente 2

Il terapeuta della paziente 2 ha ottenuto 1,50 come indice medio negli scoring del CBM. In particolare, i punteggi che egli ha ottenuto nelle tre sottoscale sono stati i seguenti:

- Scala "dominante": 2,00
- Scala "ostile": 1,00
- Scala "distante": 1,00

### **3.2 Paziente 3**

Per il terzo paziente sono state identificate, attraverso l'utilizzo della DMRS, 73 difese totali, ottenute sommando tutti i meccanismi difensivi rilevati nelle tre sedute di consultazione. In particolare, il numero di difese che il paziente ha utilizzato in ogni seduta è risultato essere:

- 30 difese nella prima seduta (Figura 3.7)
- 18 difese nella seconda seduta (Figura 3.8)
- 25 difese nella terza seduta (Figura 3.9)

Questo paziente ha ottenuto un punteggio globale medio di maturità difensiva pari a 6,03 e in ogni singola seduta i valori sono stati i seguenti:

- 6,5 per la prima seduta (Figura 3.7)
- 4,78 per la seconda seduta (Figura 3.8)
- 6,8 per la terza seduta (Figura 3.9)

In riferimento alle difese utilizzate dal paziente per ogni categoria della DMRS, vengono elencati di seguito i numeri specifici:

- 50 difese mature. In particolare, 21 difese utilizzate nella prima seduta, 7 nella seconda e 22 nella terza.
- 9 difese ossessive e narcisistiche. Per quanto riguarda le prime, egli ha utilizzato 6 difese nella prima seduta, 1 difesa nella seconda e 2 nella terza. Per quanto riguarda le seconde, sono state utilizzate 3 difese nella prima seduta, 5 nella seconda e una nella terza.
- 3 difese di acting, tutte utilizzate nella seconda seduta.

- 1 difesa nelle categorie “diniego” e “altre difese nevrotiche”. Entrambe queste difese sono state utilizzate nella seconda seduta.
- Non sono state riscontrate difese borderline.

PAZIENTE 3	
PRIMA SCHEDA DI VALUTAZIONE DEI MECCANISMI DI DIFESA (DMRS)	
<b>7 DIFESE MATURE</b>	
- AFFILIAZIONE: 2	
- ALTRUISMO: 0	
- ANTICIPAZIONE: 0	
- UMORISMO: 0	
- AUTOAFFERMAZIONE: 3	
- AUTOSSERVAZIONE: 16	
- SUBLIMAZIONE: 0	
- REPRESSIONE: 0	
SUBTOTALE <u>21</u>	PESO DELLA DIFESA X 7 <u>147</u>
<b>6 DIFESE OSSESSIVE</b>	
- ISOLAMENTO DELL'AFFETTO: 4	
- INTELLETTUALIZZAZIONE: 1	
- ANNULLAMENTO RETROATTIVO: 1	
SUBTOTALE <u>6</u>	PESO DELLA DIFESA X 6 <u>36</u>
<b>5 ALTRE DIFESE NEVROTICHE</b>	
- RIMOZIONE: 0	
- DISSOCIAZIONE: 0	
- FORMAZIONE REATTIVA: 0	
- SPOSTAMENTO: 0	
SUBTOTALE <u>0</u>	PESO DELLA DIFESA X 5 <u>0</u>
<b>4 DIFESE NARCISISTICHE</b>	
- ONNIPOTENZA: 0	
- IDEALIZZAZIONE: 2	
- SVALUTAZIONE: 1	
SUBTOTALE <u>3</u>	PESO DELLA DIFESA X 4 <u>12</u>
<b>3 DIFESE DI DINIEGO</b>	
- NEGAZIONE: 0	
- PROIEZIONE: 0	
- RAZIONALIZZAZIONE: 0	
ALTRE:	
- FANTASIA: 0	
SUBTOTALE <u>0</u>	PESO DELLA DIFESA X 3 <u>0</u>
<b>2 DIFESE BORDERLINE</b>	
- SCISSIONE (IMM. OGG.): 0	
- SCISSIONE (IMM. SE?): 0	
- IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA: 0	
SUBTOTALE <u>0</u>	PESO DELLA DIFESA X 2 <u>0</u>
<b>1 DIFESA ACTING</b>	
- ACTING OUT: 0	
- AGGRESSIONE PASSIVA: 0	
- IPOCONDRIASI: 0	
SUBTOTALE <u>0</u>	PESO DELLA DIFESA X 1 <u>0</u>
A) SOMMA TOTALE DELLE DIFESE = 30 B) SOMMA DELLE DIFESE X IL LORO PESO = 195 C) PUNTEGGIO GLOBALE DI MATURITA' DELLE DIFESE (1=BASSO, 7= ALTO) B/A = 6,5	

Figura 3.7: Scheda di codifica della DMRS della prima seduta del paziente 3

PAZIENTE 3	
SECONDA SCHEDA DI VALUTAZIONE DEI MECCANISMI DI DIFESA (DMRS)	
<b>7 DIFESE MATURE</b>	
- AFFILIAZIONE: 0	
- ALTRUISMO: 0	
- ANTICIPAZIONE: 0	
- UMORISMO: 0	
- AUTOAFFERMAZIONE: 1	
- AUTOSSERVAZIONE: 6	
- SUBLIMAZIONE: 0	
- REPRESSIONE: 0	
SUBTOTALE <u>7</u>	PESO DELLA DIFESA X 7 <u>49</u>
<b>6 DIFESE OSSESSIVE</b>	
- ISOLAMENTO DELL'AFFETTO: 1	
- INTELLETTUALIZZAZIONE: 0	
- ANNULLAMENTO RETROATTIVO: 0	
SUBTOTALE <u>1</u>	PESO DELLA DIFESA X 6 <u>6</u>
<b>5 ALTRE DIFESE NEVROTICHE</b>	
- RIMOZIONE: 0	
- DISSOCIAZIONE: 0	
- FORMAZIONE REATTIVA: 0	
- SPOSTAMENTO: 1	
SUBTOTALE <u>1</u>	PESO DELLA DIFESA X 5 <u>5</u>
<b>4 DIFESE NARCISISTICHE</b>	
- ONNIPOTENZA: 0	
- IDEALIZZAZIONE: 3	
- SVALUTAZIONE: 2	
SUBTOTALE <u>5</u>	PESO DELLA DIFESA X 4 <u>20</u>
<b>3 DIFESE DI DINIEGO</b>	
- NEGAZIONE: 0	
- PROIEZIONE: 0	
- RAZIONALIZZAZIONE: 1	
ALTRE:	
- FANTASIA: 0	
SUBTOTALE <u>1</u>	PESO DELLA DIFESA X 3 <u>3</u>
<b>2 DIFESE BORDERLINE</b>	
- SCISSIONE (IMM. OGG.): 0	
- SCISSIONE (IMM. SE?): 0	
- IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA: 0	
SUBTOTALE <u>0</u>	PESO DELLA DIFESA X 2 <u>0</u>
<b>1 DIFESA ACTING</b>	
- ACTING OUT: 0	
- AGGRESSIONE PASSIVA: 3	
- IPOCONDRIASI: 0	
SUBTOTALE <u>3</u>	PESO DELLA DIFESA X 1 <u>3</u>
A) SOMMA TOTALE DELLE DIFESE = 18 B) SOMMA DELLE DIFESE X IL LORO PESO = 86 C) PUNTEGGIO GLOBALE DI MATURITA' DELLE DIFESE (1=BASSO, 7= ALTO) B/A = 4,78	

**Figura 3.8:** Scheda di codifica della DMRS della seconda seduta del paziente 3

PAZIENTE 3	
TERZA SCHEDA DI VALUTAZIONE DEI MECCANISMI DI DIFESA (DMRS)	
<b>7 DIFESE MATURE</b>	
- AFFILIAZIONE: 3	
- ALTRUISMO: 1	
- ANTICIPAZIONE: 2	
- UMORISMO: 1	
- AUTOAFFERMAZIONE: 2	
- AUTOSSERVAZIONE: 13	
- SUBLIMAZIONE: 0	
- REPRESSIONE: 0	
SUBTOTALE 22	PESO DELLA DIFESA X 7 154
<b>6 DIFESE OSSESSIVE</b>	
- ISOLAMENTO: 0	
- INTELLETTUALIZZAZIONE: 1	
- ANNULLAMENTO RETROATTIVO: 1	
SUBTOTALE 2	PESO DELLA DIFESA X 6 12
<b>5 ALTRE DIFESE NEVROTICHE</b>	
- RIMOZIONE: 0	
- DISSOCIAZIONE: 0	
- FORMAZIONE REATTIVA: 0	
- SPOSTAMENTO: 0	
SUBTOTALE 0	PESO DELLA DIFESA X 5 0
<b>4 DIFESE NARCISISTICHE</b>	
- ONNIPOTENZA: 0	
- IDEALIZZAZIONE: 0	
- SVALUTAZIONE: 1	
SUBTOTALE 1	PESO DELLA DIFESA X 4 4
<b>3 DIFESE DI DINIEGO</b>	
- NEGAZIONE: 0	
- PROIEZIONE: 0	
- RAZIONALIZZAZIONE: 0	
<b>ALTRE:</b>	
- FANTASIA: 0	
SUBTOTALE 0	PESO DELLA DIFESA X 3 0
<b>2 DIFESE BORDERLINE</b>	
- SCISSIONE (IMM. OGG.): 0	
- SCISSIONE (IMM. SE'): 0	
- IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA: 0	
SUBTOTALE 0	PESO DELLA DIFESA X 2 0
<b>1 DIFESE ACTING</b>	
- ACTING OUT: 0	
- AGGRESSIONE PASSIVA: 0	
- IPOCONDRIASI: 0	
SUBTOTALE 0	PESO DELLA DIFESA X 1 0
A) SOMMA TOTALE DELLE DIFESE = 25	
B) SOMMA DELLE DIFESE X IL LORO PESO = 170	
C) PUNTEGGIO GLOBALE DI MATURITA' DELLE DIFESE ( 1=BASSO, 7= ALTO) B/A = 6,8	

**Figura 3.9:** Scheda di codifica della DMRS della terza seduta del paziente 3

Per quanto concerne il CBM, il terapeuta del paziente 3 ha ottenuto 1,80 come punteggio medio relativo ai suoi comportamenti controtransferali.

Quest'ultimo è stato ricavato dai seguenti valori:

- Scala "dominante": 1,20
- Scala "ostile": 2,00
- Scala "distante": 3,00

### 3.4 Paziente 4

Dagli scoring della DMRS si è osservato che la quarta paziente ha utilizzato 96 difese totali. In ogni singola seduta sono stati identificati i seguenti meccanismi difensivi:

- 40 difese nella prima seduta (Figura 3.10)
- 24 difese nella seconda seduta (Figura 3.11)



- 32 difese nella terza seduta (Figura 3.12)

Il valore ODF medio che questa paziente ha ottenuto è pari a 4,11. Quest'ultimo è stato ottenuto dai seguenti tre valori:

- 3,93 per la prima seduta (Figura 3.10)
- 4,21 per la seconda seduta (Figura 3.11)
- 4,19 per la terza seduta (Figura 3.12)

Per la paziente 4 sono state identificate, per ogni categoria della DMRS, le seguenti difese:

- 37 difese di diniego. Nello specifico, 17 difese nella prima seduta, 8 nella seconda e 12 nella terza.
- 16 difese narcisistiche. Ella ha utilizzato 3 difese nella prima seduta, 5 nella seconda e 8 nella terza.
- 15 difese ossessive. In particolare, 7 difese in entrambe le prime due sedute e 1 nell'ultima.
- 14 difese mature. 5 difese nella prima seduta, 1 nella seconda e 8 nell'ultima.
- 7 difese borderline. Ella ha fatto uso di 5 difese di questo tipo nella prima seduta e di 1 difesa per trascritto negli ultimi 2.
- 5 difese di acting. In particolare, 2 difese nella prima e nell'ultima seduta e 1 difesa nella seconda.
- 2 altre difese nevrotiche. Nello specifico, 1 difesa per seduta nelle prime due.

PAZIENTE 4	
PRIMA SCHEDA DI VALUTAZIONE DEI MECCANISMI DI DIFESA (DMRS)	
7 DIFESE MATURE	
- AFFILIAZIONE: 0	
- ALTRUISMO: 0	
- ANTICIPAZIONE: 1	
- UMORISMO: 0	
- AUTOAFFERMAZIONE: 1	
- AUTOSERVIZIONE: 3	
- SUBLIMAZIONE: 0	
- REPRESSIONE: 0	
SUBTOTALE <u>5</u>	PESO DELLA DIFESA X 7 <u>35</u>
6 DIFESE OSSESSIVE	
- ISOLAMENTO: 1	
- INTELLETTUALIZZAZIONE: 0	
- ANNULLAMENTO RETROATTIVO: 6	
SUBTOTALE <u>7</u>	PESO DELLA DIFESA X 6 <u>42</u>
5 ALTRE DIFESE NEVROTICHE	
- RIMOZIONE: 0	
- DISSOCIAZIONE: 1	
- FORMAZIONE REATTIVA: 0	
- SPOSTAMENTO: 0	
SUBTOTALE <u>1</u>	PESO DELLA DIFESA X 5 <u>5</u>
4 DIFESE NARCISISTICHE	
- ONNIPOTENZA: 0	
- IDEALIZZAZIONE: 3	
- SVALUTAZIONE: 0	
SUBTOTALE <u>3</u>	PESO DELLA DIFESA X 4 <u>12</u>
3 DIFESE DI DINIEGO	
- NEGAZIONE: 2	
- PROIEZIONE: 4	
- RAZIONALIZZAZIONE: 11	
ALTRE:	
- FANTASIA: 0	
SUBTOTALE <u>17</u>	PESO DELLA DIFESA X 3 <u>51</u>
2 DIFESE BORDERLINE	
- SCISSIONE (IMM. OGG.): 0	
- SCISSIONE (IMM. SE.): 0	
- IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA: 5	
SUBTOTALE <u>5</u>	PESO DELLA DIFESA X 2 <u>10</u>
1 DIFESE ACTING	
- ACTING OUT: 1	
- AGGRESSIONE PASSIVA: 1	
- IPOCONDRIASI: 0	
SUBTOTALE <u>2</u>	PESO DELLA DIFESA X 1 <u>2</u>
A) SOMMA TOTALE DELLE DIFESE = 40	
B) SOMMA DELLE DIFESE X IL LORO PESO = 157	
C) PUNTEGGIO GLOBALE DI MATURITA' DELLE DIFESE (1=BASSO, 7=ALTO) B/A = 3.93	

Figura 3.10: Scheda di codifica della DMRS della prima seduta della paziente 4

PAZIENTE 4	
SECONDA SCHEDA DI VALUTAZIONE DEI MECCANISMI DI DIFESA (DMRS)	
7 DIFESE MATURE	
7. AFFILIAZIONE: 0	
8. ALTRUISMO: 1	
9. ANTICIPAZIONE: 0	
10. UMORISMO: 0	
11. AUTOAFFERMAZIONE: 0	
12. AUTOSERVIZIONE: 0	
13. SUBLIMAZIONE: 0	
14. REPRESSIONE: 0	
SUBTOTALE <u>1</u>	PESO DELLA DIFESA X 7 <u>7</u>
6 DIFESE OSSESSIVE	
15. ISOLAMENTO: 5	
16. INTELLETTUALIZZAZIONE: 0	
17. ANNULLAMENTO RETROATTIVO: 2	
SUBTOTALE <u>7</u>	PESO DELLA DIFESA X 6 <u>42</u>
5 ALTRE DIFESE NEVROTICHE	
18. RIMOZIONE: 1	
19. DISSOCIAZIONE: 0	
20. FORMAZIONE REATTIVA: 0	
21. SPOSTAMENTO: 0	
SUBTOTALE <u>1</u>	PESO DELLA DIFESA X 5 <u>5</u>
4 DIFESE NARCISISTICHE	
22. ONNIPOTENZA: 0	
23. IDEALIZZAZIONE: 0	
24. SVALUTAZIONE: 5	
SUBTOTALE <u>5</u>	PESO DELLA DIFESA X 4 <u>20</u>
3 DIFESE DI DINIEGO	
25. NEGAZIONE: 3	
26. PROIEZIONE: 1	
27. RAZIONALIZZAZIONE: 4	
ALTRE:	
28. FANTASIA: 0	
SUBTOTALE <u>8</u>	PESO DELLA DIFESA X 3 <u>24</u>
2 DIFESE BORDERLINE	
29. SCISSIONE (IMM. OGG.): 0	
30. SCISSIONE (IMM. SE.): 0	
31. IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA: 1	
SUBTOTALE <u>1</u>	PESO DELLA DIFESA X 2 <u>2</u>
1 DIFESE ACTING	
32. ACTING OUT: 0	
33. AGGRESSIONE PASSIVA: 1	
34. IPOCONDRIASI: 0	
SUBTOTALE <u>1</u>	PESO DELLA DIFESA X 1 <u>1</u>
A) SOMMA TOTALE DELLE DIFESE = 24	
B) SOMMA DELLE DIFESE X IL LORO PESO = 101	
C) PUNTEGGIO GLOBALE DI MATURITA' DELLE DIFESE (1=BASSO, 7=ALTO) B/A = 4.21	

Figura 3.11: Scheda di codifica della DMRS della seconda seduta della paziente 4

PAZIENTE 4		3 DIFESE DI DINIEGO	
TERZA SCHEDA DI VALUTAZIONE DEI MECCANISMI DI DIFESA (DMRS)		- NEGAZIONE: 1	
7 DIFESE MATURE		- PROIEZIONE: 2	
- AFFILIAZIONE: 0		- RAZIONALIZZAZIONE: 8	
- ALTRUISMO: 0		ALTRE:	
- ANTICIPAZIONE: 0		- FANTASIA: 1	
- UMORISMO: 0		SUBTOTALE 12 PESO DELLA DIFESA X 3 36	
- AUTODIFFERMAZIONE: 1		2 DIFESE BORDERLINE	
- AUTOSSERVAZIONE: 7		- SCISSIONE (IMM. OGG.): 0	
- SUBLIMAZIONE: 0		- SCISSIONE (IMM. SE'): 0	
- REPRESSIONE: 0		- IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA: 1	
SUBTOTALE 8 PESO DELLA DIFESA X 7 56		SUBTOTALE 1 PESO DELLA DIFESA X 2 2	
6 DIFESE OSSESSIVE		1 DIFESE ACTING	
- ISOLAMENTO: 0		- ACTING OUT: 2	
- INTELLETTUALIZZAZIONE: 1		- AGGRESSIONE PASSIVA: 0	
- ANNULLAMENTO RETROATTIVO: 0		- IPOCONDRIASI: 0	
SUBTOTALE 1 PESO DELLA DIFESA X 6 6		SUBTOTALE 2 PESO DELLA DIFESA X 1 2	
5 ALTRE DIFESE NEVROTICHE		A) SOMMA TOTALE DELLE DIFESE = 32	
- RIMOZIONE: 0		B) SOMMA DELLE DIFESE X IL LORO PESO = 134	
- DISSOCIAZIONE: 0		C) PUNTEGGIO GLOBALE DI MATURITA' DELLE DIFESE (1=BASSO, 7= ALTO) B/A = 4.19	
- FORMAZIONE RELATIVA: 0			
- SPOSTAMENTO: 0			
SUBTOTALE 0 PESO DELLA DIFESA X 5 0			
4 DIFESE NARCISISTICHE			
- ONNIPOTENZA: 1			
- IDEALIZZAZIONE: 3			
- SVALUTAZIONE: 4			
SUBTOTALE 8 PESO DELLA DIFESA X 4 32			

**Figura 3.12:** Scheda di codifica della DMRS della terza seduta della paziente

4

Per quanto riguarda i punteggi rilevati dal CBM, il terapeuta della paziente 4 ha ottenuto 1,70 come valore medio. Nelle varie sottoscale egli ha ottenuto i punteggi seguenti:

- Scala “dominante”: 2,40
- Scala “ostile”: 1,00
- Scala “distante”: 1,00

### 3.5 Paziente 5

Grazie allo strumento della DMRS il gruppo di lavoro ha identificato 32 difese totali nelle sedute del paziente 5. Nello specifico, egli ha utilizzato per ogni seduta il seguente numero di difese:

- 15 difese nella prima seduta (Figura 3.13)
- 9 difese nella seconda seduta (Figura 3.14)
- 8 difese nella terza seduta (Figura 3.15)

Questo paziente ha ottenuto un valore ODF medio di 6,24, mentre, nei singoli trascritti, i punteggi del suo livello globale di maturità difensiva sono stati:

- 6,46 nella prima seduta (Figura 3.13)
- 6 nella seconda seduta (Figura 3.14)
- 6,25 nella terza seduta (figura 3.15)

Il paziente 5 ha presentato i seguenti numeri di difese nelle varie categorie della DMRS, qui mostrati dal maggiore al minore:

- 21 difese mature. Nello specifico, 10 nella prima seduta, 6 nella seconda e 5 nella terza.
- 7 difese ossessive. In particolare, 4 nella prima seduta, 1 nella seconda e 2 nella terza.
- 4 difese di diniego. 1 difesa nella prima e nella terza seduta e 2 nella seconda.
- Non sono state identificate difese per quanto riguarda le altre categorie.

PAZIENTE 5	
PRIMA SCHEDA DI VALUTAZIONE DEI MECCANISMI DI DIFESA (DMRS)	
<b>7 DIFESE MATURE</b> - AFFILIAZIONE: 1 - ALTRUISMO: 0 - ANTICIPAZIONE: 0 - UMORISMO: 0 - AUTOAFFERMAZIONE: 4 - AUTOOSSERVAZIONE: 5 - SUBLIMAZIONE: 0 - REPRESSIONE: 0 SUBTOTALE <u>10</u> PESO DELLA DIFESA X 7 <u>70</u>	<b>3 DIFESE DI DINIEGO</b> - NEGAZIONE: 0 - PROIEZIONE: 0 - RAZIONALIZZAZIONE: 1 ALTRE: - FANTASIA: 0 SUBTOTALE <u>1</u> PESO DELLA DIFESA X 3 <u>3</u>
<b>6 DIFESE OSSESSIVE</b> - ISOLAMENTO: 4 - INTELLETTUALIZZAZIONE: 0 - ANNULLAMENTO RETROATTIVO: 0 SUBTOTALE <u>4</u> PESO DELLA DIFESA X 6 <u>24</u>	<b>2 DIFESE BORDERLINE</b> - SCISSIONE (IMM. OG.): 0 - SCISSIONE (IMM. SE'): 0 - IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA: 0 SUBTOTALE <u>0</u> PESO DELLA DIFESA X 2 <u>0</u>
<b>5 ALTRE DIFESE NEVROTICHE</b> - RIMOZIONE: 0 - DISSOCIAZIONE: 0 - FORMAZIONE REATTIVA: 0 - SPOSTAMENTO: 0 SUBTOTALE <u>0</u> PESO DELLA DIFESA X 5 <u>0</u>	<b>1 DIFESA ACTING</b> - ACTING OUT: 0 - AGGRESSIONE PASSIVA: 0 - IPOCONDRIASI: 0 SUBTOTALE <u>0</u> PESO DELLA DIFESA X 1 <u>0</u>
<b>4 DIFESE NARCISISTICHE</b> - ONNIPOTENZA: 0 - IDEALIZZAZIONE: 0 - SVALUTAZIONE: 0 SUBTOTALE <u>0</u> PESO DELLA DIFESA X 4 <u>0</u>	A) SOMMA TOTALE DELLE DIFESE = 15 B) SOMMA DELLE DIFESE X IL LORO PESO = 97 C) PUNTEGGIO GLOBALE DI MATURITA' DELLE DIFESE ( <u>1</u> =BASSO, 7= ALTO) B/A = 6,46

**Figura 3.13:** Scheda di codifica della DMRS della prima seduta del paziente 5

<p style="text-align: center;">PAZIENTE 5</p> <p style="text-align: center;">SECONDA SCHEDA DI VALUTAZIONI DEI MECCANISMI DI DIFESA (DMRS)</p> <p>7 DIFESE MATURE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- AFFILIAZIONE: 1</li> <li>- ALTRUISMO: 0</li> <li>- ANTICIPAZIONE: 0</li> <li>- UMORISMO: 0</li> <li>- AUTOAFFERMAZIONE: 3</li> <li>- AUTOSSERVAZIONE: 2</li> <li>- SUBLIMAZIONE: 0</li> <li>- REPRESSIONE: 0</li> </ul> <p>SUBTOTALE <u>6</u> PESO DELLA DIFESA X 7 <u>42</u></p> <p>6 DIFESE OSSESSIVE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ISOLAMENTO: 0</li> <li>- INTELLETTUALIZZAZIONE: 0</li> <li>- ANNULLAMENTO RETROATTIVO: 1</li> </ul> <p>SUBTOTALE <u>1</u> PESO DELLA DIFESA X 6 <u>6</u></p> <p>5 ALTRE DIFESE NEVROTICHE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- RIMOZIONE: 0</li> <li>- DISSOCIAZIONE: 0</li> <li>- FORMAZIONE REATTIVA: 0</li> <li>- SPOSTAMENTO: 0</li> </ul> <p>SUBTOTALE <u>0</u> PESO DELLA DIFESA X 5 <u>0</u></p> <p>4 DIFESE NARCISISTICHE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ONNIPOTENZA: 0</li> <li>- IDEALIZZAZIONE: 0</li> <li>- SVALUTAZIONE: 0</li> </ul> <p>SUBTOTALE <u>0</u> PESO DELLA DIFESA X 4 <u>0</u></p>	<p>3 DIFESE DI DINIEGO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- NEGAZIONE: 0</li> <li>- PROIEZIONE: 0</li> <li>- RAZIONALIZZAZIONE: 2</li> </ul> <p>ALTRE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- FANTASIA: 0</li> </ul> <p>SUBTOTALE <u>2</u> PESO DELLA DIFESA X 3 <u>6</u></p> <p>2 DIFESE BORDERLINE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- SCISSIONE (IMM. OGG.): 0</li> <li>- SCISSIONE (IMM. SE'): 0</li> <li>- IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA: 0</li> </ul> <p>SUBTOTALE <u>0</u> PESO DELLA DIFESA X 2 <u>0</u></p> <p>1 DIFESE ACTING</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ACTING OUT: 0</li> <li>- AGGRESSIONE PASSIVA: 0</li> <li>- IPOCONDRIASI: 0</li> </ul> <p>SUBTOTALE <u>0</u> PESO DELLA DIFESA X 1 <u>0</u></p> <p>A) SOMMA TOTALE DELLE DIFESE = 9        B) SOMMA DELLE DIFESE X IL LORO PESO = 54        C) PUNTEGGIO GLOBALE DI MATURETA' DELLE DIFESE (1=BASSO, 7=ALTO) B/A = 6</p>
---	--

**Figura 3.14:** Scheda di codifica della DMRS della seconda seduta del paziente

5

<p style="text-align: center;">PAZIENTE 5</p> <p style="text-align: center;">TERZA SCHEDA DI VALUTAZIONI DEI MECCANISMI DI DIFESA (DMRS)</p> <p>7 DIFESE MATURE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- AFFILIAZIONE: 1</li> <li>- ALTRUISMO: 0</li> <li>- ANTICIPAZIONE: 0</li> <li>- UMORISMO: 0</li> <li>- AUTOAFFERMAZIONE: 1</li> <li>- AUTOSSERVAZIONE: 3</li> <li>- SUBLIMAZIONE: 0</li> <li>- REPRESSIONE: 0</li> </ul> <p>SUBTOTALE <u>5</u> PESO DELLA DIFESA X 7 <u>35</u></p> <p>6 DIFESE OSSESSIVE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ISOLAMENTO: 0</li> <li>- INTELLETTUALIZZAZIONE: 0</li> <li>- ANNULLAMENTO RETROATTIVO: 2</li> </ul> <p>SUBTOTALE <u>2</u> PESO DELLA DIFESA X 6 <u>12</u></p> <p>5 ALTRE DIFESE NEVROTICHE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- RIMOZIONE: 0</li> <li>- DISSOCIAZIONE: 0</li> <li>- FORMAZIONE REATTIVA: 0</li> <li>- SPOSTAMENTO: 0</li> </ul> <p>SUBTOTALE <u>0</u> PESO DELLA DIFESA X 5 <u>0</u></p> <p>4 DIFESE NARCISISTICHE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ONNIPOTENZA: 0</li> <li>- IDEALIZZAZIONE: 0</li> <li>- SVALUTAZIONE: 0</li> </ul> <p>SUBTOTALE <u>0</u> PESO DELLA DIFESA X 4 <u>0</u></p>	<p>3 DIFESE DI DINIEGO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- NEGAZIONE: 0</li> <li>- PROIEZIONE: 0</li> <li>- RAZIONALIZZAZIONE: 1</li> </ul> <p>ALTRE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- FANTASIA: 0</li> </ul> <p>SUBTOTALE <u>1</u> PESO DELLA DIFESA X 3 <u>3</u></p> <p>2 DIFESE BORDERLINE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- SCISSIONE (IMM. OGG.): 0</li> <li>- SCISSIONE (IMM. SE'): 0</li> <li>- IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA: 0</li> </ul> <p>SUBTOTALE <u>0</u> PESO DELLA DIFESA X 2 <u>0</u></p> <p>1 DIFESE ACTING</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ACTING OUT: 0</li> <li>- AGGRESSIONE PASSIVA: 0</li> <li>- IPOCONDRIASI: 0</li> </ul> <p>SUBTOTALE <u>0</u> PESO DELLA DIFESA X 1 <u>0</u></p> <p>A) SOMMA TOTALE DELLE DIFESE = 3        B) SOMMA DELLE DIFESE X IL LORO PESO = 50        C) PUNTEGGIO GLOBALE DI MATURETA' DELLE DIFESE (1=BASSO, 7=ALTO) B/A = 6,25</p>
--	---

**Figura 3.15:** Scheda di codifica della DMRS della terza seduta del paziente 5

Il terapeuta del paziente 5 negli scoring del CBM ha ottenuto un valore medio pari a 1,70. I valori delle tre sottoscale, da cui si è potuto ricavare quel punteggio, sono i seguenti:

- Scala "dominante": 2,40
- Scala "ostile": 1,00
- Scala "distante": 1,00

### **3.6 Paziente 6**

Il paziente 6 ha utilizzato in tutto 59 difese. Attraverso la DMRS si sono potute identificare, nello specifico, il seguente numero di meccanismi difensivi per ogni seduta:

- 22 difese nella prima seduta (Figura 3.16)
- 20 difese nella seconda seduta (Figura 3.17)
- 17 difese nella terza seduta (Figura 3.18)

Il valore ODF medio del sesto paziente è risultato essere 3,44. I singoli valori ODF nelle varie sedute sono stati i seguenti:

- 3,23 nella prima seduta (Figura 3.16)
- 3,15 nella seconda seduta (Figura 3.17)
- 3,94 nella terza seduta (Figura 3.18)

In riferimento a questo paziente, è stato identificato il sottostante numero di difese per ogni cluster della DMRS:

- 16 difese di acting. In particolare, 9 difese nella prima seduta, 3 nella seconda e 4 nella terza.
- 15 difese di diniego. Nello specifico, 3 difese nella prima e nella terza seduta e 9 nella seconda.
- 14 difese narcisistiche. Egli ha utilizzato 4 difese di questo tipo nella prima seduta, 7 nella seconda e 3 nella terza.
- 6 difese ossessive. Il paziente ha fatto uso di 3 difese di questo genere nella prima e nell'ultima seduta.

- 4 altre difese nevrotiche e mature. Per quanto riguarda la prima categoria egli ha utilizzato 1 difesa nella prima e nella seconda seduta e 2 difese nella terza. In riferimento alla seconda categoria, egli ha fatto uso di 2 difese sia nella prima e sia nella terza seduta.
- Non sono state riscontrate difese borderline.

PAZIENTE 6	
PRIMA SCHEDA DI VALUTAZIONE DEI MECCANISMI DI DIFESA (DMRS)	
7 DIFESE MATURE	
- AFFILIAZIONE: 0	
- ALTRUISMO: 0	
- ANTICIPAZIONE: 0	
- UMORISMO: 0	
- AUTODIFFERMAZIONE: 2	
- AUTOSERVIZIONE: 0	
- SUBLIMAZIONE: 0	
- REPRESSIONE: 0	
SUBTOTALE <u>2</u>	PESO DELLA DIFESA X 7 <u>14</u>
6 DIFESE OSSESSIVE	
- ISOLAMENTO: 1	
- INTELLETTUALIZZAZIONE: 1	
- ANNULLAMENTO RETROATTIVO: 1	
SUBTOTALE <u>3</u>	PESO DELLA DIFESA X 6 <u>18</u>
5 ALTRE DIFESE NEVROTICHE	
- RIMOZIONE: 0	
- DISSOCIAZIONE: 0	
- FORMAZIONE RELATIVA: 0	
- SPOSTAMENTO: 1	
SUBTOTALE <u>1</u>	PESO DELLA DIFESA X 5 <u>5</u>
4 DIFESE NARCISISTICHE	
- ONNIPOTENZA: 0	
- IDEALIZZAZIONE: 1	
- SVALUTAZIONE: 3	
SUBTOTALE <u>4</u>	PESO DELLA DIFESA X 4 <u>16</u>
3 DIFESE DI DINIEGO	
- NEGAZIONE: 1	
- PROIEZIONE: 0	
- RAZIONALIZZAZIONE: 2	
ALTRE:	
- FANTASIA: 0	
SUBTOTALE <u>3</u>	PESO DELLA DIFESA X 3 <u>9</u>
2 DIFESE BORDERLINE	
- SCISSIONE (IMM. OGG.): 0	
- SCISSIONE (IMM. SE): 0	
- IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA: 0	
SUBTOTALE <u>0</u>	PESO DELLA DIFESA X 2 <u>0</u>
1 DIFESE ACTING	
- ACTING OUT: 0	
- AGGRESSIONE PASSIVA: 9	
- IPOCONDRIASI: 0	
SUBTOTALE <u>9</u>	PESO DELLA DIFESA X 1 <u>9</u>
A) SOMMA TOTALE DELLE DIFESE = 22	
B) SOMMA DELLE DIFESE X IL LORO PESO = 71	
C) PUNTEGGIO GLOBALE DI MATURITA' DELLE DIFESE (1=BASSO, 7=ALTO) B/A = 3,23	

**Figura 3.16:** Scheda di codifica della DMRS della prima seduta del paziente 6

PAZIENTE 6	
SECONDA SCHEDA DI VALUTAZIONE DEI MECCANISMI DI DIFESA (DMRS)	
<b>7 DIFESE MATURE</b>	
- AFFILIAZIONE: 0	
- ALTRUISMO: 0	
- ANTICIPAZIONE: 0	
- UMORISMO: 0	
- AUTOAFFERMAZIONE: 0	
- AUTOSERVIZIONE: 0	
- SUBLIMAZIONE: 0	
- REPRESSIONE: 0	
SUBTOTALE	0 PESO DELLA DIFESA X 7 0
<b>6 DIFESE OSSESSIVE</b>	
- ISOLAMENTO: 0	
- INTELLETTUALIZZAZIONE: 0	
- ANNULLAMENTO RETROATTIVO: 0	
SUBTOTALE	0 PESO DELLA DIFESA X 6 0
<b>5 ALTRE DIFESE NEVROTICHE</b>	
- RIMOZIONE: 0	
- DISSOCIAZIONE: 0	
- FORMAZIONE REATTIVA: 1	
- SPOSTAMENTO: 0	
SUBTOTALE	1 PESO DELLA DIFESA X 5 5
<b>4 DIFESE NARCISISTICHE</b>	
- ONNIPOTENZA: 1	
- IDEALIZZAZIONE: 6	
- SVALUTAZIONE: 0	
SUBTOTALE	7 PESO DELLA DIFESA X 4 28
<b>3 DIFESE DI DINIEGO</b>	
- NEGAZIONE: 0	
- PROIEZIONE: 0	
- RAZIONALIZZAZIONE: 9	
<b>ALTRE:</b>	
- FANTASIA: 0	
SUBTOTALE	9 PESO DELLA DIFESA X 3 27
<b>2 DIFESE BORDERLINE</b>	
- SCISSIONE (MM. OGG.): 0	
- SCISSIONE (MM. SE): 0	
- IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA: 0	
SUBTOTALE	0 PESO DELLA DIFESA X 2 0
<b>1 DIFESE ACTING</b>	
- ACTING OUT: 0	
- AGGRESSIONE PASSIVA: 3	
- IPOCONDRIASI: 0	
SUBTOTALE	3 PESO DELLA DIFESA X 1 3
A) SOMMA TOTALE DELLE DIFESE = 30	
B) SOMMA DELLE DIFESE X IL LORO PESO = 63	
C) PUNTEGGIO GLOBALE DI MATURETÀ DELLE DIFESE (1=BASSO, 7=ALTO) B/A = 3,15	

Figura 3.17: Scheda di codifica della DMRS della seconda seduta del paziente

6

PAZIENTE 6	
TERZA SCHEDA DI VALUTAZIONE DEI MECCANISMI DI DIFESA (DMRS)	
<b>7 DIFESE MATURE</b>	
- AFFILIAZIONE: 1	
- ALTRUISMO: 0	
- ANTICIPAZIONE: 0	
- UMORISMO: 0	
- AUTOAFFERMAZIONE: 0	
- AUTOSERVIZIONE: 1	
- SUBLIMAZIONE: 0	
- REPRESSIONE: 0	
SUBTOTALE	2 PESO DELLA DIFESA X 7 14
<b>6 DIFESE OSSESSIVE</b>	
- ISOLAMENTO: 2	
- INTELLETTUALIZZAZIONE: 1	
- ANNULLAMENTO RETROATTIVO: 0	
SUBTOTALE	3 PESO DELLA DIFESA X 6 18
<b>5 ALTRE DIFESE NEVROTICHE</b>	
- RIMOZIONE: 0	
- DISSOCIAZIONE: 0	
- FORMAZIONE REATTIVA: 0	
- SPOSTAMENTO: 2	
SUBTOTALE	2 PESO DELLA DIFESA X 5 10
<b>4 DIFESE NARCISISTICHE</b>	
- ONNIPOTENZA: 0	
- IDEALIZZAZIONE: 2	
- SVALUTAZIONE: 1	
SUBTOTALE	3 PESO DELLA DIFESA X 4 12
<b>3 DIFESE DI DINIEGO</b>	
- NEGAZIONE: 0	
- PROIEZIONE: 0	
- RAZIONALIZZAZIONE: 3	
<b>ALTRE:</b>	
- FANTASIA: 0	
SUBTOTALE	3 PESO DELLA DIFESA X 3 9
<b>2 DIFESE BORDERLINE</b>	
- SCISSIONE (MM. OGG.): 0	
- SCISSIONE (MM. SE): 0	
- IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA: 0	
SUBTOTALE	0 PESO DELLA DIFESA X 2 0
<b>1 DIFESE ACTING</b>	
- ACTING OUT: 0	
- AGGRESSIONE PASSIVA: 4	
- IPOCONDRIASI: 0	
SUBTOTALE	4 PESO DELLA DIFESA X 1 4
A) SOMMA TOTALE DELLE DIFESE = 17	
B) SOMMA DELLE DIFESE X IL LORO PESO = 67	
C) PUNTEGGIO GLOBALE DI MATURETÀ DELLE DIFESE (1=BASSO, 7=ALTO) B/A = 3,94	

Figura 3.18: Scheda di codifica della DMRS della terza seduta del paziente 6



Il terapeuta del paziente 6 ha ottenuto, per quanto riguarda il CBM, un indice medio pari a 1,80. Quest'ultimo è stato ricavato calcolando la media dei seguenti punteggi:

- Scala "dominante": 1,60
- Scala "ostile": 1,00
- Scala "distante": 3,50

### **3.7 Paziente 7**

Per l'ultima paziente sono state riscontrate 53 difese totali. In particolare, ella ha utilizzato in ogni seduta:

- 22 difese nella prima seduta (Figura 3.19)
- 12 difese nella seconda seduta (Figura 3.20)
- 19 difese nella terza seduta (Figura 3.21)

In riferimento al punteggio globale medio di maturità difensiva, la settima paziente ha ottenuto il valore di 4,80. Specificatamente alle varie sedute, i valori ottenuti sono risultati essere:

- 4,77 per la prima seduta (Figura 3.19)
- 4,67 per la seconda seduta (Figura 3.20)
- 4,95 per la terza seduta (Figura 3.21)

L'ultima paziente ha ottenuto i punteggi sottostanti nelle varie categorie difensive della DMRS:

- 16 difese mature. Nello specifico, 8 difese nella prima seduta e 4 difese in ognuna delle altre due.
- 14 difese ossessive. Ella ha utilizzato 5 difese nella prima seduta, 3 nella seconda e 6 nella terza.
- 13 difese di diniego. In particolare, 5 difese nella prima seduta, 1 nella seconda e 7 nella terza.
- 7 difese di acting. 4 difese nella prima seduta e 3 nella seconda.
- 2 difese narcisistiche. 1 difesa per seduta nelle ultime due.

- 1 altra difesa nevrotica. Essa è stata utilizzata nell'ultima seduta.
- Nessuna difesa borderline.

PAZIENTE 7 PRIMA SCHEDA DI VALUTAZIONE DEI MECCANISMI DI DIFESA (DMRS)	
<p><b>7 DIFESE MATURE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- AFFILIAZIONE: 2</li> <li>- ALTRUISMO: 0</li> <li>- ANTICIPAZIONE: 0</li> <li>- UMORISMO: 0</li> <li>- AUTOAFFERMAZIONE: 1</li> <li>- AUTOSSERVAZIONE: 5</li> <li>- SUBLIMAZIONE: 0</li> <li>- REPRESSIONE: 0</li> </ul> <p>SUBTOTALE <u>8</u> PESO DELLA DIFESA X 7 <u>56</u></p>	<p><b>3 DIFESE DI DINIEGO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- NEGAZIONE: 0</li> <li>- PROIEZIONE: 0</li> <li>- RAZIONALIZZAZIONE: 5</li> </ul> <p>ALTRE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- FANTASIA</li> </ul> <p>SUBTOTALE <u>5</u> PESO DELLA DIFESA X 3 <u>15</u></p>
<p><b>6 DIFESE OSSESSIVE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ISOLAMENTO: 0</li> <li>- INTELLETTUALIZZAZIONE: 0</li> <li>- ANNULLAMENTO RETROATTIVO: 5</li> </ul> <p>SUBTOTALE <u>5</u> PESO DELLA DIFESA X 6 <u>30</u></p>	<p><b>2 DIFESE BORDERLINE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- SCISSIONE (IMM. OGG.): 0</li> <li>- SCISSIONE (IMM. SE): 0</li> <li>- IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA: 0</li> </ul> <p>SUBTOTALE <u>0</u> PESO DELLA DIFESA X 2 <u>0</u></p>
<p><b>5 ALTRE DIFESE NEVROTICHE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- RIMOZIONE: 0</li> <li>- DISSOCIAZIONE: 0</li> <li>- FORMAZIONE REATTIVA: 0</li> <li>- SPOSTAMENTO: 0</li> </ul> <p>SUBTOTALE <u>0</u> PESO DELLA DIFESA X 5 <u>0</u></p>	<p><b>1 DIFESE ACTING</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ACTING OUT: 0</li> <li>- AGGRESSIONE PASSIVA: 4</li> <li>- IPOCONDRIASI: 0</li> </ul> <p>SUBTOTALE <u>4</u> PESO DELLA DIFESA X 1 <u>4</u></p>
<p><b>4 DIFESE NARCISISTICHE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ONNIPOTENZA: 0</li> <li>- IDEALIZZAZIONE: 0</li> <li>- SVALUTAZIONE: 0</li> </ul> <p>SUBTOTALE <u>0</u> PESO DELLA DIFESA X 4 <u>0</u></p>	<p>A) SOMMA TOTALE DELLE DIFESE = 22            B) SOMMA DELLE DIFESE X IL LORO PESO = 105            C) PUNTEGGIO GLOBALE DI MATURETÀ DELLE DIFESE (1=BASSO, 7= ALTO) B/A = 4,77</p>

Figura 3.19: Scheda di codifica della DMRS della prima seduta della paziente 7

PAZIENTE 7 SECONDA SCHEDA DI VALUTAZIONE DEI MECCANISMI DI DIFESA (DMRS)	
<p><b>7 DIFESE MATURE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- AFFILIAZIONE: 2</li> <li>- ALTRUISMO: 0</li> <li>- ANTICIPAZIONE: 0</li> <li>- UMORISMO: 0</li> <li>- AUTOAFFERMAZIONE: 2</li> <li>- AUTOSSERVAZIONE: 0</li> <li>- SUBLIMAZIONE: 0</li> <li>- REPRESSIONE: 0</li> </ul> <p>SUBTOTALE <u>4</u> PESO DELLA DIFESA X 7 <u>28</u></p>	<p><b>3 DIFESE DI DINIEGO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- NEGAZIONE: 0</li> <li>- PROIEZIONE: 0</li> <li>- RAZIONALIZZAZIONE: 1</li> </ul> <p>ALTRE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- FANTASIA: 0</li> </ul> <p>SUBTOTALE <u>1</u> PESO DELLA DIFESA X 3 <u>3</u></p>
<p><b>6 DIFESE OSSESSIVE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ISOLAMENTO: 1</li> <li>- INTELLETTUALIZZAZIONE: 0</li> <li>- ANNULLAMENTO RETROATTIVO: 2</li> </ul> <p>SUBTOTALE <u>3</u> PESO DELLA DIFESA X 6 <u>18</u></p>	<p><b>2 DIFESE BORDERLINE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- SCISSIONE (IMM. OGG.): 0</li> <li>- SCISSIONE (IMM. SE): 0</li> <li>- IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA: 0</li> </ul> <p>SUBTOTALE <u>0</u> PESO DELLA DIFESA X 2 <u>0</u></p>
<p><b>5 ALTRE DIFESE NEVROTICHE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- RIMOZIONE: 0</li> <li>- DISSOCIAZIONE: 0</li> <li>- FORMAZIONE REATTIVA: 0</li> <li>- SPOSTAMENTO: 0</li> </ul> <p>SUBTOTALE <u>0</u> PESO DELLA DIFESA X 5 <u>0</u></p>	<p><b>1 DIFESE ACTING</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ACTING OUT: 0</li> <li>- AGGRESSIONE PASSIVA: 3</li> <li>- IPOCONDRIASI: 0</li> </ul> <p>SUBTOTALE <u>3</u> PESO DELLA DIFESA X 1 <u>3</u></p>
<p><b>4 DIFESE NARCISISTICHE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ONNIPOTENZA: 0</li> <li>- IDEALIZZAZIONE: 1</li> <li>- SVALUTAZIONE: 0</li> </ul> <p>SUBTOTALE <u>1</u> PESO DELLA DIFESA X 4 <u>4</u></p>	<p>A) SOMMA TOTALE DELLE DIFESE = 12            B) SOMMA DELLE DIFESE X IL LORO PESO = 56            C) PUNTEGGIO GLOBALE DI MATURETÀ DELLE DIFESE (1=BASSO, 7= ALTO) B/A = 4,67</p>

**Figura 3.20:** Scheda di codifica della DMRS della seconda seduta della paziente 7

PAZIENTE 8	
TERZA SCHEDA DI VALUTAZIONI DEI MECCANISMI DI DIFESA (DMRS)	
7 DIFESE MATURE	
- AFFILIAZIONE: 1	
- ALTRUISMO: 0	
- ANTICIPAZIONE: 0	
- UMORISMO: 0	
- AUTOAFFERMAZIONE: 0	
- AUTOSSERVAZIONE: 2	
- SUBLIMAZIONE: 1	
- REPRESSIONE: 0	
SUBTOTALE <u>4</u>	PESO DELLA DIFESA X 7 <u>28</u>
6 DIFESE OSSESSIVE	
- ISOLAMENTO: 1	
- INTELLETTUALIZZAZIONE: 0	
- ANNULLAMENTO RETROATTIVO: 5	
SUBTOTALE <u>6</u>	PESO DELLA DIFESA X 6 <u>36</u>
5 ALTRE DIFESE NEVROTICHE	
- RIMOZIONE: 0	
- DISSOCIAZIONE: 0	
- FORMAZIONE REATTIVA: 1	
- SPOSTAMENTO: 0	
SUBTOTALE <u>1</u>	PESO DELLA DIFESA X 5 <u>5</u>
4 DIFESE NARCISISTICHE	
- ONNIPOTENZA: 0	
- IDEALIZZAZIONE: 1	
- SVALUTAZIONE: 0	
SUBTOTALE <u>1</u>	PESO DELLA DIFESA X 4 <u>4</u>
3 DIFESE DI DINIEGO	
- NEGAZIONE: 0	
- PROIEZIONE: 0	
- RAZIONALIZZAZIONE: 7	
ALTRE:	
- FANTASIA: 0	
SUBTOTALE <u>7</u>	PESO DELLA DIFESA X 3 <u>21</u>
2 DIFESE BORDERLINE	
- SCISSIONE (IMM. OGG.): 0	
- SCISSIONE (IMM. SE'): 0	
- IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA: 0	
SUBTOTALE <u>0</u>	PESO DELLA DIFESA X 2 <u>0</u>
1 DIFESE ACTING	
- ACTING OUT: 0	
- AGGRESSIONE PASSIVA: 0	
- IPOCONDRIASI: 0	
SUBTOTALE <u>0</u>	PESO DELLA DIFESA X 1 <u>0</u>
A) SOMMA TOTALE DELLE DIFESE = 19	
B) SOMMA DELLE DIFESE X IL LORO PESO = 94	
C) PUNTEGGIO GLOBALE DI MATURITA' DELLE DIFESE (1=BASSO, 7=ALTO) B/A = 4,95	

**Figura 3.21:** Scheda di codifica della DMRS della terza seduta della paziente 7

Per quanto riguarda il CBM, il terapeuta della paziente 7 ha ottenuto un indice medio pari a 1,40. In particolare, i valori che egli ha ottenuto nelle varie sottoscale sono stati:

- Scala "dominante": 1,00
- Scala "ostile": 1,00
- Scala "distante": 3,00

### 3.8 Sintesi dei risultati

Verranno ora presentate due tabelle allo scopo di riassumere i risultati emersi.

Nella prima tabella, per ogni paziente, saranno elencati: il numero totale di difese utilizzate, suddivise in primitive e nevrotiche tra loro sommate e mature, l'indice globale medio di maturità difensiva e l'indice medio ottenuto grazie al CBM, specificando, in aggiunta, i valori relativi alle tre sottoscale.

**Tabella 1:** Numero totale di difese, indice medio ODF e indice medio CBM per ciascuna coppia paziente/terapeuta

	Numero tot. Difese (Prim. + Nevr. e Mat.)	Indice medio ODF	Indice medio CBM (sott. "dominante"; "ostile"; "distante")
Paziente 1	187 (134; 53)	4,61	2,70 (3,00; 1,67; 3,50)
Paziente 2	188 (163; 25)	4,06	1,50 (2,00; 1,00; 1,00)
Paziente 3	73 (23; 50)	6,03	1,80 (1,20; 2,00; 3,00)
Paziente 4	96 (82; 14)	4,11	1,70 (2,40; 1,00; 1,00)
Paziente 5	32 (11; 21)	6,24	1,70 (2,40; 1,00; 1,00)
Paziente 6	59 (55; 4)	3,44	1,80 (1,60; 1,00; 3,50)
Paziente 7	53 (37; 16)	4,80	1,40 (1,00; 1,00; 3,00)

Nella seconda tabella verrà sintetizzato il numero di difese totali messe in atto da ogni paziente per quanto riguarda le categorie della DMRS: "Ossessive", "Narcisistiche", "Diniego" e "Borderline".

**Tabella 2:** Sintesi delle difese utilizzate da ogni paziente nelle categorie di difese: "Ossessive", "Narcisistiche", "Diniego" e "Borderline" e valori medi

---

	Difese "Ossessive"	Difese "Narcisistiche"	Difese di "Diniego"	Difese "Borderline"
Paziente 1	28	40	27	11
Paziente 2	16	58	42	10
Paziente 3	9	9	1	0
Paziente 4	15	16	37	7
Paziente 5	7	0	4	0
Paziente 6	6	14	15	0
Paziente 7	14	2	13	0

---

## **CAP. 4 DISCUSSIONE E CONCLUSIONI**

Quest'ultimo capitolo sarà diviso in due parti: nella prima, si discuteranno i risultati ottenuti alla luce delle ipotesi, nella seconda, invece, verranno presentate le conclusioni di questo lavoro di ricerca, si parlerà dei limiti riscontrati e dei possibili sviluppi futuri.

### **4.1 Discussione**

Questo lavoro ha previsto lo studio della relazione esistente tra meccanismi di difesa nei pazienti e comportamenti controtransferali osservati nei terapeuti, nel tentativo di ampliare la letteratura in merito a questo argomento, ancora poco studiato. Tra i principali autori presi in considerazione in questa ricerca troviamo Gordon e colleghi (2019) e Dahl e colleghi (2012), i quali hanno dimostrato che, di fronte a pazienti con disturbi di personalità gravi, i quali sono soliti utilizzare molte difese di tipo non maturo, le reazioni controtransferali osservate nei terapeuti sono spesso molto intense e pervasive. Tra gli altri lavori consultati, inoltre, troviamo alcuni studi che hanno osservato come il livello di maturità difensiva del paziente risulti essere connesso, nel caso esso sia scarso, a risposte controtransferali negative nel terapeuta, mentre, quando esso è più maturo, a comportamenti controtransferali positivi (Colli et al., 2014; Colli et al., 2022; Røssberg et al., 2007). Infine, tra gli autori più importanti di questo studio vi sono McWilliams (2011), Lingiardi e colleghi (2017) e McIntyre e colleghi (1998), i quali hanno descritto il tipo di reazioni controtransferali tipiche messe in atto dai terapeuti di fronte a pazienti con varie organizzazioni di personalità.

Il campione su cui si è svolta questa ricerca era costituito da un gruppo di 7 studenti universitari, tutti pazienti del Servizio di Assistenza Psicologica di ateneo. Attraverso l'utilizzo dello strumento della Defense Mechanism Rating Scale sulle prime tre sedute di consultazione di ogni paziente, il gruppo di ricerca ha potuto indagare per ogni soggetto: il numero di difese

messe in atto, il livello globale di maturità difensiva e la tipologia di meccanismi di difesa utilizzati. Grazie all'utilizzo del Countertransference Behavior Measure, invece, è stato indagato il tipo di comportamenti controtransferali messi in atto dai terapeuti di fronte ad ogni singolo paziente.

Attraverso la somministrazione di questi due strumenti, il gruppo di ricerca ha cercato di verificare tre ipotesi, così riassumibili: di fronte a pazienti che presentano molte difese non mature, si aspettava di osservare comportamenti controtransferali presenti e pervasivi nel terapeuta; in pazienti che hanno un livello difensivo maturo, si presupponeva di rilevare reazioni controtransferali di tipo blando nei terapeuti e, al contrario in pazienti con un livello difensivo più immaturo, comportamenti controtransferali più significativi; di fronte a pazienti che fanno uso di molte difese ossessive, si pensava di trovare comportamenti controtransferali di tipo distante nei terapeuti, di fronte a pazienti che sono soliti utilizzare molte difese borderline, reazioni controtransferali di tipo ostile e dominante, in relazione a pazienti che mettono in atto difese di tipo narcisistico, controtransferali di tipo ostile e distante e infine, di fronte a pazienti che sono soliti utilizzare difese di diniego, comportamenti controtransferali di tipo ostile.

Per discutere i risultati ottenuti alla luce delle ipotesi si terrà conto dei seguenti indici di riferimento: verrà considerato ingente, un numero di difese non mature circa doppio rispetto al numero delle difese mature ; per parlare del livello globale di maturità difensiva dei pazienti si considererà il punteggio 3 come "molto immaturo", il valore di 4,5 come "mediamente maturo" e il valore di 6 come "molto maturo"; per quanto riguarda il valore medio del controtransferali rilevato dal CBM (anche per quanto riguarda le sottoscale), verrà ritenuto il valore 1 come indice di un comportamento "assente", il valore 3 come espressione di un comportamento "moderatamente presente" e il valore 5 come indicante un comportamento "molto presente". Per quanto riguarda le varie categorie dei meccanismi di difesa, per ogni

singolo paziente verranno considerati come molto utilizzati quei cluster di difese in cui egli ha ottenuto i punteggi più alti.

Verranno ora discussi, paziente per paziente, i risultati ottenuti in questa ricerca, alla luce delle ipotesi.

Per quanto riguarda la prima paziente, ella ha utilizzato il secondo numero più alto di difese di tutto il campione, sia in generale e sia per quanto riguarda le difese non di livello maturo. Nel suo specifico caso, inoltre, il numero di difese non mature è più di due volte minore rispetto a quello delle difese mature. Di fronte ad una situazione simile ci si aspetterebbe di trovare un indice medio del controtransfert valutato per mezzo del CBM di livello alto. Ciò che possiamo osservare, però, è che la paziente, presentando un indice medio pari a 2,70, il quale è da considerarsi poco meno che moderato, non rispetta le previsioni. Per quanto riguarda il livello globale medio di maturità difensiva che questa paziente ha ottenuto, esso è da considerarsi moderatamente maturo. Le sue reazioni controtransferali misurate con il CBM, in linea con quanto ci si aspetterebbe, sono risultate essere, in media, poco meno che “moderatamente presenti”. Per quanto riguarda il tipo di difese utilizzate dalla paziente, possiamo osservare che le difese mature sono quelle maggiormente utilizzate, seguite, in seconda posizione, dalle difese narcisistiche. Quello che ci aspettiamo di trovare, di fronte ad un numero ingente di queste ultime difese, è un valore di tipo almeno “moderatamente presente” per quanto riguarda le sottoscale “Ostile” e “Distante” del CBM. Per quanto riguarda la prima scala, il terapeuta della paziente non sembra aver presentato comportamenti sufficientemente rilevanti, mentre nella seconda, sono state identificate delle reazioni controtransferali più che moderate. Questa paziente, inoltre, ha fatto uso di un buon numero di difese di diniego e ossessive. Questo, da una parte è in linea con le aspettative per quanto riguarda il valore ottenuto dal suo terapeuta nella sottoscala “Distante” del CBM, mentre dall'altra non conferma le attese per quanto riguarda il punteggio rilevato nella sottoscala “Ostile”. Per quanto riguarda le difese borderline, la



paziente non ha fatto uso, nel complesso, di un numero significativo di questi meccanismi. Nonostante questo, però, l'indice medio del CBM che il suo terapeuta ha ottenuto per quanto riguarda la sottoscala "Dominante", è risultato essere di valore moderato, disconfermando le ipotesi. È interessante sottolineare, in particolare, come il risultato che il terapeuta di questa paziente ha ottenuto in quest'ultima sottoscala sia il più alto del campione, così come il numero di difese borderline che ella ha utilizzato. Per quanto riguarda la sottoscala "Ostile", infine, la paziente, avendo utilizzato un numero di difese borderline esigue, ha confermato le attese.

Per quanto concerne la seconda paziente, ella ha fatto uso del maggior numero di difese (sia in generale, sia più specificatamente per quanto riguarda le difese non mature) del campione. Il numero di difese non mature che ella ha messo in atto, nello specifico, è più di sei volte più alto di quelle mature. Di fronte a questi punteggi, ci si aspetterebbe di osservare un punteggio medio rilevato dal CBM ingente, questo, però, non è avvenuto. Il terapeuta della paziente, infatti, ha ottenuto un punteggio che può essere considerato indice di comportamenti controtransferali quasi assenti. In relazione al punteggio globale medio di maturità difensiva, la paziente ha ottenuto un valore poco meno che "mediamente maturo" e ciò che ci si aspetterebbe, di conseguenza, è un valore almeno di media entità per quanto riguarda l'indice medio ottenuto dal suo terapeuta con il CBM. Questo risultato, come si è detto in precedenza, però, non è stato riscontrato. In particolare, il terapeuta della paziente è stato identificato come il secondo clinico del campione a mettere in atto meno comportamenti controtransferali. Per quanto riguarda le principali difese utilizzate da questa paziente, ella ha fatto uso specialmente di difese narcisistiche e di diniego. Di fronte a questo tipo di profilo difensivo, ci si aspetterebbe di osservare valori sufficientemente alti nelle sottoscale "Ostile" e "Distante" della CBM, questo, però, non è avvenuto. Il terapeuta della paziente, infatti, sembra non aver messo in atto comportamenti di questo genere. La paziente 2, inoltre, ha utilizzato alcune di difese

ossessive, seppur in numero limitato rispetto alle due categorie precedentemente citate. Il fatto che nel terapeuta non si sia riscontrato nessun tipo di comportamenti riconducibili alla categoria "Distante" del CBM è, perciò, anche in questo caso, non in linea con le aspettative. La paziente, infine, ha messo in atto un numero esiguo di difese borderline rispetto alle altre categorie utilizzate (nonostante esso sia il secondo numero più alto del campione) e il clinico che ha seguito la paziente, in linea con le aspettative, sembra aver mostrato un numero sufficientemente trascurabile, ma non assente, di comportamenti dominanti. Il fatto, però, che non siano stati riscontrati comportamenti controtransferali di tipo ostile, disconferma le aspettative di fronte alla messa in atto, seppur in numero limitato, di alcune difese borderline.

In riferimento al terzo paziente, egli ha fatto uso di un numero di meccanismi difensivi maturi il doppio più alto di quelle non maturi. Questi punteggi fanno pensare ad un probabile indice medio del controtransfert rilevato con il CBM esiguo, così come è risultato. Il punteggio ottenuto dal terapeuta di questo paziente, infatti, è considerato indice di comportamenti controtransferali poco presenti. Per quanto riguarda il livello di maturità globale del paziente, esso è risultato essere molto maturo. Le aspettative in riferimento ai comportamenti controtransferali rilevati nel terapeuta di fronte ad un valore così ingente, però, sono solo parzialmente confermate. L'indice medio ottenuto con il CBM, infatti, è sì di piccola portata, ma di fronte ad un ODF così maturo, ci si aspetterebbe un valore più esiguo. Esso, infatti, è risultato essere maggiore rispetto a quello di altri soggetti del campione che hanno ottenuto indici ODF di livello più immaturo. Infine, per quanto riguarda le difese maggiormente messe in atto da questo paziente, troviamo le difese mature in primo piano. I meccanismi di difesa narcisistici e ossessivi, invece, sono, a pari merito, i secondi maggiormente utilizzati dal paziente, nonostante non siano un numero cospicuo. Ciò che ci si aspetta di trovare dall'utilizzo di queste due categorie di difese sono valori almeno moderatamente presenti nelle

sottoscale “Ostile” e “Distante” del CBM. Per quanto riguarda la sottoscala “Ostile” il punteggio che il terapeuta del terzo paziente ha ottenuto è, però, poco più che esiguo mentre, nella sottoscala “Distante”, esso è di media entità, in linea con le aspettative. Infine, di fronte al mancato utilizzo di difese borderline e di diniego (ritenendo trascurabile l’unica difesa di questo tipo utilizzata), il fatto che il terapeuta abbia dimostrato di mettere in atto, seppur in modo esiguo, qualche tipo di comportamento ostile, conferma parzialmente le aspettative. Questo fatto vale anche per quanto riguarda la sottoscala “Dominante”, dove, seppur in numero estremamente piccolo, sono stati identificati un qualche tipo di comportamento, nonostante non fossero state utilizzate difese borderline.

Passando ora a descrivere i valori ottenuti per quanto riguarda la paziente 4, si può osservare come ella abbia utilizzato un numero di difese immature molto più alto rispetto a quello delle difese mature, nello specifico quasi sei volte maggiore. Nonostante di fronte a questo profilo difensivo ci si aspetti di osservare un indice medio rilevato con il CBM dal valore più che moderato, questo non è avvenuto. Esso, infatti, è risultato essere poco più che esiguo. Per quanto riguarda il livello globale medio di maturità difensiva, inoltre, essendo un po’ meno che mediamente maturo, ci si sarebbe aspettati di trovare un indice medio rilevato dal CBM dal valore almeno “moderatamente presente”, ma ciò, anche in questo caso, non è avvenuto. Relativamente al terapeuta della paziente 4, infatti, non sono stati rilevati comportamenti controtransferali particolarmente presenti. Per quanto riguarda le singole tipologie di difese messe in atto dalla paziente, i meccanismi di difesa di “diniego” sono stati quelli identificati in numero maggiore, seguiti da quelli narcisistici, ossessivi e maturi, i quali, in tutti e tre i casi, sono stati utilizzati in numero simile. Di fronte a questo fatto si è ipotizzato che il terapeuta della paziente avesse messo in atto un valore almeno moderato nella sottoscala “Ostile” e “Distante” del CBM, ma, purtroppo, questo non è stato rilevato. Egli, infatti, sembra non aver utilizzato nessun comportamento di questo tipo. La paziente, poi, ha

messo in atto un numero abbastanza esiguo di difese borderline (nonostante esse corrispondano al terzo numero maggiore del campione) e confermando le aspettative, il suo terapeuta ha utilizzato relativamente poche reazioni controtransferali di tipo dominante. È interessante notare, a tal proposito, che, nonostante le difese borderline impiegate dalla paziente e il punteggio ottenuto dal terapeuta nella scala “Dominante” non abbiano un valore ingente, sono risultate essere, in entrambi i casi, tra i punteggi maggiori del campione per quelle categorie. Sempre per quanto riguarda le difese borderline, infine, il fatto che il terapeuta non abbia messo in atto comportamenti ostili non è in linea con ciò che ci si sarebbe aspettati.

Il paziente 5 ha utilizzato il minor numero di difese di tutto il campione e, in particolare, ha fatto uso di un numero di difese mature quasi doppio rispetto a quelle non mature. Di fronte ad un paziente di questo tipo, il punteggio che ci si aspetterebbe di trovare per quanto riguarda i comportamenti controtransferali del terapeuta è esiguo. Le aspettative, in questo caso, sono confermate, poiché il valore medio ottenuto dal terapeuta nel CBM è di piccola portata. Questo paziente, inoltre, ha ottenuto il livello globale medio di maturità difensiva migliore del campione e questo risultato risulta essere solo parzialmente in accordo con le aspettative nei confronti dei comportamenti controtransferali nel terapeuta. Di fronte ad una paziente con un livello difensivo definibile come “molto maturo”, infatti, ci si aspetterebbe un indice medio CBM estremamente basso. Nel nostro caso, invece, l'indice ottenuto è sì di piccola portata, ma non in maniera estremamente esigua. Per quanto riguarda le tipologie di difese messe in atto da questo paziente, egli ha utilizzato principalmente difese mature e ossessive, per quanto riguarda le altre difese i numeri sono trascurabili. Nelle sottoscale della CBM “Ostile” e “Distante”, il terapeuta del paziente ha ottenuto punteggi medi di piccola portata, indicanti comportamenti controtransferali assenti. Questo risulta essere in linea con le aspettative per quanto riguarda l'assenza di difese borderline e narcisistiche e parzialmente in accordo riguardo al piccolissimo uso di

difese di diniego. In riferimento alla sottoscala “Distante”, inoltre, il punteggio ottenuto dal terapeuta del paziente è risultato essere indice di comportamenti inesistenti, nonostante il profilo difensivo del paziente, seppur in piccola quantità rispetto al resto del campione, preveda le difese ossessive come le seconde più utilizzate. Per quanto riguarda la sottoscala “Dominante”, infine, il punteggio ottenuto è il secondo più grande del campione, nonostante il paziente non abbia messo in atto difese di tipo borderline. È da sottolineare il fatto, però, che il punteggio ottenuto in quest’ultima sottoscala indichi, in ogni caso, un numero di comportamenti controtransferali meno che moderatamente presenti.

Il paziente 6 ha utilizzato quasi solo difese non mature. Di fronte ad un paziente di questo tipo, ci si aspetterebbe di trovare un indice medio del CBM di ingente portata, questo, però, non è accaduto. Per quanto riguarda il livello globale medio di maturità difensiva, il paziente 6 ha ottenuto il valore più piccolo di tutto il campione. Il suo indice ODF è definibile, infatti, molto immaturo. Questo risultato farebbe pensare ad un valore medio calcolato con il CBM di portata considerevole, ma, come si è potuto vedere poco sopra, questo non è avvenuto. Il terapeuta del paziente, infatti, non sembra aver messo in atto comportamenti controtransferali dalla portata significativa. In riferimento alle tipologie di difese messe in atto con maggior frequenza dal paziente, le difese di acting, di diniego e narcisistiche sono risultate essere le principali. Tutte e tre queste tipologie di difese, nello specifico, sono state identificate in numeri simili. Di fronte a questo profilo difensivo ci si aspetterebbe di trovare indici medi di tipo almeno “moderatamente presente” nelle sottoscale “Ostile” e “Distante” del CBM. Per quanto riguarda la prima sottoscala, le attese sono state disconfermate, difatti, non sono stati identificati comportamenti controtransferali di questo genere nel terapeuta. Per quanto riguarda la sottoscala “Distante”, invece, come ci si aspettava, si può osservare che il punteggio ottenuto è indice di reazioni controtransferali poco più che “moderatamente presenti”. Questo valore nella sottoscala “Distante”, però,

non conferma le aspettative per quanto riguarda le difese ossessive, le quali sono state messe in atto dal paziente solo in modo esiguo. Infine, per quanto riguarda la sottoscala “Dominante”, il punteggio che il clinico del paziente ha ottenuto è poco più che trascurabile. Questo risulta essere parzialmente in linea con le aspettative poiché sì, il valore ottenuto è di portata molto piccola, ma il paziente, in ogni caso, non ha fatto uso di difese borderline. Per quanto riguarda questo ultimo tipo di difese, infine, il punteggio ottenuto nella sottoscala “Ostile” è in linea con le aspettative.

Infine, per quanto riguarda l'ultima paziente, ella sembra aver messo in atto un numero di difese non mature poco più che doppio rispetto a quelle mature. Ciò che ci si aspetta di trovare da questa paziente, come in quella precedente, è un valore rilevato con il CBM ingente. Il punteggio ottenuto dal terapeuta della paziente è risultato essere, però, indice di reazioni controtransferali praticamente assenti. Per quanto riguarda il livello globale medio di maturità difensiva della paziente, esso è risultato essere poco più che mediamente maturo. Di fronte a questo tipo di pazienti ci si aspetterebbe di trovare un punteggio calcolato con il CBM poco meno che “mediamente presente”. Nel nostro caso, però, il terapeuta ha ottenuto un punteggio molto esiguo disconfermando le attese. Questa paziente, inoltre, ha utilizzato principalmente difese mature, ossessive e di diniego, tutte e tre messe in atto un numero di volte simile. Di fronte ad un paziente che fa uso principalmente di difese ossessive, ci si aspetterebbe di trovare un valore indicante un comportamento almeno “moderatamente presente” nella sottoscala “Distante” del CBM. Le attese in questo caso sono state confermate. Per quanto riguarda le difese di diniego, invece, il terapeuta della paziente non sembra aver messo in atto comportamenti ostili, disconfermando le aspettative. Riguardo alla precedente sottoscala, però, le ipotesi sono confermate in relazione alle difese di tipo narcisistico, di cui la paziente ha fatto un uso molto esiguo (considerando valori trascurabili le uniche 2 difese utilizzate). Sempre in relazione a questo tipo di difese, il fatto che la paziente abbia ottenuto un punteggio di tipo “moderatamente

presente” nella sottoscala “Distante”, purtroppo, non conferma le ipotesi. Infine, la paziente non sembra aver messo in atto difese borderline e questo sembra essere in linea con il fatto che non sono stati rilevati dal CBM comportamenti controtransferali di tipo dominante e ostile.

Possiamo osservare, dalle descrizioni soprariportate, che le ipotesi del gruppo di ricerca sono state solo parzialmente confermate. In particolare, per ogni ipotesi, verranno ora elencati i pazienti che rispettano le aspettative e quelli che invece le disconfermano.

Per quanto riguarda la prima ipotesi, essa è stata confermata solo per quanto riguarda il paziente 3 e il paziente 5. Questi ultimi, infatti, hanno utilizzato un numero di difese mature maggiore rispetto a quelle di tipo non maturo e il loro terapeuta ha ottenuto un indice medio rilevato con il CBM sufficientemente piccolo.

In relazione alla seconda ipotesi, invece, i risultati hanno confermato pienamente le aspettative solo nella paziente 1. Quest’ultima, presentando un indice ODF medio poco più che moderatamente maturo, ha avuto un terapeuta che ha messo in atto un numero di comportamenti controtransferali abbastanza contenuto, così come ci si aspettava. I pazienti 3 e 5 hanno solo parzialmente confermato l’ipotesi, nel loro caso, infatti, gli indici medi ODF sono risultati essere i migliori del campione, mentre i valori medi rilevati con il CBM si sono dimostrati sì, di piccola portata, ma non sufficientemente esigui da poter essere rapportati a dei valori ODF così maturi. I restanti pazienti 2, 4, 6 e 7, invece, non hanno rispettato per nulla le previsioni.

Infine, si passerà ora a descrivere cosa si è ottenuto relativamente alla terza ipotesi, considerabile come la più complessa da analizzare. Di fronte a un numero ingente di difese ossessive, i terapeuti che hanno ottenuto valori significativi nella sottoscala “Distante” sono quelli relativi ai pazienti: 1, 3 e 7. Per quanto riguarda i pazienti che hanno impiegato molte difese borderline, i terapeuti che hanno mostrato un buon numero di comportamenti ostili sono quelli dei pazienti: 1, 5, 6, 7 e, solo parzialmente

3. Per quanto riguarda i comportamenti di tipo dominante, invece, hanno mostrato di confermare le aspettative i terapeuti dei pazienti: 2, 4, 7 e, solo in parte, 3 e 6. In riferimento ai pazienti che hanno fatto un ingente utilizzo di difese narcisistiche, i terapeuti che hanno messo in atto reazioni di tipo ostile sono stati quelli dei pazienti 5 e 7. Per quanto riguarda le reazioni di tipo distante, invece, sembrano essere state messe in atto in maniera considerevole solo dai terapeuti dei pazienti: 1, 3, 5 e 6. Infine, per quanto riguarda le difese di diniego, nessun terapeuta ha rispettato a pieno le aspettative. Solo nel caso dei pazienti 3 e 5 le ipotesi sono state parzialmente confermate.

In definitiva, nessun paziente ha confermato appieno tutte e tre le ipotesi poste dal gruppo di ricerca. Nel caso dei pazienti 4 e 7, inoltre, tranne per quanto riguarda la conferma di una delle variabili dell'ipotesi 3, tutte le ipotesi sono state, purtroppo, disconfermate.

Rispetto agli studi e alla letteratura considerata, questo lavoro di ricerca purtroppo, non ha ottenuto dei risultati significativi in grado di dimostrare a pieno la veridicità delle ipotesi pensate. È possibile considerare, a tale proposito, alcune condizioni che possono aver contribuito a rendere diversi i risultati ottenuti in questo studio da quelli presentati nella letteratura consultata. Per prima cosa, molti degli studi e delle ricerche presi in considerazione avevano a disposizione un campione costituito da un buon numero di pazienti, dalle caratteristiche e dalla provenienza diversificate, nel presente caso, invece, i pazienti erano solo sette, tutti studenti universitari. Secondariamente, nel presente studio, non essendo esso una ricerca di tipo statistico come molte di quelle osservate, non sono stati utilizzati parametri di riferimento, come la media, nell'analisi dei dati. Il numero e il tipo delle difese messe in atto dai pazienti, in particolare, sono stati studiati prendendo i pazienti singoli come riferimento e non dati ottenuti dall'analisi di ampi gruppi. Inoltre, la maggior parte degli studi e degli autori consultati prevedevano un campione costituito da



pazienti con un disturbo di personalità diagnosticato. Nel presente caso, invece, il gruppo di lavoro non era a conoscenza né del tipo di organizzazione di personalità dei pazienti, né se essi avessero o meno un disturbo di personalità, e ha utilizzato unicamente le difese da loro messe in atto. Infine, è possibile osservare che nessun dei valori medi ottenuti con il CBM è risultato essere indice di comportamenti controtransferali molto presenti nei terapeuti. Il fatto che sono state prese in considerazione solo le prime tre sedute di consultazione può aver contribuito a questo fenomeno. I pazienti, infatti, dopo così poco tempo, potrebbero non aver messo ancora in atto il numero e il tipo di difese abituali e il controtransfert nei terapeuti, inoltre, potrebbe non essersi ancora espresso totalmente. Nella maggior parte della letteratura presa a confronto, invece, venivano considerate diadi terapeutiche formate da tempo.

## **4.2 Conclusioni**

Il presente studio, attraverso l'utilizzo della Defense Mechanism Rating Scale e del Countertransference Behavior Measure, ha cercato di studiare la relazione che intercorre tra i meccanismi di difesa nei pazienti e i comportamenti controtransferali nei terapeuti che li hanno in cura. Per raggiungere questo scopo, il gruppo di ricerca ha formulato tre ipotesi, basandosi sui risultati di alcuni studi e su alcune opere presenti in letteratura. Dall'analisi dei risultati ottenuti, però, è purtroppo emerso che solo parzialmente le aspettative sono state confermate. Per questa ragione, il presente lavoro può essere considerato unicamente un piccolo punto di partenza per altri simili studi futuri.

Esso presenta sicuramente alcuni limiti, auspicabilmente da eliminare, al fine di ottenere risultati più significativi e ampliare la letteratura in merito al presente fenomeno di studio. Il fatto che siano state delle studentesse ad utilizzare lo strumento della DMRS e non dei siglatori professionisti ha,

sicuramente, inciso sull'identificazione scorretta di alcuni meccanismi di difesa nei pazienti. Il gruppo di ricerca ha sostenuto un training per riuscire ad utilizzare lo strumento ma, in ogni caso, il numero di incontri è stato limitato e, di conseguenza, l'esperienza delle studentesse nell'utilizzo della DMRS è da considerarsi, pur sempre, esigua. In futuri lavori simili si consiglia, quindi, di ampliare il numero di incontri di formazione per quanto riguarda l'utilizzo dello strumento della Defense Mechanism Rating Scale. Un secondo limite riscontrabile, per quanto riguarda l'utilizzo di questo strumento, può essere osservabile nel fatto che è mancata la possibilità di ascoltare il tono con cui i pazienti parlavano e di vedere il loro linguaggio non verbale. Questo ha sicuramente influito sulla corretta identificazione delle difese, poiché dalle sole parole scritte risulta essere molto complesso comprendere a pieno un paziente. Si consiglia a questo proposito, per quanto riguarda il futuro, di utilizzare anche le videoregistrazioni delle sedute o, almeno, le audioregistrazioni come supporto durante le siglature dei trascritti. Un terzo limite presente in questo studio è identificabile nel fatto che i terapeuti che hanno trattato i pazienti avessero un grado di esperienza diverso. È risaputo, infatti, che i clinici con meno esperienza fanno più fatica gestire le loro reazioni controtransferali, rispetto ai terapeuti più esperti. Alcuni punteggi ottenuti dal CBM, perciò, possono essere stati falsati dal fatto che alcuni terapeuti non fossero ancora in grado di gestire al meglio le emozioni trasmesse da certi tipi di difese. Utile sarebbe, in ricerche future, cercare di utilizzare terapeuti che abbiano più o meno tutti la stessa esperienza. Un campione poco omogeneo e ristretto, inoltre, è di fatto poco rappresentativo e può essere stata la causa della mancata presenza di valori molto ingenti nei risultati del CBM. Questo aspetto, sicuramente, ha reso più difficile la conferma delle ipotesi. In lavori futuri si consiglia di utilizzare un campione più ampio e maggiormente variegato. Visti, però, i lunghi tempi di applicazione della DMRS, è necessario riconoscere che la messa in atto di uno studio simile su un campione molto vasto è molto complessa e dispendiosa. Infine, un ultimo limite può essere riscontrabile nel fatto che sono stati degli

osservatori esterni a valutare i comportamenti controtransferali dei terapeuti e, di conseguenza, sono stati identificate solo le reazioni osservabili e non le emozioni realmente vissute dai clinici. Questo ha sicuramente limitato di molto la reale identificazione degli effetti del controtransfert nei terapeuti e può essere stata una delle cause della mancata rilevazione di valori ingenti con il CBM. Ciò che si consiglia di utilizzare in futuro, per avere un quadro più completo del reale controtransfert sperimentato dai clinici, è, quindi, l'utilizzo anche di uno strumento self report, utile per comprendere a fondo che tipo di emozioni essi stanno provando durante le sedute.

## BIBLIOGRAFIA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION COMMISSION ON PSYCHOTHERAPIES (1982). *Psychotherapy Research: Methodological and Efficacy Issues*. Washington, DC: APA.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM IV)*. Milano: Masson.
- BARKER, S. L., FUNK, S. C., & HOUSTON, B. K. (1988). Psychological treatment versus nonspecific factors: A meta-analysis of conditions that engender comparable expectations for improvement. *Clinical Psychology Review*, 8, 579-594.
- BEUTLER, L. E. (1979). Toward specific psychological therapies for specific conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 882-897.
- BLOCH, A. L., SHEAR, M. K., MARKOWITZ, J. C., LEON, A. C., & PERRY, J. C. (1993). An empirical study of defense mechanisms in dysthymia. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1194-1198.
- BOND, M., GARDNER, S. T., CHRISTIAN, J., & SIGAL, J. J. (1983). Empirical study of self-rated defense styles. *Archives of General Psychiatry*, 40, 333-338.
- BOND, M. (1995). The development and properties of the Defense Style Questionnaire. In H. R. Conte, & R. Plutchik (Eds.), *Ego Defenses. Theory and Measurement*. New York: J. Wiley.
- BOOK, H. E., SADAVOY, J., & SILVER, D. (1978). Staff countertransference to borderline patients on an inpatient unit. *American Journal Of Psychotherapy*, 32(4), 521-532.

BOWLBY, J. (1988). *Una Base Sicura*. Milano: Raffaello Cortina.

BRAMBILLA, S. (2002). La Defense Mechanism Rating Scale (DMRS). In V. Lingiardi, & F. Madeddu (Eds.), *I meccanismi di difesa. Teoria, valutazione, clinica* (pp.321-326). Milano: Raffaello Cortina Editore.

COLLI, A., GAGLIARDINI, G., & GULLO, S. (2022). Countertransference responses mediate the relationship between patients' overall defense functioning and therapists' interventions. *Psychotherapy Research*, 32(1), 32-45.

COLLI, A., TANZILLI, A., DIMAGGIO, G., & LINGIARDI, V. (2014). Patient personality and therapist response: an empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, 171(1), 102–108.

CRAMER, P. (1998a). Defensiveness and defense mechanisms. In P. Cramer, & K. Davidson (Eds.), *Defense mechanisms in contemporary personality research. Special Issue. Journal of Personality*, 66(6), 879-894.

CRAMER, P. (1998b). Coping and defense mechanisms: What's the difference? In P. Cramer, & K. Davidson (Eds.), *Defense mechanisms in contemporary personality research. Special Issue. Journal of Personality*, 66(6), 919-946.

DAHL, H. S., RØSSBERG, J. I., BØGWALD, K. P., GABBARD, G. O., & HØGLEN, P. A. (2012). Countertransference feelings in one year of individual therapy: An evaluation of the factor structure in the Feeling Word Checklist-58. *Psychotherapy Research*, 22(1), 12–25.

- DAZZI, N. (2006). Il dibattito contemporaneo sulla ricerca in psicoterapia. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti* (pp. 3-30). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- EYSENCK, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- FONAGY, P. (2001). *Attachment Theory and Psychoanalysis*. New York: Other Press.
- FONAGY, P. (2002). An open door review of outcome studies in psychoanalysis, 2° ed. New York: International Psychoanalytic Association.
- FREUD, A. (1936). L'io e i meccanismi di difesa. Trad. It. In *Opere*, vol. 1. Torino: Bollati Boringhieri.
- FREUD, A. (1965). Normalità e patologia nell'età infantile. Trad. It. In *Opere*, vol. 3. Torino: Bollati Boringhieri.
- FREUD, S. (1894). *Le Neuropsicosi da Difesa*. OFS, vol. 2.
- FREUD, S. (1909). *Lettere*. Torino, Boringhieri.
- FREUD, S. (1925). *Inibizione, Sintomo e Angoscia*. OSF, vol.10.
- FREUD, S. (1937). *Analisi Terminabile e Interminabile*. OSF, vol. 11.
- FRIEDMAN, S. M., & GELSO, C. J. (2000). The development of the Inventory of Countertransference Behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 56(9), 1221–1235.

- GARDNER, R., HOLTZMAN, P., KLEIN, G., LINTON, H., & SPENCE, D. (1959). Cognitive control: A study of individual consistencies in cognitive behavior. In *Psychological Issues*, Monograph, 4. New York: International University Press.
- GELSO, C. J., LATTS, M., GOMEZ, M., & FASSINGER, R. E. (2002). Countertransference management and therapy outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 58(7), 861–867.
- GELSO, C. J., & HAYES, J. A. (2007). *Countertransference and The Therapist's Inner Experience: Perils and Possibilities*. Manwah, NJ: Erlbaum.
- GORDON, R. M., SPEKTOR, V., & LUU, L. (2019). Personality organization traits and expected countertransference and treatment interventions. *J Psychol Psychoanal*, 5:039.
- HAYES, J. A., RIKER, J. B., & INGRAM, K. M. (1997). Countertransference behavior and management in brief counseling: A field study. *Psychotherapy Research*, 7(2), 145–153.
- HAYES, J. A., GELSO, C. J., & HUMMEL, A. M. (2011). Managing countertransference. *Psychotherapy*, 48(1), 88–97.
- HAYES, J. A., GELSO, C. J., GOLDBERG, S., & KIVLIGHAN, D. M. (2018). Countertransference management and effective psychotherapy: Meta-analytic findings. *Psychotherapy*, 55(4), 496–507.
- HEIMANN, P. (1950). On counter-transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 33(1), 81–84.

- HERSOUG, A. G., BØWALD, K. P., & HØGLEND, P. (2003). Are patient and therapist characteristics associated with therapists' use of defence interpretations in brief dynamic psychotherapy? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(4), 209–219.
- KAZDIN, A. E., & BASS, D. (1989). Power to detect differences between alternative treatments in comparative psychotherapy outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 138-147.
- KERNBERG, O. F. (1975). *Sindromi Marginali e Narcisismo Patologico*. Torino: Bollati Boringhieri.
- KERNBERG, O. F. (1976). *Teoria della Relazione Oggettuale e Clinica Psicoanalitica*. Torino: Bollati Boringhieri.
- KERNBERG, O. F. (1984). *Disturbi Gravi della Personalità*. Torino: Bollati Boringhieri.
- KERNBERG, O. F. (1996). Teoria psicoanalitica dei disturbi di personalità. In J. F. Clarkin, & M. Lenzenweger (Eds.), *I disturbi di personalità. Le cinque principali teorie* (pp. 107-139). Milano: Raffaello Cortina.
- KLEIN, M. (1927). Tendenze criminali nei bambini normali. Trad. It. In *Scritti 1921-1958* (pp. 197-213). Torino: Bollati Boringhieri.
- KLEIN, M. (1946). Note su alcuni meccanismi schizoidi. Trad. It. In *Scritti 1921-1958* (pp. 409-434). Torino: Bollati Boringhieri.
- KOHUT, H. (1984). *La Cura Psicoanalitica*. Torino: Bollati Boringhieri.
- LAMBERT, M. J. (2004). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5° ed. New York: John Wiley & Sons.



- LAMBERT, M. J. (2013). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 6° ed. New Jersey: John Wiley & Sons.
- LEVINE, M., & SPIVACK, G. (1964). *The Rorschach Index of Repressive Style*. Springfield: Charles C. Thomas.
- LINGIARDI, V. (2002). Teoria. In V. Lingiardi, & F. Madeddu (Eds.), *I meccanismi di difesa. Teoria, valutazione, clinica* (pp.1-152). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- LINGIARDI, V., TANZILLI, A., MUZI, L., & RONNINGSTAM, E. (2017). Countertransference when working with narcissistic personality disorder: An empirical investigation. *Psychotherapy*, 54(2), 184-194.
- LINGIARDI, V., & MADEDDU, F. (2002). *I Meccanismi di Difesa. Teoria, Valutazione, Clinica*. Milano: Raffaello Cortina Editore
- LUBORSKY, L. (1954). A note on Eysenck's article "The effects of psychotherapy: an evaluation". *British Journal of Psychology*, 45, 129–131.
- LUBORSKY, L. (1975). Clinicians' judgments of mental health: Specimen case descriptions and forms for the Health-Sickness Rating Scale. *Bullettin of the Menninger Clinic*, 35, 448-480.
- LUBORSKY, L. (1992). Teoria e tecnica nella psicoterapia dinamica: i fattori curativi e la formazione per incrementarli. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XXVI, 3, 43-56.
- LUBORSKY, L. (1995). Are common factors across different psychotherapies the main explanation for the Dodo bird verdict that "Everyone has won so

all shall have prizes"? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 106-109.

LUBORSKY, L., SINGER, B., & LUBORSKY, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies. *Archives of General Psychiatry*, 32(8), 995–1008.

LUBORSKY, L., & BARBER, J. P. (1993). Benefits of adherence to psychotherapy manuals and where to get them. In N. Miller, L. Luborsky, J. P. Barber, & J. Docherty (Eds.), *Psychodynamic treatment research: A handbook for clinical practice* (pp. 211-226). New York: Basic Books.

LUBORSKY, L., & CRITS-CHRISTOPH, P. (1988). Measures of psychoanalytic concepts. *International Journal of Psychoanalysis*, 69, 75-86.

LUBORSKY, L., & CRITS-CHRISTOPH, P. (1998). *Understanding transference. The Core Conflictual Relationship Theme Method, 2° ed.* Washington, DC: American Psychological Association.

LUBORSKY, L., ROSENTHAL, R., DIGUER, L., ANDRUSYNA, T. P., BERMAN, J. S., LEVITT, J. T., ET AL. (2002). The Dodo bird verdict is alive and well-mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 2-12.

MADEDDU, F. (2002). Valutazione. In V. Lingiardi, & F. Madeddu (Eds.), *I meccanismi di difesa. Teoria, valutazione, clinica* (pp.155-218). Milano: Raffaello Cortina Editore.

MCWILLIAMS, N. (2012). *La Diagnosi Psicoanalitica*. Roma: Astrolabio-Ubaldini Editore.

MCINTYRE, S. M., & SCHWARTZ, R. C. (1998). Therapists' differential countertransference reactions toward clients with major depression or

borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 54(7), 923-931.

MERMELSTEIN, J. J. (2000). The role of concordance and complementarity in psychoanalytic treatment. *Psychoanalytic Psychology*, 17(4), 706-729.

MIGONE, P. (2006). Breve storia della ricerca in psicoterapia. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*. (pp.31-45). Milano: Cortina Editore.

MOHR, J. J., GELSO, C. J., & HILL, C. E. (2005). Client and counselor trainee attachment as predictors of session evaluation and countertransference behavior in first counseling sessions. *Journal of Counseling Psychology*, 52(3), 298–309.

ORLINSKY, D.E., RONNESTAD, M.H., & WILLUTZKI, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In LAMBERT, M. (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 5° ed. (pp. 307-392). New York: John Wiley and Sons.

PERRY, J. C. (1990a). Defense Mechanism Rating Scale. 5th edition. In V. Lingiardi, & F. Madeddu (Eds.), *I meccanismi di difesa. Teoria, clinica e ricerca empirica (appendice)*. Milano: Raffaello Cortina.

PERRY, J. C. (1993a). Defenses and their effects. In N. E. Miller, L. Luborsky, J. P. Barber, & J. P. Docherty (Eds.), *Psychodynamic Treatment Research. A Handbook for Clinical Practice* (pp. 274-307). New York: Basic Books.

- PERRY, J. C. (2000). Guida per l'identificazione delle difese. In V. Madeddu & F. Lingiardi (Eds.), *I meccanismi di difesa. Teoria, valutazione, clinica* (pp.326-334). Milano: Raffaello Cortina.
- PERRY, J. C., & COOPER, S. (1986). A preliminary report on defenses and conflicts associated with borderline personality disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 34, 865-895.
- PERRY, J. C., & COOPER, S. (1989). An empirical study of defense mechanisms: I. Clinical interview and life vignettes ratings. *Archives of General Psychiatry*, 46, 444-452
- PERRY, J. C., & IANNI, F. (1998). Observer-rated measures of defense mechanisms. In P. Cramer, & K. Davidson (Eds.), Defense mechanisms in contemporary personality research. Special Issue. *Journal of personality*, 66(6).
- RACKER, H. (1957). The meanings and uses of countertransference. *The Psychoanalytic Quarterly*, 26(3), 303–357.
- RACKER, H. (1968). *Transference and Countertransference*. New York: International Universities Press.
- ROCCO, D., DE BEI, F., NEGRI, A., & FILIPPONI, L. (2021). The relationship between self-observed and other-observed countertransference and session outcome. *Psychotherapy*, 58(2), 301-309.
- ROSENBERG, E. W., & HAYES, J. A. (2002). Origins, consequences, and management of countertransference: A case study. *Journal of Counseling Psychology*, 49(2), 221–232.

- ROSENZWEIG, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy: "At last the Dodo said, 'Everybody has won and all must have prizes' ". *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412–415.
- RØSSBERG, J. I., KARTERUD, S. PEDERSEN, G., & FRIIS, S. (2007). An empirical study of countertransference reactions toward patients with personality disorders. *Compr Psychiatry*, 48, 225-230.
- SEGUIN, M. H., & BOUCHARD, M. A. (1996). New perspectives on the therapeutic relationship. Adaptive regression and countertransference mental activity. *Psychoanalytic Psychology*, 13(4), 457-474.
- SEMRAD, E. V. (1967). The organization of Ego defenses and object loss. In D. M. Moriarity (Eds.), *The loss of loved ones* (pp. 126-34). Springfield: Charles C. Thomas.
- SEMRAD, E. V., GRINSPOON, L., & FIENBERG, S. E. (1973). Development of an Ego Profile Scale. *Archives of General Psychiatry*, 28, 70-77.
- SKODOL, A. E, & PERRY, J.C. (1993). Should an axis for defense mechanism be included in DSM IV? *Comprehensive Psychiatry*, 34, 108-199.
- SMITH, M.L., & GLASS, G. V. (1977). *Meta-analysis of psychotherapy outcome studies*. *American Psychologist*, 32, 752–760.
- STILES, W. B. (1987). Verbal response modes as intersubjective categories. In R. Russell, (Ed.), *Language in Psychotherapy* (pp. 131-170). New York: Plenum Press.
- STILES, W. B., HONOS-WEBB, L. & KNOBLOCH, L. M. (1999), Treatment process research methods. In P. C. Kendall, J. N. Butcher, & G. N.

Holmbeck (Eds.), *Handbook of research methods in clinical psychology*.  
New York: John Wiley and Sons.

STILES, W. B., SHAPIRO, D. A., & ELLIOT, R. K. (1986). Are all  
psychotherapies equivalent? *American Psychologist*, 41, 165-180.

STRACHEY, J. (1934). La natura dell'azione terapeutica della psicoanalisi.  
*Rivista di Psicoanalisi*, 20, 127.

STRACHEY, J. (1937). On the theory of the therapeutic results of  
psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 18, 139-145.

VAILLANT, G. E. (1998). Where do we go from here? In P. Cramer, & K.  
Davidson (Eds.), Defense mechanisms in contemporary personality  
research. Special Issue. *Journal of Personality*, 66(6), 1147-1157.

WAMPOLD, B. E., & IMEL, Z. E. (2015). *The Great Psychotherapy Debate. The  
Evidence for What Makes Psychotherapy Work*, 2° ed. New York:  
Routledge.

WINNICOTT, D. W. (1963). La paura del crollo. In D. W. Winnicott (1989),  
*Esplorazioni psicoanalitiche* (pp. 105-114). Milano: Raffaello Cortina.



## RINGRAZIAMENTI

Ringrazio la mia mamma, perché con il suo esempio mi ha insegnato ad avere fiducia negli altri, a non mollare mai, a credere in me stessa e a raggiungere i miei obiettivi.

Ringrazio il mio papà, perché è il mio primo sostenitore e complice.

Ringrazio la mia famiglia, tutta quanta, quella acquisita e quella di sangue, perché so che su di lei posso sempre contare.

Ringrazio il mio relatore per la sua disponibilità e per i suoi insegnamenti.

Ringrazio la mia terapeuta, perché ha saputo starmi accanto quando nessun altro riusciva. Tanto di quello che sono ora e di quello che voglio diventare in futuro lo devo a lei.

Ringrazio le mie amiche, tutte quante, perché sono speciali e senza il loro sostegno avrei fatto poca strada.

Ringrazio tutte le splendide persone che ho conosciuto durante il mio Erasmus in Portogallo, perché mi hanno aperto gli occhi sul mondo.

Ringrazio tutte le ragazze della comunità “Il Colle”, perché, nonostante la loro grande sofferenza, mi hanno insegnato il valore delle piccole cose.

Infine, ringrazio me stessa e il mio crederci sempre, nonostante tutto.