



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**Dipartimento di psicologia dello sviluppo
e della socializzazione**

**Corso di laurea in Scienze Psicologiche dello
Sviluppo, della Personalità e delle Relazioni
Interpersonali**

Elaborato finale

**I meccanismi di difesa: un'analisi
critica delle più recenti ricerche**

**Defense mechanisms: a critical analysis of the most recent
research**

Relatore
Prof. Diego Rocco

Laureanda: Gloria Pellizzaro
Matricola: 2012640

Anno Accademico 2022/2023

INDICE

1. I MECCANISMI DI DIFESA.....	1
1.1 Evoluzione del concetto di difesa.....	1
1.2 La valutazione dei meccanismi di difesa.....	6
1.3 Rilevanza clinica dei meccanismi di difesa.....	8
1.3.1 L'importanza dei meccanismi di difesa.....	8
1.3.2 Difese e organizzazioni di personalità.....	9
1.3.3 Difese e malattia fisica.....	10
2. I MECCANISMI DI DIFESA NELLA RICERCA EMPIRICA	
2.1 “Comparison and change of defense mechanisms over the course of psychotherapy in patients with depression or anxiety disorder: Evidence from a randomized trial”	12
2.2 “The impact of attachment styles and defense mechanisms on psychological distress in a non-clinical young adult sample: A path analysis”	15
2.3 “Coping and Defense Mechanisms: A Scoping Review”	16
2.4 “Defense mechanisms in cancer patients: a systematic review”	19
3. DISCUSSIONE E CONCLUSIONI.....	23
BIBLIOGRAFIA.....	26

I MECCANISMI DI DIFESA

1.1 EVOLUZIONE DEL CONCETTO DI DIFESA

Il termine meccanismo di difesa viene utilizzato per la prima volta da Sigmund Freud alla fine del 1894, parlando di rimozione, ossia il meccanismo sviluppato nel corso della prima infanzia, tramite cui l'Io esclude dalla coscienza tutte le rappresentazioni pulsionali inconse da lui vissute come inaccettabili (Freud, 1894, 1932).

Nella prima descrizione secondo Freud, l'attivazione della rimozione trasforma la libido contenuta in tali rappresentazioni dominate dal principio di piacere e ha come outcome l'insorgere dell'angoscia. Secondo tale visione le difese possono essere consapevoli e messe in atto dalla parte più matura della personalità (Lingiardi & Madeddu, 2002).

È solo nel 1925 che Freud riconosce l'esistenza di più difese come tecniche discrete, inconse e differenziate per la gestione di affetti e pulsioni, di cui la rimozione è solamente una specifica tra queste. Cambia la concezione anche dell'angoscia, che diventa segnale quando l'Io capta una situazione di pericolo riconducibile alla realtà esterna, alle pulsioni dell'Es o del Super-Io. Scopo delle difese è quello di prevenire l'insorgenza di un trauma, considerato come uno sproporzionale incremento improvviso di energia negativa che l'Io non è in grado di contrastare (Freud, 1937). Nonostante questa funzione adattiva per il mantenimento di un equilibrio tra istanze psichiche, le difese, quando divengono ripetitive e coartate, possono diventare patologiche: "I meccanismi di difesa servono allo scopo di tenere lontano i pericoli. È incontestabile che raggiungano questo risultato e c'è da dubitare che l'Io possa, nel corso del suo sviluppo, rinunciare completamente a essi; ma è altresì certo che questi stessi meccanismi possano trasformarsi in pericoli." (Freud, 1937, p. 520) Freud inquadra le difese entro una dimensione esclusivamente intrapsichica come tentativi inconsci di far fronte a desideri, conflitti e moti pulsionali (Lingiardi & Madeddu, 2002).

A creare un ponte da una visione puramente intrapsichica ad una interpsichica è Anna Freud che definisce le difese non solo come stratagemmi a servizio delle pulsioni interne, ma ponendole anche in relazione con le situazioni esterne (Freud, 1965). Per lei ogni attività dell'Io può adempiere un compito difensivo su due livelli: quello di distaccare dalla consapevolezza contenuti pulsionali ingestibili e quello di garantire l'adattamento al mondo esterno. Propone anche una primissima classificazione e standardizzazione dei meccanismi attraverso l'analisi del materiale clinico raccolto da un gruppo di analisti all'interno dell'indice Hampstead. Nell'indice, le difese sono poste lungo un asse evolutivo-cronologico e per ogni meccanismo

vengono individuati: la tipologia, la specificità, la situazione di pericolo che porta all'utilizzo di tale difesa, un esempio concreto del suo manifestarsi e il momento preciso della sua comparsa (Freud, 1936, 1965).

Wilhelm Reich (1933), nell' *Analisi del Carattere*, definisce il carattere nei termini di un apparato di protezione e difesa narcisistica che si sviluppa nel corso dell'infanzia di ognuno, fino a stabilizzarsi in concomitanza del superamento del complesso edipico. Questo meccanismo ha origine in qualità di compromesso tra desideri intrapsichici istintuali e limiti imposti dal mondo esterno. In base a come tale conflitto viene risolto, può generarsi un carattere adattivo e flessibile oppure, nel caso in cui la soddisfazione dei propri impulsi sia trascurata e messa completamente da parte, l'Io del soggetto subirà un irrigidimento. In questo ultimo caso, il carattere diverrà una "corazza" cristallizzata andando a bloccare i processi terapeutici di maturazione e cambiamento personale (Lingiardi & Madeddu, 2002).

Sempre nella prima metà del 900, Melanie Klein, similmente a quanto affermato da Reich, attribuisce ai meccanismi di difesa la qualità di principi organizzativi della vita psichica del soggetto. Oltre a ciò stravolge il modello freudiano dando molta più rilevanza al primo sviluppo infantile (Lingiardi & Madeddu, 2002). Ritene che fin dalla nascita il soggetto presenti un Io in grado di mettere in atto meccanismi difensivi e stabilire relazioni oggettuali nella fantasia e nella realtà (Segal, 1973). L'autrice nel 1930 individua l'esistenza di due gruppi di difese, nevrotiche e psicotiche, però lei si incentrerà maggiormente sulle seconde, ovverosia le difese primitive che si scontrano contro angosce derivanti dall'impulso di morte. Tra queste vi sono: scissione, diniego, proiezione, introiezione e idealizzazione che implicano una visione del Sé e della realtà circostante distorta e filtrata in base ai propri istinti pulsionali. Sempre tra le difese psicotiche, la Klein si sofferma ad analizzare l'identificazione proiettiva, fantasia inconscia fondata sui meccanismi di scissione e proiezione (Klein, 1927, 1946).

A presentare un approccio di passaggio dalla visione intrapsichica di Freud a quella intersoggettiva moderna, è Donald Winnicott che nel 1965 individua le difese contro l'esperienza istintuale e le difese contro i fallimenti ambientali. L'autore si sofferma principalmente sulla seconda categoria, da cui deriverebbe la genesi e l'attuazione del falso Sé, difesa attuata dal bambino nel caso di situazioni caratterizzate da trascuratezza e negligenza nei confronti dei propri bisogni e desideri. Quando il caregiver non è in grado di ascoltare e sostenere le funzioni dell'Io del proprio figlio, il bambino di conseguenza impara che la propria spontaneità non è né considerata, né apprezzata dalle proprie figure di riferimento, per cui

difensivamente andrà ad attuare un occultamento. In tal modo, il vero Sé verrà nascosto e rimpiazzato da un Sé fasullo con la funzione quindi, da una parte di proteggere il proprio lato genuino e dall'altra di mantenere la relazione con il caregiver (Lingiardi & Madeddu, 2002). Dunque il bambino, per non perdere il legame, si adatta alle esigenze dei genitori, ed è proprio questa sua "conformità" che va a circoscrivere l'inizio dello sviluppo del falso Sé (Winnicott, 1960).

Altro autore che riprende l'importanza delle relazioni oggettuali interiorizzate per lo sviluppo delle difese è Otto Kernberg (1996; Clarkin, Yeomas & Kernberg, 1999), che elabora un modello funzionale al riconoscimento e alla diagnosi di 3 organizzazioni di personalità. Questa è ottenuta tramite l'analisi di 3 criteri, di cui uno è relativo al tipo di meccanismi difensivi attuati dal soggetto. Egli ha una visione gerarchica ed evolutiva delle difese. I pazienti più gravi, con organizzazioni borderline o psicotiche, metteranno in atto strategie primitive di livello inferiore rispetto a quelle attuabili da soggetti con organizzazione nevrotica. Tali strategie sono tipiche del periodo infantile e girano attorno alla scissione, meccanismo che difatti è normativo nel primo anno e mezzo di vita di ognuno (Kernberg, 1976).

Anche Heinz Kohut, uno tra gli esponenti principali della psicologia del Sé, dà importanza all'influenza ambientale nell'infanzia e a come traumi dovuti a fallimenti empatici genitoriali (Kohut, 1984) vadano a minare l'integrità del Sé del soggetto, portando ad una sua frammentazione. I meccanismi difensivi rappresentano dunque delle strategie organizzate fin dal periodo infantile volte a proteggere la vulnerabilità del Sé (Lingiardi & Madeddu, 2002). Kohut si sofferma ad approfondire in particolare il narcisismo, non più visto in modo moralistico come una tappa evolutiva da dover superare, ma come parte integrante e necessaria della vita di ciascuno, che conduce all'amore per sé stessi. Il disturbo narcisistico si sviluppa proprio in seguito a una mancanza di sintonizzazione affettiva, per cui il sé del bambino si cristallizza assumendo il carattere di grandiosità e onnipotenza (Rocco & Montorsi, 2010). Per Kohut nell'analisi dei soggetti affetti da questo disturbo, le difese devono essere "trattate con rispetto" ed il terapeuta non deve interpretarle subito ma solamente in un secondo momento, solo dopo aver instaurato un clima di sicurezza nel rapporto clinico-paziente (Kohut, 1996). Solamente quando il paziente riuscirà a vivere nella relazione terapeutica una fiducia e sicurezza tale da rompere le sue aspettative di rifiuto e trascuratezza vissute nel passato con i propri caregiver, egli riuscirà ad abbandonare e non affidarsi più alle difese narcisistiche (Rocco & Montorsi, 2010).

Facendo riferimento alla teoria dell'attaccamento e alla corrente cognitivista dell'Human Information Processing, John Bowlby (1988) si riferisce alle difese in termini di prodotti ambientali. Secondo l'autore uno stato mentale sano è strettamente legato alla capacità affettiva genitoriale di prestare sostegno emotivo e protezione. Quando queste qualità sono presenti, il caregiver assume agli occhi del bambino le vesti di una base sicura per la sua esplorazione ambientale. Egli sa che, nel caso di una possibile minaccia o pericolo, la madre sarà in grado efficacemente di intervenire a suo favore consolandolo e regolandone lo stato emotivo; tale dinamica adattiva caratterizza un legame d'attaccamento sicuro (Hill, 2017). Il meccanismo di difesa è dunque una strategia cognitiva, volta a riorganizzare il comportamento del soggetto a scopo di autopreservazione. Agisce contro l'angoscia per la possibile perdita del legame col caregiver, fondata proprio sulla mancanza delle funzioni genitoriali positive descritte in precedenza. Più la situazione traumatica è intensa e ricorrente nel tempo, più le difese si irrigidiranno e diverranno automatismi (Bowlby, 1988). Le difese hanno un ruolo decisivo nella formazione dei cosiddetti modelli operativi interni: sistemi di rappresentazioni ed aspettative rispetto al sé e all'altro nella relazione, fondate sulla base delle esperienze vissute precedentemente, le quali guideranno le relazioni di attaccamento future. Al fine di preservare il legame con le figure d'attaccamento, i meccanismi di difesa attuano un'esclusione selettiva, impedendo l'inclusione negli schemi mentali di informazioni, percezioni e sentimenti relativi ad abusi e carenze affettive che provocherebbero uno stato di forte sofferenza psichica. Secondo questa visione, i modelli di attaccamento rappresentano essi stessi copioni difensivi messi in atto nelle interazioni con l'altro significativo, volte a diminuire il distress dell'infante e a proteggerne lo sviluppo del Sé (Lingiardi, Madeddu, 2002). Ad esempio, un bambino con attaccamento evitante che ha una madre emozionalmente non responsiva ai suoi bisogni, al fine di proteggersi da questa consapevolezza, adotterà strategie difensive di allontanamento volte a minimizzare l'esperienza di essere rifiutato. Il bambino si appoggerà solamente all'autoregolazione nel caso di un possibile pericolo, non richiedendo l'aiuto della madre. Invece, al contrario, un infante che sviluppa un attaccamento di tipo ambivalente cercherà di ottenere a tutti i costi l'attenzione della madre piangendo e chiamandola continuamente. Questo atteggiamento è scaturito dalla presenza di una figura di riferimento preoccupata ed intrusiva che mette al primo posto la soddisfazione dei propri bisogni, a discapito di quelli del proprio figlio (Hill, 2017).

Riprendendo le prospettive relazionali di Kohut e Winnicott oltre che la teoria dell'attaccamento, Joseph Weiss (1986) fonda l'Hospital Psychotherapy Research Group. L'

idea di base di questo gruppo è che ogni paziente metta in atto una serie di difese differenti fondate su una serie di “credenze patogene” che egli va a costruire nel periodo infantile, nell’ambito delle relazioni primarie. Dal primo periodo di vita, il bambino è sottoposto a continue richieste da parte dell’ambiente che cerca di soddisfare al meglio. Egli vi si adatta, andando a costituire un insieme di credenze riguardanti il sé e l’ambiente circostante, che andranno a contribuirne la costituzione dei suoi tratti di personalità. Le credenze che si contrappongono all’adattamento del soggetto, opponendosi al suo stesso funzionamento, sono definite da Weiss “patogene”; queste minano l’autostima e bloccano il raggiungimento di obiettivi positivi come la felicità, successo e la creazione di un legame relazionale (Weiss, 1993). Tali credenze si instaurano in seguito ad esperienze traumatiche vissute nelle prime interazioni con le figure di riferimento, le quali sono percepite dal bambino come onnipotenti, incontestabili, oltre che indispensabili per la sua sopravvivenza. Le credenze assumono la forma di un compromesso adattivo volto ad evitare a qualsiasi costo possibili situazioni di pericolo che possano ledere il rapporto con gli altri significativi (Rocco, Montorsi, 2010). “Mantenere il legame con i genitori è talmente importante che il bambino fa qualsiasi cosa gli paia necessaria a tal fine [...] anche se si tratta di comportamenti che sono evidentemente spiacevoli” (Weiss, 1993, p. 43). Inoltre a causa del suo egocentrismo, il bambino è portato ad addossarsi automaticamente la colpa di tutto ciò che gli accade, anche nel caso di eventi accidentali come un incidente o un lutto, per di più ritiene che il modo in cui i propri caregiver si comportano nei suoi riguardi sia effettivamente il modo in cui meriti di essere trattato (Rocco & Montorsi, 2010).

Oltre alla Klein, anche altri autori successivi si soffermano sull’identificazione proiettiva, sottolineando la presenza in tale meccanismo di una dimensione interattiva. In particolar modo Gabbard articola all’interno del setting terapeutico la messa in atto dell’identificazione proiettiva lungo tre fasi distinte. La prima fase richiama il processo di transfert, per cui il soggetto scinde una parte del sé o di un oggetto “cattivo” per proiettarlo nel terapeuta. Dopo di che si verifica la fase di controidentificazione proiettiva, dove il paziente attua una pressione interpersonale tale, da portare il terapeuta inconsciamente ad assumere il comportamento corrispondente alla rappresentazione negativa proiettata. Infine, nella fase finale di identificazione introiettiva, il terapeuta, dopo aver trattenuto ed elaborato l’oggetto cattivo, lo restituisce migliorato al soggetto, il quale osservando come il terapeuta ha gestito i contenuti da lui considerati inaccettabili impara egli stesso a fronteggiarli in modo adattivo (Gabbard, 2014).

1.2 LA VALUTAZIONE DEI MECCANISMI DI DIFESA

Verso la fine degli anni 90 diversi autori iniziarono a rendersi conto dell'importanza di riuscire ad includere i meccanismi di difesa entro processi diagnostici standardizzati, oltre che della necessità di inserire una scala o asse specifico per la valutazione delle difese all'interno del DSM. Tale questione ha avuto inizio in modo specifico nel 1977 da parte di Spitzer, il quale ha ricercato una serie di criteri condivisi per l'assessment difensivo da poter inserire nel DSM-III. Questo tentativo è fallito per una generale mancanza di consenso rispetto a quali difese includere nel manuale. Una delle maggiori problematiche e difficoltà persistente nella classificazione delle difese risulta essere infatti, quella relativa alla loro definizione. A causa della loro natura inconsapevole e non direttamente osservabile, ma solo deducibile tramite altri indicatori comportamentali, gli elenchi e le definizioni offerte da diverse prospettive ed autori differiscono e spesso entrano in contrasto non essendo universalmente riconosciute (Perry & Cooper, 1986). Allo scopo di fornire un punto di riferimento che permetta di individuare con certezza la presenza o no di un meccanismo di difesa, Cramer in una rassegna del 1998 presenta 6 criteri fondamentali per la definizione delle difese. Innanzitutto la difesa è inconscia, in quanto agisce in modo inconsapevole; essa è attivata in seguito alla presenza di una possibile situazione di pericolo, al fine di salvaguardare il sé del soggetto e la sua autostima; permette di non entrare in uno stato di ansia eccessiva gestendo i suoi affetti; è stabile dato che rappresenta un elemento parte del funzionamento evolutivo e normale; influisce sull'adattamento; infine ciascuna operazione è chiaramente distinguibile dalle altre. Il DSM-III-R nel 1987 presenta diciotto meccanismi di difesa, oltre a un glossario con definizioni specifiche su cui è stato raggiunto un accordo generale. Il manuale attua una distinzione tra difese ponendo l'accento sul loro carattere più o meno adattivo, sulla gravità e sul contesto in cui hanno origine. Successivamente il DSM-IV contiene la Defensive Functioning Scale (DSF; American Psychiatric Association, 1994; Perry et al., 1998; Skodol & Perry, 1993), articolata su sette livelli difensivi gerarchici sulla base della loro funzione adattiva. La scala presenta anche un glossario sugli stili di coping e sulle varie difese specifiche. Questo asse è stato progettato da Vaillant (1971, 1977, 1992), il fautore della moderna classificazione delle difese, e si fonda sul suo modello gerarchico in cui ogni meccanismo di difesa è inseribile entro un continuum a due dimensioni: una riguardante l'im maturità-maturità e l'altra la psicopatologia-salute mentale. In generale nel corso degli anni sono stati messi a punto diversi strumenti e metodi per la classificazione difensiva racchiudibili nelle tre seguenti tipologie principali: gli autosomministrati, quelli basati su materiale clinico e quelli basati su test proiettivi.

Ciascuno presenta una serie di vantaggi e svantaggi, oltre che condurre spesso a risultati differenti e a creare un senso di confusione e difficoltà nell'interpretazione dei dati da parte dei ricercatori (Di Giuseppe et al., 2018). Ad oggi è la Defense Mechanism Rating Scale a costituire il "gold-standard" per quanto concerne l'assessment difensivo (Bond & Perry, 2004; Conversano & Di Giuseppe, 2021). Questo strumento è stato elaborato negli anni 80 da Perry, periodicamente aggiornato, applicabile a partire dall'analisi del contenuto clinico di colloqui o sedute trascritte. Il DMRS contiene ventisette meccanismi di difesa ricavati dalla letteratura e per ciascuno di questi è presente una definizione, la spiegazione del funzionamento, una diagnosi che permetta di distinguerlo da difese simili e una scala che ne chiarisca la frequenza di utilizzo (Perry & Cooper, 1989). Per identificare i meccanismi di difesa di fronte ad una trascrizione di un colloquio bisogna innanzitutto entrare in confidenza con lo stile espressivo del paziente in questione e in seguito ricercare nel discorso la presenza di una qualche anomalia o aspetto di incongruenza in merito. Il linguaggio potrebbe diventare improvvisamente meno fluido ed eloquente, potrebbe saltare bruscamente da un concetto all'altro o esserci un cambiamento nell'intonazione vocale. Altra irregolarità può riferirsi all'espressione dell'affetto vissuto, il quale potrebbe essere o completamente omesso, o espresso in modo esagerato. Come passo successivo è necessario comprendere il momento di inizio e di fine dell'espressione difensiva, per poi ricercarne la funzione specifica che punta a svolgere. In alcuni casi particolari e non frequenti, si potrebbe avere difficoltà a definire accuratamente il meccanismo in atto, in quanto potrebbe esserci una sovrapposizione o un incastro tra due meccanismi diversi che, operando assieme, si presentano nel discorso riportando alcuni elementi distintivi dell'uno e alcuni dell'altro. Una volta identificate, le difese sono articolabili su sette livelli in base alla loro adattività. Il manuale, infine, rispetto al materiale raccolto, permette tre diverse valutazioni standardizzate: una qualitativa, determinando la presenza o no della difesa, una quantitativa, riguardante la frequenza d'utilizzo e le sue mutazioni nel tempo e una valutazione globale della maturità complessiva delle difese impiegate dal soggetto (Perry, 1990a).

1.3 RILEVANZA CLINICA DEI MECCANISMI DI DIFESA

1.3.1 L'importanza dei meccanismi di difesa

All'interno della pratica clinica, indipendentemente dal tipo di approccio seguito, per poter formulare una diagnosi adeguata e ottenere un quadro generale del paziente non si può prescindere dall'analisi del sistema difensivo. Esso infatti è strettamente correlato alla qualità del funzionamento psichico di ognuno, andando ad influenzarne l'adattamento alla realtà esterna e alle sue richieste continue (Lingiardi & Madeddu, 2002). Nel caso di situazioni stressanti, le difese assumono la funzione di moderatori e mediatori tra tali eventi e la risposta individuale, proteggendo il soggetto da vissuti emozionali eccessivamente negativi (Horowitz, 1986, 1992; Gibbs, 1989). Oltre ciò, come sostenuto da Joel Paris (1996), l'analisi della gamma di difese che un determinato paziente mette in atto, risulta fondamentale per valutarne la personalità, il cui sostegno e cambiamento costituisce un aspetto centrale e determinante per il successo di ogni trattamento (Perry, Cooper & Michels, 1987). Risulta dunque fondamentale, innanzitutto, procedere con l'individuazione dei meccanismi e resistenze utilizzate dall'analizzato, oltre alla loro prevalenza in termini di intensità, accertandosi quindi del grado di maturità della singola difesa, sia in termini di frequenza che di situazione specifica in cui viene attuata. Queste informazioni però ci indicano solamente una direzione da perseguire, non portano direttamente ad una diagnosi, poiché tra difese e quadro diagnostico non esiste una correlazione biunivoca. La diagnosi racchiude un insieme complesso di segni e sintomi, mentre la difesa è solamente una strategia particolare per affrontare una determinata situazione conflittuale. Pazienti con patologie diverse dunque, possono mettere in pratica tutti una stessa strategia difensiva che tuttavia si delinea all'interno di risposte comportamentali molto diverse tra loro. L'analisi difensiva ci fornisce però una base di partenza, è informativa rispetto all'organizzazione di personalità sottostante del soggetto (Lingiardi & Madeddu, 2002). Inoltre, osservare l'andamento difensivo e i suoi mutamenti nel corso di un trattamento risulta un buon indicatore per poter valutare e prevedere una maggiore o minore efficacia di un percorso psicoterapeutico (Buonarrivo et al., 2000; Ortu et al., 2001). Solitamente un buon percorso terapeutico conduce progressivamente ad una diminuzione nell'utilizzo di difese immature a favore di un incremento di meccanismi maturi, i quali suggeriscono la presenza di una forza dell'Io maggiore e di livelli patologici meno debilitanti (Perry, Kardos & Pagano, 1993; Perry, Lingiardi & Ianni, 1999). Anche gli interventi condotti dal terapeuta incidono sul mutamento difensivo e, di grande importanza, sono soprattutto quelli iniziali volti a testare la tenuta delle difese. A tal proposito è fondamentale individuare l'organizzazione di personalità

posseduta dal paziente in quanto, come affermato da Vaillant nel 1977, i pazienti nevrotici reagiscono positivamente e migliorano grazie ad insight ed interpretazioni volte a smascherarne le difese. Al contrario, borderline e psicotici vivono le interpretazioni difensive come “un attacco non richiesto”, rischiando addirittura di inciampare in un’ulteriore regressione (Kernberg, 1984), oltre al rischio di andare ad indebolire o spezzare l’alleanza e fiducia terapeutica (Lingiardi & Madeddu, 2002).

1.3.2 Difese e organizzazioni di personalità

Riprendendo il modello di Kernberg per l’identificazione delle organizzazioni di personalità, egli sostiene che il grado in cui si presentano i meccanismi di scissione e rimozione è da considerare un vero e proprio marker per il riconoscimento e classificazione dell’organizzazione sottostante. Tale organizzazione si dirama lungo un continuum che va da un limite “inferiore”, in cui è la scissione a essere prevalente, accompagnata da altre difese primitive, a un limite “superiore”, dominato dal meccanismo di rimozione e seguito solitamente da altre operazioni mature che determinano la presenza di un Io più forte. L’espressione “organizzazione di personalità” non si riferisce ad un disturbo preciso, ma è un concetto psicoanalitico comprensivo di un intero insieme di disturbi diversi con un’organizzazione comune (Kernberg, 1976, 1996). In generale, come confermato da uno studio svolto con l’Intervista Strutturale di Kernberg, i pazienti presentanti disturbi del carattere più gravi mettono in atto difese meno mature rispetto al campione di confronto (Kernberg, 1976, 1984).

L’organizzazione di personalità nevrotica comprende disturbi ossessivo-compulsivi, masochistici-depressivi, personalità isteriche e disturbi dipendenti ed evitanti di personalità. Questi soggetti attuano difese semplici, volte a proteggere l’Io dalle pressioni dell’Es. Sono attivate in seguito alla percezione di angoscia scaturita da un conflitto interno tra istanze psichiche, il cui risultato è dato dalla formazione del sintomo che assume la forma di un compromesso tra Es ed Io (Gabbard, 1994). Tra le difese che caratterizzano questa organizzazione la principale è la rimozione, seguita da spostamento, formazione reattiva, isolamento ed intellettualizzazione (Lingiardi & Madeddu, 2002).

Per quanto riguarda i pazienti con organizzazione psicotica, la maggior parte dei meccanismi da essi praticati sono: “stratagemmi complessi messi in atto per far fronte alle tipiche angosce psicotiche come la caduta senza fine e la paura di svuotarsi all’esterno” (Kernberg, 2000, p. 218). Alcuni di questi meccanismi sono condivisi anche con pazienti borderline ma con intenzioni ed effetti completamente differenti. Ad esempio, i borderline potrebbero

semplicemente fare uso della proiezione per riformulare parzialmente la realtà secondo le proprie esigenze, mentre invece gli psicotici utilizzano la proiezione delirante, ossia un delirio persecutorio a tutti gli effetti per cui percepiscono i propri sentimenti entro un altro soggetto, oppure, all'opposto, percepiscono i sentimenti altrui dentro di sé in forma di allucinazione (Vaillant, 1992b). Kernberg nella sua redazione del 2000 indica tra le difese più tipiche dell'organizzazione psicotica: l'incapsulamento autistico, la deanimazione, l'animazione, il congelamento motorio, lo smontaggio, la frammentazione della realtà e la coartazione del pensiero.

Infine, l'organizzazione borderline di personalità comprende, oltre ai più rappresentativi disturbi borderline e schizoide, anche disturbi di personalità istrionico, dipendente, narcisistico ed antisociale. Gli individui con questa organizzazione sono soggetti a una fissazione allo stadio di separazione-individuazione, per cui non sono in grado di integrare all'interno di uno stesso oggetto qualità in contrasto tra loro. I pazienti con questa organizzazione tendono a disporre di una vasta gamma di difese, andando ad alternare a difese maladattive, come identificazione proiettiva ed acting out, operazioni più adattive come rimozione e formazione reattiva (Lingiardi & Madeddu, 2002).

1.3.3 Difese e malattia fisica

Come è stato affermato in precedenza, i meccanismi difensivi sono importanti in quanto garantiscono l'adattamento dell'individuo al contesto, e ciò riguarda anche il caso in cui debba far fronte alla contrazione di una malattia fisica. Questa riguarda uno stato: "in cui si riscontra una marcata discrepanza tra le domande poste a un organismo e le capacità dell'organismo di rispondere" (Caplan, 1981, p. 414). La malattia è un evento stressante, incontrollabile e spaventoso che porta l'organismo inevitabilmente a riorganizzarsi di conseguenza. Tutte le proprie riserve energetiche sono investite sull'auto-preservazione fisica e psicologica attuando operazioni difensive che agiscono su un duplice livello. Su un piano intrapsichico, agendo contro l'ansia e la paura della malattia e su uno intersichico, definendo nuove modalità relazionali in conformità alle nuove esigenze attuali (Lingiardi, 2000). Vi sono modi molto diversi di reagire alla malattia (Contrada & Guyll, 2001), più o meno adattivi, che dipendono dalle risorse possedute dall'Io, dalla personalità del soggetto (Contrada, Cather & O'Leary, 1999), ma anche dalla gravità del problema stesso. Si può andare da stati cronici come diabete o cardiopatia (Obirst, 1981; Bar-On, 1985; Janne, Reynaert & Cassiers, 1990) a disturbi degenerativi, in certi casi incurabili, che richiedono altri tipi di elaborazione mentale, come nel

caso di HIV, AIDS o cancro (Beisser, 1979; Archer, 1989). Tutto questo influisce sulla qualità e tipologia delle difese che i malati mettono in pratica. I pazienti gravi tendono ad utilizzare difese primitive per proteggersi dall'angoscia relativa alla minaccia di una possibile morte futura (Faberow, 1980; Goldstein, 1980, Katz, Weiner, Gallagher & Hellman, 1970; Oettingem, 1996). Queste difese possono comprendere il diniego e la negazione, le quali generano l'auto illusione di non essere affatto malati e, nelle fasi iniziali della malattia, possono risultare addirittura adattive se transitorie, in quanto proteggono il Sé del soggetto dallo shock relativo alla scoperta di essere malato. Questi stratagemmi permettono così di fornire all'individuo il tempo necessario per accettare ed adeguarsi gradualmente alla sua nuova condizione (Hackett & Weisman, 1969; Hamburg & Adams, 1967; Janoff-Bulman & Timko, 1986). Se però questa illusione persiste, da sana diviene patologica, andando ad intralciare la compliance al trattamento, per cui il soggetto sarà portato a rifiutare i controlli e ogni tipo intervento medico o percorso terapeutico (Beisser, 1979). Infine, queste difese richiedono, oltre a un dispendio di energia mentale, anche un costo somatico. L'attivazione di queste incrementa la funzione del sistema nervoso autonomo, che nel lungo periodo può portare a una serie di problematiche fisiche. Potrebbe risultare compromessa la risposta immunitaria, aumentare la pressione arteriosa, l'emissione dell'ormone dello stress, oppure condurre a disturbi del sonno, ulcere, sfoghi cutanei ed allergie (Schwartz, 1990; King & Emmons, 1990; Brown et al., 1996).

2. I MECCANISMI DI DIFESA NELLA RICERCA EMPIRICA

Di seguito verranno discussi tre articoli recenti, la cui scelta è stata eseguita a partire da una ricerca bibliografica svolta utilizzando le parole chiave “defense mechanisms” OR “defensive functioning”, “DMRS”, “attachment style”, “coping strategies” and “cancer patients”, con lo scopo di indagare i meccanismi difensivi messi in atto da questi ultimi. Sono state privilegiate le riviste con Impact factor più elevato quali Journal of Affective Disorders [Q1], Clinical Psychology: Science and Practice [Q1] and Journal of Psychosomatic Research [Q1], in modo tale da avere accesso ai lavori di maggiore impatto sulla comunità scientifica. Gli anni di pubblicazione presi in considerazione intercorrono tra il 2018 ed il 2023.

2.1 *“Comparison and change of defense mechanisms over the course of psychotherapy in patients with depression or anxiety disorder: Evidence from a randomized trial”*

Lo studio è stato pubblicato nel 2019 dalla rivista Journal of Affective Disorders e i suoi autori sono Balb, Holtforth, Perry, Scheider, Dommann, Heer, Stahli, Aeschbacher, Eggel, Eggenberg, Sonntag e Caspar.

Descrizione. Questa ricerca si basa sull’assunto per cui i meccanismi di difesa assumono la funzione di mediatori del cambiamento e di predittori dell’outcome in un percorso terapeutico (Perry & Bond, 2017; Perry & Henry, 2004). In uno studio condotto da Bond e Perry nel 2005, le difese sono responsabili del 21% della varianza rispetto al risultato del trattamento in soggetti con disturbo depressivo, d’ansia o di personalità. La stima del funzionamento difensivo complessivo (ODF) varia dall’inizio alla fine di una terapia, mostrando chiaramente una diminuzione dell’utilizzo di meccanismi immaturi a favore di strategie più adattive (Laub & Vaillant, 2000; Soldz & Vaillant, 1998; Vaillant & Mukamal, 2001). Tale stima è anche predittiva rispetto alla valutazione globale del funzionamento (GAF) dell’analizzato a sei mesi dalla fine del percorso clinico (Hoglend & Perry, 1998).

Obiettivo e ipotesi di ricerca. L’articolo si pone come obiettivo, innanzitutto quello di verificare se e quando, tra l’inizio e la fine di un percorso terapeutico, ci sia stato un cambiamento nell’attuazione dei meccanismi difensivi. In particolare ci si aspetta, come già osservato in ricerche precedenti, un aumento generale nell’utilizzo di difese adattive e un punteggio maggiore nel ODF in pazienti con disturbo depressivo, d’ansia o d’adattamento (Drapeau et al., 2003; Heldt et al., 2003; Hill et al., 2015; Kipper et al., 2005). Ulteriore obiettivo è valutare la possibile relazione tra determinate difese e determinati disturbi, in particolare i pazienti depressi dovrebbero possedere una gamma di strategie prevalentemente

maladattive in confronto a quelli affetti da ansia, i quali tendono a ricorrere maggiormente a difese neurotiche (Heldt et al., 2003; Vaillant, 1986). Altro obiettivo è quello di riuscire ad identificare quale, tra i tipi di trattamenti presi in esame in questo lavoro, conduca a cambiamenti più marcati a livello difensivo. Infine, lo studio vuole accertarsi se il funzionamento difensivo complessivo, che il soggetto presenta ad inizio percorso, possa essere informativo rispetto a un possibile mutamento a livello sintomatico.

Metodo. Il campione di ricerca comprende 47 soggetti scelti tra coloro che già desideravano intraprendere un percorso presso l'ambulatorio psicoterapeutico di un'Università Svizzera. Questi hanno un'età media di 32.09 anni, 18 sono maschi e 20 sono femmine. Il 34% di loro presenta una diagnosi di disturbo d'ansia, il 44% ha un disturbo depressivo unipolare e il 16% presenta un disturbo dell'adattamento. I terapeuti incaricati possiedono il livello Master, hanno un'età media di 34.49 anni, 18 sono femmine e 8 sono maschi. I pazienti sono stati distribuiti, in modo randomico, a 2 gruppi diversi di trattamento: il primo in cui, oltre a una terapia cognitivo-comportamentale, viene messa in atto anche la tecnica dell'auto-regolazione (SR), mentre il secondo, dove la CBT viene integrata con una terapia a focus emozionale (EET). Ogni paziente partecipa dalle 25 fino a un massimo di 28 sedute, da circa 50 minuti, e di cui la prima, l'ottava, la sedicesima e la ventiquattresima sono trascritte.

Gli autori, per valutare il funzionamento complessivo di ciascun soggetto prendendo in esame la qualità del suo funzionamento in ambito sociale, occupazionale e psicologico, hanno utilizzato la Global Assessment of Functioning (American Psychiatric Association, 2000), i cui punteggi possono andare da 1 a 100. Nel campione testato, i pazienti in media hanno ottenuto uno scoring di 66.94, che definisce la presenza di sintomi lievi e di alcune difficoltà in ambito sociale e lavorativo. La Defense Mechanisms Rating Scale (DMRS, Perry, 1990) è stata applicata, al fine di individuare, attraverso l'analisi delle trascrizioni di alcune sedute, le specifiche difese messe in atto dai pazienti. La scala permette l'identificazione di 30 meccanismi diversi, organizzabili entro una gerarchia a sette livelli sulla base della loro adattività. Con lo scopo di rilevare, nelle ultime due settimane, la presenza di possibili sintomi depressivi, è stato usato il Beck Depression Inventory (BDI-II; Hautzinger et al., 2006), strumento self-report composto da 21 item. Come ultimo, il questionario self-report a 21 item, denominato Beck Anxiety Inventory (BAI; Margraf et al., 2007), invece, è servito a riconoscere la messa in atto e la gravità, entro le due settimane precedenti alla somministrazione, di sintomi d'ansia.

Risultati. Dai dati raccolti è emerso che i meccanismi di difesa evolvono in modo progressivo dall'inizio alla fine del trattamento, per cui il cambiamento non si nota in modo significativo nelle sessioni intermedie, ma si evince soprattutto verso la fine della psicoterapia. Inoltre, confermando le aspettative precedenti, in tutti i pazienti si assiste ad una diminuzione delle difese più immature, come quelle della disregolazione affettiva, a favore di un aumento nell'uso di strategie più mature. Di conseguenza, anche il punteggio complessivo del ODF, rispetto all'inizio, subisce un notevole incremento positivo. Oltre ciò, tale punteggio risulta predire un miglioramento dal punto di vista sintomatologico, infatti è stato stimato che ad ogni punto in più nel ODF, corrisponda una sottrazione di 3 punti dallo score del BAI e, di 4 punti dal risultato del BDI. Tra le 3 categorie diagnostiche prese in esame, poi, a manifestare un mutamento difensivo più accentuato e un outcome più positivo sono i soggetti con disturbo depressivo, i quali godono di una maggiore diminuzione, rispetto sia ai pazienti ansiosi che a quelli con disturbo d'adattamento, dei meccanismi posti in corrispondenza dei gradini più bassi del DMRS. I meccanismi neurotici (livello 5), invece, decrescono esponenzialmente negli individui affetti da ansia e, a livello meno significativo, nei soggetti con disturbo di adattamento, mentre rimangono inalterati nei disturbi depressivi. Infine, per quanto concerne l'efficacia del tipo di trattamento attuato, a garantire nei soggetti un aumento più consistente della pratica di meccanismi adattivi, è quello basato sull'utilizzo della terapia cognitivo comportamentale unita all'auto-regolazione.

Discussione e limiti della ricerca. Gli autori della ricerca dimostrano la natura trans-teorica delle difese, infatti osservano un mutamento positivo in esse indipendentemente dal tipo di approccio terapeutico attuato. Nello studio in analisi i meccanismi di difesa, nonostante le loro fondamenta dinamiche, subiscono un miglioramento grazie a due tipologie di trattamento non psicodinamico e quindi non aventi lo scopo preciso di lavorare sul funzionamento difensivo. Dopodiché i conduttori notano, anche, che le strategie difensive risultano predittive e determinanti per il cambiamento sintomatologico, non solo di uno specifico quadro diagnostico, ma per tutti i pazienti considerati, sia con sintomi depressivi, sia ansiosi, che d'adattamento, affermando così anche l'aspetto trans-diagnostico delle difese.

Tuttavia, sarebbe necessario confermare i risultati di questo articolo indagandoli su un campione di numerosità maggiore ed includendo sia quadri diagnostici differenti, sia tipologie di trattamento diverse da quelle qui osservate. Inoltre, per verificare che il cambiamento difensivo sia effettivamente avvenuto per opera della psicoterapia, e non dovuto al semplice

scorrere del tempo, risulterebbe utile nelle ricerche future predisporre l'aggiunta di un gruppo di controllo, non soggetto a trattamento.

2.2 *“The impact of attachment styles and defense mechanisms on psychological distress in a non-clinical young adult sample: A path analysis”*

I conduttori di questa ricerca, pubblicata nel 2020 sulla rivista *Journal of Affective Disorders*, sono i seguenti: Ciocca, Rossi, Collazzoni, Gorea, Vallaj, Stratta, Longo, Limonic, Mollaioli, Gibertoni, Santarnecchi, Pacitti, Niolu, Siracusano, Jannini e Di Lorenzo.

Descrizione. Questa ricerca pone l'attenzione sulla relazione reciproca vigente tra meccanismi di difesa e stili di attaccamento, e a come questa influenzi il funzionamento psicologico di ognuno. Facendo riferimento alla teoria di Bowlby (1973), il sistema di attaccamento viene a formarsi a partire da un insieme di convinzioni, racchiuse entro i modelli operativi interni (MOI), riguardanti il sé e gli altri significativi e costruite nel corso dei primissimi scambi interattivi tra bambino e caregiver. (Bartholomew & Horowitz, 1991). Lo stile di attaccamento di un adulto, quindi, costituisce il medium che andrà a guidare le aspettative e le modalità di entrare in relazione con le altre persone. I meccanismi di difesa, dall'altra parte, sono processi inconsapevoli, che agiscono per proteggere l'individuo dal provare emozioni talmente negative da essere insopportabili. Intervengono, dunque, anche nel caso di relazioni primarie disfunzionali, in comune accordo con il sistema di attaccamento (Kobak & Bosmas, 2019; Vaillant, 2000; 2011).

Obiettivi della ricerca. L'obiettivo principale consiste nell'indagare l'inter-relazione tra difese e tipologia di attaccamento in individui privi di diagnosi clinica. In dettaglio si vuole verificare se, congruentemente a studi precedenti (Cramer & Kelly, 2010; Prunas et al., 2019), stili d'attaccamento insicuri siano mediati da strategie difensive immature, mentre all'opposto, stili sicuri siano accompagnati da meccanismi adattivi. Dopodiché, vi è l'interesse nel capire se questi due costrutti influiscano, in generale, sul funzionamento psicologico del soggetto.

Metodo. I partecipanti allo studio sono tutti studenti universitari, per un totale di 1129 con un'età media di 22.4 anni, di cui 729 sono ragazze e 400 ragazzi. Rispetto al campione, 551 soggetti frequentano l'Università italiana dell'Aquila, e i restanti 578 sono iscritti all'Università Cattolica di “Our Lady of Good Council” collocata a Tirana. Ad entrambi i gruppi, ottenuto il loro consenso, è stato somministrato allo scopo di identificare lo stile di attaccamento, il Relationship Questionnaire (RQ; Bartholomew & Horowitz, 1991), composto da un solo quesito in cui è richiesto, tra quattro testi che si riferivano ai quattro tipi di

attaccamento, di selezionare quello che si allinea maggiormente con il proprio vissuto personale. Successivamente è richiesto di indicare, segnando un punteggio da 1 a 7, il livello percepito di accuratezza tra la descrizione stereotipica selezionata precedentemente e la dinamica realmente vissuta con i propri caregiver. Ad essere utilizzato è anche il Defense Style Questionnaire (DSQ-40; Andrews et al., 1993), utile per definire la tipologia inerente ai meccanismi difensivi posseduti dai soggetti. Si tratta di uno strumento self report contenente 40 item, valutati su scala Likert a 9 punti, per l'identificazione di 20 difese, distribuibili nelle tre seguenti categorie: difese Mature, Neurotiche ed Immature. Infine, viene applicato il Symptom Check List 90-Revised Global Severity Index (SCL-90-R GSI; Derogatis, 1992), utile per verificare la compromissione psicopatologica di alcune aree sintomatologiche, rispondendo a 90 quesiti.

Risultati. A fine studio, gli autori confermano il ruolo mediatore svolto dalle strategie difensive rispetto agli stili di attaccamento e alle problematiche del funzionamento psichico. Attraverso l'indice di correlazione di Pearson, hanno confermato, soprattutto, la presenza di una chiara relazione lineare tra meccanismi di difesa rilevati tramite DSQ-40 e stili di attaccamento riportati con il RQ. In particolar modo vi è una buona correlazione tra meccanismi difensivi immaturi e stili di attaccamento insicuri, in particolare con lo stile preoccupato ed evitante. Inoltre, è stato dimostrato che strategie immature rispecchiano la presenza di distress psicologico, essendo correlate a punteggi più alti nel SCL-90.

Discussione e limiti della ricerca. Si tratta del primo studio ad aver preso in considerazione un campione, non clinico, così ampio per l'analisi della relazione tra difese e sistemi di attaccamento. Esso, però, presenta anche alcuni limiti, tra cui, a livello metodologico, quello di affidarsi a strumenti self-report, i cui risultati possono cadere vittima del bias di revocazione e della desiderabilità sociale. Oltre ciò, è uno studio "cross-sectional", per cui i risultati ottenuti da esso sono perlopiù speculativi e quindi non è possibile asserire con certezza se il sistema di attaccamento del soggetto sia la causa, oppure la conseguenza della messa in atto di determinate difese. Alla luce di ciò, nelle prossime analisi, gli autori potrebbero approfondire il legame attaccamento-difese in pazienti con specifici quadri sintomatologici, utilizzando strumenti meno influenzabili da errori soggettivi.

2.3 "Coping and Defense Mechanisms: A Scoping Review"

Questo articolo scientifico scritto da Silverman e Aafjes-van Doorn, è stato pubblicato dalla rivista *Clinical Psychology: Science and Practice* nel 2023.

Descrizione. Gli autori iniziano descrivendo in breve l'escursus storico riguardo all'evoluzione del concetto di meccanismo di difesa e di coping, per poi metterli in relazione e a confronto l'uno con l'altro. I meccanismi di difesa sono tradizionalmente intesi nei termini di processi automatici con la funzione di proteggere l'individuo da pensieri, emozioni o fattori esterni che provocano angoscia (Freud, 1937). Questi sono per la stragrande maggioranza inconsci (Davidson & MacGregor, 1998) e solamente i meccanismi posti ai gradini più alti della gerarchia appartenente alla Defensive Functioning Scale sono in parte attivati consapevolmente (Di Giuseppe et al., 2021; Di Giuseppe & Perry, 2021). Le strategie di coping, invece, sono esclusivamente cosce e rappresentano tentativi mentali o comportamentali di affrontare situazioni di rischio, con lo scopo di alleviare lo stato di stress del soggetto (Erickson et al., 1997; Lazarus, 1966; Lazarus & Folkman, 1984).

Obiettivo ed ipotesi. La ricerca mira ad approfondire la relazione che vige tra meccanismi di difesa e strategie di coping, tramite l'analisi bibliografica degli articoli scientifici a riguardo. Andando nello specifico, si pone le seguenti domande: coping e difese agiscono in sincronia o separatamente? Influiscono sull'outcome della terapia? Hanno a che fare col peggioramento o miglioramento di altri sintomi? Permettono di cambiare la percezione soggettiva dello stress? Infine, rimangono stabili o mutano nel tempo? Se sì, in relazione a che tipo di studio e modalità di trattamento?

Metodo. Per trovare risposta alle domande precedenti, gli autori ricercano in letteratura tutti i lavori scientifici fino al 2021, postati su PubMed e PsycINFO, che analizzano sia le difese che il coping. Gli articoli trovati sono stati sottoposti ad una scrematura, in base alla possibilità o no di accesso, alla lingua, che doveva essere inglese, e in base al titolo dell'articolo, il quale doveva contenere tutti e tre i seguenti termini: "coping", "defenses" e "assessment". Per cui da un totale di 705, si è giunti a un campione di 35 studi empirici, 23 cross-sectional e 12 longitudinal.

Questi studi sfruttano, per la valutazione difensiva, strumenti come il DSQ (Bond, 1983), il DMI (Gleser & Ihilevich, 1969), il DMRS (Perry, 1990) e il TAT (Murray). I processi di coping, invece, sono stati individuati grazie al COPE (Caver et al., 1989) e il CAPRS (Perry et al., 2005).

Risultati. Gli studi trasversali hanno condotto ad outcome pressoché uguali, confermando la presenza di una correlazione tra strategie difensive mature e il ricorso a un coping proattivo. Assieme, questi mediano la percezione dello stress, riducendolo in situazioni difficili o

pericolose. D'altro canto, i meccanismi difensivi immaturi, come negazione e proiezione, sono collegati alla messa in atto di uno stile di coping centrato sull'emozione, fondato sull'evitamento del problema stesso (Bouchard & Thériault, 2003; Erickson et al., 1997; Maricutoiu & Crasovan, 2016; Nicolas & Jebrane, 2008). Quest'ultimo legame è stato riscontrato solamente negli adolescenti maschi, mentre le femmine tendono ad usare, a priori, un numero maggiore di strategie di coping (Blasie & Elklit, 2001; Bonfede et al., 2020; Coveney & Olver, 2017; Labouvie-Vief et al., 1987; Parker et al., 1998). Gli autori ritengono che l'attuazione di metodologie adattive o non adattive di affrontare i problemi potrebbe derivare, in linea con la teorizzazione di Kramer (2009), da come il soggetto interpreta la situazione problematica. Se questa è percepita come angosciante e totalmente al di sopra delle proprie possibilità di fronteggiarla, l'individuo, per proteggersi dall'ansia e dallo stress di questa, tenderà, attraverso meccanismi come la negazione e strategie di allontanamento, di evitare il problema escludendolo direttamente dalla propria consapevolezza. Al contrario, i soggetti che sono in grado di trasformare mentalmente lo stressor, da situazione surclassante ad una sfida o ad un obiettivo da dover superare, si attiveranno a tal fine e faranno affidamento a metodi adattivi centrati sulla risoluzione del problema.

I risultati dei lavori di tipo longitudinale, per quanto riguarda il tema del cambiamento o no nel tempo di coping e difese, oltre che alla loro relazione con altri costrutti, offrono informazioni spesso in completa contraddizione, rendendole così prive di utilità.

Rispetto al loro legame con altri costrutti, come ad esempio l'alleanza terapeutica, le ricerche svolte da Kramer (2009; 2013) dimostrano che, ad un funzionamento difensivo maturo corrisponde una migliore relazione tra clinico e paziente. Hersoung (2002), di contro, nei suoi studi non riscontra alcun tipo di relazione significativa tra ODF ed alleanza terapeutica. Gli autori, invece, sono pressoché unanimi nell'affermare l'effetto positivo, che lo sviluppo di schemi di coping adattivi ha nell'alleviare sintomi depressivi (Kramer et al., 2013; Nicolas et al., 2013).

Per quanto concerne la tematica temporale, una parte dei lavori giunge alla conclusione che le difese si trasformino nel tempo (Kramer et al., 2010; Kramer et al., 2013), un'altra che solamente le strategie di coping cambino (Kramer, 2010b; Nicolas & Jebrane, 2009), mentre i restanti affermano che sia i primi che i secondi rimangano stabili (Ioan Crasovan et al., 2019; Nicolas et al., 2013; 2017). Silverman e Aafjes-van Doorn (2023) ritengono che, la ragione di questa incongruenza, possa essere dovuta in parte agli strumenti di misurazione. Il

funzionamento difensivo, valutato tramite scale self-report come la DSQ, infatti, tende a rimanere invariato nel tempo, mentre il funzionamento, definito tramite DMRS, mostra segni di cambiamento positivo nel tempo. Gli autori poi riflettono sul fatto che i campioni di tutti gli studi che prevedono qualche forma di intervento terapeutico, alla fine di questo, riportano sempre un cambiamento in almeno uno tra il funzionamento difensivo complessivo (ODF) e il funzionamento complessivo di coping (OCF). I campioni non clinici, di contro, tendono a mantenere il loro funzionamento stabile. Questo si può spiegare sia perché probabilmente le persone non sottoposte a trattamento terapeutico dispongano già di una gamma di meccanismi più maturi, sia per il fatto che questi presumibilmente rimangono invariati proprio per la mancanza di un intervento clinico.

Limiti della ricerca. Il presente studio possiede vari punti di debolezza tra cui: rispetto al campione esaminato, 23 ricerche su 35 sono cross-sectional e, per tal ragione, non adatte a rilevare il mutamento o no nel tempo del ODF e del OCF. Poi, gli strumenti per l'assessment delle difese e delle strategie di coping sono perlopiù self-report, rendendo i dati ottenuti meno affidabili e più soggetti a bias. Un altro limite si riferisce all'esclusione a priori di tutti gli articoli non in lingua inglese, i quali avrebbero potuto fornire informazioni utili a questo studio. Infine, i risultati ottenuti potrebbero contenere un bias dovuto ai ricercatori, dato che più della metà degli studi longitudinali sono stati condotti da Kramer e Nicolas.

2.4 *“Defense mechanisms in cancer patients: a systematic review”*

La ricerca è stata pubblicata nel 2018, sulla rivista *Journal of Psychosomatic Research* da parte di Di Giuseppe, Ciacchini, Micheloni, Bertolucci, Marchi e Conversano.

Descrizione. Questo lavoro consiste in un'analisi sistematica dei lavori che riguardano i meccanismi di difesa utilizzati dai pazienti oncologici.

L'insorgenza di un tumore, rappresenta uno stressor angosciante, che il Sé del malato fatica a concepire e per questo, si attivano automaticamente una serie di strategie difensive volte a proteggerlo da tale consapevolezza. La gamma di difese, che il paziente svilupperà, andrà ad influenzarne la capacità adattiva rispetto alla sua nuova condizione, ma anche la sua probabilità di sopravvivenza (Giese-Davis, 2008; Malone, 2013).

Obiettivo. Lo scopo di questo studio è quello di mettere in evidenza quali sono i meccanismi utilizzati dai malati di cancro, in qualsiasi fase del loro trattamento, ed analizzarli secondo la classificazione gerarchica, a sette livelli, della Defense Functioning Scale (DSF; American

Psychiatric Association, 1994). È osservato anche l'impatto che le difese individuate hanno sull'andamento della terapia, sulla sfera sociale del paziente, oltre che la loro comorbilità con altri sintomi diagnosticati.

Metodo. Innanzitutto gli autori hanno svolto un'ampia ricerca bibliografica su MEDLINE, PsychINFO, Wiley Online Library e Google Scholar, usando come parole chiave “defense mechanisms” OR “defense style” OR “defensive functioning” e “cancer” OR “oncology” OR “tumor” OR “neoplasm”, trovando così 1570 risultati. In seguito, è stata fatta una scrematura, mantenendo esclusivamente gli articoli scientifici congruenti rispetto agli obiettivi descritti nel paragrafo precedente. Il campione, così, è passato a un totale di 15 studi, dal design e metodologie valutative differenti. Tra gli strumenti utilizzati per l'assessment difensivo troviamo: La Response to Evaluation Measure (REM-71), il Defense Mechanisms Manual (DMM), il Defense Mechanisms Inventory (DMI), il DMRS, il Life Style Index (LSI), il Defense Style Questionnaire (DSQ) e il Thematic Apperception Test.

Risultati. I meccanismi posti al **livello più alto** del DSF, denominato Livello altamente adattivo, rappresentano i più utilizzati dai pazienti esaminati negli studi. Tali meccanismi sono maturi e aiutano il Sé a gestire i conflitti rendendoli meno stressanti e mantenendoli entro la sfera della consapevolezza. Il più messo in atto tra questi è l'altruismo, strategia che permette di aumentare il proprio benessere soddisfacendo le richieste altrui (Perry, 1990). È stato dimostrato che i meccanismi di questo livello sono ottimi fattori protettivi contro il manifestarsi di sintomi depressivi ed ansiosi (Drapeau et al., 2011; Hoglend & Perry, 1998). Sono, inoltre, correlati positivamente ad un aumento della compliance al trattamento e della probabilità di guarigione e di sopravvivenza. La probabilità cumulativa di sopravvivenza in pazienti che utilizzano difese adattive cala solamente del 10% dopo 18 mesi dalla diagnosi della malattia, passando poi al 21% e al 46% dopo 3 e 5 anni. Con una stima meno favorevole, ci sono, invece, i pazienti dominati da meccanismi maladattivi, le cui chance di sopravvivere si abbassano già del 50% a 12 mesi dalla diagnosi, per poi declinare al 81% a distanza di 3 e 5 anni (Beresford et al., 2006).

Al livello sottostante, relativo alle inibizioni mentali, sono incluse sia le difese Neurotiche che Ossessive. Nella gestione dello stress, queste attuano un offuscamento o sul piano cognitivo, cancellando dalla memoria l'evento o il pensiero angosciante, oppure sul piano affettivo, eliminando dalla coscienza la componente emotiva relativa allo stressor (Perry, 1990). Diversi pazienti dei lavori considerati, attuano, in particolare, lo spostamento e l'isolamento

dell'affetto, che permettono di cambiare l'esperienza negativa di alcuni eventi, attribuendogli una connotazione positiva o neutrale (Marazzo et al., 2016; Perry, Metzger & Sigal, 2015). Numerosi utilizzano anche la repressione, meccanismo volto a creare una dissociazione rispetto alla causa del conflitto in atto, mantenendo però vivo l'affetto negativo ad esso correlato. Proprio a causa di questo, spesso, le emozioni, di cui l'individuo non riesce a collegarne l'origine, divengono incontrollabili, portando ad una compromissione della qualità di vita e a problematiche di somatizzazione (Petric et al., 2011). I pazienti affetti da cancro che, una volta appresa la notizia di essere malati, attuano la repressione sono più propensi ad una conversione del trauma represso sotto forma di sintomi depressivi (Hyphantis et al., 2016; Paika et al., 2010). Nel campione è stato rilevato anche l'uso di meccanismi di annullamento retroattivo e formazione reattiva (Saraf, Singh & Khurana, 2013). I soggetti che attuano le difese sopra elencate tendono ad avere un comportamento passivo, non prendendo alcuna decisione e non esprimendo le proprie preoccupazioni ed esigenze durante il percorso di cura (Drageset & Lindstrom, 2003; Marazzo et al., 2016).

Al quinto livello si trovano i meccanismi minori di distorsione dell'immagine, che hanno la funzione di proteggere l'autostima della persona, portando ad un'esagerazione nell'attribuzione di qualità positive o negative al sé o all'altro. Solamente lo studio condotto da Perry, Metzger e Sigal nel 2015 analizza questa categoria difensiva in un campione di donne con cancro al seno, individuando in loro, soprattutto, la messa a punto dell'idealizzazione.

Dopodiché, nel livello di disconoscimento (**livello 4**), figurano strategie che evitano l'entrata nella consapevolezza, sia a livello cognitivo che emozionale, di idee o eventi esterni percepiti come insopportabili. In ambito oncologico, di fronte alla notizia di essere malati, i soggetti applicano la negazione (Beresford et al., 2006), con cui si auto-convincono di non essere malati, oppure alterano la percezione rispetto alla gravità e conseguenza futura della propria condizione (Perry, 1990). Per tale ragione, questi pazienti sono portati a sminuire la propria condizione e a rifiutare di intraprendere un percorso di cura, non riuscendo a vedere il problema. I medici, clinici e le famiglie, dunque, devono prestare particolare attenzione a questi individui.

Al terzo livello si trovano i meccanismi di distorsione maggiore dell'immagine, ossia difese immature che operano una distorsione della realtà su ampia scala, scindendo completamente le qualità degli oggetti in solo buone, o solo cattive. Nei pazienti tumorali, questi non sono molto presenti. Infatti, in solo un paio, tra i 15 studi a disposizione, si può evincere un uso maggiore

del meccanismo di scissione dell'immagine altrui (Perry, Metzger & Sigal, 2015) e della fantasia autistica (Ho & Shiu, 1995).

Le difese d'azione, del **secondo livello**, sono quelle strategie maladattive che impediscono all'angoscia di emergere, in modo passivo o attivo, aggredendo gli altri o se stessi (Perry, 1990). Non sono tra le difese possedute di più tra gli affetti da cancro, ma comunque in costoro si manifestano di più rispetto a campioni di controllo. La difesa, di questo tipo, ad essere più usata nelle ricerche è l'aggressione passiva (Ho & Shiu, 1995; Moyer & Levine, 1998; Perry, Metzger & Sigal, 2015). I pazienti che attuano queste strategie, proprio per la loro aggressività, rischiano di allontanare chi gli è vicino e desidera prendersi cura di loro, diminuendo così le proprie reti sociali (Drageset & Lindstrom, 2003). Infine, questi stratagemmi possono costituire un rischio per la propria persona, portando in alcuni casi addirittura a tentare il suicidio (Dell'Osso et al., 2011).

Il **livello più basso**, della disregolazione affettiva, invece, non è analizzato in alcuno dei quindici lavori osservati.

Discussione e limiti della ricerca. La ricerca in esame costituisce la prima revisione sistematica ad analizzare la relazione tra pazienti oncologici e meccanismi difensivi secondo la classificazione del DSF. Questa però presenta anche le seguenti limitazioni: la maggior parte degli articoli revisionati hanno utilizzato scale self report per l'individuazione delle difese, che quindi sono più facilmente suscettibili a bias personali (Perry, 1990). Oltre ciò, lo scoring e i risultati derivanti da questi metodi risultano difficili da estrarre ed interpretare secondo la Defensive Functioning Scale (Vaillant, 1971). Il campione esaminato, infine, risulta ristretto, a causa della mancanza in letteratura di lavori volti ad approfondire il funzionamento difensivo nei casi di malattia fisica. Dunque, prossimamente, sarebbe utile ampliare la costruzione di nuovi studi per la comprensione di questa tematica, i cui risultati potrebbero essere utili in particolare ai medici e clinici che si trovano a stretto contatto con i malati. Nuove informazioni potrebbero agevolarli nel comprendere meglio il disagio e le resistenze di questa tipologia di pazienti e, di conseguenza, aiutarli relazionarsi in maniera adeguata.

3. DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

In questo elaborato sono stati presi in esame i meccanismi di difesa, nel primo capitolo da un punto di vista storico-teorico e nel secondo capitolo dal punto di vista della ricerca empirica attuale.

Nella prima parte abbiamo visto come il concetto di meccanismo di difesa sia passato progressivamente, dall'essere inteso come puramente intrapsichico, in quanto frutto di conflitti interni tra istanze psichiche (Freud, 1937), a concetto anche interpsichico, grazie ad Anna Freud (1965). L'aspetto relazionale delle difese è stato, poi, portato avanti da autori successivi alla Freud, come Winnicott (1965), Kohut (1984) e Bowlby (1988), i quali sono concordi nel ritenere che le strategie difensive abbiano origine durante l'infanzia ed abbiano la funzione di proteggere lo sviluppo del Sé del bambino dallo stress vissuto entro relazioni primarie disfunzionali e fallimentari. Tra gli autori contemporanei, anche Weiss (1986) dà importanza all'influenza ambientale nella costruzione delle difese, che, per lui, si formano sulla base di una serie di "credenze patogene" riguardanti il sé e gli altri significativi, aventi la funzione di mantenere a tutti i costi il legame con il caregiver. Gabbard (2014), infine, approfondisce il meccanismo di identificazione proiettiva, già descritto precedentemente da Melanie Klein (1927, 1946), ponendolo su un piano intersoggettivo.

Per quanto concerne la valutazione dei meccanismi di difesa, necessaria sia da un punto di vista clinico che per quanto riguarda la ricerca, lo strumento odierno ritenuto più affidabile è la Defensive Mechanism Rating Scale (DMRS), ideata da Perry negli anni Ottanta.

Per quanto riguarda la breve rassegna di ricerche su questo tema, il primo lavoro preso in esame (Balb et al., 2019) ha mostrato come le difese mutino sempre dall'inizio alla fine di un percorso terapeutico, indipendentemente dal tipo di approccio messo in atto, divenendo più mature. Inoltre, parallelamente al miglioramento del sistema difensivo, si assiste anche ad una diminuzione sintomatologica nei pazienti soggetti a disturbo d'ansia, depressivo e d'adattamento. Ciò si nota, dal fatto che, ad un aumento del punteggio relativo al funzionamento difensivo complessivo (ODF), corrisponda una diminuzione dello score ottenuto tramite il Beck Anxiety Inventory (BAI) e il Beck Depression Inventory (BDI).

Dalla seconda ricerca (Ciocca et al., 2020) viene confermata, come già osservato in altri lavori (Cramer & Kelly, 2010; Prunas et al., 2019), la relazione lineare vigente tra meccanismi di difesa immaturi, rilevati tramite Defensive Style Questionnaire (DSQ-40; Andrews et al., 1993)

e stili di attaccamento insicuri, riscontrati per mezzo del Relationship Questionnaire (RQ; Bartholomew & Horowitz, 1991).

Il terzo lavoro (Silverman & Aafjes-van Doorn, 2023) consiste in un'analisi bibliografica di trentacinque, tra gli articoli più recenti, riguardanti la relazione tra strategie difensive e meccanismi di coping. Ventitré degli studi considerati sono trasversali, e da essi è emerso che i meccanismi di difesa maturi sono correlati all'utilizzo di strategie di coping proattivo (Bouchard & Thèriault, 2003; Erickson et al., 1997; Maricutoiu & Crasovan, 2016; Nicolas & Jebrane, 2008), mentre, e questo vale solamente per gli adolescenti maschi, le difese immature sono correlate all'attuazione di un coping centrato sull'emozione (Blasie & Elklit, 2001; Bonfede et al., 2020; Coveney & Olver, 2017; Labouvie-Vief et al., 1987; Parker et al., 1998). I restanti dodici articoli esaminati, invece, sono di tipo longitudinale e, a parte concordare sul fatto per cui la messa in pratica di strategie di coping centrate sul problema siano in grado di ridurre la gravità di sintomi depressivi (Kramer et al., 2013; Nicolas et al., 2013), giungono a risultati in totale contrasto e per non interpretabili ed utilizzabili.

L'ultimo articolo descritto (Di Giuseppe et al., 2018) è anch'esso un'indagine letteraria, ma riguarda tutti i lavori empirici che si riferiscono ai meccanismi di difesa attuati da pazienti oncologici. I meccanismi individuati sono, poi, stati esaminati attraverso la classificazione gerarchica della Defensive Functioning Scale (DSF; American Psychiatric Association, 1994). Gli autori, da questa analisi, possono affermare che, i meccanismi, di cui questa categoria di pazienti fa più uso, sono quelli appartenenti al livello altamente adattivo (livello 7), in particolar modo l'altruismo. Inoltre, i malati di cancro utilizzano in buona quantità, sia le difese del sesto livello, come repressione, spostamento, isolamento dell'affetto, formazione reattiva ed annullamento retroattivo (Marazzo et al., 2016; Perry, Metzger & Sigal, 2015; Saraf, Singh & Khurana, 2013), sia quelle del quarto livello, di cui la principale è la strategia di negazione (Beresford et al., 2006). All'opposto, le strategie difensive di distorsione minore dell'immagine (livello 5), di distorsione maggiore dell'immagine (livello 3) e d'azione (livello 2) non sono messe in atto frequentemente e le difese del primo livello non sono state proprio prese in considerazione da questi studi (Di Giuseppe et al., 2018).

A parte la prima, tutte le ricerche descritte nel paragrafo precedente (Ciocca et al., 2020; Di Giuseppe et al., 2018; Silverman & Aafjes-van Doorn, 2023) possiedono il medesimo limite metodologico, in quanto in esse, è privilegiato l'utilizzo di strumenti self-report per

l'assessment del funzionamento difensivo. Questi strumenti sono maggiormente soggetti a bias personali, come quello di revocazione e quello relativo alla desiderabilità sociale.

Sarebbe auspicabile, dunque, che gli autori, in futuro, per una più accurata analisi dei meccanismi di difesa, si affidino maggiormente a strumenti oggettivi come la DMRS e che impostino, per ottenere risultati certi ed informazioni sul cambiamento temporale delle difese, più studi longitudinali. Infine, sarebbe utile, oltre all'inclusione di gruppi di controllo non clinici, anche confrontare il mutamento difensivo in diverse categorie diagnostiche e attraverso la pratica di ulteriori tipologie di trattamento, rispetto a quelle esplorate in questi lavori.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed.* American Psychiatric Press.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV, 4th ed.* Author, Washington, DC.

Andrews, G., Singh, M., Bond, M. (1993). The defense style questionnaire. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 246-256.

Archer, V.E. (1989). Psychological defenses and control of AIDS. *American Journal of Public Health*, 79 (7), 876-878.

Babl, A., grosse Holtforth, M., Perry, J. C., Schneider, N., Dommann, E., Heer, S., Stahli, A., Aeschbacher, N., Eggel, M., Eggenberg, J., Sonntag, M., Berger, T., Caspar, F. (2019). Comparison and change of defense mechanisms over the course of psychotherapy in patients with depression or anxiety disorder: evidence from a randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 252, 212-220. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.021>

Bar-On, O. (1985). Different types of denial account for short- and long-term recovery of coronary patients. *Israel Journal of Psychiatry & Related Science*, 22, 155-172.

Bartholomew, K., Horowitz, L.M. (1991). Attachment styles among young-adults a test of a 4-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*. 61, 226-244.

Beisser, A. (1979). Denial and affirmation in illness and health. *American Journal of Psychiatry*, 136 (8), 1026-30.

Beresford, T., Alfors, J., Mangum, L., Clapp, L., Martin, B. (2006). Cancer survival probability as a function of ego defense (adaptive) mechanisms versus depressive symptoms. *Psychosomatics*, 47, 247-253.

Blaase, H., & Elklit, A. (2001). Psychological characteristics of women with eating disorders: Permanent or transient features. *Scandinavian Journal of Psychology*, 42 (5), 467–478. <https://doi.org/10.1111/1467-9450.00260>

Bonafede, M., Granieri, A., Binazzi, A., Mensi, C., Grosso, F., Santoro, G., Franzoi, I. G., Marinaccio, A., & Guglielmucci, F. (2020). Psychological distress after a diagnosis of

malignant mesothelioma in a group of patients and caregivers at the national priority contaminated site of Casale Monferrato. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (12), 4353. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124353>

Bond, M. (1983). Empirical study of self-rated defense styles. *Archives of General Psychiatry*, 40 (3), 333–338. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1983.01790030103013>

Bond, M., & Perry, J. C. (2004). Long-term changes in defense styles with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety, and personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 161 (9), 1665–1671. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.9.1665>

Bond, M., Perry, J.C. (2005), Long-term changes in defense style with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety, and personality disorders. *Focus*, 161 (3), 1665-1671.

Bouchard, G., & Thériault, V. J. (2003). Defense mechanisms and coping strategies in conjugal relationships: An integration. *International Journal of Psychology*, 38 (2), 79–90. <https://doi.org/10.1080/00207590244000214>

Bowlby, J. (1988). *Una base sicura*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 1989.

Bowlby, J., (1973). *Attachment and loss: volume II: separation. Anxiety and Anger*. The Hogarth Press and the institute of Psycho-Analysis, London.

Brown, L.L., Tomarken, A.J., Orth, D.N., Loosen, P.T., Kalin, N.H., Davinson, R.J. (1996). Individual differences in repressive-defensiveness predict basal salivary cortisol level. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 362-371.

Buonarrivo, L., Lingiardi, V., Ortu, F., Palumbo, L., De Coro, A., Dazzi, N. (2000). Transfert, stile difensivo, attività referenziale: un'ipotesi di lettura single case. *Ricerca in Psicoterapia* (Rivista della Società Italiana per la Ricerca in Psicoterapia), 3 (2-3), 169-189.

Caplan, G. (1981). Mastery of stress. *American Journal of Psychiatry*, 138, p. 414.

Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (2), 267–283. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.56.2.267>

Ciocca, G., Rossi, R., Collazzoni, A., Gorea, F., Vallaj, B., Stratta, P., Longo, L., Limoncin, E., Mollaioli, D., Gibertoni, D., Santarnecchi, E., Pacitti, F., Niolu, C., Siracusano, A., Jannini, E.A., Di Lorenzo, G. (2020). The impact of Attachment Styles and Defense Mechanisms on

psychological distress in a non-clinical young adult sample: a path analysis. *Journal of Affective Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.014>

Clarkin, J.F., Yeomans, F.E., Kernberg, O.F. (1999). *Psicoterapia della personalità borderline*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2000.

Contrada, R.J., Cather, C., O’Leary, A. (1999). Personality and health: Dispositions and processes in disease susceptibility and adaption to illness. In Pervin, L.A., Hohn, O.P. (a cura di), *Handbook of Personality*, 2nd edition. The Guildford Press, New York, 576-604.

Contrada, R.J., Gyll, M. (2001). *On Who Gets Sick and Why: The Role of Personality and Stress*. Erlbaum, Hillsdale, NJ.

Conversano, C., & Di Giuseppe, M. (2021). Psychological factors as determinants of chronic conditions: clinical and psychodynamic advances. *Frontiers in Psychology*, 12, 635708. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.635708>

Coveney, A., & Olver, M. (2017). Defence mechanism and coping strategy use associated with self-reported eating pathology in a non-clinical sample. *Psychreg Journal of Psychology*, 1 (2), 18–39. <https://zenodo.org/doi/10.5281/zenodo.1296750>

Cramer, P. (1998a). Defensiveness and defence mechanisms. In Cramer, P., Davidson, K. (a cura di), “Defence mechanisms in contemporary personality research. Special issue”. *Journal of Personality*, 66 (6), 879-946.

Cramer, P., Kelly, F.D., (2010). Attachment style and defense mechanisms in parents who abuse children. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 198, 619-627.

Davidson, K., & MacGregor, M. W. (1998). A critical appraisal of self-report defense mechanism measures. *Journal of Personality*, 66 (6), 965–992. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.00039>

Dell’Osso, L., Carmassi, C., Rucci, P., Ciapparelli, A., Conversano, C., Marazziti, D. (2011). Complicated grief and suicidality: the impact of subthreshold mood symptoms. *CNS Spectrum*, 16, 1.

Derogatis, L.R., (1992). *SCL-90-R; administration, scoring and procedure manual-II*. Towson.

Di Giuseppe, M., & Perry, J. C. (2021). The hierarchy of defense mechanisms: Assessing defensive functioning with the Defense Mechanisms Rating Scales Q-Sort. *Frontiers in Psychology*, 12, Article 718440. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.718440>

Di Giuseppe, M., Ciacchini, R., Micheloni, T., Bertolucci, I., Marchi, L., Conversano, C. (2018). Defense mechanisms in cancer patients: a systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 115, 76–86. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.10.016>

Di Giuseppe, M., Perry, J. C., Prout, T. A., & Conversano, C. (2021). Editorial: Recent empirical research and methodologies in defense mechanisms: Defenses as fundamental contributors to adaptation. *Frontiers in Psychology*, 12, Article 802602. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.802602>

Drageset, S., Lindstrom, T.C. (2003). The mental health of women with suspected breast cancer: the relationship between social support, anxiety, coping and defence in maintaining mental health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 401-409.

Drapeau, M., de Roten, Y., Blake, E., Beretta, V., Strack, M., Korner, A., Despland, J.N. (2011). Defensive flexibility and its relation to symptom severity, depression, and anxiety. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199, 38-41.

Drapeau, M., De Roten, Y., Perry, J.C., Despland, J.N., (2003). A study of stability and change in defense mechanisms during a brief psychodynamic investigation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191 (8), 496-502. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000082210.76762.ec>

Ehrlich, R. (2021). Winnicott's idea of the false self: Theory as autobiography. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 69 (1), 75108. <https://doi.org/10.1177/00030651211001461>

Erickson, S., Feldman, S. S., & Steiner, H. (1997). Defense reactions and coping strategies in normal adolescents. *Child Psychiatry and Human Development*, 28 (1), 45–56. <https://doi.org/10.1023/a:1025145119301>

Farberow, N. L. (1980). Indirect self-destructive behaviour in diabetics and Buerger's disease patients. In N. L. Farberow (Ed.), *The many faces of suicide: Indirect self-destructive behaviour*, 79-88. New York: McGraw-Hill.

Freud, A. (1936). *L'Io e i meccanismi di difesa*. Tr. It. In "Opere", vol. 3. Bollati Boringhieri, Torino 1979.

Freud, A. (1937). The ego and mechanisms of defense. *Encyclopedia Britannica*.
<https://www.britannica.com/topic/The-Ego-and-Mechanisms-of-Defense>

Freud, A. (1965). *Normalità e patologia dell'età infantile*. Tr. It. In "Opere", vol.3. Bollati Boringhieri, Torino 1979.

Freud, S. (1894). *Le neuropsicosi da difesa*. OSF, vol. 2.

Freud, S. (1925). *L'inibizione, sintomo e angoscia*. OSF, vol. 10.

Freud, S. (1932). *Introduzione alla psicanalisi* (nuova serie di lezioni). OSF, vol. 11.

Freud, S. (1937). *Ego and the Mechanism of Defense*. Hogarth Press Ltd, London.

Freud, S. (1937a). *Analisi terminabile e interminabile*. OSF, vol. 11.

Gabbard, G.O. (1994). *Psichiatria psicodinamica*. Nuova edizione basata sul DSM-IV. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 1995.

Gabbard, G.O. (2014). *Psichiatria psicodinamica*. Tr. It. Raffaello Cortina, Milano, 2015.

Gibbs, M. (1989). Factors in the victim that mediate between disaster and psychopathology: a review. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 489-514.

Giese-Davis, J.C. (2008). Exploring emotion-regulation and automatic physiology in metastatic breast cancer patients: repression, suppression and restraint of hostility. *Personality and Individual Differences*, (44), 226-237.

Gleser, G. C., & Ihilevich, D. (1969). An objective instrument for measuring defense mechanisms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33 (1), 51-60.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0027381>

Goldstein, A. M. (1980). The "uncooperative" patient: Self-destructive behaviour in haemodialysis patients. In N: L. Farberow (Ed.), *The many cases of suicide: Indirect self-destructive behaviour* (pp. 89-98). New York: McGraw-Hill.

Hackett, T.P., Weisman, A.D. (1969). Denial as a factor in patients with heart disease and cancer. *Annales of the New York Academie of Science*, 164, 802-811.

Hamburg, B.A., Adams, J.E. (1967). A perspective on coping behaviour: Seeking and utilizing information in major transitions. *Archives of General Psychiatry*, 17, 277-284.

Hautzinger, M., Keller, F., Kuhner, C. (2006). *Beck Depression Inventar: BDI-II*. Harcourt Test Services, Frankfurt am Main.

Heldt, E., Manfro, G.G., Kipper, L., Blaya, S.M., Isolan, L., Hirakata, V.N., Otto, M.W., (2003). Treating medication-resistant panic disorder: predictors and outcome of cognitive-behaviour therapy in a Brazilian public hospital. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72 (1), 43-48.

Hersoug, A. G., Sexton, H. C., & Høglend, P. (2002). Contribution of defensive functioning to the quality of working alliance and psychotherapy outcome. *American Journal of Psychotherapy* (Association for the Advancement of Psychotherapy), 56 (4), 539–554. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2002.56.4.539>

Hill, D. (2017). *Teoria della regolazione affettiva. Un modello clinico*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano.

Hill, R., Tasca, G.A., Presniak, M., Francis, K., Palardy, M., Grenon, R., Mcquaid, N., Hayden, G., Gick, M., Bissada, H., (2015). Changes in defense mechanism functioning during group therapy for binge-eating-disorder. *Psychiatry*, 78 (1), 75-88.

Ho, S.M.Y., Shiu, W.C.T. (1995). Death anxiety and coping mechanisms of chinese cancer patients. *Omega*, 31, 59-65.

Høglend, P., Perry, J.C. (1998). Defensive functioning predicts improvement in major depressive episodes, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, (4) 238-243. <https://doi.org/10.1097/00005053-199804000-00006>

Horowitz, M. (1986). *Stress Response Syndromes. 2nd edition*. Jason Aronson, Northvale, NJ.

Horowitz, M. (1992). Person schemas. In Horowitz, M. (a cura di), *Person Schemas and Maladaptive Interpersonal Patterns*. University of Chicago Press, Chicago.

Hyphantis, T., Goulia, P., Zerdes, I., Solomou, S., Andreoulakis, E., Carvalho, A.F., Pavlidis, N. (2016). Sense of coherence and defense style predict sleep difficulties in early non-metastatic colorectal cancer. *Digestive Disease and Sciences*, 61, 273-282.

Ioan Crașovan, D., Nițulescu, L. M., & Constantin, A. C. (2019). Exploratory study on psychic defense and coping mechanisms used by students in the period of the exams session.

Journal of Educational Sciences and Psychology, IX (LXXI) (2), 89–94.
<https://www.proquest.com/docview/2371947351/abstract/C808B4E389464F55PQ/1>

Janne, P., Reynaert, C., Cassiers, L. (1990). Denial and coronary disease. A reconsideration of the denial mechanism in psychosomatic diseases and particularly in coronary disease. *Annales Medico Psychologiques*, 148 (2), 165-178.

Janoff-Bulman, R., Timko, C. (1986). Coping with traumatic life events: the role of denial in light of people's assumption worlds. In Snyder, C.R., Ford, C. (a cura di), *Coping with Negative Life Events: Clinical and Social Psychological Perspectives*. Plenum Press, New York.

Katz, J. L., Weiner, H., Gallagher, T. F., & Hellman, L. (1970). Stress, distress, and ego defenses. *Archives of General Psychology*, 23, 131- 142.

Kernberg, O.F. (1976). *Teoria della relazione oggettuale e clinica psicanalitica*. Tr. it. Bollati Boringhieri, Torino 1980.

Kernberg, O.F. (1984). *Disturbi gravi della personalità*. Tr. It. Bollati Boringhieri, Torino, 1987.

Kernberg, O.F. (1996). Teoria psicoanalitica dei disturbi di personalità. In Clarkin, J.F., Lezenweger, M. (a cura di), *I disturbi di personalità. Le cinque principali teorie*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 1997, 107-139.

Kernberg, P.F., Weiner, A.S., Bardenstein, K.K. (2000). *I disturbi della personalità nei bambini e negli adolescenti*. Tr. it. Fioriti, Roma 2000.

King, L.A., Emmons, R.A. (1990). Ambivalence over expressing emotion: Physical and psychological correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 864-877.

Kipper, L., Blaya, C., Teruchkin, B., Heldt, E., Isolan, L., Mezzomo, K., Bond, M., Manfro, G.G., (2005). Evaluation of defense mechanisms in adult patients with panic disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193 (9), 619-624.

Klein, M. (1927). *Tendenze criminali nei bambini normali*. Tr. it. in Scritti 1921-1958. Bollati Boringhieri, Torino 1978, 197-213.

Klein, M. (1930). *L'importanza della formazione di simboli nello sviluppo dell'Io*. Tr. It. In Scritti 1921-1958. Bollati Boringhieri, Torino 1978, 249-264.

Klein, M. (1946). *Note su alcuni meccanismi schizoidi*. Tr. It. In *Scritti 1921-1958*. Bollati Boringhieri, Torino 1978, 409-434.

Kobak, R., Bosmans, G., (2019). Attachment and psychopathology: a dynamic model of the insecure cycle. *Current Opinion in Psychology*, 25, 76-80.

Kohut, H. (1984). *La cura psicanalitica*. Tr. It. Bollati Boringhieri, Torino 1986.

Kohut, H. (1996). *Lezioni di tecnica psicanalitica* (Istituto di Chicago, 1974/1975). Tr. It. Astrolabio, Roma 1997.

Kramer, U. (2010b). Defence and coping in bipolar affective disorder: Stability and change of adaptational processes. *The British Journal of Clinical Psychology*, 49 (Pt 3), 291–306. <https://doi.org/10.1348/014466509x457397>

Kramer, U., De Roten, Y., Michel, L., & Despland, J.-N. (2009). Early change in defence mechanisms and coping in short-term dynamic psychotherapy: Relations with symptoms and alliance. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(5), 408–417.

Kramer, U., de Roten, Y., Perry, J. C., & Despland, J.-N. (2013). Change in defense mechanisms and coping patterns during the course of 2-year Long psychotherapy and psychoanalysis for recurrent depression: A pilot study of a randomized controlled trial. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201 (7), 614–620. <https://doi.org/10.1097/nmd.0b013e3182982982>

Kramer, U., Despland, J.-N., Michel, L., Drapeau, M., & de Roten, Y. (2010). Change in defense mechanisms and coping over the course of short-term dynamic psychotherapy for adjustment disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 66 (12), 1232–1241. <https://doi.org/10.1002/jclp.20719>

Kramer, U., Roten, Y., Drapeau, M., & Despland, J.-N. (2013). Change in cognitive errors and coping over the course of brief psychodynamic intervention. *Journal of Clinical Psychology*, 69 (7), 727–736. <https://doi.org/10.1002/jclp.21931>

Labouvie-Vief, G., Hakim-Larson, J., & Hobart, C. J. (1987). Age, ego level, and the life-span development of coping and defense processes. *Psychology and Aging*, 2 (3), 286–293. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0882-7974.2.3.286>

Laub, J.H., Vaillant, G.E., (2000). Delinquency and mortality: a 50-year follow-up study of 1000 delinquent and nondelinquent boys. *American Journal of Psychiatry*, 157 (1), 96-102. <https://doi.org/10.1176/ajp.157.1.96>

Lazarus, R. (1966). *Psychological stress and the coping process*. McGraw-Hill.

Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.

Lingiardi, V. (2000). *Meccanismi di difesa psicologica del paziente nella relazione con il medico e la malattia*. In Moja, E.A., Vegni, E. (a cura di), L'Ospedale Maggiore. Simposi in Medicina Clinica: "Comunicazione e Relazione in Medicina", 94, 235-261.

Lingiardi, V., Madeddu, F. (2002). *I meccanismi di difesa: Teoria, valutazione, clinica*. Raffaello Cortina.

Malone, J.C. (2013). Adaptive midlife defense mechanisms and late-life health. *Personality and Individual Differences*, 55, 85-89.

Marazzo, G., Sideli, L., Rizzo, R., Marinaro, A.M., Mulè, A., Marazzo, A., La Cascia, C., La Barbera, D. (2016). "Quality of life, alexithymia, and defense mechanisms in patients affected by breast cancer across different stages of illness", *Journal of Psychopathology*, 22, 141-148.

Margraf, J., Beck, A.T., Ehlers, A. (2007). *Beck-Angst-Inventar: BAI; Manual*. Harcourt Test Services.

Maricutoiu, L. P., & Crasovan, D. I. (2016). Coping and defence mechanisms: What are we assessing? *International Journal of Psychology: Journal International de Psychologie*, 51 (2). <https://doi.org/10.1002/ijop.12113>

Moyer, A., Levine, E.G. (1998). Clarification of the conceptualization and measurement of denial in psychosocial oncology research. *Annals of Behavioral Medicine*, 20, 149-160.

Nicolas, M., & Jebrane, A. (2008). Relationships between coping strategies and defense mechanisms in sport performance. *Psychological Reports*, 103 (3), 735-744. <https://psycnet.apa.org/doi/10.2466/PRO.103.7.735-744>

Nicolas, M., & Jebrane, A. (2009). Consistency of coping strategies and defense mechanisms during training sessions and sport competitions. *International Journal of Sport Psychology*, 40 (2), 229–248.

Nicolas, M., Drapeau, M., & Martinent, G. (2017). A reciprocal effects model of the temporal ordering of coping and defenses. *Stress and Health*, 33 (2), 143–152. <https://doi.org/10.1002/smi.2690>

Nicolas, M., Sandal, G. M., Weiss, K., & Yusupova, A. (2013). Mars-105 study: Time-courses and relationships between coping, defense mechanisms, emotions and depression. *Journal of Environmental Psychology*, 35, 52–58. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2013.05.001>

Obrist, P.A. (1981). *Cardiovascular Psychophysiology: A Perspective*. Plenum Press, New York.

Oettingen, G. (1996). Positive fantasy and motivation. In P. M. Gollwitzer & J. A. Bargh (Eds.), *The psychology of action* (pp. 236-259). New York: Guilford Press.

Ortu, F., Pazzagli, C., Cascioli, A., Lingiardi, V., Williams, R., Dazzi, N. (2001). Ricerca concettuale e ricerca empirica nella psicoterapia psicodinamica: una metodologia per lo studio del processo. *Ricerca in Psicoterapia*, 4 (1), 29-48.

Paika, V., Almyroundi, A., Tomenson, B., Creed, F., Kampletas, E.O., Siafaka, V., Gkika, S., Mavreas, V., Pavlidis, N., Hyphantis, T. (2010). Personality variable are associated with colorectal cancer patients quality of life independent of psychological distress and disease severity. *Psychooncology*, 19, 273-282.

Paris, J. (1996). *Contesto sociale e disturbi di personalità*. Tr. It. Raffaello Cortina, Milano 1997.

Parker, J. D. A., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (1998). Alexithymia: Relationship with ego defense and coping styles. *Comprehensive Psychiatry*, 39 (2), 91–98. [https://doi.org/10.1016/s0010-440x\(98\)90084-0](https://doi.org/10.1016/s0010-440x(98)90084-0)

Perry, J. C., Drapeau, M., & Dunkley, D. (2005). *The coping action pattern rating system manual* [Unpublished manual]. McGill University.

Perry, J. C., Høglend, P., Shear, K., Vaillant, G. E., Horowitz, M., Kardos, M. E., Bille, H., Kagan, D. (1998). Field trial of a diagnostic axis for defense mechanisms for DSM-IV. *Journal of Personality Disorders*, 12 (1), 56–68. <https://doi.org/10.1521/pedi.1998.12.1.56>

- Perry, J.C. (1990). *Defense Mechanism Rating Scale (DMRS)*, 5. Author, Cambridge, MA.
- Perry, J.C. (1990a). *Defense Mechanism Rating Scale. 5th edition*. Versione originale pubblicata in Appendice al volume Lingiardi, V., Madeddu, F. (1994), *I meccanismi di difesa. Teoria clinica e ricerca empirica*. Raffaello Cortina, Milano.
- Perry, J.C., Bond, M. (2017). Addressing defenses in psychotherapy to improve adaptation. *Psychoanalytic Inquiry*, 37 (3), 153-166. <https://doi.org/10.1080/07351690.2017.1285185>
- Perry, J.C., Cooper, S. (1986). A preliminary report on defenses and conflicts associated with borderlines personality disorder. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 34, 865-895.
- Perry, J.C., Cooper, S. (1987). Empirical studies of psychological defenses. In Michels, R., Cavenar, J. jr. (a cura di) *Psychiatry*, vol. 1. Lippincot, Philadelphia.
- Perry, J.C., Cooper, S. (1989). An empirical study of defense mechanisms: Clinical interview and life vignettes ratings. *Archives of General Psychiatry*, 46, 444-452.
- Perry, J.C., Henry, M., (2004). Studying defense mechanisms in psychotherapy using the defense mechanism rating scale. In: Hentschel, U., Smith, G., Draguns, J.G., Ehlers, W. (Eds), *Advances in Psychology*. Elsevier, Oxford, 165-192.
- Perry, J.C., Kardos, M.E., Pagano, C.J. (1993). The study of defenses in psychotherapy using the Defense Mechanism Rating Scales DMRS. In Hentschel, U., Ehlers, W. (a cura di), *The Concept of Defense Mechanisms in Contemporary Psychology: Theoretical, Research and Clinical Perspectives*. Springer, New York.
- Perry, J.C., Lingiardi, V., Ianni, F. (1999). Psychodynamic research can help us to improve diagnosis and therapy for personality disorders: The case of defense mechanisms. In Derksen, J., Groen, H., Maffel, C. (a cura di), *Treatment of Personality Disorders*. Kluwer Academic/Plenum Press, New York, 39-52.
- Perry, J.C., Metzger, J., Sigal, J.J. (2015). Defensive functioning among women with breast cancer and matched community controls. *Psychiatry*, 78, 156-169.
- Petric, D., Franciskovic, F., Juretic, M., Sukovic, Z., Graovac, M., Racki, S., Ruzic, T., Britvic, D. (2011). "Defense mechanisms in alcohol dependent patients with oral and oropharyngeal cancer". *Collegium Antropologicum*, 35, 809-816.

Prunas, A., Di Pierro, R., Huemer, J., Tagini, A. (2019). Defense mechanisms, remembered parental caregiving, and adult attachment style. *Psychoanalytic Psychology*, 36, 64-72

Reich, W. (1933). *Analisi del carattere*. Tr. It. SugarCo, Varese 1969.

Rocco, D., Montorsi, A. (2010). *Evoluzione della tecnica nel colloquio psicodinamico. Un percorso storico* (pp. 61-81). Upsel Domenighini, Padova.

Saraf, S., Singh, T.B., Khurana, S. (2013). Cervical cancer survivors: meaning of life. *Psychological Studies*, 58, 144-152.

Schwartz, G.E. (1990). Psychobiology of repression and health: A systems approach. In Singer, J.L. (a cura di), *Repression and Dissociation: Implications for Personality Theory, Psychopathology, and Health*. University of Chicago Press, Chicago, 405-434.

Segal, H. (1973). *Introduction to the Work of Melanie Klein*. The Hogarth Press., London.

Silverman, J., & Aafjes-van Doorn, K. (2023). Coping and defense mechanisms: A scoping review. *Clinical Psychology: Science and Practice*. <http://dx.doi.org/10.1037/cps0000139>

Skodol, A. E., & Perry, J. C. (1993). Should an axis for defense mechanisms be included in DSM-IV? *Comprehensive Psychiatry*, 34 (2), 108–119. [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(93\)90055-9](https://doi.org/10.1016/0010-440X(93)90055-9)

Soldz, S., Vaillant, G.E. (1998). A 50-year longitudinal study of defense use among inner city men: a validation of the DSM-IV defense axis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186 (2), 104-111.

Vaillant, G.E. (1971). Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms: a 30 year follow-up of 30 men selected for psychological health. *Archives of General Psychiatry*, 24, 107-118.

Vaillant, G.E. (1977). *Adaptation to Life*. Little, Brown, Boston.

Vaillant, G.E. (1992a). (a cura di), *Empirical Studies of Ego Mechanisms of Defense*. American Psychiatric Press, Washington.

Vaillant, G.E. (1992b). *Ego Mechanisms of Defense: A Guide for Clinicians and Researchers*. American Psychiatric Press, Washington, DC.

Vaillant, G.E., (1986). *Empirical Studies of Ego Mechanisms of Defense*. American Psychiatric Press, Washington, DC.

Vaillant, G.E., (2000). Adaptive mental mechanisms. Their role in a positive psychology. *American Psychologist*, 55, 89-98.

Vaillant, G.E., (2011). Involuntary coping mechanisms: a psychodynamic perspective. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13, 366-370.

Vaillant, G.E., Mukamal, K., (2001). Successful aging. *American Journal of Psychiatry*, 158 (6), 839-847. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.6.839>

Weiss, J. (1993). *How Psychotherapy Works. Process and Technique*. New York: Guilford; trad it. Come funziona la psicoterapia, Bollati Boringhieri, Torino 2004.

Weiss, J., Sampson, H., The Mount Zion Psychotherapy Research Group (1986) (a cura di), *The Psychoanalytic Process: Theory, Clinical Observation and Empirical Research*. The Guilford Press, New York.

Winnicott, D.W. (1960a). *Ego distortion in terms of true and false self. The Maturation Processes and the Facilitating Environment* (pp. 140-152) New York: International Universities Press, 1965.

Winnicott, D.W. (1965). *Sviluppo affettivo e ambiente*. Tr. It. Armando, Roma 1974.