



UNIVERSITÀ DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

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

Tesi di laurea Triennale

**Andamento dei meccanismi di difesa nel processo terapeutico:
il caso di S.**

**The Role of Defense Mechanisms in the Therapeutic Process:
the case of S.**

**Relatrice
Prof.ssa Silvia Salcuni**

**Laureanda: Gaia Gioeni
Matricola: 2119725**

Anno Accademico 2025/2026

Sommario

INTRODUZIONE.....	3
CAPITOLO 1: IL GIOVANE ADULTO.....	4
1.1 EMERGING ADULthood.....	4
1.2 I COMPITI EVOLUTIVI DEL GIOVANE ADULTO	5
1.3 FATTORI DI RISCHIO E FATTORI DI PROTEZIONE	6
1.4 LA PSICOTERAPIA CON IL GIOVANE ADULTO	9
CAPITOLO 2: I MECCANISMI DI DIFESA	12
2.1 I MECCANISMI DI DIFESA: UNO SGUARDO PSICODINAMICO	12
2.2 LA DEFENSE MECHANISM RATING SCALES: APPLICAZIONI NELLA RICERCA IN PSICOTERAPIA	16
CAPITOLO 3: OBIETTIVI E IPOTESI.....	18
3.1 OBIETTIVI.....	18
3.2 IPOTESI.....	18
CAPITOLO 4: PROCEDURA E MATERIALI	19
4.1 STUDIO DI UN CASO SINGOLO: IL CASO DI S.....	19
4.1.1 <i>Il contesto e il setting terapeutico</i>	19
4.1.2 <i>Il caso di S.</i>	19
4.2 STRUMENTI PER LA VALUTAZIONE DELL'ASSETTO DIFENSIVO: DMRS E DMRS-Q.....	20
4.2.1 <i>Defense Mechanism Rating Scales</i>	21
4.2.2 <i>Defense Mechanism Rating Scales - Q-Sort</i>	22
4.3 MATERIALI E METODO.....	23
4.3.1 <i>Materiali</i>	23
4.3.2 <i>Metodo</i>	24
4.3.3 <i>Analisi dei dati</i>	25
CAPITOLO 5: RISULTATI.....	26
5.1 DMRS-Q.....	26
5.2 DMRS.....	28
CAPITOLO 6: CONCLUSIONI	31
6.1 DISCUSSIONE RISULTATI	31
6.2 LIMITI E PROSPETTIVE FUTURE DELLO STUDIO	31
6.3 CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE	32
BIBLIOGRAFIA.....	33

Introduzione

L'*emerging adulthood* rappresenta una fase della vita caratterizzata dalla sensazione di sentirsi *in between*, dall'esplorazione identitaria, dall'apertura alle possibilità e anche da una particolare plasticità psichica. Per questa ragione, il giovane adulto costituisce una finestra privilegiata d'interesse clinico: in questa cornice, l'analisi dei meccanismi di difesa si inserisce in modo centrale. I meccanismi di difesa rappresentano una delle modalità principali con cui il giovane adulto affronta la vita, gestisce i suoi vissuti interni e affronta i conflitti, in questa fase di vita, l'assetto difensivo è particolarmente plastico e maggiormente incline al cambiamento di quanto possa accadere in età adulta. Indagare l'evoluzione delle difese in questa fascia d'età significa quindi indagare come il giovane adulto regoli gli affetti e con quali strategie difensive affronti i conflitti interni ed esterni. È in questa cornice teorica che si inserisce il presente lavoro, che si propone di analizzare il caso di S., un giovane adulto che ha intrapreso un percorso di terapia ad orientamento psicodinamico nel contesto del SAP-C.

Lo studio segue il caso utilizzando strumenti come la DMRS e la DMRS-Q, con l'intento di individuare l'evoluzione e la maturazione dei meccanismi di difesa all'interno della terapia e di offrire uno spunto di riflessione sul potenziale trasformativo della psicoterapia psicodinamica in questa specifica fase del ciclo di vita.

Capitolo 1: Il Giovane Adulto

1.1 Emerging adulthood

I profondi cambiamenti socioeconomici degli ultimi decenni sono stati responsabili di un cambiamento strutturale nei compiti di vita dell'individuo: ad oggi, il periodo tra la fine dell'adolescenza (attorno ai 18 anni) e l'inizio di un'adulthood stabile (attorno ai 29 anni) è talmente significativo e prolungato che costituisce un vero e proprio nuovo stadio della vita, chiamato *emerging adulthood*.

Secondo Arnett (2015) sono tre i principali fattori che hanno contribuito all'ascesa dell'*emerging adulthood* (EA). Il primo riguarda il passaggio da un'economia industriale ad un'economia definibile *information-based*, con il corrispondente aumento della richiesta di una formazione che vada oltre l'istruzione secondaria, allungando la condizione di studente e posticipando l'entrata nel mondo del lavoro. Il secondo concerne il grandissimo aumento di libertà, possibilità di scelta e opportunità per le donne, sia sul versante personale, sia sul versante dell'educazione universitaria, sia su quello occupazionale, che ha permesso la possibilità e la realizzazione di una scelta libera nell'intraprendere carriere lavorative, posticipando il periodo in cui si generano figli. Infine, il cambiamento dell'atteggiamento sociale dal punto di vista della tolleranza verso il praticare sesso prematrimoniale, che ha contribuito a plasmare una società odierna sempre meno sessuofobica, che concepisce l'attività sessuale molto prima del matrimonio (Arnett, 2015), posticipando la necessità quindi di accasarsi uscendo dalla famiglia di origine per soddisfare tali bisogni.

Questo costrutto risponde quindi all'esigenza di attribuire un termine specifico e caratteristiche precise ad una nuova condizione evolutiva precipua delle società post-industriali. Centrale nella teoria di Arnett (2015) è il fatto che il giovane adulto si trovi in un particolare e distinto periodo di sviluppo, che non è un epilogo dell'adolescenza, e tantomeno un prologo dell'adulthood.

I giovani adulti vivono un periodo specifico, caratterizzato da quelle che Arnett definisce come le *five features* che coinvolgono questa età: l'esplorazione identitaria, l'instabilità, la focalizzazione intensa su sé stessi, la sensazione di transitorietà – definita come *feeling in between* – e l'apertura alle possibilità. (Arnett, 2006). Queste cinque sfaccettature inquadrano quindi un periodo ben specifico all'interno del ciclo di vita per cui richiedono

un termine specifico che conferisca a questo di differenziarsi da ogni altro momento della vita. Pertanto, termini come *tarda adolescenza*, *post-adolescenza*, *giovinezza*, *giovane adultità* non rendono giustizia all'unicità di questo momento dello sviluppo (Arnett, 2000, 2004).

1.2 I compiti evolutivi del giovane adulto

In questa fase della vita, il giovane adulto deve essere in grado di integrare autonomia, responsabilità e progettualità futura; in particolare, questo momento evolutivo è connotato da un conflitto tra intimità e isolamento: le relazioni significative e stabili dipendono strettamente dalla creazione di una forte dimensione identitaria, che permetta di mantenere la propria soggettività nella relazione con l'altro (Erikson, 1968). Si può dire quindi che il compito evolutivo principale di un giovane adulto sia quello della *ricentratura* che si estende a vari domini della vita, quali le relazioni con i caregivers e con i pari, l'autonomia sia dal punto di vista finanziario sia da quello emotivo, l'ambito lavorativo e, chiaramente, anche quello identitario.

Il processo di ricentratura si articola in tre principali stadi: il primo vede concretamente l'adolescente transitare all'interno dell'emerging adulthood e rivedere le proprie dinamiche relazionali, trasformando la precedente connotazione adolescenziale di interdipendenza e di interdipendenza, in una condizione differente, in cui le relazioni sono caratterizzate da cura, reciprocità e interpersonalità. Perciò, il distacco dai contesti di dipendenza e la rinegoziazione delle dinamiche relazionali, specialmente con i caregivers, rappresentano il primo passo del processo di ricentratura identitaria.

Nel secondo stadio, il giovane adulto intraprende esperienze esplorative proprie dell'adultità emergente, quali il costruire nuove relazioni e nuovi ruoli, a cui dedicherà un impegno più o meno transitorio, con lo scopo vero e proprio di esplorare quali di questi ruoli, relazioni e scelte contribuiranno alla costruzione della propria identità adulta.

Dopo l'esplorazione di vari ruoli, relazioni, carriere, e nuovi contesti, si giunge alla fase di consolidamento, in cui l'individuo si dedica stabilmente ai ruoli e alle responsabilità della vita adulta per come le ha scelte e definite (Tanner, 2006).

In prospettiva psicodinamica un compito evolutivo fondamentale è la risignificazione dei legami affettivi narcistici in legami oggettuali: l'altro non è un rispecchiamento del Sé,

ma viene riconosciuto nella sua interezza e nella sua alterità, compiendo la trasformazione, soprattutto, delle dinamiche relazionali che connota le relazioni in una forma più matura di reciprocità (Pietropolli Charmet, 2013). Ulteriori compiti evolutivi sono la separazione psichica dai genitori, la soggettivazione e l'ingresso nel mondo lavorativo, definito come "socializzazione di terzo livello". In questa cornice, la conquista di un'autonomia personale e professionale non assume solo valore economico, ma identitario e simbolico (Giacobbi, 2009).

1.3 Fattori di rischio e fattori di protezione

I dati epidemiologici indicano che la maggior parte dei disturbi mentali esordisce entro i 25 anni (Kessler et al., 2005), specialmente i disturbi d'ansia, dell'umore e l'uso di sostanze: nonostante le statistiche, infatti, è importante considerare che queste manifestazioni non sempre dipingano quadri clinici strutturati, ma che possano riflettere il peso delle difficoltà adattive legate all'incertezza, alla pressione performativa e al "peso delle possibilità" tipico di questa fase.

Per comprendere questi dati è utile distinguere tra fattori di rischio e fattori di protezione relativamente ad aree differenti quali la qualità delle esperienze infantili, la capacità di adattamento alla situazione presente dell'adulto emergente, la qualità del rispecchiamento nelle relazioni, il rapporto con la progettualità e il futuro e infine, le caratteristiche psicologiche del singolo individuo (Riva Crugnola, 2024).

Il contesto socioculturale esercita un'influenza significativa sul malessere dei giovani adulti: il prolungamento dei percorsi formativi e le trasformazioni economiche e sociali, concorrono alla sensazione collettiva di posticipazione delle tappe tradizionali dell'età adulta, come il matrimonio o la genitorialità, generando un senso di "adulterità ritardata" e incertezza identitaria, soprattutto nei contesti occidentali industrializzati (Settersten & Ray, 2010). In un contesto socioeconomico avanzato come quello Europeo i giovani adulti si interfacciano con numerose barriere che precludono l'entrata nel mondo del lavoro: un ulteriore fattore di rischio è infatti l'elevata e persistente disoccupazione giovanile, che è almeno il doppio di quella complessiva (Arnett, 2007). Attualmente la disoccupazione giovanile supera il 50% in alcuni paesi dell'Europa meridionale, che hanno registrato elevati livelli di disoccupazione giovanile in seguito alla crisi economica del 2008, è molto elevata nei giovani con un basso livello di istruzione: nonostante i vantaggi ottenuti da una formazione terziaria stiano crescendo, anche chi la possiede

fatica a trovare un'occupazione che non sia una sottoccupazione (OECD, 2014). La disoccupazione, l'occupazione temporanea e la sottoccupazione sono associati ad un alto rischio di sviluppo di disturbi dell'umore nei giovani adulti, specialmente se associate ad una mancanza di un forte supporto genitoriale e familiare (Bjarnason & Sigurdardottir, 2003). Nonostante il contesto socioculturale generalmente sia individuato come un fattore di rischio, in alcuni casi, come quello del nord Europa, il contesto socioculturale, abbinato ad un consistente welfare statale, rappresenta un grande fattore di protezione per i giovani adulti. I paesi dell'Europa settentrionale hanno garantito ai giovani l'accesso a indennità di disoccupazione, programmi di formazione professionale e percorsi d'istruzione (Arnett et al., 2015).

Per quanto riguarda le esperienze infantili, è stato dimostrato che le esperienze traumatiche e avverse configurino in un importante fattore di rischio per lo sviluppo fisico ed emotivo del giovane adulto (Newcomb-Anjo, Barker, Howard, 2017), di fatto i soggetti che hanno vissuto queste esperienze, rispetto a chi non le ha vissute o a chi le ha vissute in minor misura, presentano psicopatologie più frequenti quali ansia, depressione, suicidalità, disturbi alimentari e disturbi affettivi, inoltre, mettono in atto maggiormente comportamenti a rischio come abuso di alcol, di sostanze e comportamenti sessuali promiscui, utilizzati come vere e proprie strategie adattive rispetto a sentimenti di rabbia, ansia e depressione conseguenti a queste esperienze significative (Felitti, Anda, Nordenberg et al., 2019).

Particolarmente predittiva dello sviluppo di comportamenti devianti nell'emerging adulthood è l'esperienza traumatica di abuso fisico infantile, mentre il neglect emotivo è altamente predittivo di scarsi comportamenti prosociali di tipo altruistico (Gomis-Pomares, Villanueva, 2020), nello specifico, il comportamento antisociale infantile è risultato mediatore degli effetti del maltrattamento infantile rispetto alle relazioni sentimentali intraprese dai giovani adulti, caratterizzate da disfunzionalità e coercizione (Handaley, Russotti, Rogosch et al., 2019).

Emergono anche fattori di protezione che mitigano l'impatto delle esperienze avverse, quali il supporto familiare percepito dai giovani adulti, lo sviluppo di comportamenti resilienti, ottime relazioni con adulti significativi, quali caregivers, amici o partner sentimentali e una buona qualità delle relazioni d'attaccamento (Schaefer, Howell, Shwarz et al., 2018; Burt, Paysnick, 2012). Infatti, stili d'attaccamento sicuri si associano

ad un minor distress psicologico e ad una alta capacità dei giovani adulti di costruire ed intrattenere nuove relazioni significative sia sul versante amicale sia su quello sentimentale, e di trasformare le relazioni coi caregivers in relazioni più paritarie (Scharf, Mayseless, Kivenson-Baron, 2004).

Un altro importante fattore di protezione in grado di predire il benessere nei giovani adulti è la capacità di mentalizzazione sviluppata nelle fasi di vita precedenti: alte capacità di mentalizzazione riducono la presenza di problematiche psicopatologiche e il rischio di trasmissione intergenerazionale dell'insicurezza dell'attaccamento, e correlano positivamente con un livello più soddisfacente di salute mentale e benessere nell'età adulta (Scharf, Mayseless, Kivenson-Baron, 2004).

Il rapporto con il futuro rappresenta un nodo critico della vulnerabilità evolutiva. La capacità di *futureing*, intesa come pianificazione e anticipazione di scenari futuri, è un prerequisito fondamentale per la stabilità identitaria, poiché consente all'individuo di attribuire continuità e coerenza al proprio percorso di vita. La sua compromissione può confinare il soggetto in una dimensione progettuale astratta e indefinita, impedendo l'agire finalizzato e provocando vissuti di blocco evolutivo o paralisi nel processo di crescita. Buone capacità di pianificazione, organizzazione interna e continuità progettuale appaiono correlate con una elevata capacità di *futureing* e una maggiore strutturazione del Sé nel tempo. Anche il supporto sociale sia da parte della famiglia sia da parte dei pari rappresenta un importante fattore protettivo: favorisce l'elaborazione di progetti futuri realistici e sostiene il senso di efficacia personale del giovane adulto (Sica et al., 2016).

Tra i fattori protettivi fondamentali possiamo individuare anche la qualità del rispecchiamento relazionale. Il Vero Sé, il nucleo identitario dell'individuo, si struttura attraverso l'esperienza di riconoscimento congruente da parte dell'altro (Winnicott, 1967). Al giorno d'oggi è importante considerare che il rispecchiamento non avviene solamente in presenza, ma anche a distanza: le dinamiche relazionali mediate dall'influenza dei *social media* possono amplificare di molto le opportunità di connessione e di rispecchiamento, quanto esacerbare le fragilità narcisistiche dell'individuo, esponendo il giovane adulto a dinamiche di confronto sociale e validazione esterna (Vogel et al., 2014). Le piattaforme digitali possono essere considerate un fattore protettivo e un ambiente facilitante capace di sostenere ed

incentivare l'integrazione del Sé autentico attraverso un rispecchiamento positivo, o al contrario, la mediazione mediatica può alimentare la cristallizzazione di un Falso Sé, qualora l'interazione sia finalizzata esclusivamente alla gestione performativa dell'immagine.

Infine, le caratteristiche individuali dei giovani adulti emergenti influiscono ampiamente sul benessere nel corso delle diverse fasi del ciclo di vita (Newcomb-Anjo, Barker, Howard, 2017). Ad esempio, la tendenza a sperimentare stati emotivi negativi, associati ad alti livelli di nevroticismo, appare correlata allo sviluppo di problematiche psicopatologiche, al contrario, una disposizione personale volta all'ottimismo sembra avere un ruolo protettivo (Alarcon, Bowling, Khazon, 2013). Ugualmente protettivi sono alti livelli di social skills, che correlano positivamente con alti livelli di autostima e di senso di efficacia, migliorando la qualità delle relazioni e delle reti di supporto (Pereira, Dutra-Thomè, Koller, 2016).

1.4 La psicoterapia con il giovane adulto

La definizione del costrutto dell'emerging adulthood come specifica e distinta fase del ciclo di vita implica una parallela differenziazione e specificazione del lavoro clinico e della psicoterapia con i giovani adulti emergenti (Riva Crugnola, 2017). È quindi necessario che il lavoro clinico rispecchi la peculiarità del costrutto e del momento di vita, allineandosi agli aspetti cardine dell'emerging adulthood: l'esplorazione identitaria, il "peso delle possibilità", l'oscillazione costante tra instabilità e la ricerca di stabilità personale, relazionale e professionale, l'essere *self-focused* e la costante sensazione di sentirsi *in-between* (Arnett, 2015).

Questa fase vede il soggetto confrontarsi con compiti evolutivi differenziati che concernono da una parte la definizione di Sé attuata con modalità differenziate e coerenti, e dall'altra la relazionalità interpersonale, ovvero la capacità di costruire relazioni intime reciproche e soddisfacenti (Blatt, Luyten, 2009). È quindi un momento in cui il soggetto è collocato tra le molteplici possibilità e opportunità, ma è anche esposto ad alto rischio e vulnerabilità. Infatti, *l'emerging adulthood* è definita come il *turning point* per il consolidamento di pattern adattivi o disadattivi, in cui possono manifestarsi discontinuità significative, con esito sia positivo sia negativo (Schulemberg, Sameroff, Cicchetti,

2004). La molteplicità delle opzioni, in assenza di coordinate stabili, può generare paralisi decisionale e senso di inefficacia (Arnett, 2015; Riva Crugnola, 2024).

La psicoterapia rappresenta una possibilità significativa per affrontare il disagio psicologico, sia come mezzo di prevenzione sia come mezzo per dare voce alle difficoltà del presente (Shulman, 2017). Le finalità dell'intervento terapeutico si collocano principalmente sul sostegno dell'Io: favorire il processo di soggettivazione in atto e disidentificarsi dalle figure genitoriali, in cui lo psicoterapeuta in entrambi i casi ha il ruolo di agevolare i processi di sviluppo e di incontrare i bisogni evolutivi del paziente (Lillingren, Werbart, 2010; Miller, 2017). Il ruolo fondamentale dello psicoterapeuta è quindi di creare uno spazio facilitante sicuro e protetto, in cui assumere la funzione soggettivizzante, tenendo a mente e comunicando al paziente una visione sia di quello che egli o ella è sia di quello di "ulteriore" che egli o ella potrebbe diventare (Schechter, Herbstman, Ronningstam et al., 2018 citando Leowald, 1960). La terapia in ambito psicodinamico quindi si focalizza sugli affetti, sull'affrontare le difese, gli affetti evitati e l'ansia in relazione a tali affetti, al fine di ristrutturare il mondo interno del paziente (McCullough, Kuhn, Andrews et al., 2003).

Le numerose ricerche in ambito di psicoterapia con i giovani adulti emergenti individuano la chiave di volta del lavoro terapeutico nell'alleanza terapeutica e nel legame emotivo (von Below, 2017). Tali dimensioni si sviluppano attraverso un clima relazionale caratterizzato dal calore, dalla comprensione, da commenti sinceri e interventi attivi che hanno permesso di sperimentare una relazione sufficientemente sicura (von Below, Werbart, Rehnberg, 2010). In questa prospettiva, la relazione terapeutica apre la possibilità di sperimentare l'esperienza emotiva correttiva (Riva Crugnola, 2024) e una forma di legame che unisca sicurezza e autonomia, dipendenza e differenziazione. L'intervento clinico non si riduce quindi alla mera applicazione meccanica di tecniche, ma ad un processo relazionale che promuove il cambiamento attraverso la risignificazione di esperienze emotive implicite che vengono progressivamente integrate con sistemi di significato più espliciti e coerenti. Il processo identitario non coincide con un isolamento narcisistico, bensì con la capacità di riconoscersi come soggetto separato ma in relazione, capace di scegliere e assumere responsabilità rispetto al proprio progetto esistenziale (Fonagy et al., 2015).

In questa prospettiva, comprendere il funzionamento psicologico del giovane adulto emergente implica considerare non solo i compiti evolutivi propri di questa fase, ma anche le modalità attraverso cui il soggetto regola gli affetti, affronta i conflitti interni e gestisce le proprie vulnerabilità (Perry, 1990; Perry, Bond, 2012). In questo, i meccanismi di difesa rappresentano uno dei processi centrali nell'organizzazione del Sé: sul piano psicoterapeutico è fondamentale approfondirne e analizzarne il funzionamento.

Capitolo 2: i Meccanismi di Difesa

2.1 I meccanismi di difesa: uno sguardo psicomodinamico

La nascita teorica e clinica del concetto di *meccanismo di difesa* è attribuibile a Sigmund Freud (1894), la cui teorizzazione ha dato inizio a diversi modelli teorici: è possibile osservare la definizione del costrutto evolvere da forza esclusivamente intrapsichica, impiegata attivamente dall'individuo per ridurre il conflitto, ad elemento fondamentale di pattern relazionali più o meno adattivi.

In questa evoluzione, il contributo di Freud rimane un caposaldo su cui si sono appoggiate tutte le elaborazioni successive. Nella letteratura freudiana, il concetto di meccanismo di difesa non è da subito presente in quanto tale: la concezione di difesa di per sé è strettamente connessa con il modello topico (Freud, 1899), per cui il meccanismo di difesa principe è la *rimozione*, che implica una gerarchia sopra-sotto, coerente con quella del modello conscio-inconscio e poi con quello strutturale, per cui l'Io diventa agente delle difese, concependo quest'ultime come funzioni dell'Io che mediano con le istanze psichiche in conflitto.

Per la prima volta il termine difese, *abwehr*, appare nel 1894, descritte come l'insieme di operazioni inconsce che in seguito si indicherà con il termine rimozione, *verdrängung*, per poi ritornare al termine difesa in modo collettivo e concettuale. Successivamente, suddivide la rimozione in rimozione *primaria*, "la sua essenza consiste semplicemente nell'espellere e nel tener lontano qualcosa dalla coscienza" (Freud, 1915, p.37) e in rimozione *secondaria*, "tutte le rimozioni si producono nella prima infanzia; sono misure difensive primitive di un Io debole e immaturo. Negli anni successivi non si effettuano nuove rimozioni, ma le vecchie si conservano e l'Io continua ad avvalersi dei loro servizi per padroneggiare le pulsioni" (Freud, 1937, p. 510). Entrambe presuppongono che l'Io possa escludere dalla coscienza le rappresentazioni del sistema inconscio, provocando l'insorgenza dell'angoscia, che viene individuata come conseguenza della rimozione. Quindi, la rimozione è concepita come un processo consapevole che viene attivato dalla parte matura e realistica dell'individuo e che, come esito, ha lo sviluppo dell'angoscia.

Presto, grazie all'esperienza ottenuta dal lavoro clinico, Freud ha modificato il modello del funzionamento difensivo, arrivando fino a ciò che si potrebbe definire quasi un'inversione di rotta: in seguito all'osservazione dei pazienti, che provavano angoscia

quando i loro meccanismi di difesa venivano smascherati, Freud è arrivato all'ipotesi che questi siano dei processi attivati dall'Io quando un segnale d'angoscia annuncia un pericolo proveniente dalla realtà esterna, dalle pulsioni dell'Es o da quelle del Super-io. L'angoscia è quindi la *causa* dell'attivarsi delle difese.

La definizione freudiana definitiva meccanismi di difesa è la concezione di quest'ultimi come *tutte le tecniche di cui l'Io si avvale* volte a proteggere da o prevenire il verificarsi di una situazione traumatica, e successivamente, come modalità differenziate di gestire gli affetti, che una volta identificate una ad una, corrispondono a diverse configurazioni cliniche.

Freud oltre la rimozione ha individuato numerosi meccanismi di difesa, seppur non abbia mai offerto una trattazione sistematica dell'argomento, ha ipotizzato delle correlazioni tra difese, angosce, patologie e fasi dello sviluppo psicosessuale (Lingiardi, & Madeddu; 2023).

È Anna Freud a sistematizzare e classificare i meccanismi di difesa, indagando sia l'aspetto adattivo sia la loro relazione diretta con situazioni esterne e reali, e realizzando una differenziazione, un riconoscimento e una classificazione dei processi difensivi, che darà origine al libro "L'Io e i Meccanismi di Difesa" (1936). Il contributo fondamentale di A. Freud risiede nel tentativo efficace di standardizzazione del costrutto. Attraverso la formulazione dell'Indice Hampstead, formulato nel contesto della Hampstead Child Therapy Clinic nel 1965, A. Freud effettua il primo tentativo di congiunzione tra ricerca empirico-statistica e ricerca clinica. L'indice Hampstead, nonostante sia stato oggetto di numerose critiche, considera le difese come meccanismi e funzioni che tengono lontano dalla coscienza rappresentazioni conflittuali e desideri pulsionali egodistonici. L'indice, inoltre, distingue tra meccanismo di difesa e misura difensiva, ponendo le difese lungo una linea evolutivo-maturativa. L'importanza di questo lavoro sta nel fatto che l'indice integra sia teoria, sia clinica sia ricerca, e offre una sistematizzazione dei meccanismi di difesa, indagando simultaneamente una correlazione tra il loro assetto gerarchico e la maturità e la salute dell'Io.

È osservabile uno spostamento all'interno della concezione delle difese: se prima erano considerate come resistenze al servizio della rimozione, da aggirare per accedere all'inconscio, adesso vengono concepite come meccanismi e funzioni correlati con le

caratteristiche dell'Io, nuovo protagonista dell'osservazione clinica: i riverberi del lavoro di A. Freud daranno origine a due approcci teorici distinti (Lingiardi, Madeddu, 2023).

Da un lato, l'enfasi sulla funzione adattiva dell'Io getta le basi teoriche per lo sviluppo della Psicologia dell'Io, approccio teorico sviluppatosi negli Stati Uniti tra la fine degli anni Trenta e la fine degli anni Settanta, insieme alla riflessione sulla maturità e l'efficacia delle difese, riprendendo il concetto freudiano che i meccanismi di difesa siano effettivamente *tutte le tecniche di cui l'Io si avvale*.

La psicologia dell'Io considera quindi l'Io l'organo di adattamento in grado di utilizzare le difese per sostenere le richieste dell'ambiente esterno: Brenner (1973) radicalizza la prospettiva, sostenendo che qualsiasi movimento dell'Io volto a proteggere l'individuo da uno stato ansioso o da un affetto depressivo possa essere considerato come una difesa.

Questa riflessione apre alla concezione gerarchica delle difese: i meccanismi di difesa non sono solo ostacoli, ma anche vere e proprie capacità di adattamento. Il primo a porre le difese su un continuum immaturo-maturo è Vaillant (1977), che propone il modello gerarchico di organizzazione delle difese. All'interno di questo modello si ipotizza una differenziazione dei meccanismi di difesa per grado di maturità, e che questi possano evolversi, nel corso dello sviluppo psichico dell'individuo, in forme più adattive e mature. Difesa e meccanismo di difesa vengono utilizzati con la stessa accezione di significato, e posti in relazione diretta con il concetto di conflitto psichico, in grado di stimolare reazioni d'angoscia e conseguenti risposte difensive. Le difese sono quindi dei processi che appartengono allo "stile di vita" del soggetto. Al continuum immaturità-maturità delle difese, Vaillant associa un'ulteriore dimensione, quella della malattia-salute mentale: non sono le singole difese primitive a generare psicopatologia, ma il loro persistere in pattern immaturi e disadattivi.

Se da un lato l'attenzione viene dedicata ai meccanismi difensivi adattivi e maturi, dall'altro invece ci si focalizza su quelli di natura primitiva: la prima radicale modificazione del modello freudiano appartiene a Klein (1927, 1946), e alla Scuola Britannica, che concentrerà l'indagine sui meccanismi di difesa associati a stati psicotici, chiamati meccanismi di difesa primitivi. Vengono denominati come psicotici quei meccanismi che vengono impiegati contro l'angoscia derivante dall'attività dell'istinto di morte: scissione, diniego, forme estreme di proiezione e introiezione, identificazione

proiettiva e idealizzazione sono tutti meccanismi di difesa che determinano le caratteristiche delle posizioni psicotiche - schizoparanoide e depressiva - caratteristiche delle prime fasi dello sviluppo. Lo studio dei movimenti e delle direzioni delle difese di Klein pone sotto una nuova luce il concetto di meccanismo di difesa: le difese non si limitano a proteggere l'Io da sentimenti dolorosi, ma rappresentano anche principi organizzativi della vita psichica.

Successivamente, Kernberg (1984, 1987) si propone di integrare contributi freudiani, kleiniani e della psicologia dell'Io all'interno della formulazione del modello strutturale: i meccanismi di difesa assumono un ruolo determinante all'interno della classificazione dei livelli di funzionamento della personalità. Insieme all'integrazione dell'identità e all'esame di realtà, i meccanismi di difesa rappresentano i criteri di base per la formulazione della diagnosi e per la pianificazione del trattamento. Nell'organizzazione di personalità psicotica predominano i meccanismi primitivi centrati sulla scissione (e.g.: scissione, diniego, proiezione delirante, acting), mentre nell'organizzazione borderline predominano principalmente scissione, identificazione proiettiva e diniego che, diversamente dall'organizzazione psicotica, non incrinano l'esame di realtà e permettono all'individuo di conoscere la lettura condivisa della realtà circostante. Nell'organizzazione di personalità nevrotica predominano i meccanismi centrati sulla rimozione (e.g.: isolamento dell'affetto, intellettualizzazione, formazione reattiva, spostamento), invece a livello non patologico si collocano i meccanismi adattivi e non patologici, chiamati anche difese mature.

È proprio a partire da questa concezione dei meccanismi di difesa come principi organizzativi della vita psichica che si avverte la necessità di tradurre il costrutto in termini operazionalizzabili e misurabili: Perry (1990), attraverso la formulazione della Defense Mechanism Rating Scales (DMRS), rappresenta il primo tentativo efficace di rendere le difese osservabili e codificabili a partire dal contenuto narrativo del paziente (Lingiardi & Madeddu; 2023).

Ad oggi, i meccanismi di difesa, nella concettualizzazione psicodinamica, sono definiti come meccanismi psicologici automatici e prevalentemente inconsci che mediano la reazione dell'individuo ai conflitti emotivi e a fonti di angoscia interne o esterne (Perry, 2014).

2.2 La Defense Mechanism Rating Scales: applicazioni nella ricerca in psicoterapia

Nell'ambito dello studio empirico dei meccanismi di difesa, il contributo fondamentale alla metodologia *gold standard* è rappresentato dall'organizzazione gerarchica dei meccanismi di difesa proposta da Vaillant (1971, 1992) e operazionalizzata da Perry (1990). Con lo sviluppo del Defense Mechanism Rating Scales (DMRS), Perry ha fornito una metodologia osservativa completa, accurata e valida per la valutazione del funzionamento difensivo dell'individuo, fondata sull'intera gerarchia dei meccanismi di difesa (Di Giuseppe & Perry, 2021).

Le applicazioni empiriche della DMRS hanno permesso di osservare e misurare il costruito psicodinamico dei meccanismi di difesa, anche attraverso le molteplici versioni validate, come la versione Q-sort (Di Giuseppe et al., 2014; Békés et al., 2021), la versione autosomministrata DMRS Self-Report-30 (Di Giuseppe et al., 2020; Prout et al., 2022) e la versione dedicata all'età evolutiva DMRS-Q-Children (Di Giuseppe et al., 2021). La molteplicità di versioni è stata altamente funzionale poiché ha permesso ai ricercatori di applicare il metodo d'indagine più appropriato e adeguato alla popolazione di riferimento e al disegno di ricerca.

Uno dei primi studi che hanno utilizzato la DMRS in ambito psicopatologico è stato quello del 1995 di Perry e Kardos, in cui si sottolinea una relazione profonda tra patologia borderline e difese fortemente immature, come quelle di distorsione maggiore dell'immagine e dell'azione. Queste difese, definite anche *difese depressive* poiché associate a sintomi depressivi, si associano fortemente a disturbi del cluster B, a differenza delle difese più mature che vengono associate principalmente a disturbi del cluster C (Lingiardi et al., 1999).

Altri studi che si sono occupati di analizzare i cambiamenti difensivi dei pazienti durante la psicoterapia hanno evidenziato un miglioramento dei sintomi in relazione alla maturazione del funzionamento difensivo del paziente e al decremento della variabilità delle difese utilizzate (Høglend, Perry, 1998). Secondo uno studio longitudinale condotto nel 2009 da Perry, la maturazione del funzionamento difensivo avviene attraverso un passaggio graduale da difese meno adattive a più adattive: le tempistiche che riguardano questo passaggio variano da individuo ad individuo e in base alle condizioni del setting terapeutico. Questo studio ha evidenziato come spesso, per i pazienti con sintomi depressivi si verifichi un miglioramento inizialmente rapido, seguito da una lunga fase di

rallentamento, al contrario, nei pazienti con disturbi di personalità i cambiamenti tendono a presentarsi solo dopo una lunga fase di introduzione al processo terapeutico, progredendo poi in modo lineare. (Perry et al., 2009; Hersoug et al.2002).

La comprovata influenza dei meccanismi di difesa sul funzionamento mentale ha reso necessario l'inserimento dell'analisi di questo costrutto nella cura dei disturbi mentali (de Roten et al., 2021). Il forte miglioramento non solo del funzionamento del paziente, ma anche della sua sintomatologia, può essere promosso attraverso queste analisi, che permettono di strutturare interventi terapeutici efficaci e adeguati al paziente (Perry, Bond, 2017). Altri studi hanno invece indagato la relazione dei meccanismi di difesa con altri aspetti di funzionamento mentale, come l'attaccamento e le strategie di coping. In uno studio pilota condotto da Tanzilli nel 2021 è stato osservato come l'attaccamento sicuro in pazienti depressi implicasse una migliore maturità difensiva rispetto a pazienti con uguale diagnosi, ma con attaccamento insicuro. Lo studio evidenzia come la capacità di mentalizzazione sia associata alla maturità del funzionamento difensivo: questo è esplicativo della stretta relazione tra gli stili di attaccamento e i meccanismi di difesa nello sviluppo della personalità adulta.

La relazione tra meccanismi di difesa e strategie di coping, secondo una recente revisione della letteratura, è determinata da una co-occorrenza tra meccanismi di difesa immaturi e strategie di coping negative, e tra meccanismi di difesa maturi e strategie di coping adattive. Tuttavia, per quanto i meccanismi di difesa cambino nel corso della terapia, lo studio mostra invece mostra un cambiamento meno lineare delle strategie di coping (Silverman, 2023).

L'insieme di queste evidenze empiriche sottolinea il ruolo centrale dei meccanismi di difesa come indicatori della buona riuscita del processo terapeutico, aprendo alla necessità di indagare questo processo in popolazioni specifiche. Il giovane adulto rappresenta quindi in questo senso una finestra privilegiata di osservazione: *l'emerging adulthood* è una fase dello sviluppo caratterizzata da una significativa plasticità del funzionamento psichico, in cui i pattern difensivi non sono ancora stabilizzati e risultano pertanto particolarmente sensibili all'intervento terapeutico.

Capitolo 3: Obiettivi e Ipotesi

3.1 Obiettivi

Obiettivo principale dello studio sul caso singolo è individuare l'andamento dei meccanismi di difesa e la loro evoluzione e maturazione grazie all'efficacia dell'intervento terapeutico. In particolare, lo studio del caso di S. si propone di individuare l'andamento dei meccanismi di difesa in un processo terapeutico svolto con un giovane adulto, studente universitario, all'interno del contesto del SAP-CP.

3.2 Ipotesi

L'obiettivo dello studio porta quindi alla definizione della seguente ipotesi clinica: si ipotizza che il trattamento psicoterapeutico psicodinamico abbia permesso una trasformazione significativa dei meccanismi di difesa nel paziente, determinando uno spostamento da pattern di difensivi immaturi e poco adattivi verso assetti difensivi maturi e adattivi (Perry & Bond, 2017).

Capitolo 4: Procedura e Materiali

4.1 Studio di un caso singolo: il caso di S.

4.1.1 Il contesto e il setting terapeutico

S. è un giovane adulto di 20 anni, recatosi in consultazione al Servizio di Assistenza Psicologica (SAP) su consiglio di un'amica. Il SAP è parte del Centro di Ateneo dei Servizi Clinici Universitari Psicologici (SCUP) dell'Università degli Studi di Padova.

Il SAP-CP propone percorsi di consultazione e presa in carico a orientamento psicodinamico rivolti specificamente alla popolazione studentesca, configurandosi come un contesto privilegiato per l'osservazione del disagio psicologico nel giovane adulto. L'accesso al SAP segue un iter definito: il primo contatto avviene tramite posta elettronica o numero di telefono, poi si verifica un colloquio di accoglienza gratuito per valutare la richiesta e raccogliere informazioni sul funzionamento della persona, seguito da presa in carico mediante interventi individuali, di gruppo o, se necessario, invio a strutture esterne.

4.1.2 Il caso di S.

S. è un giovane adulto, proveniente da un piccolo paese in periferia di Padova, iscritto all'università di Padova da un anno. S. si presenta al servizio non con una richiesta urgente d'aiuto, ma con una curiosità sul proprio funzionamento psichico: sente "una sorta di apatia" che inizialmente colloca sul piano sentimentale e relazionale, e successivamente amplia anche a quello soggettivo e identitario. La domanda clinica non emerge in modo eclatante, ma è implicitamente inclusa nella presentazione e descrizione di questo "problema esistenziale" che più che essere percepito come fonte di sofferenza, sembra emergere come una curiosità personale riguardo ad una propria non conformità percepita.

Nei primi colloqui S. si descrive come un ragazzo che non viene coinvolto da ciò da cui invece tipicamente i suoi coetanei lo sono, manifestando una distanza emotiva e una ridotta partecipazione affettiva tali da definirsi "stoico" nei confronti di determinate situazioni che convenzionalmente coinvolgono le altre persone emotivamente. Il racconto personale del paziente è molto povero di emotività e di sensazioni, emerge spesso la sensazione che ci sia sempre una componente di distacco, chiamata spesso apatia, malinconia o noia, che crea del disagio interno non riconosciuto.

Differentemente dall'aspetto emotivo e personale, S. racconta molto apertamente l'aspetto intellettuale che percepisce come identitario, è molto interessato al cinema, ai libri, alla scrittura, al disegno e alla filosofia, e presenta questi interessi come talmente pervasivi che talvolta ostacolano le relazioni sociali, tanto da affermare di non avere tempo da trascorrere con la sua fidanzata perché troppo assorbito dal senso di urgenza di perseguire queste passioni. S. è molto concentrato sugli aspetti intellettuali e dimostrativi di sé, mentre gli aspetti emotivi sono aggirati, come accade nella relazione sentimentale con A. con cui è coinvolto da sei mesi, in cui il distacco emotivo è talmente alto che S. arriva a comunicare che un'eventuale rottura non gli causerebbe particolare sofferenza. In merito a questa relazione, infatti, racconta di sentire di "non dare più di tanto", temendo che questo ferisca la ragazza, e sottendendo implicitamente, di non capire il perché gli succeda. Questa modalità di funzionamento si verifica allo stesso modo nelle relazioni familiari e amicali in cui la perdita del legame o dei contatti, o eventuali cambi di contesto non sembrano turbare il paziente in alcuna misura.

Sebbene non emergano particolari manifestazioni psicopatologiche, ciò che emerge è il grande ruolo dell'assetto difensivo che organizza il funzionamento psichico di S. Nel corso della terapia, le difese che emergono come predominanti sono: intellettualizzazione, rimozione, isolamento dell'affetto, negazione e razionalizzazione, tutte modalità ossessive che hanno il compito di rendere inaccessibili i nuclei di sofferenza interna.

Nonostante S. appaia molto difeso, è altrettanto motivato a conoscere i suoi movimenti interni, sia quelli consapevoli sia quelli inconsapevoli, ed è dotato di numerose risorse come avere una capacità riflessiva e autosservativa notevole.

4.2 Strumenti per la valutazione dell'assetto difensivo: DMRS e DMRS-Q

Per il seguente studio sono stati individuati strumenti che permettano di indagare in modo efficace l'evoluzione dell'assetto difensivo in tre fasi del processo terapeutico, quali la fase di consultazione, la fase centrale del trattamento e la fase finale di conclusione, compresa di seduta di follow-up. Di seguito, è stata riportata una descrizione a fini conoscitivi degli strumenti.

4.2.1 Defense Mechanism Rating Scales

Fin da subito, la DMRS ha conquistato un ruolo di particolare rilievo nel panorama internazionale, diventando il *gold standard* per la costruzione dell'asse diagnostico dei meccanismi di difesa inserito nel DSM-IV (APA, 1994, 2000).

La scala di valutazione di Perry (1990) si differenzia in modo particolarmente positivo rispetto agli altri strumenti di misura del costrutto per il modello teorico *evidence based* preciso e curato, che permette l'operazionalizzazione delle difese attraverso l'uso di definizioni, funzioni ed esempi dettagliati per ogni meccanismo di difesa. Inoltre, ogni difesa viene descritta secondo la sua definizione, funzione dinamica e diagnosi differenziale con le difese simili.

Il materiale del test comprende i trascritti *verbatim* dei colloqui di terapia estratti dalle registrazioni dei colloqui, sui quali si attua la procedura di codifica che consiste nel riconoscere la presenza/assenza di una difesa all'interno del testo e successivamente nel fare una lista differenziata delle possibili difese e scegliere quella più appropriata tra i sette livelli difensivi proposti.

Poiché la DMRS affonda le radici nel modello gerarchico dei meccanismi di difesa (Vaillant, 1977), i singoli meccanismi di difesa sono articolati in una progressione di sette livelli difensivi, organizzati in base al grado di maturità e adattamento.

La scala identifica 28 meccanismi di difesa raggruppati in 7 livelli gerarchici, che riflettono la gravità del funzionamento psichico del soggetto:

1. Difese di Acting: Acting out, Aggressione passiva, Ipocondriasi;
2. Difese Borderline: Scissione dell'immagine dell'Oggetto, Scissione dell'immagine del Sé, Identificazione proiettiva;
3. Difese di Diniego: Negazione, Proiezione, Razionalizzazione, Ritiro nella fantasia;
4. Difese Narcisistiche: Onnipotenza, Idealizzazione, Svalutazione;
5. Altre Difese Nevrotiche: Rimozione, Dissociazione, Formazione Reattiva, Spostamento;
6. Difese Ossessive: Isolamento Affettivo, Intellettualizzazione, Annullamento Retroattivo;

7. Livello Maturo: indicatore di salute mentale e resilienza: Affiliazione, Altruismo, Anticipazione, Umore, Autoaffermazione, Auto-Osservazione, Sublimazione, Repressione.

Dal punto di vista empirico, lo scoring della scala presenta una notevole completezza, prevedendo diverse possibilità di valutazione del materiale clinico raccolto dai trascritti:

1. *Valutazione qualitativa*: esamina la presenza e l'assenza della difesa e il profilo difensivo;
2. *Valutazione quantitativa*: determina la frequenza con cui compare una determinata difesa e il suo corrispettivo livello difensivo;
3. *Valutazione del livello di maturità*: rappresentato dall'Overall Defensive Functioning (ODF), un indice di maturità difensiva globale compreso tra 1 e 7, ottenuto dal calcolo dei punteggi ponderati sui singoli meccanismi di difesa rispetto al loro livello difensivo di appartenenza.

La valutazione del livello di maturità indica quanto adattivo o disadattivo sia il funzionamento dell'individuo, prestandosi alla funzione di indice *outcome* nella ricerca empirica in studi longitudinali sull'efficacia delle psicoterapie (Lingiardi & Madeddu, 2023). La ricerca ha dimostrato che un incremento dell'ODF è spesso predittivo di un miglioramento nei sintomi e nel funzionamento globale del paziente (Perry & Bond, 2012).

4.2.2 Defense Mechanism Rating Scales - Q-Sort

La DMRS-Q (Di Giuseppe et al., 2014) è uno strumento che nasce con la funzione di valicare alcuni limiti applicativi della DMRS (Perry, 1990), e facilitare la valutazione dei meccanismi di difesa laddove questi risultano facilmente osservabili e utilizzabili con finalità terapeutiche.

La DMRS è uno strumento certamente valido, ma piuttosto dispendioso in termini di risorse, perciò è stata sviluppata la DMRS-Q, uno strumento computerizzato in grado di valutare la gerarchia dei meccanismi di difesa in modo facile e veloce (Di Giuseppe et al., 2014), basato sull'osservazione clinica è in grado di fornire automaticamente una descrizione quantitativa e qualitativa dei meccanismi di difesa utilizzati da un individuo al momento della valutazione.

Lo strumento è organizzato in 150 item relativi a diverse manifestazioni difensive all'interno di sette ranghi dal valore crescente (da 1 a 7) che indicano quanto frequentemente e/o intensamente il soggetto valutato mette in atto una modalità difensiva. La sistematizzazione in ranghi permette una valutazione qualitativa, mentre la valutazione quantitativa si appoggia a tre punteggi principali:

- Overall Defensive Functioning – ODF: compreso tra 1 e 7, i punteggi più bassi rappresentano modalità difensive disadattive e meno mature, mentre quelli più alti modalità difensive adattive e mature;
- Un punteggio proporzionale per ognuno dei sette livelli difensivi inclusi nella gerarchia delle difese, che indica in che percentuale ciascun livello contribuisca a determinare l'ODF;
- Un punteggio proporzionale per ciascuna delle trenta difese incluse nella gerarchia, che indica in che percentuale ciascuna difesa contribuisca a determinare l'ODF.
- Nella valutazione con la DMRS-Q diventa fondamentale ragionare in termini di funzione difensiva e definire mentalmente quali funzioni difensive risultano predominanti nel soggetto valutato, a differenza della DMRS in cui si “contano” le difese presenti nei trascritti, il metodo DMRS-Q si differenzia poiché si attribuisce un valore di rilevanza in base all'inferenza clinica del valutatore.

Entrambi gli strumenti, attraverso l'analisi dei meccanismi di difesa descritti nella gerarchia proposta dalla DMRS (Perry, 1990) e dalla DMRS-Q (Di Giuseppe et al., 2014), permettono quindi di distinguere da che tipo di conflitto l'individuo si stia difendendo, in che misura applichi le strategie difensive e quanto sia consapevole del disagio psicologico generato da determinate fonti di stress interne o esterne (Di Giuseppe, Perry, 2021).

4.3 Materiali e Metodo

4.3.1 Materiali

Oggetto di studio sono stati 10 trascritti verbatim di un totale di 35 sedute audio registrate dalla terapia psicodinamica del paziente in esame, condotta da uno specializzando della Scuola di Specializzazione del Ciclo di Vita presso il SAP. I colloqui sono stati valutati dalla sottoscritta, tirocinante triennale dell'Università degli Studi di Padova, e da uno specializzando della Scuola di Specializzazione del Ciclo di Vita, attraverso DMRS e

DMRS-Q. Per quanto riguarda l'utilizzo della DMRS, i due giudici allo stesso modo hanno ricevuto il training. Lo strumento è stato “testato” indipendentemente con una seduta di “prova” casuale della terapia in esame. Successivamente, è avvenuto un confronto con il supervisore per la discussione per un maggiore accordo e integrazione dei risultati.

4.3.2 Metodo

Utilizzando la DMRS l'analisi è avvenuta operativamente, copiando il trascritto in un documento Word predisposto, evidenziando i contenuti associabili ai differenti meccanismi di difesa. I meccanismi di ciascun colloquio sono stati poi conteggiati indipendentemente nella griglia di valutazione DMRS (Perry, 1990). Al termine delle operazioni di analisi, i giudici si sono confrontati sui risultati ottenuti, compilando la griglia di valutazione DMRS (Perry, 1990) raggiungendo nei protocolli il massimo grado di accordo.

La siglatura dei colloqui è stata svolta in ordine casuale non cronologico, per entrambi i giudici. I giudici hanno compilato la DMRS analizzando i colloqui nel seguente ordine casuale: 1, 3, 5, 17, 29, 11, 23, 33, 34, 35. Successivamente, è stata compilata la DMRS-Q facendo riferimento ai colloqui di consultazione (1, 2, 3) e a quelli di conclusione e follow-up (33, 34, 35).

Rispetto alla DMRS, i giudici hanno individuato rispetto a ciascun colloquio le operazioni difensive del paziente all'interno del testo dei trascritti. Ogni difesa valutata è stata poi inserita nella griglia di valutazione. Le griglie di ogni colloquio sono state discusse dai giudici. Questo ha permesso di individuare un profilo difensivo del paziente e le eventuali oscillazioni e trasformazioni delle modalità difensive nel corso del trattamento. Tutti i risultati ricavati sono stati condivisi e passati al vaglio del supervisore.

Rispetto alla DMRS-Q i giudici hanno individuato ciascuno i movimenti difensivi rispettivamente alla consultazione e alla conclusione della terapia, permettendo di individuare un'immediata descrizione quantitativa e qualitativa dell'assetto difensivo del paziente nei momenti di inizio e fine terapia, e di osservare l'evoluzione e la maturazione di questi. Tutti i risultati ricavati sono stati condivisi e passati al vaglio del supervisore.

4.3.3 Analisi dei dati

I dati ricavati dalla codifica della DMRS sono stati organizzati e analizzati per ciascuno dei dieci colloqui esaminati. Per ogni seduta sono state calcolate le frequenze assolute e le frequenze percentuali di ciascun meccanismo di difesa identificato, consentendo di definire il profilo difensivo del paziente per ogni colloquio e di osservarne le variazioni nel corso del processo terapeutico.

I dati ricavati dalla codifica della DMRS-Q sono stati organizzati in due momenti principali, ciascuno comprensivo di tre sedute: la consultazione (colloqui 1, 2, 3) e la conclusione (colloqui 33, 34, 35), permettendo una visione complessiva ed esplicativa dell'evoluzione e della maturazione dell'assetto difensivo del paziente in due momenti opposti della terapia.

Capitolo 5: Risultati

Di seguito saranno descritti e discussi i dati ottenuti dalla DMRS-Q e dalla DMRS attraverso il confronto pre e post dei punteggi.

5.1 DMRS-Q

I dati ottenuti dalla DMRS-Q effettuata sui primi tre colloqui di consultazione dipingono S. come un paziente estremamente difeso: le difese che emergono maggiormente dai risultati sono intellettualizzazione e isolamento dell'affetto, tra le difese ossessive, e dissociazione tra quelle nevrotiche. In consultazione emerge quindi un paziente con un assetto difensivo caratterizzato principalmente da difese nevrotiche (livello 5) e difese ossessive (livello 6).

L'assetto difensivo nevrotico ed ossessivo di S. viene confermato dal punteggio dell'Overall Defensive Functioning (ODF), l'indice quantitativo sintetico che esprime il livello medio di maturità del funzionamento difensivo di un individuo in un determinato periodo della terapia. Nella fase di consultazione (punteggio di 4.39), il paziente riporta un ODF medio-basso legato ad un assetto difensivo rigido, non adattivo e poco funzionale che corrisponde all'uso prevalente di difese di tipo nevrotico che confermano la rilevazione clinica della strategia di disattivazione di affetti intollerabili.

Al contrario, i dati ottenuti dalla DMRS-Q svolta in corrispondenza degli ultimi tre colloqui conclusivi, individuano come difese principali l'umorismo, l'auto-osservazione e l'affiliazione, che rientrano nelle difese mature (livello 7). Dalla DMRS-Q effettuata in fase di conclusione emerge quindi l'evoluzione e la maturazione dell'assetto difensivo di S., confermata da un ODF alto, legato ad un assetto difensivo adattivo e funzionale, corrispondente all'utilizzo di difese mature.

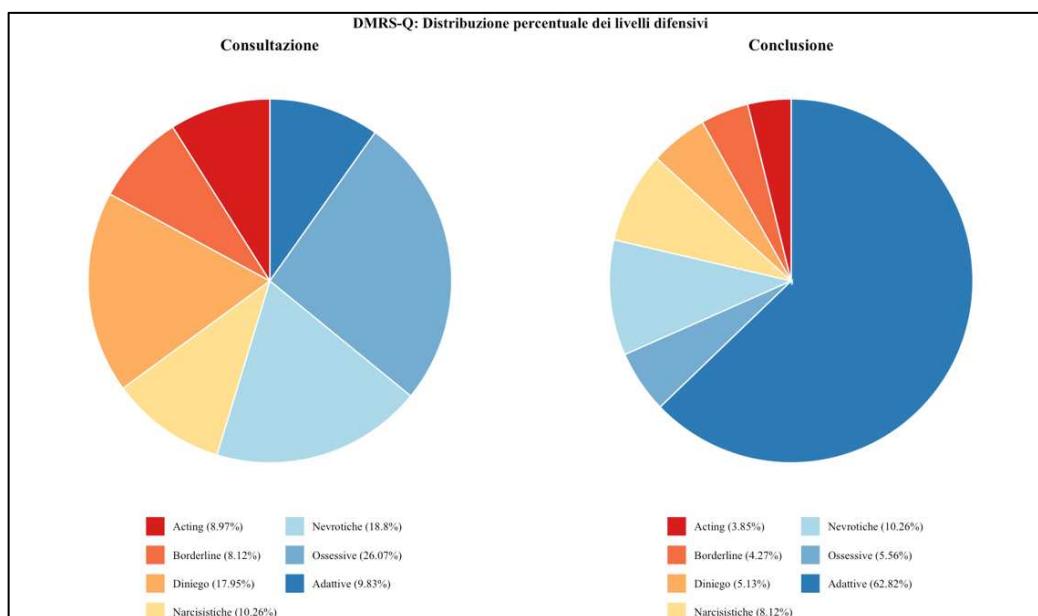


Grafico 5.1

Sia i dati raccolti in fase di consultazione, esplicativi della rigidità e della disfunzionalità dell'assetto difensivo di S., sia i dati della conclusione, corroborano l'ipotesi dell'evoluzione e della maturazione dell'assetto difensivo del paziente all'interno del percorso terapeutico, osservabile confrontando sia le percentuali dei livelli difensivi (Grafico 5.1) sia i punteggi ODF riguardanti i due momenti distinti della terapia (Grafico 5.2).

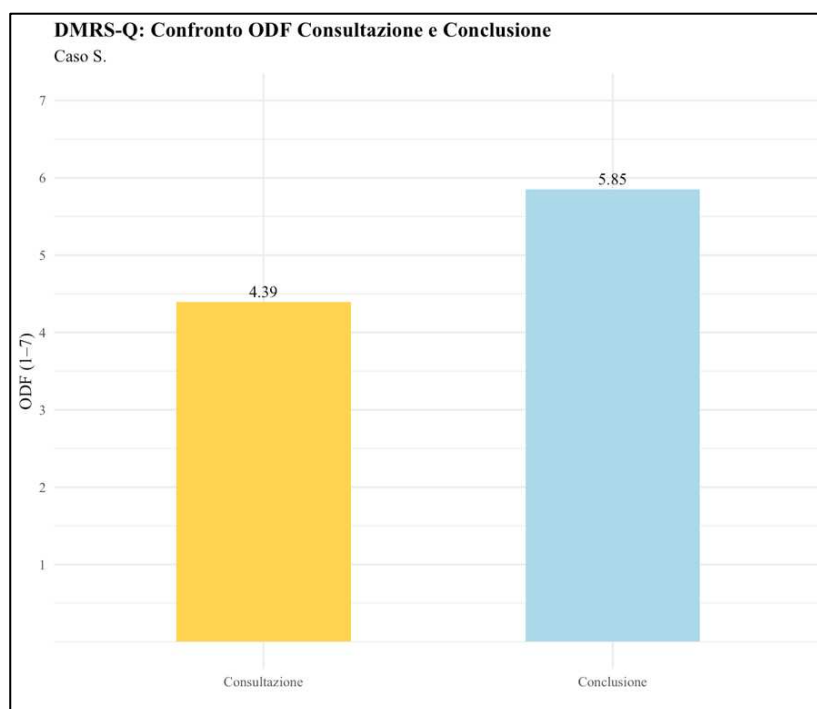


Grafico 5.2

5.2 DMRS

Facendo riferimento al Grafico 5.3, è possibile notare come cambi la distribuzione dei livelli difensivi e la loro evoluzione nel corso dei 10 colloqui analizzati.

Nel primo periodo della terapia, individuabile tra il primo e il diciassettesimo colloquio, i livelli difensivi appaiono stabili, è possibile notare l'elevata presenza delle difese ossessive e di quelle nevrotiche, coerentemente con ciò che emerge dai dati della DMRS-Q. Il primo periodo è associabile al momento esplorativo della terapia, in cui S. e il terapeuta iniziano a costruire la relazione terapeutica nella quale S. mostra e indaga il suo assetto difensivo rigido e ossessivo. In un primo momento emerge la sensazione di un distacco costante, che S. individua la metafora del “sentirsi sott'acqua” che accompagna gran parte del primo periodo di terapia: la sensazione che comunicano queste parole è quella di un profondo distacco sia da ciò che circonda S. esternamente, sia da ciò che lo pervade internamente.

Successivamente, in concomitanza con il diciassettesimo colloquio, risiede la chiave di volta del processo terapeutico, in cui si verifica uno spostamento significativo dei livelli difensivi: è possibile osservare uno spostamento verso il livello 7 (livello delle difese mature) contemporaneamente al momento in cui S. affronta un movimento depressivo. S. arriva in seduta molto scosso, comunicando di aver affrontato una settimana molto “in discesa” ma di essere riuscito a risalire: racconta di un episodio specifico in cui una mattina è andato a fare colazione da solo, solo perché aveva voglia di farlo, e di come questo l'abbia fatto sentire meglio: è un momento, nella sua semplicità, estremamente trasformativo, in cui S. apre sé stesso alla possibilità di accogliere gli affetti negativi e comunica al terapeuta che percepisce un senso di apertura. In questo momento esatto, la relazione terapeutica è molto salda: terapeuta e paziente vibrano alla stessa frequenza. Questi movimenti permettono a S. di scardinare la rigidità difensiva e concedersi di accedere a parte degli affetti precedentemente rimossi.

A partire dal ventitreesimo colloquio S. inizia a tollerare i propri affetti negativi adottando uno stile difensivo meno rigido e più adattivo e verso la fase conclusiva, individuata in corrispondenza del ventinovesimo colloquio, S. dimostra di saper adottare strategie difensive mature funzionali. Precisamente, nel ventinovesimo colloquio, accadono due scambi molto significativi: in un primo momento S. chiede al terapeuta di poter ridurre la

frequenza delle sedute. La richiesta non è accompagnata da alcun movimento difensivo, al contrario dalle sue parole emerge un forte senso di auto-affermazione: S. chiede infatti di poter avere più tempo tra una seduta e l'altra per "sentire e interiorizzare meglio quello che ci diciamo". Da questo si evince moltissimo l'origine profonda della richiesta e come S. sia stato capace di comprendersi e sintonizzarsi con il proprio tempo interno.

Il terapeuta accoglie la richiesta e chiede a S. di comprendere insieme sul perché di questo desiderio, e di guardare indietro al sé stesso di un anno fa: S. si dimostra aperto, auto-ironico e consapevole, tanto da affermare che "anche se è più facile da spiegare agli altri che io voglia diventare un regista, adesso voglio diventare me stesso".

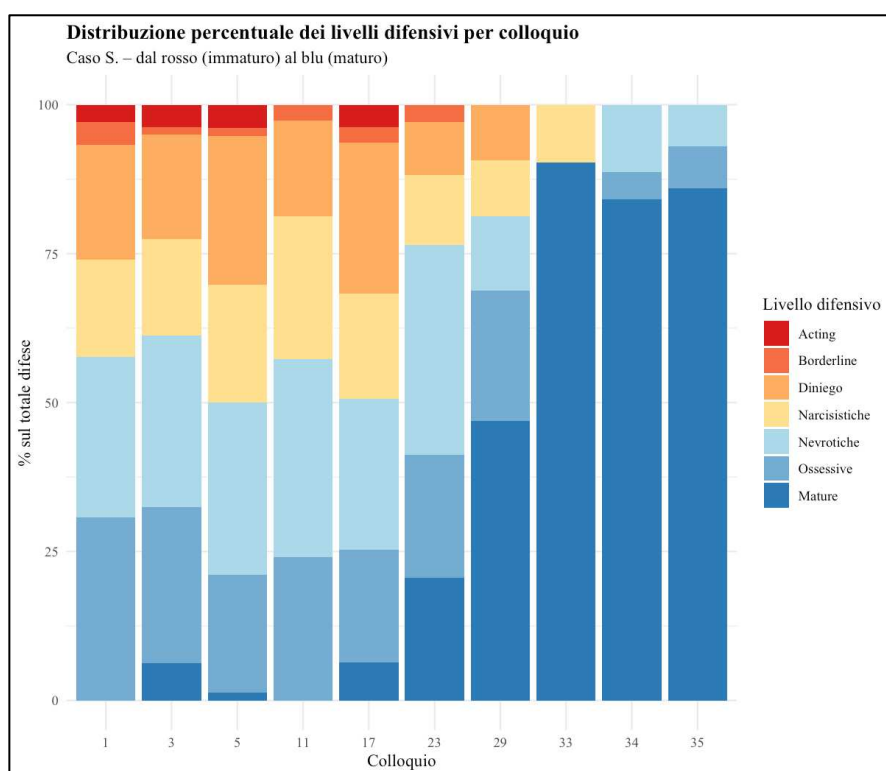


Grafico 5.3

Ad ulteriore supporto nella rappresentazione del cambiamento profondo di S., come illustrato nel Grafico 5.4, è stato rappresentato l'Overall Defensive Functioning (ODF) attraverso un grafico di andamento longitudinale, che consente di visualizzare la traiettoria del funzionamento difensivo di S. nel corso del trattamento.

L'andamento longitudinale del Grafico 5.4 rapporta un incremento qualitativamente significativo nel corso della terapia: è possibile osservare come in fase di consultazione (colloqui 1 e 3 con punteggi di 4.52 e 4.71) il livello di ODF sia medio-basso, successivamente mantiene un'oscillazione relativamente stabile nella prima parte della

terapia (colloqui 5, 11, 17 con punteggi di 4.36, 4.57 e 4.42), ma comunque di livello medio-basso. A partire dal colloquio 17, corrispondente alla fase centrale della terapia, l'ODF inizia un incremento costante e significativo fino alla conclusione del percorso (colloqui 23, 29, 33 con punteggi 5.21, 5.88, 6.71), indice di una maturazione significativa del funzionamento difensivo e adattivo di S.

Questi dati implicano che nel trattamento sia avvenuta una trasformazione strutturale, caratterizzata da un cambiamento dell'assetto difensivo e da un aumento delle strategie difensive adattive e funzionali.

È possibile individuare questo cambiamento strutturale sia a livello empirico, sia nelle sensazioni del terapeuta, ma soprattutto nei contenuti del paziente: S. nel trentatreesimo colloquio condivide con il terapeuta un'immagine altamente evocativa e profonda. Il paziente racconta di aver visto un film in cui il regista spiegava il processo di creazione di un film, paragonandolo ad un parto: l'immagine della gestazione, restituita al terapeuta sul fine della terapia, rivela la sensazione di S. di “star partorendo sé stesso”.

Con l'aiuto del terapeuta, S. si guarda indietro e non si sente più “sott'acqua”, ma sente di poter stare “sulla spiaggia”.

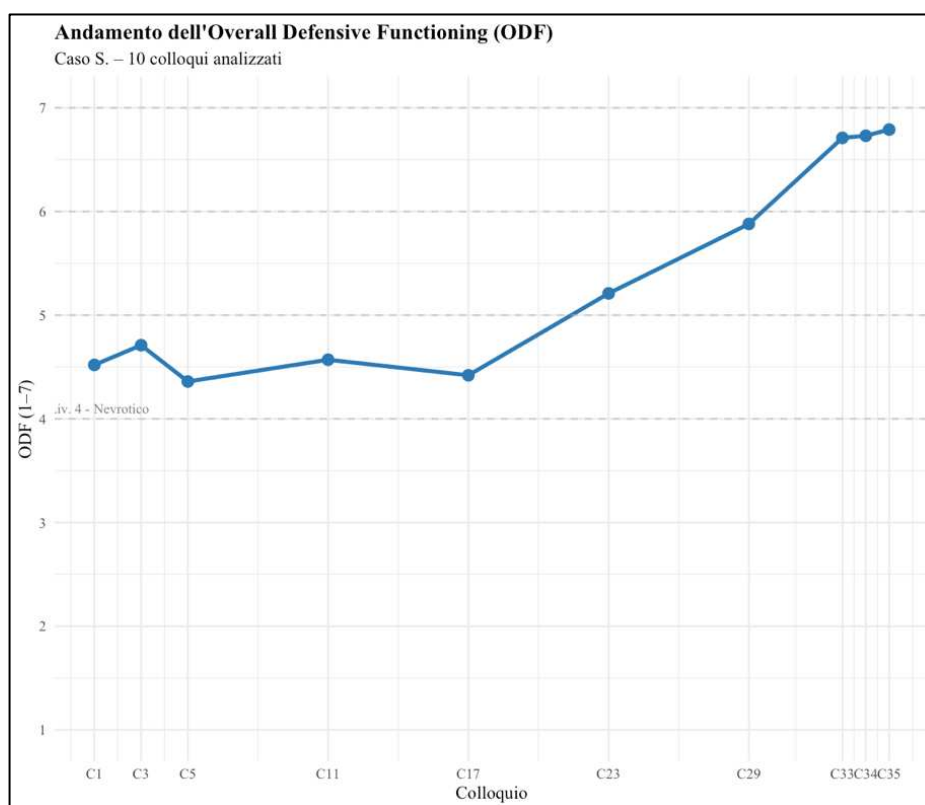


Grafico 5.4

Capitolo 6: Conclusioni

6.1 Discussione risultati

I risultati ottenuti confermano l'ipotesi formulata: il trattamento psicoterapeutico psicodinamico ha permesso una trasformazione significativa dei meccanismi di difesa nel paziente, determinando uno spostamento da pattern difensivi immaturi e poco adattivi verso assetti difensivi maturi e adattivi.

Nel complesso, l'andamento longitudinale dei dati mostra una traiettoria evolutiva lineare e coerente, caratterizzata dal passaggio da un assetto difensivo medio-basso, ad uno alto: nello specifico, il confronto tra i dati della DMRS-Q in fase di consultazione e di conclusione, così come l'andamento longitudinale dell'ODF rilevato attraverso la DMRS, restituiscono in modo coerente questa stessa evoluzione, rafforzando l'ipotesi attraverso due metodologie di misurazione complementari.

Nella prospettiva psicodinamica del trattamento, i risultati suggeriscono che il percorso terapeutico abbia favorito un progressivo rafforzamento delle difese ad alto funzionamento, configurando un riassetto e un rafforzamento dell'assetto difensivo generale. Coerentemente con il modello gerarchico di Vaillant (1977) e con la successiva operazionalizzazione di Perry (1990), le difese si sono evolute in un assetto difensivo maturo, spostandosi lungo il continuum immaturità/maturità precedentemente citato.

6.2 Limiti e prospettive future dello studio

Il presente studio incontra dei limiti, innanzitutto, si tratta di uno studio su caso singolo; perciò, la generalizzabilità dei risultati è limitata, lo studio però offre spunti teorici applicabili in altri contesti clinici. La durata di un anno del trattamento non permette di osservare il carattere a lungo termine dei cambiamenti individuati in S.: la presenza, l'evoluzione e la maturazione dell'assetto difensivo è comprovata, non lo è altrettanto la sua stabilità nel lungo termine dopo la fine del trattamento.

Future ricerche potrebbero approfondire il processo terapeutico, rispetto al caso singolo in esame, nello specifico l'eventuale evoluzione dell'alleanza terapeutica attraverso specifici strumenti che rilevino la variazione delle strutture di interazione tra paziente e terapeuta (come, per esempio, lo *Psychotherapy Process Q-Set* di Jones).

6.3 Considerazioni conclusive

Nonostante i dati quantitativi rendano oggettivamente il cambiamento di S., è nel materiale clinico che si conserva il vero e autentico cambiamento: la metafora del “sentirsi sott’acqua” che compare all’inizio della terapia restituisce sensibilmente il distacco emotivo, e racchiude in modo simbolico le difese nevrotiche ed ossessive che compaiono frequentemente nei primi momenti. Il punto di svolta individuato empiricamente nel diciassettesimo trova un preciso correlato clinico con l’episodio della colazione raccontato da S. in quella stessa seduta. Così lo è anche la richiesta di diradare le sedute, posta nel ventinovesimo colloquio, non come movimento di distacco ma come espressione di un bisogno autentico. Nell’immagine della gestazione che compare alla trentatreesima seduta risiede il più prezioso correlato clinico: “partorire sé stessi” è ciò di più simbolico con cui si potrebbe descrivere il processo terapeutico con un giovane adulto.

Bibliografia

- Alarcon, G. M., Bowling, N. A., & Khazon, S. (2013). Great expectations: A meta-analytic examination of optimism and hope. *Personality and Individual Differences, 54*(7), 821–827.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist, 55*(5), 469–480.
- Arnett, J. J. (2007). The long and leisurely route: Coming of age in Europe today. *Current History, 106*, 130–136.
- Arnett, J. J. (2015). *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties* (2nd ed.). Oxford University Press.
- Békés, V., Prout, T. A., Di Giuseppe, M., Wildes Ammar, L., Kui, T., Arsena, G., & Conversano, C. (2021). Initial validation of the Defense Mechanisms Rating Scales Q-sort: A comparison of trained and untrained raters. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology, 9*(2).
- Bjarnason, T., & Sigurdardottir, T. J. (2003). Psychological distress during unemployment and beyond: Social support and material deprivation among youth in six Northern European countries. *Social Science & Medicine, 56*(5), 973–985.
- Blatt, S. J. (2008). *Personality development, psychopathology, and psychotherapy: A theory of personality integration*. American Psychological Association.
- Brenner, C. (1976). *Breve corso di psicoanalisi* (2nd ed.; G. Martinelli, Trans.). Martinelli. (Original work published 1973)

- Burt, K. B., & Paysnick, A. A. (2012). Resilience in the transition to adulthood. *Development and Psychopathology*, 24(2), 493–505.
- De Roten, Y., Djillali, S., Crettaz von Roten, F., Despland, J. N., & Ambresin, G. (2021). Defense mechanisms and treatment response in depressed inpatients. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.633939>
- Di Giuseppe, M., & Perry, J. C. (2021). The hierarchy of defense mechanisms: Assessing defensive functioning with the Defense Mechanisms Rating Scales Q-sort (DMRS-Q). *Frontiers in Psychology*, 12.
- Di Giuseppe, M., Perry, J. C., Conversano, C., Gelo, O. C. G., & Gennaro, A. (2020). Defense mechanisms, gender and adaptiveness in emerging personality disorders in adolescent outpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 208(12), 933–941.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. W. W. Norton & Company.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (2019). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 56(6), 774–786.
- Fonagy, P., Target, M., & Gergely, G. (2015). Psychoanalytic perspectives on developmental psychopathology. In D. Cicchetti (Ed.), *Developmental psychopathology: Vol. 1. Theory and method* (pp. 701–749). Wiley.
- Freud, A. (1978). L'Io e i meccanismi di difesa. In *Opere* (Vol. 1). Bollati Boringhieri. (Original work published 1936)

- Freud, S. (1967). Le neuropsicosi da difesa. In *Opere* (Vol. 2). Bollati Boringhieri.
(Original work published 1894)
- Freud, S. (1967). Ricordi di copertura. In *Opere* (Vol. 2). Bollati Boringhieri. (Original work published 1899)
- Freud, S. (1976). La rimozione. In *Opere* (Vol. 7). Bollati Boringhieri. (Original work published 1915)
- Freud, S. (1979). Costruzioni nell'analisi. In *Opere* (Vol. 11). Bollati Boringhieri.
(Original work published 1937)
- Giacobbi, M. (2009). *Peter e Wendy. Psicoterapia psicoanalitica del paziente giovane adulto*. Mimesis.
- Gomis-Pomares, A., & Villanueva, L. (2020). The effect of adverse childhood experiences on deviant and altruistic behavior during emerging adulthood. *Psicothema*, 32(1), 33–39.
- Handley, E. D., Russotti, J., Rogosch, F. A., & Cicchetti, D. (2019). Developmental cascades from child maltreatment to negative friend and romantic interactions in emerging adulthood. *Development and Psychopathology*, 31(5), 1649–1659.
- 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*, 56(4), 539–554.
- Høglend, P., & Perry, J. C. (1998). Defensive functioning predicts improvement in major depressive episodes. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(4), 238–243.

- Kernberg, O. F. (1987). *Disturbi gravi della personalità*. Bollati Boringhieri. (Original work published 1984)
- Kernberg, O. F. (1988). Proiezione e identificazione proiettiva. Aspetti clinici ed evolutivi [e] Discussione del contributo di Otto F. Kernberg. In J. Sandler (Ed.), *Proiezione, identificazione, identificazione proiettiva* (pp. 119–160). Bollati Boringhieri. (Original work published 1987)
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., & Walters, E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593–602.
- Klein, M. (1978). Tendenze criminali nei bambini normali. In *Scritti 1921–1958* (pp. 197–213). Bollati Boringhieri. (Original work published 1927)
- Klein, M. (1978). Note su alcuni meccanismi schizoidi. In *Scritti 1921–1958* (pp. 409–434). Bollati Boringhieri. (Original work published 1946)
- Lilliengren, P., & Werbart, A. (2010). Therapists' view of therapeutic action in psychoanalytic psychotherapy with young adults. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(4), 570–585.
- Lingiardi, V., Lonati, C., Delucchi, F., Fossati, A., Vanzulli, L., & Maffei, C. (1999). Defense mechanisms and personality disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(4), 224–228.
- Lingiardi, V., & Madeddu, F. (2023). *I meccanismi di difesa. Teoria, valutazione, clinica* (3rd ed.). Raffaello Cortina.

- McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S., Kaplan, A., Wolf, J., & Lanza Hurley, C. (2003). *Treating affect phobia: A manual for short-term dynamic psychotherapy*. Guilford Press.
- Newcomb-Anjo, S. E., Barker, E. T., & Howard, A. L. (2017). A person-centered analysis of risk factors that compromise wellbeing in emerging adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, 46(4), 867–883.
- OECD. (2014). *OECD.statextracts. Short-term labor market statistics: Unemployment rates by age and gender*. Retrieved June 15, 2014, from <http://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=36499>
- Pereira, A. S., Dutra-Thomé, L., & Koller, S. H. (2016). Social skills and risk and protective factors in emerging adulthood. *Psico*, 47(4), 268–278.
- Perry, J. C. (1990). *Defense Mechanism Rating Scale* (5th ed.). [Published in Appendix to V. Lingardi & F. Madeddu (1994), *I meccanismi di difesa. Teoria clinica e ricerca empirica*, Raffaello Cortina.]
- Perry, J. C. (2014). Anomalies and specific functions in the clinical identification of defense mechanisms. *Journal of Clinical Psychology*, 70(5), 406–418.
- Perry, J. C., Beck, S. M., Constantinides, P., & Foley, J. E. (2009). Studying change in defensive functioning in psychotherapy using the defense mechanism rating scales: Four hypotheses, four cases. In R. A. Levy & J. S. Ablon (Eds.), *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy: Bridging the gap between science and practice* (pp. 121–153). Humana Press.

- Perry, J. C., & Bond, M. (2012). Change in defense mechanisms during long-term dynamic psychotherapy and five-year outcome. *The American Journal of Psychiatry*, 169(9), 916–925.
- Perry, J. C., & Bond, M. (2017). Addressing defenses in psychotherapy to improve adaptation. *Psychoanalytic Inquiry*.
- Perry, J. C., Herman, J. L., van der Kolk, B. A., & Hoke, L. A. (1990). Psychotherapy and psychological trauma in borderline personality disorder. *Psychiatric Annals*, 20(1), 33–43.
- Perry, J. C., & Høglend, P. (1998). Convergent and discriminant validity of overall defensive functioning. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(9), 529–535.
- Perry, J. C., & Kardos, M. E. (1995). A review of the Defense Mechanism Rating Scales. In H. R. Conte & R. Plutchik (Eds.), *Ego defenses: Theory and measurement* (pp. 283–299). John Wiley & Sons.
- Pietropolli Charmet, G. (2013). *Fragile e spavaldo: Ritratto dell'adolescente di oggi*. GLF Laterza.
- Prout, T. A., Di Giuseppe, M., Zilcha-Mano, S., Perry, J. C., & Conversano, C. (2022). Psychometric properties of the Defense Mechanisms Rating Scales-Self-Report-30 (DMRS-SR-30): Internal consistency, validity and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 104(6), 833–843.
- Riva Crugnola, C. (2017). Modalità di intervento clinico in emerging adulthood. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 21(2), 321–327.

- Riva Crugnola, C. (2024). *Diventare giovani adulti. L'approccio psicodinamico a livello evolutivo e clinico* (pp. 5–206). Raffaello Cortina Editore.
- Schaefer, L. M., Howell, K. H., Schwartz, L. E., Bottomley, J. S., & Crossnine, C. B. (2018). A concurrent examination of protective factors associated with resilience and posttraumatic growth following childhood victimization. *Child Abuse & Neglect*, 85, 17–27.
- Scharf, M., Mayseless, O., & Kivenson-Baron, I. (2004). Stability and change in adolescents' attachment representations: The role of social context and cognitive and behavioral processes. *Journal of Adolescence*, 27(4), 447–461.
- Schechter, M., Herbstman, B., Ronningstam, E., & Goldblatt, M. J. (2018). Emerging adults, identity development, and suicidality: Implications for psychoanalytic psychotherapy. *Psychoanalytic Study of the Child*, 71(1), 20–39.
- Schulenberg, J. E., Sameroff, A. J., & Cicchetti, D. (2004). The transition to adulthood as a critical juncture in the course of psychopathology and mental health. *Development and Psychopathology*, 16(4), 799–806.
- Settersten, R. A., Jr., & Ray, B. (2010). What's going on with young people today? The long and twisting path to adulthood. *The Future of Children*, 20(1), 19–41.
- Shulman, S. (2017). The emerging adulthood years: Finding one's way in career and intimate love relationships. *Psychoanalytic Study of the Child*, 70(1), 40–62.
- Sica, L. S., Crocetti, E., Ragozini, G., Aleni Sestito, L., & Serafini, T. (2016). Future-oriented or present-focused? The role of social support and identity styles on futuring in Italian late adolescents and emerging adults. *Journal of Youth Studies*, 19(2), 183–203.

- Silverman, J., & Aafjes-van Doorn, K. (2023). Coping and defense mechanisms: A scoping review. *Clinical Psychology: Science and Practice*.
- Tanner, J. L. (2006). Recentering in emerging adulthood: A critical turning point in life span human development. In J. J. Arnett & J. L. Tanner (Eds.), *Emerging adults in America: Coming of age in the 21st century* (pp. 21–55). American Psychiatric Association.
- 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(2), 107–118.
- Vaillant, G. E. (1977). *Adaptation to life*. Little, Brown.
- Vaillant, G. E. (1992). *Ego mechanisms of defense: A guide for clinicians and researchers*. American Psychiatric Press.
- Vogel, E. A., Rose, J. P., Roberts, L. R., & Eckles, K. (2014). Social comparison, social media, and self-esteem. *Psychology of Popular Media Culture*, 3(4), 206–222.
- Von Below, C. (2020). “We just did not get on”: Young adults’ experiences of unsuccessful psychodynamic psychotherapy—A lack of meta-communication and mentalization? *Frontiers in Psychology*, 11, Article 1243.
- Von Below, C., Werbart, A., & Rehnberg, S. (2010). Experiences of overcoming depression in young adults in psychoanalytic psychotherapy. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 12(2), 129–147.
- Winnicott, D. W. (1967). *The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*. Hogarth Press.