



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata

**Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinico-Dinamica**

**Tesi di Laurea Magistrale**

**Evoluzione dei meccanismi di difesa in un trattamento  
psicoterapeutico a orientamento dinamico: uno  
studio *single-case***

**Evolution of defense mechanisms in dynamically oriented psychotherapeutic  
treatment: a single-case study**

*Relatore*

Prof. Diego Rocco

*Laureanda:* Valeria Ziffoni

*Matricola:* 2015599

Anno Accademico 2021-2022



*Alla mia famiglia*

## INDICE

<b>INTRODUZIONE</b>	1
<b>CAPITOLO I - La ricerca in psicoterapia</b>	4
1.1 Fattori specifici e aspecifici della ricerca	4
1.2 La ricerca sui risultati	6
1.3 La ricerca sul processo	7
1.4 La ricerca <i>process-outcome</i>	9
1.5 La ricerca <i>single-case</i>	10
<b>CAPITOLO II – I meccanismi di difesa</b>	14
2.1 <i>Excursus</i> storico dei meccanismi di difesa	14
2.2 Organizzazione gerarchica dei meccanismi di difesa	18
2.3 La ricerca relativa ai meccanismi difensivi	27
<b>CAPITOLO III - La ricerca</b>	<b>30</b>
3.1 Obiettivi e ipotesi	30
3.2 Metodo	32
3.2.1 Partecipante	32
3.2.2 Strumenti	32
3.2.3 Procedura	41
<b>CAPITOLO IV - I risultati</b>	<b>44</b>
4.1 Risultati	44
4.1.1 Valutazione della personalità tramite la SWAP-200	44
4.1.2 Analisi della profilo psicopatologico con il MCM-III	46
4.1.3 Differenze di funzionamento difensivo calcolato tramite la DRMS all'inizio e al termine del trattamento psicoterapeutico	48
<b>CAPITOLO V - Discussione e conclusioni</b>	<b>50</b>
5.1 Discussione dei risultati	50

5.2 Conclusioni

56

**BIBLIOGRAFIA**

**58**



## INTRODUZIONE

I meccanismi di difesa sono uno dei costrutti più durevoli in ambito della psicologia dinamica che abbracciano teoria, clinica e ricerca sin dalla pubblicazione dell'opera di Freud "Le Neuropsicosi di Difesa" nel 1894. I meccanismi di difesa sono una risposta dell'individuo a una situazione stressante, sia per quanto riguarda il suo mondo interno, che la realtà esterna. Ogni persona utilizza delle difese specifiche che si formano nel corso di vita e vengono adottate, quasi sempre, inconsciamente: esistono difese più adattive e difese meno adattive, valutate in base alla loro rigidità, intensità e contesto in cui si manifestano. Questi meccanismi sono fondamentali per la valutazione della personalità in psicologia, in quanto rappresentano un punto di riferimento per comprendere meglio lo sviluppo e l'organizzazione della personalità dei pazienti. Per tale motivo, la ricerca in psicoterapia si è focalizzata su questi processi mentali e, grazie al trattamento terapeutico, è possibile modificare i meccanismi di difesa che un individuo adotta, e perciò anche i suoi schemi relazionali e la capacità di autoregolazione, elementi caratteristici per individuare il suo stile di personalità.

L'obiettivo della presente ricerca è stato quello di indagare i cambiamenti a livello difensivo di un paziente con una diagnosi di Disturbo di Dipendente di Personalità (*Dependent Personality Disorder*, DDP) sottoposto a un trattamento psicoterapeutico a orientamento psicodinamico. Per svolgere questo studio si è deciso di utilizzare la *Defense Mechanism Rating Scale* (DMRS; Perry, 1990), strumento cardine per quanto riguarda la rilevazione dei meccanismi difensivi in terapia. Per valutare la personalità del paziente ad inizio terapia si è deciso di ricorrere alla *Shedler-Western Assessment Procedure-200* (SWAP-200; Western, Shedler & Lingardi, 2003) e al *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III* (MCMI-III; Millon, 1997). Il MCMI-III è stato compilato nuovamente dal paziente dopo un mese al termine della terapia, mentre la SWAP-200 è stata applicata sulle ultime tre sedute.

Il primo capitolo di questo scritto approfondirà la ricerca in psicoterapia a partire dalle sue origini ad oggi. Verranno descritte le varie tipologie di indagine che possono essere adottate dai ricercatori in psicologia, facendo particolare attenzione ai fattori specifici e aspecifici relativi alla ricerca in questo ambito. Inoltre, questo capitolo si concentrerà sulle implicazioni relative allo studio concernente i meccanismi di difesa in ambito clinico.

Nel secondo capitolo verrà presentato un breve *excursus* storico dei meccanismi difensivi, a partire dalle prime intuizioni di Freud. Inoltre, all'interno del capitolo si troverà la

descrizione dei vari meccanismi di difesa, elencati in ordine gerarchico; verranno poi illustrate alcune scoperte empiriche compiute negli anni in questo campo.

Gli ultimi tre capitoli saranno dedicati alla ricerca. Per prima cosa, nel terzo capitolo saranno definiti gli obiettivi e le ipotesi che hanno guidato la realizzazione di questa indagine. In seguito, verrà esposto il metodo utilizzato per condurre questo studio, facendo riferimento al suo unico partecipante, agli strumenti implicati e alla procedura adottata. Infine, nel quarto capitolo verranno riportati i risultati ottenuti, i quali verranno successivamente discussi nel capitolo finale. In conclusione, saranno evidenziati i limiti della presente ricerca e le sue possibili future implicazioni cliniche e di indagine.





## CAPITOLO I

### LA RICERCA IN PSICOTERAPIA

La ricerca in psicoterapia è nata grazie ai vari studi di Karl Abraham negli anni Venti e di Edward Glover negli anni Trenta e si occupa principalmente di due ambiti: la ricerca sui risultati (*outcome research*) e la ricerca sul processo (*process research*) (Dazzi, 2006). L'integrazione di questi due campi di ricerca prende il nome di *process-outcome research*, la quale si propone di studiare il rapporto tra tutto ciò che avviene in terapia e l'esito della terapia stessa (Dazzi, 2006). Nel corso della storia della psicologia, in base anche al contesto storico-culturale vissuto dai ricercatori, ci sono stati periodi in cui è stata protagonista la ricerca sui risultati e altri in cui, invece, ha prevalso la ricerca sul processo (Dazzi, 2006). Fondamentale, inoltre, è stato l'avvento del registratore audio, che ha permesso di registrare le sedute e poterle successivamente riascoltare e studiare, così come l'avvento della posta elettronica (*e-mail*), che ha favorito uno scambio di informazioni tra i vari ricercatori di tutto il mondo (Hill & Corbett, 1993).

#### 1.1 Fattori specifici e aspecifici della ricerca

La ricerca in psicoterapia può essere organizzata indagando i fattori specifici, domandandosi ovvero se gli elementi caratteristici di un determinato orientamento terapeutico siano responsabili di un cambiamento durante e/o dopo il trattamento, e i fattori aspecifici, cioè tutti quegli elementi che sono trasversali a tutte le terapie (e.g. caratteristiche tipiche del paziente e del terapeuta, quali età, esperienza, tipo di disturbo, alleanza terapeutica...) (Dazzi, 2006). Questi fattori, introdotti da Rosenthal e Frank nel 1956, hanno un ruolo fondamentale per ciò che concerne la ricerca in psicoterapia (Butler & Strupp, 1986; Strupp e Hadley, 1979).

I fattori aspecifici sono quegli elementi propri della relazione clinico-paziente che non si legano a nessun particolare orientamento teorico (Chatoor & Krupnick, 2001). Sono stati divisi da Lambert (2004) in fattori supportivi (e.g. alleanza terapeutica, identificazione con il clinico, empatia...), fattori di apprendimento (e.g. esperienza emotiva, capacità di *insight*...) e fattori di azione (e.g. regolazione comportamentale, esame di realtà...) (Dazzi, 2006). Strupp (2001) ha dimostrato che l'esito di una psicoterapia è spesso influenzato da questi fattori, i quali fanno sì che si possa creare un clima positivo all'interno della pratica

clinica. In particolare, il principale fattore aspecifico comune a tutti i trattamenti psicoterapeutici è la relazione tra paziente e terapeuta, denominata alleanza terapeutica, ovvero l'accordo sugli obiettivi e sui compiti della terapia nel contesto di un legame affettivo positivo tra paziente e clinico (Bordin, 1979; De Bei, 2006).

Per esempio, i pazienti più portati a stabilire un'alleanza terapeutica con il proprio clinico hanno una maggiore probabilità di concludere il trattamento positivamente (Butler & Strupp, 1986; Howard, Berry & Haddock, 2021). In una ricerca svolta da Henry, Schacht e Strupp (1986) sono stati messi a confronto dei pazienti seguiti dallo stesso psicoterapeuta; alcuni di essi hanno ottenuto risultati positivi dal trattamento, altri, invece, negativi. I dati suggeriscono che il terapeuta tende ad avere un rapporto più caloroso con i pazienti che dimostrano un cambiamento maggiore, mentre è meno coinvolto nella relazione terapeutica con i pazienti che oppongono più resistenza (Henry et al., 1986). Ciò indica che il rapporto interpersonale tra paziente e terapeuta è fondamentale per quanto riguarda l'esito di un trattamento psicologico (Butler & Strupp, 1986).

I fattori specifici del trattamento psicoterapeutico si riferiscono al particolare orientamento teorico adottato dal clinico e alle tecniche specifiche legate ad esso (Chatoor & Krupnick, 2001). Numerosi studi hanno confermato che i trattamenti in terapia si equivalgono; ciò implica che i fattori specifici di ogni terapia non sono responsabili di un cambiamento nei pazienti, che invece dovrebbe essere attribuito ai fattori aspecifici, presenti appunto in ogni tipo di trattamento (Dazzi, 2006). Questo è stato dimostrato anche empiricamente: i fattori aspecifici hanno un ruolo significativamente più importante nell'*outcome* di quanto lo abbiano i fattori specifici (Dazzi, 2006). Tale risultato, però, non implica che i fattori specifici non svolgano un compito essenziale; anzi, sembra che un buon esito in terapia sia possibile solo grazie a un'interazione tra questi fattori (Dazzi, 2006).

Nello studio condotto da Beutler e Harwood (2002), è stato dimostrato che i fattori aspecifici siano una condizione essenziale per un cambiamento, ma da soli non possano spiegare l'*outcome* terapeutico. Infatti, i fattori specifici e aspecifici si influenzano e si rafforzano a vicenda (Chatoor & Krupnick, 2001). Valutando congiuntamente dei fattori aspecifici, come l'alleanza terapeutica o le variabili pretrattamento relative al paziente, e dei fattori specifici, ossia quattro diversi tipi di interventi adottati dai terapeuti, su un campione composto da 40 pazienti, si è osservato come la loro interazione fosse in grado di spiegare almeno il 60% della varianza rispetto all'*outcome* (Dazzi, 2006).

## 1.2 La ricerca sui risultati

La ricerca sui risultati, o *outcome research*, nasce con l'obiettivo di valutare l'efficacia della psicoterapia come cura per la sofferenza psicologica (Paul, 1967). Essa consiste nella "ricerca sul risultato misurabile dopo che la terapia è terminata" (Migone, 2006, p. 31).

Il periodo principe della ricerca sui risultati è quello subito successivo alla Seconda Guerra Mondiale, tra il 1950 e il 1970, in cui il metodo scientifico è stato centrale, specialmente negli USA (Hill & Corbett, 1993). In questi anni, il concetto di cura della malattia mentale entra a far parte in maniera importante della cultura popolare; ciò ha fatto sì che ci fosse una proliferazione di idee su salute e malattia, nonostante il fatto che la possibilità di un effettivo miglioramento tramite l'approccio psicoterapeutico fosse stata messa molto in discussione: infatti, i ricercatori miravano a raccogliere dati di terapie terminate con successo, senza però esplicitarne i criteri (Lingiardi, 2006a). Per esempio, Eysenck (1952) ha sostenuto che non vi fossero effettive prove dell'efficacia terapeutica e che i sintomi dei pazienti scomparissero spontaneamente con il tempo (Whiston & Sexton, 1993). Questa credenza è stata poi smentita grazie alle ricerche condotte da Smith, Glass e Miller (1980) e da Shapiro e Shapiro (1982), che per la prima volta utilizzarono la tecnica della meta-analisi, in sostituzione del metodo *box score* usato in precedenza nel campo della ricerca in psicologia, una tecnica in cui venivano presi in rassegna vari articoli e riposti in tre scatole denominate "risultato positivo", "risultato negativo" oppure "risultato uguale al gruppo di controllo" (Migone, 2006). Ogni articolo veniva esaminato e riposto in una delle tre scatole, per poi osservare quale scatola contenesse più ricerche; l'obiettivo era infatti quello di valutare a quale categoria, e quindi scatola, rientrasse un particolare trattamento, per una data variabile del risultato (Migone, 2006). La meta-analisi, invece, è una "modalità di ricerca che permette di sintetizzare i risultati di studi differenti sul medesimo argomento in un indice di misura comune" (Durlak, 1999, p. 420). Essa è una procedura grazie a cui è possibile calcolare in maniera unitaria i risultati di molte ricerche sul medesimo argomento tramite un calcolo dell'*effect size*, ossia la forza della relazione tra due variabili espressa in termini di deviazione standard, risultando perciò indipendente dalla dimensione campionaria della ricerca (Migone, 2006; Rosenthal, 1991).

Grazie alle prime ricerche meta-analitiche è stato possibile dimostrare l'esistenza di un'effettiva remissione spontanea dei sintomi in alcuni casi, ma che, grazie alla psicoterapia, è possibile ottenere risultati di gran lunga superiori e duraturi (Ardito & Rebellino, 2011;

Migone, 2006). Nonostante questa svolta a livello analitico e statistico e i numerosi studi volti a comparare due o più tecniche terapeutiche per comprendere quale sia la più efficace per una particolare problematica o per una popolazione specifica, non è stato possibile individuare una tecnica psicoterapeutica migliore delle altre, dal momento che le ricerche tutt'ora confermano l'equivalenza degli approcci psicoterapeutici (Kazdin & Bass, 1989). Sebbene alcuni studi sostengano la superiorità di un orientamento psicoterapeutico rispetto ad altri, la letteratura conferma che non sono rilevabili differenze sostanziali tra i trattamenti e i loro esiti (Kazdin & Bass, 1989). Tale assunto assume il nome di “paradosso dell'equivalenza”, secondo cui ogni teoria psicologica ha vinto il “verdetto di Dodo”, così definito da Luborsky, Singer e Luborsky (1975) ispirandosi alla storia di Alice nel Paese delle Meraviglie, in cui tutti risultano vincitori (Migone, 2006). Luborsky e collaboratori (1975) hanno di fatto confrontato le varie psicoterapie (psicodinamiche, centrate sul cliente e comportamentali), riscontrando differenze non significative nei pazienti che hanno beneficiato del trattamento. Inoltre, Frank (1982), ha dimostrato che il cambiamento in psicoterapia deriva da caratteristiche comuni tra le diverse tecniche e, per questo motivo, non è possibile aspettarsi una differenza di risultato tra i vari trattamenti.

Grazie ai numerosi studi condotti negli anni, è possibile comunque dimostrare l'efficacia della psicoterapia, intesa non come un effetto placebo, ma come una cura vera e propria, a volte anche più efficiente di una cura tramite la somministrazione di psicofarmaci (Migone, 2006).

L'assenza di chiare differenze relative ai risultati attinenti alle varie tipologie di terapia ha portato molti studiosi a concentrarsi sul processo, anziché sull'esito, in modo da cercare di risolvere il paradosso del verdetto di Dodo (Kazdin & Bass, 1989; Stiles, Shapiro & Elliot, 1986).

### **1.3 La ricerca sul processo**

La ricerca sul processo, o *process research*, è un'indagine relativa ai vari aspetti del processo terapeutico, che possono essere misurati anche durante la terapia e indipendentemente dall'esito (Ardito & Rabellino, 2011). Essa nasce dalla necessità di “classificare, descrivere e misurare ciò che fanno paziente e terapeuta” (Stiles, Honos-Webb & Knobloch, 1999, p. 365). Infatti, lo studio del processo è ciò che avviene tra e nel paziente e clinico durante la terapia (Ardito & Rabellino, 2011).

Questo tipo di ricerca ha dominato dal 1960 al 1980, periodo in cui si inizia a condurre una

ricerca più sistematica, con dei criteri definiti (Migone, 2006). Primo fra tutti a svolgere una ricerca incentrata sul processo è stato Frank Robinson, nel 1938, presso l'Ohio State University (Hill & Corbett, 1993). Robinson ha tenuto delle lezioni ai suoi studenti su come fornire consulenza ai ragazzi più giovani per aiutarli nello studio (Hill & Corbett, 1993). L'insegnante ha deciso poi di registrare queste sedute di *counseling*, in modo da fornire la possibilità ai consulenti di riascoltarsi: in dieci anni sono state registrate ben 100 sedute (Hill & Corbett, 1993). Elias Hull Porter Jr., il primo dottorando di Robinson, ha elencato, inoltre, quattro categorie per descrivere il comportamento del consulente e dello studente: silenzio, riflessione, analisi provvisoria e interpretazione (Porter, 1943). I risultati delle analisi di queste interviste hanno indicato che le osservazioni dei consulenti hanno avuto un impatto sulle successive dichiarazioni dello studente (Hill & Corbett, 1993).

Anche Carl Rogers, sempre presso l'Ohio State University, inizia a fare ricerche sul processo simili a quelle di Robinson nell'ambito del counseling psicologico; egli però viene meno ricordato, non avendo enunciato una teoria per spiegare la sua ricerca a differenza di Rogers, che introduce un sistema di classificazione per categorizzare il discorso del terapeuta e del cliente (Hill & Corbett, 1993).

In questo periodo gli studiosi si sono anche concentrati sui manuali di psicoterapia: infatti, si è compreso la fallacità nello studiare il risultato di una psicoterapia o confrontare psicoterapie diverse senza conoscere effettivamente il processo (Migone, 2006). I manuali, per essere considerati tali, necessitano di tre caratteristiche in particolare: “una selezione rappresentativa dei principi di una determinata tecnica psicoterapeutica, esempi concreti di ogni principio, cosicché non vi siano dubbi su cosa si intende con quella tecnica, e una serie di scale (*rating scales*) che misurano il grado con cui un campione della terapia rientra nei principi di quella tecnica” (Migone, 2006, p. 37). Le *rating scales* sono state fondamentali per consentire il salto di qualità nell'ambito della ricerca in psicologia, perché esse hanno permesso di misurare la concordanza tra un manuale e la tecnica terapeutica utilizzata (Ponterotto & Furlong, 1985).

La ricerca sul processo si concentra in particolar modo su tre argomenti: l'esistenza effettiva di una differenza pratica dei vari interventi clinici, la possibilità che l'interazione fra le diverse personalità di ogni paziente e le diverse terapie oscuri l'efficacia specifica a livello terapeutico, e la probabilità che ci siano in effetti degli elementi in comune a tutti i tipi di trattamento psicoterapeutico (Dazzi, 2006). Gli strumenti implicati in questo tipo di ricerca sono molti, tra cui il *focus* della valutazione (paziente, terapeuta o relazione tra i due), il

processo terapeutico, i fondamenti teorici della pratica clinica adottata, la prospettiva valutativa di chi attua la ricerca, l'unità di studio (macroprocesso e microprocesso), il tipo di misurazione, il livello di inferenza della richiesta e il materiale richiesto per l'indagine (Dazzi, 2006).

È importante sottolineare che la ricerca vera e propria sul processo in terapia è molto complessa, in quanto non sempre è possibile collegare a livello empirico ciò che avviene durante il processo (ovvero, in seduta) con i risultati della psicoterapia (Dazzi, 2006). Un grosso problema con in questo campo di ricerca è che l'importanza di una variabile o di una teoria per l'esito non può essere stabilita senza una valutazione simultanea di esso (Paul, 1967). Spesso, infatti, il limite di questo approccio di ricerca è proprio quello di provvedere a delle descrizioni troppo statiche che rendono impossibile fare delle interpretazioni di causa (Paul, 1967). Si è cercato di sopperire a questa mancanza grazie alla ricerca *process-outcome*.

#### **1.4 La ricerca *process-outcome***

La ricerca *process-outcome* esamina l'efficacia della psicoterapia intesa come esito del trattamento, ma valuta anche i mezzi attraverso cui la terapia produce i suoi risultati (Tompkins & Swift, 2015). Questa tipologia di indagine nasce intorno ai primi anni Cinquanta grazie a Bartlett e Blau, avente lo scopo di trovare un legame tra come avviene il cambiamento in terapia e se effettivamente questo mutamento ci sia (Migone, 2006). La ricerca *process-outcome* ha spesso tentato di spiegare i fattori aspecifici, in quanto essi possono impattare significativamente sull'esito finale di diversi trattamenti (Ardito e Rabellino, 2011).

Gli obiettivi generali della ricerca *process-outcome* riguardano prevalentemente lo sviluppo di nuove teorie psicoterapeutiche e la formazione dei professionisti del settore, in modo da poter lavorare al meglio con i pazienti, basandosi su dati empirici e non solo teorici (Hill & Corbett, 1993). Difatti, questa area di ricerca ha importanti implicazioni a livello clinico, fondamentali per migliorare sempre di più la capacità di miglioramento dei pazienti (Tompkins & Swift, 2015).

Oltre a questi macro-obiettivi, questo tipo di indagine presenta al suo interno dei micro-obiettivi finalizzati a comprendere meglio per esempio le caratteristiche preterapeutiche, le variabili del processo terapeutico, i risultati immediati e a lungo termine, le variabili che prescindono dalla terapia e così via (Hill & Corbett, 1993). Inoltre, la ricerca *process-*

*outcome* può rispondere al quesito relativo a ciò che comporta l'essere dei buoni terapeuti: la competenza è ardua da definire, essendo molto soggettiva, ma se si potesse valutare ci sarebbe sicuramente una maggiore possibilità di collegare le variabili implicate nel processo con il risultato (Hill & Corbett, 1993).

### **1.5 La ricerca *single-case***

In questi ultimi anni, i ricercatori si sono focalizzati sui processi legati a uno specifico risultato terapeutico, indagati tramite studi longitudinali sui singoli casi clinici (Lingiardi, 2006a). La ricerca *single-case* nasce con il disegno di ricerca che Campbell e Stanley (1963) hanno chiamato “caso di studio *one-shot*”, termine utilizzato per riferirsi a uno studio senza gruppo di controllo, nonostante già Skinner nel 1953 abbia utilizzato questa tipologia di indagine per indagare i principi del condizionamento operante (Hilliard, 1993, p.1).

Questa metodologia di indagine è spesso vista semplicemente in termini di dimensione campionaria, ovvero avente come campione un unico individuo (Hilliard, 1993); in verità, essa è fondamentale per valutare nel tempo il cambiamento della personalità dei pazienti durante il trattamento psicoterapeutico, motivo per cui negli ultimi vent'anni sono nate numerose scale volte a misurare queste modifiche (Lingiardi, 2006a). Tale tipo di ricerca punta a “istituire, attraverso osservazioni sistematiche ripetute, una relazione tra interventi del terapeuta, *outcome* e/o altre variabili” (Lingiardi, 2006a, p. 126). Il *focus* è posto sul paziente, osservato tramite delle misure standardizzate, con lo scopo di valutare la consistenza e la qualità dei cambiamenti ottenuti in un arco di tempo prestabilito (Lingiardi & Fontana, 2003). Inoltre, lo studio sul singolo caso risulta essere molto utile in particolare per comprendere quale sia la modalità migliore di trattare una particolare sofferenza psicologica (Edelson, 1985). Il paziente svolge anche il ruolo di proprio gruppo di controllo tramite lo studio longitudinale dei suoi progressi nel corso della terapia (Zennaro, Cristofanelli & Vottero Ris, 2006).

La ricerca *single-case* è importante sia per quanto riguarda la verifica di ipotesi cliniche del singolo paziente, sia per i metodi implicati nella ricerca sul processo terapeutico (Leitenberg, 1973). Le sedute vengono registrate e poi trascritte, in modo da poter analizzare i possibili macro e micro-cambiamenti di personalità del paziente in terapia (Lingiardi, 2006a). I disegni *single-case* possono essere qualitativi, ossia contraddistinti da una scala di misura di tipo nominale, aventi come obiettivo quello di stabilire una correlazione tra due o più variabili (e.g. gli interventi del terapeuta e il livello di alleanza terapeutica), nesso non



causato dalla manipolazione degli elementi da parte del ricercatore, ma dalla co-occorrenza delle due, o quantitativi, ovvero caratterizzati dall'uso di scale di misurazione di tipo ordinale, a intervallo o a rapporto: per alcuni aspetti, essi potrebbero essere considerati due momenti distinti di un unico studio, essendo le indagini qualitative connesse a quelle quantitative, le quali permettono una maggiore comprensione dei dati raccolti (Fox, 2017; Gaston & Marmar, 1989). Inoltre, bisogna sempre valutare se l'obiettivo dello studio sia quello della verifica di un'ipotesi formulata a priori (contesto della giustificazione), oppure quello di generare un'ipotesi da appurare con ulteriori ricerche (contesto della scoperta) (Hilliard, 1993). Nel primo caso il ricercatore attua una manipolazione diretta su una variabile indipendente, mentre nel secondo contesto si ha un'osservazione passiva, che può essere utilizzata per generare sia ipotesi, che ipotesi di verifica (Hilliard, 1993).

È importante evidenziare il fatto che i disegni sperimentali tipici della ricerca *single-case* non seguono una procedura *standard*, piuttosto è il terapeuta a selezionare e modulare alcune variabili al fine di dimostrare un rapporto tra un intervento clinico e un cambiamento nel paziente; questo anche perché è impossibile creare delle condizioni tipiche di un'indagine sperimentale classica, in cui si prevede una manipolazione artificiale da parte del ricercatore (Leitenberg, 1973).

Prima di iniziare il trattamento, è fondamentale osservare sempre la cosiddetta *baseline*, ossia il livello di funzionamento del paziente (Turpin, 2005). I disegni sperimentali *single-case* sono composti da due fasi principali: la fase A è quella in cui non viene applicato alcun tipo di intervento, mentre la fase B è quella in cui viene applicato (Turpin, 2005). Da queste due fasi, è poi possibile creare diverse combinazioni, per esempio A-B (confronto tra *baseline* e intervento), A-B-A (si interrompe il trattamento, dopodiché si osserva se il paziente ritorna nelle condizioni iniziali di *baseline*), A-B-A-B (viene registrata la *baseline*, poi si procede con l'intervento, si sospende il trattamento e infine lo si inizia di nuovo), e così via (Turpin, 2005).

Non seguendo le ricerche *single-case* le procedure *standard*, è naturale che vengano adottati anche approcci statistici differenti (Hayes, 1981). I dati possono essere valutati visivamente su un asse cartesiano; ad esempio, la variabile temporale può essere collocata in ascissa  $x$ , mentre la variabile dipendente in ordinata  $y$  (Lingiardi, 2006a). Se si vogliono valutare le differenze nelle varie fasi del trattamento, invece, possono essere utilizzate misure come le analisi log-lineari (Lingiardi, 2006a).

La ricerca *single-case* si concentra generalmente su quattro livelli empirici: sullo studio di

un caso clinico, sulle descrizioni cliniche sistematiche, sulle procedure di giudizio clinico guidato o, grazie ai continui progressi tecnologici, sull'analisi linguistica del testo con metodi computerizzati (Lingiardi, 2006a). È importante che il ricercatore sia consapevole del fatto che questo tipo di indagine si pone come ponte tra clinica e ricerca, perciò egli deve avere un approccio focalizzato “non solo nella ricerca sul processo, ma anche in quella sull'*outcome*” (Fonagy, 2002, p. 43).

La grande criticità di questa tipologia di ricerca è quella, appunto, di concentrarsi su una sola persona, perciò indagare su concetti come diagnosi o esiti terapeutici globali senza avere la possibilità di replicare la ricerca risulta irrealizzabile (Zennaro et al., 2006). Ciò rimane tutt'ora una delle più grandi debolezze di questo paradigma di ricerca (Hilliard, 1993). Questo tipo di indagine, però, rappresenta un'alternativa al resoconto clinico classico, nonché un'evoluzione delle tecniche di ricerca implicate precedentemente (Turpin, 2005). Inoltre, Davison e Lazarus (1994), riportano tra i vari vantaggi delle ricerche *single-case* quelli di saper mettere in discussione una teoria già esistente, fornire una validità euristica a studi successivi e facilitare lo studio di fenomeni psicologici. In aggiunta, è importante sottolineare come la lettura dei risultati di queste indagini sia immediata e riconducibile all'esperienza clinica: questo fa sì che gli esiti siano più comprensibili anche ad un pubblico non esperto e, dunque, che questo tipo di ricerca possa raggiungere un numero molto ampio di persone (Lingiardi, 2006a).

Come accennato prima, la ricerca *single-case* valuta il cambiamento di personalità del paziente, e dunque anche i suoi meccanismi di difesa: è stata infatti ampiamente dimostrata una correlazione tra funzionamento difensivo e benessere fisico e psicologico (Di Giuseppe, Perry, Prout & Conversano, 2021). Per esempio, le persone malate di cancro con uno stile difensivo tendente al sacrificio hanno probabilità di sopravvivenza minori (Di Giuseppe et al., 2021). Spesso, infatti, i pazienti oncologici tendono a somatizzare piuttosto che ad esprimere ciò che provano in relazione alle situazioni di vita stressanti, influenzando perciò il loro benessere psicofisico (Di Giuseppe, Miniati, Miccoli & Ciacchini, 2020). In linea con l'ipotesi psicosomatica, Bahnson e Bahnson (1966) hanno osservato che l'utilizzo di difese nevrotiche, aventi l'obiettivo di rimuovere la consapevolezza di sentimenti, pensieri o ricordi indesiderati, può provocare disturbi a livello ormonale o immunitario (Di Giuseppe et al., 2021).

La ricerca relativa ai disturbi di personalità ha dimostrato una correlazione tra tratti di personalità e meccanismi di difesa; proprio per questo motivo la psicoterapia è fondamentale

per migliorare il proprio funzionamento e quindi il proprio *pattern* difensivo (Di Giuseppe et al., 2021). È stata infatti ampiamente dimostrata la presenza di una correlazione significativa tra disturbi di personalità e basso funzionamento difensivo, ma la stabilità dei meccanismi di difesa rigidi e disadattativi può cambiare attraverso la psicoterapia: in recenti studi, è stato associato un miglioramento delle difese nelle psicoterapie sia a breve che a lungo termine (Cramer, 2015; Di Giuseppe, Perry, Petraglia, Janzen & Lingardi, 2014). Inoltre, l'indagine sui meccanismi di difesa può fornire informazioni relative ad alcuni aspetti del processo psicoterapeutico, tra cui il cambio di argomenti del paziente durante le sedute o la scelta di intervenire nel discorso da parte del terapeuta (Di Giuseppe et al., 2014).

## CAPITOLO II

### I MECCANISMI DI DIFESA

#### 2.1 *Excursus* storico dei meccanismi di difesa

Il concetto psicodinamico di meccanismo di difesa è considerato dai professionisti di enorme importanza per la comprensione dello sviluppo della persona e del funzionamento psicologico (Di Giuseppe & Perry, 2021). Già Freud (1894), nell'opera "Le Neuropsicosi da Difesa", intuisce l'esistenza di operazioni inconse volte a difendere l'Io e descrive i meccanismi di difesa, indicandoli inizialmente con il termine "difesa" (*abwehr*), assimilandoli successivamente nel termine "rimozione" (*verdrängung*), riferendosi a situazioni in cui il soggetto tende a dimenticare in quanto ritiene di non avere la forza necessaria a risolvere il conflitto esistente tra una rappresentazione incompatibile e il proprio Io (Lingiardi, 2002a). La rimozione viene infatti considerata da Freud come un vero e proprio pilastro su cui la psicoanalisi poggia, definendola come "il meccanismo per mezzo del quale l'Io (o il preconsciouso, nei termini della prima topica), può escludere dalla coscienza le rappresentazioni del sistema inconscio (dove domina il principio di piacere) che ritiene inaccettabili" (Lingiardi, 2002a, p. 6). Solo nel 1925, in "Inibizione, sintomo e angoscia", Freud torna ad impiegare il termine "difese", definendole delle tecniche a cui l'Io ricorre per risolvere i propri conflitti, che possono a volte sfociare in nevrosi, e a considerare la rimozione una di esse (Lingiardi, 2006b). Freud distingue la rimozione in primaria e secondaria: la rimozione primaria viene intesa come l'eliminazione diretta di un elemento dalla coscienza durante la prima infanzia (perciò è una difesa primitiva, propria di un Io debole e immaturo), mentre la rimozione secondaria consiste nella rimozione compiuta in età adulta, in cui l'Io è in grado di ristrutturare l'elemento rimosso in infanzia con materiale più solido, allo scopo di non cedere alle pulsioni (Lingiardi, 2002a). Grazie al lavoro clinico, Freud comprende la natura inconscia dei meccanismi difensivi, e nota l'insorgenza di una forte angoscia nei pazienti quando questi processi inconsci vengono smascherati (Lingiardi, 2002a; McWilliams, 2011b). Infatti, i meccanismi difensivi vengono definiti come "processi attivati dall'Io quando un segnale di angoscia avverte della presenza di un pericolo proveniente dalla realtà esterna, dalle pulsioni dell'Es o dal Super-io. L'angoscia è quindi la causa delle difese, che sono meccanismi inconsci e discreti che l'Io utilizza, in ottemperanza

al principio di piacere, per evitare il verificarsi di un trauma” (Lingiardi, 2002a, p. 7). Dunque, i meccanismi di difesa sono delle strategie finalizzate a evitare il trauma, ovvero un improvviso ed eccessivo aumento di energia incontrollabile dell’Io (Lingiardi, 2002a). Negli anni successivi, lo psicoanalista si concentra anche su altri meccanismi quali, ad esempio, umorismo, dissociazione, negazione, isolamento, spostamento e condensazione, definendo le difese come strategie inconse per gestire gli affetti negativi proprie sia dell’individuo patologico, sia di quello sano (Perrotta, 2020). Successivamente, Anna Freud (1936), approfondisce lo studio dei meccanismi di difesa, classificandoli e individuando le loro proprietà; in generale, questi meccanismi servono a proteggere la persona da eccessiva ansia, sia che la fonte di tale angoscia origini da un evento esterno o da uno stato interno, come un desiderio o una paura. Anna Freud, inoltre, introduce l’Indice Hampstead, fondamentale per raccogliere materiale generale e clinico per il trattamento analitico dei bambini (Sandler, 1993). Le difese, facenti parte del materiale clinico, vengono intese come meccanismi che hanno lo scopo di mantenere inconsci i contenuti spiacevoli e i desideri pulsionali egodistonici; inoltre, si pongono lungo una linea evolutiva (Lingiardi, 2002a). Una distinzione importante portata dalla psicoanalista è stata quella tra meccanismo di difesa, ossia la specifica operazione inconscia, e misura difensiva, ovvero la manifestazione difensiva quando non è possibile individuare un meccanismo specifico (Lingiardi, 2002a). L’Indice Hampstead rappresenta un passo importante per l’integrazione tra teoria, clinica e ricerca: infatti, non solo è presente una prima organizzazione dei meccanismi di difesa, ma anche una correlazione tra il loro assetto gerarchico e la maturità dell’Io, osservabile tramite la valutazione di intensità, adeguatezza rispetto all’età, reversibilità ed equilibrio tra le difese impiegate (Sandler, 1962). Anche George Engel (1963) e Karl Menninger (1964) sottolineano l’importanza di ordinare le difese secondo un ordine gerarchico, ma, a causa di varie incomprensioni e disaccordi, non sono stati in grado di fornire delle definizioni univoche; inoltre, non sono interessati a supportare le loro idee con delle prove empiriche (Lingiardi, 2002a).

Melanie Klein (1946) rivolge la sua indagine in particolare sui meccanismi di difesa primitivi, legati agli stati psicotici, dividendo le difese in psicotiche (contro le angosce derivanti dall’istinto di morte) e nevrotiche (contro la libido). Klein, dunque, descrive i meccanismi primitivi tipici delle posizioni schizoparanoidea e depressiva, ovvero il diniego, la scissione, la proiezione, l’introiezione, l’idealizzazione, le difese maniacali come trionfo, controllo e disprezzo, e l’identificazione proiettiva, costruito studiato poi anche dagli

psicoanalisti post-kleiniani, come Bion, Rosenfeld e Ogden (Lingiardi, 2002a; Lingiardi, 2006b). Klein, a differenza di Freud, colloca le difese nelle prime fasi di sviluppo della persona, attribuendo ad esse una grande importanza a livello evolutivo (Cooper, 1989). La psicoanalista, inoltre, si scontrerà anche con Anna Freud, la quale era interessata al funzionamento delle difese, mentre Klein puntava a individuare il contenuto profondo delle fantasie angosciose del bambino (Donaldson, 1996).

John Bowlby (1969) si focalizza maggiormente sugli aspetti ambientali e interpersonali relativi al concetto di difesa, in accordo con la sua teoria dell'attaccamento. Le difese vengono intese come delle "strategie cognitive, fondate sull'esperienza affettiva, che organizzano e programmano il comportamento, diventando con il tempo automatizzate" (Lingiardi, 2002a, p. 3) e si sviluppano durante l'infanzia, quando i *caregiver* rispondono in maniera inadeguata al disagio o alla paura provati dai figli, condizioni che attivano il sistema di attaccamento (Prunas, Di Pierro, Huemer & Tagini, 2019). Anche Donald Winnicott (1959, 1965) si focalizza sugli aspetti relazionali delle difese, distinguendo le difese pulsionali da quelle generative del falso Sé, allo scopo di proteggere l'individuo dai traumi relazionali: il falso Sé, infatti, si sviluppa nel momento in cui il bambino comprende di non essere accolto dal proprio *caregiver* e perciò decide di occultare l'espressione spontanea del suo vero Sé in modo da essere compreso e sostenuto (Kenneth & Newman, 2013; Lingiardi, 2006b). Più che strategie dell'Io per risolvere i conflitti tra le pulsioni e la realtà esterna, per Heinz Kohut (1984) i meccanismi difensivi esistono per proteggere la coesione del Sé fin dall'infanzia contro gli oggetti-Sé (Lingiardi, 2006b). Gli oggetti-Sé sono oggetti vissuti come facenti parte del Sé, e quindi non come separati e indipendenti da esso: l'individuo, perciò, ricorre a delle difese narcisistiche atte a evitare l'angoscia di frammentazione, come l'idealizzazione, la svalutazione e l'onnipotenza (Lingiardi, 2006b; Wolfe, 1989).

Otto Kenberg (1987) utilizza le difese, oltre all'esame di realtà e al livello di integrazione dell'identità, per definire le tre organizzazioni di personalità (psicotica, *borderline* e nevrotica), focalizzandosi in particolar modo sulle personalità *borderline* e il loro impiego dell'identificazione proiettiva (Perrotta, 2020).

In seguito, Richard Lazarus (1974, 1984) integra i vari concetti di meccanismi di difesa e di *coping*: infatti, queste due tipologie di meccanismi sono state spesso confuse in letteratura (Cramer, 1998). Parker e Edler (1996) suggeriscono che questa confusione sia iniziata negli anni '60, quando alcuni meccanismi difensivi adattivi sono stati definiti dai vari studiosi come meccanismi di *coping*. Infatti, sia i meccanismi di *coping*, che quelli di difesa, hanno

lo scopo di proteggere gli individui dalle difficoltà (Cramer, 1998). Norma Haan (1977) afferma che “il *coping* implica uno scopo, una scelta e un cambiamento flessibile, aderisce alla realtà intersoggettiva e alla logica, e consente e migliora l’espressione affettiva proporzionata; la difesa è obbligata, negatrice, rigida, distorce la realtà intersoggettiva e la logica, consente l’espressione degli impulsi nascosti e incarna l’aspettativa che l’ansia possa essere alleviata senza affrontare direttamente il problema” (p. 34). Inoltre, la ricercatrice introduce la prima scala di valutazione dei processi difensivi standardizzata e verificata empiricamente, ma è il modello gerarchico di George Vaillant (1992) ad essere uno degli strumenti più importanti per la valutazione delle difese, avendo lo studioso eseguito una validazione clinica e affrontato i problemi di *interrater-reliability* (Lingiardi, 2002a). Un ulteriore strumento per verificare le difese è il *Defense Style Questionnaire* (DSQ), un questionario autosomministrato finalizzato a valutare 24 difese specifiche (Bond, Gardner, Christian & Sigal, 1983). Bond è stato in grado di comprovare la presenza di *pattern* specifici di difese legate al genere, la tendenza ad acquisire difese più mature e adattive con l’età e la natura transculturale delle difese (Prunas et al., 2007). Inoltre, ha dimostrato la correlazione tra la struttura difensiva e la diagnosi descrittiva dei pazienti, anche per quanto riguarda i disturbi di personalità (Lingiardi, 2002a). Per esempio, Bond ha rilevato che i pazienti con Disturbo *Borderline* di Personalità (DBP) utilizzano stili difensivi maggiormente disadattivi e caratterizzati da distorsione dell’immagine rispetto al gruppo di controllo della ricerca e a pazienti con altri disturbi di personalità (DeFife & Hilsenroth, 2005). Selma Fraiberg (1982) si è concentrata, invece, maggiormente sui meccanismi di difesa patologici adottati in infanzia, focalizzandosi in particolar modo su bambini che non hanno ricevuto le cure materne necessarie e quindi sull’evitamento materno, sui comportamenti di *freezing* (congelamento) e *fighting* (lotta), sulle trasformazioni affettive e sul *reversal* (rivolgersi contro di sé).

È il 1985 quando Joseph Sandler pubblica l’opera “L’analisi delle difese. Conversazioni con Anna Freud”, contenente il materiale raccolto tramite le registrazioni di alcune conversazioni avute con Anna Freud (Lingiardi, 2002a). Tra i vari argomenti riportati nel volume, di particolare interesse è il concetto di identificazione con l’aggressore, difesa per cui viene introiettata una qualità dell’oggetto minaccioso allo scopo di affrontare un’esperienza angosciante (Lingiardi, 2002a). Questo concetto viene originalmente introdotto da Ferenczi (1932) per descrivere l’atteggiamento delle persone vittime di abuso, in particolar modo in infanzia, per affrontare l’esperienza traumatica subita (Lahav, Allende, Talmon, Ginzburg

& Spiegel, 2022). Sebbene l'identificazione con l'aggressore serva come difesa momentanea a fronte di una minaccia, spesso è possibile che tale meccanismo si radichi nella vittima anche dopo anni, con il rischio che l'abuso venga rievocato agendo l'aggressività verso l'esterno (Lahav et al., 2022).

Ad oggi, la concezione dei meccanismi di difesa si lega allo sviluppo della personalità degli individui e del loro rapporto con gli altri (Cramer, 1999).

Più di mezzo secolo di ricerca empirica ha dunque dimostrato l'impatto del funzionamento difensivo nel benessere psicologico, nell'organizzazione della personalità e nell'esito del processo terapeutico, tanto da inserire una valutazione dei meccanismi di difesa all'interno della quarta versione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV; American Psychiatric Association; APA, 1994*), denominata *Defensive Functioning Scale (DFS)*, ideata da Karasu, Skodol e Perry, volta ad ampliare le dimensioni della valutazione, della concettualizzazione e del trattamento dei pazienti (APA, 1994; DeFife & Hilsenroth, 2005; Di Giuseppe & Perry, 2021; Lingiardi, 2002a). La DFS è uno strumento che permette di quantificare la valutazione degli esperti, utilizzando un linguaggio clinico comune, definendo le difese come processi mentali volti a mediare le reazioni dell'individuo ai conflitti emotivi e ai fattori stressanti, siano essi interni o esterni al paziente (DeFife & Hilsenroth, 2005).

Nonostante la disponibilità di un gran numero di misure per la loro valutazione, solo pochi strumenti valutano l'intera gerarchia delle difese, tra cui la *Defense Mechanism Rating Scale (DMRS)*, ideata da Perry (1990) basandosi sull'organizzazione gerarchica dei meccanismi difensivi proposta da Vaillant (1992) (Di Giuseppe & Perry, 2021). Con lo sviluppo della DMRS, Perry ha fornito una metodologia completa, accurata e valida per determinare il funzionamento difensivo di una persona (Perry e Henry, 2004). Infatti, questo strumento è in grado di fornire una valutazione sui meccanismi di difesa più utilizzati dalla persona indagata e quindi indicare quale funzione difensiva viene attivata più frequentemente in risposta a conflitti interni o a fattori stressanti esterni (Di Giuseppe & Perry, 2021).

## **2.2 Organizzazione gerarchica dei meccanismi di difesa**

Phebe Cramer (1998) definisce i meccanismi di difesa come un'operazione mentale che avviene per lo più inconsapevolmente, il cui obiettivo è proteggere l'individuo dal provare eccessiva ansia. Secondo la teoria psicoanalitica classica, tale ansia si potrebbe manifestare



nel caso in cui l'individuo diventasse conscio di pensieri, desideri o pulsioni per lui inaccettabili (Cramer, 1998). Secondo la teoria moderna, un'ulteriore funzione è quella di proteggere il Sé dai sentimenti inconsci e dai conflitti interni o fattori esterni inaccettabili, proteggere l'autostima dell'individuo e, in alcuni casi, l'integrazione del Sé (Cooper, Perry, & Arnow, 1988; Cramer, 1998).

I meccanismi di difesa sono tipicamente concettualizzati come operazioni mentali inconscie, aventi la funzione di proteggere dall'ansia eccessiva; ogni individuo presenta delle difese che utilizza più di altre, a seconda del temperamento, del vissuto infantile, delle difese usate dagli altri significativi e delle conseguenze legate all'uso delle varie difese (McWilliams, 2011a). Esse svolgono quindi una sorta di funzione mediatrice tra l'individuo e ciò che prova; sono trenta e sono organizzati in sette livelli, caratterizzati dalla modalità in cui proteggono l'individuo dall'angoscia (Tanzilli et al., 2021). Ciascuno di questi livelli include da 3 a 8 difese individuali (Drapeau, de Roten, Perry & Despland, 2003).

Il primo livello è caratterizzato dalle difese di *acting*, distinte da un agito immediato, dal momento che la fonte stressante risulta intollerabile; l'individuo non è in grado di contenere l'angoscia e l'azione impulsiva (sull'ambiente o su di sé) fa in modo di allentare la tensione provata (Perrotta, 2020). In questo modo, però, la persona non ha tempo per riflettere sulle conseguenze negative dei suoi comportamenti (Perry, 1990).

Fanno parte di questo livello l'*acting out*, l'ipocondriasi e l'aggressione passiva (Lingiardi et al., 1999). Quando una persona utilizza l'*acting out* agisce d'impulso, senza considerare gli aspetti negativi che potrebbero derivare dalle sue azioni (Vaillant, 1994). Nato per descrivere l'agito transferale in psicoterapia, di solito questo meccanismo si verifica in risposta a eventi correlati a persone significative della vita dell'individuo, come amici, genitori o partner e molto spesso è associato a comportamenti autodistruttivi o pericolosi (e.g. bere, fare uso di droghe, scatenare una rissa, promiscuità) che fungono da scarica per eliminare sentimenti intollerabili (Di Giuseppe & Perry, 2021). Successivamente all'azione è possibile che si manifesti un senso di colpa, a meno che la persona non ricorra ad altre difese per giustificare il suo comportamento, come ad esempio la razionalizzazione (Di Giuseppe & Perry, 2021). L'aggressione passiva maschera la rabbia verso gli altri e ha lo scopo di sfogare i sentimenti ostili in modo indiretto e non assertivo, spesso in risposta a richieste indesiderate o a una cura mancata da parte di coloro che hanno più potere di loro (Perrotta, 2020). Chi adotta questa difesa generalmente prova piacere nel far suscitare sensazioni di disagio agli altri (Perry, 1990).

L'ipocondriasi, o *help-rejecting complaining*, inizialmente definita come ipocondria, ma spesso scambiata con il disturbo psicosomatico, si distingue dall'uso ripetuto di una serie di lamentele in cui la persona chiede apparentemente aiuto; in realtà, il sostegno viene rifiutato, sottintendendo dei sentimenti di ostilità verso gli altri (Di Giuseppe & Perry, 2021). Questo meccanismo viene utilizzato per difendersi dalla rabbia provata ogni volta che si sente di dipendere dagli altri, perché l'individuo è convinto che nessuno soddisferà realmente i propri bisogni (Perry, 1990).

Il secondo livello è relativo alla distorsione maggiore dell'immagine, tipicamente *borderline*: l'individuo mantiene separate le rappresentazioni positive da quelle negative, semplificando quindi la percezione di sé e degli altri suddividendo tutti in buoni o cattivi (Perrotta, 2020). Queste difese proteggono il Sé dal senso di minaccia costante di essere puniti, maltrattati o abbandonati, scatenando però involontariamente questa reazione indesiderata negli altri (Di Giuseppe & Perry, 2021). All'interno di questo livello si trovano le difese di scissione dell'immagine di sé e degli altri e l'identificazione proiettiva (Lingiardi et al., 1999). La scissione, difesa prototipicamente legata al funzionamento *borderline*, consiste nel considerare sé o gli altri o totalmente buoni, o totalmente cattivi, non riuscendo a integrare le qualità positive e negative contemporaneamente in un'unica persona (Lingiardi & McWilliams, 2018). Tale meccanismo si apprende in infanzia, in risposta ai comportamenti imprevedibili degli altri significativi (Di Giuseppe & Perry, 2021). Le immagini sono divise in poli completamente opposti, in modalità "bianco o nero", e si legano all'emotività vissuta in quel momento dall'individuo (Di Giuseppe & Perry, 2021). La scissione è individuabile nel momento in cui il paziente racconta di sé o di un'altra persona in un modo, per poi passare in seguito a una descrizione diametralmente opposta (Perry, 1990). Questo meccanismo esclude la consapevolezza emotiva riguardo agli aspetti contraddittori dell'oggetto, ma non per forza la consapevolezza cognitiva (Di Giuseppe & Perry, 2021). La scissione è facilmente rilevabile in pazienti che esprimono degli atteggiamenti non ambivalenti e considerano del tutto irrilevanti quelli opposti (McWilliams, 2011a). È una difesa che ha infatti la funzione adattiva di proteggere l'individuo dal timore di rovinare la buona immagine degli altri se acconsentisse di integrare anche gli aspetti negativi ad essa, riducendo al minimo l'angoscia di dover prevedere i comportamenti altrui, un compito ritenuto impossibile (Di Giuseppe & Perry, 2021). Lo svantaggio è quello di avere una visione inflessibile agli eventi esterni; inoltre, il passaggio da bianco a nero è totalmente imprevedibile, in linea con l'atteggiamento degli altri

significativi durante l'infanzia di chi utilizza questa difesa (Kramer, de Roten, Perry & Despland, 2013). L'identificazione proiettiva si ha quando la persona, appunto, proietta un affetto da lui concepito intollerabile su qualcun altro, avendo la sensazione che sia proprio l'altra persona a provare quell'affetto, senza però rinnegarlo, a differenza della proiezione, che risulta una difesa, infatti, più primitiva (Di Giuseppe & Perry, 2021). L'Io dunque modifica la percezione dell'oggetto e, in modo reciproco, altera l'immagine che ha di sé (Zinner & Shapiro, 1972). La persona ammette ciò che prova, ma ritiene che sia una reazione al comportamento altrui e non colei che l'ha fatta in realtà scaturire (Perry, 1990). Per Klein, è un meccanismo che si lega a un'introduzione forzata di parti dell'Io all'interno dell'oggetto, allo scopo di dominarlo (Lingiardi, 2006b). Infatti, per l'analista, l'identificazione proiettiva viene definita come il "prototipo della relazione oggettuale aggressiva, che rappresenta un attacco anale contro un oggetto attraverso l'assunzione forzata in esso di parti dell'Io, allo scopo di assumere il controllo dei suoi contenuti o di dominarlo; un attacco che si verifica nella posizione schizoparanoide fin dalla nascita" (Lingiardi, 2002a, p. 19). Si ricorre frequentemente a questo meccanismo difensivo in momenti di forte tensione emotiva, specialmente se tale tensione fa mettere in discussione il proprio modo di essere (McWilliams, 2011b).

Il terzo livello si riferisce alle difese di diniego e della fantasia autistica, le quali riflettono la percezione dell'individuo secondo cui alcuni aspetti interni o esterni risultano inaccettabili (Lingiardi et al., 1999). Rifiutando questi elementi, la persona che utilizza questi meccanismi non giudica i problemi come propri, attribuendoli a volte ad altre fonti, occultando ulteriormente la propria realtà interna e rendendo ancora più difficile la gestione dei conflitti, in quanto ritiene di non avere nessuna responsabilità in merito (Di Giuseppe & Perry, 2021). Le difese in questione sono la razionalizzazione, la negazione nevrotica, la proiezione e la fantasia autistica, o schizoide (Lingiardi et al., 1999). La negazione nevrotica, o negazione minore, consiste nel disconoscere attivamente un affetto, un pensiero o un comportamento evidenti agli altri per evitare conseguenze avverse, come vergogna o dolore (Perry, 1990). Questa difesa si riconosce spesso in seduta perché il paziente, dopo aver sperimentato emozioni negative per ciò che apprende su di sé, chiede scusa al proprio terapeuta (Di Giuseppe & Perry, 2021). Per quanto riguarda la proiezione, la persona si occupa dei propri conflitti emotivi o fattori stressanti esterni attribuendo erroneamente i propri affetti intollerabili (generalmente vergogna e umiliazione) agli altri, rinnegando quindi i propri sentimenti (Perrotta, 2020). Essa è una difesa arcaica contro l'angoscia di annientamento del

bambino (Buonarrivo, 2002a). La razionalizzazione è individuabile quando la persona tenta di fornire delle spiegazioni socialmente accettabili ai propri comportamenti (Perry, 1990). Spesso si ricorre alla razionalizzazione quando non si riesce ad ottenere l'oggetto desiderato; in questo modo, la persona cerca di convincere sé e gli altri che in realtà il desiderio non era così forte (McWilliams, 2011b). Le ragioni riportate dall'individuo non riguardano mai la propria soddisfazione personale, mascherando quindi il vero motivo, nonostante sia possibile notare qualche emozione nascosta (Di Giuseppe & Perry, 2021). La fantasia autistica è caratterizzata da un eccessivo sognare ad occhi aperti come sostituto delle relazioni umane: la persona utilizza la fantasia per affrontare i problemi e per soddisfare i propri bisogni (McWilliams, 2011a). L'attenzione clinica va riposta verso questa difesa solo quando se ne fa un utilizzo spropositato, il cui il paziente evita il più possibile il mondo reale e si ritira nel mondo dei sogni per evitare di affrontare i problemi; questo non vuol dire che l'individuo perda la concezione della realtà esterna, ma che preferisce la vita fantastica ad essa (Di Giuseppe & Perry, 2021).

Il quarto livello concerne tutte quelle difese relative alla distorsione minore dell'immagine, ovvero le difese narcisistiche (l'onnipotenza, l'idealizzazione di sé e degli altri e la svalutazione di sé e altrui), le quali distorcono l'immagine per proteggere l'individuo da ciò che potrebbe intaccare la propria autostima, andando quindi a rafforzarla momentaneamente per respingere ogni tipo di aspetto che potrebbe minacciare l'immagine di sé (Lingiardi et al., 1999). L'onnipotenza è un meccanismo per cui la persona che lo attua si ritiene superiore agli altri, come se avesse poteri o abilità speciali (Perry, 1990). Tale difesa ha la funzione di proteggere l'individuo da una possibile perdita di autostima legata a fattori di *stress* come delusione, impotenza, inutilità o simili (McWilliams, 2011a). L'idealizzazione, invece, consiste nell'attribuire qualità esageratamente positive a sé o agli altri (Perrotta, 2020). La persona descrive spesso un rapporto (reale o presunto) con altre figure descrivendolo come idilliaco, considerando gli altri individui idealizzati come perfetti e buoni, ignorando i loro difetti, pur essendone a conoscenza, in modo da preservare l'immagine positiva di essi (Di Giuseppe & Perry, 2021). La svalutazione, al contrario, si riferisce all'adozione di termini dispregiativi verso sé stessi o verso gli altri quando i desideri dell'individuo non vengono realizzati (Perrotta, 2020). Frequentemente, i commenti negativi nascondono un senso di vulnerabilità, vergogna o inutilità che la persona prova esprimendo i propri desideri o soddisfare i propri bisogni (Di Giuseppe & Perry, 2021). Molto spesso, quanto più un oggetto

è stato idealizzato, tanto più forte sarà la svalutazione che subirà successivamente (McWilliams, 2011a).

Il quinto livello è contraddistinto dall'inibizione mentale, nel quale si collocano le difese nevrotiche, che puntano a mantenere pensieri, desideri o idee inaccettabili fuori dalla coscienza; l'individuo può provare delle emozioni relative a un fattore stressante, purché non abbia piena consapevolezza della parte cognitiva ad esso associata (Di Giuseppe & Perry, 2021). Le difese nevrotiche sono quelle più varie (infatti esistono infiniti modi di mostrarsi) e sono la rimozione, la dissociazione, la formazione reattiva e lo spostamento (Lingiardi et al., 1999). La rimozione viene attuata per proteggere l'individuo dalla consapevolezza di ciò che sta vivendo o che ha vissuto, rendendo inconscio un particolare fattore stressante della sua vita; è importante sottolineare però che l'affetto connesso all'elemento rimosso permane (Perry, 1990). La dissociazione è contraddistinta dal provare un affetto temporaneo che rimane fuori dalla consapevolezza e viene espresso da un'alterazione della coscienza, in quanto l'individuo percepisce il materiale dissociato come troppo pericoloso (Perrotta, 2020). La funzione della dissociazione è proprio quella di esprimere un impulso o un sentimento alterando la coscienza, in modo da consentire alla persona che la attua di sentirsi meno in colpa o minacciato (Perry, 1990). Lo spostamento avviene quando la persona reindirizza un suo affetto o impulso su un oggetto percepito meno minaccioso, ma comunque simile all'oggetto reale che ha scatenato quei sentimenti (McWilliams, 2011b). La persona che adotta questa difesa può esserne consapevole o meno, al contrario della formazione reattiva, in cui un affetto ritenuto inaccettabile viene sostituito in maniera inconscia con un suo opposto, evitando possibili sensi di colpa (Perry, 1990). La funzione della formazione reattiva è proprio quella di negare l'ambivalenza, dal momento che la persona preferisce provare una sola polarità affettiva piuttosto che una risposta emotiva più complessa e quindi più difficile da gestire (McWilliams, 2011b).

Il sesto livello, invece, è legato sempre all'inibizione mentale, ma in esso si trovano le difese ossessive, che proteggono la persona che le utilizza dalla consapevolezza di sentimenti inaccettabili associati a un'idea; a differenza delle difese nevrotiche, viene mantenuto conscio il pensiero, mentre viene repressa la parte emotiva (Di Giuseppe & Perry, 2021). Le difese ossessive sono l'annullamento retroattivo, l'intellettualizzazione e l'isolamento affettivo (Lingiardi et al., 1999). Per quanto riguarda l'isolamento dell'affetto, esso consiste nel tenere lontano dalla coscienza tutti gli affetti che risultano angoscianti per la persona: essa rimane cosciente degli elementi cognitivi, ma sposta su un piano inconscio i fattori

emotivi, al contrario della rimozione (Perrotta, 2020). L'intellettualizzazione si contraddistingue dall'utilizzo eccessivo del pensiero astratto per evitare sentimenti disturbanti: viene mantenuta l'idea dell'affetto, ma non l'affetto in sé (Perry, 1990). Gli individui che generalmente usano l'intellettualizzazione durante l'eloquio si riferiscono alle loro vite in maniera generale, usando la seconda o la terza persona (Di Giuseppe & Perry, 2021). L'annullamento retroattivo è una difesa per cui l'individuo nega alcuni pensieri o sentimenti espressi precedentemente, in quanto scatenano dei sensi di colpa; viene perciò minimizzato l'affetto appena dichiarato per ridurre l'angoscia (Perrotta, 2020).

Infine, al settimo livello si trovano le difese mature, ovvero le modalità più adattive possibili per gestire i conflitti (Tanzilli et al., 2021). I fattori di *stress* vengono percepiti senza alcun tipo di distorsione e l'individuo è in grado di comprendere le proprie potenzialità e le proprie debolezze, ricorrendo ad aiuti esterni quando necessario (Di Giuseppe & Perry, 2021). L'altruismo, l'anticipazione, l'affiliazione, l'autosservazione, la repressione, l'autoaffermazione, la sublimazione e l'umorismo si collocano su questo livello (Lingiardi et al., 1999). L'affiliazione non consiste solamente nell'appartenere a un gruppo (e.g. associazioni religiose, gruppi di supporto, ecc.), ma implica la propensione a rivolgersi agli altri in caso di difficoltà (Perry, 1990). Questo meccanismo adattivo si lega al *pattern* di attaccamento dell'individuo, che ovviamente è un attaccamento sicuro, proprio di persone collaborative, proattive e fiduciose, più aperte all'esplorazione dell'ambiente circostante e a relazionarsi con gli altri (Levy, Ellison, Scott & Bernecker, 2011). Chi ricorre all'affiliazione come meccanismo difensivo richiede attivamente supporto agli altri nei momenti di difficoltà, senza però costringere nessuno ad aiutarlo o a prendersi la responsabilità di un evento (Di Giuseppe & Perry, 2021). L'altruismo è un meccanismo di difesa per cui il singolo si dedica a soddisfare i bisogni altrui, per soddisfare in parte anche i propri, in quanto riceve gratificazione e ricompense per le proprie azioni; questa difesa gratifica i bisogni sociali e di attaccamento dell'individuo, trattando i conflitti emotivi aiutando gli altri, cercando di risolvere l'angoscia provata in passato nell'affrontare delle situazioni minacciose per le quali non si ha ricevuto il supporto necessario (Perry, 1990). L'anticipazione ha la funzione, appunto, di anticipare le possibili situazioni legate a un fattore di *stress*, allo scopo di ridurre la sensazione di angoscia relativa al futuro; tale meccanismo aumenta inoltre la probabilità di ottenere risposte positive ai propri comportamenti (Perrotta, 2020). L'autoaffermazione è adatta per occuparsi dei conflitti emotivi in quanto consente l'espressione diretta dei propri affetti o desideri, alleviando

l'angoscia ogni volta che un fattore esterno o interno ne contrasta l'espressione (Di Giuseppe & Perry, 2021). È una difesa molto utile perché permette all'individuo di funzionare senza l'angoscia accumulata dai sentimenti inespressi e senza un senso di colpa, o di vergogna, per non essersi esposti in situazioni conflittuali (Perry, 1990). L'umorismo si contraddistingue dal fatto che l'individuo sottolinea gli aspetti divertenti, o ironici, del conflitto che sta vivendo, allo scopo di alleviare la tensione legata ad esso (Perrotta, 2020). L'autosservazione consiste nell'osservare sé stessi come ci vedono gli altri, consentendo quindi una riflessione sulle proprie idee e sui propri comportamenti, in particolar modo nelle situazioni interpersonali, aiutando la persona che impiega questa difesa a comprendere meglio anche le reazioni degli altri nei suoi confronti (Perry, 1990). Questa difesa non consiste nella semplice osservazione di sé, ma permette all'individuo una vera e propria crescita personale e lo aiuta a comprendere come affrontare al meglio i fattori stressanti (Di Giuseppe & Perry, 2021). Le persone che usano la sublimazione come meccanismo difensivo si occupano dei conflitti canalizzando, anziché inibendo, sentimenti o impulsi inaccettabili trasformandoli in comportamenti socialmente accettati (e.g. canalizzare la rabbia negli sport o nell'arte), allo scopo di evitare ripercussioni negative (Perry, 1990). Infine, la repressione, la difesa più adattiva di tutte, consiste nell'allontanare temporaneamente dei pensieri disturbanti, per poi occuparsene in un secondo momento (Vaillant, 1994). È una difesa che mantiene conscia sia l'idea che l'affetto associati a un fattore stressante, è la persona a scegliere volontariamente di non pensare a un dato elemento in quel preciso istante (Di Giuseppe & Perry, 2021).

In realtà, esiste anche il livello zero, che descrive la disregolazione difensiva e assume il nome di "livello difensivo psicotico"; esso non fa parte della DMRS poiché le difese risultano troppo gravi e deteriorate (Berney, de Roten, Beretta, Kramer & Despland, 2014; Constantinides & Beck, 2010). Per valutare queste difese, ossia il diniego psicotico, la distorsione psicotica e la proiezione delirante, è stata sviluppata la *Psychotic-Defense Mechanism Rating Scale* (P-DMRS; Berney et al., 2014).

I livelli difensivi appartenenti ai sette livelli sono organizzati a loro volta in tre gradi di maturità relativi al livello di adattamento (immaturo, nevrotico e maturo) associati al livello di funzionamento dell'individuo, ossia la modalità specifica di un individuo di pensare e comprendere sia sé stessi, che gli altri (Di Giuseppe & Perry, 2021; Ohse et al., 2022).

La categoria delle difese immature è quella con più elementi e comprende quelle difese che coinvolgono l'azione, il disconoscimento e la distorsione dell'immagine (Perrotta, 2020). Questa tipologia difensiva, a sua volta, può essere divisa in due sottocategorie: una

comprende le difese depressive, come l'*acting out*, l'ipocondriasi, l'aggressività passiva, l'identificazione proiettiva, la proiezione, la scissione dell'immagine di sé e dell'oggetto e la svalutazione; l'altra invece include le difese non depressive, come il diniego, la fantasia autistica, la razionalizzazione, l'onnipotenza e l'idealizzazione di sé e degli altri (Di Giuseppe & Perry, 2021). Chi utilizza molte difese immature presenta una vulnerabilità difensiva e una scarsa consapevolezza emotiva e cognitiva, sia per quanto riguarda i propri stati interni che le situazioni stressanti esterne (Di Giuseppe & Perry, 2021). Per tale motivo, spesso i meccanismi difensivi immaturi sono correlati a un basso funzionamento psicologico e a diverse condizioni psicopatologiche, in particolare ai disturbi della personalità (Tanzilli et al., 2021). Sono inoltre comuni negli adolescenti e nelle persone affette da dipendenza di sostanze (Vaillant, 2011).

La categoria che comprende le difese nevrotiche rappresenta il livello medio del funzionamento di un individuo e raccoglie tutte le difese di tipo nevrotico e ossessivo (Perry, 1990). In questa categoria, i *pattern* difensivi disadattivi riguardano una specifica area e, proprio per questo motivo, le difficoltà emotive o cognitive vengono gestite una alla volta (Di Giuseppe & Perry, 2021; Lingiardi & McWilliams, 2018). Difatti, questi meccanismi difensivi hanno come obiettivo quello di mantenere inconscia una parte del conflitto che la persona sta vivendo, perché altrimenti non sarebbe in grado di tollerarla (Di Giuseppe & Perry, 2021). I meccanismi di difesa che appartengono a questo grado di maturità sono la rimozione, la dissociazione, la formazione reattiva, lo spostamento, l'annullamento retroattivo, l'intellettualizzazione e l'isolamento dell'affetto (Perry, 2002). Tali difese intermedie si manifestano clinicamente con fobie, compulsioni, somatizzazioni e amnesie; contrariamente alle difese immature, le difese di questo tipo solitamente mettono a disagio chi le applica (Vaillant, 2011).

Infine, la categoria difensiva matura include i meccanismi, appunto, più maturi, i quali aiutano l'individuo ad affrontare le esperienze stressanti integrando gli affetti con le idee, come l'umorismo, l'affiliazione, l'altruismo, l'autoaffermazione, l'anticipazione, la sublimazione e la repressione (Perrotta, 2020). Questi meccanismi di difesa sono associati alla salute fisica e psicologica e a un migliore adattamento (Tanzilli et al., 2021).

È importante sottolineare come ogni persona presenti un proprio *pattern* difensivo; ad esempio, confrontando due individui che utilizzano la stessa percentuale di difese appartenenti alla categoria difensiva nevrotica, è possibile che essi abbiano un profilo difensivo molto diverso a seconda che adottino uno stile nevrotico oppure ossessivo (Di



Giuseppe & Perry, 2021). Una difesa non è mai patognomica di una diagnosi specifica; infatti, è fondamentale considerare sempre le difese insieme ad altre variabili, quali la forza e l'integrazione dell'Io, l'esame di realtà e la qualità delle relazioni oggettuali, chiedendosi sempre da quale angoscia la persona stia cercando di difendersi (Lingiardi, 2002b). Inoltre, come già affermato da Freud (1894), il funzionamento difensivo può essere considerato sia adattivo che patologico a seconda delle circostanze e della frequenza con cui il meccanismo viene applicato (Babl et al., 2019).

### **2.3 La ricerca relativa ai meccanismi difensivi**

A differenza di altri concetti legati alla corrente psicodinamica, i meccanismi di difesa sono stati studiati empiricamente, oltre che a livello teorico e clinico (Brambilla, 2002). In una rassegna di studi empirici presentata da Cramer (2008) è stato confermato che le difese sono inconsce e si sviluppano in base al vissuto personale. Inoltre, sono presenti sia nelle personalità normali, le quali ricorrono alle difese più frequentemente in periodi stressanti, sia in quelle patologiche, dove spesso i meccanismi difensivi vengono usati in maniera eccessiva (Cramer, 2008). Essendo inconsce, a livello neurologico le difese si collegano al sistema nervoso autonomo (Cramer, 2008). I meccanismi di difesa immaturi si legano a un conflitto della persona tra il proprio Sé e il mondo esterno, mentre i meccanismi più evoluti riguardano i conflitti interni, come quelli tra Io o Super-io ed Es (McWilliams, 2011a).

Numerosi studi hanno rilevato che la diagnosi di qualsiasi disturbo di personalità è associata a un basso funzionamento difensivo (Di Giuseppe et al., 2014). Lo stile difensivo adottato da una persona riflette il suo livello di adattamento e aiuta anche ad evidenziare alcuni aspetti salienti per quanto riguarda la sua diagnosi (e.g. il sentimento di onnipotenza è legato a una personalità narcisistica, il ritiro autistico è connesso a una personalità schizoide...) (Brambilla, 2002). Infatti, i meccanismi di difesa sono correlati a delle strutture di personalità prototipiche, in cui gli schemi relazionali e la capacità di autoregolazione raffigurano i principali predittori dello stile difensivo attuato (Buonarrivo, 2002c). In aggiunta, è importante ricordare come ogni difesa si sviluppa lungo un *continuum*, perciò anche l'intensità della difesa, e non solo la sua presenza o assenza, possono aiutare il clinico a definire la struttura di personalità del paziente con cui ha a che fare (Lingiardi & Madeddu, 2002a). Le difese possono essere utilizzate in questo modo per guidare specifici interventi psicoterapeutici; ad esempio, un paziente depresso che utilizza la formazione reattiva e

l'altruismo può trarre risultati positivi svolgendo attività di volontariato (Blaya et al. 2006). Le difese non solo si trovano lungo un *continuum* psicopatologico, ma anche lungo un *continuum* di maturazione della personalità (Vaillant, 2011). Per esempio, con il passare degli anni, la difesa dell'*acting out* usata da una persona in adolescenza (e.g. un taccheggio temporaneamente confortante) potrebbe evolvere in una formazione reattiva (e.g. diventare un severo poliziotto) e infine nell'altruismo (e.g. diventare un agente di custodia) (Vaillant, 2011).

L'attaccamento in infanzia è un importante predittore del funzionamento difensivo nell'adulto: si ritiene che i *caregiver* che sono stati in grado di reagire accuratamente ai bisogni dei propri figli, rispondendo in modo più sensibile e contingente ai loro bisogni di attaccamento, garantendo lo sviluppo di un attaccamento sicuro e quindi un utilizzo di difese più mature nei figli (Tanzilli et al., 2021). Al contrario, è stato riscontrato che le risposte inadeguate dei genitori alle sensazioni di disagio dei figli siano associate allo sviluppo di rappresentazioni di attaccamento meno ottimali durante l'infanzia, facendo sì che i bambini sviluppino delle difese più marcate per proteggersi dai fattori di *stress* (Prunas et al. 2019). Tramite la somministrazione dell'*Adult Attachment Interview* (AAI; George, Kaplan, & Main, 1996), è stato dimostrato che chi ha avuto in infanzia dei *caregiver* rifiutanti sia maggiormente incline all'idealizzazione degli altri significativi, senza però riportare storie supportate da ricordi o dettagli. Gli individui con uno stile di attaccamento evitante tendono a percepire gli altri sulla base di meccanismi proiettivi, legati alla percezione di aspetti negati di sé negli altri (Mikulincer & Horesh, 1999). Al contrario, individui con attaccamento ansioso-ambivalente, che hanno avuto in infanzia dei *caregiver* non amorevoli e spesso sono stati trascurati o rifiutati dai propri genitori o costretti a vivere un'inversione di ruolo, hanno maggiore probabilità di ricorrere all'identificazione proiettiva, percependo gli altri nei termini della propria descrizione di sé, al fine di evitare la separazione dagli altri significativi (Mikulincer & Horesh, 1999). Diversi studi hanno anche comprovato che gli individui con attaccamento evitante tendono a ricorrere in misura maggiore a meccanismi di difesa repressivi, mentre le persone con attaccamento sicuro utilizzano le difese in modo più moderato (Prunas et al., 2019). La letteratura riporta inoltre come i meccanismi di difesa siano associati al genere: in situazioni stressanti, le donne tendono a utilizzare maggiormente difese nevrotiche e immature, mentre gli uomini tendono a ricorrere a difese ossessive e mature (Di Giuseppe et al., 2021). Questi risultati sono confermati anche in individui con diagnosi di disforia di genere, i quali hanno come funzionamento difensivo dominante quello

correlato al genere a cui sentono di appartenere (Giovanardi et al., 2021).

È importante sottolineare che non sempre i comportamenti di un individuo possano essere correlati a degli specifici meccanismi di difesa; è fondamentale considerare sempre il contesto e il carattere della persona (Lingiardi, 2002b). Per tale motivo, è necessario, durante le sedute con i pazienti, compiere una valutazione ponderata tramite strumenti validi e accurati (Lingiardi, 2002b). Il funzionamento difensivo tende a migliorare gradualmente nel tempo grazie alla psicoterapia: pazienti che tendono ad impiegare difese gerarchicamente basse, con il tempo progrediscono e imparano ad utilizzare difese legate a un livello più maturo (Perry, Banon & Bond, 2020).

## CAPITOLO III

### LA RICERCA

#### 3.1 Obiettivi e ipotesi

Sin dal 1894, con l'opera "Le Neuropsicosi di Difesa", scritta dal padre della psicoanalisi Sigmund Freud, il campo della ricerca in psicologia si è molto interessato ai meccanismi di difesa (Perry & Bond, 2012). Essi sono una componente fondamentale per quanto riguarda la valutazione dell'organizzazione della personalità di un individuo (Bornstein, 2018). I meccanismi difensivi hanno la funzione generalmente inconscia di evitare o gestire in qualche modo alcuni affetti percepiti troppo intensi o minacciosi e di mantenere alta la propria autostima, e perciò svolgono il compito di nascondere il vero Sé di una persona, il quale può essere scoperto tramite la psicoterapia a orientamento dinamico, che ha come obiettivo primo quello di comprendere l'altro, inteso come soggetto unico e complesso. (Gabbard, 2017; Perry & Kardos, 1994). La letteratura, inoltre, riporta la presenza di una correlazione tra tratti di personalità e meccanismi di difesa immaturi; è possibile quindi che, tramite il trattamento psicoterapeutico, un paziente possa migliorare il proprio funzionamento difensivo e di conseguenza il suo grado di funzionamento psichico (Di Giuseppe et al., 2021). Come riportato anche da Perry e collaboratori (1993), osservare l'andamento dei meccanismi di difesa nel corso del trattamento psicoterapeutico è uno dei modi più evidenti di valutare l'efficacia della psicoterapia. Infatti, il trattamento psicoterapeutico è fondamentale per aiutare i pazienti a usufruire di dimensioni più sane della loro personalità e nel promuovere modalità più adattive di gestire lo *stress* (Constantinides & Beck, 2010).

Alla luce della letteratura sui meccanismi di difesa, si è compresa quindi l'importanza dell'approfondire il ruolo che le difese hanno all'interno del processo clinico.

L'obiettivo della presente ricerca è stato proprio quello di osservare l'evoluzione del funzionamento difensivo di un paziente con una personalità dipendente ipotizzando un'evoluzione del livello delle difese adottate e, di conseguenza, un *outcome* positivo del trattamento. Si è optato perciò per una ricerca di tipo *single-case*, una delle indagini più efficaci relative all'inferenza causale, con l'obiettivo di avere una migliore comprensione del caso e dei suoi effetti derivati dalla terapia (Valente, Rijnhart & Miočević, 2022).

Allo scopo di confermare l'ipotesi diagnostica, si è fatto riferimento alla *Shedler-Western*

*Assessment Procedure-200* (SWAP-200; Western, Shedler & Lingardi, 2003) e al *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III* (MCMI-III; Millon, 1997), compilato dal paziente all'inizio della terapia. L'utilizzo di questi due strumenti ha permesso di ottenere una conferma della diagnosi ipotizzata: la letteratura, infatti, conferma che i 30 *item* che ricevono i punteggi più alti alla SWAP-200 offrono una sintesi utile del funzionamento del paziente, tanto da poter essere implicati per la formulazione del caso clinico, così come il MCMI-III risulta essere uno degli strumenti più frequentemente utilizzati, nonché validi, per fare diagnosi relativa ai disturbi clinici e ai disturbi di personalità (Craig, 2002; Lingardi & McWilliams, 2018). Entrambi gli strumenti sono stati inoltre utilizzati per rilevare il cambiamento intervenuto nella struttura di personalità a seguito della psicoterapia: il MCMI-III è stato somministrato al paziente dopo un mese dalla sua conclusione, mentre la SWAP-200 è stata compilata basandosi sugli ultimi tre trascritti a disposizione. La psicoterapia considerata in questa indagine è una psicoterapia a orientamento psicodinamico a lungo termine, durata quattro anni con cadenza settimanale, per un totale di 200 sedute. Per il primo anno di trattamento il terapeuta ha deciso di seguire il paziente bisettimanalmente, dopodiché si è deciso di comune accordo di fare un incontro a settimana. Per effettuare l'analisi dei meccanismi di difesa, si è ricorso all'utilizzo della DMRS (Perry, 1990), strumento utilizzato per guidare i terapeuti a identificare i meccanismi difensivi adottati dai pazienti e a cui si fa riferimento in particolare in ricerche finalizzate a valutare il grado di correlazione esistente tra categorie diagnostiche, soprattutto per quanto riguarda i disturbi di personalità, e meccanismi di difesa (Brambilla, 2002). Ad esempio, in uno studio condotto da Perry e collaboratori (1993), è stato dimostrato come gli stili difensivi correlino significativamente a particolari disturbi di personalità compresi nell'Asse II del DSM-IV. Perciò, è possibile che ad ogni difesa corrisponda tendenzialmente un insieme di tratti di personalità associati (Plutchik, 1997). Il riconoscimento empirico delle difese dell'Io, inoltre, è di grande aiuto ai ricercatori in campo dinamico in quanto permette il passaggio dall'alto livello di inferenza della psicoanalisi classica a modelli più fenomenologici, come il DSM e gli approcci orientati alla ricerca (Lingardi et al., 1999).

## **3.2 Metodo**

### **3.2.1 Partecipante**

Come detto, la ricerca ha avuto come soggetto un unico paziente. G., studente universitario di 21 anni, che giunge in consultazione lamentando una problematica d'ansia e una sensazione generale di sconforto. Vorrebbe “vivere di più la vita”, e a tal proposito riporta una difficoltà iniziata l'anno precedente nell'uscire di casa e vedere altre persone al di fuori della famiglia, composta da madre, padre e una sorella maggiore. In particolare, G. ha un rapporto molto forte con la propria madre; è stata proprio lei a convincere il figlio a iniziare un trattamento psicoterapeutico tre anni prima, a causa di una difficoltà legata alla socializzazione e all'instaurare rapporti significativi. Il paziente non ha ricordi molto positivi di questa terapia, in cui gli sono stati somministrati anche alcuni test, tra cui è possibile evincere la descrizione del test di Rorschach, e afferma di averla abbandonata nel momento in cui credeva di aver risolto i suoi problemi, ovvero con l'inizio del primo anno di università. Riporta di non aver mai effettivamente compreso se il miglioramento fosse stato merito della terapia, oppure se sia avvenuto causalmente. Quando arriva nuovamente in trattamento, sembra più consapevole di ciò che gli provoca sofferenza. La problematica di ansia riportata dal paziente sembra avvolgere ogni aspetto della sua vita, dalle relazioni, alle amicizie, agli studi. Per quanto riguarda il percorso scolastico, G. dichiara di aver abbandonato gli studi del corso di laurea che stava precedentemente frequentando e di aver intrapreso un altro campo di studi dopo un anno sabbatico. Sin dal primo incontro con il terapeuta emerge un forte nucleo dipendente nella personalità del paziente; in particolar modo è possibile dedurlo da come G. descrive la propria madre, fortemente idealizzata e ritratta come unico punto di riferimento. Sin da subito, G. racconta di avere una grossa difficoltà nel prendere decisioni, e per questo motivo, lascia che sia la madre a scegliere per lui, in quanto capace di capirlo come nessun altro al mondo. Questo blocco decisionale è accompagnato spesso da pensieri intrusivi, descritti dal paziente come “pensieri spazzatura”, legati sia a sé stesso che alla famiglia. G., inoltre, riporta una forte angoscia correlata al pensiero di morte dei propri genitori, che fa risalire al fatto che la zia, ovvero la sorella della madre, fosse malata di cancro, temendo che lo stesso potesse accadere alla madre. Per quanto riguarda i rapporti di amicizia, il paziente racconta di avere un gruppo di amici storico e un gruppo di amici dell'università, ma non riporta un legame particolarmente significativo con nessuno di loro. Da qualche mese, anzi, G. fa molta fatica ad uscire, preferisce rimanere a casa con i genitori

e addirittura spegne il telefono alla sera in modo da non essere contattato. Questa componente di ritiro può essere interpretata come una pulsione mortifera, intesa come un tentativo di tornare a uno stato di costanza. Infatti, il paziente tende a non fare nulla in modo da mantenere uno stato di omeostasi. Tale parte pulsionale è però in conflitto con quella più vitale del ragazzo, che vorrebbe in realtà uscire, divertirsi e, appunto, “vivere la vita”. Il problema è che G. non riesce mai a capire quale sia la decisione migliore da prendere, e quasi sempre decide di non decidere, rimanendo in casa, oppure lascia che siano gli altri a stabilire cosa sia meglio per lui. La difficoltà nel prendere decisioni gli provoca una grande angoscia, che necessita sempre dell’aiuto della madre per essere regolata. Il giovane, inoltre, osserva che, non uscendo, ci siano meno possibilità di fare arrabbiare e/o preoccupare la madre.

Quando G. esce con gli amici racconta di fare uso di alcol per rilassarsi. Dalle descrizioni non emerge però una dipendenza all’alcol, si tratta solo di una tattica che il paziente adotta per “sciogliere i nervi”; infatti, G. riporta di non cercare nemmeno l’alterazione eccessiva. Lo scopo non è quindi quello di ubriacarsi per annebbiare la mente, ma quello di essere in grado di gestire situazioni sociali cariche di contenuto ansiogeno.

Questa difficoltà nei rapporti si ripercuote anche nelle relazioni d’amore: G. non ha mai avuto un’esperienza amorosa. Negli anni precedenti ha riportato dei tentativi di instaurare dei legami significativi, ma sempre senza alcun successo. Ora, invece, G. dichiara di non avere nemmeno interesse nella figura femminile, anzi riporta un’angoscia legata a un possibile squilibrio che una nuova persona porterebbe nella sua vita, oltre al fatto che per lui ciò implicherebbe avere dei veri e propri doveri nei confronti dell’altra persona, ignorando quindi tutti i lati positivi che una relazione porta. In verità, G. vorrebbe provare tutte le esperienze tipiche della sua età, ma l’ansia provata è talmente forte da temere qualsiasi novità.

L’incapacità di tollerare sensazioni di incertezza è notevole anche dal fatto che ha preparato un elenco delle informazioni da riportare al terapeuta.

Oltre alla componente ansiosa, emerge anche una bassa stima di sé: è frequente, infatti, una svalutazione del proprio pensiero e del proprio modo di essere.

In linea con la letteratura, la struttura di personalità di G. si avvicina molto al prototipo della personalità dipendente: è possibile ipotizzare una diagnosi usando sia il DSM-5 (APA, 2013) che il Manuale Diagnostico Psicodinamico-2 (PDM-2; Lingiardi & McWilliams, 2018).

Il Disturbo Dipendente di Personalità (DDP) secondo il DSM-5 (APA, 2013) prevede un

bisogno eccessivo di accudimento, che porta a un comportamento sottomesso e dipendente, caratterizzato da un grande timore di separazione. In particolar modo, G. ha difficoltà a prendere decisioni quotidiane senza l'aiuto degli altri, ha bisogno che le altre persone si assumano la responsabilità per la maggior parte delle aree della sua vita, riporta problemi nell'esprimere disaccordo verso le sue persone significative per timore di perdere il loro appoggio, fatica a svolgere vari compiti da solo (non per mancanza di energia ma per scarsa fiducia in sé stesso) e prova spesso disagio in situazioni in cui è solo per la paura di non essere in grado di gestirsi autonomamente (APA, 2013). Le persone con questo tipo di personalità spesso dipendono da una persona in particolare, che in questo caso specifico è la madre di G., alla quale il paziente si rivolge per chiedere consigli riguardo ad ogni decisione, ad esempio sull'uscire o meno e con chi. Spesso, in aggiunta, il paziente sceglie deliberatamente di restare in casa per evitare che la madre si preoccupi o che scaturisca un motivo per litigare. Per quanto concerne le caratteristiche associate a supporto della diagnosi, il DSM-5 (APA, 2013) riporta che gli individui con DDP sono persone spesso pessimiste verso sé stesse; G., infatti, frequentemente si riferisce a sé stesso come "stupido" o addirittura "handicappato". Le persone con questo tipo di personalità sono altamente ansiose nei momenti in cui devono prendere delle decisioni e riportano una grande difficoltà nel gestire le relazioni, caratteristiche che vengono riportate fin da subito dal paziente (APA, 2013). Il paziente G. rispecchia le descrizioni delle personalità dipendenti anche prendendo in osservazione il PDM-2 (Lingiardi & McWilliams, 2018). Come riportato dal manuale, gli individui con una personalità dipendente sono individui altamente bisognosi dell'altro, che tendono a definire sé stessi in relazione alle altre persone e ricercano sicurezza nei rapporti con l'altro significativo con cui hanno instaurato una relazione di dipendenza (Lingiardi & McWilliams, 2018). Spesso queste persone giungono all'attenzione clinica nel momento in cui ci sono dei problemi nella loro principale relazione di attaccamento (Lingiardi & McWilliams, 2018). Infatti, prendendo in esame il caso specifico di G., il paziente giunge in consultazione manifestando un conflitto tra la voglia di uscire e di fare esperienze adeguate alla sua età e il rimanere a casa con la propria madre. La vita delle personalità dipendenti è infatti organizzata intorno al tentativo di mantenere la relazione con l'altro significativo, con cui mostrano un atteggiamento particolarmente sottomesso per timore di essere abbandonati (Bornstein, 2005). Sono inoltre persone molto passive, che vedono sé stesse come deboli e prive di valore; mostrano anche difficoltà a riconoscere e/o a esprimere la propria rabbia: infatti, G., nonostante abbia una grande rabbia inconscia, osservabile anche dal numeroso



utilizzo del meccanismo dell'aggressività passiva, non esprime mai collera diretta nei confronti della madre per il timore di perderla (Bornstein, 2005). Nel corso della terapia, G. dichiara apertamente al proprio terapeuta di cercare di rispondere come lui vorrebbe, in modo da poter soddisfare i presunti desideri del clinico. Anche questa si tratta di una caratteristica tipicamente dipendente, in cui c'è una grande esigenza di avere un rapporto speciale con il proprio psicoterapeuta, incarnando egli un ruolo di potere (Lingiardi & McWilliams, 2018).

In linea con l'ipotesi diagnostica si è quindi ipotizzato un trattamento psicodinamico, dal momento che numerosi dati sostengono che la psicoterapia psicodinamica risulta altamente efficace per questo tipo di disturbo della personalità (Svartberg, Stiles & Sletzer, 2004).

Si suggerisce di vedere il paziente in seduta per due volte a settimana, in quanto la ricerca riporta la necessità di vedere i pazienti con diagnosi di disturbo di personalità con una frequenza più assidua (Rashn, Makvand-Hosseini, Rezaei & Tabatabaee, 2018). Inoltre, in questo modo, si impedisce che le persone attuino la cosiddetta "strategia di Penelope", ovvero il disfare in assenza del terapeuta tutto ciò che è stato costruito insieme, tra cui anche il lavoro relativo ai meccanismi di difesa (Semi, 2011, p. 75). La letteratura sul trattamento psicoterapeutico sui disturbi di personalità ha comprovato infatti che le difese del paziente influenzano i progressi nella terapia (Perry, 2001). Per questo motivo, gli interventi del terapeuta dovrebbero concentrarsi sulle difese del paziente per promuovere un'alleanza terapeutica più positiva e, di conseguenza, un *outcome* positivo (Despland, de Roten, Despars, Stigler & Perry, 2001).

Come riportato da Gabbard (2014), uno dei maggiori problemi di avere in trattamento un paziente con DDP è proprio quello relativo alla dipendenza del paziente verso il terapeuta: per far sì che questi pazienti superino i loro problemi di dipendenza patologica, è necessario prima che instaurino un rapporto di dipendenza nei confronti del terapeuta. È fondamentale, perciò, che il clinico applichi la cosiddetta regola della frustrazione; ergo, non colluda con il paziente e sostenga i suoi tentativi di autonomia, contenendo i forti affetti ansiosi correlati ai primi tentativi di indipendenza (Lingiardi & McWilliams, 2018; Semi, 1985). Essendo G. solito utilizzare meccanismi passivo-aggressivi, è necessario che il terapeuta sia in grado di affrontare la terapia con una certa dose di umorismo atto a gestire i sentimenti controtransferali di irritazione e pesantezza che il paziente può provocare (Lingiardi & McWilliams, 2018). In aggiunta, è importante che lo psicoterapeuta aiuti l'individuo a

nominare questi sentimenti negativi, in modo da poterli poi affrontare nel corso del trattamento (Lingiardi & McWilliams, 2018).

### **3.2.2 Strumenti**

Di seguito vengono presentati gli strumenti utilizzati ai fini della valutazione delle ipotesi di ricerca.

Due di essi (la DMRS e la SWAP-200) sono stati impiegati dalle valutatrici che si sono occupate di questa ricerca, mentre la MCMI-III è stata compilata autonomamente dal paziente, come indicato dalle linee guida per la somministrazione del test.

***Defense Mechanism Rating Scale*** (DMRS; Perry, 1990). Nata negli anni Ottanta per promuovere una diagnosi strutturale del paziente, è una misura finalizzata a operazionalizzare e quindi rilevare 27 meccanismi di difesa, valutati tramite la lettura di trascritti di sedute psicoterapeutiche (Brambilla, 2002). Ogni difesa presenta una definizione teorica, una descrizione della sua funzionalità, una diagnosi differenziale e una scala di valutazione a tre punti in cui viene segnalata l'assenza (0), l'uso probabile (1) o l'uso certo (2) di essa, accompagnata da esempi pratici (Brambilla, 2002; Perry, 1990). Grazie alla DMRS è possibile valutare le difese in maniera qualitativa (presenza/assenza), quantitativa (frequenza) e il loro livello di maturità (Perry, Kardos & Pagano, 1993). In ambito terapeutico, questo strumento è utile per predire il decorso di un trattamento e valutare i cambiamenti dell'assetto difensivo del paziente (Lingiardi & McWilliams, 2018).

I meccanismi di difesa possono essere individuati tramite un processo suddiviso in due fasi: la prima fase consiste nell'individuare la presenza della difesa durante lo svolgimento di un colloquio; la seconda fase consiste nel compiere un'analisi differenziale delle varie difese possibili utilizzate in seduta e individuare il meccanismo difensivo usato in base alla funzione che esso ha (Perry, 2002). Una difesa, infatti, è individuabile perché rappresenta un'irregolarità rispetto al discorso compiuto dal paziente; può essere un affetto inaspettato, assente o incoerente rispetto al discorso, un cambiamento improvviso del tono di voce o dell'argomento di cui si sta parlando, una difficoltà nel gestire il discorso, una contraddittorietà, un'espressione inattesa, descrizioni distorte, eccetera (Perry, 2002). Nella DMRS vengono calcolati tre punteggi: il punteggio delle singole difese, definito anche punteggio proporzionale, in cui il numero di volte in cui ogni difesa si manifesta viene diviso per il numero totale di tutte le difese usate dal paziente; il punteggio dei livelli difensivi, in cui vengono sommati i punteggi proporzionali di tutte le difese appartenenti a uno stesso

livello, e il punteggio globale della maturità delle difese, denominato *Overall Defensive Functioning* (ODF), che sintetizza i punteggi totali di tutte le difese che vengono utilizzate durante il colloquio (Perry, 2002). Quest'ultimo si ottiene moltiplicando ogni difesa per il peso relativo al livello gerarchico a cui appartiene (da 1 a 7) e calcolando infine la media ponderata di tutte le difese (Perry, 1990). Dopodiché, è necessario valutare l'affidabilità *inter-rater* (*Inter-Rater Reliability*; IRR) ossia l'accordo tra valutatori diversi, calcolabile tramite un indice di correlazione interclasse ( $r$  di Pearson): vengono inseriti i punteggi di ogni difesa ottenuti dal primo osservatore e dal secondo; successivamente, si devono introdurre gli stessi punteggi in ordine inverso e, infine, si calcola la correlazione tra i punteggi, ottenendo in questo modo una correlazione intraclasse (Perry, 2002). Il valore critico di  $r$  per poter assumere la presenza di un'associazione è  $|0,30|$  (con un livello di significatività inferiore a 0,05).

Inoltre, una correlazione viene definita debole se  $|0,30| < r < |0,39|$ , moderata se  $r \geq |0,40|$ , per diventare sempre più forte avvicinandosi al valore  $|1|$  (Pastore, 2015).

***Millon Clinical Multiaxial Inventory-III*** (MCMI-III; Millon, 1997). È un test comprensivo di 175 *item* a risposta dicotomica (vero-falso) a cui possono rispondere pazienti maggiorenni finalizzato a valutare i vari prototipi di personalità, definiti da Millon come una "categoria sovraordinata che sussume e integra tratti psicologicamente covarianti che, a loro volta, rappresentano un insieme di abitudini correlate che rappresentano una risposta attuata in varie situazioni" (Strack & Millon, 2007, p. 57). Il MCMI-III valuta 14 stili e sottotipi di personalità (schizoide, evitante, depressiva, dipendente, istrionica, narcisistica, antisociale, sadica, ossessivo-compulsiva, negativistica, masochistica, schizotipica, borderline e paranoide) (Millon & Davis, 1997). In particolare, i disturbi di personalità sono divisi in due categorie: disturbi con gravità maggiore, comprendenti la personalità schizotipica (S), borderline (C) e paranoide (P) e *pattern* di personalità clinica, ossia la personalità schizoide (1), evitante (2a), depressiva, (2b), dipendente (3), istrionica (4), narcisistica (5), antisociale (6A), sadica o aggressiva (6B), ossessivo-compulsiva (7), negativistica o passivo-aggressiva (8A) e masochistica o autofrustrante (8B) (Schoenberg, Dorr, Don Morgan & Burke, 2004). In aggiunta, è possibile valutare anche 10 sindromi cliniche, quali ansia (A), somatizzazione (H), disturbo bipolare (N), distimia (D), dipendenza da alcol (B), dipendenza da droghe (T), disturbo da *stress* post-traumatico (R), disturbo del pensiero (SS), depressione maggiore (CC) e disturbo delirante (PP) (Millon & Davis, 1997). Queste ultime 3 sono considerate sindromi cliniche gravi (Millon & Davis, 1997). Dal momento che il modello di Millon

presuppone che i tipi di personalità e le sindromi cliniche siano in qualche modo tra loro correlate, molti *item* uguali sono presenti in scale diverse: essi hanno un punteggio pari a 2 quando sono peculiari per il disturbo associato alla specifica scala, mentre hanno un punteggio di 1 quando rappresentano aspetti in comorbidità con varie scale (Strack & Millon, 2007). Per valutare la presenza o l'assenza di un determinato disturbo, il MCMI-III adotta un sistema di punteggio denominato *base rate* (BR) secondo cui un individuo deve superare un determinato *cut-off* (fissato alla prevalenza di un tratto o un disturbo all'interno di una specifica popolazione psichiatrica) per essere associato alla probabilità di avere la determinata caratteristica indagata (Grove & Vrieze, 2009). Il punteggio BR di 35 rappresenta la mediana per la popolazione sana mentre quello di 60 rappresenta la mediana per la popolazione clinica (Grove & Vrieze, 2009). I punteggi BR che rientrano nell'intervallo 60-74 rappresentano quindi il funzionamento normale; se un individuo ottiene un punteggio BR maggiore di 75, significa che la caratteristica misurata è sicuramente presente, mentre se il punteggio supera il *cut-off* di 85 la caratteristica misurata è clinicamente significativa per quanto riguarda la diagnosi del paziente (Lenny & Dear, 2009). Inoltre, ci sono anche 4 indici di modifica, relativi alla validità (V), all'apertura (X), alla desiderabilità (Y) e all'autosvalutazione (Z) (Millon & Davis, 1997). La scala V contiene 3 elementi improbabili che possono indicare risultati discutibili; se due o più *item* vengono segnati come vero, il protocollo non è ritenuto valido dal somministratore (Rossini & Choca, 2008). L'indice X, invece, non è una vera e propria scala, ma un punteggio composito derivato dalle varie scale di personalità; serve per osservare quali tratti il paziente attribuisce a sé stesso (Rossini & Choca, 2008). L'indice Y valuta il grado in cui i risultati possono essere stati influenzati dalla tendenza del soggetto a mostrarsi socialmente attraente, moralmente virtuoso ed emotivamente ben controllato (Rossini & Choca, 2008). Se  $Y > 75$  il soggetto nasconde alcuni aspetti delle proprie difficoltà psicologiche e relazionali (Millon, 1997). L'indice Z indaga caratteristiche opposte a quelle indagate dall'indice Y; quando  $Z > 75$  il paziente tende a criticare sé stesso e ad autosvalutarsi (Rossini & Choca, 2008). Sia per quanto riguarda l'indice Y che l'indice Z, punteggi elevati non vanno a invalidare il protocollo ma, anzi, indirizzano a un'attenzione clinica (Millon, 1997). Il protocollo risulta nullo nel momento in cui non viene indicato né l'età del paziente, né il genere, l'8,3% degli *item* totali risulta senza risposta oppure con risposta doppia,  $V = 2$  o  $V = 3$ ,  $X < 34$ ,  $X > 178$  o nessuno dei punteggi BR risulta  $> 59$ ; questo perché la misura è stata pensata per valutare pazienti con disturbo di personalità (Rossini & Choca, 2008) Tra i limiti di questa misura, è

infatti importante considerare il fatto che si tratta di un test applicabile unicamente a contesti clinici, dal momento rileva solamente aspetti patologici del paziente, senza tra l'altro considerare i suoi punti di forza (Craig, 1999). È necessario contestualizzare sempre i punteggi ottenuti dallo strumento: un punteggio elevato non è di per sé indicatore di patologia; infatti, se un individuo vive in un ambiente in cui le sue caratteristiche non risultano disfunzionali, questi non deve essere considerato con tratti patologici, bensì adattivi (Millon, 1997).

***Shedler-Western Assessment Procedure-200*** (SWAP-200; Western, Shedler & Lingiardi, 2003). È uno strumento utilizzato per valutare la personalità in maniera oggettiva e statisticamente affidabile; è composto da 200 *item* descrittivi di tratti di personalità, normali e patologici, elaborati sulla base della letteratura teorica ed empirica sulla personalità e sui disturbi della personalità, i meccanismi difensivi e di *coping*, dagli assi I e II e dalle appendici del DSM-III-R e del DSM-IV (Gazzillo, 2006). Ogni *item* è scritto con un linguaggio semplice e privo di termini tecnici, descrivendo i tratti relativi alle quattro dimensioni necessarie per valutare la personalità (identità, relazioni oggettuali, livelli difensivi ed esame di realtà) e gli deve essere attribuito un punteggio che va da 0 a 7 (Lingiardi & McWilliams, 2018). Il punteggio 0 va assegnato agli *item* che non descrivono in alcun modo la personalità del paziente, mentre il punteggio 7 viene assegnato agli *item* completamente descrittivi della personalità della persona esaminata (Gazzillo, 2006). Gli *item* hanno una distribuzione fissa, ovvero è presente un numero prefissato di *item* a cui attribuire i diversi punteggi: il punteggio 0 deve essere assegnato a 100 *item*, il punteggio 1 a 22 *item*, il punteggio 2 a 18 *item*, il punteggio 3 a 16 *item*, il punteggio 4 a 14 *item*, il punteggio 5 a 12 *item*, il punteggio 6 a 10 *item* e il punteggio 7 a 8 *item*: questa distribuzione è stata imposta in modo tale da garantire una distribuzione degli *item* alla metà destra di una curva normale e per evitare possibili *bias* nei valutatori a favorire punteggi medi o estremi (Lingiardi & Gazzillo, 2003). La SWAP-200 indaga sia su dimensioni della personalità direttamente osservabili, sia costrutti più ipotetici, come ad esempio l'identificazione proiettiva (Gazzillo, 2006). È importante non confondere la valutazione della descrittività degli *item* con l'intensità in cui è presente il tratto osservato (Gazzillo, 2006). Per poter compiere una valutazione tramite la SWAP-200 è necessario conoscere bene il paziente, e perciò aver condotto almeno tre colloqui oppure aver osservato, ascoltato o letto almeno tre colloqui videoregistrati, audioregistrati o trascritti (Gazzillo, 2006). Al termine dell'assegnazione dei punteggi a tutti gli *item*, il sistema calcola e standardizza in punti T ( $\mu = 50$ ;  $\sigma = 10$ ) le correlazioni tra il profilo ottenuto tramite la

SWAP-200 e i prototipi della SWAP-200 relativa a pazienti ideali con disturbi della personalità presenti nell'Asse II del DSM-IV (*PD factor*) e i prototipi della personalità derivati empiricamente con la SWAP-200 in base alle descrizioni di pazienti reali (*Q factor*) (Gazzillo, 2006). I risultati relativi ai punteggi PD standardizzati (PD-T) vengono mostrati sia numericamente, sia sotto forma di grafico a barre (Gazzillo, 2006). Le correlazioni tra la valutazione della persona e i singoli prototipi PD che risultano maggiori del punteggio di 60 sono indice di un disturbo di personalità, in quanto superano la media di almeno una deviazione standard, mentre nel momento in cui la correlazione si colloca tra il 55 e il 60 si parla di forti tratti di personalità legati a un disturbo specifico (Gazzillo, 2006). In questo modo, la SWAP-200 garantisce sia una diagnosi categoriale, legata alla presenza o meno di una patologia, sia dimensionale (Gazzillo, 2006). Oltre ai tratti psicopatologici della persona indagata, la SWAP-200 valuta anche il fattore di alto funzionamento, in modo da poter osservare anche le risorse a disposizione della persona (Gazzillo, 2006). I fattori Q, estratti mediante la *Q-analysis*, una variante dell'analisi fattoriale che, invece di accorpare gruppi di *item* intercorrelati, raggruppa gruppi di casi con punteggi simili sulle stesse variabili, sono stati ottenuti mediante le descrizioni SWAP-200 di 496 pazienti reali con diagnosi di disturbo di personalità e sono dodici (Gazzillo, 2006). Questi fattori sono divisi in due ordini: i fattori Q di primo ordine sono il fattore Q disforico (relativi al sentirsi inadeguati, inferiori, falliti), il fattore Q antisociale-psicopatico (legati alla tendenza ad essere approfittatori, disonesti, senza rimorsi), il fattore Q schizoide (tipico di chi non ha legami significativi, non ha un'ampia gamma di emozioni e capacità sociali), il fattore Q paranoide (connesso al sentirsi incompreso, attaccato, vittimizzato), il fattore Q ossessivo (pertinente a caratteristiche sia positive, come l'essere coscienti e responsabili, sia a caratteristiche negative, come l'essere controllanti o inibiti), il fattore Q istrionico (presente nelle persone eccessivamente dipendenti dagli altri, facilmente influenzabili o teatrali) e il fattore Q narcisistico (concernente la tendenza ad avere fantasie di onnipotenza, ricercare assiduamente l'attenzione altrui, l'essere arroganti); i fattori Q di secondo ordine, derivati da quello disforico, sono il fattore Q evitante (tipico di persone timide e riservate, che provano spesso vergogna, imbarazzo e umiliazione), il fattore Q emotivamente disregolato (caratterizzato da pazienti tendenzialmente *borderline*, incapaci di controllare la propria emotività), il fattore Q difendente-masochista (presente in persone con disturbo dipendente di personalità, che vengono coinvolti in relazioni abusanti e spesso si innamorano di persona emotivamente non disponibili) e il fattore Q disforico con esteriorizzazione dell'ostilità

(tipico di chi tende a partecipare a lotte di potere e ad accusare gli altri per i propri insuccessi) (Lingiardi & Gazzillo, 2003). Anche i fattori Q vengono standardizzati in punti T (Q-T *factor*), ottenuti tramite la correlazione tra il profilo del paziente e i diversi fattori Q (Gazzillo, 2006). Come per quanto riguarda i punteggi PD-T, quando questa correlazione risulta maggiore di 60, si può parlare di patologia, mentre se è compresa tra 55 e 60, sono presenti unicamente dei forti tratti di personalità (Lingiardi & Gazzillo, 2003). Se il punteggio risulta inferiore, la persona ha semplicemente delle caratteristiche legate a un particolare tipo di personalità (Gazzillo, 2006).

### **3.2.3 Procedura**

Il paziente che ha partecipato allo studio è stato reclutato presso un Centro Clinico, nel quale è stato seguito per quattro anni. Il paziente, maggiorenne, ha acconsentito tramite la firma di un consenso informato ad essere audioregistrato durante le sedute a scopo di ricerca. Inoltre, è stato informato della responsabilità dei ricercatori per quanto riguarda la trattazione e la conservazione dei suoi dati personali.

Il presente studio è stato svolto prendendo in considerazione diciotto sedute della psicoterapia (precisamente le sedute 1, 2, 3, 23, 24, 25, 52, 53, 54, 90, 96, 100, 125, 134, 137, 184, 198 e 199), distribuite in maniera abbastanza omogenea lungo il percorso, in modo da avere un'idea generale dell'andamento della terapia. Nella Figura 1 è riportato uno schema esplicativo della distribuzione delle sedute. Sono stati, inoltre, osservati i risultati ottenuti dal MCMI-III e dalla SWAP-200, applicata dopo aver seguito un *training* organizzato dal terapeuta stesso di G.

Il materiale è stato raccolto tramite la trascrizione delle sedute psicoterapeutiche *verbatim*, grazie alle quali è stato possibile compiere un'analisi di tipo microprocessuale, focalizzandosi soprattutto sugli scambi verbali tra paziente e terapeuta, in particolar modo sull'utilizzo dei suoi meccanismi difensivi.

Anche prima di procedere alla valutazione dei meccanismi di difesa del paziente è stato necessario frequentare un corso di formazione tenuto dal Dott. Lo Buglio della durata di dodici ore per saper utilizzare al meglio la DMRS. Sono stati organizzati sette incontri in cui è stato possibile approfondire la storia dello studio dei meccanismi di difesa e la nascita della DMRS; in aggiunta, ogni difesa è stata descritta affiancata da esempi colti da trascritti clinici, su cui sono state fatte anche delle esercitazioni pratiche. Durante il *training* è stato possibile calcolare l'IRR tra due gruppi di giudici, ovvero un gruppo di giudici esperti responsabili

del *training* (gruppo 1) e un gruppo di giudici appena formate (gruppo 2). Per quanto concerne l'IRR, è stato possibile calcolare tramite l'*r* di Pearson una correlazione intraclassa (*intraclass correlation*; ICC) sulle siglature di uno dei trascritti, valutato da due siglatori esperti (gruppo 1) e dal gruppo che si è occupato di questa indagine (gruppo 2). Il grado di accordo delle codifiche sul trascritto dei siglatori è risultato di .52 per quanto riguarda le singole difese, mentre di .62 relativo al *cluster*. Il grado di accordo dei siglatori esperti sulle codifiche compiute dal gruppo che si è occupato di questa indagine è pari a .44 riferito alle difese singole e a .52 per il *cluster*. Essendo l'IRR per il *cluster* un coefficiente più elevato rispetto a quello per le difese singole, l'interpretazione dei risultati si basa principalmente sul livello di *cluster*, ergo sull'ODF.

Dopo il *training*, sono stati forniti i trascritti delle sedute del paziente oggetto di questa indagine, ottenuti dalle audioregistrazioni effettuate. Successivamente, ogni trascritto è stato siglato basandosi sulla DMRS (Perry, 1990), senza inizialmente sapere il numero della seduta in questione, per evitare possibili *bias* nella valutazione. La siglatura è stata fatta dalle giudici appartenenti al gruppo 2, le quali hanno utilizzato il materiale per svolgere anche le indagini della presente ricerca. In aggiunta, in accordo con la modalità d'indagine di tipo *single-case*, è stata valutata una *baseline* tramite la somministrazione al paziente del MCMI-III, oltre all'applicazione della SWAP-200 sui primi tre trascritti. In questo modo, è stato possibile avere una valutazione della personalità del paziente ad inizio terapia. Il MCMI-III è stato poi nuovamente somministrato in fase di *follow-up*, per osservare dei possibili cambiamenti a distanza di un mese dalla conclusione della terapia, e la SWAP-200 è stata applicata sulle ultime tre sedute per valutare la personalità del paziente a fine terapia.

Per ciò che riguarda il MCMI-III, i risultati di questo test sono stati forniti direttamente dal terapeuta di G., sia per quanto riguarda la prima somministrazione, che per quella in *follow-up*. La SWAP-200 è stata applicata ai colloqui dalle conduttrici di questo studio, che hanno scelto di compilarla insieme, favorendo un dibattito intersoggettivo per valutare il più precisamente possibile tutti gli aspetti della personalità del paziente. Successivamente, i punteggi sono stati messi a confronto con quelli ottenuti dal terapeuta, che ha a sua volta adottato lo strumento basandosi sui primi incontri con G.





*Figura 1.* Schema esplicativo della distribuzione delle sedute usate a scopo di ricerca.

## CAPITOLO IV

### I RISULTATI

#### 4.1 Risultati

##### 4.1.1 Valutazione della personalità tramite la SWAP-200

Dopo aver letto i primi tre trascritti del paziente, le conduttrici del presente studio hanno valutato la personalità del paziente tramite la SWAP-200. Successivamente, è stata applicata la SWAP-200 basandosi sulle ultime tre sedute, per osservare se ci fosse stato un cambiamento nella struttura di personalità nel paziente.

Le differenze tra i punteggi PD-T relativi alle prime tre sedute e alle ultime tre sedute sono osservabili nella Figura 2, mentre il confronto tra i punteggi Q-T riferiti alle tre sedute iniziali e alle tre sedute finali è rilevabile nella Figura 3.

Relativamente ai PD-T iniziali, è possibile osservare un superamento del *cut-off* di 60 per quanto riguarda i prototipi della personalità schizoide (62.68), schizotipica (61.58), evitante (61.66), dipendente (64.39) e ossessiva (60.96). Al termine della terapia è possibile notare come nessuno dei punteggi PD-T associati ai prototipi di personalità superi il *cut-off* di 60. Gli unici punteggi risultati significativi sono quelli riferiti allo stile di personalità dipendente (56.37) e all'alto funzionamento (67.62), migliorato visibilmente rispetto all'inizio del trattamento. Per quanto concerne i punteggi Q-T rilevati all'inizio della terapia, risultano salienti i punteggi associati ai prototipi di personalità schizoide (62.52) ed evitante (63.39). È possibile evidenziare anche i punteggi riferiti ai prototipi di personalità disforica (57.86) e dipendente (55.20), i quali non superano il *cut-off* di 60 ma rientrano nel *range* compreso tra 55 e 60, indicativo della presenza di forti tratti di personalità.

Al termine della terapia si è osservato un superamento del *cut-off* di 60 per quanto riguarda i punteggi Q-T associati al prototipo di personalità ossessiva (63.44) e quello depressivo ad alto funzionamento (62.81). I punteggi relativi, invece, a forti tratti di personalità, si riferiscono al prototipo di personalità disforica (55.21) ed evitante (59.24).

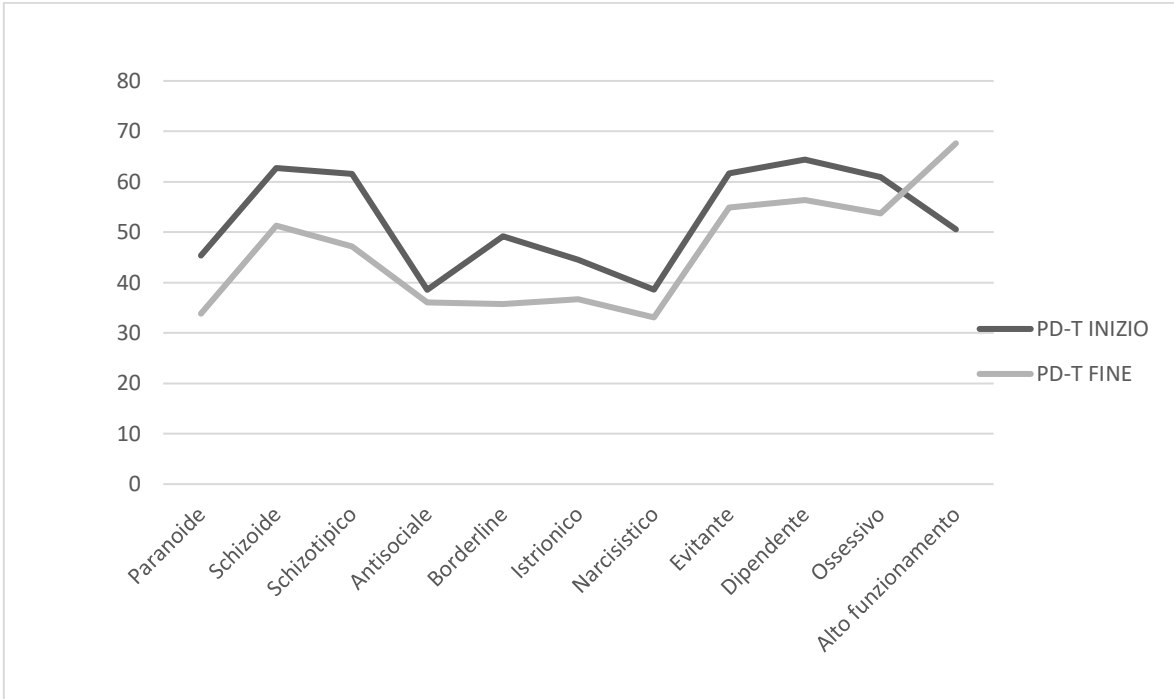


Figura 2. Confronto tra i punteggi PD-T della SWAP-200 basata sui primi tre trascritti e della SWAP-200 basata sugli ultimi tre trascritti.

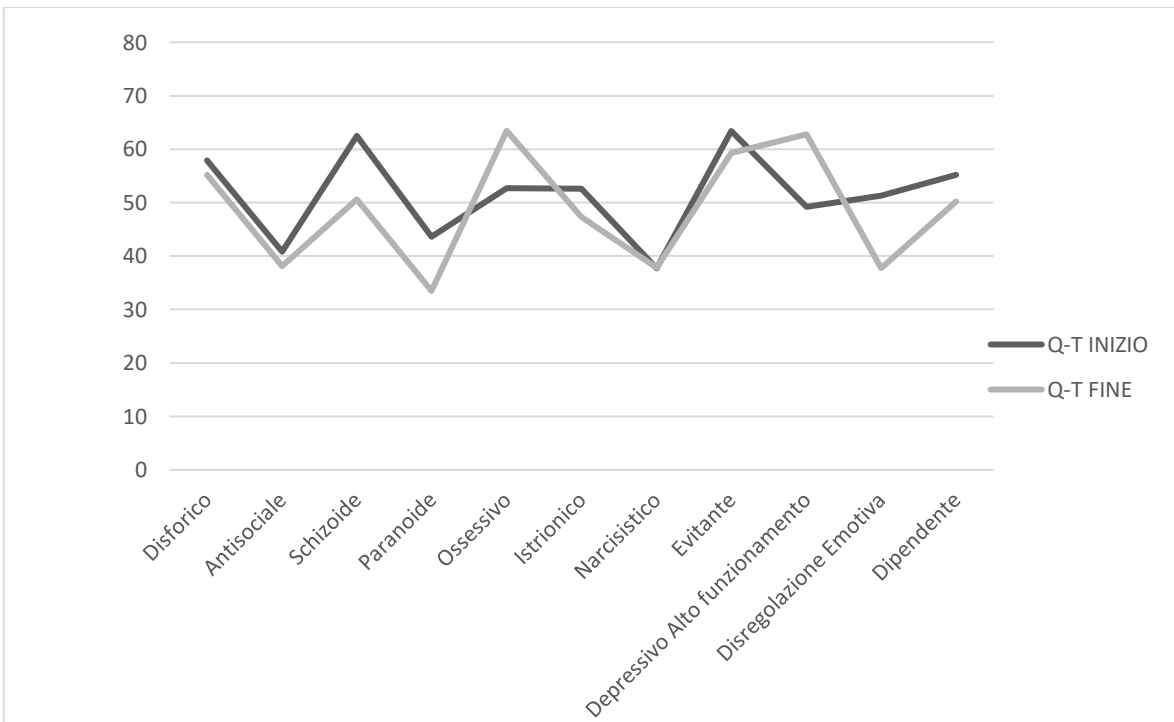


Figura 3. Confronto tra i punteggi Q-T della SWAP-200 basata sui primi tre trascritti e della SWAP-200 basata sugli ultimi tre trascritti

#### 4.1.2 Analisi del profilo psicopatologico con il MCMI-III

G. ha compilato il MCMI-III a inizio della terapia e dopo un mese dal suo termine, per osservare se ci fossero stati dei cambiamenti e quindi per poterne osservare la rilevanza e la qualità. I dati sono osservabili nella Figura 4.

Esaminando l'indice di validità (V), risultato pari a 0 in entrambi i casi, e l'indice di apertura (X), risultato sia nella prima che nella seconda somministrazione  $34 < X < 178$ , è stato possibile confermare il protocollo. In riferimento all'indice di desiderabilità (Y), il punteggio iniziale è pari a 55 mentre dopo un mese dal termine del trattamento il punteggio è di 70. In entrambi i casi,  $Y < 75$ , perciò il paziente non nasconde alcuna difficoltà personale al clinico. Osservando il punteggio dell'indice di autosvalutazione (Z), l'autosvalutazione di G. è aumentata al termine della terapia, superando addirittura il *cut-off*, indice del fatto che il paziente tende molto a criticare sé stesso e a vedersi negativamente. Successivamente, è possibile analizzare i punteggi associati ai disturbi di personalità più gravi, ovvero la personalità schizotipica (S), la personalità *borderline* (C) e la personalità paranoide (P). A inizio terapia, nessuno dei tre punteggi supera il *cut-off* di 85, che indica la presenza di quella particolare caratteristica, perciò non sono punteggi clinicamente significativi. È possibile comunque notare un calo dei punteggi in *follow-up*, facendo rientrare il punteggio della scala *borderline* nell'area legata alla popolazione non psichiatrica. Per quanto concerne i punteggi relativi agli altri *pattern* di personalità clinica, ergo schizoide (1), evitante (2A), depressiva (2B), dipendente (3), istrionica (4), narcisistica (5), antisociale (6A), sadica (6B), ossessivo-compulsiva (7), negativistica (8A) e masochistica (8B), ottenuti durante la prima somministrazione nessuno di essi supera il *cut-off* di 85 secondo cui la caratteristica misurata è clinicamente significativa per la diagnosi. È comunque evidenziabile la presenza di alcuni punteggi  $BR > 75$ , che indicano la presenza di alcuni *pattern* di personalità, ovvero la personalità evitante, la personalità depressiva e la personalità dipendente. Quest'ultima risulta la scala con il punteggio maggiore (82). Successivamente, in fase di *follow-up*, si considera un calo dei punteggi per quanto riguarda la scala schizoide, la scala evitante, la scala depressiva, la scala dipendente, la scala ossessivo-compulsiva, la scala negativistica e in particolare la scala masochistica, mentre i punteggi della scala istrionica, della scala narcisistica, della scala antisociale e della scala sadica risultano maggiori rispetto a quelli precedenti. Nessuno di essi si rileva però clinicamente significativo.

Concernente alle sindromi cliniche gravi, cioè il disturbo del pensiero (SS), il disturbo

depressivo maggiore (CC) e il disturbo delirante (PP), si è notato come, a inizio del trattamento, i punteggi siano maggiori per quanto riguarda il disturbo del pensiero e il disturbo depressivo maggiore rispetto alla somministrazione successiva. Per quanto riguarda la scala del disturbo delirante, il punteggio rimane invariato. Nessuno di questi punteggi rilevati risulta clinicamente significativo. Osservando i punteggi legati alle altre sindromi cliniche dello strumento somministrato inizialmente, ossia ansia (A), somatizzazione (H), disturbo bipolare (N), distimia (D), dipendenza da alcol (B), dipendenza da droghe (T) e disturbo post-traumatico da *stress* (R), la scala dell'ansia risulta particolarmente significativa per la diagnosi del paziente, mentre la scala della distimia denota una presenza sicura di questa caratteristica nella personalità di G. In fase di *follow-up*, nessun punteggio si rivela significativo. In particolare, si nota un calo dei punteggi per quanto riguarda la scala ansia, la scala distimia, la scala dipendenza da alcol e la scala disturbo post-traumatico da *stress*; mentre è osservabile un aumento dei punteggi per quanto concerne la scala somatizzazione, la scala bipolare e la scala dipendenza da droghe.

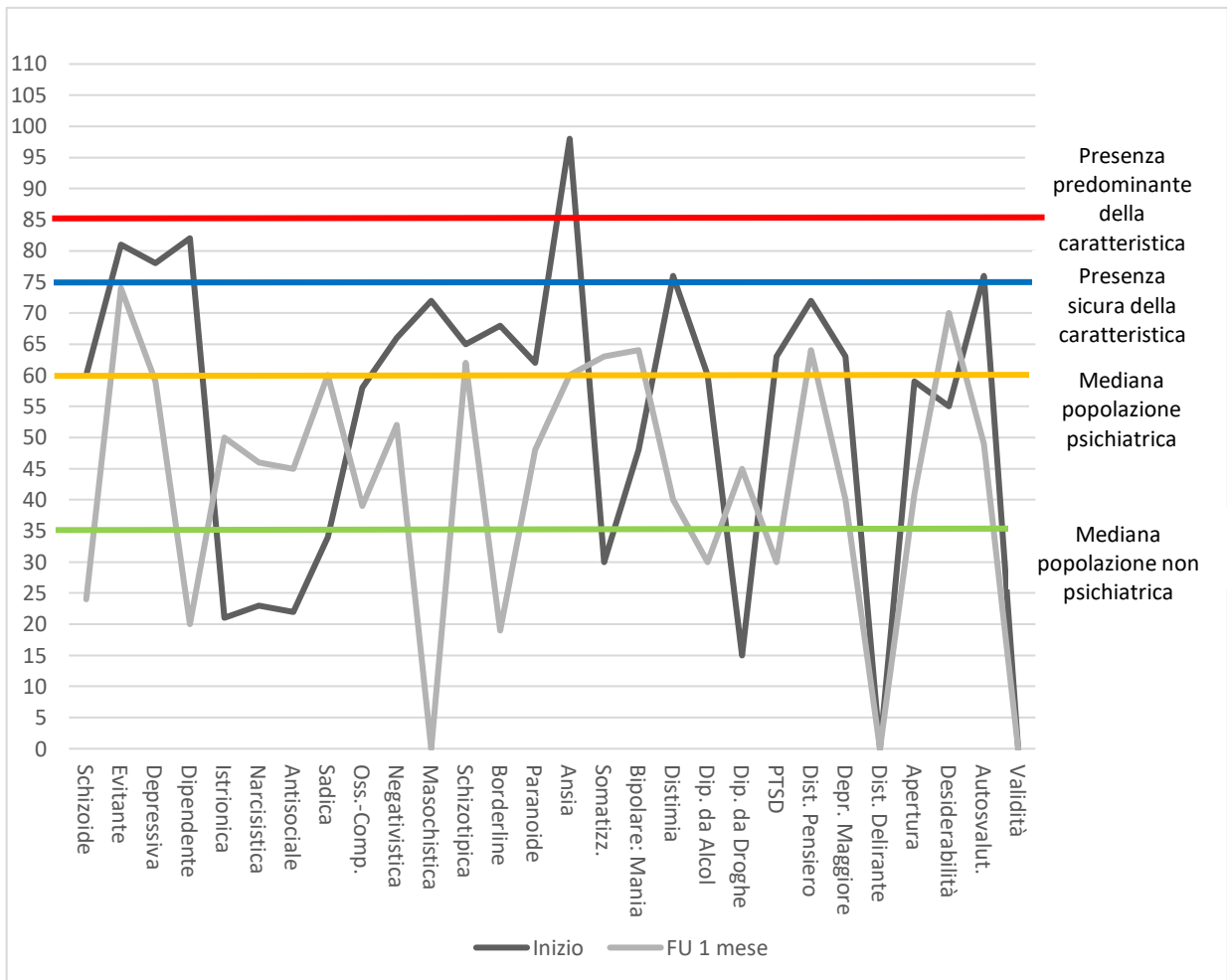
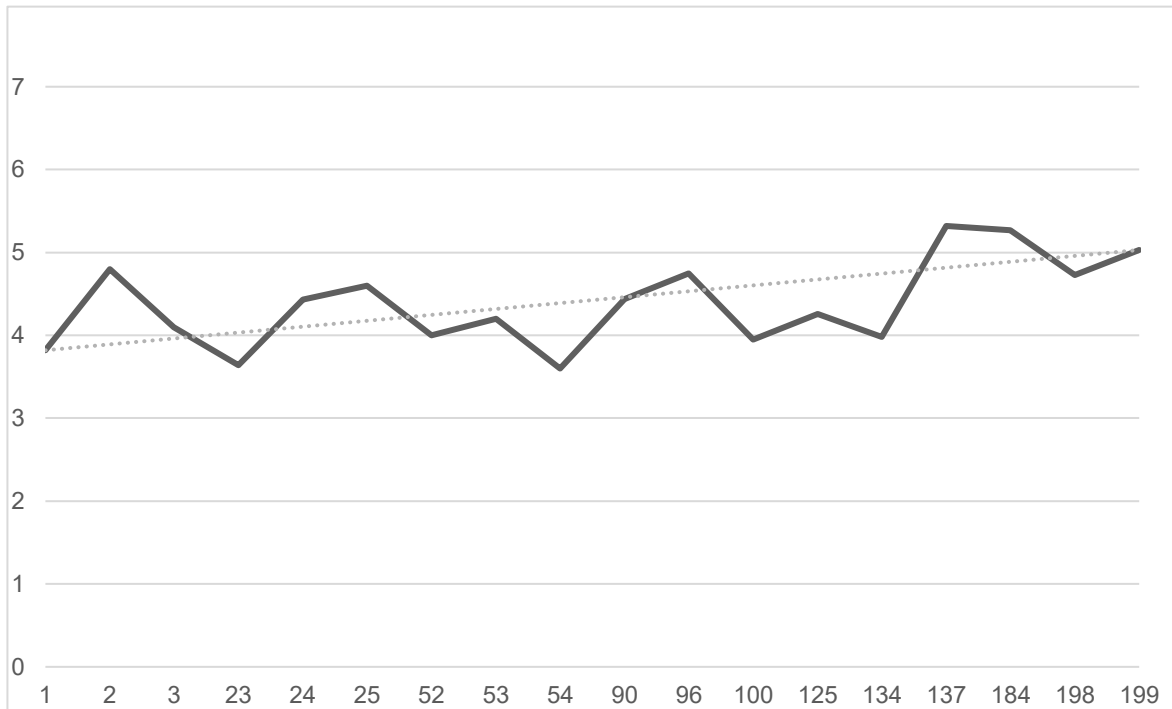


Figura 4. Punteggi relativi al MCMIII somministrata all'inizio del trattamento e dopo un mese dal suo termine.

#### 4.1.3 Differenze di funzionamento difensivo calcolato tramite la DMRS all'inizio e al termine del trattamento psicoterapeutico

Tramite l'applicazione della DMRS, è stato valutato l'ODF, ovvero il punteggio globale della maturità dei meccanismi di difesa adottati durante il colloquio dal paziente. L'ODF è stato calcolato per ogni seduta psicoterapeutica a disposizione, i cui valori sono presentati nella Figura 5.



*Figura 5.* ODF ottenuto per ogni seduta del paziente G. calcolato tramite la DMRS.

Come si può vedere dal grafico, con il passare delle sedute c'è stato un effettivo incremento del livello di maturità delle difese adottate dal paziente dall'inizio del trattamento ( $ODF_1 = 3,82$ ), al suo termine ( $ODF_{199} = 5,03$ ), passando quindi dal livello delle difese di diniego (negazione, proiezione e razionalizzazione) alle difese di inibizione mentale nevrotica (rimozione, dissociazione, formazione reattiva e spostamento) in un arco di tempo di quattro anni. Al diminuire delle difese immature, aumentano sia le difese nevrotiche che quelle adattive, favorendo quindi un livello di funzionamento difensivo gerarchicamente più alto.

## CAPITOLO V

### DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

#### 5.1 Discussione dei risultati

La presente ricerca si è posta come obiettivo quello di verificare se in corrispondenza dell'andamento positivo di una psicoterapia fosse presente, allo stesso tempo, una modificazione dell'assetto difensivo del paziente. Il paziente oggetto di questa ricerca, soprannominato G., è un giovane adulto a cui è stato ipotizzato un Disturbo Dipendente di Personalità (DDP; APA, 2013). In primo luogo, si è perciò pensato di verificare la diagnosi del paziente tramite l'impiego di strumenti finalizzati a descrivere la personalità, ovvero la SWAP-200 e il MCMI-III. L'ipotesi diagnostica è stata confermata in entrambe le misure. Relativamente alla SWAP-200, il punteggio PD-T per il prototipo di personalità dipendente è risultato il più elevato, nonostante siano emersi punteggi alti anche per quanto riguarda il prototipo di personalità schizoide, schizotipica, evitante e ossessiva. È emerso inoltre un punteggio significativo relativo al fattore Q evitante, tipico delle persone che sperimentano spesso affetti come imbarazzo o vergogna, e al fattore Q schizoide, associato agli individui che faticano ad avere legami con gli altri e che hanno scarse abilità sociali. Si evidenziano inoltre punteggi Q relativi a uno stile di personalità disforica, concernente il sentirsi inadeguati e inferiori, e dipendente, presente nei pazienti con DDP, a conferma dunque delle ipotesi diagnostiche.

Anche il MCMI-III riporta come punteggio maggiore quello legato alla personalità dipendente. In questo caso, però, non è stato superato il *cut-off* indicativo di una caratteristica fondamentale per la diagnosi, ma il punteggio ottenuto risulta comunque rilevante per evidenziare un *pattern* di personalità caratterizzato da un temperamento docile e accomodante. Le persone con un punteggio elevato per questa scala generalmente si percepiscono inadeguate, deboli, fragili; sono poco assertive e tendono molto a sottovalutarsi, cercando piuttosto qualcuno che li sostenga nelle decisioni. Spesso, inoltre, sopprimono emozioni negative come la rabbia e provano molta ansia quando non possono fare affidamento su un altro significativo. A volte, per ridurre l'ansia, ricorrono all'uso di sostanze. Sono stati ottenuti dei punteggi alti anche in relazione al prototipo di personalità evitante e depressiva.

Questi riscontri sono in linea con quanto riportato dalla letteratura, che sottolinea come



frequentemente i pazienti con DDP soddisfino i criteri anche per altri disturbi di personalità (Gabbard, 2014). Chi presenta un punteggio alto nella scala associata allo stile di personalità evitante tipicamente riporta disforia emozionale e interferenze moderate di pensiero, oltre a un'ipersensibilità agli stimoli e un comportamento ostile verso gli altri per evitare situazioni di disagio. Lo stile depressivo, invece, implica una tendenza alla tristezza e una bassa autostima. Nel MCMI-III è emersa, inoltre, la presenza di una forte ansia, sofferenza comunicata sin dal primo colloquio dal paziente stesso, e di distimia. Queste due scale correlano significativamente all'interno dello strumento (Millon, 1997) In fase di *follow-up*, a cui è stato somministrato il MCMI-III al paziente dopo un mese dal termine della terapia, nessuno dei punteggi risultava più clinicamente significativo. Ciò indica un miglioramento nel paziente. Osservando i risultati, bisogna sottolineare come i punteggi relativi alle scale associate ai *pattern* di personalità schizoide, evitante, depressiva, dipendente, ossessivo-compulsiva, negativista e masochistica si siano abbassati, mentre c'è stato un incremento nei punteggi relativi alle scale correlate agli stili di personalità istrionica, narcisistica, antisociale e sadica, senza però risultare patologici. È possibile interpretare questi risultati come un miglioramento nello stile di vita del paziente, dato che, quando non viene rilevato un superamento del *cut-off*, la scala istrionica si collega alla socialità, la scala narcisistica alla sicurezza in sé stessi, la scala antisociale si correla sì alla rabbia, ma anche all'indipendenza e all'assertività, e lo stile sadico viene associato all'aggressività passiva. Tutte queste caratteristiche sono osservabili anche consultando i trascritti: infatti, con il passare del tempo, G. riesce a vivere meglio la sfera della socialità, iscrivendosi anche a un gruppo di teatro per instaurare nuovi rapporti, così come dimostra di essere in grado di staccarsi dai genitori quando prende la decisione di trasferirsi. In questo caso, anche l'aumento di rabbia e aggressività passiva implica un esito positivo del trattamento. Infatti, le persone con DDP tendono a mantenere latente la rabbia provata. Riuscendo a dimostrare i propri sentimenti, seppur negativi, il paziente dimostra di essere in grado di autovalidare ciò che prova. Anche osservando i punteggi della SWAP-200 relativi alle ultime tre sedute del trattamento, perciò quattro anni dopo la prima valutazione, nessuno dei punteggi PD-T ha superato il *cut-off* necessario per la diagnosi. L'unico punteggio da evidenziare è quello legato a uno stile di personalità dipendente, in linea con l'ipotesi diagnostica. Al termine dell'intervento terapeutico, G. è capace di provare piacere nell'affrontare nuove sfide e riesce ad essere soddisfatto delle sue scelte. In aggiunta, ora il paziente riesce a osservare sé stesso, ad assumersi le proprie responsabilità e a esprimere gli affetti in maniera adeguata per qualità

e intensità alla situazione che sta vivendo. Grazie alla terapia è diventato in grado di dare significato alle esperienze passate e a crescere grazie ad esse. Riesce inoltre a raccontarsi e a esprimersi in maniera articolata, riconoscendo anche dei punti di vista alternativi ai propri e ad apprezzare e a ricorrere all'umorismo nelle giuste occasioni. Ha sviluppato un pensiero maggiormente intellettualizzato; infatti, spesso ricorre a un linguaggio astratto, anche su argomenti di rilievo personale. Tende però ancora a idealizzare alcune persone in modi irrealistici e a svalutarne altre; in particolar modo, nel corso della terapia è stato possibile osservare come le sue figure genitoriali siano viste come completamente opposte: la madre è fortemente idealizzata, mentre il padre viene spesso giudicato negativamente. Questa modalità di giudizio degli altri si è sicuramente ridotta, ma continua a persistere nella valutazione delle altre persone in generale. Rimane presente il senso di colpa e di inferiorità, così come la tendenza ad anteporre i bisogni altrui rispetto ai propri e l'evitamento a volte delle situazioni sociali per timore dell'umiliazione data dalle scarse abilità sociali e all'atteggiamento goffo e inappropriato per la situazione. Si è notata, inoltre, la tendenza di G. a distorcere alcuni pensieri o sentimenti inaccettabili trasformandoli nel loro opposto. Continua a persistere il nucleo dipendente: fatica ancora a volte a prendere delle decisioni da solo e persiste la tendenza a ricercare rassicurazioni esterne, anche se con frequenza minore. Rimane presente la passività e l'ansia, seppur in maniera meno marcata. Spesso la rabbia viene espressa tramite modi passivi e indiretti.

Questi risultati sono indicativi di un miglioramento della personalità del paziente. Inoltre, è da sottolineare l'evoluzione del funzionamento psichico di G. Difatti, osservando il punteggio relativo all'alto funzionamento nella SWAP-200, il funzionamento psichico del paziente, che in un primo momento si era rilevato inferiore al *cut-off*, ha superato ampiamente il valore limite per stabilire la presenza di un funzionamento alto. Tale esito positivo si lega all'ipotesi relativa al miglioramento del funzionamento difensivo del paziente. I disturbi di personalità sono empiricamente associati a un basso livello di funzionamento psichico, il quale è definito da identità, relazioni oggettuali, esame di realtà e livello difensivo (Fischer-Kern, 2010). Ciò implica una correlazione tra basso funzionamento psichico e basso funzionamento difensivo (Sammallahti, & Aalberg, 1995). Perciò, è possibile dedurre che, aumentando il livello di organizzazione di personalità del paziente, sia aumentato di conseguenza anche il suo livello difensivo.

In linea con le ipotesi del lavoro, ovvero un miglioramento nell'assetto difensivo del paziente

in associazione a un miglioramento della sua sintomatologia, e dal momento che la terapia ha avuto un esito positivo, è possibile leggere quanto emerso dall'analisi delle difese.

È stato possibile osservare come le difese, valutate tramite l'impiego della DMRS, siano evolute dalla prima seduta all'ultima. Nello specifico, nella prima seduta il paziente presenta un livello di funzionamento difensivo in linea con le difese di diniego, mentre al termine del trattamento il funzionamento difensivo evolve fino a entrare nella categoria delle difese nevrotiche. Osservando i vari esiti relativi all'ODF calcolato per ciascuna seduta psicoterapeuta si evidenzia un incremento, anche se non lineare, del livello difensivo del paziente. Si può comunque affermare che, nel complesso, i meccanismi di difesa sono gerarchicamente evoluti con il trascorrere del tempo, come è evidenziato dall'interpolazione lineare riportata nella Figura 5. L'ipotesi, perciò, è stata ampiamente confermata.

Andando più nel dettaglio dell'andamento difensivo, è evidenziabile come, nella seduta numero 54, successiva a degli evidenti miglioramenti del paziente, le difese crollino, arrivando a un punteggio inferiore a quello di partenza. Questo dato, in apparenza paradossale, si spiega e diviene comprensibile alla luce di quanto si trova in letteratura, ovvero che i pazienti con DDP tendono a peggiorare dopo un primo miglioramento, temendo una possibile conclusione della terapia (Gabbard, 2014). Questa resistenza si associa al fatto che i pazienti con questo tipo di personalità vedono la dipendenza dal terapeuta come una meta, invece di considerarla come mezzo per raggiungere un fine (Perry, 2005).

Se il terapeuta, perciò, pone in evidenza qualche miglioramento, il paziente può paradossalmente peggiorare, poiché il pensiero del miglioramento è identificato con la fine della terapia e quindi del rapporto esclusivo clinico-paziente (Liu, Fusunyan, Bornstein, Unruh, & Mischoulon, 2020). Leggendo il trascritto della seduta in questione si nota inoltre come, con l'abbassamento delle difese, ci sia una reazione controtransferale importante da parte del terapeuta. Sfidando sconsideratamente delle difese immature irritanti, che in quel momento hanno una funzione adattiva, un clinico può anche rischiare di rompere l'alleanza terapeutica (Vaillant, 1994). Successivamente, però, si nota dalla lettura dei trascritti come il rapporto paziente-terapeuta riesca a risanarsi, in particolare nella seduta 90, in cui si parla proprio del loro rapporto e il clinico si scusa per alcune osservazioni inadeguate. Anche gli esperti riportano come le difese del paziente influenzano i progressi nella terapia e suggeriscono ai terapeuti di fare interventi sulle difese, in modo promuovere un'alleanza terapeutica e quindi un risultato più positivi (Bond, Banon & Grenier, 1998).

Il fatto che il miglioramento in psicoterapia non sia stato lineare è comprensibile dal

momento che spesso il cambiamento è preceduto da una destabilizzazione delle convinzioni precedenti del paziente: solo così è possibile favorire un'elaborazione di pensiero, una creazione di significato e quindi una migliore comprensione di sé (Hayes, Laurenceau, Feldman, Strauss & Cardaciotto, 2007). Ciò comporta, in linea con l'interpretazione dinamica, che ci sia un abbassamento del livello difensivo in momenti che prevedono un forte *stress*.

Osservando i risultati, è possibile notare come, sia nella SWAP-200, nel MCMI-III e poi nella DMRS, si è evidenziata la forte tendenza del paziente ad autosvalutarsi. Durante le sedute, infatti, il paziente ha fatto un uso spiccato di meccanismi difensivi di svalutazione del sé. In aggiunta, si può osservare il superamento del *cut-off* pari a 75 relativo all'indice di autosvalutazione nella somministrazione in *follow-up* della misura, oltre al punteggio legato al fattore Q disforico. Il DDP è associato sì a uno stile di difesa contro il sé, come prevede la teoria psicoanalitica, ma anche ad alti livelli di autoaffermazione e, difatti, tramite la DMRS, è emerso in particolar modo il meccanismo maturo dell'autoaffermazione, impiegato sempre di più con il passare del tempo e quindi del percorso terapeutico (Bornstein, 2005; Disney, 2013). Inoltre, il paziente ricorre in particolar modo all'aggressività passiva, difesa tipicamente correlata al DDP (Bornstein, 2005). È possibile, perciò, collegare l'osservazione di questi particolari meccanismi di difesa all'ipotesi diagnostica posta inizialmente, e poterla confermare con ancor più decisione.

Si conferma quindi l'idea per cui un trattamento psicoterapeutico a orientamento dinamico risulti altamente efficace per quanto riguarda i disturbi di personalità (Monsen, Odland, Faugli, Daae & Eilertsen, 2010). Inoltre, la psicoterapia dinamica risulta ampiamente adeguata anche relativamente al trattamento dell'ansia (Fonagy, 2015): è possibile, infatti, osservare come la sintomatologia ansiosa rilevata tramite la somministrazione del MCMI-III sia notevolmente diminuita.

In riferimento all'ambito relativo alle relazioni amorose, nelle ultime sedute G. spiega di non essere in grado di provare attrazione fisica per una ragazza, a meno che non abbia prima stabilito un legame affettivo con lei. È possibile, pertanto, che la sua difficoltà nell'instaurare relazioni significative in campo amoroso sia legata a una possibile demisessualità, espressione legata alla sessualità grigia, un termine ombrello che include tutti gli orientamenti appartenenti allo spettro che va dall'asessualità (la completa mancanza di attrazione sessuale verso gli altri) all'allosessualità (l'attrazione sessuale verso uno o più generi) (Bogaert, 2015; Copulsky & Hammack, 2021). Una persona demisessuale è un

individuo che non prova attrazione sessuale per gli altri salvo in circostanze specifiche, legate sempre alla parte emotiva del rapporto; ciò implica che quando una persona demisessuale non prova una connessione emotiva con un altro significativo, non può sentirsi nemmeno attratta sessualmente da lui (Hille, Simmons & Sanders, 2020). In un'ottica psicoanalitica, è evidente la presenza di un conflitto relativo alla sessualità: G., infatti, ha sempre riportato un'ideale di uomo stereotipato, virile e prestante; in termini freudiani, fallico. Nella vita reale, però, fatica particolarmente a comportarsi "come un uomo dovrebbe". Sicuramente è da sottolineare una mancata risoluzione del complesso edipico, evidenziabile dalla elevata idealizzazione della madre a contrasto con la svalutazione del padre, in particolar modo a inizio terapia. G., infatti, non ha mai rinunciato completamente alla madre per identificarsi con il padre in modo da evitare l'angoscia di castrazione.

Un arresto evolutivo nella situazione edipica e nell'erotismo fallico ha sicuramente delle ripercussioni nella vita amorosa dell'adulto (Mangini, 2001).

Essendoci una fissazione incestuosa sulla madre, è probabile che sia presente un impasto tra il desiderio di tenerezza associato all'oggetto primario e l'impulso libidico verso un oggetto secondario. Non riuscendo a scindere questi due oggetti, è possibile che il giovane adulto non riesca a provare attrazione sessuale a meno che non venga rievocato il legame emotivo che egli ha con la figura materna. Al termine della terapia, G. sembra ancora timoroso della completa e sana autonomia. Infatti, nella penultima seduta è proprio lui a chiedere di poter vedere il clinico dopo un paio di mesi, in modo da tenerlo aggiornato sulla sua vita. In realtà, come suggerisce il suo terapeuta, nell'ultimo incontro il paziente si rende conto di aver fatto una richiesta non pienamente opportuna da un punto di vista clinico. Più che un permanere dei tratti dipendenti della sua personalità, come poteva sembrare dalla richiesta fatta, è possibile che il giovane adulto abbia tentato di testare la reazione del terapeuta, nella speranza che egli disconfermasse la sua credenza patogena associata alla dipendenza dell'altro, che invece i suoi genitori hanno sempre alimentato. Il clinico ha risposto a questo test di transfert con successo, riflettendo con il paziente sulla non opportunità di una continuazione dilazionata della terapia. È possibile quindi affermare un evidente miglioramento nella struttura di personalità del paziente, confermato anche dai dati riportati nel presente studio, i quali si rivelano in linea con la letteratura, secondo cui la psicoterapia per i disturbi di personalità sia associata a esiti positivi al termine del trattamento e al *follow-up*. (Perry, Banon & Ianni, 1999).

## 5.2 Conclusioni

I meccanismi di difesa sono fondamentali per la valutazione della personalità in psicologia (Perry & Henry, 2004). Proprio per questo motivo, la ricerca in psicoterapia si è focalizzata su questi processi mentali: è stato infatti dimostrato che, grazie al trattamento psicoterapeutico è possibile modificare i meccanismi di difesa a cui ricorre un individuo, i quali sono indicativi anche del suo stile di personalità (Cramer, 1999; Johansen, Krebs, Svartberg, Stiles & Holen, 2011).

L'oggetto di questa ricerca è stato proprio quello di verificare l'ipotesi tale per cui un esito positivo al termine della terapia sia associato a un'evoluzione dei livelli difensivi.

Dopo un'attenta valutazione delle varie metodologie di indagine in psicoterapia, si è scelto di compiere un'indagine *process-outcome*, optando per uno studio su un caso singolo, essendo particolarmente valida per quanto riguarda lo studio relativo ai meccanismi di difesa (Drapeau, de Roten, Perry & Despland, 2003). Nonostante le numerose meta-analisi non riportino particolari differenze in termini di risultati positivi al termine della psicoterapia, indipendentemente dall'orientamento seguito dal clinico, per la presente ricerca si è optato per l'osservazione di un trattamento psicodinamico, essendo questo orientamento interessato al costrutto di meccanismo difensivo (Cooper, 1989; Crits-Christoph, 1997; Kramer et al., 2010). Per valutare i meccanismi di difesa del paziente si è ricorso all'utilizzo della DMRS, uno degli strumenti principali per la valutazione di questi processi inconsci: tale misura include un totale di 30 meccanismi di difesa posti su 7 livelli gerarchici di funzionamento difensivo (Perry, 1990). Poiché ciascun livello di funzionamento difensivo è ponderato in base al suo livello di maturità, è possibile calcolare un punteggio complessivo di funzionamento difensivo, ovvero l'ODF, per ogni seduta terapeutica consultata (Drapeau et al., 2003). In questo modo è stato possibile valutare il cambiamento del funzionamento difensivo del paziente indagato. Come affermato da Millon (1984), una valutazione sistematica dei meccanismi di difesa "è centrale per una valutazione globale della personalità" (p. 460).

La personalità del paziente è stata valutata tramite l'utilizzo della SWAP-200 e del MCMI-III. Si è ipotizzato inizialmente che il paziente avesse un Disturbo Dipendente di Personalità, confermato poi da entrambe le misure. Oltre all'evoluzione del livello difensivo, è stato verificato anche un miglioramento globale nella struttura di personalità di G., valutata all'inizio e alla fine del trattamento sempre tramite la SWAP-200 e il MCMI-III.

Osservando i risultati, è stato possibile confermare l'ipotesi secondo cui l'evoluzione delle difese possano essere correlate a un esito positivo del trattamento psicoterapeutico e, perciò, considerare questa indagine conclusa con successo.

Nonostante i risultati ottenuti, questa ricerca presenta dei limiti. Per prima cosa, non è stato possibile vedere e/o ascoltare le registrazioni delle sedute psicoterapeutiche, ma si è potuto esclusivamente leggere i trascritti di queste. Ciò ha portato maggiori difficoltà nel riconoscere alcune difese del paziente, dal momento che non c'è stata l'opportunità di ascoltare il suo tono di voce, così come non c'è stata la disponibilità di vedere l'aspetto del paziente, la sua gestualità, la sua postura e così via. Inoltre, non sono state analizzate tutte le sedute relative al trattamento, ma solo una percentuale indicativa di esse. Per tale motivo, non si è potuto avere un quadro clinico completo del paziente e, di conseguenza, è stato più complesso impostare un'ipotesi diagnostica e di trattamento.

Facendo riferimento alle prospettive future legate a questo filone di ricerca, si propone di condurre delle indagini anche basandosi sulla psicoterapia dinamica breve, per osservare le possibili similitudini e/o differenze nel processo e nell'esito del trattamento. Ulteriormente, si suggerisce di replicare lo studio relativo all'evoluzione dei meccanismi di difesa in relazione ad altri orientamenti psicoterapeutici oltre a quello psicodinamico, come per esempio l'orientamento cognitivo-comportamentale, in modo da poter avere una maggiore comprensione dell'efficacia di vari trattamenti per quanto riguarda questo ambito.

Si suggerisce in futuro anche di approfondire le reazioni controtransferali del clinico per avere una visione più ampia di ciò che riguarda il rapporto terapeuta-paziente, e di come esso incida nell'utilizzo delle difese da parte del paziente e, di conseguenza, nell'*outcome* terapeutico.

Malgrado questi limiti, tale studio ha confermato l'ipotesi, presente anche nello studio di Perry e Bond (2012), che sia possibile modificare il livello difensivo di un paziente grazie a un intervento psicologico a orientamento dinamico a lungo termine.

## BIBLIOGRAFIA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali: Quarta Edizione (DSM-IV)*. Washington DC.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013). *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali: Quinta Edizione (DSM-5)*. Washington DC.
- ARDITO, R. B., & RABELLINO, D. (2011). Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: historical excursus, measurements, and prospects for research. *Frontiers in Psychology, 2*(270), 1-11.
- BABL, A., HOLTFOORTH, M. G., PERRY, J. C., SCHNEIDER, N., DOMMANN, E., HEER, S. STÄHLI, 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.
- BERNEY, S., DE ROTEN, Y., BERETTA, V., KRAMER, U., & DESPLAND, J-N. (2014). Identifying Psychotic Defenses in a Clinical Interview. *Journal of Clinical Psychology, 70*(5), 428-439.
- BEUTLER, L. E., & HARWOOD, T. M. (2002). What is and can be attributed to the therapeutic relationship? *Journal of Contemporary Psychotherapy, 32*(1), 25-33.
- BLAYA, C., DORNELLES, M., BLAYA, R., KIPPER, L., HELDT, E., ISOLAN, L., BOND, M., & MANFRO, G. G. (2006). Do defense mechanisms vary according to the psychiatric disorder? *Brazilian Journal of Psychiatry, 28*(3), 179-183.
- BOGAERT, A. F. (2015). Asexuality: What it is and why it matters. *Journal of sex research, 52*(4), 362-379.
- BOND, M., BANON, E., & GRENIER, M. (1998). Differential effects of interventions on the therapeutic alliance with patients with personality disorders. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research, 7*(4), 301.



- BOND, M., GARDNER, S. T., CHRISTIAN, J., & SIGAL, J. J. (1983). Empirical study of self-rated defense styles. *Archives of general psychiatry*, 40(3), 333-338.
- BORDIN, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260.
- BORNSTEIN, R. F. (2005). Psychodynamic Theory and Personality Disorders. In S. Strack (Ed.), *Handbook of Personology and Psychopathology* (pp. 164–180). New York: John Wiley & Sons.
- BORNSTEIN, R. F. (2018). From Symptom to Process: Case Formulation, Clinical Utility, and PDM-2. *Psychoanalytic Psychology*, 35(3), 351-356.
- BOWLBY, J. (1969). *Attachment and Loss: vol. I. Attachment*. Basic Books: New York.
- BRAMBILLA, S. (2002). La Defense Mechanism Rating Scale. In V. Lingiardi & F. Madeddu (Eds.) *I meccanismi di difesa. Teoria, valutazione, clinica* (pp. 321-325). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- BUONARRIVO, L. (2002a). Stili difensivi e ricerca sull'attaccamento. In V. Lingiardi & F. Madeddu (Eds.) *I meccanismi di difesa. Teoria, valutazione, clinica* (pp. 93-102). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- BUONARRIVO, L. (2002b). Disregolazione difensiva, alessitimia e difese. In V. Lingiardi & F. Madeddu (Eds.) *I meccanismi di difesa. Teoria, valutazione, clinica* (pp. 103-113). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- BUONARRIVO, L. (2002c). Meccanismi di difesa e ricerca sulla personalità: alcuni esempi In V. Lingiardi & F. Madeddu (Eds.) *I meccanismi di difesa. Teoria, valutazione, clinica* (pp. 114-123). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- BUTLER, S. F., & STRUPP, H. H. (1986). Specific and nonspecific factors in psychotherapy: a problematic paradigm for psychotherapy research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 23(1), 30-40.
- CAMPBELL, D. T., & STANLEY, J. C. (1963). *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Boston: Houghton Mifflin.

- CHATOOR, I., & KURPNICK, J. (2001). The role of non-specific factors in treatment outcome of psychotherapy studies. *European child & adolescent psychiatry*, 10(1), 19-25.
- CONSTANTINIDES, P., & BECK, S. M. (2010). Toward Developing a Scale to Empirically Measure Psychotic Defense Mechanisms. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 58(6), 1159-1188.
- COOPER, S. H. (1989). Recent contributions to the theory of defense mechanisms: A comparative view. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 37(4), 865-891.
- COOPER, S. H., PERRY, J. C., & ARNOW, D. (1988). An empirical approach to the study of defense mechanisms: I. Reliability and preliminary validity of the Rorschach Defense scales. *Journal of Personality Assessment*, 52(2), 187-203.
- COPULSKY, D., & HAMMACK, P. L. (2021). Asexuality, graysexuality, and demisexuality: Distinctions in desire, behavior, and identity. *The Journal of Sex Research*, 1-10.
- CRAIG, R. J. (1999). Overview and Current Status of the Millon Clinical Multiaxial Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 72(3), 390-406.
- CRAIG, R. J. (2002). Essentials of MCMI-III Assessment. In S. Strack (Ed.). *Essentials of Millon Inventories Assessment* (pp. 1-51). New York: John Wiley & Sons.
- CRAMER, P. (1998). Coping and defense mechanisms: What's the difference? *Journal of Personality*, 66(6), 233-247.
- CRAMER, P. (1999). Personality, personality disorders, and defense mechanisms. *Journal of personality*, 67(3), 535-554.
- CRAMER, P. (2008). Seven pillars of defense mechanism theory. *Social and Personality Psychology Compass*, 2(5), 1963-1981.
- CRAMER, P. (2015). Defense Mechanisms: 40 Years of Empirical Research. *Journal of Personality Assessment*, 97(2), 114-122.
- CRITS-CHRISTOPH, P. (1997). Limitations of the dodo bird verdict and the role of clinical trials in psychotherapy research: Comment on Wampold et al. (1997).

- DAVISON, G. C., & LAZARUS, A. A. (1994). Clinical innovation and evaluation: Integrating practice with inquiry. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1(2), 157–168.
- DAZZI, N. (2006). Il dibattito contemporaneo sulla ricerca in psicoterapia. In N. Dazzi, V. Linguardi, & A. Colli (Eds.). *La ricerca in psicoterapia: modelli e strumenti* (pp. 3-30). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- DE BEI, F. (2006). La ricerca sull'alleanza terapeutica. In N. Dazzi, V. Linguardi, & A. Colli (Eds.). *La ricerca in psicoterapia: modelli e strumenti* (pp. 505-537). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- DEFIFE, J. A., & HILSENROTH, M. J. (2005). Clinical Utility of the Defensive Functioning Scale in the Assessment of Depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(3), 176-182.
- DESPLAND, J. N., DE ROTEN, Y., DESPARS, J., STIGLER, M., & PERRY, J. C. (2001). Contribution of patient defense mechanisms and therapist interventions to the development of early therapeutic alliance in a brief psychodynamic investigation. *The Journal of psychotherapy practice and research*, 10(3), 155-164.
- DI GIUSEPPE, M., & PERRY, C. (2021). The Hierarchy of Defense Mechanisms: Assessing Defensive Functioning With the Defense Mechanisms Rating Scales Q-Sort. *Frontiers in Psychology*, 12, 1-23.
- DI GIUSEPPE, M., GENNARO, A., LINGIARDI, V., & PERRY, J. C. (2019). The Role of Defense Mechanisms in Emerging Personality Disorders in Clinical Adolescents. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 82(2), 128-142.
- DI GIUSEPPE, M., MINIATI, M., MICCOLI, M., & CIACCHINI, R. (2020). Defensive responses to stressful life events associated with cancer diagnosis. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 8(1), 1-22.
- DI GIUSEPPE, M., PERRY, C., PETRAGLIA, J., JANZEN, J., & LINGIARDI, V. (2014). Development of a Q-Sort Version of the Defense Mechanism Rating Scales (DMRS-Q) for Clinical Use. *Journal of Clinical Psychology*, 70(5), 452-465.

- 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*, 1-4.
- DISNEY, K. L. (2013). Dependent personality disorder: a critical review. *Clinical Psychology Review, 33*(8), 1184-1196.
- DONALDSON, G. (1996). Between practice and theory: Melanie Klein, Anna Freud and the development of child analysis. *Journal of the History of the Behavioral Sciences, 32*(2), 160-176.
- 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. *The Journal of nervous and mental disease, 191*(8), 496-502.
- DURLAK, J. A. (1999). Meta analytic research methods. In P. C. Kendall, J. N. Butcher & G. N. Holmbeck (Eds.), *Handbook of research methods in clinical psychology*. New York: John Wiley & Sons.
- EDELSON, M. (1985). The hermeneutic turn and the single case study in psychoanalysis. *Psychoanalysis & Contemporary Thought, 8*(4), 567-614.
- FISCHER-KERN, M., BUCHHEIM, A., HÖRZ, S., SCHUSTER, P., DOERING, S., KAPUSTA, N. D., TMEJ, A., RENTROP, M., BUCHHEIM, P., TAUBNER, S., & FONAGY, P. (2010). The relationship between personality organization, reflective functioning, and psychiatric classification in borderline personality disorder. *Psychoanalytic Psychology, 27*(4), 395-409.
- FONAGY, P. (2002). *An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis*. New York: International Psychoanalytic Association (2<sup>a</sup> ed).
- FONAGY, P. (2015). The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: an update. *World Psychiatry, 14*(2), 137-150.
- FONAGY, P., & MORAN, G. (1993). Selecting Single Case Research Designs for Clinicians. In N. Miller, L. Luborsky, J. P. Barber & J. P. Docherty (Eds.). *Handbook of Psychodynamic Treatment Research* (pp. 62-95). New York: Basic Books.

- FOX, R. (2017). Principles and Methods of Research in Psychotherapy. In J. Meltzoff & M. Kornreich (Eds.). *Research in psychotherapy* (1-82). Londra: Routledge.
- FRAIBERG, S. (1982). Pathological defenses in infancy. *The Psychoanalytic Quarterly*, 51(4), 612-635.
- FRANK, J. D. (1982). Therapeutic components shared by all psychotherapies. In J. H. Harvey & M. M. Parks (Eds.), *Psychotherapy research and behavior change*. Washington DC: American Psychological Association.
- FREUD, A. (1936). *L'Io e i meccanismi di difesa*. Firenze: Giunti Editore.
- FREUD, S. (1894). *Le neuropsicosi da difesa*. In: Opere, vol. II. Torino: Bollati Boringhieri.
- GABBARD, G. O. (2014). Cluster C Personality Disorders: Obsessive-Compulsive, Avoidant, and Dependent. In G.O. Gabbard (Ed.). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. Fifth Edition*. Washington DC: American Psychiatric Press. (Tr. it. Disturbi di personalità del gruppo C. Il paziente ossessivo-compulsivo, evitante e dipendente (pp. 571-602). In S. Galati e M. L. Madeddu (Eds.), *Psichiatria Psicodinamica. Quinta edizione basata sul DSM-5*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2015).
- GABBARD, G. O. (2017). Key Concepts. In G.O. Gabbard (Ed.). *Long-Term Psychodynamic Psychotherapy. A Basic Text. Third Edition*. Washington DC: American Psychiatric Association Publishing. (Tr. it. Concetti chiave (pp. 1-32). In M. L. Madeddu (Ed.). *Introduzione alla Psicoterapia Psicodinamica. Terza Edizione*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2018).
- GASTON, L., & MARMAR, C. R. (1989). Quantitative and qualitative analyses for psychotherapy research: Integration through time-series designs. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 26(2), 169.
- GAZZILLO, F. (2006). La valutazione della personalità e la ricerca in psicoterapia: la SWAP-200. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (Eds.). *La ricerca in psicoterapia: modelli e strumenti* (pp. 609-629). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- GEORGE, C., KAPLAN, N., & MAIN, M. (1996), Adult attachment interview (3<sup>rd</sup> ed.). Unpublished interview. Berkeley: University of California.

- GIOVANARDI, G., MIRABELLA, M., DI GIUSEPPE, M., LOMBARDO, F., SPERANZA A. M., & LINGIARDI, V. (2021). Defensive Functioning of Individuals Diagnosed With Gender Dysphoria at the Beginning of Their Hormonal Treatment. *Frontiers in Psychology*, *12*.
- GROVE, W. M., & VRIEZE, S. I. (2009). An exploration of the base rate scores of the Millon Clinical Multiaxial Inventory–III. *Psychological assessment*, *21*(1), 57.
- HAAN, N. (1977). *Coping and defending*. New York: Academic Press.
- HAYES, A. M., LAURENCEAU, J. P., FELDMAN, G., STRAUSS, J. L., & CARDACIOTTO, L. (2007). Change is not always linear: The study of nonlinear and discontinuous patterns of change in psychotherapy. *Clinical psychology review*, *27*(6), 715-723.
- HAYES, S. C. (1981). Single case experimental design and empirical clinical practice. *Journal of consulting and clinical psychology*, *49*(2), 193.
- HENRY, W. P., SCHACHT, T. E. & STRUPP, H. H. (1986). Structural analysis of social behavior: Application to a study if interpersonal process in differential psychotherapeutic outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *54*, 27-31.
- HILL, C. E., & CORBETT, M. M. (1993). A Perspective on the History of Process and Outcome Research in Counseling Psychology. *Journal of Counseling Psychology*, *40*(1), 3-24.
- HILLE, J. J., SIMMONS, M. K., & SANDERS, S. A. (2020). "Sex" and the Ace spectrum: Definitions of sex, behavioral histories, and future interest for individuals who identify as Asexual, Graysexual, or Demisexual. *The Journal of Sex Research*, *57*(7), 813-823.
- HILLIARD, R. B. (1993). Single-Case Methodology in Psychotherapy Process and Outcome Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*(3), 373-380.
- HOWARD, R., BERRY, K., & HADDOCK, G. (2021). Therapeutic alliance in psychological therapy for posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *29*(2), 373-399.

- HYMAN, D. J. (2004). Unsupported gender differences on some personality disorder scales of the Millon Clinical Multiaxial Inventory-III. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(1), 105.
- JOHANSEN, P. Ø., KREBS, T. S., SVARTBERG, M., STILES, T. C., & HOLEN, A. (2011). Change in defense mechanisms during short-term dynamic and cognitive therapy in patients with cluster C personality disorders. *The Journal of nervous and mental disease*, 199(9), 712-715.
- KAZDIN, A. E., BASS, D. (1989). Power to Detect Differences Between Alternative Treatments in Comparative Psychotherapy Outcome Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(1), 138-147.
- KENNETH M., & NEWMAN M. D. (2013). A More Usable Winnicott. *Psychoanalytic Inquiry*, 33(1), 59-68.
- KLEIN, M. (1946). Notes on some Schizoid Mechanisms. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 27(8), 99-110.
- KRAMER, U., DE ROTEN, Y., PERRY, J. C., & DESPLAND, J. N. (2013). Beyond splitting: Observer-rated defense mechanisms in borderline personality disorder. *Psychoanalytic Psychology*, 30(1), 3-15.
- 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.
- LAHAV, Y., ALLENDE, S., TALMON, A., GINZBURG, K., & SPIEGEL, D. (2022). Identification With the Aggressor and Inward and Outward Aggression in Abuse Survivors. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(5-6), 2705-2728.
- LAMBERT (2004). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5<sup>th</sup> ed.) New York: John Wiley and Sons.
- LEITENBERG, H. (1973). The use of single-case methodology in psychotherapy research. *Journal of Abnormal Psychology*, 82(1), 87-101.

- LENNY, P., & DEAR, G. E. (2009). Faking Good on the MCMI–III: Implications for child custody evaluations. *Journal of personality assessment*, 91(6), 553-559.
- LEVY, K., N., ELLISON, W., D., SCOTT, L., N., & BERNECKER, S., L. (2011). Attachment Style. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 193-203.
- LINGIARDI, V. (2002a). L'evoluzione del concetto di difesa psichica da Freud a oggi. In V. Lingiardi & F. Madeddu (Eds.) *I meccanismi di difesa. Teoria, valutazione, clinica* (pp. 1-46). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- LINGIARDI, V. (2002b). Conclusioni: dalla teoria clinica alla valutazione empirica. In V. Lingiardi & F. Madeddu (Eds.) *I meccanismi di difesa. Teoria, valutazione, clinica* (pp. 152-154). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- LINGIARDI, V. (2006a). La ricerca single-case. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (Eds.). *La ricerca in psicoterapia: modelli e strumenti* (pp. 123-147). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- LINGIARDI, V. (2006b). La valutazione dei meccanismi di difesa. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (Eds.). *La ricerca in psicoterapia: modelli e strumenti* (pp. 463-503). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- LINGIARDI, V., & DAZZI, N. (2006). L'uso di trascrizioni di sedute nella ricerca in psicoterapia. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (Eds.). *La ricerca in psicoterapia: modelli e strumenti* (pp. 149-170). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- LINGIARDI, V., & FONTANA, A. (2003). La ricerca single-case: valutazioni e obiettivi. *Ricerca in psicoterapia*, 7, 43-57.
- LINGIARDI, V., & GAZZILLO, F. (2003). La personalità secondo Drew Westen e la sua valutazione con la SWAP. In J. Shedler, D. Westen, & V. Lingiardi (Eds.). *La valutazione della personalità con la SWAP-200* (pp. 1-35). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- LINGIARDI, V., & MADEDDU, F. (2002a). I meccanismi di difesa nella formulazione psicodinamica. In Lingiardi, V. & Madeddu, F. (Eds.) *I meccanismi di difesa. Teoria, valutazione, clinica* (pp. 225-235). Milano: Raffaello Cortina Editore.



- LINGIARDI, V., & MCWILLIAMS, N. (2018). *Manuale Diagnostico Psicodinamico: Seconda Edizione*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- LINGIARDI, V., LONATI, C., DELUCCHI, F., FOSSATI, A., VANZULLI, L., & MAFFEI, C. (1999). Defense mechanisms and personality disorders. *The Journal of nervous and mental disease*, 187(4), 224-228.
- LIU, G. Z., FUSUNYAN, M. A., BORNSTEIN, R. F., UNRUH, B. T., & MISCHOULON, D. (2020). Needing Too Much: Managing Crises in a Patient with Dependent Personality Traits. *Harvard review of psychiatry*, 28(6), 412-420.
- LUBORSKY, L., SINGER, B., & LUBORSKY, M. A. (1975). Comparative studies of psychotherapies. Is it true that "everyone has won and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry*, 32(8), 995-1008.
- MANGINI, E. (2001). La situazione edipica. In E. Mangini (Ed.). *Lezioni sul pensiero freudiano e sue iniziali diramazioni* (pp.231-250). Milano: Edizioni universitarie di lettere economia diritto.
- MCWILLIAMS, N. (2011a). Primary defensive processes. In N. McWilliams (Ed.), *Psychoanalytic Diagnosis. Understanding Personality Structure in the Clinical Process*. New York, London: The Guilford Press Press. (Tr. it. I processi difensivi primari (pp. 126-153). In V. Caretti & A. Schimmenti (Eds.), *La diagnosi psicoanalitica. Struttura della personalità e processo clinico*. Roma: Astrolabio, 2012).
- MCWILLIAMS, N. (2011b). Secondary defensive processes. In N. McWilliams (Ed.), *Psychoanalytic Diagnosis. Understanding Personality Structure in the Clinical Process*. New York, London: The Guilford Press Press. (Tr. it. I processi difensivi secondari (pp. 154-179). In V. Caretti & A. Schimmenti (Eds.), *La diagnosi psicoanalitica. Struttura della personalità e processo clinico*. Roma: Astrolabio, 2012).
- MIGONE, P. (2006). Breve storia della ricerca in psicoterapia. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (Eds.). *La ricerca in psicoterapia: modelli e strumenti* (pp. 31-48). Milano: Raffaello Cortina Editore.

- MIKULINCER, M., & HORESH, N. (1999). Adult attachment style and the perception of others: The role of projective mechanisms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 1022-1034.
- MILLON, T. (1984). On the renaissance of personality assessment and personality theory. *Journal of Personality Assessment*, 48(5), 450-466.
- MILLON, T. (1997). *Millon Clinical Multiaxial Inventory–III manual (2<sup>nd</sup> ed.)*. Minneapolis: National Computer Systems.
- MILLON, T., & DAVIS, R. D. (1997). The MCMI--III: present and future directions. *Journal of personality assessment*, 68(1), 69-85.
- MONSEN, J., ODLAND, T., FAUGLI, A., DAAE, E., & EILERTSEN, D. (1995). Personality disorders: Changes and stability after intensive psychotherapy focusing on affect consciousness. *Psychotherapy research*, 5(1), 33-48.
- OHSE, L., ZIMMERMANN, J., KERBER, A., KAMPE, L., MOHR, J., KENDLBACHER, J, BUSCH O., RENTROP, M., & HÖRZ-SAGSTETTER S. (2022). Reliability, Structure, and Validity of Module I (Personality Functioning) of the Structured Clinical Interview for the Alternative DSM–5 Model for Personality Disorders (SCID-5-AMPD-I). *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*.
- PARKER, J. D., & ENDLER, N. S. (1996). Coping and defense: A historical review. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications*, (pp. 3–23). New York: Wiley & Sons.
- PASTORE, M. (2005). Correlazione bivariata. In M. Pastore (Ed.). *Analisi dei dati in psicologia* (pp. 87-101). Bologna: Il Mulino.
- PAUL, G. L. (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 31(2), 109–118.
- PERROTTA, G. (2020). Human mechanisms of psychological defence: definition, historical and psychodynamic contexts, classifications and clinical profiles. *International Journal of Neurorehabilitation*, 7(1), 1-7.

- 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. (1990). *Defense Mechanism Rating Scales (DMRS)* (5<sup>a</sup> ed.), Cambridge: Perry, J.C.
- PERRY, J. C. (2001). A pilot study of defenses in adults with personality disorders entering psychotherapy. *The Journal of nervous and mental disease*, 189(10), 651-660.
- PERRY, J. C. (2002). Guida per l'identificazione delle difese. In V. Lingiardi, & F. Madeddu (Eds.) *I meccanismi di difesa. Teoria, valutazione, clinica* (pp. 326-338). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- PERRY, J. C. (2005). Dependent personality disorder. In G. O. Gabbard, J. S. Beck, & J. Holmes (Eds.), *Oxford textbook of psychotherapy* (pp. 321–328). Oxford University Press.
- PERRY, J. C., AND HENRY, M. (2004). Studying defense mechanisms in psychotherapy using the defense mechanism rating scales. *Defense Mechanisms: Theoretical, Research and Clinical Perspectives*, 136, 165–186.
- PERRY, J. C., BANON, E., & BOND, M. (2020). Change in Defense Mechanisms and Depression in a Pilot Study of Antidepressive Medications Plus 20 Sessions of Psychotherapy for Recurrent Major Depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 208(4), 261-268.
- PERRY, J. C., BANON, E., & IANNI, F. (1999). Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *American journal of psychiatry*, 156(9), 1312-1321.
- PERRY, J. C., KARDOS, M. E., & PAGANO, C. (1993). The Study of Defenses in Psychotherapy Using the Defense Mechanism Rating Scales (DMRS). In U. Hentschel, G. J. W. Smith, W. Ehlers, & J. G. Draguns (Eds.) *The Concept of Defense Mechanisms in Contemporary Psychology. Theoretical, Research, and Clinical Perspectives* (pp. 122-132). New York: Springer-Verlag New York Inc.

- PERRY, J.C., & KARDOS, M.E. (1994). A review of research using the Defense Mechanism Rating Scales. H.R. Conte & R. Plutchik (Eds.), *Ego Defenses: Theory and Measurement* (pp. 283–299). New York: John Wiley & Sons.
- PLUTCHIK, R. (1997). The circumplex as a general model of the structure of emotions and personality. In R. Plutchik & H. R. Conte (Eds.), *Circumplex models of personality and emotions* (pp. 17–45). Washington DC: American Psychological Association.
- PONTEROTTO, J. G., & FURLONG, M. J. (1985). Evaluating counselor effectiveness: A critical review of rating scale instruments. *Journal of Counseling Psychology*, 32(4), 597.
- PORTER JR, E. H. (1943). The Development and Evaluation of a Measure of Counseling Interview Procedures.. *Educational and Psychological Measurement*, 3(1), 105-125.
- PRUNAS, A., DI PIERRO, R., HUEMER, J., & TAGINI, A. (2019). Defense Mechanisms, Remembered Parental Caregiving, and Adult Attachment Style. *Psychoanalytic Psychology*, 36(1), 64-72.
- PRUNAS, A., PRETI, E., SARNO, I., & MADEDDU, F. (2007). Il Defense Style Questionnaire: Una review della letteratura. I. Proprietà psicometriche e struttura fattoriale. *Psichiatria e Psicoterapia*, 26(4), 320–335.
- RASHN, S., MAKVAND-HOSSEINI, S., REZAEI, A., & TABATABAEE, S. (2018). The effect of long-term dynamic psychotherapy on the personality structure of patients with Dependent Personality Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 9(4), 1-12.
- ROSENTHAL, R. (1991). *Meta-Analytic Procedures for Social Research*. New York: Sage Publications.
- ROSSINI, E. D., & CHOCA, J. P. (2008). Guidelines for the contemporary interpretation of the MCMI–III. In T. Millon & C. Bloom (Eds.) *The Millon Inventories A Practitioner's Guide to Personalized Clinical Assessment* (pp. 83-95). New York: Guilford Press.
- SAMMALLAHTI, P., & AALBERG, V. (1995). Defense style in personality disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183(8), 516-521.
- SANDLER, J. (1962). The Hampstead Index as an instrument of psycho-analytic research. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 43, 287.

- SANDLER, J. (1993). Fantasy, defence and the representational world. *Bulletin of the Anna Freud Centre*, 16(4), 337-347.
- SCHOENBERG, M. R., DORR, D., MORGAN, C. D., & BURKE, M. (2004). A comparison of the MCMI-III personality disorder and modifier indices with the MMPI-2 clinical and validity scales. *Journal of Personality Assessment*, 82(3), 273-280.
- SEMI A. A. (1985). Le regole del gioco. In A. A. Semi (Ed.) *Tecnica del colloquio* (pp. 23-34). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- SEMI A. A. (2011). Colloqui iniziali e presentazione dell'analisi in relazione al metodo psicoanalitico. In A. A. Semi (Ed.) *Il metodo delle libere associazioni* (pp. 61-81). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- STILES, W. B., HONOS-WEBB, L., & KNOBLOCH, L. M. (1999). Treatment process research methods. In P.C. Kendall, J. N. Butcher & G.N. Holmbeck (Eds.), *Handbook of research methods in clinical psychology*. New York: John Wiley & Sons.
- STILES, W. B., SHAPIRO, D. A., & ELLIOTT, R. (1986). Are all psychotherapies equivalent? *American Psychologist*, 41(2), 165–180.
- STRACK, S. & MILLON, T. (2007). Contributions to the dimensional assessment of personality disorders using Millon's model and the Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-III). *Journal of Personality Assessment*, 89(1), 56-69.
- STRUPP, H. H. & HADLEY, S. W. (1979). Specific versus non specific factors in psychotherapy: a controlled study of outcome. *Archives of General Psychiatry*, 36(10), 1125–1136.
- STRUPP, H. H. (2001). Implications of the empirically supported treatment movement for psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues* 11(4), 605–619.
- SVARTBERG, M., STILES, T. C., & SELTZER, M. H. (2004). Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161(5), 810-817.

- TANZILLI, A., DI GIUSEPPE, M., GIOVANARDI, G., BOLDRINI, T., CAVIGLIA, G., CONVERSANO, C., & LINGIARDI, V. (2021). Mentalization, attachment, and defense mechanisms: a Psychodynamic Diagnostic Manual-2-oriented empirical investigation. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 24(1), 31-41.
- TOMPKINS, K. A., & SWIFT, J. K. (2015). Psychotherapy Process and Outcome Research. *Encyclopedia of Clinical Psychology*. New York: John Wiley & Sons.
- TURPIN, G. (2005). Single case methodology and psychotherapy evaluation. In C. Mace, S. Moorey & B. Roberts (Eds.) *Evidence in the Psychological Therapies: A Critical Guidance for Practitioners* (pp. 100-121). Londra: Routledge.
- VAILLANT, G. E. (1994). Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *Journal of abnormal psychology*, 103(1), 44-50.
- VAILLANT, G. E. (2011). Involuntary coping mechanisms: a psychodynamic perspective. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13(3), 366-370.
- VALENTE, M. J., RIJNHART, J. J. M., & MIOČEVIĆ, M. (2022). Causal Mediation Effects in Single Case Experimental Designs. *Psychological Methods*. Advance online publication.
- WHISTON, S. C., & SEXTON, T. L. (1993). An overview of psychotherapy outcome research: Implications for practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(1), 43.
- WOLFE, B. (1989). Heinz Kohut self psychology: A conceptual analysis. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 26(4), 545-554.
- ZENNARO, A., CRISTOFANELLI, S., & VOTTERO RIS, F. (2006). Indicazione per una buona metodologia della ricerca. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (Eds.). *La ricerca in psicoterapia: modelli e strumenti* (pp. 239-268). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- ZINNER, J., & SHAPIRO, R. (1972). Projective identification as a mode of perception and behaviour in families of adolescents. *International Journal of Psycho-Analysis*, 53, 523-530.