



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di laurea magistrale in psicologia clinico-dinamica

Tesi di laurea magistrale

Difese e diagnosi di personalità: uno studio sul rapporto tra
struttura difensiva e diagnosi di personalità con DMRS e MCMI-
III

Defenses and personality diagnosis: a study about the relationship between
defensive structure and personality diagnosis with DMRS and MCMI-III

Relatore

Prof. Diego Rocco

Laureanda: Martina Belisti

Matricola: 2015608

Anno Accademico 2021/2022

INDICE

INTRODUZIONE	4
CAPITOLO 1: RICERCA IN PSICOTERAPIA E MECCANISMI DI DIFESA	5
1.1 La ricerca in psicoterapia	5
1.1.1 La ricerca sui risultati (outcome research)	5
1.1.2 Efficacia comparata: Il verdetto di Dodo	7
1.1.3 La ricerca sul processo (process research)	9
1.1.4 La ricerca process-outcome	11
1.2 Gli strumenti nella ricerca in psicoterapia	12
1.3 La valutazione dei meccanismi di difesa	14
1.3.1 Classificazione dei meccanismi difensivi: breve rassegna storica	14
1.3.2 La ricerca sui meccanismi di difesa	17
1.3.3. Alcuni strumenti utili nella valutazione dei meccanismi di difesa	19
1.4 Obiettivo e ipotesi del lavoro di tesi	22
CAPITOLO 2: LA RICERCA	24
2.1 Campione	24
2.2 Strumenti	25
2.2.1 Defense Mechanism Rating Scale	25
2.2.2 Millon Clinical Multiaxial Inventory III	30
2.3 La procedura	36
2.3.1 L'addestramento per la DMRS	37
2.3.2 La siglatura e la codifica delle sedute con DMRS	39
2.3.3 La somministrazione del Millon Clinical Multiaxial Inventory III	42
CAPITOLO 3: I RISULTATI	43
3.1 Paziente 1	43

3.2 Paziente 2.....	47
3.3 Paziente 3.....	51
3.4 Paziente 4.....	55
3.5 Paziente 5.....	60
3.6 Paziente 6.....	63
3.7 Paziente 7.....	66
CAPITOLO 4: DISCUSSIONE E CONCLUSIONI	70
4.1 Discussione dei risultati.....	70
4.2 Conclusioni.....	78
4.3 Limiti e prospettive future	80
BIBLIOGRAFIA	82

INTRODUZIONE

L'obiettivo del presente lavoro di tesi è quello di verificare l'esistenza di una relazione tra assetto difensivo e diagnosi di personalità. I soggetti che saranno presi in considerazione sono sette pazienti del Servizio di Assistenza Psicologica dell'Università di Padova. In particolare, sono stati analizzati i dati in merito alle difese, ricavati tramite l'applicazione della Defense Mechanism Rating Scale sui trascritti delle prime tre sedute di consultazione. Oltre a questi, sono stati considerati anche i risultati ricavati dalla compilazione, da parte dei soggetti stessi, del Millon Clinical Multiaxial Inventory III. Si è iniziato il presente elaborato approfondendo l'evoluzione che ha avuto la ricerca in psicoterapia, iniziando con il presentare la ricerca sull'outcome. Successivamente sono state approfondite sia la ricerca in psicoterapia sul processo, sia la ricerca che cerca di unire le due precedenti, ovvero la process-outcome research.

La seconda parte del capitolo teorico è dedicata all'approfondimento dei meccanismi di difesa, tema centrale dell'elaborato. A partire da un excursus teorico e storico, in cui sono presentati i vari autori che, iniziando con Freud, hanno contribuito a definire ed elencare le diverse difese, si è poi proseguito andando ad approfondire la ricerca con e su di esse. L'ultima parte del capitolo è dedicata a quelli che sono i principali strumenti utili alla valutazione dei meccanismi difensivi. Questi si dividono in autosomministrati, compilati dal clinico e proiettivi. Tra gli strumenti basati su osservazione clinica e interviste, è stata approfondita la Defense Mechanism Rating Scale.

Il secondo capitolo è incentrato sulla parte metodologica della ricerca effettuata. Sono descritti, infatti, il campione di soggetti presi in esame, i due strumenti usati, la DMRS e il MCMI-III, e la procedura seguita per effettuare lo studio.

Passando al terzo capitolo, saranno presentati, soggetto per soggetto, i dati ricavati dalla somministrazione di entrambi gli strumenti utilizzati nella ricerca.

Nel quarto e ultimo capitolo, infine, verranno discussi i risultati ottenuti facendo riferimento anche alla letteratura in merito meccanismi di difesa e diagnosi di personalità. Per concludere saranno presentati i limiti riscontrati nell'esecuzione dello studio e le prospettive future possibili.

CAPITOLO 1: RICERCA IN PSICOTERAPIA E MECCANISMI DI DIFESA

1.1 La ricerca in psicoterapia

La psicoterapia ha fatto molta strada dai suoi inizi come “nuovo movimento” all’inizio del XX secolo, e continua ad essere un campo caratterizzato da mutevoli enfasi, nuovi sviluppi e considerevoli controversie (Lambert, 2013). È ampiamente considerata una forma indispensabile di trattamento per una varietà di “problemi di salute mentale” e crisi personali, e rimane un’impresa comune in cui un crescente numero di professionisti è attivamente coinvolto. Al contrario, la ricerca sugli effetti e sui processi della psicoterapia rimane molto meno conosciuta e, ad un certo livello un aspetto minore degli sforzi che rientrano nel repertorio della psicoterapia, con la sua enfasi sulla teoria e sull’applicazione pratica. (Lambert, 2013). A proposito quindi della ricerca in psicoterapia Dazzi, (2006) propone di delimitarne il campo concettuale ed empirico, aiutandosi con tre domande:

1. La psicoterapia, considerata nel suo insieme, funziona?
2. Quale approccio terapeutico funziona meglio?
3. Cosa succede in una psicoterapia?

Queste domande riassumono i due ambiti principali della ricerca in psicoterapia: la ricerca sui risultati (*outcome research*) e la ricerca sul processo (*process research*) (Dazzi et al., 2006).

L’integrazione tra la ricerca sull’outcome e quella sul processo, la cosiddetta *process-outcome research* (Orlinsky et al., 2004), si propone invece, di studiare la relazione tra ciò che accade in terapia e il risultato della terapia stessa (Dazzi, 2006).

1.1.1 La ricerca sui risultati (*outcome research*)

Il termine outcome si riferisce in genere ad un cambiamento nel comportamento del paziente, nelle esperienze o nelle sue caratteristiche dopo un intervento terapeutico (Llewelyn et al., 2016).

Questo tipo di ricerca nasce con l'obiettivo di valutare se la psicoterapia, indipendentemente dal modello concettuale che la sostiene, sia un metodo efficace per la cura della sofferenza psicologica (Dazzi, 2006). La storica controversia riguardante gli effetti della psicoterapia rispetto ad un non trattamento e ai controlli placebo (e.g., Bergin, 1971; Bergin & Lambert, 1978; Eysenck, 1952; Rachman & Wilson, 1980) si è stabilizzata in gran parte grazie all'uso delle meta-analisi (Lambert, 2013). La meta-analisi è una “modalità di ricerca che permette di sintetizzare i risultati di studi differenti sul medesimo argomento in un indice di misura comune, *l'effect size (ES)*” (Durlak, 1999).

Le prime applicazioni della tecnica della meta-analisi ai risultati della psicoterapia (Smith & Glass, 1977; Smith et al., 1980) hanno affrontato la questione generale dell'entità del beneficio associato alla psicoterapia, confrontando gli outcomes di differenti trattamenti, e esaminando l'impatto di caratteristiche metodologiche degli studi sull'efficacia riportata dei trattamenti (Lambert, 2013).

Smith et al. (1980), hanno trovato un ES di .85 deviazioni standard su 475 studi che confrontavano gruppi di pazienti con trattamento e senza trattamento. I risultati suggeriscono che “alla fine del trattamento, il soggetto medio che ha ricevuto una terapia, sta molto meglio dell'80% dei soggetti non sottoposti a trattamento” (Lambert, 2004).

Negli ultimi vent'anni sono state numerose le meta-analisi effettuate (Asay et al., 1984; Balestrieri et al., 1988; Nicholson, & Berman, 1983) e la conclusione è ancora che “le terapie psicologiche, comportamentali ed educazionali portano generalmente a effetti positivi” (Lipsey & Wilson, 1993, p. 1198). Tuttavia, pur confermando l'efficacia della psicoterapia, queste ricerche ne ridimensionano l'effetto che non è più di .85, ma di .60 (Dazzi, 2006). Shadish et al. (1997), propongono di spiegare queste differenze pensando che le prime meta-analisi presentavano una sovrastima dei risultati delle ricerche dovuta al fatto che i valori dell'ES non venivano pesati rispetto alla numerosità del campione di ogni ricerca da cui l'ES veniva poi calcolato. Ricalcolando la prima meta-analisi di Smith e collaboratori (1980) con un ES pesato, il valore è stato infatti ridimensionato a .60 (Dazzi, 2006).

Molte altre meta-analisi sono state condotte per cercare di valutare l'efficacia della psicoterapia in relazione sia alle diagnosi (disturbi affettivi, ansia, abuso di sostanze ecc.)

sia ad altre forme di trattamento (psicofarmaci) o di non trattamento (placebo) (Dazzi, 2006).

Per esempio, per quanto riguarda studi in merito alla valutazione dell'efficacia del trattamento psicoterapico per i disturbi dell'umore, negli ultimi tre decenni sono state condotte più di quaranta meta-analisi (Cuijpers e Dekker, 2005). I risultati in merito al trattamento della depressione hanno mostrato che i trattamenti di tipo psicologico producono effetti sostanziali, in termini di riduzione di sintomi e di aumento del benessere (Cuijpers et al. 2008).

Il dato più interessante, però di queste ricerche, consiste nel fatto che la psicoterapia per la depressione maggiore risulta efficace quanto o più dei farmaci antidepressivi, come mostrano due meta-analisi (Robinson et al., 1990); secondo un'altra meta-analisi i farmaci anti depressivi sarebbero maggiormente indicati nel trattamento della "depressione endogena" (Andrews, 1983).

Da ciò si può concludere che "sebbene i metodi delle prime ricerche e delle meta-analisi siano da migliorare, l'insieme delle ricerche considerate dimostra che la psicoterapia è efficace" (Lambert, 2004). È inoltre provato che l'effetto della psicoterapia non sia riconducibile a un effetto placebo (Barker et al., 1988; Dush, 1986), e, in alcune circostanze, essa sembra essere più efficace dei farmaci (Dazzi, 2006).

1.1.2 Efficacia comparata: Il verdetto di Dodo

La ricerca sull'outcome, si occupa anche di valutare l'efficacia comparata di diversi trattamenti (cognitivo, dinamico, comportamentale ecc.) (Dazzi, 2006). Tuttavia, confrontando diversi approcci terapeutici tra di loro, nessuno risulta significativamente più efficace di altri (Luborsky et al. 1975). Questo viene espresso da Luborsky attraverso il verdetto di Dodo, l'uccello di *Alice nel Paese delle Meraviglie*: "Tutti hanno vinto e ognuno deve ricevere un premio". Nel 1936, Rosenzweig suggerì che fattori comuni, come il fatto che tutte le forme di psicoterapie presuppongono una relazione e che coinvolgano un sistema di spiegazione, fossero responsabili dell'efficacia riscontrata nella stessa misura nei diversi approcci psicoterapeutici considerati negli studi. L'inferenza logica fu che i trattamenti psicologici, contenendo fattori comuni, avrebbero prodotto risultati benefici e conseguentemente tutte le psicoterapie sarebbero state più o meno equivalenti in termini di benefici (Wampold e Imel, 2015). L'evidenza coerente

con l'affermazione di Rosenzweig sull'uniformità dell'efficacia è tipicamente considerata un supporto empirico per l'idea che fattori comuni siano l'aspetto efficace della psicoterapia. Le ricerche su questi fattori comuni, infatti, suggeriscono che elementi caratterizzanti tutti gli approcci terapeutici, come l'alleanza terapeutica e l'empatia, siano più efficaci nel promuovere il cambiamento che caratteristiche specifiche di differenti tecniche psicoterapeutiche, come l'esposizione nella terapia comportamentale o l'interpretazione in quella psicomica (De Felice et al., 2019). Dall'altra parte, sostenitori di specifici approcci terapeutici ritengono che alcuni trattamenti siano più efficaci di altri (Wampold e Imel, 2015).

Lingiardi e Ponsi (2013), identificano due possibili cause di questo effetto. La prima riguarda i limiti consistenti di validità esterna ed ecologica degli studi randomizzati controllati e delle meta-analisi (Lingiardi et al., 2010; Wachtel, 2010 Westin et al., 2004;): le esigenze della ricerca e il tipo di epistemologia e modellistica cui fanno riferimento pongono infatti vincoli metodologici che rendono i loro risultati difficilmente generalizzabili alla pratica clinica reale (Chambless e Ollendick, 2000; Kendall et al., 1999; Nathan et al., 2000). Esistono molte differenze nel modo in cui diversi terapeuti applicano lo stesso modello terapeutico, differenze che riflettono la qualità e lo stile individuale di ogni terapeuta, la necessità dei singoli pazienti e i pattern relazionali peculiari di ogni coppia paziente-terapeuta (Lingiardi e Ponsi, 2013). Una seconda causa è quella suggerita da Gordon e Nath (2010), i quali la individuano nella scelta degli indici di outcome utilizzati per verificare l'efficacia di diversi trattamenti. Confrontando studi sull'efficacia delle psicoterapie cognitive e dinamiche, questi autori hanno messo in evidenza che mentre le prime valutano essenzialmente la remissione dei sintomi e raramente i cambiamenti relativi ai tratti di personalità e al funzionamento mentale globale, le terapie dinamiche utilizzano invece in maggior misura questo secondo tipo di indici (Lingiardi e Ponsi, 2013). I due autori aggiungono che "è possibile, dunque, che il paradosso di Dodo non sia solo l'esito di ricerche che non permettono di individuare fattori terapeutici realmente attivi di un certo tipo di trattamento, ma sia anche una conseguenza del fatto che i ricercatori non sono riusciti a valutare in modo adeguato tutte le funzioni e le capacità psichiche su cui agiscono le psicoterapie dinamiche" (Lingiardi e Ponsi, 2013; p. 10).

Questo paradosso dell'equivalenza tra le varie psicoterapie rese chiaro "che lo studio del risultato (outcome research) non bastava a comprendere il funzionamento della psicoterapia: era necessario rivolgersi allo studio del processo" (Migone, 2006; p, 36)

1.1.3 La ricerca sul processo (process research)

Orlinsky e collaboratori (2004) definiscono il "processo della psicoterapia" come, innanzitutto, le azioni, le esperienze e la relazione tra paziente e terapeuta durante la seduta quando sono fisicamente insieme, e, secondariamente, le azioni e le esperienze dei partecipanti, che si riferiscono specificatamente l'uno all'altro, che si verificano al di fuori delle sedute di terapia quando non sono fisicamente insieme. Crits-Christoph, Gibbons e Mukherjee (2013), a questa definizione aggiungono anche i cambiamenti che si verificano nel paziente durante la terapia, che si ipotizza abbiano una relazione causale con l'esito del trattamento.

La ricerca del processo in psicoterapia nasce per tentare di risolvere il problema legato al principio di equivalenza, individuato dalla ricerca sull'outcome, investigando ciò che accade durante una seduta di terapia (Elliot et al., 2001).

Stiles e collaboratori (1999) affermano che questo tipo di ricerca nasce con lo scopo di "classificare, descrivere e misurare ciò che fanno paziente e terapeuta" ed è chiamata a rispondere a tre domande:

- 1) Al di là delle differenze teoriche gli interventi attuati nella pratica clinica differiscono veramente tra di loro?
- 2) Ci sono delle differenze sistematiche tra i vari pazienti?
- 3) Ci sono elementi comuni a tutti i tipi di psicoterapia?

La nascita della ricerca sul processo avviene sotto due differenti spinte (Orlinsky et al., 2004): a) l'introduzione di metodo di audioregistrazione e trascrizione del materiale clinico successivamente riconosciuto anche in ambito psicoanalitico; b) l'adozione di una prospettiva esperienziale applicata a ciò che accade nel corso della psicoterapia (Orlinsky e Howard, 1967; Strupp et al., 1977).

Nel tempo, in merito a questo tipo di ricerca, gli studiosi hanno impiegato tutte le loro energie nel costruire i più svariati metodi di misurazione (Dazzi, 2006), al punto che Hill e collaboratori nel 1994 riportano che circa il 43% degli strumenti impiegati nella valutazione del processo, era stato utilizzato una volta sola.

La tabella 1.1 a questo proposito schematizza la classificazione di Lambert (2004) dei vari criteri di classificazione di strumenti per la valutazione del processo terapeutico.

Focus della valutazione	Paziente; terapeuta; relazione paziente-terapeuta.
Aspetto del processo	Comportamento (overt o covert); contenuti tematici; aspetti stilistici (per esempio, modalità dell'esposizione); aspetti qualitativi.
Fondamenti teorici	Ateoretico; psicodinamico; cognitivo-comportamentale ecc.
Prospettiva della valutazione (colui che valuta)	Paziente; terapeuta; supervisore; giudice esterno.
Unità di studio	Unità di <i>microprocesso</i> (piccole unità nelle quali vengono codificati comportamenti specifici di momento in momento, quali per esempio singole parole o frasi o scambi comunicativi). Unità di <i>macroprocesso</i> (unità di misura più lunghe che richiedono giudizi globali nel riassumere i comportamenti dell'individuo, quali per esempio sedute intere, unità temporali arbitrarie di 5-10 min. ecc.).
Tipo di misurazione (tipo di scala o di categorizzazione usata)	A intervalli; nominale; Q-sort.
Livello di inferenza richiesta (per completare la misura)	Non inferenziale vs inferenziale.
Materiale richiesto per il giudizio	Partecipazione diretta (per esempio, paziente e terapeuta); indiretta (trascrizione, videoregistrazione ecc.)

Tabella 1.1 Alcuni criteri di classificazione degli strumenti per la valutazione del processo terapeutico (Dazzi., 2006).

Nonostante però il numero elevato di strumenti rilevato per la ricerca sul processo terapeutico, questa non sempre riesce a connettere empiricamente ciò che avviene in seduta (processo) con quelli che poi sono i risultati della terapia (outcome); fornisce, infatti, quadri troppo statici che non riescono a suggerire possibili interpretazioni causali (Dazzi, 2006). È proprio per risolvere questo limite che nasce la ricerca process-outcome.

1.1.4 La ricerca process-outcome

La ricerca process-outcome si propone di esplorare sia il processo che i risultati nelle sedute di psicoterapia, oppure il cambiamento dei costrutti durante una seduta o tra una seduta e l'altra e la loro associazione con i conseguenti cambiamenti in problemi, sintomi e funzionamento (Crits-Christoph et al., 2013). Quindi, questa tipologia di ricerca in psicoterapia, si propone di “collegare il come avviene un cambiamento, alla questione se c'è un cambiamento” (Dazzi, 2006; p, 22). Generalmente, infatti, scopo principale degli studi di process-outcome research, è quello di prendere in esame un aspetto del processo terapeutico (ad esempio, misurare un costrutto come l'alleanza terapeutica) e successivamente correlare questo aspetto alla misura dell'outcome (Llewelyn et al., 2016).

La correlazione tra processo e risultato può avvenire a diversi livelli: se a livello processuale ci si concentra su ciò che avviene in un'intera seduta, a livello di outcome si focalizza l'attenzione sull'esito della seduta stessa; se, invece, ci si limita ad aspetti più specifici del processo a livello di outcome si dovrà rivolgere la propria attenzione all'impatto momento per momento della variabile esaminata (Dazzi, 2006). Orlinsky e collaboratori (2004) a questo proposito descrivono nove livelli di analisi che vanno dalla valutazione dei microprocessi e dei segmenti di seduta, alla valutazione a intervalli più ampi che comprendono periodi interi di trattamento e valutazioni di follow up.

In merito agli studi sulla process-outcome research, ce ne sono molti a disposizione e a questo proposito Orlinsky e Howard nel 1987 hanno presentato il loro “modello generico della psicoterapia” che fornisce un resoconto coerente dei risultati della ricerca in questo ambito (Orlinsky, 2009). Questo modello generico, aggiornato da Orlinsky nel 2009, prevede sei dimensioni del processo terapeutico:

- 1) Il contratto terapeutico: aspetto formale o organizzativo del processo terapeutico, che risponde alla domanda “Che affare hanno queste persone tra di loro?”.
- 2) Le operazioni terapeutiche: l'aspetto tecnico o strumentale del processo terapeutico.
- 3) Il legame terapeutico.
- 4) Self-relatedness: l'apertura o la difensività come manifestate in terapia. Questo aspetto interpersonale del processo fa riferimento al controllo cognitivo e emotivo

che governa l'autoconsapevolezza, l'autodirezionalità, l'autodisciplina e l'autostima.

- 5) L'impatto in seduta degli aspetti sopra citati, come insight, sollievo emozionale e senso di coraggio e speranza per il futuro.
- 6) I pattern temporali, ovvero la sequenza temporale degli eventi durante la seduta e tra una seduta e l'altra.

Per Dazzi (2006), il modello generico può essere considerato “un modello utile sia per sistematizzare le numerose ricerche esistenti, sia per creare una cornice unitaria entro la quale collocare ricerche apparentemente distanti tra di loro” (p, 24).

1.2 Gli strumenti nella ricerca in psicoterapia

In virtù della suddivisione della ricerca in psicoterapia in outcome research e process research, anche tra gli strumenti a nostra disposizione se ne possono individuare alcuni incentrati sulla valutazione dell'esito e altri sul processo terapeutico. Altri ancora invece, si soffermano su elementi specifici della psicoterapia, come il paziente, il terapeuta, la diade e le variabili della relazione. In generale, si può affermare che nel tempo si è assistito ad una crescita di metodi e strumenti sempre più complessi, in funzione della maggiore complessità della ricerca (Freni & Papini, 2006).

Alla base della maggior parte degli studi di oggi ci sono i questionari autosomministrati, che forniscono un'unica e importante risorsa di informazioni in merito al cambiamento che avviene nel corso di una psicoterapia (Ogles, 2013). Le scale autosomministrate sono tendenzialmente veloci e semplici da utilizzare, e compilate dal paziente senza particolari disagi. Inoltre, il terapeuta ha fin da subito del materiale da valutare e, molto spesso, non ci sono errori di affidabilità, come quelli derivati da possibili aspettative del clinico stesso rispetto all'esito del trattamento (Freni & Papini, 2006). Alcuni dubbi su questa tipologia di strumenti, tuttavia, nascono se si pensa all'utilizzo esclusivo dei self report come mezzo per la valutazione dell'esito del trattamento (Ogles, 2013). Le misure autosomministrate, infatti, potrebbero avere come conseguenza quella di sovrastimare i cambiamenti terapeutici (Smith et al., 1980), oltre al fatto che, essendo i pazienti parte integrante del processo terapeutico, potrebbero avere una visione limitata per quanto riguarda i cambiamenti che avvengono (Ogles, 2013). Questo fa sì che le

misure self report siano utili nel fornire un'importante prospettiva circa l'andamento della psicoterapia, tuttavia, rimangono solo uno dei punti di vista possibili (Ogles, 2013).

Questa problematica potrebbe essere ovviata dall'utilizzo di questionari eterosomministrati, dove il terapeuta o un osservatore esterno alla psicoterapia fornisce un proprio parere circa l'andamento di quest'ultima. Anche in questo caso, tuttavia, può accadere che i terapeuti sopravvalutino i propri risultati e di conseguenza che avvengano errori di distorsione. Allo stesso modo, se a valutare è un osservatore esterno, ci potrebbero essere delle problematiche non indifferenti: il rischio di disturbare il setting, oppure, di interferire sul naturale andamento del processo terapeutico, o ancora, possibili problemi circa aspetti etici di privacy (Freni & Papini, 2006).

Una divisione possibile per gli strumenti utili in psicoterapia è quella che distingue strumenti multidimensionali e strumenti monodimensionali. I primi sono utilizzati quando si vuole valutare il quadro globale dell'andamento di un trattamento, ponendo l'attenzione su dimensioni diverse. In questo modo è possibile tracciare un profilo di cambiamento che includa la valutazione di una molteplicità di aree sintomatiche, funzionali e legate alla qualità della vita del paziente e dei suoi familiari (Gerin et al., 1991). Gli strumenti monodimensionali, al contrario, puntano l'attenzione sull'individuare l'effetto che il trattamento sta producendo in merito a un aspetto specifico della patologia (Freni & Papini, 2006).

La scelta tra le due tipologie di strumenti dipende dall'obiettivo che si vuole raggiungere nello studio. Se, infatti, si volesse indagare l'esito complessivo del trattamento sarebbe indicato fare uso di strumenti che colgano una certa complessità come quelli multidimensionali; se, invece, l'obiettivo è quello di valutare in modo sottile e puntuale costrutti specifici è importante che vengano utilizzati strumenti appositi, che colgano una particolare dimensione (Freni & Papini, 2006).

Infine, relativamente alla scelta degli strumenti da utilizzare, è importante tenere presente i presupposti teorici a cui si fa riferimento. Esistono infatti, strumenti utilizzabili a prescindere da un determinato orientamento teorico; è importante, tuttavia, che nel momento in cui si vogliono indagare determinati costrutti, si espliciti la cornice teorica a cui si riferiscono (Freni & Papini, 2006).

1.3 La valutazione dei meccanismi di difesa

1.3.1 Classificazione dei meccanismi difensivi: breve rassegna storica

Con meccanismi di difesa si intendono “specifici processi psichici, osservabili in ogni individuo, che hanno la funzione di eliminare o attenuare le sensazioni negative (angoscia, insicurezza, pericolo ecc.) connesse a situazioni di conflitto o di stress, riferibili a dati della realtà esterna e/o al mondo interno del soggetto. Spesso seguiti da una risposta comportamentale, funzionano prevalentemente in modo automatico e inconscio, e solo il ricorso alle difese più adattive può essere accompagnato da consapevolezza e intenzionalità” (Lingiardi, 2006, p. 463).

In ambito scientifico, l'introduzione del concetto di meccanismo di difesa si deve a Sigmund Freud alla fine del 1800; da qui in poi si diffonderà anche alla psichiatria, alla psicologia accademica e a quella cognitiva (Lingiardi, 2002). Nel 1894, infatti, Freud, nel saggio *Le neuropsicosi da difesa*, descrive per la prima volta l'esistenza di operazioni inconscie che hanno lo scopo di proteggere l'individuo da conflitti, idee ed emozioni disturbanti (Lingiardi, 2006). Questa definizione fu poi ampliata nel 1925, definendo i meccanismi di difesa come processi attivati dall'Io quando un segnale di angoscia avverte la presenza di un pericolo proveniente dalla realtà esterna, dalle pulsioni dell'Es o dal Super Io. Nel corso di 40 anni, Freud descrisse diversi meccanismi di difesa di cui oggi si parla, tra cui rimozione, humor, spostamento, repressione, fantasia e isolamento (Lingiardi, 2006). Inoltre, identifica cinque importanti proprietà delle difese:

- 1) Le difese sono dei mezzi importanti per gestire l'istinto e l'affetto
- 2) Sono inconscie.
- 3) Sono discrete (l'una rispetto all'altra).
- 4) Sono dinamiche e reversibili.
- 5) Possono essere sia adattive che patologiche (Vaillant, 1992).

Sarà successivamente la figlia, Anna Freud, nella sua opera *L'Io e i meccanismi di difesa* (1936), a “descrivere in modo dettagliato la varietà e la forza dei meccanismi di difesa” iniziando a spostare il focus dall'Es all'Io (un'evoluzione di ciò sarà la nascita della psicologia dell'Io nordamericana) (Lingiardi, 2002, p. 9). Inoltre, è lei “a porre l'accento sull'aspetto adattivo delle difese e sull'importanza della loro relazione con l'ambiente” (Lingiardi, 2006, p. 467). Gli aspetti funzionali o disfunzionali dei

meccanismi difensivi, secondo la Freud, vanno valutati prestando attenzione a quattro criteri: intensità, adeguatezza all'età, reversibilità ed equilibrio. (Lingiardi, 2002).

Parlando, invece, dell'uso patologico o meno delle difese, Anna Freud afferma che “se la difesa porta al sintomo piuttosto che ad un sano adattamento all'ambiente sociale, questo dipende da fattori quantitativi ancora più che da fattori qualitativi” (A. Freud, 1965, p.117). In aggiunta a questo, la Freud suggerisce anche che questi meccanismi difensivi contribuiscono alla formazione di funzioni vitali nel normale sviluppo della personalità. Per esempio, la difesa del rivolgimento contro il Sé è clinicamente connessa alla depressione, ma usata in moderazione contribuisce alla formazione del Super io del bambino. L'uso eccessivo della proiezione, invece, può portare alla paranoia, mentre il suo moderato utilizzo protegge la vulnerabile autostima del bambino da un criticismo eccessivo e un danno duraturo (Ihilevich, 1995).

In riferimento all'operato di Anna Freud, va ricordato il suo Indice Hampstead, frutto di uno studio empirico, e primo tentativo di standardizzare e classificare il materiale relativo a quello che fino ad allora si sapeva dei meccanismi di difesa (Lingiardi, 2002). Questo indice fu poi criticato per alcune lacune metodologiche ma, sulla sua scia, è poi fiorita un'ampia letteratura empirica-sperimentale per ottenere definizioni condivise e arrivare alla possibilità di misurare i meccanismi di difesa con appropriati strumenti (Lingiardi, 2006).

Parallelamente al lavoro di Anna Freud in Inghilterra, in Nordamerica gli psicologi dell'Io “promuovono una riconcettualizzazione dei meccanismi di difesa” mentre, in contrapposizione a lei e al movimento americano, ci sono Melanie Klein e i kleniani (Lingiardi, 2006; p. 468). L'innovazione della Klein sta nell'occuparsi principalmente di meccanismi primitivi di difesa, cioè legati per lo più a stati psicotici, e impiegati contro le angosce derivate dall'attività dell'istinto di morte, e per questo contrapposti alle difese nevrotiche (Lingiardi, 2002). Queste particolari difese determinano le caratteristiche delle posizioni paranoide e depressiva, descritte dalla Klein, e sono: il diniego, la scissione e le forme estreme di proiezione e introiezione (Lingiardi, 2006). L'autrice dà importanza a queste difese anche indicandole come caratteristiche delle prime fasi dello sviluppo (Lingiardi, 2002). Le ansie e le difese psicotiche dell'Io, tipiche della prima infanzia, infatti, hanno una profonda influenza sullo sviluppo in tutti i suoi aspetti, incluso lo sviluppo dell'Io, del Super Io e delle relazioni

oggettuali (Klein, 1946). La teoria kleiniana, inoltre, si differenzia da quella freudiana, ponendo alla base della comprensione delle difese il concetto di “oggetti interni”. La Klein ha osservato, infatti, come il bambino, prima di interiorizzare i propri genitori come oggetti interi e distinti, introietta parti di loro su cui aveva proiettato le proprie pulsioni nelle fasi precoci di sviluppo del Super Io (Lingiardi, 2002). La stessa autrice afferma (1946) che il primo oggetto di relazione è il seno della madre, il quale viene diviso in due dal bambino: il seno buono (gratificante) e seno cattivo (frustrante). Questa prima relazione implica l'introiezione e la proiezione dell'oggetto stesso e quindi, fin dall'inizio, le relazioni oggettuali sono modellate da un'interazione tra introiezione e proiezione, tra oggetto e situazioni interne ed esterne (Klein, 1946). I meccanismi difensivi, per tanto, non solo proteggono l'Io da sentimenti dolorosi, ma fungono da principi organizzatori della vita psichica e dell'attività mentale. In questo modo la proiezione può essere vista come una difesa contro l'angoscia di annientamento e l'identificazione proiettiva come una caratteristica peculiare della posizione schizoparanoide (Lingiardi, 2006).

È Otto Kernberg a integrare i contributi provenienti dalla tradizione freudiana, kleiniana e della psicologia dell'Io (Lingiardi, 2002) “proponendo una lettura clinica delle difese sia sul versante intrapsichico, sia su quello delle relazioni oggettuali” (Lingiardi, 2006; p. 469). Nel modello relativo ai disturbi di personalità (Kernberg, 1984, 1996) egli propone di definire le tre organizzazioni di personalità da lui individuate (nevrotica, borderline e psicotica) sulla base di tre criteri diversi: esame di realtà, livello di integrazione dell'identità e infine le difese. Queste per Kernberg rappresentano un fenomeno intrapsichico, in cui viene compreso anche il concetto di Sé e di relazione oggettuale interiorizzata (Lingiardi, 2002). Inoltre, l'autore ha una concezione gerarchica ed evolutiva delle difese, in base alla quale, i pazienti più gravi tendono a mantenere quei meccanismi di difesa primitivi e patologici che caratterizzavano il periodo dell'infanzia (Lingiardi, 2002).

Altri due autori da citare, che hanno dato un importante contributo alla concettualizzazione dei meccanismi di difesa, sono Donald Winnicott e Heinz Kohut. Il primo distingue tra difese organizzate per far fronte all'esperienza istintuale e pulsionale, e difese organizzate contro i fallimenti ambientali traumatici che potrebbero portare il bambino a costruirsi un falso Sé per autoprotezione (Winnicott, 1965).

Per Kohut invece i meccanismi di difesa rappresentano dei tentativi di protezione della coesione del Sé e, quindi, sistemi organizzati sin dall'infanzia contro i deficit procurati da fallimenti empatici degli “oggetti sé” (Kohut, 1984).

Al giorno d'oggi, la prospettiva psicodinamica si fonda sull'idea che, i modelli ripetitivi patologici derivino da una tendenza innata in ognuno di noi a voler conservare una continuità e familiarità con il proprio mondo interpersonale. È in quest'ottica ripetitiva che lo stile difensivo, adottato da ciascun soggetto, assume “un ruolo determinante nel mantenere invariati e difficilmente aggiornabili i modelli rappresentazionali e relazionali” (Lingiardi, 2006; p. 474).

1.3.2 La ricerca sui meccanismi di difesa

Come abbiamo visto il concetto di meccanismo di difesa, da quando Freud per primo lo ha teorizzato, ha subito molte modifiche nel corso del tempo, fino a diventare un costrutto trasversale a diversi orientamenti teorici e soggetto di continue ricerche (Vaillant, 1998). Tuttavia, “la valutazione dei meccanismi di difesa attraverso strumenti standardizzati non è semplice e scontata” (Lingiardi, 2006; p. 474).

Madeddu (2002), afferma che i principali problemi per quanto riguarda la ricerca sui meccanismi difensivi riguardano tre aspetti: la loro definizione, la loro classificazione e la modalità di raccolta dati.

Per quanto riguarda la definizione di meccanismo di difesa, la difficoltà sta proprio nel rintracciarne una che sia consensuale (Lingiardi, 2006). Autori come Cramer, per esempio, ne sottolineano, come caratteristica centrale, l'aspetto di inconsapevolezza (Cramer, 1998a). Per gli autori che seguono questa idea, si pone il problema di come fare per evidenziare e rintracciare un processo che, per definizione, non è consapevole per il soggetto (Lingiardi, 2006). Sembrerebbe senza senso, quindi, chiedere alle persone di riportare, attraverso strumenti self report, il proprio modo di usare le difese. Infatti, in quanto inconsci, il soggetto non le qualificherà come difese ma li considererà più appropriatamente come strategie consce o meccanismi di adattamento (Cramer 1998b). L'autrice, tuttavia, mette in luce come la preoccupazione riguardo questo problema, possa essere dissipata considerando la possibilità che, in alcuni casi, il soggetto potrebbe essere in grado di riferire sull'uso di comportamenti difensivi, senza, però, essere consapevole che quegli stessi comportamenti abbiano uno scopo difensivo. Questo, quindi, potrebbe

dare una giustificazione dell'uso di misure self report per la misurazione delle difese (Cramer, 1998b).

La seconda problematica, quella relativa alla classificazione dei meccanismi di difesa, nasce invece dal fatto che “nonostante gli sforzi, i ricercatori hanno creato elenchi di difese diversi fra loro e usano principi di classificazione a volte contrastanti” (Madeddu, 2002; p. 157). Ognuna di queste classificazioni, aggiunge Madeddu, vede i meccanismi difensivi in modo diverso a seconda dei modelli evolutivi e psicopatologici che sottendono. Risulta quindi importante che si arrivi alla creazione di una classificazione condivisa a cui gli strumenti possano fare riferimento.

La terza problematica osservata, in merito alla ricerca sui meccanismi di difesa, riguarda la desiderabilità sociale e individuale (Madeddu, 2002). La desiderabilità sociale si riferisce alla tendenza dei soggetti di una ricerca a dare risposte socialmente accettabili anziché scegliere risposte che riflettono i loro veri sentimenti (Grimm, 2010). Una persona, quindi, potrebbe essere consapevole di mettere in atto comportamenti associati con certe difese (pur non essendo necessariamente consapevole del significato di quei comportamenti), ma potrebbe essere meno disposta a riportare l'uso di questi comportamenti difensivi, a seconda che il comportamento sia considerato socialmente desiderabile o meno (Cramer, 1998b).

Lingiardi (2006) a questo proposito propone l'esempio di un ragazzo che, così come in gruppo, davanti a suoi coetanei, preferirà dire che non ha paura (negazione), allo stesso modo, durante la somministrazione di un questionario self report è probabile che scelga sempre la strada della negazione. Ma come possiamo dire se il ragazzo si stia effettivamente difendendo, negando il proprio sentimento, o se veramente non abbia paura? L'autore propone due vie di uscita: la prima consiste nel provare a verificare il contesto: se questo effettivamente fosse tale da provocare paura potrebbe essere un indizio di un uso di negazione. La seconda strategia, invece, consiste nel controllare i correlati fisiologici: se ci fosse una significativa attivazione nel momento in cui il ragazzo afferma di non avere paura, allora potremmo ragionevolmente presumere che dietro l'affermazione difensiva ci sia effettivamente un sentimento di paura (Cramer 1998b).

1.3.3. Alcuni strumenti utili nella valutazione dei meccanismi di difesa

I principali strumenti impiegati nella valutazione dei meccanismi difensivi possono essere suddivisi in tre categorie (Madeddu, 2002):

- a) Strumenti autosomministrati.
- b) Strumenti basati su materiale clinico e interviste.
- c) Strumenti basati su test proiettivi.

Nella prima categoria rientra la *Defense Style Questionnaire (DSQ)* un test self-report ideato da Michael Bond (Bond et al. 1983). Bond ritiene che il termine “meccanismo di difesa” descriva non solo un processo intrapsichico, ma anche un comportamento impiegato per conciliare richieste pulsionali ed esigenze ambientali (Lingiardi, 2006). Scopo primario di Bond e collaboratori era quello di creare un questionario per lo studio sperimentale dei meccanismi di difesa, che non si basasse sul giudizio soggettivo del valutatore. Il risultato a cui giunsero, tuttavia, fu più modesto: uno strumento autosomministrato, la DSQ, che valuta i possibili derivati consci dei meccanismi difensivi (Bond, 1992)

La prima versione dello strumento prevedeva 97 item, su una scala Likert a nove punti per indicare il livello di accordo o disaccordo per ogni item, e prendeva in considerazione 24 meccanismi difensivi (Madeddu, 2002). In seguito ad un’analisi fattoriale su questa prima versione, oltre ad una diminuzione degli item, passati così ad 81, è stato possibile identificare quattro categorie, corrispondenti ad altrettanti stili difensivi, basati su 13 difese totali (Lingiardi, 2006). Questi stili sono:

- 1) Immaturo (ritiro autistico, acting out, aggressione passiva, proiezione).
- 2) Distorsione dell’immagine (scissione, idealizzazione primitiva, svalutazione onnipotente).
- 3) Self sacrificing (formazione reattiva, pseudo-altruismo).
- 4) Adattivo (umorismo, repressione, sublimazione).

Secondo Bond (1995) è possibile identificare, sulla base di questi quattro stili difensivi, un continuum che presenta ad un estremo pattern di azioni male adattive (stile 1) e all’altro estremo un uso di difese adattive (stile 4). Inoltre, aggiunge che, a seconda dello stile risultante, si possono ipotizzare diverse conseguenze per il soggetto. Il livello immaturo porta, così, a problemi comportamentali. Lo stile di distorsione dell’immagine può condurre a problemi relazionali. Il self sacrificing, invece, porta a relazioni più stabili

ma non permette una piena espressione creativa. Infine, lo stile più maturo e adattivo riflette minori difficoltà relazionali e permette una maggiore espressione creativa del proprio Sé (Bond, 1995).

Della DSQ esistono numerose versioni, l'ultima delle quali italiana (San Martini et al., 2004), e se questo da un lato può indicare un forte interesse suscitato da un questionario autosomministrato sui meccanismi di difesa, dall'altro, mostra anche un continuo tentativo di cercare una forma più soddisfacente (Lingiardi, 2006).

Un altro questionario autosomministrato è il Defense Mechanism Inventory (DMI) (Gleser & Ihilevich, 1969), tra i più noti strumenti di valutazione e ricerca sulle difese (Madeddu, 2002).

Gli autori, nello sviluppare lo strumento, vedono come scopo principale del processo difensivo la risoluzione dei conflitti, che originano da realtà interne ed esterne (Davidson & Mac Gregor, 1998).

In questo senso i due autori hanno delineato cinque cluster di difese, economici e sufficientemente generali da comprendere i meccanismi difensivi più importanti precedentemente identificati da altri autori (Glesere e Ihilevich, 1969). Questi cinque cluster sono:

- 1) Turning against Object (TAO), uno stile aggressivo.
- 2) Projection (PRO), uno stile più proiettivo.
- 3) Principalization (PRN), uno stile intellettualizzante.
- 4) Turning against Self (TAS), stile più autopunitivo.
- 5) Reversal (REV), stile difensivo legato alla rimozione.

Queste classi rappresentano “cinque diversi metodi di risolvere e/o di gestire le situazioni conflittuali” (Madeddu, 2002; p. 163). Sulla base di questo modello difensivo, il DMI consiste in dieci brevi racconti (con versione maschile e femminile), che descrivono situazioni conflittuali (Cramer, 1988). Le storie sono state strutturate in modo da assicurare un'ampia copertura delle aree in cui la maggior parte delle persone incontra conflitti, così che sia possibile valutare l'ipotesi secondo cui i soggetti differiscono nell'uso delle difese in base alla natura del conflitto che si trovano ad affrontare (Glesere & Ihilevich, 1969). Ogni storia è seguita da quattro domande per raccogliere le seguenti informazioni: il comportamento attuale del soggetto in ogni situazione, una risposta di fantasia impulsiva, pensieri e sentimenti. Per ognuna di queste quattro domande, sono

presentate cinque alternative di risposta, che rappresentano i cluster di difese sopra elencati (Cramer, 1988). In questo modo si avranno venti item per ognuna delle dieci storie, per un totale di 200 item per tutto il test. Il soggetto indica quale delle cinque possibili risposte è quella che più rappresenta una sua possibile reazione alla situazione conflittuale (a cui verrà attribuito punteggio 2) e quella meno rappresentativa (il cui punteggio sarà 0). Alle risposte rimanenti verrà dato punteggio 1 (Madeddu, 2002).

Passando invece agli strumenti che si basano su materiale clinico e interviste, merita di essere citata la Defense Mechanism Rating Scale (DMRS) di Perry (1990). La DMRS è una scala di valutazione applicabile ai trascritti delle sedute, comprendente una lista di 27 meccanismi di difesa, raggruppati in sette cluster, disposti gerarchicamente secondo un criterio di gravità (Lingiardi, 2006). Lo strumento, essendo stato utilizzato nello studio del presente elaborato, verrà approfondito, nella sua storia e nelle sue caratteristiche, nel prossimo capitolo.

Un altro strumento che si basa sull'osservazione clinica è il Defense-Q (Davidson & MacGregor, 2004). Questo è stato progettato per valutare l'uso nel soggetto di 25 meccanismi di difesa e il suo focus è sul pattern di difese usate o su quali difese la persona usa più e meno frequentemente (MacGregor & Olson, 1996). Si basa sulla metodologia Q-sort, che prevede una classificazione degli item, da parte del soggetto, da quello più indicativo dell'area indagata al meno rappresentativo. Per tanto, il soggetto è portato a passare in rassegna tutte le 25 difese e classificarle in base a sette categorie (dalla più appropriata alla meno specifica), senza che nessun meccanismo difensivo venga trascurato (Madeddu, 2002). Grazie a questo metodo si viene a creare un profilo difensivo che permette di capire quali sono le difese più caratteristiche del singolo soggetto. Tuttavia, in questo modo, ogni difesa risulta comparata con le altre solo per il soggetto testato ma non fra più soggetti, e, oltre a ciò, il Defense-Q presuppone che ogni soggetto usi tutte le difese in esame e questo è ancora da dimostrare (Madeddu, 2002).

In conclusione, si può affermare che lo studio dei meccanismi di difesa si trova ad affrontare diversi problemi, tra cui la mancanza di un elenco stabile e definito, incertezze sulla loro concettualizzazione clinico teorica, e la scarsa affidabilità di alcuni strumenti self report. Si può tuttavia evidenziare, come questo ramo della ricerca sembri avere del grande potenziale per offrire importanti contributi alla ricerca in psicoterapia e all'assessment della personalità (Lingiardi, 2006).

1.4 Obiettivo e ipotesi del lavoro di tesi

In letteratura sono riportate diverse ricerche che hanno esaminato la relazione tra meccanismi di difesa e tratti di personalità (Di Giuseppe et al., 2019). Ad esempio, studi effettuati con la Defensive Functioning Scale hanno riscontrato che la diagnosi di qualsiasi disturbo di personalità sembra essere associata ad un funzionamento difensivo significativamente più basso rispetto ad un generale campione psichiatrico (Perry & Hoglend, 1998). O ancora, uno studio di Perry e collaboratori (2009) ha trovato significative correlazioni tra disturbo di personalità ossessivo-compulsiva e difese narcisistiche. Ricerche effettuate, invece, su un campione di adulti sani mostrano un uso di difese nevrotiche e mature in gruppi di soggetti non clinici. In pazienti con disturbi di personalità, invece, sono più predominanti difese nevrotiche e primitive con poco uso di quelle mature (Bond & Perry, 2004; Perry et al., 2013).

Anche la McWilliams (2012), descrivendo le caratteristiche delle tre strutture di personalità teorizzate da Kernberg (nevrotica, borderline e psicotica) (1996; Clarkin et al., 1999), elenca i meccanismi di difesa più comuni per ognuna. Per quanto riguarda le personalità organizzate a livello nevrotico, queste utilizzano per lo più difese mature o di secondo ordine (come la rimozione). Il possibile utilizzo di meccanismi difensivi primitivi, in queste strutture di personalità, non è rilevante nel funzionamento globale e in generale, si verifica in momenti di forte tensione. Le persone con organizzazione di personalità psicotica, invece, sembrano utilizzare difese preverbal e prerazionali, come proiezione, introiezione, dissociazione estrema o acting out. Queste hanno la funzione sia di compensare l'esame di realtà, rispetto al quale, le persone con questa organizzazione possono avere alterazioni anche gravi, sia di "mantenere separate le relazioni oggettuali idealizzate e persecutorie" che derivano dalle prime fasi dello sviluppo, prima sia possibile una costanza dell'oggetto (Lingiardi, 2002; p. 29). Infine, la struttura di personalità borderline, così come la psicotica, ricorre in maniera massiccia a meccanismi di difesa molto primitivi e soffre di un difetto di base nel senso del Sé. Tra i meccanismi più utilizzati, si possono identificare: la scissione, l'identificazione proiettiva e il diniego (Lingiardi, 2002). Ciò che permette di distinguere soggetti borderline da personalità a livello psicotico, è il fatto che i primi dimostrano di sapere valutare la realtà (McWilliams, 2012).

Alla luce di questi lavori, l'obiettivo che ci si è posti in questo elaborato, è quello di indagare il rapporto tra struttura difensiva e diagnosi di personalità. L'ipotesi principale, infatti, del lavoro svolto è che in corrispondenza di una determinata diagnosi di personalità nel paziente, si è in presenza anche di un assetto difensivo in linea con essa. Da questa ipotesi principale ne derivano altre due:

1) Ci si aspetta che, in presenza di una diagnosi di personalità più grave (come, ad esempio, una struttura di personalità borderline), sia possibile ritracciare una struttura difensiva in cui prevalgono cluster di difese più primitive, come difese di acting, di distorsione dell'immagine o borderline.

2) Nei pazienti in cui la struttura di personalità sembra essere, invece, più funzionale, l'ipotesi formulata è che sia possibile tracciare un profilo difensivo, in cui i meccanismi maggiormente utilizzati sono difese mature e adattive.

È importante sottolineare, come questo obiettivo verrà verificato attraverso trascritti di colloqui di consultazione, i quali, non sempre, creano tutte le condizioni necessarie affinché emerga l'assetto difensivo finale del paziente.

CAPITOLO 2: LA RICERCA

Come già anticipato, l'obiettivo del presente studio è quello di indagare la relazione tra profilo difensivo e tratti di personalità, in pazienti del servizio di Assistenza Psicologica dell'Università di Padova. In particolare, si vuole verificare se in corrispondenza di una determinata diagnosi di personalità, si ritrovi nel soggetto un profilo difensivo che sia in linea con essa.

Andando ora ad analizzare il metodo con il quale si è condotto lo studio, si descriverà il campione di soggetti preso in analisi e gli strumenti utilizzati e, infine, la procedura seguita, per cercare di verificare le ipotesi di ricerca.

2.1 Campione

Per questa ricerca il campione utilizzato è composto da sette pazienti, di livello socioeconomico medio, tutti giovani studenti presso l'università di Padova, frequentanti diverse facoltà. Tra di loro sono presenti tre uomini celibi e quattro donne nubili. Tutti e sette si sono rivolti al Servizio di Assistenza Psicologica (SAP) dell'università padovana, e, per ognuno è stata presa in considerazione la fase di consultazione, consistente in tre sedute. Gli incontri sono stati condotti da diversi terapeuti. Per ognuna delle sette situazioni cliniche le sedute sono state audio registrate con il consenso informato dei pazienti, poi trascritte verbatim.

La paziente 1 si rivolge al servizio perché sta vivendo un periodo di dubbi e perplessità, a seguito del suo ritorno dal progetto Erasmus, durante il quale i suoi genitori si sono separati.

La paziente 2 sente la necessità di un supporto per affrontare quelle che, inizialmente erano ansie legate all'università e alla preparazione di esami e tesi, che poi si sono, però, estese ad altre sfere più intime della sua vita.

Il paziente 3 è la seconda volta che si rivolge al servizio, a causa di un periodo di malessere seguito alla morte del padre e alla diagnosi di schizofrenia del fratello.

La paziente 4 riferisce di aver sentito necessità di chiedere aiuto al servizio per suoi apparenti difficoltà nell'interazione con gli altri.

Il paziente 5 sembra riportare un problema di ipocondria, connessa ad una sensazione di forte ansia, successivamente ad un grave incidente stradale.

Il paziente 6 riferisce di essersi rivolto al servizio per problemi scatenati dal legame con il padre, figura molto autoritaria, e alla situazione difficile in famiglia.

L'ultimo soggetto, la paziente 7, frequenta una facoltà scientifica e riporta un generale stato di malessere, che l'ha portata a ridurre le proprie interazioni sociali e ad avere difficoltà nello studio.

2.2 Strumenti

Gli strumenti utilizzati per svolgere questo lavoro sono due: la Defense Mechanism Rating Scale e il Millon Clinical Multiaxial Inventory – III. Per entrambi, nei prossimi paragrafi, si andranno a descrivere nel dettaglio la storia, le caratteristiche e le proprietà psicometriche, oltre al loro utilizzo in precedenti lavori di ricerca.

2.2.1 Defense Mechanism Rating Scale

La Defense Mechanism Rating Scale (DMRS) di J.C. Perry, nata negli anni '80, affonda le proprie radici storiche, concettuali e metodologiche, nell'area di ricerca sulle difese psichiche, sorta e incentivata dalla possibilità di formulare un asse diagnostico psicodinamico (Asse IV) per il DSM (Vaillant, 1986).

Questo strumento è un sistema in grado di guidare l'inferenza clinica nell'identificazione di specifici meccanismi di difesa (Perry, 1990). Per mezzo di questa scala gli autori, negli anni, hanno cercato di “promuovere una diagnosi strutturale, tentando di trovare un punto di incontro tra quello che era il sapere psichiatrico fenomenologico e il sapere psicodinamico di derivazione psicoanalitica” (Brambilla, 2002; p. 321).

Come sottolineato nel capitolo precedente (paragrafo 1.3.2), la ricerca empirica sui meccanismi di difesa ha incontrato numerose difficoltà, tra cui definizioni discordanti dello stesso meccanismo, o ancora l'elevato numero di meccanismi di difesa riportato in letteratura (Brambilla, 2002).

Perry a questo proposito esamina le difese dal punto di vista del conflitto psichico (Madeddu, 2002) e le definisce come meccanismi che agiscono da mediatori tra i desideri, le necessità, gli affetti e gli impulsi del soggetto, da un lato, e le proibizioni interiorizzate e la realtà esterna dall'altro (Perry e Cooper, 1986). È importante sottolineare come Perry,

ai meccanismi prettamente intrapsichici, come la rimozione o l'isolamento, affianchi quelle difese che appaiono più come modalità di relazionarsi (ad esempio l'aggressione passiva), ovvero meccanismi che vanno ad agire prevalentemente sull'ambiente e/o sugli altri, e che si pongono come sostegno dell'Io nell'affrontare i bisogni. (Brambilla, 2002). Passando alla descrizione dello strumento, la Defense Mechanism Rating Scale, è "una scala di valutazione applicabile ai trascritti di materiale clinico (colloqui diagnostici, sedute di psicoterapia, ecc.) e comprende una lista di 27 meccanismi" (Lingiardi, 2006; p. 481). Questi sono stati selezionati in base al riscontro in letteratura di singole definizioni teoriche chiare e di una dimostrata attendibilità (Perry & Cooper, 1989).

Nel manuale, per ogni difesa, è inclusa: una definizione della stessa, una descrizione di come la difesa funziona, una sezione su come distinguere ogni difesa da quelle più vicine e simili, e una scala a tre punti collegata ad uno specifico esempio di: assenza di difesa (0), di probabile uso (1) e di uso certo di essa (2) (Perry & Henry, 2004). La DMRS prevede tre tipi di valutazione (Brambilla, 2002):

1. Valutazione qualitativa: prevede di esaminare la presenza/assenza della difesa.
2. Valutazione quantitativa: serve a determinare la frequenza con la quale la difesa è o è stata utilizzata.
3. Valutazione del livello di maturità: permette di valutare il singolo processo difensivo in base al suo livello di maturità e adattabilità.

In riferimento all'ultima tipologia di valutazione, lo strumento prevede la suddivisione delle 27 difese in 7 cluster, ordinati gerarchicamente sulla base di un criterio di gravità (maggiore-minore adattamento e rilievo psicopatologico) (Lingiardi, 2006). Questi sette livelli difensivi sono i seguenti (Perry & Henry, 2004):

1. Difese altamente adattive: sublimazione, autosservazione, autoaffermazione, umorismo, repressione, altruismo, empatia, anticipazione.
2. Difese ossessive: intellettualizzazione, annullamento retroattivo, isolamento dell'affetto.
3. Difese nevrotiche: rimozione, dissociazione, formazione reattiva, spostamento.
4. Difese di distorsione minore dell'immagine (difese narcisistiche): idealizzazione, onnipotenza, svalutazione.
5. Difese di diniego: negazione, proiezione, razionalizzazione.

6. Difese di distorsione maggiore dell'immagine: scissione dell'immagine di Sé e degli altri, identificazione proiettiva (difese borderline).

7. Difese di acting: acting out, aggressione passiva, ipocondriasi, ritiro nell'apatia
Incluse nell'appendice, ma non nel manuale, ci sono le difese psicotiche considerate ad un livello difensivo di disregolazione e queste sono: il diniego psicotico, la distorsione psicotica e la proiezione delirante (Perry & Henry, 2004).

Il processo di identificazione della difesa prevede due diverse fasi: nella prima si effettua una ricognizione del trascritto per identificare i passaggi in cui si sospetta che ci sia una difesa. Nella seconda invece, si assegna la difesa (può essere necessario in questa fase, fare una diagnosi differenziale, ovvero la scelta in questo caso deve essere fatta sulla base della funzione che il meccanismo difensivo ha per il soggetto; Lingiardi, 2006). È consentita anche la valutazione di più difese nella stessa unità narrativa, anche se si privilegia l'individuazione della difesa più significativa (Lingiardi, 2006)

Il funzionamento difensivo del singolo soggetto, rilevato con la DMRS, può essere sintetizzato in tre diversi modi: il primo è il punteggio delle singole difese, il secondo è il punteggio dei livelli difensivi e l'ultimo il punteggio globale di maturità delle difese.

Il punteggio delle singole difese si ottiene dividendo il numero di volte in cui ciascuna difesa è presente per il numero complessivo di tutte le difese, ottenendo così un valore percentuale chiamato *punteggio proporzionale*.

Il punteggio dei livelli difensivi, invece, deriva dalla somma di tutti i punteggi proporzionali di tutte le difese appartenenti allo stesso livello. In questo modo si ottiene il sottotale di quello specifico gruppo difensivo.

Infine, il punteggio globale di maturità delle difese (ODF = Overall Defensive Functioning), è un valore che sintetizza i punteggi totali di tutte le difese utilizzate. Si ottiene moltiplicando ogni difesa per il peso relativo alla sua posizione nella scala gerarchica, e calcolando poi la media di tutte le difese pesate. Quindi, in altre parole, si divide la somma di tutte le difese pesate, per il totale dei meccanismi identificati. Questo punteggio avrà, di conseguenza, un valore compreso tra 0 e 7, essendo sette i livelli gerarchici identificati (Brambilla, 2002).

Per quanto riguarda le proprietà psicometriche dello strumento, la DMRS ha mostrato una interrater reliability buona, sia per i punteggi dei singoli cluster, sia per l'indice globale di maturità delle difese (Lingiardi, 2006).

Dall'analisi di sedute di psicoterapia si è visto che c'è una correlazione intraclasse maggiore di .70 per i punteggi delle singole difese e una correlazione intraclasse di .89 per il punteggio globale (Perry et al., 1993).

La Defense Mechanism Rating Scale può essere impiegata in due aree principali: quella della didattica e quella della ricerca. Riguardo quest'ultima, lo strumento è utile sia in ambito diagnostico, ad esempio nella formulazione di una diagnosi strutturale, sia in ambito psicoterapeutico (Brambilla, 2002).

Le prime ricerche con la DMRS si sono concentrate sull'indagare il rapporto tra psicopatologia e meccanismi di difesa (Lingiardi, 2002), confermando una corrispondenza tra livelli difensivi gerarchicamente più bassi e più alta sintomatologia e minore adattamento sociale (Perry & Cooper, 1986, 1989, 1992)

In uno studio del 1989 Perry e Cooper, hanno utilizzato la DMRS, per valutare l'utilizzo dei meccanismi di difesa in individui con disturbi affettivi e di personalità. Ciò che è stato osservato riguarda, innanzitutto, le difese di diniego, proiezione, acting out, ipocondirasi e aggressione passiva, le quali, sembrano associate da una parte, ad un livello più alto di sintomi, dall'altra ad una più povera funzione globale, e ad una più alta proporzione di tempo alterato nel funzionamento psicosociale. Anche le difese borderline, scissione e identificazione proiettiva, mostrano un pattern simile. Per quanto riguarda le difese narcisistiche e nevrotiche, i due autori, hanno rilevato che solo la svalutazione sembra essere associata ad un funzionamento più povero, mentre l'intellettualizzazione ad un funzionamento più alto. Inoltre, sempre le difese borderline, con anche quelle di acting mostrano significative correlazioni attraverso metodi e tempo, mentre le difese ossessive, di diniego e narcisistiche non hanno mostrato tendenze significative.

Hoghlend e Perry (1998) hanno dimostrato come, in un campione di pazienti con diagnosi di depressione maggiore, l'ODF (indice globale di maturità), fosse il più forte predittore del funzionamento globale in un follow up di 6 mesi: otto difese di livello inferiore, infatti, erano più spesso presenti in quei pazienti che erano migliorati di meno, rispetto al gruppo di soggetti che aveva visto un significativo miglioramento.

Nello studio di Lingiardi e collaboratori (1999), invece, i risultati mostrano che specifici stili difensivi sono significativamente, ma moderatamente, correlati con specifici disturbi di personalità dell'Asse II. Questo sembra essere in linea con l'idea che le difese siano meccanismi di base che sottostanno al funzionamento di personalità (Perry et al., 1998).

In particolare, gli autori hanno rilevato una relazione significativa tra difese di basso livello (difese borderline e di acting) e il cluster B dei disturbi di personalità. Difese di più alto livello, invece, sono più positivamente correlate con il cluster C. Inoltre, è stato riscontrato come due sottotipi di pazienti istrionici fossero associati con un uso predominante di differenti difese. Nello specifico, i pazienti istrionici con tratti anche narcisistici, mostravano una prevalenza di difese narcisistiche e nevrotiche, mentre i soggetti istrionici - borderline usavano, per lo più, difese di acting e di distorsione maggiore dell'immagine (Lingiardi et al., 1999).

I risultati di questo studio sembrano confermare ciò che Perry (1996) aveva osservato in uno studio longitudinale sulla personalità borderline. L'autore si è concentrato sulla relazione tra difese, specifici sintomi e comportamenti sintomatici di impulsività e compulsività. La ricerca ha confermato sia la correlazione positiva tra difese di basso livello (soprattutto di acting e borderline) e i comportamenti autodistruttivi (ideazione suicidaria, tentativi di suicidio e autolesionismo), sia la correlazione negativa tra gli stessi comportamenti sintomatici e meccanismi di difesa più adattivi.

La DMRS è stata utilizzata anche da Di Giuseppe e collaboratori (2019), per indagare il ruolo dei meccanismi di difesa nei disturbi di personalità emergenti, in popolazioni cliniche di adolescenti. I risultati di questo studio hanno dimostrato come ci siano significative differenze, se si prendono in considerazione età e genere degli adolescenti: mentre gli adolescenti più giovani tendevano ad usare difese più immature, quelli più grandi mostravano un utilizzo maggiore di difese altamente nevrotiche e mature. Le ragazze mostravano un uso minore di difese di distorsione dell'immagine e difese nevrotiche, mentre i ragazzi ricorrevano meno frequentemente a livello di difese ossessive. Sono state riscontrate anche significative correlazioni tra disturbi di personalità e specifiche difese per quasi tutte le personalità, ad eccezione della paranoide, la schizotipica e la schizoide.

La Defense Mechanism Rating Scale, come già accennato precedentemente, è stata utilizzata nella ricerca, oltre che in ambito diagnostico, anche in ambito psicoterapeutico. La rilevazione della presenza o assenza di determinate difese, all'interno di un trascritto di seduta, può essere predittiva del decorso del percorso terapeutico, oppure, può essere utile nel valutare i cambiamenti nell'assetto difensivo di un determinato paziente nel corso del trattamento (Brambilla, 2002). A questo proposito,

è stato dimostrato che l'outcome positivo di una psicoterapia tende a coincidere con un punteggio di difensività globale maggiore e con un uso di difese più mature (Perry & Ianni, 1998; Perry, Banon & Ianni, 1999; Perry, Lingiardi & Ianni, 1999). La DMRS può, quindi, essere impiegata, nel corso di una psicoterapia, per lo studio di “correlazioni tra stile/livello difensivo, assetto di personalità e/o interventi del terapeuta” (Lingiardi, 2002; p. 485).

2.2.2 Millon Clinical Multiaxial Inventory III

Il Millon Clinical Multiaxial Inventory (Millon, 1981) e le sue revisioni (Millon, 1987; Millon, 1994; Millon et al., 1997) e infine il Millon Clinical Multiaxial Inventory MCMI III (Millon et al., 2006), hanno ricevuto un rapido consenso e popolarità come misura oggettiva della psicopatologia (Pietrowski & Lubin, 1990). Lo strumento è particolarmente utile per la diagnosi di disturbi di personalità e pattern relazionali disfunzionali (Alareqe et al., 2021).

Il modello della personalità che è presente alla base dello strumento di Millon, rappresenta un tentativo di creare una nuova scienza clinica della persona, che abbracci cinque fattori chiave (Strack & Millon, 2007):

- 1) Principi scientifici universali
- 2) Teorie orientate al soggetto
- 3) Una tassonomia di pattern di personalità e sindromi cliniche
- 4) Strumenti di valutazione che integrino clinica e personalità
- 5) Interventi terapeutici sinergici.

Secondo Millon e Grossman (2005, 2006) è il coordinamento di questi elementi, in modo che siano reciprocamente legati e mutualmente rafforzanti, che costituisce l'essenza di una scienza clinica matura. Sulla base del modello teorizzato, Millon e Davis (1996) ritengono che il DSM debba assumere etichette diagnostiche, che possano rappresentare complessi prototipi di personalità più che tratti dimensionali, che egli vedeva come sottocomponenti dei prototipi stessi (Strack & Millon, 2007). Un prototipo di personalità è per Millon una categoria sovraordinata, che sussume e integra tratti psicologicamente covarianti, i quali rappresentano un insieme di abitudini correlate, che corrispondono a determinate risposte manifestate in una varietà di situazioni (Millon & Grossman, 2006).

Il MCMI è stato, quindi, sviluppato per rendere operativa la teoria sulla psicopatologia di Millon (1983a). È stato revisionato due volte negli ultimi 20 anni, per rimanere al passo con i cambiamenti nella teoria, così come con lo sviluppo del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM; APA, 1994).

L'idea di Millon e collaboratori (2006) prevede dunque che la psicopatologia, con il MCMI- III, possa essere classificata secondo quattro strutture latenti o modello a quattro fattori: gli 11 pattern di personalità clinici (primo fattore), i tre gravi disturbi di personalità (secondo fattore), le sette sindromi cliniche (terzo fattore) e le tre gravi sindromi cliniche (quarto fattore).

Passando ad una descrizione più approfondita di come Millon intende la psicopatologia, possiamo dire che questa è stata distinta dall'autore in due tipi (figura 2.1): sindromi cliniche (Asse I del DSM) e pattern di personalità (Asse II). Entrambe le tipologie sono state suddivise in cliniche e gravi. I pattern di personalità clinici comprendono: il pattern schizoide (1), evitante (2A), depressivo (2B), dipendente (3), istrionico (4), narcisistico (5), antisociale (6A), sadico (aggressiva) (6B), ossessiva-compulsivo (7), negativistica (passivo-aggressiva) (8A) e masochistica (8B). Gli individui con questi pattern di personalità di base possono sperimentare livelli da lievi a moderati di compromissione della loro abilità sociale o professionale, ma possono, comunque, essere in grado di mantenere una relazione intima e continuare a lavorare.

Al contrario, sono stati identificate tre gravi disturbi della personalità, ovvero disturbo schizotipico (S), borderline (C) e paranoide (P), che sono spesso considerati invalidanti. Di conseguenza è difficile, per un individuo che risulta soffrire di uno di questi tre disturbi, ottenere un punteggio elevato in quelle scale che valutano il funzionamento sociale, professionale o accademico (Alareq et al., 2021).

La logica presente alla base di questa suddivisione, in pattern di personalità clinica e gravi disturbi di personalità, deriva dall'idea che le prime si siano evolute nel corso di anni per aiutare gli individui a sopravvivere e ad adattarsi. I disturbi di personalità gravi, al contrario, nascono da qualcosa che fallisce, non c'è nessuna base evolutiva che supporti la permanenza di tratti che causano gravi disfunzioni e, di conseguenza, non c'è nessuna base evolutiva per i disturbi di personalità gravi (Strack & Millon, 2007).

Come già accennato, la suddivisione in pattern di personalità clinica e gravi è stata operata anche per le sindromi cliniche. Le sindromi cliniche comprendono la sindrome ansiosa

(A), somatoforme (H), bipolare (N) e la distimia (depressione cronica) (D), la dipendenza da alcol (B), la dipendenza da droghe (T), e il disturbo post-traumatico (R). Gli individui con valutazioni elevate in queste scale tendono ad avere una compromissione da lieve a moderata. Le scale per le sindromi cliniche severe, invece, includono disturbo del pensiero (SS), depressione maggiore (CC) e disturbo delirante (PP). Queste tre scale sono strutturate per rilevare sindromi cliniche più gravemente debilitanti e complesse (Alareque et al., 2021).

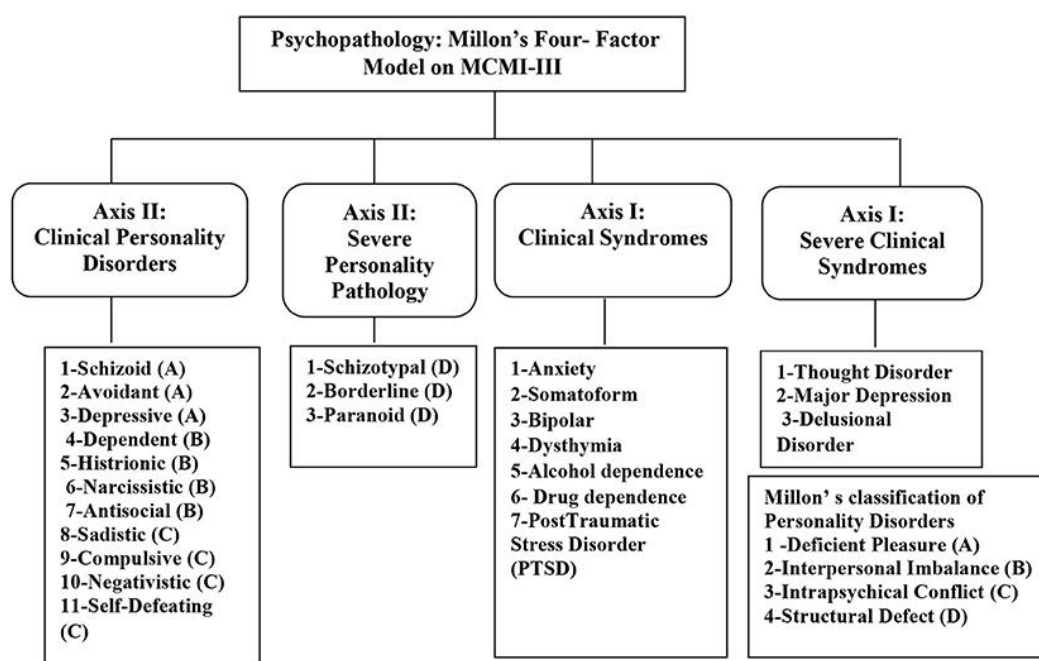


Figura 2.1: “Il modello a quattro fattori di Millon” (Alareque et al., 2021).

Sempre in merito alla personalità, Millon afferma che questa deve essere vista come un continuum da adattiva e vantaggiosa a mal adattiva e patologica. Sulla base di quest’idea egli fu l’unico ad associare a questo continuum la teoria evolutiva e ad usare i suoi principi per creare un framework concettuale dei prototipi di personalità. Questa cornice fornisce al MCMI un fondamento teorico coeso che nessun altro inventario ad ampio raggio possiede (Choca & Grossman, 2015).

In quest’ottica, prototipi di personalità normali e patologici condividono simili tratti dominanti, comportamenti e caratteristiche di fondo. In questo modo, per esempio, una personalità naturalmente timida potrebbe avere molte caratteristiche in comune con il

prototipo dell'evitante patologico, ma la differenza sta nel fatto che una persona timida riesce a mantenere un adattamento all'ambiente relativamente sano, mentre, all'evitante, manca l'abilità di adattarsi a causa di tratti rigidi e inflessibili (Strack & Millon, 2007). Andando ad analizzare la struttura, l'MCMI-III (Millon, 1990), è uno strumento self-report e diagnostico della personalità, che prevede 175 item del tipo vero-falso che vanno a valutare 14 disturbi di personalità (Asse II) e 10 sindromi cliniche (Asse I) (Alareque et al., 2021).

Per quanto riguarda le scale dei 14 disturbi di personalità, gli item sono divisi in due gruppi: uno che rappresenta i tratti fondamentali della personalità, che sono unici in quel disturbo, e uno che rappresenta i tratti più periferici e che è più probabile siano condivisi con uno o più disturbi simili. Ai fini del punteggio, gli item per i tratti fondamentali (chiamati anche item prototipo) sono ponderati 2, mentre quelli periferici 1. Pertanto, i punteggi grezzi più alti, per ciascuna delle scale dei disturbi della personalità, sono ottenuti dagli intervistati che riconoscono più atteggiamenti, pensieri, sentimenti e comportamenti, centrali per la definizione di quella personalità (Strack & Millon, 2007).

La terza versione del Millon Clinical Multiaxial Inventory prevede anche quattro scale di validità che sono: Indice di validità (V), Apertura (X), Desiderabilità (Y) e Autosvalutazione (Z) (Craig, 2003). Quindi le scale totali dello strumento risultano essere 28. La prima di queste, l'Indice di validità, comprende tre item bizzarri o molto improbabili (item 65, 110 e 157), e se due o più sono segnati come veri, il protocollo non è ritenuto valido. L'indice di Apertura, invece, può indicare un atteggiamento problematico nelle risposte e indica, quanto il soggetto tende ad essere franco e sincero, o reticente e riservato. È anche l'unica scala in cui può essere interpretato un punteggio basso. se il punteggio grezzo di questa scala è inferiore a 34 o superiore a 138, il protocollo non può essere considerato valido. La scala delle Desiderabilità, indica il grado in cui i risultati possono essere influenzati dalla tendenza del soggetto a mostrarsi socialmente attraente, moralmente virtuoso ed emotivamente ben controllato. Più il punteggio in questa scala è alto, più è probabile che il soggetto nasconda aspetti di proprie difficoltà psicologiche o interpersonali. L'ultima, quella dell'Autosvalutazione, riflette tendenze opposte rispetto a quelle rilevate dalla Desiderabilità. Punteggi superiori a 75

possono indicare una tendenza alla critica e alla svalutazione verso sé stessi, collegata a difficoltà emotive e personali (Zennaro et al, 2008).

In merito al processo interpretativo del MCMI-III, il manuale dello strumento (1997) afferma che questo si snoda attraverso tre passaggi: il primo, consiste nel valutare la validità del protocollo; il secondo, nel prendere decisioni diagnostiche relative a ogni singola scala e infine il terzo passaggio, prevede la formulazione del funzionamento complessivo del paziente. Facoltativi, sono i passaggi che prevedono l'integrazione della storia personale e dello sviluppo del soggetto, insieme anche all'esame delle informazioni derivate dagli item.

Risulta comunque importante che, i risultati ottenuti dal MCMI, siano poi integrati con tutte quelle informazioni che delineano il background demografico e la storia del soggetto. Queste, infatti, aiutano il clinico nel delineare il profilo finale del soggetto (Zennaro et al, 2008).

Tutte le versioni del MCMI sono destinate ad un uso con pazienti clinici, poiché i dati normativi dello strumento derivano da somministrazioni a campioni di pazienti psichiatrici (Millon, 1983b, 1987a, 2006). Da ciò deriva, quindi, che il MCM-III sia somministrabile a quei soggetti che presentano un'evidente sintomatologia nella sfera emotiva e interpersonale, oppure, che stanno seguendo un percorso di psicoterapia o che si stanno sottoponendo a valutazione diagnostica (Zennaro et. al, 2008).

Andando a descrivere le proprietà psicometriche, lo strumento ha un'adeguata consistenza interna (i valori dell'alpha vanno da .66, per la scala della compulsività a .90 per quella della depressione maggiore) (Millon et al., 2006). L'affidabilità varia da .84 per la scala dell'ansia a .96 per la scala somatoforme. Il coefficiente mediano di stabilità è .91, il che suggerisce che i risultati dell'MCMI-III sono altamente stabili in un breve periodo di tempo (Millon et al., 2006).

La validità dell'MCMI-III è stata stabilita usando un campione normativo di 998 pazienti. Lo strumento ha dimostrato una forte correlazione tra valutazione cliniche e varie scale dell'MCMI-III, specialmente per le sindromi che sono facilmente identificate e che possono essere rilevate con un colloquio diagnostico minimo (Alareqe et al., 2021). Correlazioni significative sono state ottenute anche tra le scale dell'MCMI-III e diversi strumenti che si propongono di misurare simili costrutti (es. il Minnesota Multiphasic Personality Inventory -II) (Millon et al., 2006).

Infine, c'è un forte grado di concordanza tra gli item del MCMI-III e gli specifici criteri del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (APA, 2000; Millon et al., 2006). I dati mostrano che l'84% (105) dei 125 criteri diagnostici rilevanti presenti nel DSM hanno un item direttamente corrispondente nel MCMI-III (Hsu, 2002, 2005; Millon et al., 2006).

Passando all'uso del Millon Clinical Multiaxial Inventory III in passati studi empirici, la letteratura riporta diverse ricerche condotte con questo strumento. Lo studio di Berman e McCann (2010), ad esempio, si propone di investigare l'ipotesi di Millon circa le relazioni tra particolari diagnosi di personalità e specifici meccanismi di difesa. L'autore, infatti, aveva ipotizzato l'esistenza di un'estesa matrice di relazioni tra meccanismi e disturbi di personalità (Millon 1986a, 1986b). Sebbene Millon abbia notato che una data difesa possa essere utilizzata da individui con diversi disturbi di personalità, egli ha mantenuto l'idea che ogni stile di carattere patologico sia legato ad una difesa primaria (Berman e McCann, 2010). Per questa ricerca 130 pazienti psichiatrici ricoverati e ambulatoriali, tutti con una diagnosi dell'Asse II di disturbi della personalità, hanno compilato il MCMI-III (Millon 1987b) e il Defense Mechanism Inventory (DMI; Ihlevich & Gleser, 1986). Le analisi hanno rilevato significative correlazioni tra tratti antisociali e acting out, tratti ossessivi compulsivi e formazione reattiva, tratti paranoide e proiezione, caratteristiche passive aggressive e spostamento e infine tratti masochistici e svalutazione. È stato possibile anche rilevare una tendenza, che suggerisce la presenza di una relazione tra tratti di personalità dipendente e introiezione.

In uno studio del 2003 Craig esegue una rassegna empirica di studi eseguiti con pazienti in valutazione per violenza domestica, a cui è stato somministrato l'MCMI-III. Le scale dello strumento possono essere utilizzate come indicatori per valutare gli stili di personalità a rischio di abuso domestico. I risultati a cui si giunge, sembrano mettere in luce come i pazienti con punteggi elevati nelle scale antisociale, sadica e negativistica dovrebbero ricevere ulteriore valutazione clinica per la possibilità di corrente o passata storia di violenza domestica. I dati raccolti, infatti, suggeriscono che i disturbi di personalità antisociale, sadica, negativistica e occasionalmente narcisistica, frequentemente appaiono nei profili MCMI di uomini in trattamento per violenza domestica. Un'analisi ha inoltre mostrato che elevazioni cliniche nelle scale negativistica e antisociale erano i migliori predittori di violenza domestica (Dutton, 1994).

Lo studio di Caparros e Hoz (2013) invece, si pone come obiettivo quello di utilizzare il MCMI-III per indagare la relazione tra pattern di personalità disfunzionali e lo stile comunicativo. Ad un totale di 529 studenti spagnoli universitari è stato somministrato lo strumento di Millon nella sua terza versione. I risultati delle risposte dei soggetti all'inventario hanno portato i due studiosi a dedurre che esiste una relazione statisticamente significativa tra differenti pattern di personalità e stili di comunicazione. In particolare, i pattern narcisistici, istrionici e compulsivi sono correlati con uno stile di comunicazione positivo in un campione non clinico.

2.3 La procedura

La verifica delle ipotesi di ricerca, precedentemente esposte, è avvenuta attraverso l'analisi di 21 trascritti di sedute di consultazione, di sette pazienti (tre sedute per ogni paziente). Le trascrizioni sono verbatim, ovvero "propongono il testo clinico nel dettaglio, rispettando l'ordine temporale e mantenendo un forte legame con la scansione e l'organizzazione del discorso" (Lingiardi & Dazzi, 2006; p. 153). Questo implica che colui che trascrive riporti anche momenti come balbettii oppure tentennamenti, errori grammaticali, ripetizioni. È stata usata la Defense Mechanism Rating Scale (Perry, 1990) in ogni singolo trascritto, per andare a delineare il profilo difensivo del soggetto in analisi. Avendo preso in esame i trascritti di colloqui di consultazione, il profilo difensivo dei soggetti potrebbe non necessariamente essere quello finale. L'assetto difensivo, infatti, durante la terapia può cambiare ed evolversi, non rimane statico. Perry e collaboratori (2009) in un loro lavoro, dimostrano come differenti aspetti del funzionamento difensivo, cambiano nel tempo in un percorso terapeutico. In particolare, gli studiosi sottolineano come, nel momento in cui in terapia i soggetti riescono ad arrivare ad un cambiamento individuale, anche il loro livello generale di funzionamento difensivo aumenta, e, allo stesso tempo, la variabilità di questo diminuisce, indicando una maggiore resilienza allo stress. Inoltre, il cambiamento nei livelli di difesa, che avviene in modo graduale, porta gli individui a scambiare le difese iniziali, gerarchicamente più basse (come difese di acting o diniego), con quelle di livello superiore (difese ossessive o nevrotiche), fino ad arrivare ad utilizzare per lo più quei meccanismi al vertice della gerarchia (difese mature) (Perry et al., 2009). L'acquisizione di capacità adattive sembra, infatti, essere un processo

di cambiamento comune nella terapia dinamica, come in quella cognitiva (Badgio et al., 1999).

Grazie alla DMRS si è potuto andare a vedere quali fossero sia i cluster di difese più utilizzate dai singoli pazienti, comprendendo così se il soggetto usasse difese più mature oppure primitive per far fronte ai propri conflitti; sia le difese singole e la loro pervasività.

Successivamente, il profilo difensivo, che si era andato delineando grazie allo strumento di Perry, è stato messo in relazione con la diagnosi di personalità formulata con un altro strumento diagnostico, ovvero, il Millon Clinical Multiaxial Inventory-III prendendo in considerazione il livello di maturità delle difese rilevate nei trascritti dei soggetti, e la struttura di personalità che questi presentano.

2.3.1 L'addestramento per la DMRS

Affinché i risultati ottenuti con la Defense Mechanism Rating Scale potessero essere considerati attendibili e quindi utilizzabili, prima di procedere con l'analisi dei trascritti su cui si sarebbe basato l'elaborato, è stato svolto un addestramento specifico per l'utilizzo della DMRS. Tale addestramento è consistito di sei incontri, svolti dal 21 gennaio 2022 al 4 marzo 2022. Ogni incontro è stato tenuto dal Dott. Gabriele Lo Buglio, dottorando dell'Università La Sapienza di Roma.

Nelle prime lezioni sono stati affrontati argomenti di natura più teorica, volti a fornire le base per poter utilizzare lo strumento di Perry (1990). In particolare, nei primi tre incontri è stato presentato l'exkursus storico sulle difese a partire da Freud, sino ad arrivare ad autori più contemporanei come Perry e Lingiardi e alla definizione più recente di meccanismi di difesa. Successivamente si è passati alla descrizione della Defense Mechanism Rating Scale, iniziando dalla sua struttura e la teoria sottostante, continuando con la descrizione dei sette cluster delle difese e dei singoli meccanismi difensivi, fino ad arrivare a come si siglano le difese e a come riconoscerle nel trascritto. A partire dalla fine del terzo incontro si è passati alla parte più pratica: ai partecipanti è stato fornito un trascritto di una seduta, con il compito di rintracciare e riconoscere, singolarmente, i meccanismi difensivi, secondo il modello della DMRS. Da questo incontro in poi, in ognuno dei due successivi, è stata consegnata una trascrizione di seduta diversa. Una volta siglata dai singoli partecipanti, ogni seduta era corretta nella lezione successiva. La

correzione prevedeva la lettura del trascritto da parte del Dott. Lo Buglio, in cui venivano esplicitate anche le difese presenti all'interno. A questo punto, iniziavano dei momenti di confronto, in cui, se uno dei partecipanti aveva dubbi circa l'identificazione di una difesa, questi venivano esposti, e si cercava di arrivare ad un allineamento su quale meccanismo potesse essere quello più appropriato da siglare. In questi momenti si aveva anche l'occasione di riprendere la parte più teorica, e, quindi, le definizioni delle difese e le possibili diagnosi differenziali.

Alla fine dei sei incontri ci è stato fornito un ultimo trascritto da siglare a gruppi, affinché si potesse raggiungere una reliability sufficiente per poter analizzare i trascritti su cui si è andati a lavorare per il presente lavoro. Anche i trascritti sui cui si è andati a lavorare per il presente elaborato di tesi, infatti, sono stati siglati in gruppi, gli stessi di quest'ultima esercitazione del corso di addestramento. Dall'analisi di questo ultimo trascritto, il gruppo che si è occupato della siglatura delle sedute per lo studio presente, ha ottenuto i seguenti valori di reliability:

- .57 per le difese singole e .67 per i cluster di difese, per quanto riguarda il grado di accordo tra le codifiche del gruppo di tesi sul trascritto dei siglatori.
- .48 per le difese singole e .56 per i cluster, per quanto riguarda il grado di accordo dei siglatori con le codifiche del gruppo di tesi.

Questi valori indicano che a livello di cluster, la reliability raggiunta è buona, mentre, per quanto riguarda le singole difese, il valore non è elevato. Avendo quindi raggiunto un livello di reliability sufficiente per il cluster ma non per le difese, nel presente studio non saranno discussi i dati relativi alle singole difese, ma quelli in merito ai 7 cluster descritti nella Defense Mechanism Rating Scale (difese mature, difese ossessive, difese nevrotiche, difese borderline, difese di distorsione minore dell'immagine, difese di diniego, difese di distorsione maggiore dell'immagine, difese di acting). La correzione di questo trascritto a gruppi non è stata svolta, come per i precedenti, durante uno degli incontri con Lo Buglio, ma i valori di reliability sono stati inviati ai singoli gruppi per e-mail.

L'addestramento è terminato con un incontro finale, uno in più rispetto ai sei concordati inizialmente, in cui è stata data la possibilità ai partecipanti di esporre qualsiasi dubbio circa la DMRS e il suo utilizzo, la definizione delle difese o sulle le diagnosi differenziali tra una difesa e l'altra.

2.3.2 La siglatura e la codifica delle sedute con DMRS

In seguito all'addestramento svolto, si è passati a codificare e siglare i trascritti delle sedute di consultazione su cui si basa il presente elaborato. Il lavoro di siglatura è stato svolto in gruppo di tre persone (tutte studentesse dell'università di Padova, prossime alla laurea magistrale in psicologia clinico-dinamica). La parte iniziale del lavoro, tuttavia, prevedeva che ognuno dei tre giudici, singolarmente, codificasse le trascrizioni, seguendo le linee guida riportate da Brambilla (2002), nel manuale "I meccanismi di difesa" (Lingiardi & Madeddu, 2002). Per prima cosa, leggendo il trascritto più volte, ognuno dei tre giudici autonomamente ha individuato i passaggi insoliti che potessero far pensare alla presenza di un meccanismo difensivo, demarcando queste parti del trascritto con un segno di inizio ed uno di fine. Per poter fare ciò, è stato importante cercare ogni volta di comprendere se, l'anomalia ritrovata nel testo, potesse assumere per il soggetto una funzione difensiva, o se, al contrario, fosse solo un'incongruenza nel parlare, che non prevedeva l'utilizzo di una difesa classificabile e individuabile grazie alla DMRS.

Come secondo passaggio, anche questo condotto individualmente dai tre giudici, si è passati a rileggere nuovamente la trascrizione in esame, cercando di stabilire che tipo di difesa, le anomalie riscontrate precedentemente, potessero rappresentare. Per individuare il meccanismo difensivo più appropriato, è risultato utile cercare di identificare tutte le possibili funzioni difensive che meglio si potevano adattare al caso specifico preso in considerazione. Alcune di queste funzioni potevano riguardare l'evitare di affrontare un fattore importante di stress, proteggere sé stessi da un senso di colpa, negare l'esistenza di una difficoltà o di un problema, o scaricare in modo immediato un impulso o un sentimento. Successivamente, si passava a stilare una lista delle difese che più di tutte potessero rispecchiare le funzioni precedentemente individuate. Questo passaggio è stato reso più semplice grazie all'aiuto del manuale della DMRS, il quale, per ogni difesa, comprende sia la definizione, che i criteri per la diagnosi differenziale con meccanismi simili o con funzioni sovrapposte. Solo dopo aver compiuto questi step, il siglatore decideva, considerando ogni possibile funzione ipotizzata precedentemente, quale fosse la difesa più appropriata per il caso specifico identificato.

Durante la siglatura, sia individuale, che di gruppo, è stato necessario prestare attenzione anche a quelli che possono essere considerati dei casi particolari nella valutazione delle difese: la sovrapposizione tra le difese, l'incastro tra difese e la valutazione della cornice

temporale del manifestarsi della difesa. Il primo caso riguarda la situazione in cui due difese si verificano nello stesso momento. Il secondo, l'incastro, si verifica se una difesa perdura per molto tempo e al suo interno se ne possono trovare delle altre. L'ultima situazione riguarda il saper distinguere quando un meccanismo difensivo si verifica nella situazione attuale in terapia, oppure se è una difesa utilizzata nel passato che il paziente sta raccontando.

Solo a questo punto della procedura si passava, da un'attività di siglatura individuale sulle tre sedute di ogni paziente, al confronto in gruppo per arrivare ad una siglatura delle difese comune. Partendo da una rilettura dell'intero trascritto preso in considerazione in quel momento, ognuno dei tre giudici riferiva agli altri quali fossero le difese che precedentemente, singolarmente, aveva individuato. A questo punto gli scenari possibili erano principalmente due: anche gli altri due giudici si trovavano d'accordo con la siglatura proposta, oppure, al contrario, si rilevava una discordanza. In questo ultimo caso, si procedeva nuovamente alla consultazione del manuale, per ricercare le definizioni e le diagnosi differenziali dei meccanismi che si stavano considerando per quel particolare passo del trascritto. Grazie a ciò, i giudici potevano riconsiderare le diverse funzioni difensive che quel passaggio individuato poteva avere per il soggetto, confrontando le opzioni che ognuno aveva identificato singolarmente. Alla fine del momento di confronto, si riconsideravano tutte le possibilità che si erano nuovamente create e, insieme, si cercava di raggiungere una decisione comune sulla presenza o meno della difesa, e in caso, su quale questa potesse essere. Nell'eventualità in cui due giudici concordassero su un'opzione e il terzo ne ritenesse più corretta un'altra, si procedeva a siglare quella considerata più appropriata dalla maggioranza.

Alla fine della siglatura delle tre sedute di consultazione di ogni paziente, si compilava la chart della DMRS (figura 2.2), andando, così, a segnare quali difese erano state riscontrate e quante volte.

Successivamente, così come prescrive lo strumento di Perry (1990), si è andati a moltiplicare il numero totale di difese trovate per ogni cluster, per il livello di maturità del cluster stesso. Ad esempio, se nella categoria delle difese mature sono state trovate 8 difese totali, si è moltiplicato 8 per 7, ovvero il peso che quel determinato cluster ha, in base al livello gerarchico che rappresenta.

Infine, si sono andati a trovare i tre punteggi previsti dallo strumento. Il primo è dato dalla somma del numero di tutte le difese trovate all'interno del trascritto (punteggio A) che fornisce informazioni relativamente a quanto frequentemente il soggetto utilizza meccanismi difensivi per far fronte ai propri conflitti e le proprie difficoltà. Il secondo dalla somma di tutti i valori trovati moltiplicando il numero di difese totali di un determinato cluster, per il peso che questo ha gerarchicamente (punteggio B), che a sua volta permette di apprezzare il peso gerarchico che le difese utilizzate dal soggetto hanno. Infine, l'ultimo punteggio, è quello relativo alla maturità globale delle difese, ottenuto dal punteggio B diviso per il punteggio A. Questo, sarà un valore compreso tra 1 (meno adattivo) e 7 (più adattivo), il quale fornisce un'informazione in merito a quanto il funzionamento difensivo sia adattivo per il soggetto. È, infatti, un punteggio che unisce due tipi di informazioni: la prima, riguardante quanto frequentemente le difese sono utilizzate; la seconda, invece, riferisce in merito all'appartenenza di queste a livelli gerarchici più maturi (difese mature, ossessive e nevrotiche) o più primitivi (difese narcisistiche, di diniego, borderline e di acting).

SCHEDA DI VALUTAZIONI DEI MECCANISMI DI DIFESA (DMRS)

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

Figura 2.2: Scheda di codifica utilizzata per la siglatura dei trascritti

2.3.3 La somministrazione del Millon Clinical Multiaxial Inventory III

Lo strumento self report di Millon, nella sua terza edizione, è stato compilato dai soggetti della ricerca, dopo il primo colloquio di consultazione. In seguito alla compilazione si è proceduto con la codifica dei risultati, che saranno riportati, insieme alle siglature della DMRS, nel prossimo capitolo.

CAPITOLO 3: I RISULTATI

Nel presente capitolo verranno esposti, per ognuno dei sette pazienti partecipanti allo studio, i risultati ottenuti dalla somministrazione della Defense Mechanism Rating Scale e del Millon Clinical Multiaxial Inventory III. Saranno prima riportati i punteggi delle scale del MCMI-III, andando ad analizzare quei valori che superano il cut off di 75, il quale indica la presenza sicura della caratteristica. Successivamente, verranno illustrati i dati ricavati dall'applicazione della DMRS sui trascritti delle sedute di consultazione dei pazienti. In particolare, si è posta l'attenzione sui punteggi globali di maturità delle difese (il punteggio può variare da un minimo di 1 ad un massimo di 7), e sui cluster maggiormente utilizzati dai pazienti nel corso degli incontri.

3.1 Paziente 1

Dalla somministrazione del Millon Clinical Multiaxial Inventory III al primo soggetto del nostro studio, si rileva, come la paziente mostri dei punteggi superiori al cut off di 75 nella scala Istrionica (79) e in quella Dipendente (75) (Figura 3.1). Entrambe fanno parte dei pattern di personalità clinica dell'asse II. La prima, quella istrionica, descrive soggetti che usano gli altri come supporto, ma la differenza nasce nello stile relazionale di questi individui, che risulta essere caratterizzato da una facilità e un'intraprendenza nel manipolare gli eventi per ottenere il massimo dell'attenzione e dei favori, evitando l'indifferenza e la disapprovazione degli altri (Zennaro et al., 2008). Anche la scala dipendente caratterizza individui che hanno imparato, non solo a rivolgersi agli altri per ottenere attenzioni, ma, anche, ad aspettare passivamente che in virtù delle loro capacità costoro provvedano ai loro bisogni (Zennaro et al., 2008).

Significativa è risultata anche la scala dell'Ansia, con punteggio 78. Questa scala appartiene alle sindromi cliniche moderate dell'asse I del MCMI-III.

Infine, merita attenzione la scala della desiderabilità, uno dei quattro indici di modifica, in cui il soggetto ha ottenuto un punteggio di 89.

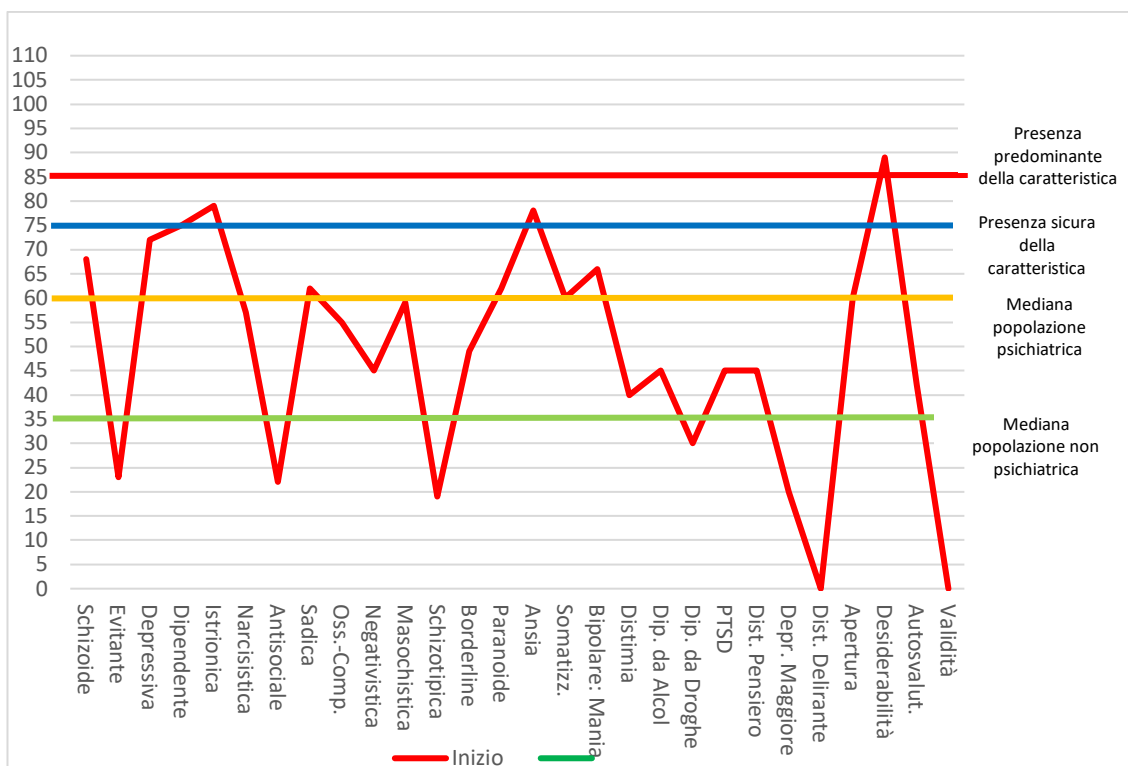


Figura 3.1: grafico dei punteggi rilevati con la somministrazione del MCMI-III alla paziente 1.

In merito alle difese utilizzate dalle personalità istrioniche, il Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM-2; Lingardi & McWilliams, 2008), riporta come le principali siano: la rimozione, la regressione, la conversione, la sessualizzazione e l'acting out.

Per la personalità dipendente, invece, i meccanismi che il manuale riporta sono: la regressione, il capovolgimento dell'affetto, l'evitamento e la somatizzazione.

A questo proposito, dalla somministrazione della Defense Mechanism Rating Scale nelle tre sedute di consultazione della paziente, si sono ottenuti i seguenti punteggi globali di maturità delle difese:

- 4,1 nella prima seduta (figura 3.2);
- 4,53 nella seconda (figura 3.3);
- 5,2 nella terza (figura 3.4).

Il numero totale delle difese rintracciate nelle tre sedute è di 73 meccanismi nel primo trascritto, 60 nel secondo e 54 nel terzo.

I cluster di difese più utilizzate risultano essere nell'ordine di frequenza delle difese:

- Il cluster 4, le difese narcisistiche. Nella prima seduta la paziente ne ha utilizzate 11, nella seconda 20 e, infine, nella terza 9 (tot. 40).
- Il cluster 6, le difese ossessive. Nella prima seduta sono state rilevati 10 meccanismi, nella seconda 8 e nella terza seduta finale 10 (tot. 28).
- Il cluster 1, le difese di acting. Nella prima seduta ne sono state rilevate 13, nella seconda 6 e nella terza 3 (tot. 22).
- Il cluster 3, le difese di diniego. Nella prima seduta queste sono state 8, nella seconda 9 e nell'ultima 10 (tot. 22).

SCHEDA DI VALUTAZIONI DEI MECCANISMI DI DIFESA (DMRS)	
<p>7 DIFESE MATURE</p> <ul style="list-style-type: none"> - AFFILIAZIONE 2 - ALTRUISMO - ANTICIPAZIONE - UMORESMO - AUTODAFFERMAZIONE 1 - AUTOSSERVAZIONE 15 - SUBLIMAZIONE - REPRESSIONE <p>SUBTOTALE <u>18</u> PESO DELLA DIFESA X 7 <u>126</u></p>	<p>3 DIFESE DI DINIEGO</p> <ul style="list-style-type: none"> - NEGAZIONE 2 - PROIEZIONE 2 - RAZIONALIZZAZIONE 4 <p>ALTRE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - FANTASIA <p>SUBTOTALE <u>8</u> PESO DELLA DIFESA X 3 <u>24</u></p>
<p>6 DIFESE OSSESSIVE</p> <ul style="list-style-type: none"> - ISOLAMENTO 3 - INTELLETTUALIZZAZIONE - ANNULLAMENTO RETROATTIVO 7 <p>SUBTOTALE <u>10</u> PESO DELLA DIFESA X 6 <u>60</u></p>	<p>2 DIFESE BORDERLINE</p> <ul style="list-style-type: none"> - SCISSIONE (IMM. OGG.) - SCISSIONE (IMM. SE') 2 - IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA 9 <p>SUBTOTALE <u>11</u> PESO DELLA DIFESA X 2 <u>22</u></p>
<p>5 ALTRE DIFESE NEVROTICHE</p> <ul style="list-style-type: none"> - RIMOZIONE 1 - DISSOCIAZIONE - FORMAZIONE REATTIVA 1 - SPOSTAMENTO <p>SUBTOTALE <u>2</u> PESO DELLA DIFESA X 5 <u>10</u></p>	<p>1 DIFESE ACTING</p> <ul style="list-style-type: none"> - ACTING OUT - AGGRESSIONE PASSIVA 9 - IPOCONDRIASI 3 <p>SUBTOTALE <u>13</u> PESO DELLA DIFESA X 1 <u>13</u></p>
<p>4 DIFESE NARCISISTICHE</p> <ul style="list-style-type: none"> - ONNIPOTENZA 1 - IDEALIZZAZIONE 6 - SVALUTAZIONE 4 <p>SUBTOTALE <u>11</u> PESO DELLA DIFESA X 4 <u>44</u></p>	<p>A) SOMMA TOTALE DELLE DIFESE = 73 B) SOMMA DELLE DIFESE X IL LORO PESO = 299 C) PUNTEGGIO GLOBALE DI MATURITA' DELLE DIFESE (1=BASSO, 7=ALTO) B/A = 4,1</p>

Figura 3.2: Scheda di codifica DMRS della prima seduta di consultazione della prima paziente.

SCHEDA DI VALUTAZIONE DEI MECCANISMI DI DIFESA (DMRS)

7 DIFESE MATURE

- AFFILIAZIONE	2
- ALTRUISMO	0
- ANTICIPAZIONE	0
- UMORISMO	0
- AUTOAFFERMAZIONE 0	
- AUTOSERVIZIONE	10
- SUBLIMAZIONE	0
- REPRESSIONE	1
SUBTOTALE 13 PESO DELLA DIFESA X 7 91	

6 DIFESE OSSESSIVE

- ISOLAMENTO	3
- INTELLETTUALIZZAZIONE	0
- ANNULLAMENTO RETROATTIVO	5
SUBTOTALE 8 PESO DELLA DIFESA X 6 48	

5 ALTRE DIFESE NEVROTICHE

- RIMOZIONE	3
- DISSOCIAZIONE	0
- FORMAZIONE REATTIVA	1
- SPOSTAMENTO	0
SUBTOTALE 4 PESO DELLA DIFESA X 5 20	

4 DIFESE NARCISISTICHE

- ONNIPOTENZA	0
- IDEALIZZAZIONE	14
- SVALUTAZIONE	6
SUBTOTALE 20 PESO DELLA DIFESA X 4 80	

3 DIFESE DI DINIEGO

- NEGAZIONE	1
- PROIEZIONE	0
- RAZIONALIZZAZIONE	8
ALTRE:	
- FANTASIA	0
SUBTOTALE 9 PESO DELLA DIFESA X 3 27	

2 DIFESE BORDERLINE

- SCISSIONE (IMM. OGG.)	0
- SCISSIONE (IMM. SE')	0
- IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA	0
SUBTOTALE 0 PESO DELLA DIFESA X 2 0	

1 DIFESE ACTING

- ACTING OUT	0
- AGGRESSIONE PASSIVA	4
- IPOCONDRIASI	2
SUBTOTALE 6 PESO DELLA DIFESA X 1 6	

A) SOMMA TOTALE DELLE DIFESE = 60
 B) SOMMA DELLE DIFESE X IL LORO PESO = 272
 C) PUNTEGGIO GLOBALE DI MATURETA' DELLE DIFESE (1=BASSO, 7=ALTO) B/A = 4,53

Figura 3.3: Scheda di codifica DMRS della seconda seduta di consultazione della prima paziente

SCHEDA DI VALUTAZIONE DEI MECCANISMI DI DIFESA (DMRS)

7 DIFESE MATURE

- AFFILIAZIONE	1
- ALTRUISMO	0
- ANTICIPAZIONE	0
- UMORISMO	0
- AUTOAFFERMAZIONE 4	
- AUTOSERVIZIONE	17
- SUBLIMAZIONE	0
- REPRESSIONE	0
SUBTOTALE 22 PESO DELLA DIFESA X 7 154	

6 DIFESE OSSESSIVE

- ISOLAMENTO	4
- INTELLETTUALIZZAZIONE	0
- ANNULLAMENTO RETROATTIVO	6
SUBTOTALE 10 PESO DELLA DIFESA X 6 60	

5 ALTRE DIFESE NEVROTICHE

- RIMOZIONE	0
- DISSOCIAZIONE	0
- FORMAZIONE REATTIVA	0
- SPOSTAMENTO	0
SUBTOTALE 0 PESO DELLA DIFESA X 5 0	

4 DIFESE NARCISISTICHE

- ONNIPOTENZA	2
- IDEALIZZAZIONE	5
- SVALUTAZIONE	2
SUBTOTALE 9 PESO DELLA DIFESA X 4 36	

3 DIFESE DI DINIEGO

- NEGAZIONE	2
- PROIEZIONE	0
- RAZIONALIZZAZIONE	8
ALTRE:	
- FANTASIA	0
SUBTOTALE 10 PESO DELLA DIFESA X 3 30	

2 DIFESE BORDERLINE

- SCISSIONE (IMM. OGG.)	0
- SCISSIONE (IMM. SE')	0
- IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA	0
SUBTOTALE 0 PESO DELLA DIFESA X 2 0	

1 DIFESE ACTING

- ACTING OUT	0
- AGGRESSIONE PASSIVA	3
- IPOCONDRIASI	0
SUBTOTALE 3 PESO DELLA DIFESA X 1 3	

A) SOMMA TOTALE DELLE DIFESE = 54
 B) SOMMA DELLE DIFESE X IL LORO PESO = 283
 C) PUNTEGGIO GLOBALE DI MATURETA' DELLE DIFESE (1=BASSO, 7=ALTO) B/A = 5,2

Figura 3.4: Scheda di codifica DMRS della terza seduta di consultazione della prima paziente

3.2 Paziente 2

Anche la somministrazione del MCMI-III alla seconda paziente, ha rilevato punteggi significativi nella scala negativistica (punteggio 85) e in quella dipendente (punteggio 84) dei pattern di personalità clinica (figura 3.5). I soggetti negativistici tendono ad essere combattuti tra il desiderio di ottenere i benefici offerti dalla relazione con gli altri e la voglia di seguire i propri desideri. Questo dilemma deriva da un'incapacità di risolvere i conflitti (Zennaro et al., 2008). Il manuale del MCMI-III afferma che il meccanismo di difesa caratterizzante questo tipo di personalità è lo spostamento (Zennaro et al., 2008).

Come abbiamo visto con la prima paziente, da una struttura di personalità dipendente ci aspetta un individuo che tende, non solo, a rivolgersi agli altri, per ottenere attenzione, ma anche ad aspettare passivamente che siano questi a provvedere ai loro bisogni in virtù delle loro capacità (Zennaro et al., 2008). Le difese che ci si aspetta essere più usate da queste personalità sono: la regressione, il capovolgimento dell'affetto, l'evitamento e la somatizzazione (Lingiardi & McWilliams, 2008).

Un punteggio superiore al cut off è stato rilevato anche per altre tre scale. Le prime due sono: la scala della distimia (punteggio 97) e la scala dell'ansia (punteggio 100) appartenenti all'asse I tra le sindromi cliniche moderate. La terza invece è quella del disturbo del pensiero (punteggio 75), facente parte delle sindromi cliniche gravi, sempre dell'asse I.

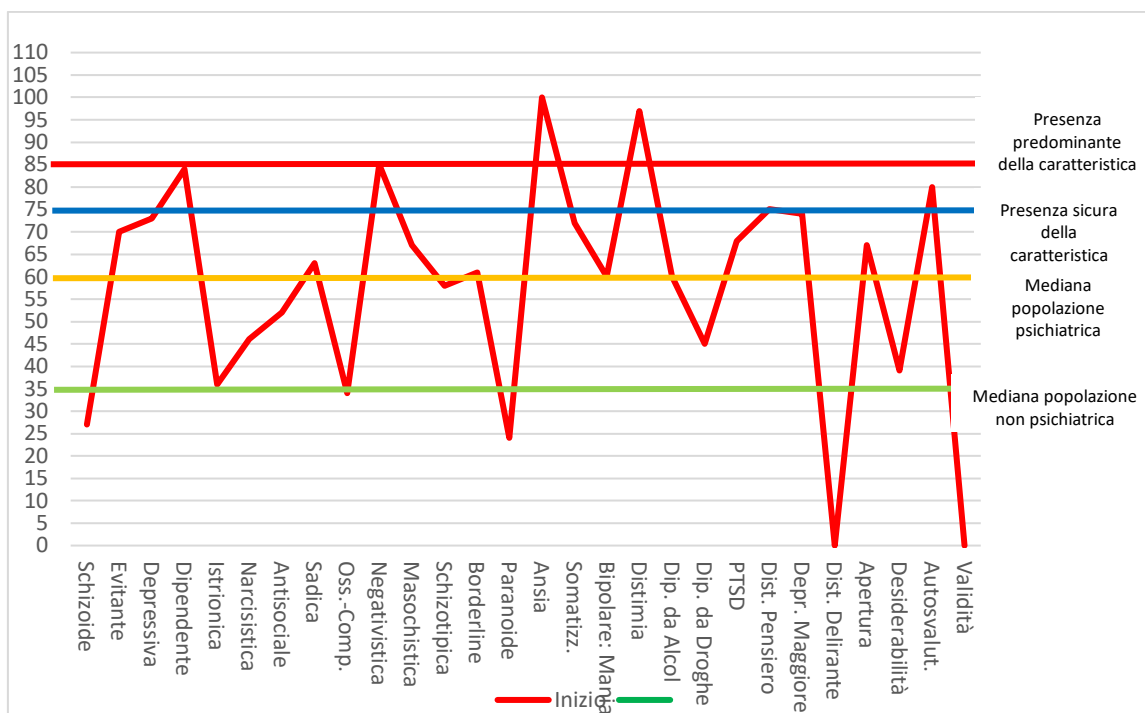


Figura 3.5: grafico dei punteggi rilevati con la somministrazione del MCMII-III alla paziente 2.

Passando alla DMRS, i tre punteggi globali di maturità delle difese ottenuti sono i seguenti:

- 4,19 nella prima seduta (figura 3.6);
- 4,06 nella seconda seduta (figura 3.7);
- 3,96 nella terza seduta (figura 3.8).

La somma totale delle difese rintracciate nel primo trascritto è di 56, nel secondo 61 e, infine, 71 nel terzo.

Analizzando, invece, i singoli cluster delle difese, i più utilizzati dalla paziente, nell'ordine di frequenza dei meccanismi, risultano essere:

- Cluster 4 (difese narcisistiche): nella prima seduta sono state rilevate 19 difese narcisistiche, nella seconda 22, mentre nell'ultima seduta 17 (tot: 58).
- Il cluster 3 (difese di diniego): nella prima seduta sono state utilizzate 13 difese di questo cluster, nella seconda 11 e, infine, nella terza 18 (tot: 42).
- Il cluster 7 (difese mature). Nella prima seduta sono state utilizzate 9 difese mature, nella seconda 5 e, infine, nella terza 11 (tot: 25).

- Il cluster 5 (difese nevrotiche), soprattutto nella prima e nella seconda seduta in cui i meccanismi difensivi nevrotici riscontrati sono stati rispettivamente 6 e 10. Mentre nella terza i meccanismi nevrotici rintracciati sono stati 3 (tot: 19).
- Il cluster 1 (difese di acting): nella prima seduta i meccanismi difensivi riscontrati sono stati 3, nella seconda 6 e 9 nella terza (tot: 18).

SCHEDA DI VALUTAZIONE DEI MECCANISMI DI DIFESA (DMRS)

<p>7 DIFESE MATURE</p> <ul style="list-style-type: none"> - AFFILIAZIONE 3 - ALTRUISMO - ANTICIPAZIONE - UMORISMO 1 - AUTOAFFERMAZIONE - AUTOSSERVAZIONE 4 - SUBLIMAZIONE - REPRESSIONE 1 <p>SUBTOTALE <u> 9 </u> PESO DELLA DIFESA X 7 <u> 63 </u></p> <p>6 DIFESE OSSESSIVE</p> <ul style="list-style-type: none"> - ISOLAMENTO - INTELLETTUALIZZAZIONE 2 - ANNULLAMENTO RETROATTIVO X1 <p>SUBTOTALE <u> 3 </u> PESO DELLA DIFESA X 6 <u> 18 </u></p> <p>5 ALTRE DIFESE NEVROTICHE</p> <ul style="list-style-type: none"> - RIMOZIONE 1 - DISSOCIAZIONE - FORMAZIONE REATTIVA 4 - SPOSTAMENTO 1 <p>SUBTOTALE <u> 6 </u> PESO DELLA DIFESA X 5 <u> 30 </u></p> <p>4 DIFESE NARCISISTICHE</p> <ul style="list-style-type: none"> - ONNIPOTENZA 4 - IDEALIZZAZIONE 7 - SVALUTAZIONE 8 <p>SUBTOTALE <u> 19 </u> PESO DELLA DIFESA X 4 <u> 76 </u></p>	<p>3 DIFESE DI DINIEGO</p> <ul style="list-style-type: none"> - NEGAZIONE 1 - PROIEZIONE 2 - RAZIONALIZZAZIONE 10 <p>ALTRE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - FANTASIA <p>SUBTOTALE <u> 13 </u> PESO DELLA DIFESA X 3 <u> 39 </u></p> <p>2 DIFESE BORDERLINE</p> <ul style="list-style-type: none"> - SCISSIONE (IMM. OGG.) - SCISSIONE (IMM. SE') 3 - IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA <p>SUBTOTALE <u> 3 </u> PESO DELLA DIFESA X 2 <u> 6 </u></p> <p>1 DIFESE ACTING</p> <ul style="list-style-type: none"> - ACTING OUT - AGGRESSIONE PASSIVA 2 - IPOCONDRIASI 1 <p>SUBTOTALE <u> 3 </u> PESO DELLA DIFESA X 1 <u> 3 </u></p> <p>A) SOMMA TOTALE DELLE DIFESE = 56 B) SOMMA DELLE DIFESE X IL LORO PESO = 235 C) PUNTEGGIO GLOBALE DI MATURETÀ DELLE DIFESE (1=BASSO, 7=ALTO) B/A = 4,19</p>
---	--

Figura 3.6: scheda di codifica DMRS della prima seduta di consultazione della seconda paziente.

SCHEDA DI VALUTAZIONE DEI MECCANISMI DI DIFESA (DMRS)

7 DIFESE MATURE

- AFFILIAZIONE 2
- ALTRUISMO
- ANTICIPAZIONE
- UMORISMO
- AUTOAFFERMAZIONE
- AUTOSSERVAZIONE 3
- SUBLIMAZIONE
- REPRESSIONE

SUBTOTALE 5 PESO DELLA DIFESA X 7 35

6 DIFESE OSSESSIVE

- ISOLAMENTO 2
- INTELLETTUALIZZAZIONE
- ANNULLAMENTO RETROATTIVO 3

SUBTOTALE 5 PESO DELLA DIFESA X 6 30

5 ALTRE DIFESE NEVROTICHE

- RIMOZIONE 3
- DISSOCIAZIONE
- FORMAZIONE REATTIVA 5
- SPOSTAMENTO 2

SUBTOTALE 10 PESO DELLA DIFESA X 5 50

4 DIFESE NARCISISTICHE

- ONNIPOTENZA
- IDEALIZZAZIONE 9
- SVALUTAZIONE 13

SUBTOTALE 22 PESO DELLA DIFESA X 4 88

3 DIFESE DI DINIEGO

- NEGAZIONE
- PROIEZIONE
- RAZIONALIZZAZIONE 11

ALTRE:

- FANTASIA

SUBTOTALE 11 PESO DELLA DIFESA X 3 33

2 DIFESE BORDERLINE

- SCISSIONE (IMM. OGG.) 2
- SCISSIONE (IMM. SE') 2
- IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA

SUBTOTALE 2 PESO DELLA DIFESA X 2 4

1 DIFESE ACTING

- ACTING OUT 2
- AGGRESSIONE PASSIVA 3
- IPOCONDRIASI 1

SUBTOTALE 6 PESO DELLA DIFESA X 1 6

A) SOMMA TOTALE DELLE DIFESE = 61
 B) SOMMA DELLE DIFESE X IL LORO PESO = 246
 C) PUNTEGGIO GLOBALE DI MATURITA' DELLE DIFESE (1=BASSO, 7=ALTO) B/A = 4,03

Figura 3.7: scheda di codifica DMRS della seconda seduta di consultazione della seconda paziente

SCHEDA DI VALUTAZIONE DEI MECCANISMI DI DIFESA (DMRS)

7 DIFESE MATURE

- AFFILIAZIONE 2
- ALTRUISMO
- ANTICIPAZIONE
- UMORISMO 2
- AUTOAFFERMAZIONE 1
- AUTOSSERVAZIONE 6
- SUBLIMAZIONE
- REPRESSIONE

SUBTOTALE 11 PESO DELLA DIFESA X 7 77

6 DIFESE OSSESSIVE

- ISOLAMENTO 4
- INTELLETTUALIZZAZIONE 1
- ANNULLAMENTO RETROATTIVO 3

SUBTOTALE 8 PESO DELLA DIFESA X 6 48

5 ALTRE DIFESE NEVROTICHE

- RIMOZIONE 2
- DISSOCIAZIONE
- FORMAZIONE REATTIVA
- SPOSTAMENTO 1

SUBTOTALE 3 PESO DELLA DIFESA X 5 15

4 DIFESE NARCISISTICHE

- ONNIPOTENZA 6
- IDEALIZZAZIONE 4
- SVALUTAZIONE 7

SUBTOTALE 17 PESO DELLA DIFESA X 4 68

3 DIFESE DI DINIEGO

- NEGAZIONE
- PROIEZIONE
- RAZIONALIZZAZIONE 15

ALTRE:

- FANTASIA 3

SUBTOTALE 18 PESO DELLA DIFESA X 3 54

2 DIFESE BORDERLINE

- SCISSIONE (IMM. OGG.)
- SCISSIONE (IMM. SE') 5
- IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA

SUBTOTALE 5 PESO DELLA DIFESA X 2 10

1 DIFESE ACTING

- ACTING OUT
- AGGRESSIONE PASSIVA
- IPOCONDRIASI 9

SUBTOTALE 9 PESO DELLA DIFESA X 1 9

A) SOMMA TOTALE DELLE DIFESE = 71
 B) SOMMA DELLE DIFESE X IL LORO PESO = 281
 C) PUNTEGGIO GLOBALE DI MATURITA' DELLE DIFESE (1=BASSO, 7=ALTO) B/A = 3,96

Figura 3.8: scheda di codifica DMRS della terza seduta di consultazione della seconda paziente.

3.3 Paziente 3

Dalla somministrazione del MCMI-III al terzo paziente sono stati osservati punteggi significativi in diverse scale (figura 3.9). Anche in questo caso il cut off è stato superato per la scala negativistica, con un punteggio di 80. Come già descritto per la paziente precedente, la personalità negativistica, caratterizza individui combattuti tra il desiderio di ottenere i benefici offerti dalla relazione con altri e la voglia di seguire i propri desideri. Sono soggetti “molto indecisi e delusi, nell’oscillare tra la deferenza e la sfida, tra obbedienza e contrapposizione aggressiva” (Zennaro et al., 2008; pa. 22). La difesa che il manuale del MCMI-III cita come caratteristica di questa personalità è lo spostamento (Zennaro et al., 2008).

Sempre tra le scale appartenenti ai pattern clinici di personalità dell’asse II, quelle depressiva, masochistica ed evitante hanno ottenuto valori che meritano attenzione. La scala depressiva, in cui il paziente ha ottenuto un punteggio di 79, descrive soggetti con un forte senso di perdita, di rinuncia e di mancata speranza di poter nuovamente provare un senso di gioia. La personalità depressiva sperimenta il dolore in modo permanente e il piacere non è concepito come esperienza possibile (Zennaro et al., 2008). Il Manuale Diagnostico Psicodinamico 2 (PDM-2; Lingiardi & McWilliams, 2008), riporta quelle che sono le difese maggiormente utilizzate dalle personalità depressive. Tra queste rientrano, come in quelle masochiste: l’introiezione, capovolgimento dell’affetto, l’idealizzazione degli altri e la svalutazione del sé.

Nella seconda, quella masochistica, il soggetto ha ottenuto un punteggio pari a 76. I soggetti masochistici sono sempre pronti al sacrificio e si rapportano con gli altri in modo ossequioso, oltre a consentire loro di sfruttarli o a trarre vantaggi da loro. Rivivono in modo attivo e ripetitivo le loro disgrazie passate e si aspettano esiti negativi e sfavorevoli anche da esperienze potenzialmente fortunate (Zennaro et al., 2008). La McWilliams (2012), in merito alle personalità masochiste, afferma che, le difese maggiormente utilizzate da queste sono: l’introiezione, il volgersi contro il Sé, l’idealizzazione. Altre due difese frequentemente utilizzate sono l’acting out e il diniego. Infine, i soggetti evitanti, nella cui scala il soggetto ha ottenuto un punteggio di 75, ottengono scarsi rinforzi positivi da sé stessi e dagli altri. Sono sempre allerta e pronti a mantenere le distanze per evitare di provare ansia anticipatoria delle esperienze di vita dolorose, che vengono rinforzate negativamente. Mantengono inoltre un continuo stato

di vigilanza per evitare che loro impulsi o desideri di affetto portino al ripetersi di dolore e angoscia, come sperimentati in passate occasioni (Zennaro et al., 2008). Anche nel caso delle personalità evitanti, il PDM-2 (2008) elenca quelli che sono i meccanismi difensivi più utilizzati, tra cui: lo spostamento, l'evitamento e la razionalizzazione.

Dalla somministrazione del MCMI-III il soggetto ha ottenuto punteggi significativi anche in altre tre scale appartenenti alle sindromi cliniche moderate: la scala dell'Ansia (punteggio 92), la scala della somatizzazione (punteggio 75) e la scala della Distimia (punteggio 84).

Infine, merita attenzione uno degli indici di modifica, l'autosvalutazione, in cui il paziente ha ottenuto un punteggio di 78.

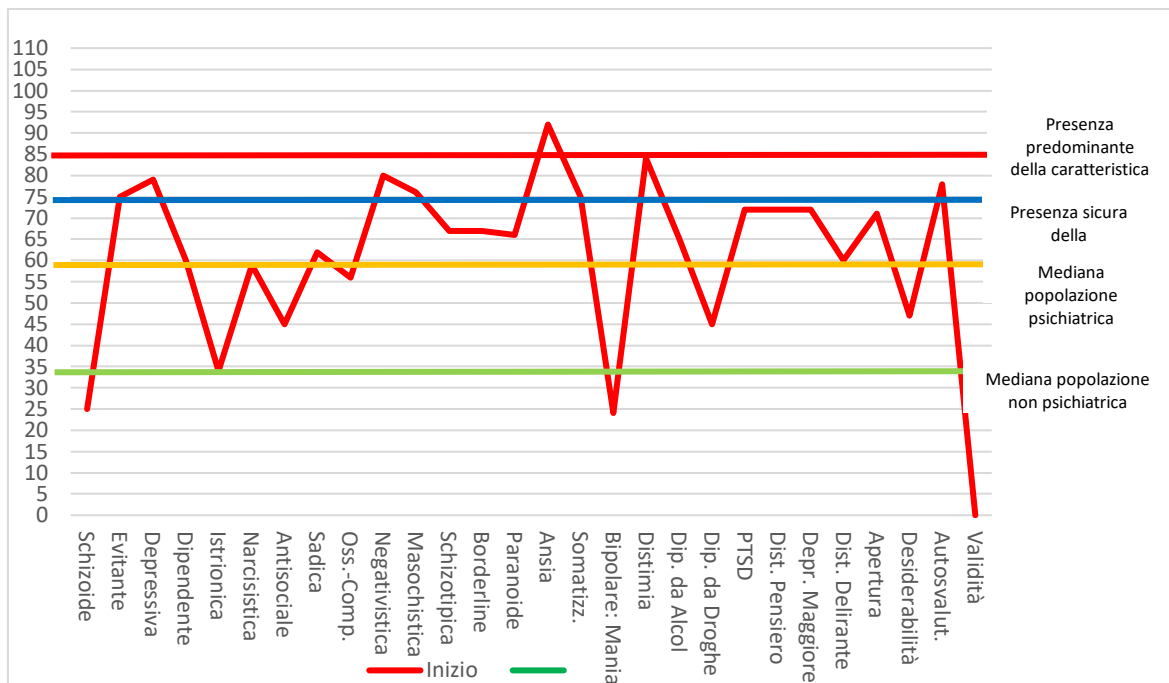


Figura 3.9: grafico dei risultati rilevati dalla somministrazione del MCMI-III al paziente 3.

Passando al profilo difensivo ricavato dalla Defense Mechanism Rating Scale, i punteggi di maturità globale delle difese ottenuti nelle sedute di consultazione sono i seguenti:

- 6,5 nella prima seduta (figura 3.10);
- 4,78 nella seconda seduta (figura 3.11);
- 6,8 nella terza seduta (figura 3.12).

La somma totale delle difese individuate nel trascritto delle tre sedute di consultazione è di 30 meccanismi nel primo, 18 nel secondo e 25 nel terzo.

I cluster che meritano più attenzione, ordinati in base alla frequenza delle difese nei tre trascritti, nel caso di questo soggetto, sono:

- Cluster 7 (difese mature): nella prima seduta sono state rilevate 21 difese mature, nella seconda 7 e, infine, nella terza 22 (tot: 50).
- Cluster 4 (difese narcisistiche). Nella prima seduta le difese narcisistiche utilizzate sono 3, nella seconda 5 e nella terza 1 (tot: 9).

SCHEDE DI VALUTAZIONE DEI MECCANISMI DI DIFESA (DMRS)	
<p>7 DIFESE MATURE</p> <ul style="list-style-type: none"> - AFFILIAZIONE 2 - ALTRUISMO - ANTICIPAZIONE - UMORISMO - AUTOAFFERMAZIONE 3 - AUTOSSERVAZIONE 16 - SUBLIMAZIONE - REPRESSIONE <p>SUBTOTALE <u>21</u> PESO DELLA DIFESA X 7 <u>147</u></p> <p>6 DIFESE OSSESSIVE</p> <ul style="list-style-type: none"> - ISOLAMENTO DELL'AFFETTO 4 - INTELLETTUALIZZAZIONE 1 - ANNULLAMENTO RETROATTIVO 1 <p>SUBTOTALE <u>6</u> PESO DELLA DIFESA X 6 <u>36</u></p> <p>5 ALTRE DIFESE NEVROTICHE</p> <ul style="list-style-type: none"> - RIMOZIONE - DISSOCIAZIONE - FORMAZIONE REATTIVA - SPOSTAMENTO <p>SUBTOTALE <u>0</u> PESO DELLA DIFESA X 5 <u>0</u></p> <p>4 DIFESE NARCISISTICHE</p> <ul style="list-style-type: none"> - ONNIPOTENZA - IDEALIZZAZIONE 2 - SVALUTAZIONE 1 <p>SUBTOTALE <u>3</u> PESO DELLA DIFESA X 4 <u>12</u></p>	<p>3 DIFESE DI DINIEGO</p> <ul style="list-style-type: none"> - NEGAZIONE - PROIEZIONE - RAZIONALIZZAZIONE <p>ALTRE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - FANTASIA <p>SUBTOTALE <u>0</u> PESO DELLA DIFESA X 3 <u>0</u></p> <p>2 DIFESE BORDERLINE</p> <ul style="list-style-type: none"> - SCISSIONE (IMM. OGG.) - SCISSIONE (IMM. SE') - IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA <p>SUBTOTALE <u>0</u> PESO DELLA DIFESA X 2 <u>0</u></p> <p>1 DIFESE ACTING</p> <ul style="list-style-type: none"> - ACTING OUT - AGGRESSIONE PASSIVA - IPOCONDRIASI <p>SUBTOTALE <u>0</u> PESO DELLA DIFESA X 1 <u>0</u></p> <p>A) SOMMA TOTALE DELLE DIFESE = 30 B) SOMMA DELLE DIFESE X IL LORO PESO = 195 C) PUNTEGGIO GLOBALE DI MATURETA' DELLE DIFESE (1=BASSO, 7=ALTO) B/A = 6,5</p>

Figura 3.10: scheda di codifica DMRS della prima seduta di consultazione del terzo paziente.

SCHEDA DI VALUTAZIONE DEI MECCANISMI DI DIFESA (DMRS)

7 DIFESE MATURE

- AFFILIAZIONE
- ALTRUISMO
- ANTICIPAZIONE
- UMORISMO
- AUTOAFFERMAZIONE 1
- AUTOSSERVAZIONE 6
- SUBLIMAZIONE
- REPRESSIONE

SUBTOTALE 7 PESO DELLA DIFESA X 7 49

6 DIFESE OSSESSIVE

- ISOLAMENTO DELL'AFFETTO 1
- INTELLETTUALIZZAZIONE
- ANNULLAMENTO RETROATTIVO

SUBTOTALE 1 PESO DELLA DIFESA X 6 6

5 ALTRE DIFESE NEVROTICHE

- RIMOZIONE
- DISSOCIAZIONE
- FORMAZIONE REATTIVA
- SPOSTAMENTO 1

SUBTOTALE 1 PESO DELLA DIFESA X 5 5

4 DIFESE NARCISISTICHE

- ONNIPOTENZA
- IDEALIZZAZIONE 3
- SVALUTAZIONE 2

SUBTOTALE 5 PESO DELLA DIFESA X 4 20

3 DIFESE DI DINIEGO

- NEGAZIONE
- PROIEZIONE
- RAZIONALIZZAZIONE 1

ALTRE:

- FANTASIA

SUBTOTALE 1 PESO DELLA DIFESA X 3 3

2 DIFESE BORDERLINE

- SCISSIONE (IMM. OGG.)
- SCISSIONE (IMM. SE')
- IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA

SUBTOTALE PESO DELLA DIFESA X 2

1 DIFESE ACTING

- ACTING OUT
- AGGRESSIONE PASSIVA 3
- IPOCONDRIASI

SUBTOTALE 3 PESO DELLA DIFESA X 1 3

A) SOMMA TOTALE DELLE DIFESE = 18
 B) SOMMA DELLE DIFESE X IL LORO PESO = 86
 C) PUNTEGGIO GLOBALE DI MATURITA' DELLE DIFESE (1=BASSO, 7= ALTO) B/A = 4,78

Figura 3.11: scheda di codifica DMRS della seconda seduta di consultazione del terzo paziente.

SCHEDA DI VALUTAZIONE DEI MECCANISMI DI DIFESA (DMRS)

7 DIFESE MATURE

- AFFILIAZIONE 3
- ALTRUISMO 1
- ANTICIPAZIONE 2
- UMORISMO 1
- AUTOAFFERMAZIONE 2
- AUTOSSERVAZIONE 13
- SUBLIMAZIONE
- REPRESSIONE

SUBTOTALE 22 PESO DELLA DIFESA X 7 154

6 DIFESE OSSESSIVE

- ISOLAMENTO
- INTELLETTUALIZZAZIONE 1
- ANNULLAMENTO RETROATTIVO 1

SUBTOTALE 2 PESO DELLA DIFESA X 6 12

5 ALTRE DIFESE NEVROTICHE

- RIMOZIONE
- DISSOCIAZIONE
- FORMAZIONE REATTIVA
- SPOSTAMENTO

SUBTOTALE 0 PESO DELLA DIFESA X 5 0

4 DIFESE NARCISISTICHE

- ONNIPOTENZA
- IDEALIZZAZIONE
- SVALUTAZIONE 1

SUBTOTALE 1 PESO DELLA DIFESA X 4 4

3 DIFESE DI DINIEGO

- NEGAZIONE
- PROIEZIONE
- RAZIONALIZZAZIONE

ALTRE:

- FANTASIA

SUBTOTALE 0 PESO DELLA DIFESA X 3 0

2 DIFESE BORDERLINE

- SCISSIONE (IMM. OGG.)
- SCISSIONE (IMM. SE')
- IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA

SUBTOTALE 0 PESO DELLA DIFESA X 2 0

1 DIFESE ACTING

- ACTING OUT
- AGGRESSIONE PASSIVA
- IPOCONDRIASI

SUBTOTALE 0 PESO DELLA DIFESA X 1 0

A) SOMMA TOTALE DELLE DIFESE = 25
 B) SOMMA DELLE DIFESE X IL LORO PESO = 170
 C) PUNTEGGIO GLOBALE DI MATURITA' DELLE DIFESE (1=BASSO, 7= ALTO) B/A = 6,8

Figura 3.12: scheda di codifica DMRS della terza seduta di consultazione del terzo paziente.

3.4 Paziente 4

La somministrazione del Millon Clinical Multiaxial Inventory III alla quarta paziente ha portato a risultati significativi in diverse scale dello strumento (figura 3.13). Il punteggio più elevato, 101, è stato ottenuto nella scala Depressiva. Come visto per il paziente precedente, la personalità Depressiva, caratterizza individui in cui si riscontra un forte senso di rinuncia e a cui manca la speranza di poter provare di nuovo il senso di gioia (Zennaro et al., 2008). Le difese che il PDM-2 (Lingiardi & McWilliams, 2008) riportano come caratteristiche di questa personalità sono: l'introiezione, capovolgimento dell'affetto, l'idealizzazione degli altri e la svalutazione del sé.

Sempre tra i pattern clinici di personalità punteggi superiori al cut off di 75 sono stati ottenuti: nella scala negativistica (punteggio 84), in quella dipendente (punteggio 76), e in quella sadica (75). Prendendo in considerazione le personalità negativistiche, queste, come detto precedentemente per altri due pazienti, sembrano indicare quei soggetti combattuti tra il desiderio di ottenere benefici dalle relazioni con gli altri e la voglia di seguire i propri desideri (Zennaro et al., 2008). La difesa caratterizzante le personalità negativistiche è lo spostamento (Zennaro et al., 2008).

Le personalità dipendenti, invece, anche in questo caso già descritte precedentemente, sembrano aver imparato a rivolgersi ad altri per attenzioni e sostentamento, oltre che ad aspettare in modo passivo che in base alle loro capacità, siano costoro a provvedere ai loro bisogni (Zennaro et al., 2008). Il Manuale Diagnostico Psicodinamico 2 (Lingiardi & McWilliams, 2008), parlando di queste strutture di personalità, afferma che le difese più comuni sono: la regressione, il capovolgimento dell'affetto, l'evitamento e la somatizzazione

Le personalità sadiche sono ostili, profondamente combattive. Appaiono inoltre, indifferenti e quasi compiaciuti di fronte alle conseguenze distruttive del loro comportamento litigioso, abusante e brutale (Zennaro et al., 2008). Le difese che queste personalità utilizzano maggiormente secondo il PDM-2 (2008) sono: il distacco, il controllo onnipotente, il capovolgimento dell'affetto e l'acting out.

Continuando ad analizzare i risultati del MCMI-III, il quarto soggetto della ricerca, ha ottenuto punteggi significativi in tutte e tre le scale dei disturbi gravi di personalità.

La prima è quella Borderline (punteggio 93). Le personalità borderline sono caratterizzate da disregolazione emotiva che emerge per lo più nell'instabilità e nella labilità dell'umore. Sono caratteristici di questi soggetti pensieri di automutilazione e di suicidio, oltre che preoccupazioni per assicurarsi l'affetto degli altri (Zennaro et al., 2008). Le difese che più sono utilizzate dalle personalità borderline, sulla base di quanto riporta il PDM-2 (2008), sono: la scissione, l'identificazione proiettiva, il diniego, la dissociazione e l'acting out

La seconda, delle tre scale delle gravi patologie di personalità, è la scala Paranoide (punteggio 79). I soggetti paranoidei hanno una diffidenza vigile verso gli altri e un atteggiamento difensivo volto ad anticipare critiche e delusioni. A ciò, si unisce una tendenza a riversare sulle altre persone esasperazione e collera (Zennaro et al., 2008). Sia la McWilliams (2012), sia il PDM-2 (2008), riportano come le due difese che dominano la psicologia del paranoide sono il diniego e la proiezione. A queste si aggiungono l'identificazione proiettiva e la formazione reattiva.

L'ultima scala, quella schizotipica (punteggio 76), descrive personalità che preferiscono l'isolamento sociale, unito alla riduzione al minimo di legami personali e obblighi sociali. I soggetti schizotipici formulano pensieri in modo irregolare e spesso appaiono assorti in sé stessi (Zennaro et al., 2008). Secondo uno studio di Perry e collaboratori (2013), le difese che sembrano essere usate maggiormente dalle personalità schizotipiche sono: la proiezione, la svalutazione, la scissione il diniego. A queste si possono aggiungere le difese di azione (aggressione passiva, ipocondriasi e acting out), la razionalizzazione e le difese ossessive (isolamento e intellettualizzazione). Sempre frequentemente utilizzate sono la repressione e la fantasia autistica.

Passando alle scale delle sindromi cliniche moderate, la paziente ha ottenuto punteggi elevati nella scala dell'Ansia (86), in quella Bipolare: Mania (79) e, infine, nella scala della Distimia (79).

Un punteggio di 79 è stato ottenuto anche per la Depressione Maggiore, una delle tre scale delle sindromi cliniche gravi.

Infine, anche nell'indice di modifica dell'Autosvalutazione è stato ottenuto un punteggio che merita attenzione clinica, ovvero un punteggio di 83.

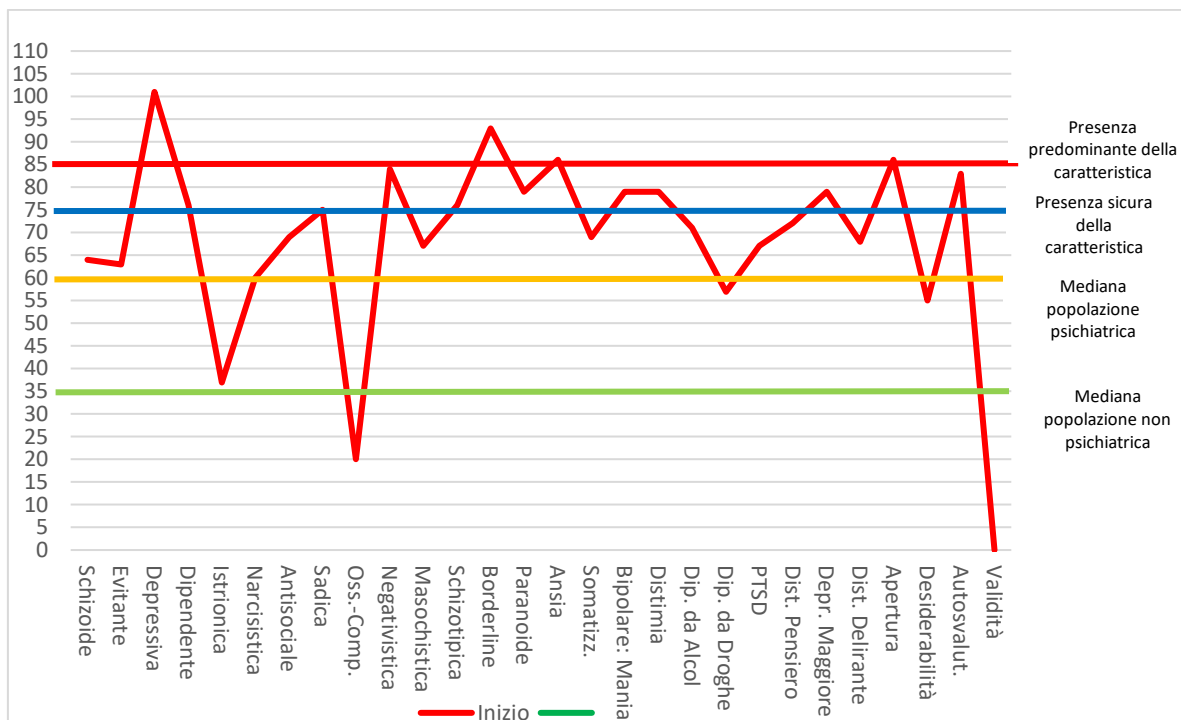


Figura 3.13: grafico dei punteggi rilevati con la somministrazione del MCMII-III alla paziente 4.

Andando ora a prendere in considerazione i risultati ottenuti con la DMRS, i punteggi globali di maturità delle difese ricavati sono i seguenti:

- 3,93 per la prima seduta (figura 3.14);
- 4,21 per la seconda seduta (figura 3.15);
- 4,19 per la terza seduta (figura 3.16).

Nei trascritti delle tre sedute di consultazione della paziente, la somma totale delle difese è di 40 nel primo, di 24 nel secondo e di 32 nel terzo.

Tra i cluster delle difese della DMRS, quelli più utilizzati (riportati in ordine di frequenza) dalla paziente sono:

- Il cluster 3 (difese di diniego). Nella prima seduta, infatti, sono state utilizzate 17 difese di diniego, nella seconda 8, mentre, nella terza, 12 (tot: 37).
- Il cluster 4 (difese narcisistiche): nella prima sedute sono state individuate 3 difese narcisistiche, nella seconda 5 e nella terza 8 (tot: 16).
- Il cluster 6 (difese ossessive), specialmente nelle prime due sedute, in cui ne sono state utilizzate 7 in entrambe. Nel terzo trascritto, invece, solo una ne è stata identificata (tot: 15).

- Il cluster 7 (difese mature) è stato spesso utilizzato nella prima e nella terza seduta. In particolare, sono state rilevate rispettivamente 5 e 8 difese mature. Una soltanto, invece, nella seconda (tot: 14).
- Nella prima seduta, è stato molto utilizzato dal soggetto il cluster 2 delle difese borderline. In particolare, ne sono state individuate 5. Nella seconda e nella terza seduta invece è stata rintracciata un'unica difesa borderline in ognuna (tot: 7).

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

Figura 3.14: scheda di codifica DMRS della prima seduta di consultazione della quarta paziente

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

Figura 3.15: scheda di codifica DMRS della seconda seduta di consultazione della quarta paziente

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

Figura 3.16: scheda di codifica DMRS della terza seduta di consultazione della quarta paziente

3.5 Paziente 5

I risultati ricavati dalla somministrazione del Millon Clinical Multiaxial Inventory III al quinto paziente di questo studio, indicano un valore significativo per due delle scale dei pattern clinici di personalità (figura 3.17). La prima è la scala Schizoide, con punteggio di 79. Le personalità schizoidi sembrano essere incapaci di provare desiderio, dolore o piacere in maniera significativa. Tendono ad essere apatici, privi di iniziativa, distanti e asociali. Le loro emozioni e bisogni affetti sono ridotti al minimo (Zennaro et al., 2008). La McWilliams (2012) descrive quelli che sono i meccanismi difensivi che queste personalità utilizzano maggiormente per far fronte ai loro conflitti, e tra questi rientrano: la proiezione e l'introiezione, la svalutazione, l'idealizzazione e il ritiro autistico. Oltre a queste, anche l'intellettualizzazione è usata da questi soggetti.

La seconda scala dei pattern clinici di personalità con punteggio 75 è quella Depressiva. Questa, come indicato nel manuale del MCMI-III (Zennaro et al., 2008) e come già detto per gli ultimi due pazienti, identifica quegli individui che non riescono a provare piacere, ma sperimentano il dolore in modo permanente e un forte senso di perdita e di rinuncia. Le difese caratterizzanti le personalità depressive sono: l'introiezione, capovolgimento dell'affetto, l'idealizzazione degli altri e la svalutazione del sé (Lingiardi & McWilliams, 2008).

Analizzando, invece, i punteggi delle scale dei disturbi clinici moderati, va posta attenzione alla scala dell'Ansia, in cui il paziente ha ottenuto 85, e la scala della Distimia, con 81.

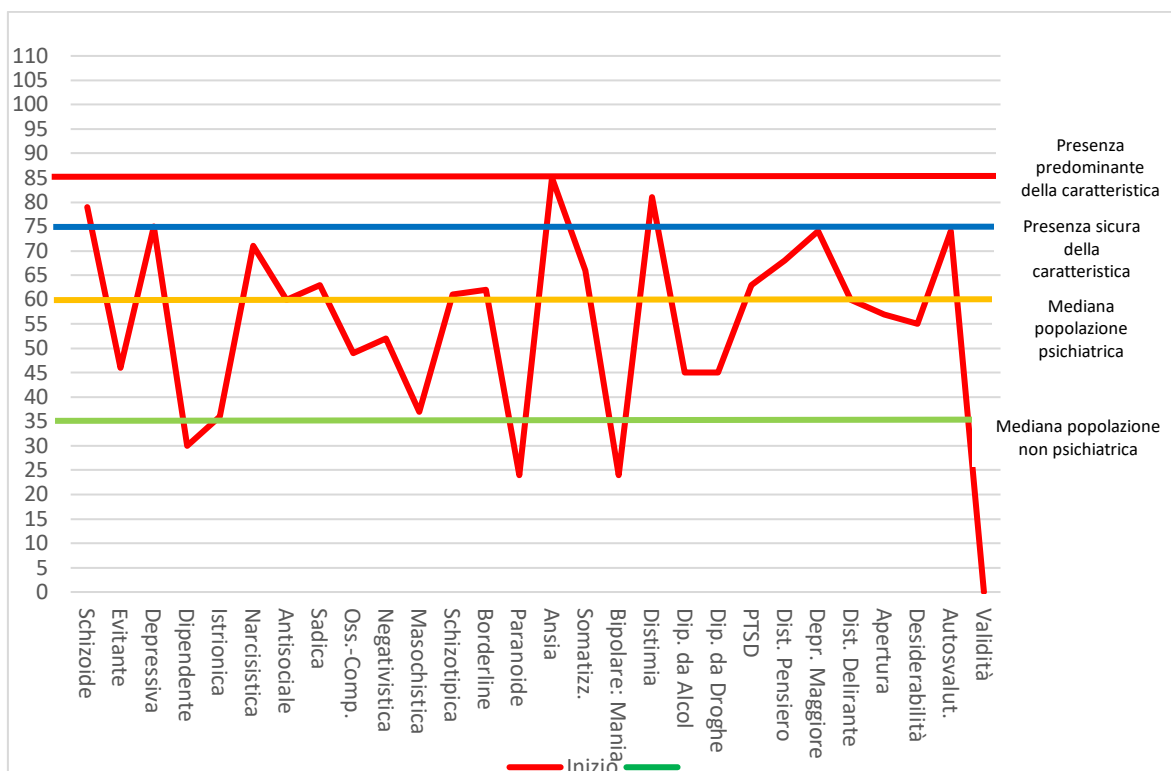


Figura 3.17: grafico dei punteggi rilevati con la somministrazione del MCMI-III al paziente 5.

Passando, invece, alla somministrazione della DMRS, di seguito sono riportati i tre punteggi globali di maturità delle difese:

- 6,46 nella prima seduta (figura 3.18);
- 6 nella seconda (figura 3.19);
- 6,25 nella terza seduta (figura 3.20).

Le difese totali rintracciate nel trascritto non sono un numero elevato: solo 15 ne sono state trovate nella prima seduta, 9 nella seconda e 8 nella terza.

I cluster di difese più utilizzati (in ordine di frequenza dei meccanismi) dal paziente sono i seguenti:

- Cluster 7 (difese mature). Ne sono state individuate 10 nella prima seduta di consultazione, 6 nella seconda e 5 nella terza (tot: 21).
- Cluster 6 (difese ossessive). Di queste 4 sono state evidenziate nella prima seduta, 1 nella seconda e 2 nella terza (tot: 7).

SCHEDA DI VALUTAZIONE DEI MECCANISMI DI DIFESA (DMRS)

7 DIFESE MATURE

- AFFILIAZIONE 1
- ALTRUISMO
- ANTICIPAZIONE
- UMORISMO
- AUTOAFFERMAZIONE 4
- AUTOSSERVAZIONE 5
- SUBLIMAZIONE
- REPRESSIONE

SUBTOTALE 10 PESO DELLA DIFESA X 7 70

6 DIFESE OSSESSIVE

- ISOLAMENTO 4
- INTELLETTUALIZZAZIONE
- ANNULLAMENTO RETROATTIVO

SUBTOTALE 4 PESO DELLA DIFESA X 6 24

5 ALTRE DIFESE NEVROTICHE

- RIMOZIONE
- DISSOCIAZIONE
- FORMAZIONE REATTIVA
- SPOSTAMENTO

SUBTOTALE 0 PESO DELLA DIFESA X 5 0

4 DIFESE NARCISISTICHE

- ONNIPOTENZA
- IDEALIZZAZIONE
- SVALUTAZIONE

SUBTOTALE 0 PESO DELLA DIFESA X 4 0

3 DIFESE DI DINIEGO

- NEGAZIONE
- PROIEZIONE
- RAZIONALIZZAZIONE 1

ALTRE:

- FANTASIA

SUBTOTALE 1 PESO DELLA DIFESA X 3 3

2 DIFESE BORDERLINE

- SCISSIONE (IMM. OGG.)
- SCISSIONE (IMM. SE')
- IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA

SUBTOTALE 0 PESO DELLA DIFESA X 2 0

1 DIFESE ACTING

- ACTING OUT
- AGGRESSIONE PASSIVA
- IPOCONDRIASI

SUBTOTALE 0 PESO DELLA DIFESA X 1 0

A) SOMMA TOTALE DELLE DIFESE = 15
 B) SOMMA DELLE DIFESE X IL LORO PESO = 97
 C) PUNTEGGIO GLOBALE DI MATURITA' DELLE DIFESE (1=BASSO, 7= ALTO) B/A = 6,46

Figura 3.18: scheda di codifica DMRS della prima seduta di consultazione del quinto paziente.

SCHEDA DI VALUTAZIONE DEI MECCANISMI DI DIFESA (DMRS)

7 DIFESE MATURE

- AFFILIAZIONE 1
- ALTRUISMO
- ANTICIPAZIONE
- UMORISMO
- AUTOAFFERMAZIONE 3
- AUTOSSERVAZIONE 2
- SUBLIMAZIONE
- REPRESSIONE

SUBTOTALE 6 PESO DELLA DIFESA X 7 42

6 DIFESE OSSESSIVE

- ISOLAMENTO
- INTELLETTUALIZZAZIONE
- ANNULLAMENTO RETROATTIVO 1

SUBTOTALE 1 PESO DELLA DIFESA X 6 6

5 ALTRE DIFESE NEVROTICHE

- RIMOZIONE
- DISSOCIAZIONE
- FORMAZIONE REATTIVA
- SPOSTAMENTO

SUBTOTALE 0 PESO DELLA DIFESA X 5 0

4 DIFESE NARCISISTICHE

- ONNIPOTENZA
- IDEALIZZAZIONE
- SVALUTAZIONE

SUBTOTALE 0 PESO DELLA DIFESA X 4 0

3 DIFESE DI DINIEGO

- NEGAZIONE
- PROIEZIONE
- RAZIONALIZZAZIONE 2

ALTRE:

- FANTASIA

SUBTOTALE 2 PESO DELLA DIFESA X 3 6

2 DIFESE BORDERLINE

- SCISSIONE (IMM. OGG.)
- SCISSIONE (IMM. SE')
- IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA

SUBTOTALE 0 PESO DELLA DIFESA X 2 0

1 DIFESE ACTING

- ACTING OUT
- AGGRESSIONE PASSIVA
- IPOCONDRIASI

SUBTOTALE 0 PESO DELLA DIFESA X 1 0

A) SOMMA TOTALE DELLE DIFESE =9
 B) SOMMA DELLE DIFESE X IL LORO PESO = 54
 C) PUNTEGGIO GLOBALE DI MATURITA' DELLE DIFESE (1=BASSO, 7= ALTO) B/A = 6

Figura 3.19: scheda di codifica DMRS della seconda seduta di consultazione del quinto paziente.

SCHEDA DI VALUTAZIONE DEI MECCANISMI DI DIFESA (DMRS)

<p>7 DIFESE MATURE</p> <ul style="list-style-type: none"> - AFFILIAZIONE 1 - ALTRUISMO - ANTICIPAZIONE - UMORISMO - AUTOAFFERMAZIONE 1 - AUTOSSERVAZIONE 3 - SUBLIMAZIONE - REPRESSIONE <p>SUBTOTALE <u> 5 </u> PESO DELLA DIFESA X 7 <u> 35 </u></p> <p>6 DIFESE OSSESSIVE</p> <ul style="list-style-type: none"> - ISOLAMENTO - INTELLETTUALIZZAZIONE - ANNULLAMENTO RETROATTIVO 2 <p>SUBTOTALE <u> 2 </u> PESO DELLA DIFESA X 6 <u> 12 </u></p> <p>5 ALTRE DIFESE NEVROTICHE</p> <ul style="list-style-type: none"> - RIMOZIONE - DISSOCIAZIONE - FORMAZIONE REATTIVA - SPOSTAMENTO <p>SUBTOTALE <u> 0 </u> PESO DELLA DIFESA X 5 <u> 0 </u></p> <p>4 DIFESE NARCISISTICHE</p> <ul style="list-style-type: none"> - ONNIPOTENZA - IDEALIZZAZIONE - SVALUTAZIONE <p>SUBTOTALE <u> 0 </u> PESO DELLA DIFESA X 4 <u> 0 </u></p>	<p>3 DIFESE DI DINIEGO</p> <ul style="list-style-type: none"> - NEGAZIONE - PROIEZIONE - RAZIONALIZZAZIONE 1 <p>ALTRE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - FANTASIA <p>SUBTOTALE <u> 1 </u> PESO DELLA DIFESA X 3 <u> 3 </u></p> <p>2 DIFESE BORDERLINE</p> <ul style="list-style-type: none"> - SCISSIONE (IMM. OGG.) - SCISSIONE (IMM. SE') - IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA <p>SUBTOTALE <u> 0 </u> PESO DELLA DIFESA X 2 <u> 0 </u></p> <p>1 DIFESE ACTING</p> <ul style="list-style-type: none"> - ACTING OUT - AGGRESSIONE PASSIVA - IPOCONDRIASI <p>SUBTOTALE <u> 0 </u> PESO DELLA DIFESA X 1 <u> 0 </u></p> <p>A) SOMMA TOTALE DELLE DIFESE = 8 B) SOMMA DELLE DIFESE X IL LORO PESO = 50 C) PUNTEGGIO GLOBALE DI MATURITA' DELLE DIFESE (1=BASSO, 7=ALTO) B/A = 6,25</p>
---	---

Figura 3.20: scheda di codifica DMRS della terza seduta di consultazione del quinto paziente.

3.6 Paziente 6

Come si evince dalla figura 3.21, dalla somministrazione del MCMII-III, il sesto soggetto partecipante allo studio, non ha ottenuto un punteggio significativo in nessuna delle scale dello strumento. Tuttavia, possiamo porre attenzione al valore della scala Depressiva dei pattern clinici di personalità. Questo è infatti di 72, un punteggio poco sotto della soglia di 75 (cut off previsto dallo strumento). Il Manuale Diagnostico Psicodinamico 2 (Lingiardi & Mc Williams, 2008) descrive gli individui con personalità depressiva come persone che hanno la tendenza a rivolgere verso sé stessi sentimenti negativi. La perdita e l'abbandono rappresentano i temi principali attorno ai quali si organizza la loro personalità. Inoltre, tendono a provare poco piacere o soddisfazione dalle attività quotidiane e sono inclini a sperimentare sentimenti dolorosi, in particolare vergogna e senso di colpa. Sempre il PDM-2 indica come difese principali di questa personalità: l'introiezione, capovolgimento dell'affetto, l'idealizzazione degli altri e la svalutazione del sé.

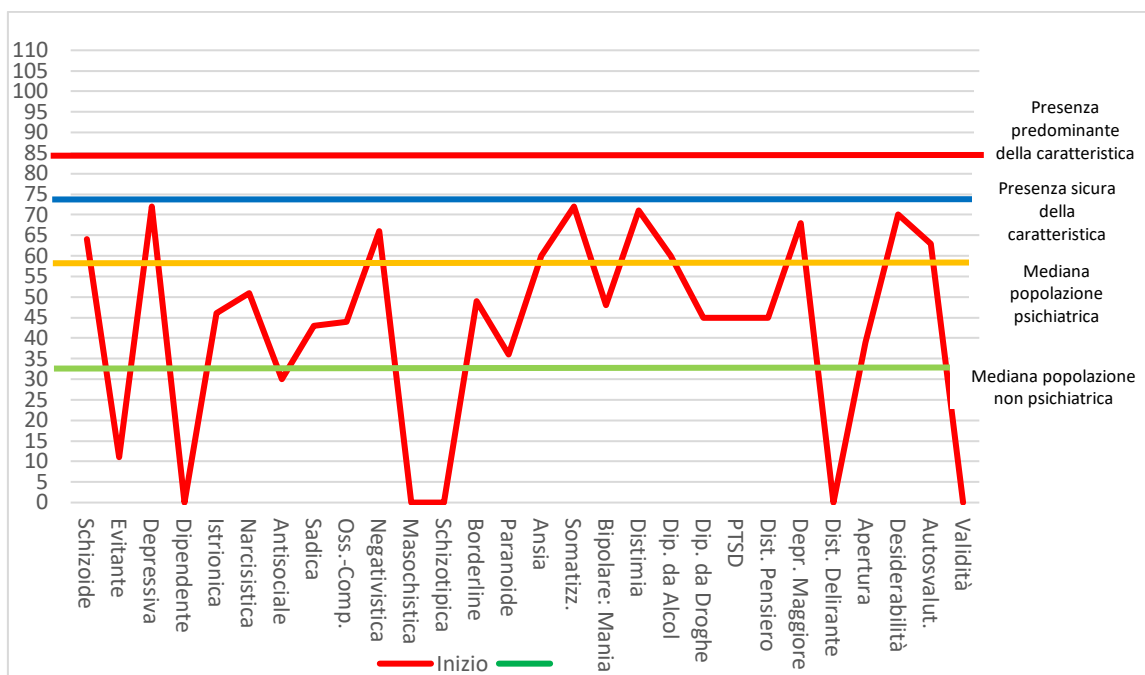


Figura 3.21: grafico dei risultati ottenuti con la somministrazione del MCMII-III al paziente 6.

Dall'applicazione della Defense Mechanism Rating Scale ai trascritti delle tre sedute di consultazione del sesto paziente, sono stati ricavati i seguenti punteggi globali di maturità delle difese:

- 3,23 nella prima seduta (figura 3.22);
- 3,15 nella seconda seduta (figura 3.23);
- 3,94 nella terza seduta (figura 3.24).

Il numero totale delle difese utilizzate dal soggetto nella prima seduta è di 22. Nella seconda, invece, i meccanismi totali rilevati sono stati 20. Infine, nella terza seduta, la somma totale delle difese è di 17 meccanismi.

Andando ad analizzare, invece, i singoli cluster utilizzati dal soggetto, quelli più rilevanti, in ordine di frequenza delle difese, sono i seguenti:

- Cluster 1 (difese di acting): nel primo incontro ne sono state utilizzate 9, nel secondo 3, mentre, nel terzo 4 (tot: 16).
- Cluster 3 (difese di diniego): nella prima seduta il soggetto ha utilizzato 3 difese di diniego; nella seconda 9 e, infine, nella terza, 3 (tot: 15).
- Cluster 4 (difese narcisistiche): nella prima delle tre sedute ne sono state rintracciate 4, nella seconda 7 e nell'ultima 3 (tot: 14).

SCHEDA DI VALUTAZIONE DEI MECCANISMI DI DIFESA (DMRS)

7 DIFESE MATURE

- AFFILIAZIONE
- ALTRUISMO
- ANTICIPAZIONE
- UMORISMO
- AUTOAFFERMAZIONE 2
- AUTOSSERVAZIONE
- SUBLIMAZIONE
- REPRESSIONE

SUBTOTALE 2 PESO DELLA DIFESA X 7 14

6 DIFESE OSSESSIVE

- ISOLAMENTO 1
- INTELLETTUALIZZAZIONE 1
- ANNULLAMENTO RETROATTIVO 1

SUBTOTALE 3 PESO DELLA DIFESA X 6 18

5 ALTRE DIFESE NEVROTICHE

- RIMOZIONE
- DISSOCIAZIONE
- FORMAZIONE REATTIVA
- SPOSTAMENTO 1

SUBTOTALE 1 PESO DELLA DIFESA X 5 5

4 DIFESE NARCISISTICHE

- ONNIPOTENZA
- IDEALIZZAZIONE 1
- SVALUTAZIONE 3

SUBTOTALE 4 PESO DELLA DIFESA X 4 16

3 DIFESE DI DINIEGO

- NEGAZIONE 1
- PROIEZIONE
- RAZIONALIZZAZIONE 2

ALTRE:

- FANTASIA

SUBTOTALE 3 PESO DELLA DIFESA X 3 9

2 DIFESE BORDERLINE

- SCISSIONE (IMM. OGG.)
- SCISSIONE (IMM. SE')
- IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA

SUBTOTALE 0 PESO DELLA DIFESA X 2 0

1 DIFESE ACTING

- ACTING OUT
- AGGRESSIONE PASSIVA 9
- IPOCONDRIASI

SUBTOTALE 9 PESO DELLA DIFESA X 1 9

A) SOMMA TOTALE DELLE DIFESE = 22
 B) SOMMA DELLE DIFESE X IL LORO PESO = 71
 C) PUNTEGGIO GLOBALE DI MATURETA' DELLE DIFESE (1=BASSO, 7=ALTO) B/A = 3,23

Figura 3.22: scheda di codifica DMRS della prima seduta di consultazione del sesto paziente.

SCHEDA DI VALUTAZIONE DEI MECCANISMI DI DIFESA (DMRS)

7 DIFESE MATURE

- AFFILIAZIONE
- ALTRUISMO
- ANTICIPAZIONE
- UMORISMO
- AUTOAFFERMAZIONE
- AUTOSSERVAZIONE
- SUBLIMAZIONE
- REPRESSIONE

SUBTOTALE 0 PESO DELLA DIFESA X 7 0

6 DIFESE OSSESSIVE

- ISOLAMENTO
- INTELLETTUALIZZAZIONE
- ANNULLAMENTO RETROATTIVO

SUBTOTALE 0 PESO DELLA DIFESA X 6 0

5 ALTRE DIFESE NEVROTICHE

- RIMOZIONE
- DISSOCIAZIONE
- FORMAZIONE REATTIVA 1
- SPOSTAMENTO

SUBTOTALE 1 PESO DELLA DIFESA X 5 5

4 DIFESE NARCISISTICHE

- ONNIPOTENZA 1
- IDEALIZZAZIONE 6
- SVALUTAZIONE

SUBTOTALE 7 PESO DELLA DIFESA X 4 28

3 DIFESE DI DINIEGO

- NEGAZIONE
- PROIEZIONE
- RAZIONALIZZAZIONE 9

ALTRE:

- FANTASIA

SUBTOTALE 9 PESO DELLA DIFESA X 3 27

2 DIFESE BORDERLINE

- SCISSIONE (IMM. OGG.)
- SCISSIONE (IMM. SE')
- IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA

SUBTOTALE 0 PESO DELLA DIFESA X 2 0

1 DIFESE ACTING

- ACTING OUT
- AGGRESSIONE PASSIVA 3
- IPOCONDRIASI

SUBTOTALE 3 PESO DELLA DIFESA X 1 3

A) SOMMA TOTALE DELLE DIFESE = 20
 B) SOMMA DELLE DIFESE X IL LORO PESO = 63
 C) PUNTEGGIO GLOBALE DI MATURETA' DELLE DIFESE (1=BASSO, 7=ALTO) B/A = 3,15

Figura 3.23: scheda di codifica DMRS della seconda seduta di consultazione del sesto paziente.

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

Figura 3.24: scheda di codifica DMRS della terza seduta di consultazione del sesto paziente.

3.7 Paziente 7

Dalla somministrazione del Millon Clinical Multiaxial Inventory III all'ultima dei sette pazienti del presente studio, sono risultati significativi due punteggi (figura 3.25): il punteggio della scala dell'Ansia (82) e quello della Distimia (76). Entrambe le scale appartengono all'asse I, in particolare ai disturbi clinici moderati. Tra le scale dei pattern clinici di personalità, invece, nessun punteggio è risultato superiore al cut off di 75, tuttavia un punteggio di poco al di sotto di questa soglia, è stato raggiunto nella scala Depressiva (punteggio 74). Come abbiamo visto precedentemente, con quei pazienti che presentano valori significativi in questa scala, la personalità depressiva caratterizza individui che tendono a sperimentare il dolore in maniera permanente. Al contrario, il piacere è un'esperienza considerata impossibile per loro, a causa di un continuo senso di perdita e di rinuncia (Zennaro et al., 2008). Le difese che più sembrano essere utilizzate

da queste personalità sono: l'introiezione, capovolgimento dell'affetto, l'idealizzazione degli altri e la svalutazione del sé (Lingiardi & McWilliams, 2008).

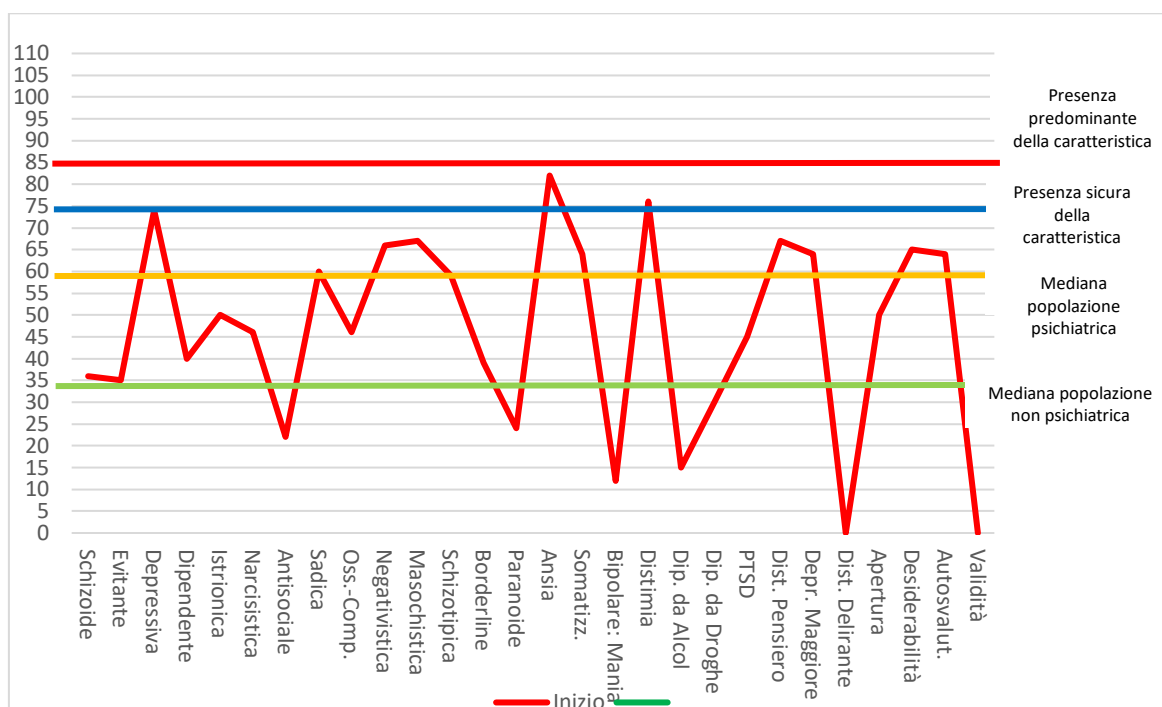


Figura 3.25: grafico dei risultati ottenuti con la somministrazione del MCMII-III al paziente 7.

Attraverso l'analisi dei trascritti con la DMRS, invece, i punteggi di globali di maturità delle difese ricavati nelle tre sedute di consultazione sono i seguenti:

- 4,77 nella prima seduta (figura 3.26);
- 4,67 nella seconda seduta (figura 3.27);
- 4,95 nella terza seduta (figura 3.28).

Il numero totale delle difese nei tre diversi trascritti è passato dalle 22 del primo incontro, alle 12 del secondo, per finire con le 19 della terza seduta.

Tra i sette cluster delle DMRS i più utilizzati dalla paziente risultano essere:

- Il cluster 7 (difese mature): nei tre trascritti sono state individuate, rispettivamente, 8, 4 e 4 difese mature (tot: 16).
- Il cluster 6 (difese ossessive): nella prima seduta i meccanismi di difesa ossessivi rintracciati sono stati 5, nella seconda 3 e nella terza 6 (tot: 14).
- Il cluster 3 (difese di diniego): nella prima seduta ne sono state individuate 5, nella seconda 1 e, infine, nella terza 7 (tot: 13).

- Il cluster 1 (difese di acting) nella prima e nella seconda seduta, nei cui trascritti ne sono state rintracciate rispettivamente 4 e 3 (tot: 7).

SCHEDA DI VALUTAZIONE DEI MECCANISMI DI DIFESA DMRS)

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

Figura 3.26: scheda di codifica DMRS della prima seduta di consultazione della settima paziente.

SCHEDA DI VALUTAZIONE DEI MECCANISMI DI DIFESA (DMRS)

7 DIFESE MATURE

- AFFILIAZIONE 2
- ALTRUISMO
- ANTICIPAZIONE
- UMORISMO
- AUTOAFFERMAZIONE 2
- AUTOSERVIZIONE
- SUBLIMAZIONE
- REPRESSIONE

SUBTOTALE 4 PESO DELLA DIFESA X 7 28

6 DIFESE OSSESSIVE

- ISOLAMENTO 1
- INTELLETTUALIZZAZIONE
- ANNULLAMENTO RETROATTIVO 2

SUBTOTALE 3 PESO DELLA DIFESA X 6 18

5 ALTRE DIFESE NEVROTICHE

- RIMOZIONE
- DISSOCIAZIONE
- FORMAZIONE REATTIVA
- SPOSTAMENTO

SUBTOTALE 0 PESO DELLA DIFESA X 5 0

4 DIFESE NARCISISTICHE

- ONNIPOTENZA
- IDEALIZZAZIONE 1
- SVALUTAZIONE

SUBTOTALE 1 PESO DELLA DIFESA X 4 4

3 DIFESE DI DINIEGO

- NEGAZIONE
- PROIEZIONE
- RAZIONALIZZAZIONE 1

ALTRE:

- FANTASIA

SUBTOTALE 1 PESO DELLA DIFESA X 3 3

2 DIFESE BORDERLINE

- SCISSIONE (IMM. OGG.)
- SCISSIONE (IMM. SE')
- IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA

SUBTOTALE 0 PESO DELLA DIFESA X 2 0

1 DIFESA ACTING

- ACTING OUT
- AGGRESSIONE PASSIVA 3
- IPOCONDRIASI

SUBTOTALE 3 PESO DELLA DIFESA X 1 3

A) SOMMA TOTALE DELLE DIFESE = 12
 B) SOMMA DELLE DIFESE X IL LORO PESO = 56
 C) PUNTEGGIO GLOBALE DI MATURETÀ DELLE DIFESE (1=BASSO, 7=ALTO) B/A = 4,67

Figura 3.27: scheda di codifica DMRS della seconda seduta di consultazione della settima paziente.

SCHEDA DI VALUTAZIONE DEI MECCANISMI DI DIFESA (DMRS)

7 DIFESE MATURE

- AFFILIAZIONE 1
- ALTRUISMO
- ANTICIPAZIONE
- UMORISMO
- AUTOAFFERMAZIONE
- AUTOSERVIZIONE 2
- SUBLIMAZIONE 1
- REPRESSIONE

SUBTOTALE 4 PESO DELLA DIFESA X 7 28

6 DIFESE OSSESSIVE

- ISOLAMENTO 1
- INTELLETTUALIZZAZIONE
- ANNULLAMENTO RETROATTIVO 5

SUBTOTALE 6 PESO DELLA DIFESA X 6 36

5 ALTRE DIFESE NEVROTICHE

- RIMOZIONE
- DISSOCIAZIONE
- FORMAZIONE REATTIVA 1
- SPOSTAMENTO

SUBTOTALE 1 PESO DELLA DIFESA X 5 5

4 DIFESE NARCISISTICHE

- ONNIPOTENZA
- IDEALIZZAZIONE 1
- SVALUTAZIONE

SUBTOTALE 1 PESO DELLA DIFESA X 4 4

3 DIFESE DI DINIEGO

- NEGAZIONE
- PROIEZIONE
- RAZIONALIZZAZIONE 7

ALTRE:

- FANTASIA

SUBTOTALE 7 PESO DELLA DIFESA X 3 21

2 DIFESE BORDERLINE

- SCISSIONE (IMM. OGG.)
- SCISSIONE (IMM. SE')
- IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA

SUBTOTALE 0 PESO DELLA DIFESA X 2 0

1 DIFESA ACTING

- ACTING OUT
- AGGRESSIONE PASSIVA
- IPOCONDRIASI

SUBTOTALE 0 PESO DELLA DIFESA X 1 0

A) SOMMA TOTALE DELLE DIFESE = 19
 B) SOMMA DELLE DIFESE X IL LORO PESO = 94
 C) PUNTEGGIO GLOBALE DI MATURETÀ DELLE DIFESE (1=BASSO, 7=ALTO) B/A = 4,95

Figura 3.28: scheda di codifica DMRS della terza seduta di consultazione della settima paziente.

CAPITOLO 4: DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

4.1 Discussione dei risultati

Nel presente lavoro di tesi, abbiamo considerato la relazione tra meccanismi difensivi e diagnosi di personalità. In particolare, si è cercato di verificare se, alla luce di una determinata diagnosi di personalità, ci si trovi in presenza di un profilo difensivo in linea con essa. In questo modo, si è cercato di apportare un contributo a ciò che precedentemente diversi autori hanno riportato in letteratura. Tra questi, Perry è stato tenuto in particolare considerazione, per i suoi studi volti proprio ad indagare il rapporto tra meccanismi difensivi e tratti di personalità. È stato, per esempio, citato lo studio del 1998 di Perry e Hoglend, in cui, attraverso l'uso delle Defensive Functioning Scale, i due autori hanno riscontrato come, ad una diagnosi di disturbo di personalità, sia associata ad un funzionamento difensivo significativamente più basso rispetto ad un generale campione psichiatrico. Anche Lingiardi e collaboratori (1999) hanno contribuito ad ampliare la letteratura in merito alla relazione tra meccanismi difensivi e tratti di personalità. Con il loro studio, infatti, gli autori hanno ottenuto risultati che mostrano come, specifici stili difensivi, siano significativamente correlati a specifici disturbi di personalità dell'Asse II (Lingiardi et al., 1999). Un'altra autrice, che è stata fondamentale nella teorizzazione dei meccanismi di difesa in relazione con i pattern di personalità è Nancy McWilliams. Nella sua opera "La Diagnosi Psicoanalitica" (2012), l'autrice elenca quelle che sono le difese più comunemente utilizzate dalle diverse strutture di personalità, fino a quel momento rintracciate in letteratura.

Per raggiungere l'obiettivo prefissato, nel presente studio, è stato preso in considerazione un campione di sette soggetti, pazienti del Servizio di Assistenza Psicologica, dell'Università di Padova. Per ognuno dei partecipanti sono stati considerati i trascritti delle prime tre sedute di consultazione presso il servizio. A questi è stata applicata la Defense Mechanism Rating Scale di Perry (1990), strumento utilizzato per guidare l'inferenza clinica nell'identificazione di determinati meccanismi difensivi. Ai sette pazienti è stato, inoltre, richiesto di compilare il Millon Clinical Multiaxial Inventory III (Millon, 1990), uno strumento self report e diagnostico della personalità. In questo modo è stato possibile mettere a confronto il profilo difensivo delineato grazie alle DMRS

con la diagnosi di personalità risultata dalla compilazione del MCMI-III, per poter andare a verificare le due principali ipotesi di ricerca su cui questo studio si basa.

Seconda la prima, nei soggetti in cui è possibile formulare una diagnosi di personalità che riveli un pattern più disadattivo e disfunzionale, sarà più probabile che il profilo difensivo individuato sia caratterizzato per lo più da meccanismi primitivi e immaturi.

La seconda, invece, afferma che, se ci si trova in presenza di un soggetto, la cui diagnosi di personalità riveli dei pattern più funzionali, allora ci si aspetta che il profilo difensivo risulti caratterizzato per lo più da difese mature e adattive.

Dai risultati ottenuti, dalla somministrazione dei due strumenti già citati, si può osservare come queste due ipotesi sembrano essere state solo parzialmente confermate.

Come prima cosa, tuttavia, si vuole mettere in evidenza come in tutti i protocolli ottenuti dalla compilazione del MCMI-III, nell'indice di modifica della Validità, sia stato ottenuto punteggio 0. Ciò indica che il protocollo può essere ritenuto valido in tutti e sette i casi.

Si passerà ora a discutere caso per caso i risultati ottenuti.

Iniziando dalla prima paziente, dalla somministrazione del Millon Clinical Multiaxial Inventory III, sono risultati significativi i punteggi di due scale, appartenenti ai pattern di personalità clinici: la scala Istrionica e la scala Dipendente. Secondo il Manuale Diagnostico Psicodinamico 2 (Lingiardi & Mc Williams, 2008), le difese che queste personalità mettono in atto maggiormente sono: la regressione, il capovolgimento dell'affetto, l'evitamento e la somatizzazione, per la personalità dipendente, e, la rimozione, la regressione, la conversione, la sessualizzazione e l'acting out per quella istrionica.

Passando, quindi, ad analizzare i dati ricavati dalla Defense Mechanism Rating Scale, possiamo notare come la paziente tenda a mettere in atto difese per lo più appartenenti ai cluster difensivi gerarchicamente più bassi, come difese di acting, di diniego e narcisistiche. È importante sottolineare come a queste, tuttavia, si aggiungano anche meccanismi difensivi più adattivi, ovvero difese ossessive e le difese mature. Possiamo quindi notare come la paziente utilizzi solo in minima parte le difese più comuni per le personalità risultate dal MCMI-III. In particolare, risultano essere utilizzate diverse difese di acting, tipiche della personalità istrionica. Prendendo in esame il profilo

difensivo della paziente, e in particolare i punteggi globali di maturità delle difese ottenuti nelle tre sedute di consultazione (rispettivamente 4.1, 4.53, 5.2), si può affermare che questi siano valori intermedi e che rispecchiano in parte, il fatto che la paziente mostri di avere tratti tipici di alcuni pattern di personalità, non pienamente funzionali e adattivi (personalità dipendente e istrionica). Ciò sembra essere in linea con quella che è la nostra prima ipotesi di ricerca. La presenza di un utilizzo di difese anche mature non esclude la possibilità di una diagnosi di personalità più grave.

In merito ai risultati ottenuti da questa paziente nel MCMI-III va prestata attenzione all'indice di modifica della Desiderabilità. Questo, infatti, indica quanto i dati forniti da chi compila lo strumento, possano essere stati influenzati dalla tendenza a mostrarsi come una persona socialmente attraente, moralmente virtuoso ed emotivamente ben controllato (Zennaro et al., 2008). Nel caso della nostra prima paziente, quindi, il punteggio di 89 ottenuto in questa scala, potrebbe indicare che i risultati ottenuti nelle scale dei pattern di personalità precedentemente discussi, siano stati raggiunti cercando di mettersi in una posizione che la rendesse socialmente più attraente.

Anche andando ad analizzare quelli che sono, invece, i dati ottenuti dalla somministrazione dei due strumenti, alla seconda paziente, notiamo che il MCMI-III rivela una presenza predominante delle caratteristiche che contraddistinguono le personalità negativistiche (punteggio 100) e una presenza sicura di quella della personalità dipendente (punteggio 84). La difesa che, secondo il manuale dello strumento, sembra essere centrale nella personalità negativistica è lo spostamento (Zennaro et al., 2008). Per le personalità dipendenti il PDM-2 (Lingiardi e McWilliams), riporta, tra le difese che ci si aspetta essere messe più in atto: la regressione, il capovolgimento dell'affetto, l'evitamento e la somatizzazione.

Passando, quindi, ad analizzare i risultati derivati dall'applicazione della DMRS, la paziente sembra aver utilizzato molte difese appartenenti ai cluster gerarchicamente più bassi. Tra questi risaltano le difese di acting, di diniego e narcisistiche. Nonostante insieme a questi meccanismi appena citati, sia stato rilevato l'uso anche di difese più mature, come quelle del cluster 5 (difese nevrotiche) e del cluster 7 (difese mature), nel complesso, i punteggi globali di maturità delle difese danno un'immagine, di un funzionamento difensivo poco maturo e adattivo (punteggi globali di maturità: 4.19, 4.06,

3.96). In merito alle difese tipiche delle personalità risultanti dal MCMI-III, è stato particolarmente usato il cluster delle difese nevrotiche (19 totali), di cui fa parte lo spostamento, difesa centrale nella personalità negativistica. Possiamo concludere affermando che, considerando i dati ricavati dal MCMI-III, i punteggi globali di maturità delle difese, ricavati tramite DMRS, sono in parte, in linea con quella che è la prima ipotesi di ricerca. Di fatti, in presenza di due pattern di personalità clinici significativi, scala Dipendente e scala Negativistica, abbiamo anche un profilo difensivo per lo più caratterizzato da difese immature e più primitive. Come nel caso precedente, una diagnosi di personalità non esclude necessariamente che la paziente possa usare anche difese più mature e adattive.

Il terzo paziente partecipante allo studio, in seguito alla somministrazione del MCMI-III, ha ottenuto punteggi significativi in quattro delle scale dei pattern di personalità clinici: la scala Negativistica (80), la scala Depressiva (79), la scala Masochistica (76) e, infine, la scala Evitante (75). Come già detto per la paziente precedente, la difesa caratterizzante la personalità negativistica è lo spostamento (Zennaro et al., 2008). Nel caso di personalità masochistiche, invece, ci si aspetta che le difese più utilizzate siano: l'introiezione, il volgersi contro il Sé, l'idealizzazione, l'acting out e il diniego (McWilliams, 2012). In merito alle personalità depressive ed evitanti è il PDM-2 (Lingiardi & McWilliams, 2008) a fornirci informazioni circa i meccanismi difensivi caratteristici per ognuna. Nel caso della prima, il manuale sottolinea come centrali siano l'introiezione, capovolgimento dell'affetto, l'idealizzazione degli altri e la svalutazione del sé. Passando a quelle evitanti, le difese più utilizzate risultano essere: lo spostamento, l'evitamento e la razionalizzazione.

Successivamente all'applicazione della DMRS ai trascritti delle sedute di consultazione, il paziente, risulta avere un profilo difensivo caratterizzato per lo più da difese mature, appartenenti al cluster 7, e qualcuna di cluster gerarchicamente più bassi, in particolare quello narcisistico. In merito a questo ultimo cluster, si vuole porre l'attenzione sul fatto che tra le difese narcisistiche rientrano i meccanismi difensivi di idealizzazione e svalutazione, centrali nel funzionamento di due delle personalità risultanti dal MCMI-III: la scala Depressiva e quella Masochistica. Nel complesso,

considerando anche i punteggi globali di maturità delle difese (6.5, 4.78 e 6.8), il paziente sembra essere in grado di difendersi utilizzando meccanismi molto adattivi e funzionali.

Concludendo, per il terzo paziente partecipante, nonostante i punteggi elevati in quattro scale di pattern di personalità clinici al MCMI-III, ci si trova in presenza di un profilo difensivo non in linea con quanto ci si aspetterebbe. Le difese messe in atto nel corso dei tre trascritti, infatti, appartengono per lo più a cluster gerarchicamente elevati. Queste conclusioni sembrano, quindi, disconfermare quella che è la prima ipotesi di ricerca, secondo cui, in presenza di una diagnosi di personalità disfunzionale e poco adattiva, il profilo difensivo dovrebbe essere ricco di difese immature e primitive.

Continuando ad analizzare i dati ricavati dalla somministrazione dei due strumenti, la quarta paziente, ha ottenuto punteggi significativi in diverse scale del MCMI-III: negativistica (84), dipendente (76) e sadica (75). Oltre a queste, appartenenti alla sezione dei pattern clinici di personalità, è importante prestare attenzione anche alle tre scale dei disturbi gravi di personalità (borderline, paranoide e schizotipica), in cui la paziente ha ottenuto punteggi tutti e tre superiori al cut off (nell'ordine: 93, 79 e 76). Andando a vedere quelle che sono le difese che ci si aspetta vengano messe in atto da queste personalità, il manuale del MCMI-III afferma come per quella negativistica sia centrale l'utilizzo dello spostamento. In merito, alle personalità dipendenti e sadiche, il PDM-2 (Lingiardi e McWilliams, 2008), indica come centrali le difese di regressione, capovolgimento dell'affetto, evitamento e somatizzazione, per le personalità dipendenti. Per le personalità sadiche, invece, vengono citate il distacco, il controllo onnipotente, il capovolgimento dell'affetto e l'acting out.

Passando alle tre scale di disturbi della personalità gravi, uno studio di Perry e collaboratori (2013), ha messo in luce come le difese centrali nella psicologia della personalità schizotipica siano la proiezione, la svalutazione, la scissione e il diniego. A queste si possono aggiungere le difese di azione (aggressione passiva, ipocondriasi e acting out), la razionalizzazione e le difese ossessive (isolamento e intellettualizzazione). Sempre frequentemente utilizzate sono la repressione e la fantasia autistica. Della personalità borderline, invece, ne parla il Manuale Diagnostico Psicodinamico 2 (Lingiardi & McWilliams, 2008), il quale indica tra le difese più utilizzate da questi

individui la scissione, l'identificazione proiettiva, il diniego, la dissociazione e l'acting out.

Infine, per le personalità paranoide, sia la McWilliams (2012), che il PDM-2 (Lingiardi & McWilliams, 2008), indicano come dominanti nella psicologia di queste personalità il diniego e la proiezione.

Passando ad analizzare il profilo difensivo, nelle sue tre sedute di consultazione, la paziente ha utilizzato molte difese appartenente ai cluster più bassi dello strumento di Perry. In particolare, le difese di diniego e narcisistiche e, nella prima seduta, ben cinque meccanismi difensivi appartenenti al cluster delle difese borderline. Nonostante a queste si possano aggiungere anche alcuni meccanismi più maturi, come quelli del cluster 6 o del cluster 7, i punteggi globali di maturità delle difese risultano comunque bassi (3.93, 4.21, 4.19), ad indicare un funzionamento difensivo caratterizzato da difese più immature e primitive. Analizzando quelli che sono i meccanismi di difesa tipici delle personalità risultate significative dal MCMI-III, tra le difese che la paziente ha messo in atto di più nelle sedute di consultazione, ci sono quelle appartenenti al cluster dei meccanismi di diniego. Queste tipologie di difese, come detto precedentemente sono molto utilizzate dalle personalità borderline e paranoide (Lingiardi e McWilliams, 2008), oltre che nella personalità schizotipica (Perry et al., 2013). Anche tra le difese del cluster 2 (difese borderline), molto utilizzate dalla paziente nella prima seduta, rientrano meccanismi difensivi come la scissione e l'identificazione proiettiva, tipiche della personalità Borderline. La paziente sembra mettere in atto anche molti meccanismi di difesa del cluster 4 della DMRS (difese narcisistiche), tra cui rientrano l'idealizzazione e la svalutazione, che sono difese molto usate dalle personalità depressive, scala in cui il soggetto ha ottenuto un punteggio di 101.

Riassumendo, nel caso della quarta paziente, potremmo dire che la prima ipotesi di ricerca sembra essere confermata. In presenza, infatti, di una diagnosi di personalità, che rivela diverse scale disfunzionali, con punteggi molto elevati, anche tra disturbi molto gravi, ritroviamo un profilo difensivo in linea con essa, ricco di meccanismi primitivi e immaturi.

La somministrazione del MCMI-III al quinto paziente del nostro campione ha rilevato punteggi significativi per il soggetto, in due scale dei pattern clinici di personalità:

nella scala Schizoide (79) e in quella Depressiva (75). I meccanismi difensivi più utilizzati dalle personalità schizoidi sono: la proiezione e l'introiezione, la svalutazione, l'idealizzazione, il ritiro autistico e, come sottolineato da McWilliams (2012), l'intellettualizzazione. Per le personalità depressive, invece, ci si aspetta che le difese messe in atto più frequentemente siano: l'introiezione, capovolgimento dell'affetto, l'idealizzazione degli altri e la svalutazione del sé (Lingiardi & McWilliams, 2008).

Dall'applicazione della DMRS ai trascritti delle sedute di consultazione, risulta che il paziente abbia un profilo difensivo in cui prevalgono per lo più meccanismi di difesa maturi e funzionali. Le difese maggiormente utilizzate, infatti, appartengono ai cluster gerarchicamente più elevati, ovvero il 6 (difese ossessive) e il 7 (difese mature). Ciò sembra confermato anche dai punteggi globali di maturità delle difese, molto elevati, ottenuti per le tre sedute (6.46, 6, 6.25). Pensando alle personalità risultate significative dal MCMI-III, la difesa dell'intellettualizzazione, una delle più utilizzate dalla personalità schizoide (McWilliams, 2012), rientra nel cluster delle difese ossessive, tra le più utilizzate da questo paziente. Tuttavia, non è possibile riscontrare un frequente uso delle altre difese che l'autrice ritiene essere caratterizzanti per questa personalità. Anche per quanto riguarda la personalità depressiva, il soggetto non sembra mettere in atto i meccanismi che ci si aspetterebbe da questo pattern di personalità.

In conclusione, alla luce delle due scale di personalità risultate significative dalla compilazione del MCMI-III, secondo la prima delle due ipotesi di ricerca, ci saremmo aspettati un profilo di personalità caratterizzato più da meccanismi di difesa primitivi che maturi, come invece la DMRS ha rivelato. Possiamo tuttavia sottolineare come i punteggi ottenuti in entrambe le scale (rispettivamente 79 e 75), sono, sì superiori al cut off, ma non maggiori di 85, punteggio che indica una presenza predominante della caratteristica. Questo potrebbe in parte spiegare il perché il soggetto abbia messo in atto difese anche molto adattive durante i suoi colloqui.

Una situazione opposta al caso del quinto paziente dello studio è quella del sesto paziente. Dalla somministrazione del MCMI-III, infatti, risulta che in nessuna scala, il paziente abbia raggiunto punteggi superiori al cut off di 75. Solo nella scala Depressiva dei pattern di personalità clinici, il punteggio è vicino al valore soglia, ovvero 72. Dalle personalità depressive, ci si aspettano, secondo il PDM-2, difese come l'introiezione,

capovolgimento dell'affetto, l'idealizzazione degli altri e la svalutazione del sé (Lingiardi & McWilliams, 2008).

Tuttavia, dall'applicazione della DMRS ai tre trascritti, il paziente risulta aver utilizzato per lo più meccanismi difensivi immaturi e appartenenti ai cluster gerarchicamente più bassi dello strumento. In particolare, i cluster sono: l'1, difese di acting, il 3, difese di diniego e il cluster 4, difese narcisistiche. Anche i punteggi globali di maturità delle difese, molto bassi (3.23, 3.25, 3.94), sembrano confermare questa tendenza. L'utilizzo di difese narcisistiche rispecchia in parte il punteggio ottenuto nella scala Depressiva. I meccanismi di difesa di idealizzazione e svalutazione, infatti, tipici di queste personalità, rientrano nel cluster 4, utilizzato molto dal paziente.

Potremmo, quindi, concludere, che la seconda nostra ipotesi di ricerca non sia stata confermata da questi risultati. In presenza, infatti, di una diagnosi di personalità che non rivela nessun punteggio significativo in alcuna scala del MCMI-III, se non un punteggio vicino al cut off per quella Depressiva, ci saremmo aspettati di ritrovare un profilo difensivo altrettanto funzionale e adattivo. Questo, tuttavia, non risulta, in quanto lo strumento di Perry ha messo in luce come il paziente tenda ad utilizzare per lo più difese immature.

Passando, infine, all'ultimo dei sette pazienti partecipanti alla nostra ricerca, possiamo notare come dalla compilazione del MCMI-III non si siano ottenuti punteggi significativi in nessuno dei pattern di personalità, sia clinici che gravi. È meritevole di attenzione, tuttavia, come nel caso del paziente precedente, il punteggio raggiunto nella scala Depressiva, di 74, molto vicino al cut off di 75. Pensando alla personalità depressiva il Manuale Diagnostico Psicodinamico 2, afferma che dovremmo aspettarci come difese più utilizzate: l'introiezione, capovolgimento dell'affetto, l'idealizzazione degli altri e la svalutazione del sé (Lingiardi & McWilliams, 2008).

Passando, quindi, al profilo difensivo del paziente, questo sembra utilizzare sia difese più immature e appartenenti a cluster gerarchicamente più bassi (difese di acting e difese di diniego), sia meccanismi di difesa collocabili nei cluster 6 e 7, ovvero difese ossessive e difese mature. Anche i punteggi globali di maturità delle difese (4.77, 4.67, 4.95) sono valori intermedi che indicano un livello difensivo né del tutto immaturo né

pienamente adattivo e funzionale. Nessuno dei cluster più utilizzati del soggetto rispecchia quelle che sono le difese più comuni nelle personalità depressive.

Pensando alla seconda ipotesi di ricerca che è stata formulata potremmo affermare che questa risulta essere confermata solo parzialmente. In presenza, infatti, di una diagnosi di personalità che non rivela nessun pattern clinico significativo, il profilo difensivo non è del tutto in linea con essa. Il paziente, infatti, mette in atto difese molto mature e appartenenti a cluster gerarchicamente elevati, ma a queste si affiancano anche molti meccanismi di difesa più immaturi e disadattivi.

4.2 Conclusioni

L'obiettivo che ci si è posti con il presente elaborato è stato quello di verificare, se sia possibile affermare che esista una relazione tra il profilo difensivo e la diagnosi di personalità, in un campione di sette soggetti. Nello specifico sono stati utilizzati due strumenti: il primo è la DMRS (Defense Mechanism Rating Scale) di Perry, utilizzato sui trascritti delle prime tre sedute di consultazione, che ogni partecipante ha svolto presso il Servizio di Assistenza Psicologica dell'Università di Padova. Il secondo strumento invece è il MCMI-III (Millon Clinical Multiaxial Inventory III) di Millon, compilato dai soggetti stessi. Dai risultati ottenuti dalla somministrazione di entrambi gli strumenti ci si aspettava di rilevare due tendenze:

1. In presenza di una diagnosi di personalità che riveli un pattern più disadattivo e disfunzionale, sarà più probabile che il profilo difensivo individuato sia caratterizzato per lo più da meccanismi primitivi e immaturi.
2. In presenza di un soggetto, la cui diagnosi di personalità riveli dei pattern più funzionali, allora ci si aspetta che il profilo difensivo risulti caratterizzato per lo più da difese mature e adattive.

La formulazione di queste due ipotesi di ricerca è avvenuta sulla base della letteratura già presente in merito a meccanismi difensivi e diagnosi di personalità. Tra gli studi, che maggiormente hanno contribuito al tema, ricordiamo quelli già citati di Perry e Cooper (1989), di Bond e Perry (2004) e di Perry e collaboratori (2013). Altrettanto importante studio, già menzionato precedentemente, è quello di Lingiardi e collaboratori del 1999. In tutti è stato possibile riscontrare come, pazienti con diagnosi

di disturbo di personalità tendano ad usare maggiormente difese immature e di basso livello.

Passando all'analisi dei dati ricavati per ogni soggetto del nostro studio, quello che è stato possibile notare è che le due ipotesi formulate non sempre sono state verificate. Solo per il quarto soggetto partecipante allo studio sono stati ottenuti dei risultati che sembrano pienamente confermare l'ipotesi secondo cui, ad una diagnosi di personalità che rivela pattern disadattivi e poco funzionali, corrisponda anche un profilo difensivo caratterizzato da meccanismi immaturi e primitivi.

Il terzo e il quinto soggetto, invece, sembrano disconfermare la prima ipotesi di ricerca, in quanto, a due diagnosi di personalità, in cui più scale hanno ottenuto un punteggio superiore al cut off di 75, in entrambi i casi corrisponde un profilo in cui prevalgono meccanismi di cluster elevati, come le difese mature del cluster 7.

Una situazione opposta a quella appena descritta, si è verificata con il sesto paziente. Egli, infatti, non ha ottenuto punteggi significativi e superiori al cut off in nessuna scala dei pattern di personalità, clinici o gravi, del MCMI-III, se non un punteggio di 72 in una delle scale dei pattern clinici di personalità. Insieme a questa diagnosi, tuttavia, non si è riscontrato un profilo difensivo caratterizzato da meccanismi maturi e adattivi, come ci si sarebbe aspettati, secondo la seconda ipotesi di ricerca.

Infine, i primi due e il settimo dei pazienti partecipanti alla ricerca, hanno ottenuto risultati che solo parzialmente confermano le ipotesi di ricerca. La DMRS, nei trascritti delle tre sedute di consultazione, ha messo in luce come tutti e tre i pazienti abbiano utilizzato, quasi nella stessa misura, meccanismi difensivi appartenenti sia a livelli gerarchici elevati (per esempio, le difese mature del cluster 7), sia a livelli gerarchici più immaturi. La differenza tra i tre è visibile nei risultati del MCMI-III. Le prime due pazienti, infatti, hanno ottenuto valori significativi in due scale dei pattern clinici di personalità. Il settimo paziente, invece, non ha raggiunto la soglia del cut off in nessuna. L'unico punteggio meritevole di attenzione è stato quello di 74 alla scala Depressiva.

Concludendo, si può affermare che pochi dei risultati ottenuti hanno confermato le ipotesi formulate. Diverse sono le cause che possono essere rintracciate per spiegare ciò. Il fatto di aver preso in considerazione solo sedute di consultazione, ad esempio, e non anche gli incontri successivi previsti dalla terapia, non ha permesso di poter delineare un profilo difensivo che rappresentasse a pieno i soggetti dello studio. Se si prendessero

in considerazione, infatti, anche le sedute successive a quelle iniziali di consultazione, saremmo in grado di poter comprendere, più approfonditamente, il funzionamento difensivo del paziente, anche in relazione alla diagnosi di personalità. Avremmo un più ampio campione di trascritti e, conseguentemente, di difese utilizzate dai soggetti, che aiuterebbero a comprendere se effettivamente possa esistere una relazione tra queste e il profilo di personalità che si delinea con il MCMI-III.

La Defense Mechanism Rating Scale, inoltre, prevede una classificazione di 27 difese. Questi meccanismi difensivi non rispecchiano tutti quelli che in letteratura sono stati individuati e classificati. Questo, talvolta, è risultato svantaggioso nella conferma delle ipotesi, in quanto, non sempre i meccanismi difensivi che risultavano essere tipici di un particolare pattern di personalità risultato dal MCMI-III, trovavano una collocazione nella classificazione operata da Perry per il suo strumento. In questi casi, è risultato difficile operare dei confronti tra quelle che erano le difese che il PDM-2 (2008) o la McWilliams (2012) affermavano essere tipiche di determinate personalità e le difese riscontrate con la DMRS.

Anche la compilazione del Millon Clinical Multiaxial Inventory III potrebbe aver contribuito a creare delle difficoltà nella verifica delle ipotesi. Lo strumento, infatti, è autosomministrato, ovvero compilato direttamente dai pazienti. Questo potrebbe aver fatto sì, che alcuni pazienti siano stati spinti a fornire risposte agli item, che enfatizzassero o, al contrario, celassero, il disagio provato.

4.3 Limiti e prospettive future

Questo lavoro di tesi, presenta sicuramente dei limiti, che hanno condizionato quelli che sono stati i risultati ottenuti.

In primo luogo, limitante nella discussione dei risultati è stato il fatto di aver potuto analizzare solamente i cluster di difese e non i singoli meccanismi. Questo poiché il valore di reliability ottenuto nell'esercitazione a gruppi, nell'addestramento per la DMRS, derivato dal confronto del trascritto analizzato dal gruppo di ricerca con quello analizzato da giudici esperti, non è stato sufficientemente elevato. Di conseguenza non è stato possibile fare considerazioni in merito a quali, nello specifico, fossero i singoli meccanismi difensivi utilizzati dai soggetti. Riuscire ad entrare nel particolare del funzionamento difensivo, andando ad analizzare le singole difese messe in atto, avrebbe

contribuito ad un'analisi dei risultati più approfondita. Sarebbe stato possibile, infatti, confrontare le singole difese con quelle ritenute caratteristiche di ogni personalità identificata tramite il MCMI-III.

Un secondo limite che è possibile rintracciare nella ricerca, riguarda il campione considerato. Di fatto, sono stati analizzati i trascritti soltanto di sette pazienti che non possono essere considerati un campione del tutto rappresentativo. Si potrebbe, quindi, considerare il presente lavoro come un punto di partenza, per ulteriori ricerche, così da ampliare il numero dei soggetti partecipanti e ottenere risultati più rappresentativi.

BIBLIOGRAFIA

Alareqe, N. A., Roslan, S., Nordin, M. S., Ahmad, N. A., & Taresh, S. M. (2021). Psychometric Properties of the Millon Clinical Multiaxial Inventory–III in an Arabic Clinical Sample Compared With American, Italian, and Dutch Cultures. *Frontiers in psychology, 12*.

Andrwes, G. (1983). A treatment outline for depression disorders: The quality assurance project. *Australian and New Zeland Journal of Psychiatry, 17*, 129-146.

APA (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC, American Psychiatric Publishing.

APA (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Asay, T. P., Lambert, M. J., Christensen, E. R., & Beutler, L. E. (1984). A meta-analysis of mental health treatment outcome. *Unpublished manuscript, Brigham Young University, Department of Psychology*.

Badgio, P. C., Halperin, G. S., & Barber, J. P. (1999). Acquisition of adaptive skills: Psychotherapeutic change in cognitive and dynamic therapies. *Clinical Psychology Review, 19*(6), 721-737.

Balestrieri, M., Williams, P., & Wilkinson, G. (1988). Special mental health treatment in general practice: A meta-analysis. *Psychological Medicine, 18*, p. 717.

Barker, S. L., Funk, S. C., & Houston, B. K. (1988). Psychological treatment versus nonspecific factors: A meta-analysis of conditions that engender comparable expectations for improvement. *Clinical Psychology Review, 8*, 579–594.

Bergin, A. E. (1971). The evaluation of therapeutic outcomes. In Bergin, A.E, & Garfield, S.L., (Eds.) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: An Empirical Analysis, 1st ed.* (pp. 217-270). New York: Jhon Wiley and Sons.

Bergin, A.E., & Lambert, M.J. (1978). "The evaluation of therapeutic outcomes". In Bergin, A.E, Garfield, S.L., (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: An Empirical Analysis*, 2nd ed, Jhon Wiley and Sons, New York.

Berman, S. M. W., & McCann, J. T. (1995). Defense mechanisms and personality disorders: An empirical test of Millon's theory. *Journal of Personality Assessment*, 64(1), 132-144.

Bond, M. (1992). An empirical study of defensive styles: The Defense Style Questionnaire. In G. E. Vaillant (Eds.) *Ego mechanisms of defense: A guide for clinicians and researchers*, (pp. 127-158). Washington, DC: American Psychiatric Press

Bond, M. P. (1995). The development and properties of the Defense Style Questionnaire. *Ego defenses: Theory and measurement*, 10 (10), 202-220.

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

Bond, M., Gardner, S.T., Christian, J., & Sigal, J.J. (1983). Empirical study of self-rated defense styles. *Arch Gen Psychiatry*. 40, 333-338.

Brambilla, S. (2002). La Defense Mechanism Rating Scale. In V. Lingiardi & F. Madeddu (Eds) *I meccanismi di difesa* (pp. 321- 338) Milano: Raffaello Cortina.

Caparrós, B., & Hoz, E. (2013). Millon Clinical Multiaxial Inventory III (MCMI-III) and Communication Styles in a Sample of University Students. *The Spanish Journal of Psychology*, 16, E85. doi:10.1017/sjp.2013.85.

Chambless, D., & Ollendick, T. H. (2000). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Ann. Rev. Psychology*, 52, 685-716.

Choca, J. P., & Grossman, S. D. (2015). Evolution of the millon clinical multiaxial inventory. *Journal of personality assessment*, 97(6), 541-549.

Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., & Kernberg, O. F. (1999). *Psychotherapy for borderline personality*. New York: John Wiley & Sons Inc.

Craig, R. J. (2003). Use of the Millon Clinical Multiaxial Inventory in the psychological assessment of domestic violence: A review. *Aggression and Violent Behavior, 8*(3), 235-243.

Cramer, P. (1988). The Defense Mechanism Inventory: A review of research and discussion of the scales. *Journal of Personality Assessment, 52*(1), 142-164.

Cramer, P. (1998a). Defensiveness and defense mechanism. *Journal of Personality, 66*(6), 879-894.

Cramer, P. (1998b). Coping and defense mechanisms: What's the difference?. *Journal of personality, 66*(6), 919-946.

Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B. C., & Mukherjee, D. (2013). Psychotherapy process–outcome research. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 6th ed., (pp. 298–340). Hoboken, NJ: Wiley.

Cuijpers, P., & Dekker, J. (2005). Psychological treatment of depression: A systematic review. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde, 149*, 1892–1897.

Cuijpers, P., Van Straten, A., Warmerdam, L., & Andersson, G. (2008). Psychological treatment of depression: A meta-analytic database of randomized studies. *BMC Psychiatry, 8*, 1-6. doi: 10.1186/1471-244X-8-36.

Davidson, K., & MacGregor, M. W. (1996). Reliability of an idiographic Q-sort measure of defense mechanisms. *Journal of Personality Assessment, 66*(3), 624-639.

Davidson, K., & MacGregor, M. W. (1998). A critical appraisal of self-report defense mechanism measures. *Journal of Personality*, 66(6), 965-992.

Dazzi, N. (2006). Il dibattito contemporaneo sulla ricerca in psicoterapia. In N. Dazzi, V. Lingiardi & A. Colli (Eds.) *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*, (pp. 3-29). Milano: Raffaello Cortina.

Dazzi, N., Lingiardi, V., & Colli, A. (2006). *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*. Milano, R. Cortina.

De Felice, G., Giuliani, A., Halfon, S., Andreassi, S., Paoloni, G., & Orsucci, F. F. (2019). The misleading Dodo Bird verdict. How much of the outcome variance is explained by common and specific factors?. *New Ideas in Psychology*, 54, 50-55.

Di Giuseppe, M., Gennaro, A., Lingiardi, V., & Perry, J. C. (2019). The role of defense mechanisms in emerging personality disorders in clinical adolescents. *Psychiatry*, 82(2), 128-142.

Durlak, J. A. (1999). Meta analytic research methods. In Kendall, P.C., Butcher, J., Holmbeck, G. (Eds.) *Handbook of Research Methods in Clinical Psychology*. New York: Jhon Wiley and Sons,

Dush, D. M. (1986). The placebo in psychosocial out- come evaluations. *Evaluation & the Health Professions*, 9, 421-438.

Dutton, D. G. (1994). The origin and structure of the abusive personality. *Journal of Personality Disorders*, 8(3), 181.

Elliott, R., Slatick, E., & Urman, M. (2001). Qualitative change process research on psychotherapy: Alternative strategies. *Psychological test and Assessment Modeling*, 43(3), 69.

Eysenck, H.J. (1952). "The effects of psychotherapy: An evaluation". In *Journal of Consulting Psychology*, 16, pp. 319-324.

Freni, S., & Papini, S. P. (2006). Una rassegna critica degli strumenti utili per la ricerca in psicoterapia. In N. Dazzi, V. Lingiardi & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*, (pp. 91-122). Milano: R. Cortina.

Freud, A. (1936). L'Io e i meccanismi di difesa, tr. it. *Opere di Anna Freud*.

Freud, A. (1965). *Normality and pathology in childhood*. New York: International Universities Press.

Freud, S. (1925). *Inibizione, sintomo e angoscia*. OSF, vol. 10.

Gerin, P., Dazord, A., & Sali, A. M. (1991). *Psychothérapies et changements: méthodologie de leur évaluation*. Presses univ. de France.

Gleser, G. C., & Ihilevich, D. (1969). An objective instrument for measuring defense mechanisms. *Journal of consulting and clinical psychology*, 33(1), 51.

Gordon A., & Nath S. (2010). A comparison of the dependent variables in CBT and PDT outcome research: Toward measuring symptom states, personality traits, and mental capacities. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 58, 556-560.

Grimm, P. (2010). Social desirability bias. *Wiley international encyclopedia of marketing*.

Hill, C. E., Nutt, E. A., & Jackson, S. (1994). Trends in psychotherapy process research: Samples, measures, researchers, and classic publications. *Journal of Counseling Psychology*, 41(3), 364.

Høglend, P., & Perry, J. C. (1998). Defensive functioning predicts improvement in major depressive episodes. *The Journal of nervous and mental disease*, 186(4), 238-243.

Hsu, L. (2002). Diagnostic validity statistics and the MCMI-III. *Psychol. Assess.* 14:410. doi: 10.1037/1040-3590.14.4.410

Hsu, L. (2005). "Using critiques of the MCMI to improve MCMI research and interpretations," in *New Directions in Interpreting the Millon™ Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III™)*, ed R. J. Craig (John Wiley & Sons Inc), 290–320.

Ihilevich, D. (1995). The Defense Mechanisms. *Ego defenses: Theory and measurement*, (10), 221.

Ihilevich, D., & Gleser, G. C. (1986). *Defense mechanisms: Their classification, correlates, and measurement with the Defense Mechanisms Inventory*. DMI associates.

Kendall P.C., Marrs-garcia A., Nath S.R., & Sheldrick R.C. (1999). Normative comparisons for the evaluation of clinical significance. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67 (3), 285-299.

Kernberg, O. F. (1984). *Disturbi gravi della personalità*. Tr. it. Bollati Boringhieri, Torino, 2000.

Kernberg, O. F. (1996). "Teoria psicoanalitica dei disturbi di personalità". Tr. it. In

Clarkin, J.F & Lenzenweger, M. F. (Eds.) *I disturbi di personalità. Le cinque principali teorie*. (pp.107-139). Milano: Raffaello Cortina.

Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *International Journal of Psycho-Analysis*, 27, 99-110.

Kouth, H. (1984). *La cura psicoanalitica*. Tr. it. Boringhieri, Torino 1986.

Lambert, M. J. (2013). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed.). Hoboken, NJ: Wiley.

Lambert, M.J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. Lambert (Eds.) *The Handbook of psychotherapy and behavior change*, 5th ed (pp. 139-193). New York: Jhon Wiley and Sons.

Lingiardi V., Gazzillo F., & Waldron W. (2010). An empirically supported psychoanalysis: The case of Giovanna. *Psychoanal. Psychology*, 27(2), 190-218.

Lingiardi, V. (2002). Teoria. In V. Lingiardi & F. Madeddu (a cura di) *I meccanismi di difesa, nuova ed*, (pp. 1-154). Milano: Raffaello Cortina.

Lingiardi, V. (2006). 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.

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.

Lingiardi, V., & Madeddu, F. (2002). *I meccanismi di difesa, nuova ed*. Milano: Raffaello Cortina.

Lingiardi, V., & McWilliams, N. (2012). *Manuale Diagnostico Psicodinamica*. Seconda Edizione.

Lingiardi, V., & Ponsi, M. (2013). L'utilità della ricerca empirica per la psicoanalisi. *Rivista di Psicoanalisi*, 59(4), 885-909.

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.

Lipsey, M. W., & Wilson, D. B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment: Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist*, 48, 1181-1209.

Llewelyn, S., Macdonald, J., & Aafjes-van Doorn, K. (2016). Process-outcome studies. In J. Norcross (Ed.), *Handbook of clinical psychology* (pp. 451-463). Worcester: American Psychological Association. doi:[10.1037/14773-020](https://doi.org/10.1037/14773-020).

Luborsky, L., Crabtree, L., Curtis, H., Ruff, G., & Mintz, J. (1975). The concept "space" of transference for eight psychoanalysts. *British Journal of Medical Psychology*, 48, 1-6.

MacGregor, M. W., & Olson, T. R. (2004). MECHANISMS ASSESSED BY THE DEFENSE-Q. *Advances in Psychology Research*, 66, 95.

Madeddu, F. (2002). Valutazione. In V. Lingiardi & F. Madeddu (Eds.) *I meccanismi di difesa, nuova ed.* (pp. 155-223). Milano: Raffaello Cortina.

McWilliams, N. (2012). La diagnosi psicoanalitica. II edizione. *Roma: Astrolabio*.

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.

Millon, T. (1981). *Disorders of Personality: DSM-III, Axis II*. John Wiley & Sons.

Millon, T. (1983a). *Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-I) manual*, 3rd ed. Minneapolis, MN: National Computer Systems.

Millon, T. (1983b). *Modern Psychopathology: A Biosocial Approach to Maladaptive Learning and functioning*. Waveland Press Inc.

Millon, T. (1986a). Personality prototypes and their diagnostic criteria. In T. Millon e G.L. Klerman (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology: Toward the DSM-IV* (pp. 671-712). New York: Guilford

Millon, T. (1986b). A theoretical derivation of pathological personalities. In T. Millon e G.L. Klerman (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology: Toward the DSM-IV* (pp. 639-669). New York: Guilford

Millon, T. (1987a). *Manual for the MCMI–II*, 2nd ed., Minneapolis, MN: National Computer Systems.

Millon, T. (1987b). *Millon Clinical Multiaxial Inventory II*. Ncs interpretive scoring systems.

Millon, T. (1994). *MCMI-III Manual: Millon Clinical Multiaxial Inventory–II*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.

Millon, T. (2006). *Millon Clinical Multiaxial Inventory–III (MCMI–III) manual*, 3rd ed., Minneapolis, MN: Pearson Assessments.

Millon, T. and Davis, R. D. (1996). *Disorders of personality: DSM–IV and beyond.*, New York: Wiley.

Millon, T., and Grossman, S. D. (2006). Millon’s evolutionary model for unifying the study of normal and abnormal personality. In S. Strack (Ed.), *Differentiating normal and abnormal personality* (2nd ed., pp. 3–49). New York: Springer.

Millon, T., Davis, R. D., and Millon, C. (1997). *MCMI-III Manual*. National Computer Systems.

Millon, T., Millon, C., Davis, R. D., and Grossman, S. D. (2006). *MCMI-III Manual, 3 Edn*. Minneapolis, MN: Pearson Education, Inc.

Nathan P.E., Stuart S.P., & Dolan S.L. (2000). Research on psychotherapy efficacy and effectiveness: Between Scylla and Charybdis?. *Psychol. Bulletin*, 126, (6), 964-981.

Nicholson, R. A., & Berman, J. S. (1983). Is follow up necessary in evaluating psychotherapy?. *Psychological Bulletin*, 93, 261–278.

Ogles, B. M. (2013). Measuring change in psychotherapy research. *Bergin and Garfield’s handbook of psychotherapy and behavior change*, 6, 134-166.

Orlinsky, D. E. (2009). The “Generic Model of Psychotherapy” after 25 years: Evolution of a research-based metatheory. *Journal of Psychotherapy Integration*, 19 (4), 319.

Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1987). A generic model of psychotherapy. *Journal of Integrative & Eclectic Psychotherapy*, 6, 6-27.

Orlinsky, D. E., Ronnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* 5th ed., (pp. 307–390). New York, NY: Wiley.

Perry JC (1990): The Defense Mechanism Rating Scales Manual, fifth edition. Copyright by J.C.

Perry, J. C. (1990). “Defense Mechanism Rating Scale”. Tr. It. In Lingiardi, V., Madeddu, F. (a cura di), *I meccanismi di difesa*, nuova ed. Milano: Raffaello Cortina, 2002.

Perry, J. C. (1996). Impulsive Versus Obsessive-Compulsive Disorders. *Impulsivity and compulsivity*, 195.

Perry, J. C., & Cooper, S. H. (1986). A preliminary report on defenses and conflicts associated with borderline personality disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 34(4), 863-893.

Perry, J. C., & Cooper, S. H. (1989). An empirical study of defense mechanisms: I. Clinical interview and life vignette ratings. *Archives of General Psychiatry*, 46(5), 444-452.

Perry, J. C., & Cooper, S. H. (1992). What do cross-sectional measures of defense mechanisms predict. *Ego mechanisms of defense: A guide for clinicians and researchers*, 195-216.

Perry, J. C., & 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., & Hoglend, P. (1998). Convergent and discriminant validity of overall defensive functioning. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 529-535.

Perry, J. C., & Lanni, F. F. (1998). Observer-rated measures of defense mechanisms. *Journal of personality*, 66(6), 993-1024.

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., Beck, S. M., Constantinides, P., & Foley, J. E. (2009). Studying change in defensive functioning in psychotherapy, using the Defense Mechanism Rating Scales: Four hypotheses, four cases. In R. A. Levy & J. S. Ablon (Eds.), *Handbook of evidenced based psychodynamic psychotherapy* (pp. 121-153). New York, NY: Humana Press.

Perry, J. C., Kardos, M. E., & Pagano, C. J. (1993). The study of defenses in psychotherapy using the Defense Mechanism Rating Scales (DMRS). *The concept of defense mechanisms in contemporary psychology*, 122-132.

Perry, J. C., Lingardi, V., & Ianni, F. (1999). Psychodynamic Research can Help us to Improve Diagnosis and Therapy for Personality Disorders. In *Treatment of personality disorders* (pp. 39-52). Springer, Boston, MA.

Perry, J. C., Presniak, M. D., & Olson, T. R. (2013). Defense mechanisms in schizotypal, borderline, antisocial, and narcissistic personality disorders. *Psychiatry*, 76 (1), 32-52. doi:10.1521/psyc.2013.76.1.32

Perry, J.C., Hoglend, P., Shear, K., Vaillant, G.E., Horowitz, M., Kardos, M.E., Bille, H., & Kagan, D. (1998) Field trial of a diagnostic axis for defense mechanisms for DSM-IV. *J Pers Disord* 12:56-68. Perry, M.D., Cambridge, Massachusetts.

Piotrowski, C., & Lubin, B. (1990). Assessment practices of health psychologists: survey of APA division 38 clinicians. *Prof. Psychol. Res. Pract.* 21, 99-106. doi: 10.1037/0735-7028.21.2.99.

Rachman, S. J., & Wilson, G. T. (1980). *The effects of psychological therapy* (2nd ed.). New York, NY: Pergamon.

Robinson, L. A., Berman, J. S., & Neimeyer, R. A. (1990). Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled out-come research. *Psychological Bulletin*, *108*, 30–49.

Rosenzweig, S. (1936). “Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy”. *American journal of Orthopsychiatry*, *6*(3), 412.

Sahdish, W. R., Matt, G. E., Navarro, A. M., Siegle, G., Crits-Cristoph, P., Hazelrigg, M. D., Jorm, A. F., Lyons, L. C., Nietzel, M.T., Prout, H. T., Robinson, L., Smith, M. L., Svartberg, M., & Weiss, B. (1997). “Evidence that therapy works in clinically representative conditions”. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *65*, 355-365.

Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). “Meta-analysis of psychotherapy outcome studies”. *American Psychologist*, *32*, 752–760.

Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

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., & Gomes-Schwartz, B. (1977). *Psychotherapy for better or worse: The problem of negative effects*. New York: Jason Aronson.

Vaillant, G. E. (1986). Introduction: A brief history of empirical assessment of defense mechanisms. *Empirical studies of ego mechanisms of defense*, viii-xx.

Vaillant, G. E. (1992). *Ego mechanisms of defense: a guide for clinicians and researchers*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Wachtel P.L. (2010). Beyond ESTs: Problematic assumptions in the pursuit of evidence-based practice. *Psychoanal. Psychology*, 27(3), 251-272.

Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work, 2nd edition*. New York: Routledge.

Westen D., Novotny C.M., & Thompson-Brenner H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, finding, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological. Bulletin*, 130 (4), 631-663.

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

Zennaro, A., Ferracuti, S., Lang, M., & Sanavio, E. (2008). MCMII III, Millon Clinical Multi-axial Inventory III Ed., Manuale.