



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

**Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia  
Applicata (FISPPA)**

**Corso di laurea in Psicologia Clinico-Dinamica**

**Tesi di laurea**

**La DMRS come strumento d'analisi per il processo  
terapeutico: lo studio su un caso clinico**

**DMRS as an analytical instrument for the therapeutic process: the  
study on a clinical case**

*Relatrice*

**Prof.ssa Silvia Salcuni**

*Laureando: Marangoni Riccardo*

*Matricola: 2015604*

Anno Accademico 2022/2023



## INDICE

INTRODUZIONE	5
CAPITOLO 1: LE SINDROMI DEPRESSIVE NEL CORSO DELLA STORIA: DALL'ANTICHITÀ CLASSICA AL DSM-5	7
1.1 <i>La melanconia dell'epoca classica</i>	7
1.2 <i>Il Rinascimento: melanconia galenica vs genio aristotelico</i>	8
1.3 <i>L'età dell'Illuminismo: la melanconia della Nuova Scienza</i>	9
1.4 <i>Malinconia e Nevrastenia nel XIX secolo</i>	11
1.5 <i>Emil Kraepelin e Sigmund Freud: la depressione dell'età moderna</i>	13
1.6 <i>Gli anni '70 e '80: la nuova depressione</i>	15
1.7 <i>La depressione ai nostri giorni: una panoramica fornita dal DSM-5 e dal PDM-2</i>	17
CAPITOLO 2: DEPRESSIONE E PERSONALITÀ: UNA PANORAMICA DI STAMPO PSICODINAMICO	19
2.1 <i>Eziologia e sintomi della depressione: una cornice psicodinamica</i>	19
2.2 <i>La prospettiva psicodinamica: focus sulle dimensioni della depressività e personalità anaclitica e introiettiva</i>	21
2.3 <i>Personalità e depressione: una visione d'insieme</i>	23
CAPITOLO 3: LA DEFENSE MECHANISM RATING SCALE, I MECCANISMI DI DIFESA E LA LORO RELAZIONE CON LE PSICOPATOLOGIE DEPRESSIVE	27
3.1 <i>Introduzione ai meccanismi di difesa: una parentesi sui passaggi storici e teorici più importanti</i>	27
3.2 <i>La Defense Mechanism Rating Scale</i>	31
3.3 <i>I meccanismi di difesa e le sindromi depressive</i>	41
CAPITOLO 4: IL CASO CLINICO	45

<i>4.1 Il caso di M.</i>	45
<i>4.2 Una visione d'insieme sul caso di M.</i>	58
CONCLUSIONI	67
RINGRAZIAMENTI	69
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	70

## INTRODUZIONE

La DMRS è uno strumento attraverso cui i clinici, partendo dai trascritti dei colloqui con i pazienti, siglano i meccanismi di difesa presenti nel corso delle sedute. L'utilizzo di questo strumento però non si limita esclusivamente alla siglatura. Infatti, a partire dai meccanismi di difesa osservati dai vari trascritti, è possibile effettuare un'analisi puntuale del cambiamento dei processi difensivi. Questa analisi, in un secondo momento, può essere utilizzata per comprendere a che punto del processo terapeutico si trova il paziente, al fine di comprenderne l'outcome.

A partire da queste prime considerazioni, in questo lavoro viene esposto com'è possibile effettuare una serie di osservazioni cliniche attraverso l'applicazione della DMRS su un single case, riconducibile ad una diagnosi di depressione. Per questo motivo, nei capitoli 1 e 2 vengono considerate l'evoluzione del concetto di depressione nel corso delle diverse epoche storiche fino ai giorni nostri; e la depressione in senso stretto, anche nella relazione che questo disturbo ha con la personalità.

Nel capitolo 3 vengono presentati i meccanismi di difesa anche in relazione alle sindromi depressive. Inoltre, viene presentata la DMRS nella sua totalità, considerando i diversi livelli difensivi e le difese che li compongono.

Infine, nel capitolo 4 viene presentato il caso di M., comprendendo la diagnosi e l'analisi del processo terapeutico a partire dalle osservazioni emerse attraverso l'applicazione della DMRS.



# CAPITOLO 1

## LE SINDROMI DEPRESSIVE NEL CORSO DELLA STORIA: DALL'ANTICHITÀ CLASSICA AL DSM-5

### *1.1 La melanconia dell'epoca classica*

La depressione così come la conosciamo fonda in realtà le sue radici in epoche lontane da noi e, nel corso dei secoli, è andata sviluppandosi per giungere a ciò che oggi possiamo leggere nel DSM-5.

La prima descrizione dei fenomeni depressivi risale al V secolo a.C. ed è attribuita ad Ippocrate, che presenta la depressione con il nome di “melanconia”. Questo stato patologico era caratterizzato da paura e tristezza di lunga durata, accompagnati da altri sintomi quali l'avversione per il cibo, l'insonnia, l'irrequietezza e l'irritabilità (DeRubeis & Strunk, 2017).

Un aspetto indubbiamente caratterizzante della medicina ippocratica, se non della cultura dell'antica Grecia, riguarda la definizione dell'eziopatogenesi delle malattie, sia mentali che fisiche. Infatti, i disturbi venivano ricollegati a uno squilibrio all'interno del corpo che poteva essere dovuto a diversi fattori, come la dieta e lo stile di vita. Nello specifico, questo squilibrio riguardava quattro umori: sangue, flegma, bile gialla e bile nera, la cui ultima era strettamente legata alla melanconia (DeRubeis & Strunk, 2017). La melanconia dell'epoca classica era però anche parte di un sistema tripartito della follia, che vedeva quest'ultima come suddivisa in frenesia, mania e melanconia. La “depressione dell'antica Grecia” quindi non prevedeva stati maniacali come nella depressione maniacale odierna, se non quando la melanconia diventava particolarmente grave (Lawlor, 2012).

La storia della melanconia come descritta da Ippocrate persiste fino al II secolo d.C. - e oltre – quando Galeno valida le descrizioni della medicina ippocratica e, in special modo, quella relativa alla metafora “dell'oscurità psicologica” nella depressione, che continua ad esistere trasversalmente nelle epoche successive (Lawlor, 2012). L'oscurità psicologica era descritta dagli antichi mediante un processo fisico per cui uno dei quattro umori predisponeva le persone ad un determinato carattere umorale. In questo senso, nell'antica Grecia vi potevano

essere persone naturalmente malinconiche o persone malinconiche in maniera innaturale: queste ultime dovevano il loro disturbo a processi di riscaldamento della bile nera (Lawlor, 2012). Tale riscaldamento poteva derivare, come precedentemente descritto, dalla dieta, dallo stile di vita, ma anche dalle passioni e dalle emozioni come l'amore, o più precisamente l'amore struggente (o malinconico) che diede vita a rappresentazioni malinconiche che raggiunsero la letteratura medievale (Lawlor, 2012).

Le descrizioni fornite dalla medicina dell'antica Grecia rimasero coerenti e stabili fino al Rinascimento, sebbene l'avvento del cristianesimo portò con sé dei mutamenti nella medicina fino a quel momento conosciuta. In particolare, alla forma classica della melanconia, si affiancò il termine "acedia", una forma depressiva specifica del contesto cristiano che descriveva la lotta contro le mondane tentazioni e i peccati. L'acedia come compagna della melanconia vide tuttavia il suo declino con il protestantesimo e il classicismo rinascimentale che indebolirono il potere della Chiesa cattolica in Europa. L'acedia venne quindi inglobata nel suo senso più generico di tristezza, all'interno della definizione di melanconia, per diventare, infine, un lontano ricordo del Medioevo (Lawlor, 2012).

### ***1.2 Il Rinascimento: melanconia galenica vs genio aristotelico***

Nel periodo rinascimentale, la melanconia restò aderente alle spiegazioni naturalistiche di Galeno, tant'è vero che in questa epoca non era ancora avvenuto il passaggio dall'umorale allo scientifico e dalla preghiera al farmaco. La depressione era però anche spiegata e trattata facendo riferimento alla magia, alla religione, al misticismo e alla demonologia (Lawlor, 2012).

Nonostante le spiegazioni di stampo religioso e mistico erano ancora forti, nel Rinascimento la melanconia veniva maggiormente narrata secondo due forti correnti: quella galenica e quella aristotelica (Lawlor, 2012).

La depressione secondo Galeno era, come descritto nel paragrafo precedente, associata allo squilibrio umorale, in particolar modo a carico della bile nera. A causa di questo squilibrio e dei conseguenti sintomi di stampo depressivo, la tradizione galenica sosteneva che le persone depresse non potevano raggiungere il successo

nella vita, poiché la melanconia toglieva, dall'uomo o dalla donna che ne erano soggetti, ogni spinta vitale o capacità intellettuale necessari a raggiungere l'eccellenza. Come conseguenza della depressione, Galeno osservò anche che le persone melanconiche tendevano a cadere in un circolo vizioso di pensieri negativi relativi alla morte o alla violenza verso se stesse, tant'è che il suicidio veniva spiegato dal galenismo come tappa finale nel viaggio di coloro che, nella vita, erano stati perseguitati dallo squilibrio della bile nera (Lawlor, 2012).

Il genio aristotelico fu invece introdotto da Aristotele nell'epoca classica, ma nel Rinascimento la spiegazione della depressione come fonte di intelligenza e creatività fu ripresa da Marsilio Ficino. Questa concettualizzazione trovò quindi nuovo respiro in Italia, divulgandosi poi al resto d'Europa, per culminare nel drammatico Amleto di Shakespeare. Ficino, riprendendo Aristotele, sosteneva dunque che ogni uomo di cultura era malinconico (Lawlor, 2012).

Queste due tradizioni vissero, nel Rinascimento, un rapporto complicato, sebbene la spiegazione di Galeno prese maggiormente piede nella letteratura medica. Questo favorì indubbiamente l'abbandono della visione della melanconia come prodotto dell'amore, a favore di una spiegazione umorale legata al ribollire della bile nera nella milza (Lawlor, 2012).

### ***1.3 L'età dell'Illuminismo: la melanconia della Nuova Scienza***

Al Rinascimento seguì l'età dell'Illuminismo, epoca in cui vennero introdotte nuove idee e teorie sulla melanconia. Nel panorama scientifico, infatti, la melanconia venne annoverata all'interno della più ampia categoria dei disturbi nervosi, oltre ad essere considerata una caratteristica peculiare della società inglese (Lawlor, 2012).

Nello specifico, i sintomi della depressione iniziarono ad essere spiegati dalle più recenti teorie meccanicistiche e inquadrati secondo le nuove scoperte della medicina sul funzionamento del corpo umano, aspetti che introdussero anche un cambiamento in relazione alla figura del medico, che gradualmente veniva considerato di maggiore importanza rispetto al sacerdote (Lawlor, 2012).

L'epoca dell'Illuminismo portò anche con sé diversi tentativi di definizione della depressione, che nel flusso della Nuova Scienza fu soggetta a diverse spiegazioni e teorie. In questo variegato panorama scientifico, il primo che fornì una nuova visione della depressione fu Thomas Willis, che si distanziò dalla teoria umorale per spiegare la melanconia secondo la iatrochimica. Questa disciplina nacque grazie all'avvicinamento dell'alchimia alla chimica e spiegata il benessere e la malattia secondo i componenti chimici del corpo umano, definiti anche “spiriti animali”, che venivano trasmessi alle diverse parti del corpo tramite il sangue. Nella depressione, secondo Willis, la milza malfunzionante dava origine ad un processo di fermentazione erroneo, producendo così un sangue scuro e “tenebroso”, la cui conseguenza ultima era rappresentata dalla melanconia. La iatrochimica di Willis, se da una parte diede una spinta innovativa a future teorie, non fu di uguale importanza per i possibili trattamenti della depressione, che restarono ancorati alle vecchie tecniche di spurgo e sanguinamento per poter rimuovere il sangue e le sostanze ritenute nocive. Nel XVIII secolo d.C. si assistette però anche all'introduzione delle cure termali che, attraverso l'acqua, avevano l'obiettivo di riequilibrare i valori dei sali minerali dei fluidi corporei (Lawlor, 2012).

La iatrochimica ruppe il legame tra la scienza e la teoria umorale, per dare spazio alle teorie meccanicistiche e, in particolar modo, a concetti associati all'idraulica, che venivano utilizzati per spiegare il funzionamento della circolazione sanguigna e anche della depressione. In questo scenario si inserisce Hermann Boerhaave, medico olandese che, rifacendosi alla meccanica newtoniana, spiegava il corpo umano come una macchina idraulica composta da tubi al cui interno si potevano trovare dei fluidi. Secondo Boerhaave, la depressione aveva tre stadi:

1.il primo, associato al funzionamento dell'intero sistema corporeo, induceva sintomi quali scarso appetito, disinteresse per il mondo esterno e amore della solitudine;

2.il secondo, a carico della milza, che veniva definito “malattia ipocondriaca”. In questo stadio il sangue si inspessiva ulteriormente a causa di maggiori sostanze di scarto, con il conseguente aggravamento dei sintomi fino a un senso di pesantezza nella respirazione;

3. il terzo ed ultimo stadio, causato da un ulteriore riversamento di sostanze di scarto nel sangue, produceva un deterioramento degli ipocondri, intaccando così tutte le parti del corpo, soprattutto il cervello.

Nonostante l'importanza delle teorie meccanicistiche, esse furono messe in discussione e in parte modificate nella seconda metà del secolo dalle più recenti teorie sull'elettricità, che influenzarono il pensiero di molti medici e scienziati, tra cui quello di Richard Mead. Quest'ultimo, allontanandosi dalle teorie meccanicistiche, vedeva il corpo umano non più composto da tubi, ma da nervi che, come cavi, trasmettevano un fluido nervoso simile all'etere di Newton. Nonostante l'innovativa visione del funzionamento corporeo, Mead definì comunque la depressione come causata da un'alterazione degli spiriti animali che, come risultato, producevano tristezza e paura, differenziandola così dalla follia furiosa (Lawlor, 2012).

Similmente a Mead, anche William Cullen spiegò la depressione attraverso il sistema nervoso, allontanandosi dalle teorie idrauliche. Nello specifico, Cullen riteneva che tutte le malattie fossero causate da una ridotta o eccessiva stimolazione dei nervi. Nel caso della depressione, essa poteva dunque essere causata da una scarsa eccitabilità o eccitazione di una parte del cervello. La teoria di Cullen fu successivamente ripresa da John Brown ed ebbe una grande influenza nella letteratura romantica successiva generando, infine, un rinnovato interesse per il concetto di sensibilità e di sentimento (Lawlor, 2012).

#### ***1.4 Malinconia e Nevrastenia nel XIX secolo***

Il Diciannovesimo secolo è un secolo caratterizzato da un profondo mutamento reso possibile dalla crescente conoscenza in campo anatomico, specialmente per quanto riguarda il cervello e i nervi; e dal riconoscimento della psicologia come una professione. In questo scenario si inserisce l'avvio di un'evoluzione che porterà la malinconia ad essere conosciuta con il nome di depressione, ma anche il riconoscimento di queste ultime non più come disturbi dell'intelletto, ma come di disturbi dell'umore e, dunque, di stampo affettivo. Proprio questo ultimo aspetto è

estremamente importante, al punto che si è mantenuto stabile fino ai giorni nostri (Lawlor, 2012).

In Europa e in America si assiste anche alla nascita degli ospedali psichiatrici, comunemente conosciuti con il nome di “manicomi”, luoghi di cura per le emergenti malattie mentali del secolo, ma anche prodotto del crescente riconoscimento dello status della professione psichiatrica e psicologica come scienza. Come anticipato, questo traguardo è reso possibile dall’incremento delle conoscenze e degli studi sull’encefalo che portano i professionisti del settore a parlare non solo di malinconia, ma anche di mania, concetti che culminano all’inizio del XX secolo nella definizione della “depressione maniacale” di Emil Kraepelin (Lawlor, 2012).

Tutto il XIX è caratterizzato anche da una crescente comunicazione tra gli psichiatri, al tempo conosciuti con il nome di “alienisti”, europei e americani, al punto che sono state riconosciute quattro caratteristiche della malinconia:

1. il suo essere un prodotto di una malattia del cervello;
2. il fatto che abbia una predisposizione ereditaria;
3. che può essere associata alla mania;
4. che è principalmente un disturbo affettivo/dell’umore.

Nonostante questi aspetti, insieme al concetto di “forza nervosa”, sono riconosciuti a livello internazionale, la nomenclatura della malinconia rimane comunque instabile per tutto il secolo (Lawlor, 2012).

Specialmente per quanto riguarda il concetto di “forza nervosa”, la fine del XIX e l’inizio del XX secolo sono caratterizzati dalla comparsa della “nevrastenia”, una condizione che non rientra specificatamente nella malinconia, bensì una categoria di disturbi talmente generale che può comprendere una vasta gamma di segni e sintomi. Questa categoria è stata definita dal neurologo George M. Beard come un esaurimento del sistema nervoso, un’etichetta che includeva sintomi simili a quelli depressivi: scarso appetito, malessere generale, insonnia, ipocondria, scarsa inclinazione al lavoro mentale, isteria e altri sintomi simili alla cefalea; e la considera come il prodotto dei ritmi sempre crescenti dell’urbanizzazione a cui si va incontro nel periodo ottocentesco. In generale quindi, malinconia e nevrastenia

sono divise tra loro in modo talmente sottile che alcuni illustri scienziati considerano la nevrasenia il primo passo verso la malattia più grave, ovvero la malinconia (Lawlor, 2012).

La nevrasenia rimane popolare fino a dopo la Prima Guerra Mondiale, momento in cui Sigmund Freud elabora la teoria delle nevrosi come derivanti da conflitti sessuali inconsci che sradicano la nevrasenia e la malinconia dalla loro base somatica, ora non più così soddisfacente come per buona parte del XIX secolo. Infine, con la caduta dell'epoca vittoriana, inizia ad albergare nelle menti di molti scienziati l'idea di una morte del termine malinconia: proprio questo aspetto avvia in maniera più radicata il passaggio al termine depressione (Lawlor, 2012).

### ***1.5 Emil Kraepelin e Sigmund Freud: la depressione dell'età moderna***

Nei primi anni del XX secolo la psichiatria dell'epoca vittoriana compie notevoli passi avanti grazie al contributo di due illustri figure della scienza moderna: Emil Kraepelin e Sigmund Freud; il primo, fondamentale per lo sviluppo della pratica clinica, sarebbe poi diventato anche, con la sua classificazione della “follia maniaco-depressiva”, il modello da seguire per la stesura e la pubblicazione, nel tardo XX secolo, del primo Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM) e della Classificazione Internazionale delle malattie (ICD); il secondo invece, avrebbe influenzato le rappresentazioni artistiche e letterarie, ma sarebbe diventato una figura di rilievo per lo sviluppo di un modello e di un approccio terapeutico innovativo che ha vita fino ai nostri giorni: la psicoanalisi (Lawlor, 2012).

Per quel che concerne lo psichiatra tedesco Emil Kraepelin, egli elabora una categoria generale nominata “follia maniaco-depressiva” che comprende buona parte delle manifestazioni cliniche osservate nei secoli precedenti e definite “melanconiche”. All'interno di questa classificazione generale, Kraepelin descrive quindi diverse manifestazioni a partire da gruppi di sintomi e dalla progressione dei disturbi, arrivando a postulare due categorie: la *dementia praecox*, che a sua volta comprende una serie di disturbi gravi che richiedono un trattamento continuativo in manicomio; e la depressione maniacale (oggi conosciuta come “disturbo bipolare”),

che comprende una serie di sindromi di stampo affettivo e umorale non deterioranti come la *dementia praecox* (Lawlor, 2012).

Secondo Kraepelin, gli stati depressivi facevano tutti parte di un continuum di malattia mentale, caratterizzato da un gradiente di gravità che parte dal “ritardo semplice” o “*melanconia simplex*”, privo di deliri e allucinazioni; e arriva fino allo stupor, una forma di disturbo caratterizzato da numerosi deliri e allucinazioni e da un annebbiamento della coscienza. All’interno di questo continuum, si inserisce anche la “*melancholia gravis*”, che ai sintomi della “*melanconia simplex*” aggiunge allucinazioni, paranoia e deliri ipocondriaci. Proprio in questa ultima categoria, viene compresa anche la “*melanconia paranoica*”, una forma di depressione caratterizzata da idee persecutorie e allucinazioni uditive, che però non deteriorano completamente l’esame di realtà dei pazienti (Lawlor, 2012).

Sebbene la classificazione di Kraepelin sia stata di fondamentale importanza fino ai nostri giorni, l’idea di un continuum di gravità risultò problematica per la pratica clinica, poiché portò gli specialisti del settore a sopravvalutare la diagnosi e i segni presentati dai pazienti: anche una normale tristezza nel XX secolo poteva essere vista come una forma prodromica di una depressione più grave (Lawlor, 2012).

Come anticipato, il XX secolo fu caratterizzato non solo dall’innovativa classificazione di Kraepelin, ma anche dall’affacciarsi nella comunità scientifica e psichiatrica della teoria psicoanalitica di Sigmund Freud. Dapprima neurologo austriaco, in “Lutto e Melanconia” Freud postulò che la depressione rappresentava una reazione a perdite precoci avvenute nell’infanzia (Gabbard, 2015). Nello specifico, la perdita precoce predisponeva ad una maggiore vulnerabilità alla depressione in età adulta, ma ciò che portava alla malattia vera e propria era il conflitto inconscio (Lawlor, 2012). Secondo Freud, infatti, la malattia mentale derivava da cause mentali imputabili al movimento pulsionale inconscio e ai desideri infantili rimossi che, alimentando la forza libidica, portavano a sintomi di angoscia e depressione (Lawlor, 2012). Freud però non spiegò solo la depressione, ma anche il lutto e la differenza tra quest’ultimo e la malinconia. Nello specifico, il lutto era descritto da Freud come una normale reazione depressiva alla perdita che necessitava un’elaborazione attraverso delle fasi caratterizzate da sintomi

ordinariamente depressivi. La malinconia, o depressione, si differenziava dal lutto poiché insorgeva senza causa apparente, o comunque non in reazione a una recente perdita (Lawlor, 2012). Un tassello aggiuntivo nella teoria freudiana è rappresentato dai processi di introiezione e identificazione tramite cui la persona, introiettando e identificandosi con l'oggetto abbandonico, accusa quest'ultimo, e quindi l'Io stesso, di essere stato abbandonato, rivolgendo dunque la rabbia verso sé (Gabbard, 2015).

Infine, la teoria di Freud fu ulteriormente ampliata dall'autore stesso in "L'Io e l'Es", introducendo l'istanza del Super-Io, che porta le persone malinconiche a provare senso di colpa per la rabbia diretta verso l'oggetto abbandonico (Gabbard, 2015).

### ***1.6 Gli anni '70 e '80: la nuova depressione***

Come anticipato nel paragrafo precedente, nei primi anni XX secolo la psichiatria e la psicologia si muovono verso una definizione più chiara della depressione, fornendo descrizioni che confluiscono nel DSM-I e nel DSM-II. Tali manuali sono fortemente influenzati dalle teorie psicoanalitiche e psicodinamiche, che definiscono la depressione sulla base dei conflitti inconsci, piuttosto che sulla base di un ventaglio sintomatologico. In questi manuali, la depressione si suddivideva in "nevrotica" e "psicotica", per cui i disturbi depressivi di stampo psiconevrotico erano definiti, Nel DSM-I, come il risultato di un movimento inconscio che trasformava l'ansia in una reazione depressiva a causa di un "fattore precipitante", che poteva essere una perdita recente. Le depressioni psicotiche, invece, erano caratterizzate da sintomi maniacali e da una mancanza dell'esame di realtà, talvolta associato a deliri e allucinazioni (Lawlor, 2012).

Negli '70 si richiede però alle professioni sanitarie che si occupano delle malattie mentali un maggior grado di empiricità e di diagnosi specifiche per venire a patti con le agenzie assicurative. Negli stessi anni, dunque, diversi ricercatori svilupparono ricerche di analisi statistiche sui cluster di sintomi nel tentativo di definire con maggior accuratezza la depressione (Lawlor, 2012).

Tali ricerche, unitamente ai contributi di John Feighner e di Robert Leopold Spitzer, portano alla revisione del DSM-II (praticamente identico al DSM-I), introducendo così nel panorama scientifico il DSM-III e, successivamente il DSM-III-TR. Nello specifico, il DSM-III non prevede più la divisione della depressione in “nevrotica” e “psicotica”, bensì introduce la categoria del “Disturbo Depressivo Maggiore”, di fatto unipolare, che rimane separata dal “Disturbo Bipolare”. Questa nuova categoria ha però portato con sé un’eccessiva patologizzazione delle normali reazioni di tristezza che possono insorgere in seguito a una serie di situazioni di vita, come un divorzio o la perdita di un lavoro, e che possono rientrare spontaneamente (Lawlor, 2012). Nel 2000 viene invece introdotto il DSM-III-TR, in cui le differenze rispetto al DSM-III in termini di criteri sono essenzialmente minime, e dunque il Disturbo Depressivo Maggiore rimane un disturbo dell’umore unipolare che si manifesta con episodi depressivi maggiori caratterizzati dalla presenza di una serie di sintomi (di cui almeno uno è la perdita di interesse o di piacere) per quindici giorni, quasi ogni giorno, e che rappresentano un cambiamento evidente rispetto allo stato precedente della persona. Il DSM-III-TR prevede però anche la “Distimia”, una sindrome depressiva meno intensa rispetto al Disturbo Depressivo Maggiore, che si caratterizza però per una durata più lunga dei sintomi (Lawlor, 2012).

Il DSM-III-TR costituisce anche la base del DSM-IV, manuale in cui le sindromi depressive rimangono pressoché identiche, ad eccezione dell’introduzione di una categoria depressiva “sottosoglia” non ufficiale, nominata “Disturbo Depressivo Minore”, che richiede meno sintomi rispetto al Disturbo Depressivo Maggiore per la diagnosi e che rende ancora più complessa la distinzione tra la tristezza normale e patologica (Lawlor, 2012).

Senza dubbio, comunque, il DSM-III e le sue successive evoluzioni hanno rappresentato un’innovazione estremamente utile per la diagnosi e la cura della malattia mentale di stampo depressivo, specialmente dagli anni ’70 in poi, momento in cui la cura delle patologie mentali comincia a non essere più una prerogativa esclusiva dei manicomi, ma si espande anche nella pratica privata (Lawlor, 2012).

### ***1.7 La depressione ai nostri giorni: una panoramica fornita dal DSM-5 e dal PDM-2***

Arrivando, infine, ai nostri giorni, all'interno dell'etichetta "sindromi depressive", possiamo annoverare diverse manifestazioni accomunate tra loro dalla sintomatologia che si presenta in modo più o meno gravoso e duraturo nel tempo.

Considerando la classificazione DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), nella sezione relativa ai disturbi depressivi possiamo già trovare una discreta esposizione di diverse manifestazioni, tra cui:

- Disturbo da disregolazione dell'umore;
- Disturbo depressivo maggiore;
- Disturbo depressivo persistente (distimia);
- Disturbo disforico premestruale;
- Disturbo depressivo indotto da sostanze/farmaci;
- Disturbo depressivo dovuto ad un'altra condizione medica;
- Disturbo depressivo con altra specificazione;
- Disturbo depressivo senza specificazione.

Per il fine di questa tesi, descriveremo brevemente il Disturbo depressivo maggiore e il Disturbo depressivo persistente (distimia).

Il Disturbo depressivo maggiore è diagnosticabile nel momento in cui la persona presenta cinque (o più) sintomi per almeno 2 settimane tra una coorte di manifestazioni, e deve comprendere almeno un sintomo relativo ad umore depresso o alla perdita di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività (anedonia). Oltre a questi, vengono anche riportati sintomi relativi alla perdita o aumento di peso e appetito, insonnia o ipersonnia, agitazione e rallentamento psicomotori, faticabilità o mancanza di energia, sentimenti di colpa o autosvalutazione eccessivi e inappropriati, ridotta capacità di pensiero e concentrazione e pensieri ricorrenti di morte o ideazione suicidaria (American Psychiatric Association, 2013).

Un'importante distinzione che deve essere fatta relativamente al Disturbo depressivo maggiore riguarda le manifestazioni che si possono osservare a seguito di un lutto. Infatti, a differenza del lutto, che si manifesta con sensazioni di vuoto e

di perdita, il disturbo depressivo maggiore si caratterizza per la presenza di persistente umore depresso e incapacità di provare piacere o felicità.

Per quanto concerne il Disturbo depressivo persistente (distimia), il DSM-5 riporta umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni, in un periodo di almeno 2 anni. L'umore depresso è accompagnato anche da sintomi quali scarso appetito o iperfagia, insonnia o ipersonnia, scarsa energia o astenia, bassa autostima, difficoltà di concentrazione o nel prendere decisioni e sentimenti di disperazione. Di questi ultimi, almeno 2 (o più) devono accompagnare l'umore depresso.

Alcune persone possono però presentare un disturbo dell'umore in co-occorrenza con una personalità depressiva, sebbene sia comunque possibile differenziare questi fenomeni tra di loro (Lingiardi & McWilliams, 2017).

Il PDM-2 descrive la personalità depressiva come caratterizzata dalla tendenza a provare poco piacere o soddisfazione nella attività e cronicamente incline a provare affetti dolorosi (es. depressione, vergogna, senso di colpa e inadeguatezza). Le persone con una personalità depressiva possono in tal senso presentare dei conflitti relativi al provare emozioni piacevoli e positive, reprimendoli e inibendoli. Inoltre, queste persone sono eccessivamente autocritiche e autopunitive, tendono a porsi standard elevati, temono l'abbandono e il rifiuto e sono inconsapevoli dei loro sentimenti di rabbia e ostilità, che vengono disconosciuti attraverso i sentimenti depressivi e la tendenza all'autocritica e all'autopunizione.

Come anticipato, le persone con una personalità depressiva possono anche non sperimentare mai un umore depresso ad una intensità tale da giustificare una diagnosi di disturbo depressivo e, per questo motivo, non sempre vi è una co-occorrenza tra i disturbi psichiatrici dell'umore e la personalità depressiva.

## CAPITOLO 2

### DEPRESSIONE E PERSONALITÀ: UNA PANORAMICA DI STAMPO PSICODINAMICO

#### *2.1 Eziologia e sintomi della depressione: una cornice psicodinamica*

Come presentato nel capitolo precedente, le sindromi depressive comprendono una vasta gamma di manifestazioni che, seppur presentando costellazioni sintomatiche talvolta simili, possiamo vedere come distinte in due famiglie: quella dei disturbi di personalità, a cui appartiene il disturbo di personalità depressivo; e quella dei disturbi clinici, a cui appartengono diversi quadri, tra cui la depressione maggiore. Questa distinzione è caratterizzata essenzialmente dall'intensità dei sintomi, che risulta essere maggiormente invalidante nel caso dei disturbi clinici; e dal livello di sintonia dei sintomi con l'Io, che nel caso dei disturbi di personalità sono egosintonici, mentre per i disturbi clinici risultano essere egodistonici.

Molteplici sono le teorie di stampo psicodinamico e psicoanalitico che spiegano l'eziologia e i sintomi delle sindromi depressive, ma la maggior parte degli autori appartenenti a questo ramo della psicologia sono concordi nel ritenere che l'origine di questi disturbi risieda nell'infanzia (Reynolds & Johnston, 1994).

Tra i primi illustri autori che hanno dato una spiegazione all'origine della depressione vi è sicuramente Sigmund Freud che, come ho brevemente descritto nel capitolo precedente, sostiene la centralità della perdita precoce dell'oggetto d'amore come fattore predisponente alla malinconia (Gabbard, 2015). Su questa linea si sono poi mossi diversi autori, come Karl Abraham e Edith Jacobson, che hanno fortemente sostenuto la centralità della mancanza di cure e amore adeguati nell'infanzia come elementi fondanti della depressione, che sembrerebbe essere quindi il risultato di un processo di disillusione costantemente rivissuto nell'età adulta (Reynolds & Johnston, 1994).

Su questo filone, si muovono diversi autori, ognuno dei quali ha apportato alla teoria psicoanalitica e psicodinamica il proprio personale contributo, aggiungendo un tassello importante per una visione completa, e complessa, della depressione. A fronte di questi contributi, infatti, i modelli psicodinamici e psicoanalitici

affiancano alla perdita dell'oggetto d'amore il desiderio, elemento che spiegherebbe la sintomatologia depressiva come risultato del doloroso confronto, e scarto, che le persone depresse fanno tra un proprio ideale (o Io ideale) e lo stato attuale del Sé (Luyten & Blatt, 2012).

Proprio grazie al focus sul desiderio, Edward Bibring nel 1953 propone una spiegazione alla depressione che si allontana dei presupposti metapsicologici della psicoanalisi freudiana, sostenendo che le sindromi depressive erano lo specchio di un sentimento di impotenza dell'Io ad ottenere dall'ambiente circostante i rifornimenti narcisistici necessari alla sua salvaguardia. In tal senso, l'autore sostiene dunque che la depressione altro non è che una ferita narcisistica derivante dall'impotenza dell'Io a ripristinare i normali livelli di autostima conseguente alla privazione in aree cruciali, come quella della gratificazione. Questo scompiglio nell'area narcisistica porterebbe quindi le persone depresse a divenire coscienti dello scarto tra aspirazioni e realtà e tra desiderio e disillusione, che, come ultima conseguenza, avrebbe quindi una perdita dell'autostima secondaria (Reynolds & Johnston, 1994).

Il contributo di Bibring è stato ripreso da innumerevoli autori, tra cui Joseph Sandler e Walter Joffe, che descrivono la depressione come una reazione affettiva automatica di stampo psicobiologico alla perdita di un precedente stato di benessere ed equilibrio e che diviene patologica nel momento in cui persiste nel tempo in maniera eccessiva. Gli autori concordano con Bibring circa il fatto che la depressione è una conseguenza a una sensazione di perdita o alla presa di coscienza dell'impossibilità a raggiungere un ideale e, in definitiva, a una ferita narcisistica per cui le persone soccombono al senso di impotenza.

Un ultimo importante contributo alla spiegazione delle sindromi depressive è quello di Sidney Blatt, che negli '70, in accordo con la contemporanea teoria psicoanalitica, ha postulato la centralità di due aree fondamentali: una legata alla trascuratezza, all'abbandono e alla solitudine; e una legata all'autostima, alla colpa e alla responsabilità (Blatt & Luyten, 2009; Blatt, 2004; Blatt & Zuroff 1992). In particolare, queste aree convergerebbero in dimensioni di personalità riferibili all'autocritica e alla dipendenza, aspetti che in numerosi studi sono risultati fondamentali nello spigare l'eterogeneità che si osserva nell'insorgenza,

nell'espressione e nel decorso clinico della depressione. (Luyten & Blatt, 2012) In particolare, dalla letteratura emerge che alti livelli di dipendenza e autocritica porterebbero le persone a mettere in atto comportamenti che suscitano reazioni di risposta negli altri in sintonia con le paure di abbandono, rifiuto e disapprovazione confermandone così la loro veridicità (Luyten & Blatt, 2012).

## ***2.2 La prospettiva psicomodinamica: focus sulle dimensioni della depressività e della personalità anaclitica e introiettiva***

Da una prospettiva psiconalitica, radice dell'attuale approccio psicomodinamico, Sidney Blatt (1974) propone di distinguere due dimensioni della personalità: la dimensione anaclitica e quella introiettiva. Entrambe, secondo l'autore, derivano da esperienze traumatiche nell'infanzia e predispongono il futuro adulto alla depressione, che di conseguenza risulterà essere anaclitica o introieittiva. Nello specifico, secondo l'autore, la personalità fonderebbe il suo sviluppo sull'adempimento di due compiti: il primo, consiste nel riuscire ad instaurare dei legami interpersonali maturi, stabili e soddisfacenti per entrambe le parti; il secondo, invece, consiste nella differenziazione dell'identità e nel suo consolidamento come identità reale e positiva (Fertuck, Bucci, Blatt & Ford, 2004).

Sulla base di questa introduzione, possiamo descrivere in modo estremamente sintetico la dimensione anaclitica come fissata ai temi che riguardano la relazionalità e l'intimità. Infatti, le persone con uno stile anaclitico si caratterizzano per una vulnerabilità a fattori di stress interpersonali, come la perdita dell'oggetto d'amore, che fanno vacillare il loro forte bisogno di dipendenza. (Blatt, 1974). La dimensione anaclitica, infatti, si rifà a un profondo desiderio di essere accuditi, amati e protetti che si riflette nelle preoccupazioni inerenti i temi della fiducia, della vicinanza e dell'affidabilità dell'altro. Essenzialmente, dunque, la preoccupazione primaria dei pazienti anaclitici sono le relazioni e il loro modus operandi difensivo ruota attorno ai meccanismi della negazione e della repressione per controllare l'intensa paura abbandonica e la forte rabbia conseguente ad una frustrazione nella relazionalità con l'oggetto d'amore (Fertuck, Bucci, Blatt & Ford, 2004). La depressività che ne risulta ruota quindi attorno ai sentimenti di solitudine e alla

paura del rifiuto che, in un circolo vizioso, alimentano un'ipersensibilità al rifiuto, intensificando nel tempo le paure abbandoniche (Reis & Grenyer, 2002).

Per quanto concerne la dimensione introiettiva, d'altra parte, essa è caratterizzata da elementi che riguardano l'autodefinizione, l'identità e l'autocontrollo, tant'è che i pazienti introiettivi sono fortemente legati ai temi della definizione del sé come separato da un altro, dell'autonomia e del controllo della propria mente e del proprio corpo, ma anche della definizione di obiettivi e standard elevati e irrealistici (Blatt, 1974). Ne consegue, che le personalità orientata alla dimensione introiettiva è fortemente soggetta a sentimenti di autosvalutazione, autocritica, senso di inferiorità e bassa autostima (Marfoli, Viglia, Di Consiglio, Merola, Sdoia & Couyoumdjian, 2021). Nei pazienti introiettivi, dunque, predomina un modalità difensiva orientata alla proiezione, alla formazione reattiva e all'intellettualizzazione per proteggersi dai profondi sentimenti di fallimento, colpa e inadeguatezza, ma anche dalla paura di perdere l'approvazione degli altri e/o di non essere all'altezza di aspettative già in partenza elevate (Fertuck, Bucci, Blatt & Ford, 2004 and Blatt, 1974).

Queste due tipologie di personalità e di depressione sono state approciate anche da un punto di vista della teoria dell'attaccamento. In generale, dalla letteratura emerge che gli stili di attaccamento insicuri predicono stati depressivi, mentre l'attaccamento sicuro rappresenta un fattore di protezione non solo per la depressione, ma anche per tutti quegli eventi stressanti che potenzialmente si verificano antecedentemente alla patologia depressiva (Reis & Granyer, 2002). Più nello specifico però, sembrerebbe che l'attaccamento insicuro-evitante, caratterizzando dalle dimensioni dell'indipendenza e da un distacco dalle relazioni, sia coinvolto nella predisposizione a vissuti depressivi di carattere introiettivo; d'altra parte, l'attaccamento insicuro di tipo ansioso-preoccupato, che si declina in sentimenti di dipendenza e preoccupazione per le relazioni intime, potrebbe essere invece implicato nella genesi di vissuti depressivi di carattere anaclitico (Reis & Grenyer, 2002).

La distinzione tra personalità/depressione anaclitica e introiettiva trova respiro anche in ciò che riguarda la rappresentazione oggettuale. In particolare, la depressione anaclitica, descritta come depressione primaria, è stata descritta come

legata a una natura orale e alle prime frustrazioni narcisistiche. Più nel dettaglio, l'oggetto assume importanza nel momento in cui è capace di soddisfare i bisogni primari di amore e sicurezza, aspetto che ha come conseguenza una profonda paura dell'abbandono e una repressione della rabbia per paura di distruggere l'oggetto fonte di gratificazione. È interessante notare anche che la rappresentazione oggettuale è primitiva, tant'è che pazienti anaclitici avanzano costanti richieste di presenza fisica agli oggetti d'amore (Reis & Grenyer, 2002).

La depressione introiettiva viene invece descritta come più matura in termini di rappresentazione dell'oggetto poiché è presente il senso di colpa, sentimento che richiede un senso di sé più sviluppato e differenziato dall'altro. Sebbene non sia richiesta una costante presenza fisica come per la dimensione anaclitica, la depressione introiettiva comporta comunque richieste di presenza all'oggetto, ma per ottenere approvazione, riconoscimento e accettazione (Reis & Grenyer, 2002).

### ***2.3 Personalità e depressione: una visione d'insieme***

L'associazione tra personalità e depressione o sintomi depressivi ha ricevuto, nel corso degli ultimi anni, una crescente attenzione, specialmente dal punto di vista clinico a causa delle sue implicazioni sul trattamento e il decorso della depressione.

Nella letteratura sono presenti moltissimi studi che trattano la comorbidità tra il disturbo borderline di personalità e la costellazione depressiva, ma l'obiettivo di questo paragrafo è fornire al/alle lettori\* una visione generale di quali sono gli aspetti della personalità che più comunemente vengono associati alla depressività.

L'aspetto più importante che emerge dalla letteratura riguarda il nevroticismo, uno dei cinque tratti della personalità compresi nel modello dei Big-Five (Hakulinen, Elovainio, Pulkki-Råback, Virtanen, Kivimäki, & Jokela, 2015). In breve, il modello dei cinque fattori della personalità ha l'obiettivo di fornire un resoconto dimensionale sulla struttura della personalità normale, suddividendola in cinque dimensioni: nevroticismo, estroversione, apertura all'esperienza, gradevolezza e coscienziosità (Costa & McCrae, 1992, in Saulsman & Page, 2002).

La meta-analisi di Saulsman e Page (2002) risulta, nel nostro contesto, estremamente utile poiché fornisce una panoramica utile per comprendere la

comorbilità tra costellazione depressiva e personalità. Dalla meta-analisi emerge infatti la presenza di un'associazione positiva tra il nevroticismo e gli stili/disturbi di personalità caratterizzati da disagio emotivo: paranoide, schizotipico, borderline, evitante e dipendente. Allo stesso modo, emerge che gli stili di personalità caratterizzati dalla timidezza, come lo schizoide, lo schizotipico e l'evitante, presentano associazioni negative con il tratto dell'estroversione, mentre quelli più dipendenti/bisognosi, come l'istrionico e il narcisistico, sono positivamente associati a quest'ultimo tratto. Ancora, la coscienziosità presenta associazioni positive con la personalità ossessivo-compulsiva e associazioni negative con le personalità caratterizzate da aspetti di temerarietà, come la personalità antisociale e borderline.

Tenendo a mente questo dato, dalla letteratura emerge dunque che i sintomi depressivi sono maggiormente associati ad un alto nevroticismo (Hakulinen et. al. 2015; Prince, Siegel, Carroll, Sher & Bienvenu, 2020). e a bassa estroversione e coscienziosità (Hakulinen et. al., 2015). Oltre a questo primo importante dato, dalla letteratura emerge anche che le sindromi depressive sono tra loro molto eterogenee, non solo per l'intensità dei sintomi, ma anche per la loro natura, di fatto multifattoriale. Infatti, la personalità disfunzionale può trovarsi associata alla costellazione depressiva non solo per i tratti che la definiscono, ma anche per fattori quali lo stress di vita e lo scarso supporto sociale (Candrian, Schwartz, Farabaugh, Perlis, Ehlert, & Fava, 2008). In tal senso, è stato riscontrato che i cluster A (paranoide, schizoide e schizotipico) e B (borderline, istrionico, narcisistico e antisociale) dei disturbi di personalità secondo il DSM-5 predicono una vulnerabilità ai sintomi depressivi mediata dallo stress cronico sia autogenerato che interpersonale (Candrian et. al., 2008). Specialmente per quanto riguarda il cluster A, questa associazione mediata dello stress interpersonale non dovrebbe sorprendere, poiché i disturbi che lo costituiscono sono generalmente caratterizzati da solitudine, compromissione delle relazioni interpersonali e mancanza di relazioni strette al punto da avere un minor accesso al supporto sociale, aspetto che è stato associato all'insorgenza di sintomi depressivi (Wade & Kendler, 2000) e un recupero più lento dopo il trattamento (Zuroff & Blat, 2002).

Un ultimo aspetto, che va ad integrare quanto spiegato nel paragrafo precedente, riguarda il narcisismo patologico. Concettualmente, infatti, il narcisismo come costrutto clinico di stampo psicodinamico è stato originariamente associato alla depressione, tant'è che Anastasopoulos lo descrive come un fattore di predisposizione alla sintomatologia depressiva (Anastasopoulos, 2007 in Kealy, Tsai, & Ogrodniczuk, 2012). La letteratura conferma tale associazione e ne amplia la visione, anche a fronte della distinzione anaclitico e introiettivo: il narcisismo di stampo grandioso risulta associato ai temi depressivi della dipendenza; mentre il narcisismo più vulnerabile è associato ai temi dell'autodefinizione e dell'autocritica (Kealy, Tsai, & Ogrodniczuk, 2012). In particolare, le concettualizzazioni cliniche contemporanee del narcisismo patologico suggeriscono che l'individuo del tipo grandioso ha forti bisogni di ammirazione e riconoscimento che quando non vengono soddisfatti, lo portano ad essere particolarmente vulnerabile a subire minacce all'ego e disregolazioni comportamentali ed emotive (Dawood & Pincus, 2017). Non a caso, coerentemente con le ricerche e le presentazioni dei casi clinici, gli individui narcisisti ricercano un trattamento psicoterapeutico quando si trovano in uno stato di vulnerabilità conseguente ad una delusione nella vita e a lamentele di carattere depressivo (Dawood & Pincus, 2017). Per quanto riguarda gli individui narcisisti di carattere vulnerabile, l'associazione con la sintomatologia depressiva sembra mediata dalla vergogna e dall'autocritica stessa (Kealy, Tsai, & Ogrodniczuk, 2012), ma anche dagli alti livelli di nevroticismo e di bassa autostima (Marčinko, Jakši, Ivezić, Skočić, Surányi, Lončar, Franić & Jakovljević, 2014).

Tutti questi dati sono estremamente importanti, in primo luogo perché confermano che non esiste un prototipo di personalità più facilmente soggetto ad esperire sentimenti depressivi fino ad esacerbare veri e propri disturbi clinici; come non esiste un fattore elitario più o meno predisponente alle sindromi depressive, ma che queste sono di origine multifattoriale e che, dunque, nei contesti clinici sarebbe importante tenere in considerazione la complessità di questi dati e costrutti.

Un ultimo importante dato emerso dalla letteratura riguarda il trattamento delle sindromi depressive in comorbidità con i disturbi di personalità. Diversi dati, infatti, suggeriscono che gli individui con un disturbo di personalità in concomitanza con una diagnosi di disturbo depressivo sono non solo resistenti al trattamento, ma

presentano anche una maggior suscettibilità per future recidive (Candrian et. al., 2008; Skodol, Grilo, Keyes, Geier, Grant & Hasin, 2011).

### CAPITOLO 3

## LA DEFENSE MECHANISM RATING SCALE, I MECCANISMI DI DIFESA E LA LORO RELAZIONE CON LE PSICOPATOLOGIE DEPRESSIVE

### *3.1 Introduzione ai meccanismi di difesa: una parentesi sui passaggi storici e teorici più importanti*

Nel corso del tempo, i meccanismi di difesa sono stati oggetto di numerosi studi che ne hanno modificato la definizione e la classificazione, grazie ai contributi di innumerevoli autori e modelli teorici differenti, come per esempio la teoria dell'attaccamento e il modello della psicoterapia cognitiva.

Il termine “difesa” appare per la prima volta nel panorama psicologico e psicoterapeutico nel 1894 grazie a S. Freud, che ne abbandona però presto le vie per sostituirlo con il termine più specifico di “rimozione”. In questo primo avvio alla storia dei meccanismi di difesa, con il termine “rimozione” Freud descrive una funzione dell'Io che consiste nell'espellere e allontanare un contenuto inconscio inaccettabile dalla coscienza. Inizialmente, egli riteneva che questo movimento fosse la causa della successiva angoscia esperita dai pazienti, ma il lavoro clinico lo porta, nel 1925, non solo a riutilizzare il termine “difese” per riferirsi a un insieme di meccanismi che comprendono la rimozione; ma anche a sostenere che tali meccanismi sono dei processi che l'Io movimenta come conseguenza di un segnale di angoscia attivato da un pericolo. L'analisi della letteratura freudiana e, in modo particolare, di *Analisi terminabile e interminabile* (1937), permette di raccogliere sinteticamente le proprietà generali delle difese, che sono Freud rappresentano il principale strumento, di origine inconscia, per mezzo del quale le persone gestiscono affetti negativi. Esse però non solo disadattive, ma possono essere anche adattive e reversibili, a significare che non caratterizzano solo quadri psicopatologici, ma che sono parte anche della vita di soggetti sani (Lingiardi & Madeddu, 2002).

A prendere in mano il lavoro di S. Freud è la figlia Anna, che ha il merito di aver spostato l'attenzione della comunità scientifica verso le funzioni adattive delle

difese e le loro relazioni con il mondo esterno. Un altro aspetto importante che Anna Freud sottolinea riguarda i criteri di valutazione della funzionalità dei meccanismi di difesa, che comprendono l'intensità, l'adeguatezza rispetto all'età, la loro reversibilità e l'equilibrio tra di loro (Lingiardi & Madeddu, 2002).

Un autore che invece si differenzia da S. Freud è Wilhem Reich, che sostiene l'importanza dell'analisi delle difese per poter aiutare i pazienti nel corso della terapia. Più nello specifico, l'analisi delle difese per Reich significa analizzare il carattere o "corazza", che per l'autore rappresenta una protezione narcisistica dall'angoscia che nasce come compromesso fra la realtà esterna e i desideri pulsionali o richieste provenienti dall'inconscio. In definitiva quindi, le difese rappresentano per Reich un tutto che è il carattere, osservabile dal modo di parlare dei pazienti, dal loro modo di vestire e di agire, ecc., aspetti che rappresentano la prima cosa che l'analista deve raccogliere nel corso delle prime sedute (Lingiardi & Madeddu, 2002).

Altri diversi autori hanno elaborato teorie inerenti ai meccanismi di difesa. Tra questi troviamo gli psicologi dell'Io che, partendo dalle osservazioni di Hartmann, Kris e Loewenstein (1964), ampliano la visione delle difese. Il più illustre, a mio parere, è però Schafer, il cui contributo mette la comunità scientifica di fronte alla possibilità che i meccanismi di difesa non siano solo ed esclusivamente delle funzioni dell'Io atte a impedire l'espressione di contenuti indesiderati, ma che siano anche delle modalità per poter trovare una sorta di gratificazione di questi impulsi (Lingiardi & Madeddu, 2002).

Al di là di questi primi importanti contributi, le più importanti modificazioni del modello proposto da S. Freud sono state apportate da Melanie Klein, che introduce una distinzione delle difese in quelle che l'autrice definisce "difese psicotiche" e "difese nevrotiche". In particolare, la Klein approfondisce lo studio delle difese psicotiche, categoria all'interno della quale comprende diversi meccanismi, tra cui il diniego, la scissione, le forme primitive di proiezione e introiezione, l'idealizzazione e l'identificazione proiettiva. L'autrice, con questa distinzione, intende definire le difese "primitive" o "psicotiche" come un insieme di meccanismi che vengono impiegati per difendersi dall'angoscia di morte e non, come nel caso delle difese nevrotiche, dalla libido. Un altro aspetto importante che

concerne questa distinzione è anche l'interesse specifico per le prime fasi dello sviluppo del bambino, poiché la Klein asserisce le difese primitive come caratteristiche delle prime fasi dello sviluppo, da lei riassunte nella "fase schizoparanoidea", momento della vita dell'infante che è riscontrabile in altri autori con il termine di "narcisismo primario", nonché una fase "priva di oggetto" (Lingiardi & Madeddu, 2002).

Senza ombra di dubbio, uno dei contributi più importanti che Melanie Klein introduce riguarda il meccanismo dell'identificazione proiettiva, concetto mediante il quale l'autrice vuole descrivere un processo attraverso cui il bambino introduce nel seno materno le parti cattive del Sé per poter proteggere quelle buone e, al tempo stesso, controllare l'oggetto in cui ha introdotto quelle cattive (Lingiardi & Madeddu, 2002).

La psicoanalisi contemporanea ha ripreso questo meccanismo ampliandolo al punto da dargli una connotazione interattiva fondamentale anche ai fini della terapia. Infatti, mediante tale meccanismo, i pazienti possono inconsciamente spingere il terapeuta a comportarsi, sentire o pensare in corrispondenza con gli elementi del sé o degli oggetti che sono stati proiettati in lui. La capacità che il terapeuta dovrebbe avere è quindi quella di contenere tali elementi senza agire i sentimenti che ne sono connessi. Questo processo è stato ulteriormente teorizzato e ampliato da Bion con il concetto della "rêverie", funzione mediante la quale la madre (e il terapeuta) metabolizza gli "elementi beta", ovvero emozioni non ancora pensabili del bambino che vengono proiettate nell'oggetto"; per poi restituirli sotto forma di "elementi alpha", emozioni ora pensabili (Lingiardi & Madeddu, 2002).

Un altro illustre autore che si occupa dello studio dei meccanismi di difesa è Otto Kernberg, che integrando i contributi freudiani, della psicologia dell'Io e kleniani, elabora un modello riguardante l'organizzazione della personalità. Egli, infatti, sostiene che i disturbi di personalità possono essere distinti, in base al loro livello di gravità, in psicotico, borderline e nevrotico. Nel valutare a quale livello di organizzazione si trova un paziente, Kernberg suggerisce tra i criteri da considerare i meccanismi di difesa, che nello specifico caso dell'organizzazione psicotica sono prevalentemente primitivi, così come per i pazienti con organizzazione borderline, che si distinguono però dai precedenti per la presenza di

un esame di realtà integro. Per quanto concerne invece l'organizzazione di personalità nevrotica, i meccanismi di difesa utilizzati sono prevalentemente di alto livello (Lingiardi & Madeddu, 2002).

Un'altra fase di passaggio estremamente importante è segnata dalla teoria di Donald Winnicott, che porta la comunità scientifica a vedere l'essere umano non più come un sistema chiuso, ma bensì come un essere interattivo, di cui i meccanismi di difesa ne fanno parte. Winnicott, infatti, sostiene che ci sono difese organizzate contro la prevaricazione dell'istinto e altre, invece, che sono movimentate per far fronte ai fallimenti ambientali traumatici. Nello specifico, queste difese consentono, da una parte, di controllare la proliferazione del vero Sé in senso psicotico e, dall'altra, di far fronte ad eventuali mancanze da parte del caregiver nell'accogliere e comprendere i bisogni del bambino, aspetto che secondo l'autore, porterebbe alla formazione del "falso Sé" (Lingiardi & Madeddu, 2002).

Indubbiamente, tra gli autori più influenzati dalla teoria di Winnicott troviamo Kohut, che propone di dividere le difese in: difese narcisistiche aspecifiche quotidiane, ovvero difese di cui ci si serve nei momenti in cui si teme di esporsi; difese specifiche, che invece caratterizzano la nostra personalità; e, infine, difese narcisistiche che proteggono l'organizzazione del Sé vulnerabile. La grande particolarità del modello di Kohut non risiede tanto in questa distinzione, quanto piuttosto nel suo approccio alle difese nel corso processo analitico. L'autore, a seguito del suo costante lavoro con pazienti narcisisti, sostiene infatti che l'interpretazione delle difese è secondaria rispetto all'instaurarsi di un rapporto empatico tra paziente e terapeuta. In tal senso, Kohut si differenzia da Kernberg, il cui ultimo ritiene di fondamentale importanza individuare, chiarificare e interpretare le difese prima di ogni altra cosa. Kohut, d'altro canto, sostiene che le difese innalzate dai pazienti siano per loro estremamente importanti ai fini di proteggere il Sé dalla frammentazione, e per questo motivo andrebbero interpretate solamente quando i pazienti non hanno più bisogno di fare affidamento in maniera elitaria a tali difese (Lingiardi & Madeddu, 2002).

Per concludere, tutti questi contributi hanno portato allo sviluppo di una psicoanalisi contemporanea di stampo interpersonale che si occupa prevalentemente di tutti quei processi che coinvolgono e influenzano

reciprocamente terapeuta e paziente. Il cardine di questo approccio è dunque l'intersoggettività, aspetto che coinvolge anche le difese, al punto che esse non sono più viste come fenomeni esclusivamente intrapsichici all'interno di un sistema chiuso, ma sono bensì modellate e influenzate dal contesto interpersonale. Per questo motivo, il terapeuta deve prendere in considerazione quello che è il contesto relazionale e la singolarità che ogni paziente porta all'interno di quel determinato contesto, osservando quali sono le modalità relazionali e difensive che caratterizzano in maniera predominante più contesti e quali modalità, invece, caratterizzano sporadicamente solo qualche contesto (Lingiardi & Madeddu, 2002).

### ***3.2 La Defense Mechanism Rating Scale***

La Defense Mechanism Rating Scale (DMRS) è uno strumento elaborato e introdotto negli anni Ottanta da J.C. Perry, il quale intende la difesa come un "meccanismo che media 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 & Cooper, 1986 in Lingiardi & Madeddu, 2002). Non a caso, e come vedremo più avanti, l'autore non comprende solo i meccanismi intrapsichici più "classici" (es. rimozione, spostamento, ecc.), ma anche tutti quelli che hanno a che vedere con la relazione che gli individui intrattengono con l'ambiente esterno, aspetto che, come abbiamo visto nel paragrafo precedente, è il risultato di un lungo processo di studi, teorie ed elaborazione di modelli che si è svolto nel corso di molti anni (Lingiardi & Madeddu, 2002).

Lo strumento elaborato da Perry, a partire da definizioni chiare presenti nella letteratura e da una base di attendibilità dimostrata, comprende 27 difese che vengono dall'autore non solo descritte in maniera teorica e nella loro funzione dinamica, ma di cui ne vengono anche riportate le diagnosi differenziali per tutte quelle che si trovano tra loro vicine (Lingiardi & Madeddu, 2002). Il compito del/della terapeuta o dello/a psicologo/a è quello di individuare, a partire dai trascritti delle varie sedute, quali difese il/la paziente utilizza nei diversi passaggi che compongono la seduta (Lingiardi & Madeddu, 2002).

La DMRS prevede, tra le altre cose, la possibilità di effettuare tre valutazioni differenti: una di tipo qualitativo, considerando la presenza o l'assenza di una data difesa; una di tipo quantitativo, che prevede la considerazione della frequenza con cui una difesa viene o è stata utilizzata; e una sul livello di maturità, poiché i meccanismi di difesa nella DMRS sono suddivisi in 7 livelli di maturità/adattamento sulla base di quanto ciascuno di essi sia adattivo. Considerando proprio quest'ultimo aspetto, i 7 livelli difensivi prevedono:

0. Un livello difensivo in cui c'è una mancanza di regolazione difensiva al punto che si può presentare un'importante rottura con la realtà esterna. I meccanismi compresi a questo livello sono il diniego psicotico, la distorsione psicotica e la proiezione delirante;

1. Il livello di acting, caratterizzato da difese volte all'azione o al ritiro senza la considerazione delle conseguenze. A questo livello vengono comprese le difese dell'acting out, dell'aggressione passiva e dell'help-reject complaining (ipocondriasi);

2. Il livello delle difese borderline, anche noto con il nome di difese di "distorsione maggiore dell'immagine", un livello che presenta una massiccia distorsione e attribuzione errata dell'immagine di sé o degli altri per maniere integro il Sé, evitando così la frammentazione. Questo livello comprende le difese dell'identificazione proiettiva e della scissione dell'immagine del Sé o degli altri;

3. Il livello del diniego, caratterizzato da difese volte ad escludere dalla coscienza affetti, impulsi o idee spiacevoli o inaccettabili, attribuendoli o meno all'esterno. A questo livello appartengono le difese del diniego o negazione di Sé, della proiezione e della razionalizzazione;

4. Il livello delle difese narcisistiche o di distorsione minore dell'immagine, in cui la distorsione di sé o degli altri hanno come obiettivo la regolazione dell'autostima e non è diffusa come al livello borderline. A questo livello sono compresi i meccanismi dell'idealizzazione, dell'onnipotenza e della svalutazione;

5. Il livello dell'inibizione mentale e di altre difese nevrotiche, a cui appartengono tutti quei meccanismi di difesa che escludono dalla consapevolezza i conflitti e gli eventi stressanti. Questo livello difensivo comprende le difese dalla rimozione, della dissociazione, della formazione reattiva e dello spostamento;

6. Il livello dell'inibizione mentale a "stampo" ossessivo, in cui le difese lasciano intatta l'idea, alterandone però l'affetto associato, che viene così neutralizzato o minimizzato senza però distorcere la realtà esterna. A questo livello appartengono le difese dell'annullamento retroattivo, dell'intellettualizzazione e dell'isolamento dell'affetto;

7. Infine, vi è il livello delle difese mature, che comprende una serie di difese caratterizzate dall'essere adattive per la gestione degli agenti stressanti, poiché consentono di essere consapevoli dei sentimenti, delle idee e delle loro conseguenze, oltre a promuovere un equilibrio tra i motivi di conflitto. A questo livello sono compresi i meccanismi dell'affiliazione, dell'altruismo, dell'anticipazione, dell'autoaffermazione, dell'autosservazione, della repressione, della sublimazione e dell'umorismo (Lingiardi & Madeddu, 2002).

Per comprendere al meglio lo strumento della DMRS, di seguito descrivo brevemente le difese sulla base della loro suddivisione nei vari livelli. Partendo dalle *difese di acting*, queste comprendono:

- **Acting out**, descritta come una modalità attraverso cui la persona reagisce attraverso l'azione alle fonti interne o esterne di stress senza un pensiero sottostante, ma con un comportamento che risulta essere incontrollato e privo di interesse per quelle che sono le conseguenze di tale comportamento nell'ambiente sociale o personale. Questo meccanismo consente quindi alla persona che lo utilizza l'espressione o la scarica diretta dei sentimenti o degli impulsi, non favorendo così la riflessione su quelle che sono le cause scatenanti di questi ultimi (Lingiardi & Madeddu, 2002);
- **Aggressione passiva**, un meccanismo attraverso cui la persona affronta situazioni stressanti, siano esse interne o esterne, attraverso

l'espressione dell'aggressività verso gli altri, ma in modo passivo o indiretto. Questo meccanismo è particolarmente osservabile nel momento in cui si delude un'aspettativa o l'implicita richiesta di ricevere cure. Nel testo di Lingiardi e Madeddu (2002), viene inoltre riportato che “la persona che usa l'aggressione passiva ha imparato ad attendersi punizione, frustrazione o rifiuto quando esprime i suoi desideri o bisogni verso chi ha potere o autorità per lui. Il soggetto si sente impotente e risentito”. Più nello specifico, “il risentimento viene espresso attraverso un atteggiamento passivo”;

- **Ipocondriasi**, meccanismo che prevede l'abuso di una o più lamentele attraverso cui la persona richiede apparentemente aiuto. Tuttavia, la persona rifiuta consigli, suggerimenti e qualsiasi altra cosa viene offerta dagli altri, esprimendo al contempo sentimenti di ostilità e risentimento. Attraverso questo meccanismo, la persona si difende dalla rabbia che prova “ogni volta che sente la necessità di dipendere emotivamente dagli altri” (Lingiardi & Madeddu, 2002).

Passando alle *difese borderline*, troviamo:

- **Scissione (di sé e/o dell'oggetto)**, meccanismo attraverso cui la persona “affronta conflitti emotivi o fonti di stress interne o esterne considerando se stesso o gli altri come completamente buoni o completamente cattivi, non riuscendo a integrare le caratteristiche positive e negative di sé e degli altri in immagini coese; spesso lo stesso individuo sarà alternativamente idealizzato e svalutato” (Lingiardi & Madeddu, 2002). Questo meccanismo consente alla persona di difendersi dall'ansia che emerge dalla paura di danneggiare le immagini buone degli altri nel momento in cui vengono introdotti aspetti negativi tra quelli positivi oltre a semplificare il compito di comprendere i modi con cui le altre persone reagiscono all'espressione dei propri sentimenti, bisogni, ecc., poiché, partendo da un dettaglio iniziale, il soggetto “classifica le altre persone in buone o cattive” (Lingiardi & Madeddu, 2002);

- **Identificazione proiettiva**, descritto come il meccanismo attraverso cui la persona proietta su un'altra un impulso oppure un affetto vissuto come inaccettabile, come se questo fosse emerso realmente dalla persona in cui viene proiettato. La persona che utilizza la proiezione è consapevole dell'elemento proiettato, ma lo riconosce in modo errato come appartenente alla persona su cui l'elemento è proiettato (Lingiardi & Madeddu, 2002). Lingiardi e Madeddu (2002) aggiungono anche che "l'identificazione proiettiva è una difesa della persona traumatizzata che si è sentita, in modo irrazionale, responsabile per i propri traumi. Entra in gioco quando eventi interpersonali stimolano ricordi o di situazioni o di interscambi traumatici o di loro residui. Nel vissuto del soggetto l'altra persona gli sta facendo qualcosa di minaccioso e che lo fa sentire impotente, quindi reagisce a tale minaccia immaginaria (o parzialmente reale) attaccando e credendo che le proprie reazioni siano giustificate, mentre in realtà è lui a provocare l'altro".

Al livello successivo troviamo le *difese di diniego*. Queste comprendono:

- **Negazione nevrotica**, meccanismo che viene descritto come una modalità attraverso cui la persona reagisce ai conflitti emotivi e/o alle fonti di stress, siano esse interne o esterne, disconoscendo degli aspetti che esterni o della propria esperienza che invece per le altre persone sono evidenti (Lingiardi & Madeddu, 2002). La negazione nevrotica consente dunque di non riconoscere alcuni desideri, sentimenti o azioni fino ad estremizzarsi nel disconoscimento di elementi psichici che potrebbero causare al soggetto delle conseguenze negative (ad esempio sentimenti di vergogna o altri affetti negativi) (Lingiardi & Madeddu, 2002);

- **Proiezione**, difesa per cui la persona affronta i propri conflitti emotivi e/o le fonti di stress attribuendo in modo errato ad altri i propri impulsi, oppure i propri sentimenti o pensieri disconosciuti. In questo modo, l'individuo rinnega la propria esperienza interna attribuendola ad altri, che solitamente sono persone di cui l'individuo ha timore o da cui si sente minacciato (Lingiardi & Madeddu, 2002). Nel momento in cui la

proiezione non è delirante, questo meccanismo consente al soggetto di far fronte ad elementi del proprio vissuto che lo fanno sentire vulnerabile al punto da non poterli ammettere come propri (Lingiardi & Madeddu, 2002);

- **Razionalizzazione**, meccanismo mediante cui la persona “affronta conflitti emotivi e fonti interne o esterne di stress escogitando spiegazioni rassicuranti o a lui utili, ma inesatte, per il proprio o altrui comportamento” (Lingiardi & Madeddu, 2002). In questo meccanismo “il soggetto fornisce una ragione fittizia, ma plausibile, per una data azione o impulso” (Lingiardi & Madeddu, 2002);

- **Fantasia autistica (o schizoide)**, difesa per cui “l’individuo affronta conflitti emotivi e fonti di tensione interne o esterne passando troppo tempo a sognare a occhi aperti, evitando così le relazioni umane, un agire più diretto ed efficace o la soluzione dei problemi. La fantasia implica l’uso dei sogni a occhi aperti come mezzo per non affrontare o risolvere problemi esterni o come modo di esprimere e soddisfare i propri sentimenti e desideri” (Lingiardi & Madeddu, 2002). Questa difesa consente alla persona che la utilizza di raggiungere comunque una gratificazione, sebbene essa sia sostitutiva e transitoria. Inoltre, quando il soggetto “utilizza la fantasia si sente bene e allontana momentaneamente la convinzione di essere impotente, infatti mentre fantastica può essere attiva la convinzione opposta di essere onnipotente, di poter fare qualsiasi cosa” (Lingiardi & Madeddu, 2002).

Per quanto riguarda le *difese narcisistiche*, queste coinvolgono:

- **Svalutazione**, meccanismo mediante il quale la persona fa fronte ad elementi stressogeni della propria quotidianità o dell’esperienza interna attribuendo a sé oppure agli altri delle qualità estremamente negative (Lingiardi & Madeddu, 2002). Questo tipo di difesa implica dunque l’utilizzo di forme di comunicazione che risultano in generale negative (es. sarcasmo o affermazioni sprezzanti) nelle relazioni interpersonali, piuttosto che nei confronti di sé con il fine ultimo di accrescere l’autostima (Lingiardi & Madeddu, 2002);

- **Idealizzazione**, difesa che consente all'individuo di affrontare conflitti interni o fonti di stress, che possono essere interne o esterne, attribuendo a sé o alle altre persone caratteristiche esageratamente positive (Lingiardi & Madeddu, 2002). Attraverso l'idealizzazione, l'individuo trova una fonte di protezione da sentimenti di impotenza o scarsa importanza e valore, oltre che una certa gratificazione (Lingiardi & Madeddu, 2002);

- **Onnipotenza**, meccanismo difensivo per cui "il soggetto risponde a un conflitto emotivo o a fonti di stress interne o esterne comportandosi come se fosse superiore agli altri, come se possedesse speciali poteri o capacità" (Lingiardi & Madeddu, 2002). L'onnipotenza consente quindi al soggetto che la utilizza di proteggersi da una perdita di autostima che può verificarsi ogni qualvolta incorre ad esperienze che inducono sentimenti di impotenza o di delusione. Attraverso questo meccanismo, infatti, si verifica una minimizzazione a livello soggettivo delle esperienze negative appena citate, nonostante per le persone circostanti quest'ultime possano restare evidenti (Lingiardi & Madeddu, 2002).

Al livello *dell'inibizione mentale*, altresì detto di "*altre difese nevrotiche*", si trovano:

- **Rimozione**, definita come meccanismo attraverso cui la persona affronta conflitti emotivi interni o fonti di stress esterne non essendo in grado di ricordare o escludendo dalla consapevolezza sentimenti, esperienze disturbanti, pensieri o desideri (Lingiardi & Madeddu, 2002). Dunque, questo meccanismo consente al soggetto di proteggersi dal prendere coscienza di ciò che prova o ha provato nel passato (Lingiardi & Madeddu, 2002);

- **Dissociazione**, difesa per cui "l'individuo affronta conflitti emotivi e fonti di stress interne o esterne attraverso un'alterazione temporanea delle funzioni integrative della coscienza o dell'identità. Nella dissociazione un particolare affetto o impulso di cui il soggetto non è consapevole agisce nella vita del soggetto al di fuori della coscienza. Sia l'idea che l'affetto o

l'impulso associati restano inconsci, ma allo stesso tempo si esprimono attraverso un'alterazione della coscienza" (Lingiardi & Madeddu, 2002). Nella dissociazione, ciò che viene dissociato è solitamente vissuto come estremamente ansiogeno, conflittuale e minaccioso per poter essere riconosciuto e ammesso coscientemente (Lingiardi & Madeddu, 2002);

- **Formazione reattiva**, meccanismo attraverso cui la persona fa fronte ad elementi stressogeni interni o esterni mutando elementi dell'esperienza interna vissuti come inaccettabili in pensieri, sentimenti o comportamenti totalmente opposti. Nella formazione reattiva gli elementi interni vengono ritenuti inaccettabili e per questo sono inconsciamente sostituiti con pensieri, sentimenti o comportamenti dal tono emotivo opposto rispetto agli originali. All'esterno, le persone non percepiscono questa alterazione, ma vedono soltanto il prodotto finale di questo meccanismo difensivo che evita, alla persona che lo utilizza, di esperire sentimenti di colpa inaccettabili (Lingiardi & Madeddu, 2002);

- **Spostamento**, difesa mediante la quale la persona reagisce ad esperienze stressanti interne o esterne spostando su un oggetto meno minaccioso rispetto all'originale sentimenti o risposte (Lingiardi & Madeddu, 2002). Questo meccanismo consente quindi l'espressione di un impulso o di un affetto, ma nei confronti di un altro oggetto che possiede caratteristiche di similitudine con l'oggetto che ha originariamente suscitato tali sentimenti (Lingiardi & Madeddu, 2002).

Successivamente si trova il livello delle *difese ossessive*, la quali prevedono:

- **Isolamento**, difesa mediante la quale "l'individuo affronta conflitti emotivi e fonti di stress interne o esterne mostrandosi incapace di sperimentare contemporaneamente le componenti cognitive e quelle affettive di un'esperienza, in quanto l'affetto è escluso dalla coscienza. Nell'isolamento la persona perde contatto con i sentimenti associati a una data idea mentre rimane consapevole degli aspetti cognitivi. È il contrario della rimozione dove l'affetto è mantenuto, il pensiero invece è tenuto separato e non riconosciuto" (Lingiardi & Madeddu, 2002);

- **Intellettualizzazione**, meccanismo attraverso cui l'individuo fa fronte ai conflitti interni o a fonti stressogene esterne utilizzando il pensiero astratto in modo esagerato nel tentativo di evitare sentimenti disturbanti. L'intellettualizzazione è meccanismo difensivo che va contro affetti o impulsi, ma che tiene invece intatta l'idea che li rappresenta. Quest'ultima rimane quindi cosciente e viene espressa per mezzo di una generalizzazione attraverso cui la persona può allontanarsi dall'impulso o dall'affetto. Per questo motivo gli aspetti dell'esperienza interna vengono persi a favore della salvaguardia degli elementi cognitivi, utilizzati in modo impersonale e generalizzato (Lingiardi & Madeddu, 2002);

- **Annullamento retroattivo**, movimento difensivo per cui l'individuo reagisce a movimenti interni disturbanti o a fonti stressogene attraverso comportamenti che sono destinati a riparare, a livello simbolico, o a negare una serie di azioni, pensieri o sentimenti. Attraverso l'utilizzo dell'annullamento retroattivo la persona cerca di minimizzare il senso di colpa o l'ansia conseguenti all'espressione di un desiderio, un affetto o un'azione. Così facendo, l'individuo può liberarsi del disagio causato dal conflitto interno (Lingiardi & Madeddu, 2002).

Infine, vi è il livello delle *difese mature*. Questo livello comprende:

- **Affiliazione**, per cui "l'individuo affronta conflitti emotivi e fonti di stress interne o esterne rivolgendosi agli altri per aiuto o sostegno. Affiliandosi agli altri può esprimersi, confidare problemi e sentirsi meno solo o isolato con il proprio conflitto o problema. Ciò può anche consentire al soggetto di ricevere consigli o un aiuto concreto" (Lingiardi & Madeddu, 2002);

- **Altruismo**, meccanismo mediante il quale la persona fa fronte ad esperienze stressogene interne o esterne preoccupandosi dei bisogni altrui al fine di appagare, almeno parzialmente, anche i propri. In questo modo, la persona trova in parte una soddisfazione che può essere sostitutiva o nelle risposte altrui. È importante considerare però che nell'altruismo la

persona è cosciente dei bisogni e sentimenti sottostanti alle proprie azioni altruistiche (Lingiardi & Madeddu, 2002);

- **Anticipazione**, difesa che consente all'individuo di mitigare “i conflitti emotivi e le fonti di stress interne o esterne non soltanto prendendo in considerazione soluzioni alternative realistiche e prevedendo le reazioni emotive a problemi futuri, ma anche sperimentando realmente l'angoscia futura attraverso la rappresentazione mentale sia delle idee che degli affetti angoscianti. Questa prova permette all'individuo di preparare una migliore risposta adattiva al conflitto o alla tensione previsti” (Lingiardi & Madeddu, 2002);

- **Autoaffermazione**, movimento difensivo mediante il quale l'individuo fa fronte ai conflitti del mondo interno o fonti di stress esterne esprimendo apertamente i propri pensieri e sentimenti, in modo non coercitivo o manipolatorio (Lingiardi & Madeddu, 2002);

- **Umorismo**, difesa attraverso cui “l'individuo affronta conflitti emotivi e fonti di stress interne o esterne enfatizzando gli aspetti divertenti o ironici del conflitto o della fonte di stress. L'umorismo tende ad alleviare la tensione dovuta al conflitto in un modo che consente a tutti di condividere ciò, e non a spese di qualcuno, come nel caso di commenti derisori o pungenti. Spesso è implicato un elemento di autosservazione o di verità” (Lingiardi & Madeddu, 2002);

- **Autosservazione**, che consente all'individuo di affrontare “conflitti emotivi e fonti di stress interne o esterne riflettendo sui propri pensieri, sentimenti, motivazioni e comportamenti. È in grado di “vedere se stesso come lo vedono gli altri” in circostanze interpersonali, ottenendo così di capire meglio le reazioni degli altri nei propri confronti. L'autosservazione come difesa non si limita a fare semplicemente le osservazioni o a parlare di se stessi” (Lingiardi & Madeddu, 2002);

- **Sublimazione**, definita come meccanismo attraverso cui la persona fa fronte ai conflitti interni o a fonti stressogene esterne direzionando, anziché inibendo, pensieri, affetti o impulsi maladattivi in modalità comportamentali che risultano essere socialmente accettabili (Lingiardi &

Madeddu, 2002). Lingiardi e Madeddu (2002) aggiungono anche che “questa difesa deve essere considerata presente soltanto quando può essere dimostrata una stretta relazione funzionale tra i sentimenti e il tipo di risposta”;

- **Repressione**, difesa per cui “l’individuo affronta conflitti emotivi e fonti di stress interne o esterne evitando volontariamente e temporaneamente di pensare a problemi, desideri, sentimenti o esperienze disturbanti. Questo può comportare l’esclusione dalla propria mente dei problemi fino al momento giusto per affrontarli: si rimanda a un momento più opportuno e non genericamente in là nel tempo. La repressione può anche comportare che si eviti per il momento di pensare a qualcosa perché ciò distrarrebbe dall’impegnarsi in un’altra attività che bisogna svolgere” (Lingiardi & Madeddu, 2002).

### *3.3 I meccanismi di difesa e le sindromi depressive*

Come precedentemente riportato, i meccanismi di difesa sono stati per lungo tempo associati alla teoria psicoanalitica, ma nel corso del tempo la loro importanza si è rivelata così fondamentale che ad oggi il concetto di difesa è ampiamente accettato e utilizzato anche al di fuori della psicoanalisi (Cramer, 2000; Cramer 2015). Questo aspetto è indubbiamente legato al fatto che i meccanismi di difesa non solo sono osservabili nel corso della vita quotidiana attraverso il comportamento delle persone o nella pratica clinica, ma anche perché la ricerca ha dimostrato la loro influenza sull’eziologia delle diverse psicopatologie e del decorso di queste all’interno del processo terapeutico (Van, Dekker, Peen, Abraham & Schoevers, 2009).

In linea generale, la psicoanalisi ha da sempre postulato l’esistenza di un legame “elettivo” tra le diverse difese esistenti e alcuni disturbi (Colovic, Tosevski, Perunicic Mladenovic, Milosavljevic, & Munjiza, 2016), anche se attualmente la letteratura riporta esclusivamente risultati di tipo preliminare (Balikci, Erdem, Bolu, Oznur, & Celik, 2014) e sarebbe dunque auspicabile una ricerca più

approfondita sulla possibilità dell'esistenza di modelli difensivi elettivi nei diversi disturbi psichiatrici e di personalità. Ciononostante, dalla letteratura emerge un dato certo: la presenza di una psicopatologia, sia essa depressiva o ansiosa, piuttosto che dell'alimentazione o di personalità, suggerisce la presenza di un modello difensivo immaturo, a scapito delle difese più mature (Khan & Gul, 2016; Schauenburg, Willenborg, Sammet, Ehrental, 2007; Corrunble, Bronnec, Falissard & Hardy, 2004), e che la gravità di alcuni disturbi, in particolare della depressione, è negativamente correlata all'utilizzo di modelli difensivi maturi e positivamente correlata alle difese immature (Flett, Bessere & Hewitt, 2005; Oakley, Song & McQuirter, 2005; Besser, 2004; Bond & Perry, 2004; Kwon, 2000; Kwon & Lemon, 2000; Akkerman, Carr & Lewin, 1992;). Questo dato va oltre alle sindromi depressive, abbracciando infatti anche altre psicopatologie e confermando un postulato importante della psicoanalisi, ovvero il fatto che quando le persone soffrono, fisicamente o psicologicamente, regrediscono a modalità comportamentali, e difensive, più immature (Bond, 2004).

Più nello specifico, per quanto riguarda la depressione sono diversi gli studi riportati in letteratura che indagano lo stile difensivo caratteristico di questa psicopatologia, sia in sé e per sé, sia in relazione ad altri disturbi. Questi ultimi studi risultano essere di estrema importanza, poiché consentono nella pratica clinica quotidiana di avere a disposizione uno strumento aggiuntivo di analisi che può svolgere un ruolo importante nella diagnosi in quanto tale o differenziale, e per la costruzione di un trattamento ad hoc, oltre che per la valutazione dell'andamento terapeutico. Ad esempio, Colovic et. al. (2016) si sono occupati di analizzare le differenze dei modelli difensivi tra gruppi di soggetti con diagnosi di depressione e di ansia in assenza di comorbilità tra i due. Un primo aspetto che è emerso dallo studio riprende quanto già riportato precedentemente, aggiungendo un aspetto in più: i soggetti con disturbi depressivi si differenziavano dai soggetti con disturbi d'ansia per il maggior utilizzo di meccanismi di difesa immaturi, aspetto che di fatto è risultato essere coerente con studi già presenti nella letteratura scientifica. Coerentemente con gli studi di Blaya et. al. (2006) e di Olson et. al. (2009), lo studio di Colovic et. al. (2016) riporta anche un maggior utilizzo della proiezione da parte dei soggetti depressi rispetto al gruppo di soggetti con disturbi d'ansia. Lo studio di

Colovic et. al. è per la letteratura scientifica estremamente importante perché va ad analizzare gruppi di soggetti privi di comorbidità nella diagnosi. Infatti, come riportato da Yuan, Zhang e Wu (2002), i profili difensivi dei pazienti con una comorbidità di depressione e di ansia si diversificano da quelli con una diagnosi pura. Lo studio di Olson et. al. (2009) riporta altresì una coerenza sia con lo studio di Colovic. et. al. (2016), sia con quello di Blaya et. al. (2006). Da questo studio emerge infatti che lo stile difensivo dei pazienti con depressione non solo è caratterizzato da un maggior utilizzo della proiezione, ma anche dell'isolamento, aspetti che differenziano ulteriormente i pazienti depressi da quelli con un disturbo d'ansia. Inoltre, coerentemente con lo studio di Bloch et. al. (1993, in Olson et. al., 2009), è emersa una maggior associazione tra depressione e acting out. Lo studio di Balikci et. al. (2014) approfondisce maggiormente il modello difensivo dei pazienti depressi, concludendo che quest'ultimo è caratterizzato principalmente per la presenza dei meccanismi di: acting out, isolamento, aggressività passiva, razionalizzazione, somatizzazione, fantasia autistica, negazione, dissociazione e proiezione. Ancora, uno studio di DeFire e Hilsenroth (2005, in Babl, Holtforth, Perry, Schneider, Dommann, Heer, Stähli, Aeschbacher, Eggel, Eggenberg, Sonntag, Berger & Caspar, 2019), aggiunge a questo gruppo di difese anche l'identificazione proiettiva, la scissione, la svalutazione e l'help-rejecting.

Un ulteriore aspetto indubbiamente fondamentale che viene riportato dalle teorie sulla depressione è la presenza di un forte senso di colpa e di un'aggressività che viene rivolta contro il Sé (Balicki et. al., 2014). Il meccanismo del "rivolgimento contro il Sé" non è presente della DMRS, ma nei pazienti depressi, oltre all'aggressività passiva, è stata identificata anche la svalutazione di sé: entrambe queste difese sono state riconosciute come caratteristiche della dinamica del rivolgimento contro il Sé (Olson et. al. 2009).

Un ultimo aspetto inerente ai meccanismi di difesa e la depressione riguarda l'aspetto del processo terapeutico. Abbiamo già precedentemente chiarito che i pazienti con sindromi depressive presentano alla base un modello difensivo caratterizzato da un ampio utilizzo di meccanismi immaturi. Dalla letteratura emergono però dei dati estremamente promettenti circa la prognosi di questi pazienti. Infatti, sembrerebbe che a seguito di una psicoterapia, il modello difensivo

dei pazienti depressi si sposti verso un modello più maturo (Babl et. al. 2019; Perry & Bond, 2017; Colovic et. al., 2016). In particolare, dallo studio di Babl et. al. (2019) è emerso che il maggior cambiamento è a carico dell'auto-osservazione e dell'autoaffermazione, meccanismi di fatto maturi che consentono agli individui di essere maggiormente consapevoli dei propri stati interni.

Per concludere, l'analisi dei meccanismi di difesa in terapia è un processo da non sottovalutare, poiché le difese vengono spesso affrontate anche inconsapevolmente nel corso di un trattamento psicoterapeutico. Inoltre, un dato che emerge dalla letteratura è che il livello difensivo globale (ODF) è risultato essere non solo correlato alla gravità dei sintomi, ma è anche stato riscontrato essere un fattore predittivo dei risultati clinici di una psicoterapia (Perry & Bond, 2017).

## CAPITOLO 4

### IL CASO CLINICO

#### *4.1 Il caso di M.*

M. è un giovane adulto di 24 anni che arriva all'attenzione clinica per sintomi depressivi insorti nell'ultimo periodo, presumibilmente a causa del complesso momento familiare che sta passando. Già nei primi tre colloqui infatti, M. racconta che la madre e il padre stanno affrontando un divorzio difficile vissuto come doloroso da parte di M., che riporta la sensazione di non essere riconosciuto nelle sue esigenze emotive, specialmente da parte del padre a cui M. ha dato un ultimatum: prendendo anche le difese della sorella, M. ha messo i genitori di fronte alla necessità di scegliere “noi o il processo”.

Nelle prime consultazioni M. presenta alcuni sintomi depressivi importanti: racconta infatti di aver perso l'interesse e il piacere per la maggior parte delle attività quotidiane, come ad esempio uscire con gli amici; anche per l'università, di cui sta frequentando il secondo anno di magistrale, dice di avere difficoltà e diversi esami arretrati. Nello specifico, M. racconta che durante il periodo della triennale trovava piacere nell'andare a lezione, anche grazie alla possibilità di interagire con nuove persone, e che porta con sé da questo periodo molte soddisfazioni. Viceversa, nell'ultimo periodo racconta di non provare più piacere nel contatto con i compagni di università e nell'attivo evitamento delle lezioni, oltre a una pervasiva difficoltà nel mantenere l'attenzione e la concentrazione, al punto che nelle ultime sessioni d'esami ha saltato diversi appelli perché non si sentiva pronto per sostenere le prove.

Oltre a questi primi due sintomi, M. racconta che nell'ultimo periodo è molto irascibile e che spesso ha fantasie violente in reazione ad alcuni comportamenti altrui, pensieri a cui segue un senso di colpa pervasivo. Inoltre, viene riportata una difficoltà nel sonno esacerbata da pensieri continui sulla situazione familiare.

Come è possibile notare già da questa prima introduzione al caso, il divorzio tra i genitori rappresenta per M. un'impasse importante che influisce non solo nella sua vita quotidiana e accademica, ma anche nella relazione con Giulia, la sua attuale ragazza. Nei primi colloqui emerge infatti una caduta dei valori familiari che lo

hanno sostenuto fino a quel momento, al punto che ora non vede più un futuro certo con lei. Relativamente alla relazione con la ragazza, M. esperisce ed esprime la necessità di raggiungere una propria autonomia prima di poter immaginare un futuro di coppia. Emerge quindi un ulteriore spunto di riflessione clinica che riguarda proprio la ricerca di M. di un distacco dal nido familiare, vissuto come opprimente dal punto di vista emotivo, per raggiungere una piena autonomia adulta. Proprio in relazione a questo punto, vi è un evento di vita importante per M. rappresentato dall'Erasmus, momento in cui il distacco dal nucleo primario consente un rientro dei primi sintomi depressivi scatenati dalle prime avvisaglie di rottura della relazione tra i genitori.

Entrando nel vivo del caso clinico, M. può essere collocato ad un livello di personalità nevrotica. Infatti, le strategie di coping del paziente rispetto alle situazioni di vita stressanti che sta vivendo nel momento della consultazione si limitano ad un utilizzo rigido e massiccio di determinati meccanismi di difesa, in particolare l'aggressione passiva, la razionalizzazione, la svalutazione, l'intellettualizzazione e l'annullamento retroattivo. Sebbene l'utilizzo di queste difese sia rigido, queste emergono come presenti esclusivamente nell'area relazionale. Inoltre, analizzando attentamente le difese utilizzate, dal punto di vista clinico è possibile sostenere che la depressione si è agganciata ad una struttura di personalità con nucleo ossessivo-compulsivo con sfaccettature di stampo narcisistico di tipo covert. Nel complesso infatti, M. presenta dei forti valori che nel corso dello sviluppo sono diventati rigidi e che, una volta crollati a causa del divorzio dei genitori, lo hanno messo in crisi al punto da sviluppare sintomi depressivi. Inoltre, il paziente presenta vissuti di colpa verso il mancato raggiungimento di standard elevati e una propensione a ricercare sforzi sempre maggiori in ambito accademico, al punto da sostenere che avrebbe potuto fare "sempre di più", nonostante i risultati soddisfacenti che ha raggiunto.

Per quel che concerne il profilo di funzionamento mentale, in un'ottica di descrizione del paziente secondo il PDM-2 (Lingiardi & McWilliams, 2017), M. non presenta problematiche per quanto riguarda l'area dei processi cognitivi e affettivi, fatta eccezione per le difficoltà di concentrazione e attenzione nello studio,

elementi attribuibili al vissuto depressivo nell'attualità della terapia, ma non presente nell'intero percorso di sviluppo.

Le due aree che invece risultano essere più deficitarie riguardano quella delle identità e delle relazioni e quella delle difese e del coping. Nello specifico, per quanto riguarda l'area dell'identità e delle relazioni:

- la capacità di distinguere tra sé e altro, tra fantasia e realtà, passato e presente, ecc. è buona, ma a tratti deficitaria per quanto riguarda la rappresentazione del padre, e in generale dei genitori, che sono polarizzati in rappresentazioni parzialmente scisse in “un tempo buoni” e “ora malevoli”, al punto che l'ostinazione del padre nell'anteporre la causa legale al benessere dei figli è un motivo valido per escluderlo dalla propria vita e, così facendo, “avere un problema in meno a cui pensare”;

- la capacità di relazione e intimità è sufficientemente sviluppata e tendenzialmente matura, ma il senso di colpa e una rabbia non riconosciuta vengono espressi per mezzo dell'aggressione passiva, meccanismo che può rendere difficile la reciprocità relazionale. Inoltre, M. presenta delle difficoltà nella capacità di ricevere supporto dagli altri, al punto che è titubante nel richiedere aiuto, svalutando spesso non solo la capacità altrui nel fornire supporto, ma anche l'idea di esporsi emotivamente;

- la regolazione dell'autostima e la qualità dell'esperienza interna è buona, ma non stabile al momento della consultazione. M. infatti ha tendenze non solo a idealizzare e svalutare gli altri, ma anche se stesso, alternando i livelli di autostima che oscillano dunque tra alti e bassi. Anche il senso di agency è oscillante, con dei picchi positivi, come ad esempio quando ha somministrato dei test in un istituto superiore per la tesi di laurea; e picchi negativi, come ad esempio il suo non sentirsi preparato per sostenere gli esami, al punto da evitare la prova;

Per quanto concerne l'area delle difese e del coping invece:

- la capacità di controllo e regolazione degli impulsi non risulta essere compromessa, ad eccezione di qualche acting out sporadico legato a sentimenti di rabbia o in situazioni in cui il paziente non ha totalmente il controllo della situazione;

- il funzionamento difensivo di M. ruota attorno ad alcuni agiti e ai cluster di negazione, di distorsione minore dell'immagine e ossessivo. Nello specifico, nel corso dei primi colloqui di consultazione emerge un massiccio utilizzo della razionalizzazione per eliminare dalla coscienza diverse emozioni spiacevoli e un utilizzo spasmodico dell'aggressione passiva per esprimere indirettamente una rabbia che sembra essere non riconosciuta. Inoltre, M. ricorre spesso anche alla svalutazione, di sé e degli altri e all'annullamento retroattivo, che viene spesso utilizzato a seguito di una svalutazione o di un'aggressione passiva. Oltre a questi movimenti difensivi, è presente anche l'intellettualizzazione, che si verifica per mezzo di astrazioni generali o facendo ricorso alla sua formazione accademica in psicologia. In generale, quindi, il funzionamento difensivo risulta essere parzialmente immaturo;

- la capacità di adattamento, resilienza e risorse psicologiche è buona, ma risulta essere compromessa dalla patologia depressiva presente al momento della terapia. M. infatti non è completamente in grado di muoversi serenamente tra gli stati affettivi positivi e negativi all'interno di situazioni stressanti che causano affetti intensi;

L'ultima area su cui porre attenzione è quella dell'autoconsapevolezza e l'autodirezionalità. Infatti:

- la capacità di auto-osservazione di M. è buona, con un sufficiente livello di insight che è a favore di una terapia a stampo dinamico, ma il paziente non è capace di mantenere questa capacità attiva e produttiva in situazioni estremamente stressanti ed emotivamente cariche;

- la capacità di costruire e ricorrere a standard e ideali è invece mediamente compromessa, al punto che gli ideali appaiono poco flessibili nei diversi contesti. Per esempio, la crisi familiare tra i genitori ha portato M. a mettere in discussione il futuro con la propria ragazza, con cui ha una relazione da 7 anni;

- infine, la capacità di significato e direzionalità è preservata. M. infatti è in grado di costruire una narrazione delle proprie scelte personali, ma è nell'attualità messa in crisi dalla patologia depressiva e dal difficile divorzio dei genitori, al punto che la soggettività altrui non viene pienamente

considerata e vi è una difficoltà a guardare oltre la propria persona e le proprie preoccupazioni personali;

Entrando nel vivo del caso e del percorso terapeutico, il metodo di applicazione della DMRS (Perry, 1986) per il caso di M. ha seguito delle procedure di siglatura in coppia e di revisione delle suddette siglature da parte di professionisti del settore ed esperti della procedura.

Dalla siglatura dei primi tre colloqui emerge quanto riportato in tabella 1:

	Colloquio 1	Colloquio 2	Colloquio 3	TOT.
<b>Difese di agito</b>				
Acting out	2		1	3
Aggressione Passiva	9	3	3	15
Ipocondriasi				0
<b>TOT.</b>	11	3	4	<b>18</b>
<b>Difese di distorsione maggiore</b>				
Scissione	6		2	8
Identificazione proiettiva				0
<b>TOT.</b>	6	0	2	<b>8</b>
<b>Difese di diniego</b>				
Negazione	3	1	3	7
Proiezione				0
Razionalizzazione	6	8	10	24
Fantasia			2	2
<b>TOT.</b>	9	9	15	<b>33</b>
<b>Difese di distorsione minore (difese narcisistiche)</b>				
Svalutazione	4	6	4	14
Idealizzazione	7	3	3	13
Onnipotenza	2	1		3
<b>TOT.</b>	13	10	7	<b>30</b>
<b>Difese nevrotiche</b>				
Rimozione			3	3
Dissociazione				0
Formazione reattiva				0
Spostamento	2			2
<b>TOT.</b>	2	0	3	<b>5</b>

	Colloquio 1	Colloquio 2	Colloquio 3	TOT.
<b>Difese ossessive</b>				
Isolamento	1			1
Intellettualizzazione	3	4	6	13
Annullamento retroattivo	6	3	3	12
<b>TOT.</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>26</b>
<b>Difese mature (di adattamento)</b>				
Affiliazione				0
Altruismo				0
Anticipazione				0
Umorismo			1	1
Auto-osservazione		4	1	5
Auto-affermazione	1			1
Sublimazione				0
Repressione	1			0
<b>TOT.</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>7</b>

Tab. 1: DMRS distribuzione di frequenza dei meccanismi di difesa in consultazione

Nel complesso di questi primi tre colloqui, emergono inoltre i seguenti dati:

	Percentuale	Media	Deviazione standard	Min.	Max.
<b>Diniego</b>	42,24	11	2,82	9	15
<b>Distorsione minore</b>	38,04	10	2,44	7	13
<b>Ossessive</b>	33,28	8,66	1,24	7	10
<b>Agito</b>	23,04	6	3,55	3	11
<b>Distorsione maggiore</b>	10,24	2,66	2,49	0	6
<b>Mature</b>	10,24	2,66	6,6	1	4
<b>Nevrotiche</b>	6,4	1,66	1,24	0	3

Tab. 2: percentuali, medie, deviazioni standard, minimo e massimo per cluster DMRS in consultazione

Dai dati che emergono dalle prime battute del percorso terapeutico di M., si osserva che le difese maggiormente utilizzate nel primo tempo della terapia appartengono ai cluster delle difese di agito, di diniego, di distorsione minore dell'immagine e ossessive. In particolare, come precedentemente introdotto, il modello difensivo di M. gira attorno a cinque difese nello specifico che comprendono l'aggressione passiva, meccanismo mediante il quale M. esprime una

rabbia che non è ancora capace di riconoscere; la razionalizzazione, meccanismo ampiamente utilizzato per allontanarsi dalle emozioni spiacevoli o da vissuti non ancora in grado di elaborare; la svalutazione, difesa mediante il quale M. giustifica le proprie o altrui mancanze; l'intellettualizzazione, che similmente alla razionalizzazione viene utilizzata da M. per rinnegare alcuni vissuti emotivi; e l'annullamento retroattivo, meccanismo a cui M. ricorre ogni qualvolta esprime la rabbia per mezzo di un'aggressione passiva o, in alcuni casi, utilizza la svalutazione, probabilmente per non esperire un forte senso di colpa. Una nota importante riguarda l'idealizzazione, che nel complesso della terapia non è risultata essere tra i primi cinque meccanismi difensivi utilizzati da M., ma che nel corso dei primi tre incontri di consultazione è stata siglata in un egual numero dell'annullamento retroattivo. È possibile spiegare questo dato considerando che spesso, la svalutazione può essere seguita o preceduta da una idealizzazione e viceversa. M. infatti interscambia spesso questi due meccanismi: nel momento in cui idealizza sé, giungendo talvolta all'onnipotenza, tende a svalutare il mondo esterno; d'altra parte, nel momento in cui idealizza gli altri, tende a ricorrere alla svalutazione del Sé. Questa modalità difensiva può essere indice di una sfumatura della personalità che è tendenzialmente narcisistica, esacerbata da una sindrome depressiva in atto.

Analizzando poi la deviazione standard, si osserva che le difese ossessive sono nettamente più rigide nel loro utilizzo rispetto agli altri cluster, che risultano essere infatti più sfaccettati e "fluidi". Ne consegue che dall'analisi dei primi tre colloqui è possibile sostenere che M. fa un uso variegato di diverse difese, ma che il modello difensivo si irrigidisce attorno alle difese ossessive, aspetto che in un certo senso convalida la diagnosi di un nucleo di personalità ossessivo.

Il secondo tempo della terapia è invece composto dalle sedute che vanno dalla quarta alla nona seduta, in cui emergono i seguenti dati:

	4 <sup>^</sup>	5 <sup>^</sup>	6 <sup>^</sup>	7 <sup>^</sup>	8 <sup>^</sup>	9 <sup>^</sup>	TOT.
<b>Difese di agito</b>							
Acting out							0
Aggressione Passiva	8	1	3		1	5	18
Ipocondriasi							0
<b>TOT.</b>	8	1	3	0	1	5	<b>18</b>

	4^	5^	6^	7^	8^	9^	TOT.
<b>Difese di distorsione maggiore</b>							
Scissione			1		2		3
Identificazione proiettiva							0
<b>TOT.</b>	0	0	1	0	2	0	<b>3</b>
<b>Difese di diniego</b>							
Negazione	4						4
Proiezione				1			1
Razionalizzazione	3	4	4	7	2	6	26
Fantasia		1	1	2			4
<b>TOT.</b>	7	5	5	10	2	6	<b>35</b>
<b>Difese di distorsione minore (difese narcisistiche)</b>							
Svalutazione	2		3	2	6	3	16
Idealizzazione	2	2				1	5
Onnipotenza					1		1
<b>TOT.</b>	4	2	3	2	7	4	<b>22</b>
<b>Difese nevrotiche</b>							
Rimozione				2	1		3
Dissociazione							0
Formazione reattiva			1				1
Spostamento	1	1				1	3
<b>TOT.</b>	1	1	1	2	1	1	<b>7</b>
<b>Difese ossessive</b>							
Isolamento							0
Intellettualizzazione	4		4	3	8	3	22
Annullamento retroattivo	2	3	3	1		1	10
<b>TOT.</b>	6	3	7	4	8	4	<b>32</b>
<b>Difese mature (di adattamento)</b>							
Affiliazione	2			1		1	4
Altruismo							0
Anticipazione							0
Umorismo	1	1	1	1			4
Auto-osservazione			3	1	1	1	6
Auto-affermazione							0
Sublimazione							0
Repressione							0

	4 <sup>^</sup>	5 <sup>^</sup>	6 <sup>^</sup>	7 <sup>^</sup>	8 <sup>^</sup>	9 <sup>^</sup>	<b>TOT.</b>
<b>TOT.</b>	3	1	4	3	1	2	<b>14</b>

Tab. 3: DMRS distribuzione di frequenza dei meccanismi di difesa nella seconda parte di terapia

In linea generale, dunque, emerge quanto segue:

	<b>Percentuale</b>	<b>Media</b>	<b>Deviazione standard</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>
<b>Diniego</b>	45,85	5,83	2,40	2	10
<b>Ossessive</b>	41,92	5,33	1,79	3	8
<b>Distorsione minore</b>	28,82	3,66	1,69	2	7
<b>Agito</b>	23,58	3	2,76	0	8
<b>Mature</b>	18,34	2,33	1,10	1	4
<b>Nevrotiche</b>	9,17	1,16	0,37	1	2
<b>Distorsione maggiore</b>	3,93	0,5	0,76	0	2

Tab. 4: percentuali, medie, deviazioni standard, minimo e massimo per cluster DMRS nella seconda parte di terapia

I dati sopra riportati confermano in modo ancora più evidente quanto descritto nelle pagine precedenti. È infatti osservabile come il modello difensivo di M. ruoti attorno all'aggressione passiva, alla razionalizzazione, alla svalutazione all'intellettualizzazione e, in una misura minore, all'annullamento retroattivo. In particolare, confrontando le misure della deviazione standard (ds) della tabella 2 con le misure della stessa riportate nella tabella 4, è possibile notare come queste misurazioni tendano a ridursi, ad indicare che il paziente inizia ad assumere un modello difensivo meno caotico e variegato, a favore di difese più specifiche. Infatti:

- le difese di agito passano da una ds di 3,55 a una di 2,79. Questa riduzione della ds è possibile grazie ad una cristallizzazione del modello difensivo di M. che, per questo cluster, gira attorno all'aggressione passiva;
- le difese di diniego passano invece da una ds di 2,82 a una di 2,40, cambiamento spiegabile osservando come le difese di questo cluster iniziano ad irrigidirsi attorno alla razionalizzazione, lasciando sempre meno spazio ad altre difese del medesimo cluster;

- per le difese di distorsione minore dell'immagine, o difese narcisistiche, il numero di volte che M. utilizza l'idealizzazione si riduce notevolmente, a favore di un aumento al ricorso della svalutazione, aspetto che riduce la ds del primo periodo di terapia, collocabile nelle prime tre sedute di consultazione, da 2,44 a 1,69;

- il cluster delle difese ossessive invece presenta un aumento minimo, passando da una ds di 1,24 nel primo periodo, a una di 1,79 nel secondo tempo di terapia, ad indicare che il paziente ricorre in modo più asimmetrico alle difese di questo cluster. Infatti, come è osservabile dalla tabella 3, i valori dell'intellettualizzazione e dell'annullamento retroattivo sono meno spartiti in maniera egualitaria rispetto ai dati riportati in tabella 1.

Per quanto riguarda la media, invece, i valori di tutti i cluster tendono a diminuire rispetto ai colloqui di consultazione. È anche da notare che il secondo periodo di terapia contegge un maggior numero di colloqui, dunque questo dato, nella sua globalità, risulta essere promettente per il successo terapeutico, poiché indica che il paziente fa ricorso ai meccanismi difensivi in misura minore nel corso di più colloqui. Una specificazione va però fatta per quanto riguarda il cluster delle difese mature. È infatti osservabile come l'utilizzo generale di queste difese aumenta (valore percentuale sul totale delle difese utilizzate nel corso dei colloqui che vanno dal quarto al decimo), ma i valori della ds e della media diminuiscono. Questi dati possono essere interpretati come un minor ricorso da parte di M. a difese mature non solo nella loro totalità, ma anche nella loro diversità, a significare che il paziente utilizza un minor numero di difese mature che risultano essere, inoltre, poco variegate, come osservabile dalla tabella 3, dove è possibile notare che il ricorso a questo cluster si concretizza quasi esclusivamente sui meccanismi di affiliazione, auto-osservazione e umorismo.

In generale, per quanto concerne questo secondo periodo di terapia, è possibile sostenere che il paziente sta entrando nel vivo del processo terapeutico e, per questo motivo, il cambiamento appena descritto dei vari dati di media, percentuale e deviazione standard, risultano essere congruenti con l'idea che nel corso dei colloqui il paziente tenda a mostrare sempre di più se stesso nelle sue peculiarità, dando la possibilità alla terapeuta di giungere ad una descrizione della personalità

più chiara, aspetto per altro importante per la programmazione degli interventi terapeutici.

Passando alla parte finale del percorso terapeutico di M., per i colloqui che vanno dal decimo al quindicesimo è possibile osservare quanto segue nella tabella 5:

	10°	11°	12°	13°	14°	15°	TOT.
<b>Difese di agito</b>							
Acting out		1					1
Aggressione Passiva	4	3	6	2		1	16
Ipocondriasi	1						1
<b>TOT.</b>	5	4	6	2	0	1	<b>18</b>
<b>Difese di distorsione maggiore</b>							
Scissione	1			1			2
Identificazione proiettiva							0
<b>TOT.</b>	1	0	0	1	0	0	<b>2</b>
<b>Difese di diniego</b>							
Negazione	1	2					3
Proiezione		1		1			2
Razionalizzazione	11	6		4	1	5	27
Fantasia			2				2
<b>TOT.</b>	12	9	2	5	1	5	<b>34</b>
<b>Difese di distorsione minore (difese narcisistiche)</b>							
Svalutazione		3	7	1	4	2	17
Idealizzazione	2	1	1			1	5
Onnipotenza							0
<b>TOT.</b>	2	4	8	1	4	3	<b>22</b>
<b>Difese nevrotiche</b>							
Rimozione	1					1	2
Dissociazione							0
Formazione reattiva		1					1
Spostamento	1		1				2
<b>TOT.</b>	2	1	1	0	0	1	<b>5</b>
<b>Difese ossessive</b>							
Isolamento			1	5	2	1	0
Intellettualizzazione			1	5	2	1	9

	10°	11°	12°	13°	14°	15°	TOT.
Annullamento retroattivo	1	4	2	1	2		10
<b>TOT.</b>	1	4	3	6	4	1	<b>19</b>
<b>Difese mature (di adattamento)</b>							
Affiliazione		1		1			2
Altruismo							0
Anticipazione							0
Umorismo							0
Auto-osservazione	1	2	1	5	4	1	14
Auto-affermazione		1	1	1	2	1	6
Sublimazione							0
Repressione							0
<b>TOT.</b>	1	4	2	7	6	2	<b>22</b>

Tab. 5: DMRS distribuzione di frequenza dei meccanismi di difesa nella terza parte di terapia

Nella loro totalità, i dati sopra riportati sono riassumibili come segue:

	Percentuale	Media	Deviazione standard	Min.	Max.
<b>Diniego</b>	41,48	5,66	3,81	1	12
<b>Distorsione minore</b>	26,84	5,66	2,21	1	8
<b>Mature</b>	26,84	3,66	2,21	1	6
<b>Ossessive</b>	23,18	3,16	1,77	1	6
<b>Agito</b>	21,96	3	2,38	0	6
<b>Nevrotiche</b>	6,1	0,83	0,68	0	2
<b>Distorsione maggiore</b>	2,44	0,33	0,47	0	1

Tab. 6: percentuali, medie e deviazioni standard nella terza parte di terapia

Quanto emerge dal terzo ed ultimo tempo del percorso terapeutico è estremamente promettente. È infatti possibile osservare come i valori percentuali di tutti i cluster in questa fase siano diminuiti rispetto ai primi nove colloqui, ad eccezione del cluster delle difese mature. Questo dato indica che il ricorso a meccanismi di difesa immaturi e poco adattivi è diminuito, a favore invece di un aumento al ricorso di meccanismi di difesa più maturi, in particolare dell'auto-osservazione, dell'auto-affermazione e, in misura minore, dell'affiliazione.

In merito alla deviazione standard riportata nelle tabelle 2, 4 e 6 è però possibile notare due differenze importanti:

1. la prima riguarda il cluster delle difese di diniego, che in questa ultima parte di terapia risulta essere aumentata, ad indicare che M. ricorre in maniera più confusionaria e non simmetrica alle difese di questo cluster, in cui la razionalizzazione rimane, nella complessità dei dati riportati in tabella 5, il meccanismo di difesa prediletto di questo cluster. Osservando però la media di questo cluster, nel corso dei tre periodi terapeutici è possibile notare una diminuzione nell'utilizzo dei meccanismi di questo cluster nella totalità dei colloqui, elemento che potrebbe significare un lento abbandono di queste modalità disadattive nell'affrontare elementi emotivi e stressogeni, a favore di modalità operative interne più adattive e mature;

2. la seconda riguarda il cluster dei meccanismi di difesa maturi, in cui la ds risulta gradualmente elevarsi. Questo indica indubbiamente un'asimmetria nell'utilizzo dei meccanismi di difesa che appartengono a questo cluster, ma a livello clinico è giudicabile come un notevole passo avanti per il paziente, che sembra lentamente integrare nella propria relazione con il mondo diversi meccanismi adattivi, in particolare dell'auto-osservazione che, nell'attualità del processo terapeutico, consente al paziente di introdurre nel proprio modo di processare le emozioni, un sguardo interno ed esterno di grande importanza per l'adattamento alle relazioni e, in generale, alla quotidianità del mondo esterno alla stanza terapeutica.

Infine, anche per quanto concerne la media dei vari cluster, è possibile notare un miglioramento di tutti i cluster, in particolare a carico delle difese mature che, come riportato precedentemente, dimostrano un aumento interpretabile come un miglioramento.

#### 4.2 Una visione d'insieme sul caso di M.

Al netto dei dati sopra riportati e per comprendere al meglio l'utilità della DMRS per il processo terapeutico, si riportano di seguito i grafici dei diversi cluster e delle difese principali che sono state siglate maggiormente nel corso dell'intero processo terapeutico.



Graf. 1: DMRS andamento difese di agito nell'intero percorso terapeutico

Partendo dalle difese di agito, è possibile osservare dal grafico 1 che nel corso dell'intero processo terapeutico il ricorso al loro utilizzo è andato diminuendo rispetto alla prima consultazione, ad eccezione del quarto e dell'undicesimo colloquio, in cui si registrano dei picchi più elevati. Dopo entrambi i picchi, è però osservabile una riduzione nell'utilizzo delle difese di questo cluster, aspetto che può essere interpretato come un possibile sviluppo di una maggior capacità mentalizzante del paziente per quanto riguarda, in particolare, la rabbia. A questo cluster, appartiene uno dei meccanismi difensivi maggiormente utilizzati da M. nel corso di tutto il processo terapeutico, ovvero l'aggressione passiva. Come è osservabile nel grafico successivo (grafico 2), l'andamento dell'aggressione passiva è praticamente identico all'andamento del cluster osservabile nel grafico 1. In linea con i dati riportati nelle tabelle del paragrafo precedente, l'aggressione passiva rappresenta il meccanismo principale, se non elitario, utilizzato da M. nel corso del processo terapeutico.

L'aggressione passiva, come riportato dalla letteratura (Balikci et. al., 2014), e nel capitolo 3, è uno dei meccanismi difensivi maggiormente utilizzati dai pazienti

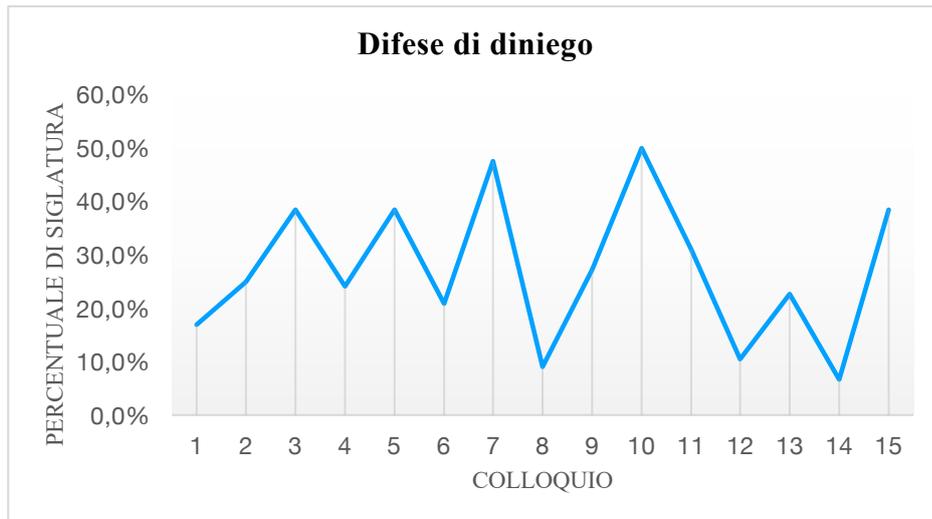
con una sindrome depressiva. Nel caso di M., questo meccanismo viene utilizzato come compromesso per esperire ed esprimere una rabbia interiore inizialmente non riconosciuta. L'andamento di questo meccanismo, siglato per 49 volte nel corso di tutto il processo, è però promettente, a significare che la funzione terapeutica sta introducendo in M. modalità operative interne più mentalizzanti che consentono di processare la rabbia ed esprimerla in modo più maturo.



*Graf. 2: DMRS andamento aggressione passiva nell'intero percorso terapeutico*

Per quanto riguarda le difese di distorsione maggiore dell'immagine, è possibile sostenere che l'andamento è regolare e, nel caso di M., che le difese di questo cluster non rappresentano una peculiarità del paziente. Sono presenti diverse scissioni, come osservabile nelle tabelle del paragrafo precedente, ma nella totalità del percorso terapeutico, questo meccanismo, oltre ad essere l'unico del cluster di distorsione maggiore, è stato siglato solamente 13 volte.

Per quanto riguarda il cluster le difese di diniego, il grafico 3 mostra un andamento molto irregolare nell'utilizzo di queste difese, con tre importanti picchi nel corso del terzo, del settimo e del decimo colloquio. Questo cluster ha una centralità importante nella personalità di M., non solo perché vengono siglate ben novantaquattro difese di diniego in tutto il percorso terapeutico, ma anche perché il cluster comprende il meccanismo della razionalizzazione, che rappresenta la difesa maggiormente siglata nel corso di tutto il processo terapeutico, per un totale di n. di siglature pari a 77.



Graf. 2: DMRS andamento difese di diniego nell'intero percorso terapeutico



Graf. 3: DMRS andamento razionalizzazione nell'intero percorso terapeutico

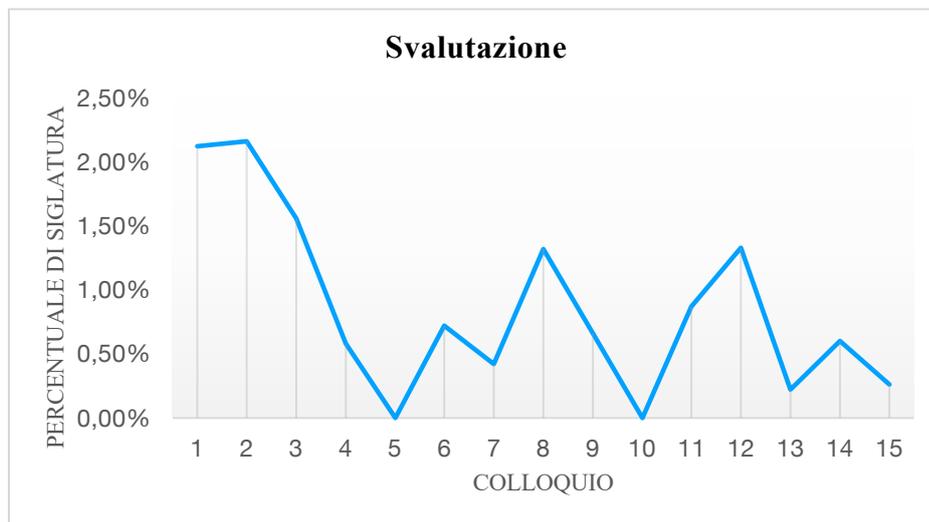
Come è possibile osservare dal grafico 4, la razionalizzazione rappresenta il meccanismo principale che detta l'andamento dell'intero cluster presentato nel grafico 3. La presenza di un numero di siglature così elevato a carico della razionalizzazione, come per l'aggressione passiva, è spiegabile a fronte di quanto presentato nella letteratura e nel capitolo 3: tra i meccanismi di difesa maggiormente associati alle sindromi depressive, infatti, viene riportata anche la razionalizzazione (Balikci et. al., 2014). Lo smisurato utilizzo di questo meccanismo difensivo da parte di M. trova concretezza nell'estremo bisogno del paziente di allontanarsi dagli affetti dolorosi, scindendo la rappresentazione dal connotato emotivo legato ad essa.

Per quanto riguarda le difese di distorsione minore dell'immagine, dal grafico 5 è possibile osservare come dal primo colloquio, l'andamento nell'utilizzo di queste difese tende a diminuire notevolmente, ad eccezione di due picchi nell'ottavo e dodicesimo colloquio, in cui si osservano siglature più elevate, che rientrano successivamente.



Graf. 5: DMRS andamento difese di distorsione minore nell'intero percorso terapeutico

A questo cluster appartiene uno dei cinque meccanismi difensivi maggiormente utilizzati da M.: la svalutazione (grafico 6).



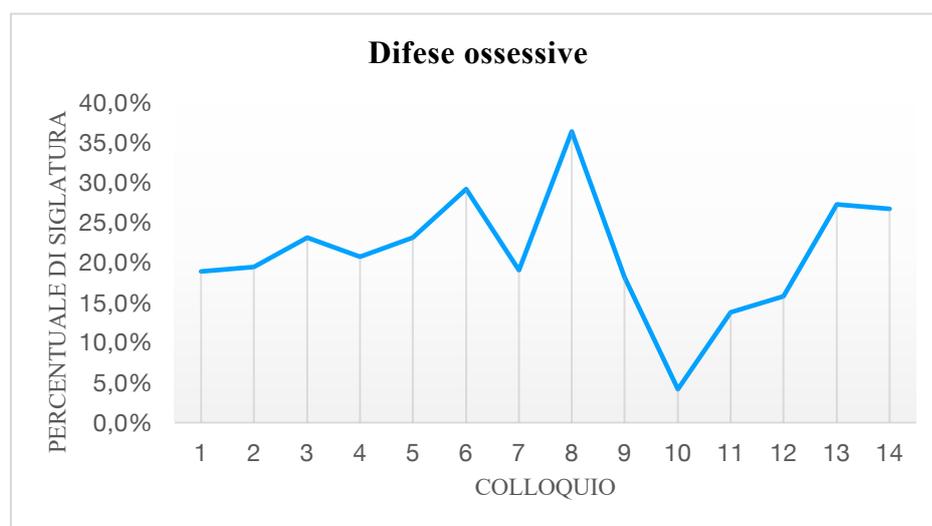
Graf. 4: DMRS andamento svalutazione nell'intero percorso terapeutico

Similmente all'andamento generale del cluster a cui appartiene, la svalutazione presenta dei picchi importanti che tendono successivamente a rientrare e che, in linea generale, dettano l'andamento dell'intero cluster. Coerentemente con i dati

presenti nella letteratura (Defire & Hilsenroth, 2005 in Babl et. al., 2019), la presenza di un numero di siglature così elevato per questo meccanismo difensivo è spiegato dalla sua stretta associazione con le sindromi depressive. Inoltre, come anticipato precedentemente, M. presenta delle sfaccettature di personalità a stampo narcisistico covert che sono riconducibili ad un depressività di carattere introiettivo. Come riportato nel capitolo 2, la letteratura spiega la personalità e la depressività introiettiva come caratterizzata da comportamenti e modalità di pensiero auto-svalutative e auto-critiche (Marfoli et. al., 2021), che spiegherebbero con un maggior grado di validità la presenza di un alto numero di siglature a carico della svalutazione. Infatti, M. utilizza, nel complesso del processo terapeutico, ben 43 svalutazioni, che non sono totalmente indirizzate al Sé, ma anche al mondo esterno. L'alternanza svalutativa Sé-altro è spiegabile alla luce dei tentativi del paziente di salvaguardare e proteggere almeno in parte la scarsa autostima da ulteriori ferite narcisistiche, caratteristica tipica delle personalità introiettive (Marfoli et. al., 2021).

Per quello che riguarda le difese nevrotiche, dall'applicazione della DMRS non emergono dati rilevanti dal punto di vista clinico. Infatti, M. ricorre poco alle difese di questo cluster, al punto che in totale sono state siglate complessivamente solo diciassette difese di carattere nevrotico.

Un ulteriore cluster che invece risulta importante per questo caso clinico è quello delle difese ossessive (grafico 7).



Graf. 7: DMRS andamento difese ossessive nell'intero percorso terapeutico

Le difese ossessive rappresentano la seconda modalità prevalente con cui M. affronta le fonti emotive stressogene, siano esse interne oppure esterne, tanto che sono state complessivamente siglate per un totale di settantasette volte nell'arco delle quindici sedute.

Come è possibile osservare dal grafico 7, anche per questo cluster non si delinea un andamento regolare nell'utilizzo di questa tipologia di difese, ma si presentano invece dei picchi più elevati, seguiti da una riduzione nell'utilizzo di queste modalità difensive. È però interessante notare, e al tempo stesso positivo, che i picchi più elevati risultano essere minori rispetto ai precedenti, ad eccezione dell'ottavo e del tredicesimo colloquio, in cui la frequenza di utilizzo di queste difese tende ad essere maggiore rispetto al picco precedente. Questo andamento è spiegabile considerando quanto presentato precedentemente rispetto alla personalità di M., che tende a presentare un nucleo strettamente ossessivo.

A questa tipologia di difese appartengono le ultime due difese maggiormente siglate durante l'intero percorso terapeutico: l'intellettualizzazione (grafico 8) e l'annullamento retroattivo (grafico 9).



Graf. 5: DMRS andamento intellettualizzazione nell'intero percorso terapeutico

Per quanto concerne il meccanismo di intellettualizzazione, questa difesa è stata siglata ben quarantaquattro volte in occasione di vissuti emotivi dal connotato tendenzialmente negativo da cui il paziente voleva allontanarsi. La presenza così elevata dell'intellettualizzazione è inoltre spiegabile attraverso la letteratura presentata nel secondo capitolo. Infatti, come riportano Fertuck et. al. (2004) e Blatt

(1974), i pazienti con una personalità introiettiva tendono a presentare nel loro modus operandi difensivo l'intellettualizzazione per proteggersi da sentimenti di colpa, ampiamente riportati da M.; e dalla sensazione di fallimento, presente nel paziente, specialmente a livello inconscio, in relazione all'ambito universitario.



Graf. 9: DMRS andamento annullamento retroattivo nell'intero percorso terapeutico

Per quanto riguarda l'annullamento retroattivo, si riscontra invece un andamento più regolare, con un picco importante nell'undicesimo colloquio. In generale, questo meccanismo difensivo è stato siglato trentadue volte e rappresenta il quinto meccanismo con il maggior numero di siglature. La presenza di un numero elevato di annullamenti retroattivi è interpretabile alla luce della necessità del paziente di allontanarsi dal senso di colpa esperito successivamente ad una svalutazione verso gli altri o all'espressione della rabbia per mezzo dell'aggressione passiva. Nello specifico, le personalità introiettive sono portate ad utilizzare meccanismi difensivi volti ad annullare il senso di colpa (Fertuck et. al., 2004 e Blatt, 1974) e, per questo motivo, la presenza di un così elevato numero di annullamento retroattivo assume in M. una modalità operativa di personalità che è nucleare, non solo alla luce della personalità, ma anche in relazione alla sindrome depressiva.

È anche interessante notare l'andamento delle difese di adattamento presentato nel grafico 10. Come è possibile osservare, infatti, l'andamento delle difese mature, seppur regolare, tende nel corso dell'intero processo terapeutico ad aumentare, ad eccezione dell'ultimo colloquio. Nello specifico, la diminuzione nell'utilizzo di questa tipologia di difese nella quindicesima seduta è riconducibile ad una difficoltà

per il paziente di abbandonare il processo terapeutico presso il servizio di sostegno psicologico offerto dall'università per una pausa e nell'immaginare una ripresa del percorso di psicoterapia in sede privata.



Graf. 10: DMRS andamento difese di adattamento nell'intero percorso terapeutico

In linea generale, però, l'andamento delle difese di adattamento è molto positivo e mette in luce come, già solo con poche sedute, è possibile favorire nei pazienti lo sviluppo di modalità difensive più adattive.

In ultima analisi, è importante considerare la correlazione tra il tempo della terapia, in cui si osserva una diminuzione generale nel ricorso ai meccanismi di difesa; e l'utilizzo delle diverse difese divise per cluster. Si riportano nella tabella 5 i valori di correlazione divisi per cluster:

<b>Agito</b>	0,76
<b>Ossessive</b>	0,76
<b>Distorsione maggiore</b>	0,75
<b>Distorsione minore</b>	0,74
<b>Diniego</b>	0,59
<b>Nevrotiche</b>	0,35
<b>Mature</b>	- 0,06

Tab. 5: correlazione tra tempo della terapia e meccanismi di difesa divisi per cluster

Considerato che, nel tempo totale della terapia si osserva una diminuzione nel ricorso ai meccanismi di difesa, dai valori di correlazione sopra riportati (tab. 5), è possibile affermare che:

- Per i cluster di difese di agito, ossessive, di distorsione maggiore e minore, di diniego e nevrotiche al diminuire dell'utilizzo generale dei meccanismi difensivi, diminuisce il ricorso del paziente alle difese che rientrano in questi cluster;
- Per il cluster delle difese mature, invece, la correlazione è negativa (- 0,06) e, dunque, al diminuire nell'utilizzo globale dei meccanismi di difesa, si osserva un aumento nel ricorso a questa tipologia di difese.

È quindi possibile sostenere che il percorso terapeutico sta svolgendo una funzione positiva per M., non solo perché il paziente sta abbandonando l'utilizzo di meccanismi difensivi più primitivi, ma anche perché sta introducendo nel suo modus operandi meccanismi difensivi che gli consentono di prendere atto del proprio mondo interiore e di poterlo esprimere positivamente, volgendo comunque lo sguardo anche verso gli altri.

## CONCLUSIONI

In linea con la letteratura (de Roten, Djillali, von Roten, Despland & Ambresin, 2021), dall'analisi del caso di M. esposta nel capitolo precedente, è possibile osservare un decrescendo nel livello delle difese immature, a favore di un aumento nei livelli delle difese più mature. Questo risultato conferma quanto si riporta nella letteratura odierna, ovvero che i livelli difensivi nei pazienti depressi cambiano nel corso del processo terapeutico e conferma la DMRS come uno strumento utile al fine di comprendere a che punto si trova la coppia terapeutica all'interno del percorso di analisi/terapia.

In primo luogo, è importante riconoscere il fondamentale contributo della DMRS in questa analisi. Infatti, attraverso la procedura di siglatura dei trascritti, è stato possibile costruire una formulazione del caso clinico. Questo aspetto, in un'ottica più ampia, mette i clinici di fronte alla possibilità di avvalersi della DMRS come strumento di analisi e diagnosi, in cui la diagnosi va intesa non come etichetta in sé e per sé, ma come conoscenza profonda del mondo interno dei pazienti. Per questo motivo, è anche fondamentale riconoscere l'importanza della DMRS come strumento di formazione. Da questo punto di vista, la siglatura delle difese si può rivelare utile per i giovani psicologi e psicoterapeuti in un primo periodo di formazione clinica.

L'utilità della DMRS però non si ferma esclusivamente alla diagnosi o alla formazione dei clinici, ma, come anticipato, si estende anche nel corso del processo terapeutico, accompagnando la coppia terapeutica fino all'ultima seduta. Come per il caso di M., la DMRS può essere un utile strumento per comprendere a che livello di cambiamento si trova il paziente, mettendo i clinici di fronte a una moltitudine di possibilità, specialmente per quanto riguarda la scelta degli interventi da attuare nel corso delle sedute. Questo aspetto è estremamente utile al fine di un outcome terapeutico positivo.

Questo studio presenta dei limiti da tenere in considerazione. In primo luogo si esaurisce esclusivamente attorno al caso di M., non dando la possibilità di estendere le osservazioni effettuate ad altri casi clinici. Sebbene quanto emerso è in linea con la letteratura, l'applicazione della DMRS su un maggior numero di casi clinici

avrebbe potuto fornire le osservazioni precedentemente riportate con maggior evidenza.

Un secondo limite riguarda la quantità degli strumenti utilizzati. Infatti, lo studio si basa esclusivamente sull'utilizzo della DMRS, non prevedendo altri strumenti di analisi dei meccanismi di difesa o di diagnosi.

In conclusione, è quindi possibile affermare che i dati riportati da questo studio sono promettenti, ma tra le prospettive future è fondamentale considerare l'estensione di questa analisi a più casi clinici. In questa prospettiva, è anche importante includere non solo l'analisi della depressione in sé e per sé, ma anche la depressione in comorbilità con altri disturbi clinici, come per esempio i disturbi d'ansia.

## RINGRAZIAMENTI

Alla mia famiglia, che durante questi anni di università mi ha sempre sostenuto in tutto e per tutto, dandomi fiducia e amore.

A Francesco, per essermi sempre vicino e senza il quale non avrei trovato la forza di superare i momenti difficili che si sono presentati nel corso di questi anni.

Alla comunità ballroom e soprattutto alla mia famiglia ballroom, per avermi accettato fin da subito per come sono, senza pregiudizi, e per farmi sentire ogni giorno parte di una comunità che fin dal giorno zero mi ha fatto sentire a casa.

A Verdiana, per avermi sempre spronato a dare il massimo, per il sostegno che mi ha dato in questi anni e per avermi aiutato a chiudere dei cerchi importanti.

A Veronica, che fin da subito mi ha fatto sentire parte di un gruppo, facendomi sempre vedere l'altra parte della medaglia, spingendomi a uscire dalle mie zone di comfort.

Alle mie colleghe di lavoro, per avermi sempre strappato un sorriso, anche nei giorni più tristi.

Agli amici di sempre, che nonostante la lontananza, ci sono sempre stati nel momento del bisogno.

A tutti voi voglio dire grazie.

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- AKKERMAN, K., CARR, V. & LEWIN, T. (1992). Changes in ego defenses with recovery from depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 634-638.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5 (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association (trad. it. *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali - Quinta edizione*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2014).
- BABL, A., HOLTFOORTH, M. G., PERRY, J. C., SCHNEIDER, N., DOMMANN, E., HEER, S., STÄHLI, A., AESCHBACHER, N., EGGEL, M., EGGENBERG, J., SONNTAG, M., BERGER, T. & CASPAR, F. (2019). Comparison and change of defense mechanisms over the course of psychotherapy in patients with depression or anxiety disorder: Evidence from a randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 252, 212–220.
- BALIKCI, A., ERDEM, M., BOLU, A., OZNUR, T. & CELIK, C. (2014). Defense Mechanisms in Endogenous Depression. *Gülhane Tıp Derg*, 56, 154-158.
- BESSER, A. (2004). Self- and best-friend assessments of personality vulnerability and defenses in the prediction of depression. *Social Behavior and Personality*, 32, 559-594.
- BLATT S. J. (2004). Experiences of depression: theoretical, clinical and research perspectives. *Washington, DC: American Psychological Association*.
- BLATT S. J. & LUYTEN, P. (2009). A structural-developmental psychodynamic approach to psycho-pathology: two polarities of experience across the life span. *Developmental Psychopathology*, 21, 793– 814.
- BLATT S. J. & ZUROFF, D. C. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review*, 12, 527–562.
- BLATT, S. J. (1974). Levels of Object Representation in Anaclitic and Introjective Depression. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 29, 107-157.

- BLAYA, C., DORNELLES, M., BLAYA, R., KIPPER, L., HELDT, E., ISOLAN, L., BOND, M. & MANFRO, G.G. (2006). Do defense mechanisms vary according to the psychiatric disorder? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28, 179–183.
- BOND, M. (2004) Empirical studies of defense style: Relationships with psychopathology and change. *Harvard Review of Psychiatry*, 12, 263–278.
- BOND, M. & PERRY, J. C. (2004). Long-term changes in defense style with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety and personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1665- 1671.
- CANDRIAN, M., SCHWARTZ, F., FARABAUGH, A., PERLIS, R. H., EHLERT, U. & FAVA, M. (2008). Personality disorders and perceived stress in major depressive disorder. *Psychiatry Research*, 160, 184–191.
- COLOVIC, O., TOSEVSKI, D. L., PERUNICIC MLADENOVIC, I., MILOSAVLJEVIC, M. & MUNJIZA, A. (2016). Defense Mechanisms in “Pure” Anxiety and “Pure” Depressive Disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 204, 746-751.
- CORRUBLE, E., BRONNEC, M., FALISSARD. B. & HARDY, P. (2004) Defense styles in depressed suicide attempters. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58, 285-288.
- CRAMER, P. (2000) Defense mechanisms in psychology today: Further processes for adaption. *American Psychologist*, 55, 637–646.
- CRAMER, P. (2015) Defense mechanisms: 40 years of empirical research. *Journal of Personality Assessment*, 97,114–122
- DAWOOD, S & PINCUS, A. L. (2017). Pathological Narcissism and the Severity, Variability, and Instability of Depressive Symptoms. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 1-10.
- DE ROTEN, Y., DJILLALI, S., VON ROTEN, F. C., DESPLAND, J. & AMBRESIN, G. (2021). Defense mechanisms and treatment response in depressed inpatients. *Frontiers in Psychology*, 12, 1-10.
- DERUBEIS, R.J. & STRUNK, D.R. (2017). The Oxford handbook of mood disorders. *Oxford University Press*.

- FERTUCK, E. A., BUCCI, W., BLATT, S. J. & FORD, R. Q. (2004). Verbal representation and therapeutic change in anaclitic and introjective inpatients. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 13-25.
- FLETT, G. L., BESSER, A., & HEWITT, P. L. (2005). Perfectionism, ego defense styles, and depression: A comparison of self-reports versus informant ratings. *Journal of Personality*, 73, 1355– 1396
- GABBARD, G.O. (2014). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice (Fifth Edition)*. American Psychiatric Press (trad. it. *Psichiatria Psicodinamica - Quinta edizione basata sul DSM-5*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2015).
- HAKULINEN, C., ELOVAINIO, M., PULKKI-RÅBACK, L., VIRTANEN, M., KIVIMÄKI, M. & JOKELA, M. (2015). Personality and Depressive Symptoms: individual participant meta-analysis of 10 cohort studies. *Depression and Anxiety*, 32, 461-470.
- KEALY, D., TSAI, M. & OGDONICZUK, J. S. (2012). Depressive tendencies and pathological narcissism among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research*, 196, 157–159.
- KHAN, M. J. & GUL, S. (2016). Differences in Defense Mechanisms between Depressive Patients and Non-Depressive Individuals. *Pakistan Journal of Social and Clinical Psychology*, 14, 47-51.
- KWON, P. (2000). Hope and dysphoria: The moderating role of defense mechanisms. *Journal of Personality*, 68, 199–223.
- KWON, P., & LEMON, K. E. (2000). Attributional style and defense mechanisms: A synthesis of cognitive and psychodynamic factors in depression. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 723– 735.
- LAWLOR, C. (2012). *From Melancholia to prozac: a history of depression*. Oxford University Press.
- LINGIARDI, V, & MAEDDU, F. (2002). *I meccanismi di difesa. Teoria, valutazione e clinica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- LINGIARDI, V. & MCWILLIAMS, N. (2017). *Psychodynamic Diagnostic Manual: PDM-2 (Second edition)*. The Guilford Press (trad. it. *Manuale Diagnostico Psicodinamico – Seconda edizione*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2018).

- LUYTEN, P. & BLATT, S.J. (2012). Psychodynamic Treatment of Depression. *Psychiatr Clin N Am*, 35, 111-129.
- MARČINKO, D., JAKŠIĆ, N., IVEZIĆ, E., SKOČIĆ, M., SURÁNYI, Z., LONČAR, M., FRANIĆ, T. & JAKOVLJEVIĆ, M. (2014). Pathological Narcissism and Depressive Symptoms in Psychiatric Outpatients: Mediating Role of Dysfunctional Attitudes. *Journal of Clinical Psychology*, 70, 341–352.
- MARFOLI, A., VIGLIA, F., DI CONSIGLIO, M., MEROLA, S., SDOIA, S. & COUYOUMDJIAN, A. (2021). Anaclitic-sociotropic and introjective-autonomic personality dimensions and depressive symptoms: a systematic review. *Annals of General Psychiatry*, 1-30.
- OAKLEY, L. D., SONG, M. K., & MCQUARTER, M. D. (2005). Positive and negative depression coping in low-income African America women. *Research in Nursing & Health*, 28, 106-116
- OLSON, T.R., PRESNIAK, M.D. & MACGREGOR, M.W. (2009) Differentiation of depression and anxiety groups using defense mechanisms. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197, 834–840.
- PERRY, J. C. & BOND, M. (2017). Addressing Defenses in Psychotherapy to Improve Adaptation. *Psychoanalytic Inquiry*, 37, 153-166.
- PRINCE, E. J., SIEGEL, D. J., CARROLL, C. P., SHER, K. J. & BIENVENU, O. J. (2020). A longitudinal study of personality traits, anxiety, and depressive disorders in young adults. *Anxiety, Stress & Coping, An International Journal*, 1-9.
- REIS, S. & GRENYER, B. F. S. (2002). Pathways to anaclitic and introjective depression. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 75, 445–459.
- REYNOLDS, W.M. & JOHNSTON, H.F. (1994). Handbook of depression in children and adolescents. *Springer Science and Business Media*.
- SAULSMAN, L. M. & PAGE, A. C. (2002). The five-factor model and personality disorder empirical literature: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 23, 1055–1085.
- SCHAUBENBURG, H., WILLENBORG, V., SAMMET, I. & EHRENTHAL, J. (2007) Self-reported defense mechanisms as an outcome measure in psychotherapy:

A study on the German version of the Defense Style Questionnaire DSQ 40. *Psychology & Psychotherapy*, 80, 355–366.

- SKODOL, A. E., GRILO, C. M., KEYES, K.M., GEIER, T., GRANT, B. F. & HASIN, D. S. (2011). relationship of Personality Disorders to the Course of Major Depressive Disorder in a Nationally representative Sample. *American Journal Psychiatry*, 168, 257–264.
- VAN, H. L., DEKKER, J., PEEN, J., ABRAHAM, R.E. & SCHOEVERS, R. (2009) Predictive value of self- reported and observer-rated defense style in depression treatment. *American Journal of Psychotherapy*, 63, 25–39.
- WADE, T.D. & KENDLER, K.S. (2000). The relationship between social support and major depression: cross-sectional, longitudinal, and genetic perspectives. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 251–258.
- YUAN, Y., ZHANG, X.B. & WU, A.Q. (2002) Defense mechanisms in Chinese patients with co- morbid anxiety and depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 265–267.
- ZUROFF, D.C. & BLATT, S.J. (2002). Vicissitudes of life after the short-term treatment of depression: Roles of stress, social support, and personality. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 21, 473–496.