

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinico - Dinamica

Tesi di Laurea Magistrale

SINGLE CASE TRA PROCESSO ED ESITO: EVOLUZIONE DELLE DIFESE DURANTE IL PROCESSO TERAPEUTICO.

**Single case between process and outcome: evolution of the defenses towards the
therapeutic process.**

Relatore:

Prof. Diego Rocco

Laureanda: Chiara Moscardi

Matricola: 2016625

Anno Accademico: 2021/2022

INDICE	
INTRODUZIONE	1
CAPITOLO 1: LA RICERCA IN PSICOTERAPIA	3
1.1 La ricerca sull'esito	3
1.2 La ricerca sul processo	6
1.3 La ricerca process-outcome	8
1.4 La ricerca single-case	10
CAPITOLO 2: I MECCANISMI DI DIFESA NELLA STORIA E NELLA RICERCA	15
2.1 I meccanismi di difesa	15
2.2 I meccanismi di difesa nella ricerca	19
CAPITOLO 3: IL SINGLE CASE	27
3.1 Obiettivo	27
3.2 Metodo	27
3.2.1 Strumenti: DMRS, SWAP-200, MCMI-III	27
3.2.2 Materiale e partecipante	37
3.2.3 Procedura ed ipotesi di lavoro	41
CAPITOLO 4: I RISULTATI	47
4.1 Valutazione della personalità tramite la SWAP-200	47
4.2 Diagnosi di personalità tramite il MCMI-III	49
4.3 Valutazione del livello di maturità difensiva complessiva (ODF) tramite la DMRS	50
CAPITOLO 5: DISCUSSIONE E CONCLUSIONI	55
5.1 Discussione	55
5.2 Conclusioni	60
BIBLIOGRAFIA	65

INTRODUZIONE

L'obiettivo del presente lavoro è stato quello di indagare se e come il funzionamento difensivo globale di un paziente (ODF) si modifica durante il processo di cura, e se tale cambiamento può essere messo in relazione ad un buon outcome terapeutico.

Nel primo capitolo verrà introdotta una breve presentazione della differenza tra *outcome reasearch*, *process research* e *process-outcome research*, concludendo con la spiegazione del disegno di ricerca di tipo single case, utilizzato anche nel presente studio.

Nel secondo capitolo verrà presentato un breve *excursus* storico dei meccanismi di difesa e delle loro diverse concettualizzazioni nel tempo. Inoltre, verranno riportate alcune evidenze emerse dagli studi che si sono occupati di indagare il costrutto delle difese in relazione al processo e all'outcome terapeutico.

Il terzo capitolo sarà dedicato alla ricerca. Verranno inizialmente definiti gli obiettivi, poi saranno descritti gli strumenti, quali DMRS, SWAP-200 e MCMI-III, e i materiali utilizzati per portare avanti l'indagine del presente studio. Sarà descritta la procedura seguita, e saranno definite le ipotesi di lavoro. Tutto questo facendo riferimento alla diagnosi di disturbo di personalità del paziente e alle implicazioni ad essa legate in termini di vissuti soggettivi del singolo e implicazioni terapeutiche.

Infine, verranno riportati i risultati ottenuti, i quali verranno poi discussi e messi in relazioni alle ipotesi di lavoro fatte.

In conclusione, saranno evidenziati i limiti della presente ricerca e le sue possibili implicazioni future in ambito clinico e didattico.

CAPITOLO 1: LA RICERCA IN PSICOTERAPIA

1.1 La ricerca sull'esito

Come sappiamo la psicoterapia è un trattamento efficace per molti disturbi mentali e della personalità e fin dagli inizi la ricerca in psicoterapia si è caratterizzata per una forte spinta che ha implementato nell'immediato i metodi e le strategie di indagine usati (Dazzi, Lingiardi & Colli, 2006).

Relativamente alla ricerca in psicoterapia, si può circoscriverne il campo concettuale ed empirico in due ambiti principali: la ricerca sull'esito (*outcome research*), che ora descriveremo, e la ricerca sul processo (*process research*), che tratteremo in seguito (Dazzi, 2006).

Nella parte finale di questo capitolo parleremo anche dell'integrazione tra la ricerca sull'esito e quella sul processo, la *process-outcome research* (Orlinsky et al., 2004). Quest'ultima sarà la metodologia utilizzata nel nostro studio single case.

Per prima cosa bisogna stabilire cosa si intende per esito di una psicoterapia: c'è chi considera l'outcome in termini di cambiamento del sintomo (come, ad esempio, le terapie cognitive) e chi in termini di cambiamento della personalità che sostiene il sintomo (come le terapie psicoanalitiche) (Dazzi, 2006).

In generale, l'obiettivo di questo tipo di ricerca, come del resto anche di tutte le altre tipologie che vedremo, è quello di capire se la psicoterapia, prescindendo dal framework teorico a cui appartiene, è un modo efficace per curare la sofferenza psichica dell'individuo (Dazzi, 2006).

La ricerca sull'outcome è la ricerca sul risultato misurabile dopo che la terapia è giunta al termine e si avvale dell'uso di strumenti standardizzati per poter misurare, ad esempio, le differenze tra lo stato pre e post terapia (Migone, 2006). Questo tipo di indagine ha inoltre dimostrato che, confrontando tra loro diversi approcci terapeutici, nessuno risulta particolarmente più efficace di altri (Luborsky et al., 1975), dal momento che la differenza nell'efficacia dei trattamenti è nulla o trascurabile (Luborsky et al., 2002; Wampold, 2001).

Questa modalità di studio della terapia è inscrivibile nella prima fase storica del movimento di ricerca in psicoterapia, che domina tra il 1950 e il 1970 (Migone, 2006).

Le ricerche su questo argomento sono molte, e un modo per poter leggere in maniera unitaria i vari risultati ottenuti consiste nel compiere ricerche meta-analitiche (Dazzi, 2006). La metanalisi è una “modalità di ricerca che permette di sintetizzare i risultati di studi differenti sul medesimo argomento in un indice di misura comune, *l'effect size*” (Durlak, 1999, p. 420); essa rientra nei cosiddetti metodi “cumulativi di analisi dei risultati” (Kendall et al., 2004).

A partire da Eysenck (1952), sono state eseguite svariate ricerche di tipo cumulativo per valutare l'efficacia generale della psicoterapia, la quale risulta effettivamente esserlo (Lambert, 2004; Lambert, Bergin, 1994; Lipsey, Wilson, 1993; Seligman, 1995; Smith, Glass, Miller, 1980; Stiles et. al., 1999).

Infatti, “sebbene i metodi delle prime ricerche e delle metanalisi siano da migliorare, l'insieme delle ricerche considerate dimostra che la psicoterapia è efficace. Questa scoperta, ottenuta attraverso l'analisi di migliaia di ricerche e centinaia di metanalisi, è un fatto incontestabile” (Lambert, 2004, p. 148).

È importante considerare anche quelli che sono gli aspetti metodologici legati alla ricerca sull'outcome: come si misura l'esito, quali strumenti si usano e in quali disegni di ricerca (Dazzi, 2006).

Relativamente agli strumenti, Froyd e collaboratori (1996), in una *review* ne hanno contati 1430. Nel momento in cui un ricercatore sceglie, tra i tanti, quale utilizzare, deve per prima cosa valutare se utilizzare uno strumento che valuti uno specifico tratto del funzionamento del paziente, oppure se valuti contemporaneamente più tratti o dimensioni (Butcher et al., 1989).

Nella prima categoria rientra, ad esempio, il Beck Depression Inventory. Questa tipologia di strumenti è più scorrevole, ma ha una validità statistica più problematica; a contrario gli strumenti multi-tratto, come ad esempio il MMPI-2, pur essendo più lunghi sono utili quando si suppone che la popolazione studiata non sia omogenea ed hanno una maggiore validità (Dazzi, 2006).

Poi, tra gli strumenti utilizzabili per una valutazione globale del cambiamento del paziente troviamo ad esempio la scala dell'alto funzionamento della SWAP-200 (Westen, Shedler,

1999a, 1999b; Westen, Shedler, Lingardi, 2003), che anche noi utilizzeremo nello studio del nostro single case.

Ovviamente, per ordinare gli strumenti di valutazione sull'outcome, sono state prodotte diverse concettualizzazioni, ne è un esempio la classificazione di Lambert (2004).

I criteri in base ai quali egli crea la suddetta classificazione sono: il contenuto, valutando il cambiamento in base al mondo intrapsichico o interpersonale del paziente, piuttosto che al suo funzionamento sociale; la dimensione temporale, svolgendo la valutazione una sola volta alla fine della terapia, piuttosto che all'inizio, alla fine e in follow-up; la fonte, che riguarda chi compie la valutazione, se il paziente stesso, il terapeuta o degli osservatori esterni, qui risulta auspicabile attuare il principio di triangolazione delle valutazioni elaborato da Kendall et al. (2004); e infine il metodo di misurazione, quali interviste, questionari self-report, *rating scales* ecc.

Passando ai limiti della *outcome research*, in questa prima fase storica del movimento di ricerca in psicoterapia, accanto ad un proliferarsi di studi sull'esito, emergono anche notevoli difficoltà legate alla fattibilità di questo tipo di indagine come, ad esempio, quella di formare i gruppi di controllo: in psicoterapia non è possibile attuare ricerche in “doppio cieco” (Migone, 2006).

Un altro importante elemento da tenere in considerazione è che nel momento in cui due persone interagiscono tra loro (terapeuta e paziente), anche solo nella somministrazione di un test, ad esempio per la valutazione dell'outcome, si va a creare una complessa situazione emotiva che può già di per sé modificare lo stato psicologico di un paziente, e quindi poi influenzare le scale di valutazione (Migone, 2006). Inoltre, anche l'utilizzo del placebo in psicoterapia è difficoltoso: deve esserci un accordo su quale sia l'agente terapeutico, affinché questo possa essere sperimentato isolato da altri fattori; il placebo è in sé stesso un agente psicologico e in senso lato può essere considerato una forma di “psicoterapia” (Migone, 2006).

Nonostante queste difficoltà, i ricercatori riuscirono a dare una risposta definitiva al quesito riguardante l'efficacia della psicoterapia: con una serie di ricerche meta-analitiche emerse che le psicoterapie in media ottengono risultati significativamente superiori e duraturi sia ai controlli non trattati, sia al placebo. Tuttavia, non si riuscì a dimostrare la superiorità di una tecnica psicoterapeutica rispetto ad un'altra e si dovette accettare il “paradosso dell'equivalenza” (Luborsky et al., 2002; Stiles et al., 1999).

Alla luce del fenomeno verificatosi, fu chiaro che lo studio del risultato non bastava per capire appieno il funzionamento della psicoterapia, ragion per cui si iniziò ad indagare il processo (Migone, 2006).

1.2 La ricerca sul processo

Ora verrà trattata quella tipologia di ricerca che va ad analizzare il “processo” della terapia, il quale è misurabile anche nel corso della terapia stessa e prescinde dall’outcome finale (Migone, 2006). La ricerca sul processo nasce con l’obiettivo di “classificare e descrivere ciò che accade tra paziente e terapeuta” (Stiles et al., 1999, p. 365). È possibile attuarla, ad esempio, nello studio del rapporto tra determinate variabili del processo stesso, in momenti diversi della terapia (quali alleanza terapeutica e numero delle sedute, sesso del terapeuta, età del paziente ecc.) (Migone, 2006).

Come detto precedentemente, le ricerche riguardanti l’efficacia comparata delle psicoterapie hanno portato al “paradosso dell’equivalenza” (Luborsky et al., 2002; Stiles et al., 1999): i vari approcci terapeutici, nonostante i differenti modelli concettuali a cui appartengono, sono equivalenti nei risultati. La ricerca sul processo terapeutico nasce proprio dal tentativo di svelare tale paradosso: se le teorie di riferimento e i modelli teorici di intervento sono diversi, perché le terapie poi nei loro risultati risultano equivalenti (Stiles, 1987; Stiles, Shapiro & Elliot, 1986)?

Più precisamente, la ricerca sul processo prova a rispondere a tre quesiti (Stiles, Honos-Webb & Knobloch, 1999):

- 1 Nella pratica clinica, prescindendo dalle differenze teoriche, gli interventi differiscono veramente tra di loro?
- 2 Tra i vari pazienti sussistono delle differenze sistematiche?
- 3 Esistono degli elementi considerabili come comuni denominatori tra tutti i tipi di psicoterapia?

La *process research* si colloca nella seconda fase del movimento di ricerca in psicoterapia, che va dal 1960 al 1980 (Kachele, 1992, pp. 14-22; Shapiro, 1990; Strupp, Howard, 1992).

In questo periodo il quesito fondamentale iniziò ad essere relativo al che cosa deve accadere, nel corso di una terapia, perché ci si possa aspettare un risultato positivo (Migone, 2006).

Gli studiosi capirono bene che, per quanto riguarda gli studi comparativi, fosse fallace studiare l'outcome di una psicoterapia o fare un paragone tra psicoterapie diverse, se non si era sicuri che ad ognuna di esse corrispondesse effettivamente lo stesso "processo" (Migone, 2006).

Proprio in questa fase scoppiò il *boom* della ricerca basata sui "manuali" di psicoterapia, caratterizzati fondamentalmente da tre componenti: (1) una selezione dei principi di una determinata tecnica psicoterapeutica; (2) esempi concreti di ogni principio; (3) una serie di *rating scale* che misurano il grado con cui un campione della terapia rientra nei principi tale tecnica (Migone, 2006). È proprio questa terza proprietà quella che ha consentito un salto di qualità alla metodologia di ricerca, poiché ha permesso di misurare la corrispondenza tra un determinato manuale e la tecnica psicoterapeutica (quindi il processo) utilizzata (Migone, 2006).

I ricercatori di quest'area si sono spesi nel costruire una notevole quantità di metodi di misurazione per "classificare, descrivere e misurare ciò che fanno paziente e terapeuta" (Stiles et al., 1999, p. 365). Ciò ha permesso di avere a disposizione strumenti diversi in base ai diversi gruppi di ricerca da cui sono stati messi a punto, ai diversi campioni su cui sono stati validati e alle diverse metodologie a cui si ispirano, per poter misurare il medesimo costrutto, cioè il processo terapeutico, il che si rivela spesso un fatto prezioso (Dazzi, 2006).

I metodi sviluppati per indagare e valutare il processo terapeutico sono così tanti che ormai si può contare su una piccola letteratura espressamente dedicata alla loro classificazione: la classificazione delle classificazioni (Elliott, Anderson, 1994; Greenberg, Pinsof, 1986; Lambert, Hill, 1994; Stiles et al., 1999).

Ad esempio la nota catalogazione di Lambert (2004), che è a sua volta una versione modificata di precedenti meta classificazioni (Bordin, 1974; Elliott, 1991; Greenberg, Pinsof, 1986; Highlen, Hill, 1984; Kiesler, 1973), tra i vari criteri per organizzare gli strumenti per la valutazione del processo terapeutico usa il focus della valutazione: sul paziente, sul clinico o sulla relazione tra i due; l'aspetto del processo: comportamento, aspetti stilistici o dettagli qualitativi; fondamenti teorici: psicodinamico, cognitivo-

comportamentale ecc.; prospettiva della valutazione: se colui che valuta è il paziente, il terapeuta, un giudice esterno o altro; unità di studio: se di *microprocesso* sono ad esempio singole parole, frasi o scambi comunicativi, se di *macroprocesso* ci si riferisce a sedute intere o unità temporali arbitrarie di 5-10 minuti; tipo di misurazione: il tipo di scala o di categorizzazione usata; livello di inferenza richiesta per completare la misura non inferenziale o inferenziale; materiale richiesto per il giudizio: partecipazione diretta o indiretta.

Questo disinteresse sempre maggiore per la ricerca sul risultato, e un interesse sempre maggiore verso il processo, per approfondire i microprocessi terapeutici, caratterizza quella che è la terza fase del movimento di ricerca in psicoterapia; inizia negli anni 1970 ed è quella in cui in parte viviamo ancora oggi (Migone, 2006). L'interesse è verso la comprensione di quei fenomeni che a livello clinico vengono percepiti come macroprocessi, che cosa veramente accade nel trattamento: ora la domanda non è più solo se la terapia funziona, ma come e per chi funziona (Migone, 2006).

Nel complesso si può dire che in questo terzo momento storico, strettamente collegato al secondo, la ricerca in psicoterapia si è consolidata con molti gruppi di lavoro e in molti paesi diversi.

Tuttavia, la ricerca "pura" sul processo terapeutico non riesce a collegare, da un punto di vista empirico, ciò che avviene durante la seduta (processo) con i risultati della terapia (outcome): a questo limite cerca di rispondere la ricerca process-outcome (Dazzi, 2006), di qui parleremo nel seguente paragrafo.

1.3 La ricerca process-outcome

Nei primi anni Cinquanta "l'unione" tra la ricerca sul processo e quella sull'outcome dà vita ad un nuovo filone: la ricerca *process-outcome* (Bartlett, 1950; Blau, 1950), che noi stessi utilizzeremo nella nostra ricerca. Più precisamente, questa modalità di indagine si concentra su ciò che accade durante un percorso di psicoterapia in relazione al suo esito finale (Dazzi, 2006).

Essa cerca di individuare il tipo di rapporto che sussiste tra ciò che si può osservare in una seduta o in una specifica fase del trattamento (per esempio, il numero e il tipo di

interventi, la gestione del setting da parte del clinico ecc.), e l'esito della terapia o della singola seduta presa in considerazione (Dazzi, 2006).

Secondo Orlinsky e collaboratori (2004), una ricerca che cerca di conciliare *outcome* e *process* potrà offrire risposte utili e molto vantaggiose da un punto di vista clinico; qui l'obiettivo è collegare il *come* avviene un cambiamento al se effettivamente *c'è* un cambiamento (Dazzi, 2006).

Questa tipologia di ricerca è stata esclusa dalla “*Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures*” della Divisione di Psicologia Clinica dell'APA (APA, 1995; Chambless et al., 1998) sull'efficacia dei trattamenti sottoposti a verifica tramite i Randomized Clinical Trials (RCT) (Dazzi, 2006). La ricerca empirica in psicoterapia, invece, non può rinunciare all'analisi della motivazione del cambiamento: per poter parlare dell'efficacia di un trattamento non basta l'esistenza di una correlazione tra il processo o ciò che fa il terapeuta e l'outcome della terapia, serve anche una spiegazione che renda conto della causazione tra queste variabili (Dazzi, 2006).

Relativamente alla metodologia della *process-outcome research*, riprendendo quanto appena detto, è importante sottolineare che collegare il processo all'esito non vuol dire collegare soltanto ciò che avviene in terapia al risultato della terapia stessa: l'analisi della relazione tra processo e outcome avviene infatti a diversi livelli.

Se si decide a livello processuale di focalizzarsi su ciò che avviene in un'intera seduta (ad esempio, i processi di rottura e riparazione dell'alleanza), a livello di outcome l'attenzione sarà sull'esito della seduta stessa (in termini di risoluzione dei processi di rottura); se si decide di limitarsi ad aspetti più specifici del processo (ad esempio ogni singolo scambio comunicativo tra paziente e terapeuta), a livello di outcome si dovrà rivolgere la propria attenzione all'impatto momento per momento della variabile considerata (Dazzi, 2006).

Nella ricerca *process-outcome* vengono generalmente descritti nove livelli di analisi, che vanno dalla valutazione dei microprocessi e dei segmenti di seduta, alla valutazione di intervalli più ampi che includono interi periodi di trattamento e valutazioni di follow-up (Orlinsky et al., 2004).

Ovviamente gli strumenti che misurano il processo terapeutico e le sue variabili, e quelli che riguardano l'outcome sono molti e differiscono tra loro, ragion per cui è importante saperli scegliere e combinare tra loro (Dazzi, 2006).

Anche in questo tipo di ricerca, una grossa difficoltà è riuscire a leggere ed interpretare correttamente i molti studi esistenti che la riguardano, selezionando quelli più attendibili dal punto di vista del metodo utilizzato.

Orlinsky e Howard (1987), per sistematizzare la letteratura presente sull'argomento, hanno proposto un "modello generico di psicoterapia" che, descrivendo e specificando le interrelazioni tra contesti, processi terapeutici e risultati comuni a tutte le psicoterapie, permette di identificare sei dimensioni del processo terapeutico fondamentali in questo tipo di ricerca: 1 gli aspetti della terapia di natura contrattuale (Bordin, 1979); 2 le tecniche utilizzate (Beck et al., 1979; Luborsky, 1984); 3 la relazione tra paziente e terapeuta e il loro livello di coinvolgimento nel processo della terapia (Bordin, 1979); 4 l'esperienza soggettiva e intrapsichica che paziente e terapeuta hanno della reciproca interazione che sperimentano durante la terapia; 5 l'impatto sulla seduta degli aspetti sopra citati; 6 i pattern sequenziali che si verificano nel processo terapeutico (Dazzi, 2006). Questo risulta quindi un modello valido per essere utilizzato come guida per indagini empiriche ed esplorative delle relazioni esistenti tra processo e outcome in psicoterapia.

Va, tuttavia, tenuto in considerazione che la *review* di Orlinsky, nonostante sia considerata la più esaustiva sul rapporto processo-risultato, si caratterizza comunque per criteri di inclusione decisamente rigidi, che conseguentemente hanno escluso ricerche single-case e ricerche qualitative (Jones, 1995; Hill et al., 1997), le quali, "sebbene altamente informative, sono difficilmente confrontabili con altri studi" (Orlinsky et al., 2004, p. 325).

1.4 La ricerca single-case

La ricerca single-case è il termine riservato alla ricerca sperimentale sul singolo soggetto, seguito passo dopo passo nel suo "percorso". In questo tipo di disegno sperimentale, non vi è un gruppo o un altro soggetto di controllo (come ad esempio accade nei *randomized clinical trials* o RCT), ma invece il soggetto studiato funge da controllo di sé stesso, attraverso più misure ripetute della stessa o delle stesse variabili.

Nei disegni single-case il focus della ricerca è posto su un soggetto su cui vengono eseguite molteplici osservazioni attraverso misure operationalizzate, nell'intento di

valutare l'entità e la qualità dei cambiamenti ottenuti nell'arco di un range temporale stabilito dal ricercatore; le osservazioni fatte sono replicabili attraverso l'uso di strumenti affidabili (Lingiardi, 2006).

L'obiettivo, quindi, è valutare cosa accade durante il processo e quali sono gli aspetti specifici che permettono di procedere in modo soddisfacente ed efficace (Lingiardi, 2006).

Nel tempo, la fiducia nelle potenzialità dello studio del caso singolo ha intensificato la catalogazione e l'archiviazione di una raccolta sempre più rappresentativa di registrazioni di casi; inoltre, se "le misure del processo terapeutico sono il cuore della ricerca single case" (Fonagy, Moran, 1993, p. 85), è chiaro che tra i suoi meriti c'è quello di aver incentivato la costruzione di strumenti che hanno l'obiettivo di valutare la personalità e i suoi cambiamenti strutturali (Bucci, 2005; Lambert, 2004; Sandell, 1987a, 1987b, 1987c, 1987d, 1997, 2002; Sandell et al., 2000).

È bene ricordare che le strategie di ricerca sono varie e possono essere sperimentali (*between-groups* e *single-case*), quasi sperimentali (*case-study*) e di ricerca sul campo: *studio* del caso singolo e *disegno* single-case non sono la stessa cosa; infatti, il primo non è necessariamente di natura sperimentale, il secondo invece sì (Lingiardi, 2006).

Il termine single-case, come mostrano Petermann e Muller (2001), può essere applicato a diverse strategie di ricerca: quelle descrittive (biografie, studi longitudinali ecc.), quelle esplorative (ricerca sul processo, studi pilota su un caso ecc.) e quelle esplicative (ad esempio disegni sperimentali single-case). La *conditio sine qua non* per poter fare tale attribuzione, è che tutte queste tipologie condividano la caratteristica per cui l'unità di osservazione ($N = 1$) non possa essere ulteriormente scomposta (Yin, 1994).

Generalmente i disegni single-case vengono suddivisi nelle due categorie degli studi di tipo *qualitativo* e di tipo *quantitativo*. Possono essere viste come due fasi distinte di uno stesso percorso: infatti, qualsiasi studio di natura quantitativa non può prescindere da un'analisi qualitativa, viceversa una ricerca di tipo qualitativo, per essere attendibile, deve basarsi su osservazioni di un certo tipo e deve esprimere ipotesi il più esplicite possibile. Nei disegni single-case l'indagine quantitativa consiste nel cercare di stabilire una relazione tra due o più variabili, dimostrando il loro nesso tramite la dimostrazione della co-occorrenza delle stesse invece che dalla manipolazione sperimentale (Lingiardi, 2006).

Davison e Lazarus (1994) elencano i vantaggi dei disegni empirici single-case, e cioè la capacità di: (a) mettere in discussione una teoria generale; (b) di fornire una validità euristica a ricerche successive; (c) di facilitare lo studio di fenomeni clinici importanti e l'applicazione di nuovi principi; (d) di assicurare un sufficiente controllo sperimentale per fornire informazioni "scientificamente accettabili" su determinati fenomeni; (e) di aiutare a "rimpolpare" lo "scheletro teorico".

Inoltre, avendo evidenti implicazioni con la realtà clinica, questo tipo di ricerca facilita la comunicazione anche con chi "non è del mestiere" ed è più vicino all'esperienza rispetto ad altri metodi; i disegni single-case, grazie alla loro flessibilità, sono il metodo più indicato per lo studio dei trattamenti a lungo termine (Lingiardi, 2006).

I disegni single case appaiono più vicini alla realtà clinica, dato che possono essere condotti in setting privati, e risultano utili per mettere a fuoco specifici aspetti tecnici della clinica (Dazzi, 2006).

Tuttavia, nonostante questi punti di forza, i disegni single-case non sono esenti da critiche di natura metodologica. Roth e Fonagy (2004), infatti, evidenziano: (a) problemi di generalizzazione dei risultati; (b) difficoltà d'interpretazione dei risultati (a causa dell'assenza di un paragone con un altro tipo di trattamento); (c) un elevato livello di "selezione" dei pazienti e la loro assegnazione non casuale (come invece avviene negli RCT); quest'ultimo punto, secondo gli autori, richiede un approfondimento.

Dunque, alla luce di quanto detto, nonostante le limitazioni riportate, risulta chiaro che i disegni single-case, a contrario di altre tipologie di indagine, si pongono l'obiettivo di capire se un trattamento funziona, ma anche del perché e di come funziona. Inoltre, qui gli effetti di un intervento vengono valutati sul singolo e non sul gruppo, favorendo così l'approccio idiografico (Kazdin, 1981).

Essi sembrano i migliori candidati al raggiungimento di un equilibrio tra validità esterna e validità interna (Fonagy, 2002), tra rigore scientifico e fedeltà alla realtà dell'incontro clinico (Lingiardi, 2006).

Va anche ricordato che questo tipo di ricerche permette di scomporre le variabili coinvolte nello studio e di riconoscere, nel singolo caso studiato, i contributi specifici (ad esempio le interpretazioni di transfert) e quelli aspecifici (come l'alleanza terapeutica) (Lingiardi, 2006).

In conclusione, si può affermare come oggi i disegni single-case sono considerati ottimali per la valutazione empirica dei trattamenti psicoanalitici (Fonagy, 2002; Wampold, 2001): sono capaci di riflettere anche sul perché un intervento sia efficace e ci aiutano a riempire il vuoto di causalità che invece regna in altre tipologie di disegni sperimentali (Elliott, 2002; Mohr, 1993).

Come sottolinea Wallerstein (2002a), il disegno single-case è il metodo privilegiato della ricerca contemporanea in psicoterapia poiché consente di effettuare un'analisi sia macro che microanalitica, la quale esprime in misure confrontabili il funzionamento della personalità del paziente, il processo del trattamento e i risultati raggiunti. Per le ragioni appena citate, nella presente ricerca, abbiamo deciso di utilizzare il disegno di ricerca single - case.

CAPITOLO 2: I MECCANISMI DI DIFESA NELLA STORIA E NELLA RICERCA

2.1 I meccanismi di difesa

Nell'ambito della psicologia i meccanismi di difesa sono considerati processi fondamentali per la comprensione dell'essere umano e del suo funzionamento: si attivano inconsciamente in diverse circostanze e sono finalizzati a proteggere l'individuo da sentimenti o pensieri inaccettabili e dolorosi, tuttavia, non sempre sono da considerare come qualcosa di negativo o patologico.

Lingiardi (2002) li definisce come sentimenti, pensieri o comportamenti involontari, che emergono in risposta a percezioni di minaccia per il soggetto e con l'obiettivo di nascondere o alleviare conflitti o fattori stressanti che provocano nell'individuo ansia o angoscia.

Il concetto di meccanismo di difesa viene introdotto per la prima volta da Sigmund Freud alla fine del 1800, il quale li definisce come operazioni mentali inconsce di cui l'Io si avvale a scopo difensivo, per evitare pericoli, angoscia o dispiaceri. Egli, ritenendo il meccanismo della rimozione come *primus inter pares* tra le varie difese, le considera comunque tutte come dei processi inconsapevoli, che l'Io attiva quando un segnale di angoscia avverte della presenza di un pericolo proveniente dall'esterno, dall'Es o dal Super Io.

Freud ha individuato e descritto un considerevole numero di meccanismi di difesa, senza però offrirne una trattazione sistematica, ipotizzando anche delle correlazioni costanti tra difese, angosce, patologie e fasi dello sviluppo psicosessuale; ha definito le proprietà generali delle difese dell'Io quali l'essere inconsce, discrete l'una rispetto all'altra, reversibili e adattive o patologiche (Freud, 1937).

In un secolo di vita, ovviamente, il concetto di "difesa" è molto mutato, andando incontro a numerose modifiche e integrazioni (Lingiardi, 2002).

Anna Freud (1936), seguendo le orme del padre, approfondisce lo studio dei meccanismi di difesa e teorizza con più sistematicità sia l'aspetto adattivo delle difese sia la loro relazione diretta con situazioni esterne, interessandosi sempre più all'Io piuttosto che all'Es.

L'autrice differenzia, riconosce e classifica i processi difensivi dando inizio, grazie ai suoi lavori, a una nuova epoca caratterizzata dalla riorganizzazione del materiale empirico sui meccanismi di difesa e dalla creazione di specifici strumenti di valutazione, passo fondamentale nell'integrazione tra teoria, clinica e ricerca (Lingiardi, 2002).

Melanie Klein (1946), contemporanea di Anna Freud, privilegia invece lo studio dei meccanismi di difesa primitivi, legati in modo particolare agli stati psicotici e caratterizzanti le fasi più precoci dello sviluppo del bambino, introducendo il meccanismo di difesa dell'identificazione proiettiva. Distingue le difese nevrotiche dalle difese psicotiche, e si occupa principalmente delle seconde; per la Klein i meccanismi di difesa non esistono solo per evitare l'angoscia, ma diventano veri e propri principi organizzativi della vita psichica.

Successivamente, gli psicologi dell'Io utilizzano un approccio funzionale all'interpretazione dei meccanismi di difesa, sottolineando le funzioni multiple dei fenomeni psichici: secondo Brenner (1973) ogni movimento dell'Io in grado di ridurre ansia, aspetti depressivi o tensioni può essere considerato una difesa. L'autore, dopo aver proposto un ampio elenco di meccanismi difensivi, afferma che a differenziare il sano dal malato non è l'utilizzo di alcune difese piuttosto che di altre, ma il modo in cui l'Io ricorre ad esse: non è possibile, a suo avviso, associare alcuna difesa specifica a un determinato livello di patologia o alla normalità.

Con il passare degli anni si assiste ad un vero e proprio spostamento del baricentro psicoanalitico. Da un modello pulsionale si passa ad un modello relazionale, e a ciò ovviamente consegue un modo ulteriormente diverso di vedere le difese: gli autori della teoria delle relazioni oggettuali e i modelli di stampo interpersonale – relazionale preferiscono sottolineare il ruolo dei meccanismi di difesa nel contesto delle relazioni (e delle loro modificazioni) e dell'influenza da parte dell'ambiente sulla costruzione del Sé (Lingiardi, 2002). Winnicott (1965), ad esempio, parla di difese organizzate contro fallimenti ambientali traumatici e le vede come fenomeni prettamente interattivi. Più precisamente, secondo l'autore, se l'Io del bambino piccolo non è supportato dal proprio caregiver, e quindi vive come traumatiche le prime esperienze di vita, allora svilupperà a scopo difensivo un falso Sé.

Dopo Winnicott l'individuo non verrà più pensato come un sistema chiuso, e i meccanismi di difesa verranno visti come fenomeni di natura profondamente interattiva (Lingiardi, 2002).

Fondamentale da citare, in questo *excursus* storico sui meccanismi di difesa, è il contributo di Nancy McWilliams (2012), la quale sostiene che l'utilizzo delle difese è importante non solo in termini difensivi, per il mantenimento dell'autostima, ma anche per ottenere un adeguato e funzionale adattamento alla realtà. Tali meccanismi difensivi si strutturano in modo diverso in ogni individuo e l'uso automatico di determinate difese piuttosto che di altre dipende da una vasta gamma di fattori, tra cui le caratteristiche e le risorse interne dell'individuo, le esperienze vissute nella prima infanzia, la tipologia di difese messa in atto dalle proprie figure di riferimento e le conseguenze (positive o negative) sperimentate dall'individuo nell'uso di particolari difese (McWilliams, 2012). Avvicinandoci ai giorni nostri, rilevante è la rassegna di Phoebe Cramer (2008) che, basandosi sulle sue precedenti ricerche e studi empirici, presenta sette principi di base, o pilastri, della teoria dei meccanismi di difesa. Nello specifico, dal suo lavoro emerge che le difese: operano al di fuori della coscienza; si sviluppano secondo sequenze prevedibili con la maturazione del bambino; sono presenti nella personalità normale; vengono usate più spesso nei periodi di tensione; riducono l'esperienza cosciente delle emozioni negative; operano tramite il sistema nervoso autonomo e che, se usate eccessivamente, sono correlate alla psicopatologia (Cramer, 2008).

Tra gli autori attuali che si interessano allo studio delle difese, i lavori di J. Christopher Perry rappresentano sicuramente una delle basi della ricerca contemporanea sui meccanismi di difesa. Egli esamina le difese dal punto di vista del conflitto psichico, affiancando a meccanismi prettamente intrapsichici meccanismi difensivi più di natura relazionale, che agiscono prevalentemente sull'ambiente, o che comunque appaiono più come modi di relazionarsi che come veri e propri processi interni; i meccanismi di difesa di Perry sono processi di difesa dell'Io di natura adattiva che servono ad equilibrare e a favorire il rapporto dell'Io con il mondo esterno (Madeddu, 2002).

Chiarita l'importanza dei meccanismi di difesa in quanto strumenti necessari all'individuo per un buon adattamento alla realtà, ed avendo appurato essere un costrutto trasversale ad ogni modello e approccio psicologico, occorre adesso distinguere fra meccanismi di difesa primari e secondari. Nonostante non ci sia una differenziazione e

catalogazione delle difese considerata unica e definitiva, ma piuttosto diversi lavori in base ai criteri di catalogazione scelti dall'autore preso in considerazione, esiste comunque un certo grado di accordo tra i teorici psicoanalitici sull'idea che alcune difese siano evolutivamente meno mature di altre (McWilliams, 2012).

Globalmente le difese che vengono considerate “primarie”, “immature” o “primitive” sono quelle che implicano in confine tra il Sé e il mondo esterno; tendono ad operare in maniera generalizzata e globale, spesso distorcendo la realtà. Sono preverbali, prelogiche e totalizzanti.

Quelle ritenute “secondarie”, “più mature” o “evolute” riguardano invece i confini interni, come quelli tra l'Io, l'Es e il Super Io, o tra diverse parti dello stesso Io (quella che vive l'esperienza, e quella capace di osservare); innescano capacità trasformative del pensiero su sentimenti, sensazioni o comportamenti, con lo scopo di adattarsi alla realtà esterna (McWilliams, 2012).

Scegliendo di fare riferimento all'elenco dei meccanismi di difesa proposto dalla McWilliams (2012), secondo l'autrice i principali meccanismi difensivi primari sono: il ritiro, meccanismo che porta l'individuo a sottrarsi a situazioni sociali o interpersonali, sostituendo lo stimolo del proprio mondo fantastico interiore alle tensioni della relazione con gli altri; il diniego, meccanismo che esclude dalla coscienza della persona impulsi, idee o affetti spiacevoli o inaccettabili; l'introiezione, meccanismo per cui la persona assimila a sé un oggetto esterno, considerando proveniente dall'interno qualcosa che in realtà è esterno; la proiezione, meccanismo per cui l'individuo attribuisce ad altri i propri sentimenti o pensieri, qualcosa di interno viene erroneamente considerato come proveniente dall'esterno; l'identificazione proiettiva, meccanismo tramite cui il soggetto proietta su qualcun altro un affetto o impulso per lui inaccettabile come se fosse realmente l'altro ad aver dato vita a tale affetto o impulso, il soggetto non disconosce ciò che ha proiettato, come invece avviene nella proiezione semplice, ma lo interpreta erroneamente come reazione giustificabile nei confronti dell'altro; l'idealizzazione – svalutazione, meccanismo che consiste nell'attribuire a sé o ad altri caratteristiche esageratamente positive o negative; la scissione, meccanismo che consiste nel tenere separati aspetti positivi e negativi di sé o degli altri, che vengono considerati totalmente buoni o totalmente cattivi; l'acting out, meccanismo per cui l'espressione dei propri conflitti interni avviene tramite le azioni e infine la dissociazione, meccanismo per cui avviene

un'alterazione temporanea delle funzioni integrative della coscienza o dell'identità. Sempre in base a quanto riportato dall'autrice, le principali difese evolute sono: la rimozione, meccanismo che non permette di ricordare o di essere cognitivamente consapevole di desideri, sentimenti, pensieri o esperienze disturbanti e inaccettabili; l'isolamento dell'affetto, meccanismo che implica un'incapacità di sperimentare contemporaneamente le componenti cognitive e quelle affettive di un'esperienza, poiché l'affetto è escluso dalla coscienza; la razionalizzazione, meccanismo che consente di affrontare stress e conflitti escogitando spiegazioni rassicuranti o utili secondo il proprio punto di vista, ma inesatte, per il proprio o altrui comportamento; lo spostamento, meccanismo che porta l'individuo a indirizzare su di un oggetto, di solito meno minaccioso, un sentimento o una risposta primitivamente indirizzati a un altro oggetto; la formazione reattiva, meccanismo che sostituisce i propri pensieri o sentimenti inaccettabili con comportamenti, pensieri o sentimenti diametralmente opposti; la sublimazione, meccanismo con cui l'individuo incanala, più che inibire, sentimenti o impulsi potenzialmente maladattativi in comportamenti socialmente accettabili; l'umorismo, meccanismo con cui la persona affronta lo stress enfatizzando gli aspetti divertenti o ironici del conflitto o della fonte di stress (McWilliams, 2012).

Quindi, si può affermare che le difese possono essere raggruppate sulla base di affinità concettuali (un esempio possono essere i profili patologici), correlazioni empiriche, e per la loro capacità predittiva di altre caratteristiche, quali il funzionamento globale del soggetto o la sua potenziale risposta al trattamento (Lingiardi, 2002).

In conclusione, secondo Lingiardi e Madeddu (2002) tutte queste trasformazioni citate hanno contribuito a promuovere un linguaggio e una teoria clinica comuni, e oggi i meccanismi di difesa non vengono più ascritti esclusivamente alle condizioni psicopatologiche, come già detto all'inizio di questo capitolo, ma vengono considerati per il fondamentale contributo che danno allo sviluppo della personalità, all'espressione delle dinamiche intrapsichiche e alle ricadute che quest'ultime hanno nelle relazioni interpersonali di ognuno di noi (in modo più o meno adattivo).

2.2 I meccanismi di difesa nella ricerca

La possibilità di valutare qualitativamente e quantitativamente l'assetto difensivo dell'individuo ha favorito lo sviluppo di ricerche volte ad esplorare la relazione tra le

difese e altri costrutti e dimensioni, come ad esempio quadri psicopatologici, andamento della psicoterapia, indici di salute mentale, esiti terapeutici ecc. (Lingiardi, 2002).

Lingiardi (2002) afferma che ogni approccio che voglia essere indicativamente riassuntivo della situazione clinica del paziente in esame non può in alcun modo prescindere dalla valutazione del suo sistema difensivo: egli considera la misurazione dei meccanismi di difesa un tassello imprescindibile nelle ricerche sul processo e l'esito delle psicoterapie.

Un'ulteriore conferma di questo è stata l'inclusione nel DSM-IV (APA, 1994) e nel DSM-IV-TR (APA, 2000), di una scala di valutazione del funzionamento difensivo (la *Defensive Functioning Scale*), che attesta il totale riconoscimento dell'utilità e importanza del concetto di difesa nell'ambito della diagnosi e del trattamento.

Ad esempio, nello studio "*Comparison and change of defense mechanisms over the course of psychotherapy in patients with depression or anxiety disorder: Evidence from a randomized controlled trial*" di Babl et al. (2019), partendo dal condiviso presupposto che i meccanismi di difesa svolgono un ruolo importante nello sviluppo e nel mantenimento della salute e della psicopatologia e nel predire il successo terapeutico, viene indagato il cambiamento dei meccanismi di difesa in pazienti con depressione o disturbo d'ansia nel corso di una psicoterapia. Nello studio un totale di 47 pazienti ambulatoriali con diagnosi di depressione o disturbi d'ansia sono stati randomizzati a ricevere 25±3 sessioni di terapia cognitivo-comportamentale di due diverse tipologie (con elementi integrati di terapia focalizzata sulle emozioni o con componenti di trattamento basati sull'autoregolazione). Tra gli strumenti, la Defense Mechanism Rating Scale (DMRS) è stata utilizzata per codificare le trascrizioni di quattro sessioni per ogni paziente, con lo scopo di valutare il cambiamento nel funzionamento difensivo dei soggetti esaminati.

Questa ricerca, per quanto concerne il rapporto tra l'andamento delle difese utilizzate dai pazienti e il processo terapeutico, ha dimostrato come nel corso della terapia il funzionamento difensivo complessivo (ODF) e le difese adattative dei pazienti sono aumentate in modo significativo, mentre le difese disadattive e nevrotiche non sono cambiate.

I risultati ottenuti supportano la visione dei meccanismi di difesa come un utile concetto trans diagnostico e trans teoretico e supportano l'idea che il cambiamento dei meccanismi

di difesa possa essere un elemento di cambiamento rilevante in psicoterapia. Secondo gli autori, mentre le difese cambiano nel corso della vita, è importante poter dimostrare come cambiano anche durante una psicoterapia e se questo cambiamento sia ascrivibile ad un buon outcome terapeutico.

Quanto ottenuto in questa ricerca, conferma che le difese possono agire sia come predittori che come mediatori del cambiamento nel corso della psicoterapia (Babl et al., 2019).

Il lavoro “*Defense mechanisms and treatment response in depressed inpatients*” di De Roten et al. (2020), analizza la misura in cui il funzionamento difensivo e i meccanismi di difesa predicono un miglioramento sintomatico clinicamente significativo all'interno di una breve psicoterapia psicodinamica per la depressione ricorrente e cronica in un ambiente ospedaliero, su un campione di 41 pazienti. Per ogni caso clinico sono state trascritte due sessioni (la seconda e la penultima) di psicoterapia psicodinamica breve ospedaliera (IBPP) e poi codificate utilizzando la Defence Mechanism Rating Scales (DMRS) e la Psychotic Defense Mechanism Rating Scale (P-DMRS), una scala aggiuntiva sviluppata per studiare le difese psicotiche.

I risultati hanno mostrato che il funzionamento difensivo e la tipologia di difese usate dai pazienti cambiavano durante la psicoterapia: si è notato un aumento dell'uso di difese mature e una diminuzione dell'uso di difese immature e depressive; inoltre, le categorie di difese in esame, ad esclusione di quelle depressive, predicevano la risposta alla fine del trattamento e al follow-up a 12 mesi. Ciò fornisce, nonostante i limiti dello studio, un'ulteriore convalida del funzionamento difensivo come predittore di risultati e come meccanismo di cambiamento in psicoterapia.

Gli autori affermano che, da una prospettiva empirica, le difese psicologiche possono essere viste come un tratto del paziente che determina il corso e l'esito del trattamento, come un risultato terapeutico che evolve verso una maggiore adattabilità, o come un meccanismo sottostante di cambiamento che spiega come funziona la psicoterapia dalla teoria psicodinamica (De Roten et al., 2020), risulta quindi importante implementare la ricerca in questo ambito della psicologia.

Altro fondamentale lavoro nell'ambito della ricerca che, tramite la presentazione di una nuova misura derivante dalla DMRS, evidenzia importanti aspetti del rapporto tra meccanismi di difesa e processo terapeutico è “*The hierarchy of defense mechanisms:*

assessing defensive functioning with the defense mechanisms rating scales Q-sort” di Di Giuseppe e Perry (2021). Qui gli autori illustrano il background teorico e metodologico del DMRS-Q, la versione Q-sort computerizzata della DMRS creata con l’obiettivo di fornire a medici e ricercatori una misura affidabile e valida per rilevare i meccanismi di difesa in ambito clinico; può aiutare chi di dovere a monitorare i cambiamenti nei meccanismi di difesa, affrontare l'intervento terapeutico, promuovere la diminuzione dei sintomi e l'alleanza terapeutica.

Il vantaggio del DMRS-Q è che non richiede alcuna formazione intensiva specifica né trascrizioni di interviste cliniche. Tuttavia, per utilizzare il DMRS-Q, un valutatore dovrebbe avere esperienza clinica e una conoscenza di base della teoria dei meccanismi di difesa come concettualizzato nel manuale DMRS.

La valutazione DMRS-Q richiede dati sufficienti sul soggetto valutato, come uno o più colloqui clinici o sessioni di terapia. Dopo aver condotto o osservato il soggetto, sono necessari circa 30 minuti per completare una valutazione DMRS-Q.

Nello studio in questione, partendo dalla definizione e dalla funzione dei 30 meccanismi di difesa inclusi nella gerarchia a 7 livelli della DMRS, sono stati estratti 150 item che catturano una gamma completa di manifestazioni difensive secondo la teoria dello strumento.

Dopo ogni codifica, il software DMRS-Q fornisce un rapporto che include punteggi qualitativi e quantitativi che riflettono il funzionamento difensivo dell'individuo: i primi vengono visualizzati come *Defensive Profile Narratives (DPN)*, mentre i secondi sono riportati come *Overall Defensive Functioning (ODF)*, punteggi proporzionali delle 7 categorie difensive e punteggi proporzionali dei 30 meccanismi di difesa individuali.

La sintassi per il punteggio viene visualizzata nei risultati e viene fornita una vignetta clinica esemplificativa di una sessione di psicoterapia codificata con il DMRS-Q.

Gli autori poi riportano i vantaggi clinici dell’utilizzo di questa misura per la valutazione dell’intera gerarchia dei meccanismi di difesa:

- In primo luogo, il punteggio ODF informa su quanto sia adattiva la reazione difensiva dell'individuo ai conflitti interni e alle situazioni stressanti esterne. Questo punteggio può essere utilizzato anche come misura di outcome della terapia grazie alla sua forte correlazione con altri indici di benessere.

- In secondo luogo, i punteggi proporzionali della categoria difensiva tripartita indicano in che misura il paziente utilizza le difese mature, di medio livello e immature. Questi punteggi sono spesso utilizzati per un quadro sintetico del funzionamento difensivo dell'individuo.
- Terzo, i sette punteggi proporzionali del livello di difesa riflettono le difese prevalenti che hanno funzioni comuni a ciascun livello e quanto questo contribuisce all'ODF.
- In quarto luogo, i 30 punteggi proporzionali della difesa individuale forniscono un quadro dei meccanismi di difesa caratteristici del paziente, che riflette il livello più specifico e dettagliato di valutazione della difesa. Questi punteggi possono riflettere momento per momento micro-cambiamenti durante il processo psicoterapeutico.
- Quinto, oltre ad altre misure della DMRS, il DMRS-Q fornisce il profilo difensivo del paziente: una descrizione qualitativa dei pattern difensivi più caratteristici che contribuiscono a determinare la DPN dell'individuo.
- Sesto, un'altra notevole qualità del DMRS-Q è il suo eccellente supporto per l'insegnamento dei meccanismi di difesa.
- Settimo, i principali punti di forza del sistema DMRS-Q, come brevemente accennato all'inizio, sono la breve formazione richiesta per il suo uso affidabile, la mancanza di necessità di trascrizioni per le difese di codifica e l'accesso illimitato e gratuito al software DMRS-Q. Ciò consente ai medici di codificare i meccanismi di difesa dei pazienti dopo ogni sessione o un gruppo di sessioni e di monitorare i cambiamenti nel funzionamento difensivo durante il processo terapeutico.

Nonostante questa metodologia non consenta di rilevare specifici meccanismi di difesa in uso in specifici momenti della seduta, cosa invece possibile applicando la DMRS, Di Giuseppe e Perry (2021) invitano i terapeuti a trarre vantaggio dall'uso di tutti i livelli di punteggio DMRS-Q, in particolare delle difese individuali. Questi possono guidare gli interventi terapeutici per affrontare i cambiamenti desiderati nell'assetto difensivo del paziente, favorendo così l'alleanza terapeutica e alleviando i sintomi.

In conclusione, questo studio mostra come la valutazione sistematica dei meccanismi di

difesa in ambito clinico è molto importante per monitorare il processo terapeutico e aiutare i clinici nella scelta di come intervenire in risposta alle difese utilizzate in seduta, ed è importante poter utilizzare misure valide e affidabili per garantire che ciò che osserviamo sia operazionalizzato propriamente (Di Giuseppe & Perry, 2021).

Proseguendo, Carlucci et al. (2022) in un recentissimo studio denominato “*Change in defensive functioning following group psychodynamic-interpersonal psychotherapy in women with binge-eating disorder*” hanno valutato l'impatto della psicoterapia psicodinamica di gruppo (GPIP) sul cambiamento del funzionamento difensivo in donne con il disturbo da alimentazione incontrollata (BED), rispetto a un gruppo di controllo in lista d'attesa.

L'ipotesi era che il funzionamento difensivo sarebbe migliorato in misura maggiore dopo il trattamento per le pazienti in GPIP rispetto a quelle in una condizione di controllo della lista d'attesa. In linea con le previsioni degli autori, i risultati mostrano che le pazienti riceventi la terapia hanno avuto miglioramenti significativamente maggiori nel funzionamento difensivo, dal pretrattamento a sei mesi dopo il trattamento, rispetto al gruppo di controllo. La GPIP può quindi essere efficace per migliorare il funzionamento difensivo negli individui con BED (Carlucci et al., 2022).

Nonostante l'evoluzione e il cambiamento delle difese nei disturbi alimentari sia un argomento meno studiato rispetto ai disturbi depressivi, di personalità e di ansia, e nonostante lo studio riguardi un contesto di terapia di gruppo e non individuale, si può ritenere questo lavoro un'ulteriore conferma della relazione esistente tra processo psicoterapeutico e miglioramento dell'assetto difensivo individuale, a prescindere dalla patologia di cui sono affetti gli individui esaminati.

In conclusione, possiamo constatare come questi lavori, e molti altri presenti in letteratura, dimostrano che il concetto psicodinamico dei meccanismi di difesa è oggi considerato, da professionisti con vari orientamenti teorici, di grande importanza nella comprensione dello sviluppo umano e del funzionamento psicologico. Più di mezzo secolo di ricerca empirica ha dimostrato l'impatto del funzionamento difensivo sul benessere psicologico, l'organizzazione della personalità e l'esito del processo terapeutico (Di Giuseppe & Perry, 2021).

Alla luce del ruolo che le difese hanno all'interno del processo psicoterapeutico, come visto in letteratura, e considerando che tale ruolo è un tassello fondamentale per studiare

l'esito e il processo stesso delle psicoterapie dinamicamente orientate, in questo lavoro di ricerca si vuole analizzare, in una psicoterapia dinamica individuale, come le difese, valutate tramite l'applicazione della Defence Mechanism Rating Scales (DMRS), variano nel tempo in relazione ai cambiamenti del paziente.

Lo scopo è di approfondire, monitorando i cambiamenti delle difese del paziente, la relazione esistente tra il suo stile difensivo e l'outcome terapeutico, tenendo in considerazione la struttura di personalità del paziente ad inizio terapia.

Si cercherà di verificare che effettivamente con il procedere della terapia, in concomitanza ad un migliore adattamento e benessere psicologico del paziente, e ad un outcome terapeutico positivo, se l'assetto difensivo individuale migliori in termini di aumento dell'uso di difese mature e/o di una diminuzione dell'utilizzo di difese di natura più primitiva, il tutto tramite il calcolo e la disamina del punteggio di funzionamento difensivo complessivo (ODF), che rappresenta il livello generale o l'adattabilità del funzionamento difensivo del paziente rilevabile tramite l'uso della DMRS.

CAPITOLO 3: IL SINGLE CASE

3.1 Obiettivo

L'obiettivo della presente ricerca è quello di analizzare, tramite un disegno sperimentale di tipo single-case, come i meccanismi difensivi utilizzati dal paziente preso in esame variano nel tempo e quindi di monitorare il lavoro che l'Io del paziente sta facendo in terapia.

Il fine è verificare come un esito positivo in terapia possa essere messo in relazione con modificazioni nel profilo difensivo del paziente, tenendo conto della sua struttura di personalità e delle implicazioni ad essa legate. In altre parole, vogliamo verificare come un cambiamento in positivo nel paziente, valutato tramite l'uso del MILLON e la SWAP-200 ad inizio e fine terapia, sia in relazione con l'evoluzione delle difese utilizzate, verificando ciò con l'uso della DMRS.

3.2 Metodo

3.2.1 Strumenti: DMRS, SWAP-200, MCMI-III

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

L'autore, tramite l'elaborazione della DMRS, promuove una diagnosi strutturale, con l'obiettivo di trovare un punto di unione tra il sapere psichiatrico fenomenologico e il sapere psicodinamico di derivazione psicoanalitica (Lingiardi & Madeddu, 2002).

Perry esamina la difesa dal punto di vista della teoria del conflitto psichico, definendola come un meccanismo che media tra i desideri, le necessità, gli affetti e gli impulsi del soggetto da un lato, e le proibizioni interiorizzate dall'altro (Perry & Cooper, 1986).

Lo strumento che elabora appare curato e rigoroso sia sul piano concettuale che su quello metodologico, e viene proposto come una "guida" il cui fine è fornire una base comune

in grado di motivare le valutazioni e in modo tale da ridurre al minimo la loro soggettività, aumentando così l'attendibilità delle osservazioni raccolte (Brambilla, 2002).

La valutazione con la DMRS avviene a partire da trascritti di materiale clinico (colloqui diagnostici, sedute di psicoterapia ecc.) e i meccanismi di difesa vengono dedotti da verbalizzazioni, sintomi e comportamenti osservabili dai pazienti. Comprende 27 meccanismi di difesa, in cui ogni difesa è corredata da una definizione teorica, una descrizione della sua funzione dinamica, un'accurata diagnosi differenziale con le difese più vicine e da una scala di valutazione a tre punti (assenza, uso probabile, uso certo della difesa esaminata sia durante l'intervista che abitualmente nella vita del paziente).

La DMRS prevede tre possibilità di valutazione, con un livello di inferenza relativamente basso e un'ottima possibilità di consenso tra valutatori (Lingiardi et al., 1999). La prima valutazione, di natura qualitativa, esamina la presenza/assenza della difesa in questione, la seconda valutazione è quantitativa e verifica la frequenza d'utilizzo di una o più difese (questo dato è molto utile negli studi longitudinali che monitorano il cambiamento nel tempo dell'assetto difensivo individuale), e, infine, la terza valutazione concerne il livello di maturità globale del profilo difensivo dell'individuo.

Per quanto riguarda quest'ultima tipologia di valutazione, i singoli processi difensivi sono articolati in una progressione gerarchica che prevede 7 diversi livelli di maturità/adattamento. In generale si può dire che le difese ai livelli più alti sono quelle più evolute e sono prevalentemente di natura intrapsichica, mentre le difese collocate ai livelli più bassi sono primitive e poco adattive, sono maggiormente legate alla relazione con l'ambiente e con la realtà, limitando la consapevolezza e la libertà di scelta del soggetto (Perry, 1990a).

I 7 livelli maturativi della progressione gerarchica di Perry (1990a) sono:

- Il livello 0, che indica una cattiva o mancata regolazione difensiva, un vero e proprio fallimento della regolazione difensiva, incapacità di modulare la reazione ad agenti di stress, comune rottura con la realtà;
- Il livello 1 di acting, che si riferisce a fonti di stress interne o esterne affrontate tramite l'azione o il ritiro e di cui si ignorano le possibili conseguenze;
- Il livello 2 di distorsione maggiore dell'immagine o difese borderline, qui c'è una grossolana distorsione e una palese errata attribuzione dell'immagine di sé o degli altri per evitare la frammentazione;

- Il livello 3 del diniego, c'è esclusione dalla coscienza di agenti di stress, impulsi o affetti spiacevoli o inaccettabili, con o senza erronea attribuzione a cause esterne;
- Il livello 4 di distorsione minore dell'immagine o difese narcisistiche, qui troviamo distorsione dell'immagine di sé o degli altri, con il fine di mantenere la propria autostima; queste difese sono meno complete e diffuse del livello 2;
- Il livello 5 dell'inibizione mentale o difese nevrotiche, c'è un'esclusione dalla coscienza di eventi stressanti o conflitti, i sintomi possono essere mantenuti, come no, l'affetto/impulso può essere deviato, cambiato o modificato rispetto al suo oggetto originario;
- Il livello 6 di inibizione mentale o difese ossessive, a questo livello l'idea rimane intatta mentre l'affetto ad essa associato viene neutralizzato o minimizzato, senza però distorsione della realtà;
- Il livello 7 delle difese mature, questo rappresenta un aspetto di adattamento ottimale all'ambiente, alle relazioni e agli agenti di stress, si accentuano la gratificazione e si permette la consapevolezza dei sentimenti, delle idee e delle loro possibili conseguenze; promuovono l'equilibrio nel conflitto.

Più nello specifico, nel livello 0 si collocano il diniego psicotico, la distorsione psicotica e la proiezione delirante: queste non vengono conteggiate nella DMRS, perché troppo gravi e deteriorate, per loro è stata sviluppata la P-DMRS (Berney et al., 2014).

Al livello 1 ci sono l'acting out, l'aggressione passiva e l'ipocondriasi (o *help-reject complaning*); al livello 2 l'identificazione proiettiva e la scissione dell'immagine di sé o degli altri; al livello 3 il diniego/negazione di sé, la proiezione, la razionalizzazione e la fantasia schizoide (come aspetto di ritiro); al livello 4 l'idealizzazione, la svalutazione e l'onnipotenza; al livello 5 la rimozione, la dissociazione, la formazione reattiva e lo spostamento; al livello 6 l'annullamento retroattivo, l'intellettualizzazione e l'isolamento affettivo; al livello 7 l'affiliazione, l'altruismo, l'anticipazione, l'autoaffermazione, l'autosservazione, la repressione, la sublimazione e l'umorismo (Perry, 1990a).

Rimanendo sulla valutazione quantitativa, questa organizza le difese appena menzionate in tre diversi livelli concettuali, i quali implicano un diverso modo di sintetizzare il funzionamento difensivo del soggetto. Tutti e tre i livelli, presenti sul foglio di notazione che di norma viene utilizzato per siglare i meccanismi di difesa, sono:

- Il *Punteggio delle Singole difese*: il numero di volte in cui ciascuna difesa è presente in un trascritto viene diviso per il numero complessivo di tutte le difese usate, si ottiene così un valore percentuale detto punteggio proporzionale della singola difesa, che serve per controbilanciare le possibili differenze nel numero di difese usate da soggetti diversi o nel corso di interviste successive, rendendo così i diversi risultati confrontabili tra loro;
- Il *Punteggio dei Livelli difensivi*: i punteggi proporzionali di tutte le difese appartenenti allo stesso livello vengono sommati, ottenendo così il punteggio proporzionale di quel gruppo difensivo, e con questo valore si possono confrontare più soggetti tra loro;
- Il *Punteggio globale di maturità delle difese* o ODF: questo valore sintetizza i punteggi totali di tutte le difese usate. Esso si ottiene moltiplicando ogni difesa per un peso relativo alla sua posizione nella scala gerarchica (da 0 a 7) e calcolando poi la media di tutte le difese pesate; di solito i valori ottenuti vanno da un minimo di 3 ad un massimo di 6.

Ovviamente per poter calcolare questi punteggi, bisogna essere in grado di individuare le difese, ragion per cui Perry (1990) ha descritto il processo di identificazione delle difese messe in atto dal paziente durante le interviste nella “Guida per l’identificazione delle difese”; tale procedimento può essere suddiviso in due fasi: nella prima, l’osservatore nota un passaggio insolito all’interno del trascritto come un’irregolarità nel continuum del discorso, la presenza di un affetto inaspettato, un cambiamento del tono della voce, la presenza di un affetto non in sintonia con le idee espresse, l’assenza di un affetto quando ci dovrebbe essere, una difficoltà nella prosodia e nell’eloquio, espressione di idee false, contraddittorietà tra più idee, comportamenti inattesi, cambio repentino di argomento, significati oscuri ecc. Ciò decreta la presenza di una difesa e ne definisce il punto d’inizio e la fine.

Nella seconda fase, viene fatta un’analisi differenziale delle possibili difese utilizzate nel tratto di colloquio considerato e infine, la scelta definitiva di quali meccanismi individuare e quindi poi siglare, dovrebbe basarsi sul riconoscimento della funzione che tali attività difensive hanno per il soggetto: se trasformare un desiderio conflittuale in qualcosa di più maneggevole, se soddisfare un bisogno nel modo più immediato possibile nonostante la presenza di conflitti associati ad esso, se evitare di occuparsi di un fattore

di stress, se non occuparsi del problema reale ma spostare la propria attenzione su un oggetto diverso, se proteggere se stesso dal provare determinate emozioni o minimizzare gli affetti riferiti a qualcosa, se esprimere affetti o idee senza riconoscerli come propri, se negare l'esistenza di un problema, se scaricare un impulso o un sentimento in modo immediato e senza alcuna inibizione o se esprimere aggressività verso gli altri mentre si chiede loro aiuto, comprensione e accudimento ecc. (Perry, 1990).

Ci sono alcuni casi particolari in cui ci si può imbattere durante la valutazione dei meccanismi di difesa come la sovrapposizione tra difese, quando più difese si verificano nello stesso momento; l'incastro tra difese, quando una difesa perdura per molto tempo e al suo interno ne troviamo delle altre differenti; materiale difensivo non ben definito e cornice temporale del manifestarsi di una difesa incerta, che implica la necessità di chiarire quando la difesa è stata usata.

Concludendo, le aree di impiego della DMRS sono sicuramente almeno due: la didattica e la ricerca. Da un punto di vista didattico, la DMRS è utile sia per un insegnamento teorico delle difese, che per un training pratico di riconoscimento delle stesse. Considerando invece la sua utilità nell'ambito della ricerca questo strumento risulta fondamentale sia in ambito diagnostico nella formulazione di una diagnosi strutturale, nella valutazione di ipotesi fatte su determinati fattori psicodinamici e sugli studi di correlazione tra patologia e difese, sia in ambito psicoterapeutico a scopo predittivo riguardo al decorso di una psicoterapia, alla valutazione dei cambiamenti nell'assetto difensivo del paziente che avvengono durante un trattamento e per fornire indicazioni utili al trattamento (Brambilla, 2002).

A riprova di quanto detto sull'utilità clinica della DMRS, alcuni autori hanno calcolato l'affidabilità inter-rater tra i valutatori di questo strumento, ottenendo risultati di attendibilità soddisfacenti che hanno consentito l'inserimento nel DSM-IV di un asse per le difese basato sulla DMRS (Skodol, Perry, 1993).

SWAP. La Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP), è uno strumento di valutazione di tratti e stili, sani e patologici della personalità elaborata da Jonathan Shedler e Drew Westen (2003). Consente un tipo di analisi che indaga come l'individuo tende a funzionare da un punto di vista cognitivo, emotivo, comportamentale e

motivazionale in situazioni rilevanti dal punto di vista adattivo, valutando sia le caratteristiche funzionali della personalità che quelle disfunzionali.

Le diagnosi effettuate con la SWAP, di natura categoriale e dimensionale, seguono al tempo stesso sia i criteri dell'Asse II del DSM-IV-TR, dando origine ad una diagnosi in fattori PD, sia una nuova classificazione derivata da studi empirici degli autori che riflette stili/disturbi “così come si presentano in natura”, la diagnosi in fattori Q.

Quindi, i fattori PD (Personality Disorders) corrispondono ai disturbi di personalità dell'Asse II del DSM, e i fattori Q descrivono, invece, stili di personalità derivati empiricamente dalle descrizioni SWAP di pazienti reali a cui è stata applicata la Q-factor analysis.

La SWAP è composta da 200 affermazioni che permettono di descrivere il funzionamento psicologico di un soggetto, seguendo la procedura Q-sort; la lista degli item e il procedimento che poi portano all'elaborazione di una diagnosi descrittiva e ad una formulazione del caso clinico sono una operazionalizzazione del modello della diagnosi funzionale (Westen et al., 2003).

Un Q-sort è un metodo di indagine *clinician-report* composto da un insieme di affermazioni descrittive della personalità che il valutatore deve distribuire gerarchicamente in base a quello che ritiene essere il grado di descrittività, da “molto descrittivo” a “per nulla descrittivo”, per il soggetto esaminato.

I 200 item della SWAP-200, che descrivono aspetti della personalità, vengono attribuiti dal clinico a 8 categorie diverse a seconda della loro coerenza con il soggetto valutato, cioè vengono distribuiti su 8 pile, dalla 0 alla 7, ciascuna delle quali deve contenere un numero di item prefissato (100 item alla pila 0, 22 alla pila 1, 18 alla pila 2, 16 alla 3, 14 alla 4, 12 alla 5, 10 alla 6 e 8 alla 7).

Nella prima pila di valore 0, vanno le affermazioni che non descrivono in alcun modo la persona valutata; alle pile 1 e 2 quelle che descrivono caratteristiche poco intense e poco pervasive; nella pila 7, invece, vanno collocati gli item assolutamente descrittivi: in pratica ad ognuno dei 200 descrittori di personalità, si viene ad attribuire un punteggio che va da 0 a 7.

Gli item utilizzati derivano dai criteri dei disturbi dell'Asse II rilevanti nella descrizione della personalità, dalla letteratura clinica e dalle ricerche riguardanti i disturbi della personalità e da interviste pilota eseguite per valutare versioni intermedie dello strumento

in questione; tutti gli item sono espressi con linguaggio quotidiano, anche, ad esempio, quelli relativi a meccanismi di difesa (Westen et al., 2003).

Il computer calcola i punteggi della SWAP e standardizza in “punti T” la correlazione tra il profilo emerso dai punteggi attribuiti ai vari item dello strumento durante la sua valutazione, derivati empiricamente, e i diversi prototipi diagnostici di pazienti ideali con i disturbi di personalità dell’Asse II del DSM-IV (il cosiddetto PD factor).

Per il PD factor, con punteggio uguale o superiore a 60 è possibile diagnosticare un Disturbo di Personalità; con punteggio tra 55 e 60 si parla di forti tratti di disturbo di personalità; con punteggio tra 50 e 55 si parla di alcuni tratti; il paziente valutato va confrontato solo con sé stesso, cioè si confronta la descrittività di ogni item rispetto a quella di tutti gli altri item relativi sempre al medesimo soggetto.

Westen e Shelder (2003) hanno cercato di sviluppare un sistema di classificazione dei disturbi di personalità alternativo al DSM, che fosse quindi clinicamente utile, fedele ai dati osservati e basato su solidi risultati empirici.

Per fare ciò hanno provato ad utilizzare la SWAP su 496 pazienti reali che avevano ricevuto una diagnosi di Asse II, e hanno estratto dalle loro SWAP i fattori-Q tramite la Q-analysis. Questa, permette di individuare gruppi di soggetti simili, cioè gruppi di pazienti che hanno in comune rilevanti caratteristiche psicologiche, e che si distinguono da pazienti di altri gruppi; tramite tale analisi fattoriale sono stati identificati sette fattori-Q o categorie diagnostiche. I sette fattori-Q rilevati sono i seguenti:

- Il *fattore-Q disforico*, caratterizzato da affermazioni che indicano una tendenza a sentirsi inadeguati, inferiori, falliti, infelici, depressi o abbattuti; presenza di vergogna, colpa, depressione, ansia e paura del rifiuto o dell’abbandono;
- Il *fattore-Q antisociale-psicopatico*, caratterizzato da item che indicano una tendenza a essere disonesti, a non provare rimorso, a essere arrabbiati e ostili, ad agire in modo impulsivo senza riguardo per le conseguenze e ad avere poca empatia;
- Il *fattore-Q schizoide*, definito da una tendenza a non avere relazioni strette, ad avere una gamma di emozioni estremamente limitata, ad avere un modo di fare e un aspetto strano, ad avere difficoltà nel comprendere il senso del comportamento altrui e ad avere poco insight psicologico;

- Il *fattore-Q paranoide*, definito da tendenza a sentirsi incompresi, maltrattati o vittimizzati, a pensare che gli altri vogliono danneggiarli o approfittarsi di loro, a esprimere rabbia intensa e inappropriata e ad essere arroganti e moralistici;
- Il *fattore-Q ossessivo*, rappresentato da un misto di caratteristiche adattive e disadattive che includono una tendenza a essere coscienti e responsabili, ad avere standard morali ed etici, ad essere eccessivamente dediti al lavoro e alla produttività, ad essere controllanti e inibiti e coartati;
- Il *fattore-Q istrionico*, definito in modo chiaro da affermazioni che riflettono una propensione a essere eccessivamente bisognosi e dipendenti, a sviluppare attaccamenti intensi e veloci, a essere eccessivamente seduttivi e provocanti, a esprimere le emozioni in modo esagerato e teatrale e ad essere incapaci di rassicurarsi o calmarsi quando si è angosciati;
- Infine, il *fattore-Q narcisistico*, che include item che indicano la tendenza ad avere fantasie di illimitato successo, potere, bellezza, a sentirsi privilegiati, ad avere un senso esagerato della propria importanza, a trattare gli altri come un pubblico e a provare invidia per le altre persone.

Poiché il primo fattore-Q, il gruppo disforico, includeva la maggioranza dei pazienti del campione (il 20%), è stata condotta una seconda Q-analisi su di esso, per individuare i sottotipi dei pazienti disforici. Westen e Shelder (2003), riportano cinque sottotipi del fattore-Q disforico, i quali dimostravano un'elevata coerenza clinica ed erano facilmente interpretabili. Il sottotipo *disforico-evitante* indica una tendenza a essere timidi e riservati, a evitare situazioni sociali, ad essere socialmente strani o inappropriati, inibiti o coartati e a sentirsi inadeguati o in imbarazzo; il sottotipo *disforico-depressivo (nevrotico) ad alto funzionamento* si riferisce alla tendenza ad essere empatici e ad apprezzare l'umorismo, ma anche ad autoaccusarsi, a sentirsi in colpa, a sentirsi infelici e depressi o abbattuti; il sottotipo *disforico-con disregolazione emotiva* include molti pazienti che spesso ricevono la diagnosi di borderline con tendenza a provare emozioni particolarmente intense fino a non averne più il controllo, frequenti lotte con desiderio di suicidarsi e tendenza a sentire che la propria vita è priva di significato; il sottotipo *disforico-dipendente-masochista* rappresenta il più disturbato dell'attuale categoria di pazienti con disturbo dipendente della personalità, con tendenza a coinvolgersi o rimanere in relazioni in cui subiscono abusi (emotivi o fisici) e tendenza ad essere eccessivamente bisognosi o dipendenti; il

sottotipo *disforico con esteriorizzazione dell'ostilità* si riferisce alla tendenza a partecipare a lotte di potere, ad essere arrabbiati od ostili, a sentirsi incompresi o maltrattati, ad avere conflitti con l'autorità e ad esprimere l'aggressività in modi passivi e indiretti.

In conclusione, lo strumento ideato da Westen e Shelder (2003), permette di fare diagnosi categoriali e dimensionali, basate sulle osservazioni e sulle inferenze dei clinici; permette di valutare gli aspetti patologici, ma anche gli aspetti sani del funzionamento della personalità del paziente in esame. È uno strumento utile ed empiricamente fondato e consente di analizzare sia gli aspetti “manifesti” che quelli più “profondi” del funzionamento della personalità.

Shelder (2003), infine, suggerisce l'uso della SWAP-200 anche nella formulazione del caso e nelle supervisioni cliniche.

MCMI – III. Il Millon Clinical Multiaxial Inventory – III (MCMI – III), di Millon, Millon, Davis e Grossman (1994), è un questionario standardizzato autosomministrato nato per valutare i pattern di personalità e la sintomatologia clinica nei pazienti psichiatrici.

I punti di forza dello strumento sono la brevità rispetto a strumenti analoghi, la presenza di un ancoraggio teoretico e di un modello multi-assiale, che riflette la classificazione del DSM-IV e infine l'utilizzo dei punteggi standard Base-Rate (BR) che verranno descritti in seguito.

Il test rileva solo aspetti patologici e non è di aiuto nella valutazione dei punti di forza del paziente, infatti, il campione normativo usato per validare lo strumento era costituito solo da pazienti.

È un test autosomministrato da soggetti adulti, ed il tempo di somministrazione è di circa 20-30 minuti.

Lo strumento si basa sulla teoria della personalità di Millon, la quale pone le sue basi nell'ottica evoluzionista, applicata allo studio della psicologia e della psicopatologia. In questo modo egli implementa una teoria in cui opera una netta distinzione tra stili di personalità, disturbi sintomatici e reazioni di aggiustamento.

L'autore distingue i “modelli di personalità clinica” da “patologia di personalità grave” e le “sindromi cliniche” da “sindromi gravi”.

Il Millon è composto da 175 item vero/falso, raggruppati in 28 scale quali:

- 11 scale relative a pattern di personalità clinica: schizoide (1); evitante (2); depressiva (2B); dipendente (3); istrionica (4); narcisistica (5); antisociale (6); sadica (aggressiva) (6B); ossessivo-compulsiva (7); negativistica (passivo-aggressiva) (8); masochistica (8B).
- 3 scale relative a grave patologia della personalità: schizotipica (S); borderline (C); paranoide (P).
- 7 scale relative a sindromi cliniche: ansia (A); somatizzazione (H); bipolare (mania) (N); distimia (D); dipendenza da alcool (B); dipendenza da droghe (T); disturbo da stress post-traumatico (R).
- 3 scale relative a sindromi cliniche gravi: Disturbo del pensiero (SS); Disturbo delirante (PP); Depressione maggiore (CC).
- 4 indici di modifica: validità (V); apertura (X); desiderabilità (Y); autosvalutazione (Z).

Le 11 scale (dalla 1 alla 8B) inquadrano i diversi disturbi di personalità secondo la nomenclatura presente nel DSM – IV (APA, 1994). Le 3 scale S, C e P misurano stili di personalità gravi e particolarmente disadattivi. Le scale dalla A alla R riguardano l'Asse I, e le scale SS, CC e PP indicano la presenza di sindromi cliniche particolarmente invalidanti. Infine, gli indici di modifica (o di correzione), in grado di rilevare l'atteggiamento del paziente al test, dicono se il test può essere considerato valido o meno. Ogni scala è in media composta da 15 items e poiché il modello di Millon presuppone che i tipi di personalità e le sindromi cliniche siano in qualche modo correlate, vi sono molte condivisioni di items fra le varie scale.

Gli item hanno punteggio 2 quando sono specifici per quella scala, 1 quando ne rappresentano aspetti non prototipici.

Per quanto concerne i punteggi e i base rate, essendo il MCMI-III un questionario con formato di risposta dicotomico, i punteggi delle scale si ottengono in forma grezza. Il punteggio grezzo si converte poi in punti BR, i quali permettono di ancorare i punteggi della norma alla prevalenza della popolazione psichiatrica; essi indicano la probabilità con cui il paziente presenta un tratto in quantità pari a quella di un paziente psichiatrico.

I punti BR sono raggruppabili in 4 fasce, un punteggio intorno al 30 ascrive il soggetto alla popolazione normale non psichiatrica; uno di 60 è il punteggio medio dei pazienti psichiatrici; un punteggio uguale o superiore a 75 comporta la certezza di prevalenza di un tratto patologico e permette di ottenere un esaustivo inquadramento diagnostico; 85 o più indica la predominanza del tratto, una preoccupazione clinica persistente e significativa o un disturbo di personalità.

Per interpretare il MCM-III, in primis si deve determinare la validità del protocollo, facendo riferimento alle scale di controllo, assicurandosi anche che il sesso del soggetto in esame sia specificato, che non ci siano più di 12 omissioni ecc.

Poi si passa all'interpretazione delle scale di personalità, controllando eventuali elevazioni sulle scale degli stili di personalità e verificando le scale dei pattern di personalità gravi che rappresentano il focus principale per la diagnosi.

Si prosegue interpretando le scale delle sindromi cliniche, visionando anche le scale delle sindromi di base e di quelle gravi; spesso scale complementari sono elevate tutte assieme. Concludendo, può essere fatta un'ipotesi diagnostica di personalità, che si basa su quanto raccolto e concettualizzato ai passi precedenti. Qui occorre produrre un tentativo di comprensione di quale significato possa avere la sindrome clinica per il funzionamento di personalità della persona sottoposta a valutazione; si raccomanda di integrare i risultati emersi con tutte le informazioni disponibili per ottenere una descrizione olistica del soggetto.

Infine, sulla base di quanto sintetizzato, si cerca di indicare raccomandazioni e implicazioni per il trattamento, utili nel lavoro terapeutico successivo.

3.2.2 Materiale e partecipante

Il caso singolo su cui si è basata la nostra ricerca è un giovane adulto, G., che è stato seguito in un servizio clinico per vissuti depressivi e ansiosi, presentando una forte tendenza a demandare alla madre qualsiasi scelta che riguardasse la propria vita personale e infatti, non a caso, è proprio da quest'ultima che viene spinto in terapia.

G. si definisce da sempre timido e introverso, ma nei mesi precedenti alla presa in carico riferisce di percepire la propria situazione come invalidante.

Tende al ritiro, giustificandolo come una maggior serenità e sicurezza percepita stando in casa, e all'evitamento sociale. Riferisce, negli anni della prima gioventù, di essere stato più aperto, più socialmente inserito e più sereno, con una conseguente minore necessità e dipendenza dalla propria madre.

Attualmente fatica a socializzare, ad avere delle amicizie e ad approcciarsi al sesso femminile, sentendosi inferiore ai suoi coetanei. A volte ha dei pensieri che sembrano al limite del delirante nei confronti degli amici che lo cercano, percepisce il loro interesse nei suoi confronti come una sorta di persecuzione e teme di non venir più "lasciato in pace" da loro.

Vive le interazioni sociali come un impegno, negandone la reale motivazione e preferendo dire che "sta bene così".

Afferma di condividere tutto con la propria madre, ma non con la sorella e con il padre. La madre è l'unica capace di tranquillizzarlo durante i suoi episodi ansiosi, preferisce che sia lei a prendere decisioni per lui, la definisce il suo punto di riferimento e la sua unica certezza da quando ne ha memoria. Risulta evidente un'estrema dipendenza e idealizzazione della figura materna.

G. riporta difficoltà a tollerare le situazioni conflittuali con la propria famiglia, infatti, inconsciamente evita possibili conflitti e il contatto con le proprie emozioni negative, ovviando il tutto tramite un estremo bisogno e dipendenza dalla figura materna, sperando un'aggressività mascherata da dipendenza; se ha bisogno della propria madre "non può" arrabbiarsi con lei, ed è proprio questo che G. cerca di evitare.

Alla fine della terapia, con il passare del tempo, grazie alla partecipazione ad una scuola di teatro, al percorso terapeutico svolto e all'andare a vivere da solo, G. riuscirà a superare molte delle fragilità appena descritte, che lo avevano portato alla ricerca di un aiuto.

Infatti, nella condizione e nei vissuti soggettivi del caso singolo in questione si possono rilevare evidenti corrispondenze con quelli che sono i criteri diagnostici del DSM-5 (APA, 2013) per il Disturbo dipendente di personalità di seguito elencati:

1. Difficoltà a prendere decisioni quotidiane senza un'eccessiva quantità di consigli e rassicurazioni da parte degli altri;
2. Bisogno che gli altri si assumano la responsabilità per la maggior parte dei settori della vita del paziente;

3. Difficoltà a esprimere disaccordo verso gli altri per il timore di perdere supporto o approvazione;
4. Difficoltà ad iniziare progetti o a fare cose autonomamente;
5. Capacità di giungere a qualsiasi cosa pur di ottenere accudimento e supporto da altri;
6. Sentirsi a disagio o indifeso quando è solo a causa dell'esagerato timore di essere incapace di prendersi cura di sé;
7. Quando termina una relazione intima cerca con urgenza un'altra relazione come fonte di accudimento e supporto;
8. Si preoccupa in modo non realistico di essere lasciato a prendersi cura di sé.

Nel manuale diagnostico il paziente dipendente è caratterizzato da una necessità pervasiva di essere accudito, che determina comportamenti di sottomissione, dipendenza e timori legati alla separazione. Questi iniziano entro la prima età adulta e sono presenti in svariati contesti. È possibile ascrivere G. a questa categoria diagnostica poiché soddisfa cinque e più dei criteri necessari per poter attribuire tale diagnosi.

Infatti, è presente una dipendenza al limite del patologico con la propria madre, dalla quale ha bisogno di infinite rassicurazioni e consigli (Criterio 1) e c'è un'incapacità, da parte del paziente G., di prendere decisioni da solo e di prendersi delle responsabilità (Criterio 2). Riporta una profonda difficoltà ad esprimere disaccordo verso gli altri per il timore di perderli, in particolare verso la figura materna (Criterio 3), ha problemi a iniziare progetti da solo, per esempio il suo percorso terapeutico, da cui è stato spinto dalla madre, e fatica a fare cose in modo indipendente, come una semplice uscita serale (Criterio 4).

G. si sente a disagio o indifeso quando è solo (Criterio 6), infatti riporta non trascurabili difficoltà nella transizione fatta dal vivere con i genitori all'andare a vivere da solo.

Le caratteristiche associate a supporto della diagnosi, che emergono frequentemente nei discorsi del paziente del presente lavoro, sono una tendenza al pessimismo e a dubbi su di sé, oltre che allo sminuire le proprie capacità e qualità. Spesso G. si definisce "stupido" e minimizza o sminuisce i propri sentimenti, o addirittura le proprie "conquiste" considerandole di poco conto.

Inoltre, Gabbard (2015) evidenzia come questa tipologia di diagnosi abbia percentuali di comorbidità molto alte, non a caso il paziente G. riporta vissuti ansiosi e depressivi molto intensi.

Nella storia evolutiva dei pazienti con Disturbo dipendente di personalità, secondo quanto emerso in letteratura, è più probabile sia presente un modello pervasivo di rinforzo genitoriale sulla dipendenza, che agisce in tutte le fasi dello sviluppo; spesso si ritrova in questi soggetti uno stile di attaccamento insicuro e si riscontra un pattern di attaccamento invischiato. Il paziente dipendente cerca persone che si prendano cura di lui a causa di ansie profonde e l'aggrapparsi agli altri spesso maschera una forte aggressività esperita. Secondo Gabbard (2015), il clinico dovrebbe chiedere a ciascun individuo: "Che cosa la spaventa a proposito dell'indipendenza o della separazione?".

Dopo aver descritto le caratteristiche dei pazienti con questa diagnosi, è importante capire quali sono le implicazioni terapeutiche che ciò comporta, e quali potrebbero essere le finalità del trattamento di questi soggetti.

In primis è fondamentale che, affinché questi pazienti superino i loro problemi di dipendenza, riescano a sviluppare una dipendenza nei confronti del terapeuta. Infatti, anche se questa può essere elaborata in una forma specifica di resistenza, è importante per il paziente poter lavorare su di essa con una figura che ha gli strumenti teorici e clinici giusti per de patologizzarla e renderla meno disfunzionale e invalidante.

Una regola pratica nel trattare questi pazienti, è ricordare che ciò che essi affermano di volere probabilmente non è ciò di cui hanno bisogno; è doveroso aiutarli ad entrare in contatto con i propri desideri profondi, senza dare loro soddisfazioni secondarie, come ad esempio assecondare la loro dipendenza. Il terapeuta dovrebbe frustrare queste tendenze, promuovendo invece l'indipendenza di pensiero e di azione del paziente (Semi, 1985).

Un'altra comune evoluzione transferale consiste nell'idealizzazione del terapeuta: anche nel caso da noi analizzato, si vede come il paziente, accanto ad una dose mascherata di passiva aggressività verso il clinico, tenda comunque, con il procedere della terapia, a considerarlo come onnisciente, desiderando di trasferire su di lui molte responsabilità per le proprie decisioni importanti.

A livello controtransferale, questi pazienti possono evocare sentimenti di disprezzo o sdegno nei loro confronti, o al contrario possono indurre nel terapeuta sentimenti legati al compiacimento per l'idealizzazione che viene attuata. È importante che il clinico faccia

attenzione a queste componenti della relazione terapeutica, per mantenere un assetto di empatica neutralità.

Concludendo, una psicoterapia psicodinamica che si concentra sull'esplorazione della paura di indipendenza e sulle difficoltà di autoaffermazione che possono sperimentare questi pazienti, risulta più che appropriata per poter favorire un miglioramento delle loro condizioni.

Le finalità di una buona terapia del Disturbo dipendente di personalità dovrebbero consistere, per il paziente, nella ristrutturazione di un sé autonomo ed efficace, nello sviluppo di una buona autonomia e un buon senso di efficacia personale e una capacità di riconoscere i propri pensieri, emozioni e bisogni. I risultati da noi ottenuti ci mostreranno che, grazie al clinico curante, questi obiettivi sono stati raggiunti da G.

3.2.3 Procedura ed ipotesi di lavoro

Prima di applicare in veste di giudici gli strumenti DMRS e SWAP, i valutatori hanno ricevuto una formazione per l'applicazione pratica di entrambi.

Per quanto riguarda la SWAP-200, il training è iniziato con una dettagliata descrizione dell'uso della stessa da parte di un clinico esperto; inoltre, egli ha dato la possibilità di allenarsi alla formulazione di un'ipotesi diagnostica sulla base dei trascritti da lui forniti. Questo ha permesso ai valutatori di prendere confidenza con lo strumento poiché in seguito a ciò c'è stato un ulteriore incontro esplicativo e di confronto con il formatore.

Per quanto concerne il training sulla DMRS, svoltosi in contemporanea a quello sulla SWAP-200, per prima cosa si è presa confidenza con l'analisi e l'individuazione delle difese tramite la siglatura di tre trascritti di sedute non inerenti al presente caso clinico. Dopo ciò, è iniziato un vero e proprio addestramento con un esperto della DMRS, il Dott. Gabriele Lo Buglio dottorando presso la Sapienza Università di Roma.

Il training in questione è durato dal 21 gennaio al 4 marzo 2022, per un totale di sette incontri a cadenza settimanale.

L'organizzazione degli incontri è stata la seguente:

- I°: Excursus storico sui meccanismi di difesa ed elementi di base sulla DMRS;
- II°: Difese di acting, difese borderline ed inizio difese di diniego;
- III°: Fine difese di diniego, difese narcisistiche e nevrotiche;
- IV°: Difese ossessive e mature;

- V°: Siglatura “Di gruppo” di un trascritto;
- VI°-VII°: Correzione in gruppo dei trascritti siglati individualmente.

Una volta concluso il training, l’esperto ha consegnato un ulteriore trascritto da siglare per poter calcolare la reliability; l’affidabilità, per la DMRS, consiste in un accordo tra due giudici sulle siglature di uno o più trascritti, tramite il calcolo della IRR.

I giudici in questione sono stati il gruppo 1, in formazione ed il gruppo 2 composto da esperti.

La siglatura del gruppo 1 si è articolata in due momenti. I tre componenti hanno siglato singolarmente la seduta trascritta. Successivamente si sono confrontati e si sono accordati su una versione comune delle varie siglature. Il tutto è stato poi confrontato con le siglature eseguite dal gruppo 2.

Questo è il metodo di siglatura che poi è stato utilizzato nel nostro lavoro di ricerca, in tutti i trascritti del paziente G., tenendo come riferimento la IRR ottenuta in questa occasione.

La reliability ottenuta è stata 0.52 (difese singole), 0.62 (cluster), relativamente al grado di accordo delle nostre codifiche sul trascritto dei giudici esperti; 0.44 (difese singole), 0.52 (cluster), in relazione al grado di accordo dei giudici esperti sulle nostre codifiche.

Alla luce di quanto emerso, per il presente lavoro, si è deciso di basarsi sul livello di cluster per l’analisi e la valutazione di quanto emerso dall’uso della DMRS sul nostro caso clinico.

Dopo ciò, è iniziato il vero e proprio progetto di ricerca. Ai giudici è stato fornito il materiale clinico, precedentemente descritto, e il lavoro è iniziato.

In base al presente disegno di ricerca single case, il materiale su cui sono state eseguite le valutazioni tramite la DMRS e la SWAP-200 sono state 18 trascrizioni di singole sedute di psicoterapia registrate, con il consenso del paziente, rappresentative di quattro anni di psicoterapia dinamicamente orientata individuale, iniziata dal soggetto circa nel 2014 a cadenza bisettimanale per il primo anno, e settimanale per il restante tempo del percorso. I 18 trascritti delle sedute sono stati forniti tre alla volta, a distanza di alcune settimane gli uni dagli altri, in modo da lasciare ai giudici il tempo di valutarle accuratamente.

Nello specifico, in ordine di consegna, sono state date ai valutatori:

- Le sedute numero 1-2-3;

- Le sedute numero 23-24-25;
- Le sedute numero 90-96-100;
- Le sedute numero 125-134-137;
- Le sedute 184-198-199;
- Le sedute 52-53-54.

Queste sono state scelte dal clinico curante sulla base della loro rappresentatività temporale della terapia, infatti, le prime tre sedute sono rappresentative dell'assetto psicologico con cui il paziente è arrivato dal medico curante, le sedute 23, 24, 25 delineano la fase iniziale della terapia, le seconde sei (dalla 52 alla 100) la parte centrale e le ultime sei (dalla 125 alla 199) tratteggiano la parte finale del processo terapeutico.

Inoltre, va sottolineato che queste sono state date ai valutatori senza specificare il numero della seduta oggetto di analisi (se appartenente all'inizio, alla metà o alla fine del percorso terapeutico), per far sì che non si verificassero bias di alcun tipo nel valutare i meccanismi di difesa presenti.

La prima parte della valutazione è avvenuta a livello individuale. Ogni giudice, singolarmente, ha letto attentamente il trascritto e, con la DMRS alla mano, seguendo la "Guida per l'identificazione delle difese" (Perry, 2002) descritta nella sezione strumenti, ha individuato un potenziale meccanismo difensivo e l'ha siglato nella maniera che ritenesse più opportuna, sulla base delle indicazioni presenti nel manuale utilizzato per svolgere tale codifica.

La seconda parte della valutazione è stata svolta da tutti e tre i giudici insieme, tramite incontri avvenuti via zoom, la cui finalità era, tramite un confronto, creare una versione comune e finale delle sedute siglate.

Una volta ottenute le versioni finali delle siglature di tutti i trascritti e saputo l'ordine cronologico di ogni singola seduta siglata, al fine di indagare la relazione tra le difese ed il numero di sedute, è stata fatta un'analisi quantitativa dei dati tramite il calcolo dell'ODF.

L'Overall difensivo è stato calcolato inserendo i meccanismi di difesa rilevati di comune accordo, in ogni singolo trascritto, in un file Excel fornito dal Dott. Lo Buglio. Tale file permette di calcolare automaticamente, per ogni seduta, le somme delle difese utilizzate

per cluster, le somme per cluster pesate sul livello di adattamento, e l'overall difensivo (ODF score).

I punteggi così ottenuti hanno permesso di vedere il punteggio globale di maturità delle difese per ogni singola seduta e di metterle a confronto tra loro, potendo così fare delle inferenze sull'andamento generale dello stile difensivo del paziente nel procedere della terapia. I risultati emersi sono stati confrontati con le valutazioni ottenute dalla SWAP-200.

Passando quindi alla procedura seguita nell'uso della SWAP-200, dopo il training descritto all'inizio del paragrafo, i tre giudici l'hanno utilizzata due volte nel corso del presente lavoro. Questa, per poter considerare validi i risultati, è stata adoperata da tutti e tre i valutatori insieme tramite due incontri zoom della durata di circa due ore l'uno.

La prima volta è stata applicata sulla base dei primi tre trascritti (in ordine temporale) del percorso terapeutico del paziente G., la seconda volta, invece, sulla base degli ultimi tre trascritti (sempre in ordine temporale) del medesimo soggetto.

I risultati ottenuti dalla prima somministrazione della SWAP-200 hanno permesso di valutare la personalità del caso clinico preso in esame, formulando una diagnosi. Questa è stata validata dal clinico curante il paziente esaminato, e confermata dagli outcomes del MILLON-III.

I risultati emersi nella seconda somministrazione della SWAP-200 sono stati utilizzati per valutare la presenza o meno di un cambiamento nel profilo di personalità di G., e per valutare la qualità di tale modificazione.

Alla luce degli obiettivi della presente ricerca, e di quanto emerso durante la procedura, in primo luogo ci aspettavamo che, in concomitanza al procedere della terapia, si verificasse una modificazione dei meccanismi di difesa utilizzati abitualmente dal paziente, in particolare confidavamo in uno slittamento da un uso iniziale di difese più primitive, ad un uso di difese più mature; attendavamo una generale diminuzione nell'uso di difese immature e rigide.

In secondo luogo, ci aspettavamo di poter mettere in relazione il cambiamento del livello di maturità difensiva del paziente (ODF) con il buon outcome terapeutico ottenuto, verificato dall'uso degli appositi strumenti somministrati a fine terapia.

Nel verificare queste due ipotesi, risulta interessante vedere anche come e se il cambiamento delle difese con il procedere della terapia, si è svolto in modo lineare o discontinuo.

CAPITOLO 4: I RISULTATI

4.1 Valutazione della personalità tramite la SWAP-200

Le valutazioni emerse dalla prima somministrazione che abbiamo eseguito della SWAP-200, basata sulle prime tre sedute del paziente, ci ha permesso di valutare e inquadrare la sua personalità.

I punteggi PD-T iniziali sono osservabili nella Tabella 1, mentre i punteggi Q-T iniziali sono rilevabili nella Tabella 2.

Per quanto riguarda i PD-T, si osserva un superamento del *cut-off* di 60, il quale permette di attribuire al paziente un Disturbo di personalità, per quanto riguarda i prototipi della personalità schizoide (62.68), schizotipica (61.58), evitante (61.66), dipendente (64.39) e ossessiva (60.96). I tratti di alto funzionamento (50.60) sono pressoché inesistenti.

Relativamente ai punteggi Q-T, sono rilevanti quelli inerenti agli stili di personalità schizoide (62.52) ed evitante (63.39), poiché superando il *cut-off* permettono di fare diagnosi. Il paziente presenta anche tratti ossessivi (52.73), istrionici (52.60), di disregolazione emotiva (51.28), e forti tratti dipendenti (55.20).

	PD-T INIZIO	PD-T FINE
PARANOIDE	45.35	33.88
SCHIZOIDE	62.68	51.28
SCHIZOTIPICO	61.58	47.14
ANTISOCIALE	38.56	36.01
BORDERLINE	49.20	35.72
ISTRIONICO	44.54	36.65
NARCISISTICO	38.64	33.08
EVITANTE	61.66	54.94
DIPENDENTE	64.39	56.37
OSSESSIVO	60.96	53.70
ALTO FUNZIONAMENTO	50.60	67.62

Tabella 1. Risultati in PD factors del paziente G. sulla base delle prime tre sedute (inizio) e sulle ultime tre sedute (fine)

	Q-T INIZIO	Q-T FINE
DISFORICO	57.86	55.21
ANTISOCIALE	40.85	38.09
SCHIZOIDE	62.52	50.55
PARANOIDE	43.65	33.48
OSSESSIVO	52.73	63.44
ISTRIONICO	52.60	47.34
NARCISISTICO	37.70	37.80
EVITANTE	63.39	59.24
DEPRESSIVO ALTO	49.22	62.81
FUNZIONAMENTO		
DISREG. EMOTIVA	51.28	37.71
DIPENDENTE	55.20	50.17
OSTILE	42.37	38.58
ALTO	50.60	67.62
FUNZIONAMENTO		

Tabella 2. Risultati in Q factors del paziente G. sulla base delle prime tre sedute (inizio) e sulle ultime tre sedute (fine)

Le valutazioni emerse dalla seconda e ultima somministrazione, eseguita sulla base delle ultime tre sedute, ha permesso di valutare il cambiamento del soggetto rispetto alla prima somministrazione della SWAP-200.

I punteggi PD-T finali sono osservabili nella Tabella 1, mentre i punteggi Q-T finali sono rilevabili nella Tabella 2.

Per quanto riguarda i PD-T, il valore rilevante in quanto superiore alla soglia *cut-off* di 60 risulta essere esclusivamente il punteggio dell'alto funzionamento (67.62). Permangono forti tratti della dimensione dipendente (56.37) e alcuni tratti di tipo schizoide (51.28), evitante (54.94) ed ossessivo (53.70).

I punteggi Q-T mostrano valori considerevoli a livello di personalità ossessiva (63.44) e depressiva ad altro funzionamento (62.81). Rilevante anche il punteggio dell'alto funzionamento (67.62). Si rilevano, inoltre, tratti disforici (55.21) ed evitanti (59.24), e minori tratti schizoidi (50.55) e dipendenti (50.17).

4.2 Diagnosi di personalità tramite il MCMI-III

Nella Figura 1 sono rappresentati gli outcomes del Millon test (MCMI-III) autosomministrato dal paziente prima della presa in carico, e ad un mese di distanza dalla fine del percorso terapeutico.

Il grafico mostra che i punteggi pretrattamento sono alti sul pattern di personalità clinica evitante (81) e dipendente (82), infatti, il superamento del *cut-off* di 75 indica la presenza sicura del tratto patologico in questione e permette di avere un esaustivo inquadramento diagnostico. Inoltre, supera il *cut-off* anche il punteggio della sindrome clinica distimica (76).

Rilevante anche la sindrome clinica dell'ansia (98) che, superando il *cut-off* di 85 si configura come una caratteristica clinica predominante e significativa nel paziente.

L'outcome relativo allo stato del paziente ad un mese di follow-up dalla fine del trattamento mostra invece una rilevante diminuzione dei pattern di personalità clinica depressiva (59) e dipendente (20), che si collocano al di sotto del punteggio medio 60 dei pazienti psichiatrici, oltre che un abbassamento significativo a livello delle sindromi cliniche ansiose (60) e distimiche (40).

È rilevabile anche un lieve abbassamento della scala di personalità clinica evitante (74). Inoltre, il valore dell'indice di modifica dell'autosvalutazione (49), collocandosi al di sotto del valore soglia della mediana per pazienti psichiatrici (60), ascrive il soggetto, per quanto riguarda questa variabile, alla popolazione non clinica.

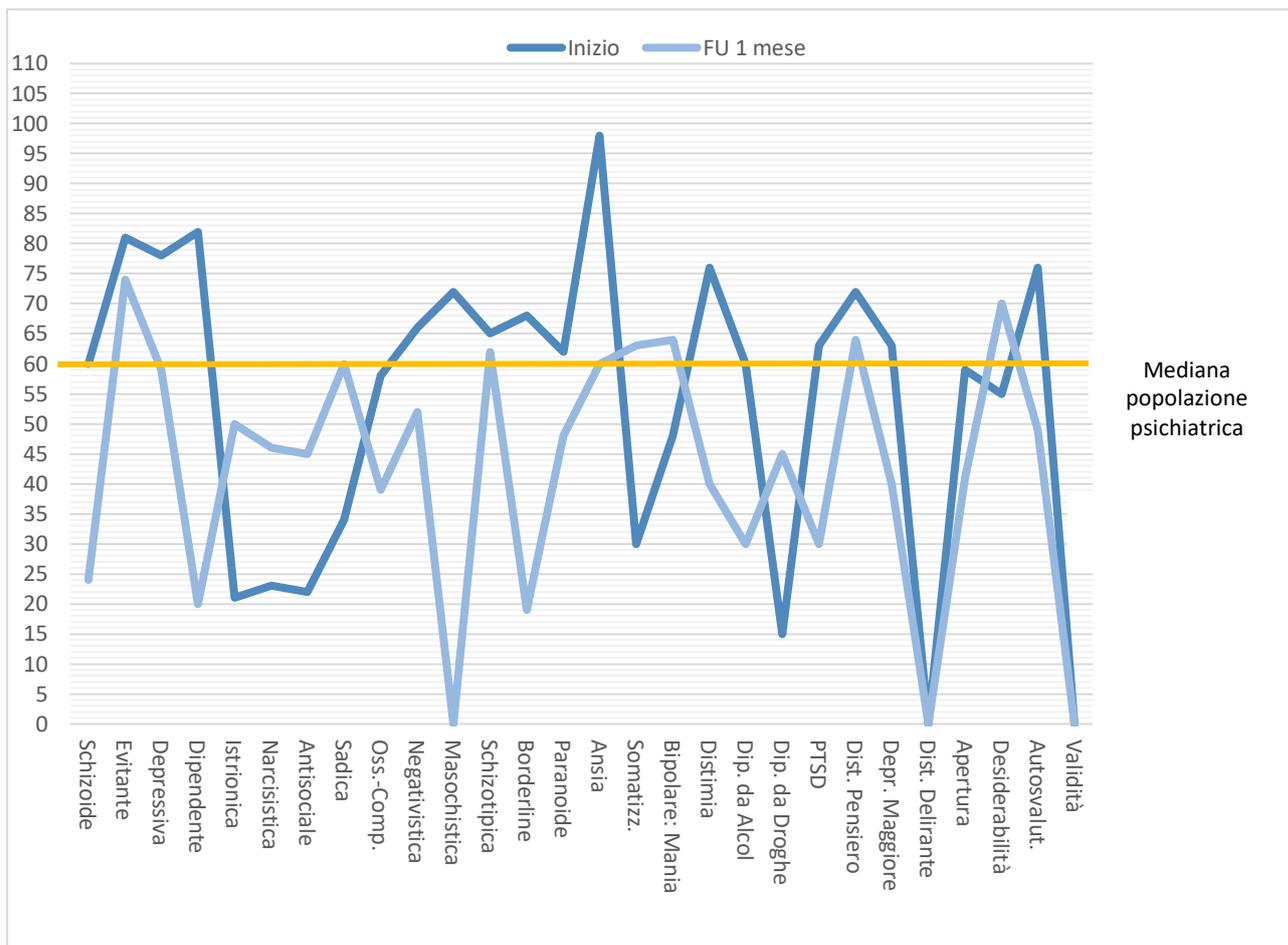


Figura 1. Outcomes del Millon test pretrattamento (inizio) e ad un mese di follow-up post trattamento (FU 1 mese)

4.3 Valutazione del livello di maturità difensiva complessiva (ODF) tramite la DMRS

La valutazione quantitativa da noi eseguita sui meccanismi difensivi usati nel corso del trattamento dal paziente è stata, tramite l'uso della DMRS, sintetizzata nel calcolo dell'ODF per ogni sessione di terapia presa in esame.

Nella Tabella 5 sono rappresentate le difese usate in ogni singola sessione, organizzate per somma per cluster, e l'ODF complessivo di ogni seduta, calcolato sulle somme delle difese per cluster pesate sul livello di adattamento corrispondente.

Nel Grafico 1 i medesimi risultati sono rappresentati graficamente per rendere evidenti il trend e la linea di tendenza dell'uso dei vari cluster nel corso delle sedute.

NUMERO SEDUTA	cluster 1	cluster 2	cluster 3	cluster 4	cluster 5	cluster 6	cluster 7	ODF
1	5	0	25	19	7	9	1	3,82
2	2	0	31	12	0	11	1	3,79
3	2	0	26	9	10	14	0	4,10
23	8	0	15	14	5	8	0	3,64
24	1	0	11	11	7	6	4	4,43
25	2	0	9	10	8	9	5	4,60
52	7	0	15	6	12	9	2	4,00
53	4	0	14	13	13	7	3	4,19
54	7	0	17	8	6	5	1	3,57
90	4	0	10	4	16	7	4	4,44
96	2	0	19	5	14	11	12	4,75
100	5	0	25	10	7	3	8	3,95
125	6	0	20	18	7	13	8	4,26
134	5	0	19	4	4	7	5	3,98
137	2	0	12	5	8	18	20	5,32
184	1	0	8	10	8	20	13	5,27
198	6	0	4	16	4	13	10	4,72
199	2	0	3	10	4	7	9	5,03

Tabella 5. Somma per cluster e ODF delle difese usate in ogni seduta

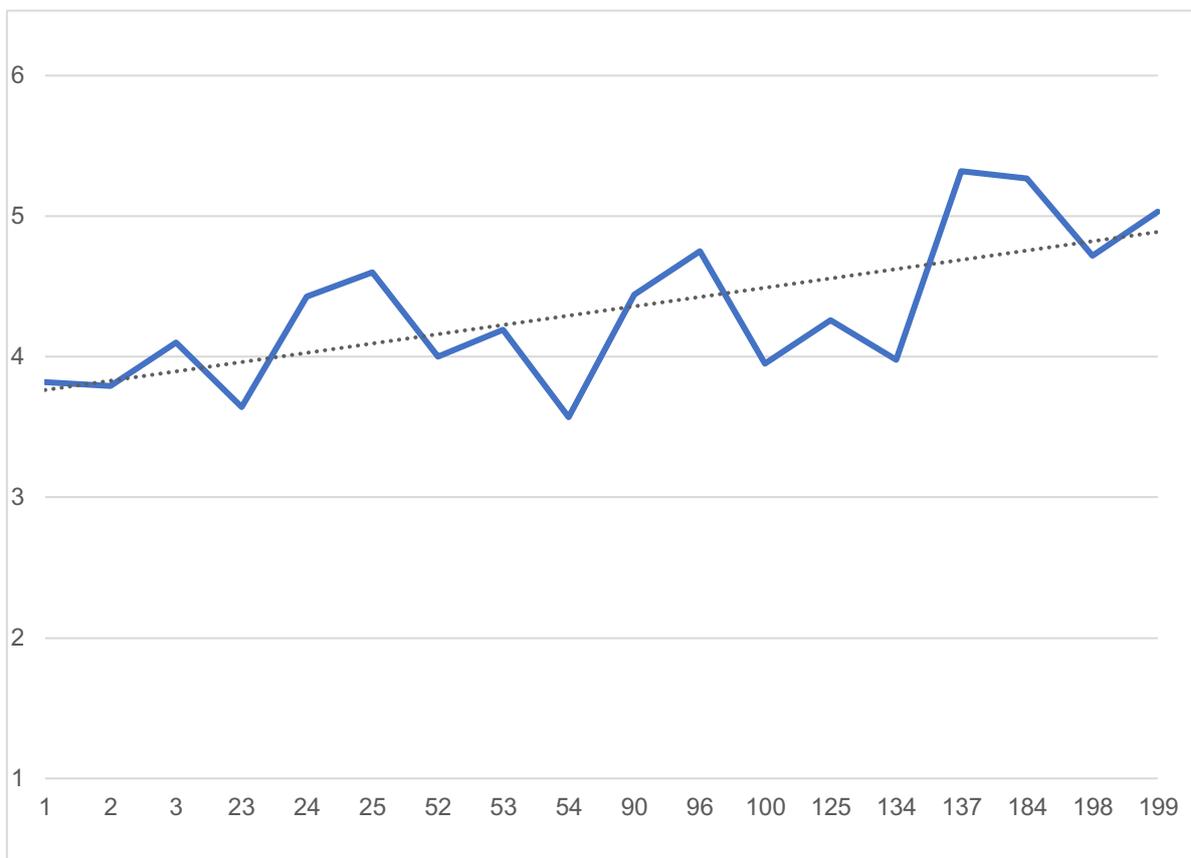


Grafico 1. Linea di tendenza dell'ODF nel corso delle sedute

Nella Figura 1 sono rappresentate i valori percentuali dell'uso complessivo di ogni cluster di difese, sul totale delle 18 sedute. Il cluster 1 viene usato il 7,6% delle volte, il cluster 2 lo 0%, il cluster 3 il 29%, il cluster 4 il 19,4%, il cluster 5 il 14,9% il cluster 6 il 18,2% e infine il cluster 7 l'11%.

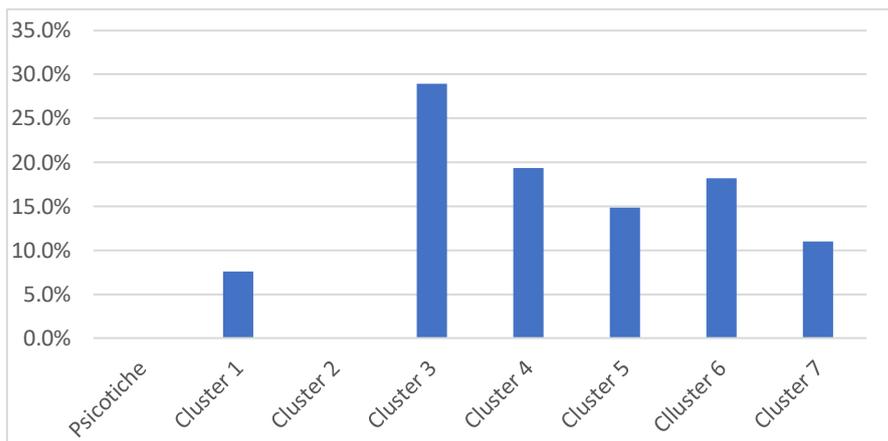


Figura 1. Medie pesate in percentuale dell'uso complessivo di ogni cluster nel corso del trattamento

Visto che le difese del cluster 3 erano state le più utilizzate, la loro distribuzione lungo le sedute è stata approfondita e rappresentata nella Figura 2.

Come si può vedere la percentuale diminuisce nel tempo.

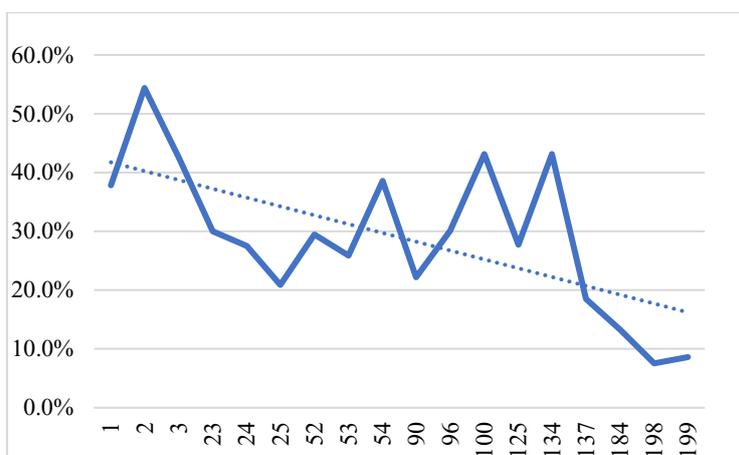


Figura 2. Percentuale della presenza delle difese del cluster 3 sul totale delle difese usate in ogni singola seduta

CAPITOLO 5: DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

5.1 Discussione

In questo lavoro di tesi è stata considerata la relazione tra *process* e *outcome research* in psicoterapia, con l'intento di approfondire se in corrispondenza ad un outcome positivo ci fosse, parallelamente, un cambiamento dell'assetto difensivo del paziente analizzato, e di che tipo.

Per fare ciò sono stati analizzati 18 trascritti di sedute terapeutiche appartenenti al paziente G., giovane adulto, applicando loro la DMRS e la SWAP-200.

La nostra prima ipotesi di lavoro era che, con l'avanzare della terapia, si verificasse una modificazione in positivo, cioè un miglioramento, dei meccanismi di difesa utilizzati abitualmente dal paziente.

Per miglioramento del livello difensivo si intende la capacità, da parte dell'individuo, di passare da un utilizzo abituale di meccanismi di difesa primitivi, all'uso di difese più mature e adattive.

Per indagare ciò, a partire dai risultati ottenuti dall'uso della DMRS e dal calcolo dell'ODF, valutazioni e inferenze sono state fatte a livello di cluster difensivi.

Come abbiamo visto i dati ottenuti confermano l'ipotesi, infatti si può notare che, seppur in maniera discontinua, con evoluzioni e regressioni nell'uso delle difese più adattive, c'è stato un complessivo miglioramento della maturità difensiva del paziente.

Nello specifico, le evidenze emerse sono:

1. La linea di tendenza rappresentativa dell'evoluzione dell'ODF nel corso di tutte le sedute prese in considerazione in ordine cronologico, mostra la presenza di un trend lineare crescente verso un maggior utilizzo di difese evolute (Grafico 1);
2. Con l'avanzare della terapia è rilevabile un graduale aumento nell'uso di difese del cluster 7 (Tabella 5);
3. Le difese del cluster 3 sono state analizzate più in dettaglio in quanto tipologia di meccanismi di difesa complessivamente più usata dal paziente (Figura 1). Questi meccanismi, anche se con una modalità non lineare, sono stati utilizzati sempre meno dal soggetto con il procedere della terapia. Infatti, mentre nelle sedute

iniziali sul totale delle difese messe in atto dal paziente quasi più della metà erano ascrivibili al cluster 3 (ad esempio nella seduta 2, il 54,4% delle difese erano di diniego), nelle sessioni finali l'uso di queste diminuisce notevolmente (ad esempio nelle sedute 198 e 199, le difese di diniego rilevate sono meno del 7-8% sul totale delle difese rilevate) (Figura 2).

La prima evidenza, dato che il punteggio ODF informa su quanto sia adattiva la reazione difensiva dell'individuo ai conflitti interni e alle situazioni stressanti esterne, consente, tramite un graduale aumento del suo valore, rappresentato dalla linea di tendenza del Grafico 1, di inferire un miglioramento della maturità difensiva del paziente e quindi di confermare la nostra prima ipotesi.

Il graduale aumento nel tempo, dell'uso di difese del cluster 7, a discapito dell'uso di quelle più primitive, è in linea con quanto emerso nel lavoro di Babl et al. (2019), in cui è stato dimostrato come nel corso della terapia il funzionamento difensivo complessivo (ODF) e le difese adattative dei pazienti aumentino in modo significativo.

Quanto emerso nel lavoro appena citato, è in linea anche con la seconda evidenza dei risultati del presente studio. Infatti, essendo l'ODF calcolato tramite la media di tutte le difese usate, pesate in base alla loro posizione sulla scala gerarchica, un suo aumento necessariamente correla in positivo con un uso maggiore delle difese del cluster 7.

L'uso di questo cluster è indicativo di un livello di funzionamento difensivo che consente al soggetto capacità di adattamento ottimali e il raggiungimento di un discreto equilibrio tra i motivi di conflitto. Invero, dalle sedute finali del percorso terapeutico, si evince un'evoluzione positiva del funzionamento del paziente, una maggiore autonomia, sia dalla figura materna che in determinate scelte di vita, e un aumento della sua capacità riflessiva.

La terza evidenza, alla luce del fatto che la DMRS è uno strumento utile anche nel verificare i microcambiamenti entro e tra le sedute, attraverso lo scoring di materiale registrato (Perry, 1999), evidenzia in modo più dettagliato come e con che tipo di andamento può avvenire una modificazione a livello di profilo difensivo nel paziente. È stato preso ad esempio il cluster 3, poiché il più usato, ed è risultato evidente come la modificazione dello stesso, seppur arrivando poi ad una sua complessiva diminuzione, non sia stato uniforme.

Si può supporre che questo cambiamento non sia stato lineare poiché il processo terapeutico in primis non ha un andamento lineare. La terapia “scuote” il paziente, ma è essa stessa “scossa” dai cambiamenti che avvengono a livello di alleanza terapeutica, piuttosto che dalle evoluzioni di transfert e controtransfert o dalle resistenze che il paziente manifesta.

La resistenza, per definizione, comprende l’emergere delle difese caratteriologiche del paziente nella situazione terapeutica (Gabbard, 2015) e saperle analizzare e comprendere è fondamentale, soprattutto nelle terapie espressive come quella considerata nel presente lavoro.

Quindi, ad esempio, si può ipotizzare che l’aumento dell’uso del cluster 3 rintracciabile nelle sedute 100 e 134 (Figura 2), nonostante il suo andamento complessivo fosse in diminuzione, si possa attribuire a delle difese messe in atto dal paziente alla luce di materiali emotivamente carichi, e forse difficili da tollerare, emersi nelle sedute in questione.

In conclusione, il trend dell’ODF rilevato sul totale delle sedute, l’aumento dell’uso dei meccanismi difensivi del cluster 7 e la diminuzione nell’uso delle difese di diniego, conferma la prima ipotesi.

La nostra seconda ipotesi di lavoro riguardava la possibilità di mettere in relazione il cambiamento del livello difensivo del paziente (ODF) con il buon outcome terapeutico. Per poter fare ciò, innanzitutto è stato verificato il buon esito della terapia tramite l’uso della SWAP-200, somministrata sulla base delle ultime tre sedute di terapia, e poi confrontata con i risultati del medesimo strumento impiegato sulla base delle prime tre sedute.

Per verificare questa seconda ipotesi, sono stati presi in considerazione anche i risultati emersi dall’autosomministrazione da parte del paziente del MCMI-III pretrattamento e dopo un mese dalla fine del trattamento.

Come abbiamo visto i dati ottenuti confermano pienamente l’ipotesi, infatti si può vedere come ci sia una rilevante differenza (Tabella 1 e 2) tra i punteggi di alcuni fattori PD e Q iniziali, rispetto a quelli finali.

Nello specifico, la prima somministrazione della SWAP-200 mostra (Tabella 1) come, alla luce dei punteggi PD oltre al *cut-off*, lo stile di personalità maggiormente descrittivo

per il paziente fosse quello dipendente e di come non fosse presente un punteggio elevato al punto da poter parlare di alto funzionamento.

Sempre relativamente all'assetto di personalità iniziale di G., nella Tabella 2 si vedono punteggi oltre la soglia per quanto riguarda il fattore Q – schizoide, definito da una tendenza a non avere relazioni strette, ad avere una gamma di emozioni estremamente limitata e ad avere poco insight psicologico, e il fattore Q – evitante, che indica una tendenza a essere timidi e riservati, a evitare situazioni sociali, ad essere socialmente strani o inappropriati, inibiti o coartati e a sentirsi inadeguati o in imbarazzo.

I risultati ottenuti dalla seconda somministrazione della SWAP-200, a riprova di quanto ipotizzato, consentono di vedere un miglioramento, e quindi a poter decretare buono il complessivo outcome terapeutico.

Infatti, a fine trattamento sia i fattori PD che i fattori Q mostrano un punteggio oltre il *cut-off* per quanto concerne l'alto funzionamento del paziente.

Lo stile di personalità ad alto funzionamento si caratterizza per la capacità da parte dell'individuo di utilizzare le proprie risorse ed energie in modo efficace e produttivo, per esempio sapendo apprezzare e rispondere all'umorismo, come rilevabile nelle ultime sedute di G. Un funzionamento alto riflette sentimenti di coscienziosità e responsabilità, che trovano significato nella loro appartenenza e nel contributo a una comunità più ampia, riuscendo a trovare soddisfazione e motivo di felicità in ciò che si fa. Ciò è evidente negli ultimi raggiungimenti ed episodi di vita che il paziente riporta in seduta.

Questo livello di funzionamento implica una capacità di stringere amicizie intime e di lunga durata, come a fine trattamento anche il giovane adulto sta iniziando a fare.

Gli affetti del soggetto risultano appropriati, per qualità e intensità, alle varie situazioni e si rileva un certo intuito psicologico, riuscendo a capire in modo piuttosto sofisticato sé stessi e gli altri. Ne consegue la possibilità di vedere ed affrontare i problemi in modo originale.

Si è capaci di trovare significato e fonte di soddisfazione nel perseguire obiettivi e ambizioni a lungo termine, oltre che riconoscere punti di vista alternativi anche quando si tratta di argomenti che suscitano sentimenti forti, come ad esempio, per il paziente G., quelli relativi alla famiglia o alla propria condizione di autonomia.

Alla luce di ciò, il confronto tra le due somministrazioni della SWAP-200 mostra un evidente miglioramento del paziente, e quindi un outcome terapeutico positivo.

In linea con le considerazioni appena fatte, anche i risultati del MCMI-III mostrano un cambiamento del paziente tra il pre e il post trattamento, e confermano anch'essi la buona riuscita della terapia in termini di outcome finale.

Come evidente nella Figura 1, alla prima autosomministrazione, oltre che ad un pattern di personalità clinica evitante e lampanti caratteristiche distimiche, emerge la presenza certa di un Disturbo dipendente di personalità, coerentemente a quanto emerso nella somministrazione iniziale della SWAP-200.

I soggetti dipendenti, secondo il modello evolucionistico di Millon (1994), hanno imparato non solo a rivolgersi agli altri per ottenere attenzioni e sostentamento, ma anche ad aspettare passivamente che in virtù delle loro capacità costoro provvedano ai loro bisogni. Questi pazienti sono caratterizzati da una continua ricerca di rapporti sociali all'interno dei quali l'affidarsi agli altri può garantire loro affetto, sicurezza e guida. Da esperienze familiari di iperprotezione hanno imparato che assumere un ruolo passivo nei rapporti interpersonali assicura loro dei benefici. Accettare la protezione e il sostegno che vengono loro offerti ed essere pronti a sottomettersi ai desideri degli altri permette loro di conservarne l'affetto.

In più, l'elevato punteggio della sindrome clinica dell'ansia (Figura 1) descrive il paziente analizzato con una vaga preoccupazione o specifiche fobie, tensione, indecisione, agitazione e tendenza a lamentarsi di vari tipi di malesseri fisici. Secondo Millon (1994), in questi soggetti risulta rilevante la presenza di inquietudine e di un senso di apprensione per problemi che si considerano imminenti, un atteggiamento di allerta eccessivo verso l'ambiente, nervosismo e suscettibilità generalizzata.

Queste definizioni, riportate dall'autore (Millon, 1994), corrispondenti alle scale in cui il paziente ha mostrato i punteggi più significativi sono in linea con lo stato di funzionamento e di malessere psicologico che hanno spinto G. a intraprendere il percorso terapeutico.

Ad un mese di follow-up dalla fine del trattamento (Figura 1), invece, si rileva una notevole diminuzione del pattern di personalità clinica dipendente ed evitante, e delle sindromi cliniche ansiose e distimiche, collocando il paziente sotto il punteggio della mediana della popolazione psichiatrica e quindi ciò permette di desumere che effettivamente abbia sviluppato un tipo di funzionamento più adattivo, in linea con quanto emerso dai risultati della SWAP-200 del fine trattamento.

Inoltre, anche l'indice di validità dell'auto svalutazione (Z) risulta notevolmente diminuito rispetto al suo valore pretrattamento, stando ad indicare una minore tendenza da parte del paziente a rappresentarsi sotto una luce negativa.

Risulta quindi evidente come il MILLON e la SWAP-200, seppur tramite indici e criteri differenti, evidenzino il passaggio del paziente da uno stato psicologico iniziale maladattivo, ad uno stato finale più funzionale e sano, confermando la buona riuscita della terapia psicodinamica in questione.

Le precedenti considerazioni sono state sviluppate alla luce del fatto che anche l'ODF può essere utilizzato come misura di outcome della terapia grazie alla sua forte correlazione con altri indici di benessere (Di Giuseppe & Perry, 2021).

Si può quindi collegare quanto verificato nella prima ipotesi a ciò che emerge dalla seconda. Questo permette di differenziare i risultati e la loro discussione su due livelli, quello relativo al miglioramento del profilo difensivo di G. e quello relativo al cambiamento del suo assetto di personalità, indice di un buon outcome terapeutico.

È stato quindi verificato un parallelismo tra l'aumentata maturità del profilo difensivo del paziente, discusso in merito alla prima ipotesi, e il buon outcome terapeutico rilevato, esposto alla luce della seconda ipotesi.

Questo miglioramento della personalità di G. potrebbe essere interpretato come un'acquisita capacità, da parte del paziente, di utilizzare il proprio schema difensivo in modo più adattivo grazie all'aiuto fornitogli dal suo percorso di psicoterapia di supporto ad orientamento psicoanalitico.

5.2 Conclusioni

Come si è discusso, il presente studio mostra come le difese possono essere viste sia come fenomeni di processo in quanto meccanismi psicologici in azione, che possono cambiare ed evolversi nel corso di una terapia, sia come una misura di outcome terapeutico positivo, se affiancate ad altri indici di benessere e adattamento, come ad esempio i risultati dei test qui utilizzati.

Tuttavia, non si possono ignorare le limitazioni presenti:

1. In primo luogo, questo lavoro si concentra su un singolo caso di studio, pertanto, le conclusioni potrebbero non essere generalizzabili ad altri pazienti con la stessa diagnosi;

2. In secondo luogo, le sessioni analizzate per valutare le variazioni a livello difensivo erano rappresentative di meno del 25% dell'intero trattamento di G.;
3. In terzo luogo, il processo psicoterapeutico è stato valutato solo dal punto di vista del paziente, non includendo le dimensioni relative al terapeuta, come ad esempio l'intervento terapeutico o l'empatia, o alla coppia terapeutica, come ad esempio l'alleanza di lavoro. Può essere difficile, quindi, interpretare le variazioni dei meccanismi di difesa come esclusivamente conseguenti alla crescita psicologica del paziente e/o all'effetto della terapia e non ad altre variabili;
4. In quarto luogo, l'uso di trascritti di sedute e non di video o di audio porta svantaggi che hanno un effetto maggiore nella rilevazione delle difese che sono meglio identificate con i loro segnali affettivi e comportamentali. Questo problema può essere in parte mitigato se la trascrizione designa evidenti segnali affettivi tra parentesi, come è avvenuto in codesto lavoro;

In ogni caso, sebbene i risultati del presente lavoro riguardino un single-case e sebbene non siano stati informativi sulla natura della relazione esistente tra miglioramento del livello difensivo del paziente e buon outcome terapeutico ottenuto, è apparso evidente l'importanza del valutare le difese e la personalità dei pazienti nella ricerca terapeutica. Infatti, analisi di questo tipo possono fornire un prezioso supporto empirico per alcuni aspetti del processo e dell'esito nel lavoro con i pazienti.

L'approccio alla "ricerca in psicoterapia", secondo Lingiardi et al. (2011), può essere riassunto in pochi concetti essenziali: che la ricerca sia utile alla clinica, che la clinica sia capace di riflettere su se stessa a partire dai risultati della ricerca, che si rivolga la stessa attenzione alla complessità dei concetti e dei fenomeni e all'affidabilità empirica della loro operazionalizzazione, che si nutra fiducia in numeri e tabelle, ma senza idealizzarli, che si dia una considerazione privilegiata alle ricerche basate sui trascritti delle sedute e che si usino poche gergalità.

In accordo con il punto di vista dell'autore e alla luce dei risultati ottenuti dalla nostra ricerca, possibili sviluppi futuri dovrebbero implementare e impegnarsi nell'integrazione della SWAP-200 e i meccanismi di difesa valutati nelle sedute, poiché ciò potrebbe aiutare i medici a concettualizzare i cambiamenti durante l'intervento e rilevare dinamiche

complesse del processo terapeuta-paziente che porterebbero poi ad identificare sia il miglioramento che la regressione della personalità del paziente attraverso la psicoterapia.

BIBLIOGRAFIA

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Manuale diagnostico e Statistico dei disturbi mentali* (DSM-IV). Washington DC.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (DSM-IV-TR). Washington DC.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (DSM-5). Washington DC.

BABL, A., GROSSE HOLTFOORTH, M., PERRY, J. C., SCHNEIDER, N., DOMMANN, E., HEER, S., ET AL. (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.

BARTLETT, M.R. (1950). A six-month follow-up of the effects of personal adjustment counseling of veterans. *Journal of Consulting Psychology*, 14, 393-394.

BECK, A. T., RUSH, A.J., SHAW, B.F., & EMERY, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.

BERNEY, S., DE ROTEN, Y., BERETTA, V., KRAMER, U., & DESPLAND, I. N. (2014). Identifying Psychotic Defenses in a Clinical Interview. *Journal of Clinical Psychology*, 70(5), 428–439.

BEUTLER, L.E., & CRAGO, M. (1991). *Psychotherapy Research: An International Review of Programmatic Studies*. Washington DC: American Psychological Association.

- BEUTLER, L.E., MOLEIRO, C., MALIK, M., & HARWOOD, T.M. (2000, giugno). *The UC Santa Barbara study of fitting therapy to patients: First results*. Relazione presentata all'Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Chicago.
- BLAU, T.H. (1950). Report on a method of predicting success in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 6, 403-406.
- BORDIN, E.S. (1974). *Research Strategies in Psychotherapy*. New York: John Wiley and Sons.
- BORDIN, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy*, 16, 252-260.
- BRAMBILLA, S., PERRY, J.C., & LINGIARDI, V. (2002), La Defense Mechanism Rating Scale. In V. LINGIARDI, & F. MADEDDU (a cura di), *I meccanismi di difesa: Teoria, valutazione, clinica* (pp. 155-223). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- BRENNER, C. (1973). *Breve corso di psicoanalisi*. (2nd ed.). Firenze: Martinelli 1976.
- BUCCI, W. (2005). La ricerca sul processo. In PERSON, E.S., COOPER, A.M., & GABBARD, G.O. (Eds.), *Psicoanalisi*. Milano: Raffaello Cortina.
- BUTCHER, J.N., DAHLSTROM, W.G., GRAHAM, J.R. ET AL. (1989). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2)*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- CARLUCCI, S., CHYURLIA, L., PRESNIAK, M., MCQUAID, N., WIEBE, S., HILL, R., ET AL. (2002). Change in defensive functioning following group psychodynamic-interpersonal psychotherapy in women with binge-eating disorder. *International Journal of Group Psychotherapy*, 72(2), 143-172.

- CHAMBLESS, D.L., & HOLLON, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
- CRAMER, P. (2008). Seven pillars of defense mechanism theory. *Social and Personality Psychology Compass*, 2, 1-19.
- DAVISON, G., & LAZARUS, A. (1994). Clinical Innovation and Evaluation. *Clinical Psychoanalysis: Science and Practice*, 1, 157-167.
- DAZZI, N. (2006). Il dibattito contemporaneo sulla ricerca in psicoterapia. In N. DAZZI, V. LINGIARDI, & A. COLLI (a cura di), *La Ricerca in Psicoterapia. Modelli e strumenti* (pp. 3-29). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- DAZZI, N., LINGIARDI, V., & COLLI, A. (2006). *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- DE ROTEN, Y., DJILLALI, S., CRETTEAZ VON ROTEN, F., DESPLAND, J. N., & AMBRESIN, G. (2021). Defense mechanisms and treatment response in depressed inpatients. *Frontiers in psychology*, 12, 633939.
- DI GIUSEPPE, M., & PERRY, J. C. (2021). The hierarchy of defense mechanisms: assessing defensive functioning with the defense mechanism rating scales Q-sort. *Frontiers in psychology*, 12, 718440.
- DI NUOVO, S., LO VERSO, G., DI BLASI, M., & GIANNONE, F. (1998) (A cura di). *Valutare le psicoterapie. La ricerca italiana*. Milano: Franco Angeli.
- DURLAK, J.A. (1999). Meta analytic research methods. In KENDALL, P.C., BUTCHER, J., & HOLMBECK, G. (Eds.), *Handbook of Research Methods in Clinical Psychology*. New York: John Wiley and Sons
- ELLIOTT, R. (1991). Five dimensions of therapy process. *Psychotherapy Research*, 1, 92-103.

- ELLIOTT, R. (2002). Hermeneutic single-case efficacy design. *Psychotherapy Research*, (12)1, 1-21.
- ELLIOTT, R., & ANDERSON, C. (1994). Simplicity and complexity in psychotherapy research. *Reassessing Psychotherapy Research*. New York-London: Guilford Press.
- EYSENCK, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of consulting psychology*, 16(5), 319.
- FONAGY, P. (2002). *An Open-Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis* (2nd ed.). New York: International Psychoanalytic Association.
- FONAGY, P., & MORAN, G. (1993). Selecting single case research designs for clinicians. In MILLER, N., LUBORSKY, L. BARBER, J.P., & DOCHERTY, J.P. (Eds.), *Handbook of Psychodynamic Treatment Research* (pp. 62-95). New York: Basic Books.
- FREUD, A. (1936). *L'Io e i meccanismi di difesa*. Tr. it. in "Opere", (Vol. 1). Torino: Bollati Boringhieri, 1979.
- FREUD, S. (1937). *Analisi terminabile e interminabile Costruzioni nell'analisi*. OSF, vol. 11.
- FROYD, J., LAMBERT, M.J., & FROYD, J.D. (1996). A review of practices of psychotherapy outcome measurement. *Journal of Mental Health*, 5, 11-15.
- GABBARD, G.O., (2015), *Psichiatria psicomodinamica: quinta edizione basata sul DSM-5*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

- GEDO, P.M. (1999). Single case study in psychotherapy research. *Psychoanalytic Psychology*, (16)2, 274-280.
- GILES, D.C. (2002). *Advanced Research Methods in Psychology*. New York: Routledge.
- GREENBERG, L.S., & PINSOFF, W.M. (1986). *The Psychotherapeutic Process: A Research Handbook*. New York: Guilford Press
- HIGHLAND, P.S., & HILL, C.E. (1984). Factors affecting client change in individual counseling: Current status and theoretical speculations. In BROWN S.D., & LENT, R.W. (Eds.), *The Handbook of Counseling Psychology*. New York: John Wiley.
- HILL, C.E., DIEMER, R., & HEATON, K.J. (1997). Dream interpretations sessions: Who volunteers, who benefits, and what volunteer clients view as most and least helpful. *Journal of Counseling Psychology*, 44, 53-62.
- HORVATH, A.O., & BEDI, R.P. (2002). The alliance. In NORCROSS, J. (Ed.), *Psychotherapy Relations That Work*. Oxford: Oxford University.
- JONES, E.E. (1995). How will psychoanalysis study itself? In SHAPIRO, T., & EMDE, R.N. (Eds.), *Research in Psychoanalysis: Process, Development, Outcome* (pp. 91-108). Madison: International Universities Press.
- KÄCHELE, H. (1992). *La ricerca sulla terapia psicoanalitica, 1930-1990. Quaderni*. Tr. It. In Associazione di Studi Psicoanalitici, IV, 1993, 7, 9-35.
- KAZDIN, A.E. (1981). Drawing valid inferences from case studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 183-192.
- KAZDIN, A.E. (2002). Overview of research design issues in clinical psychology. In KENDALL, P.C., BUTCHER, J., & HOLMBECK, G. (Eds.), *Handbook of Research Methods in Clinical Psychology*. New York: John Wiley and Sons.

- KENDALL, P.C., HOLMBECK, G.N., & VERDUIN, T. (2004). Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research. In LAMBERT, M.J. (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th ed.), 16-44. New York: John Wiley and Sons.
- KIESLER, D.J. (1973). *The Process of Psychotherapy*. Chicago: Aldine.
- KOHUT, H. (1962). The psychoanalytic curriculum. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 10(1), 153-163.
- LAMBERT, M.J. (2004) (A cura di). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th ed.). New York: John Wiley and Sons.
- LAMBERT, M.J., & BARLEY D.E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In NORCROSS, J. (Ed.), *Psychotherapy Relationships That Work: Therapists Contributions and Responsiveness to Patients*. New York: Oxford University.
- LAMBERT, M.J., & BERGIN, A.E. (1992). Achievement and limitations of psychotherapy research. *Freedom*, 11, 360-390.
- LAMBERT, M.J., & BERGIN, A.E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In BERGIN, A.E., & GARFIELD, S.L. (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4th ed.) (pp. 143-189). New York: John Wiley and Sons.
- LAMBERT, M.J., & HILL, J.P. (1994). Use of psychological tests for outcome assessment. In MARUISH, M.E. (Ed.), *The Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcome Assessment* (pp. 75-97). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

- LINGIARDI, V. (2002), Teoria. In V. LINGIARDI, & F. MADEDDU (a cura di), *I meccanismi di difesa: Teoria, valutazione, clinica* (pp. 1-154). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- LINGIARDI, V., GAZZILLO, F., COLLI, A., DE BEI, F., TANZILLI, A., DI GIUSEPPE, ET AL. (2011). Diagnosi e valutazione della personalità alleanza terapeutica e scambio clinico nella ricerca in psicoterapia. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 13(2), 97–124.
- LINGIARDI, V., LONATI, C., FOSSATI, A., VANZULLI, L., & MAFFEI, C. (1999). Defense mechanisms and personality disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(4), 224-228.
- LINGIARDI, V., & MADEDDU, F. (2002). *I meccanismi di difesa. Teoria, valutazione, clinica*. Milano: Raffaello Cortina.
- LIPSEY, M.W., & WILSON, D.B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioural treatment: Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist*, 48, 1181-1209.
- LUBORSKY, L. (1984). *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy. A Manual for Supportive-Expressive Treatment*. New York: Basic Books
- LUBORSKY, L. (1992). Teoria e tecnica nella psicoterapia dinamica: i fattori curativi e la formazione per incrementarli. *Psicoterapia e Scienze Umane*, xxvi, 3, 43-56.
- LUBORSKY, L. ET AL. (1975). The concept ‘space’ of transference for eight psychoanalyses. In *British Journal of Medical Psychology*, 48, 1-6.
- LUBORSKY, L., ROSENTHAL, R., DIGUER, L., ANDRUSYNA, T.P., BERMAN, J.S., LEVITT, J.T. ET AL. (2002). The Dodo bird verdict is alive and well-mostly. *Clinical Psychology: Science ad Practice*, 9(1), 2-12.

- MADEDDU, F. (2002), Valutazione. In V. LINGIARDI, & F. MADEDDU (a cura di), *I meccanismi di difesa: Teoria, valutazione, clinica* (pp. 155-223). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- MCWILLIAMS, N. (2012). *La diagnosi psicoanalitica*. Roma: Ubaldini Editore.
- MIGONE, P. (2006). Breve storia della ricerca in psicoterapia. In N. DAZZI, V. LINGIARDI, & A. COLLI (a cura di), *La Ricerca in Psicoterapia. Modelli e strumenti* (pp. 31-45). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- MILLON, T. (1994). *Millon Clinical Multiaxial Inventory—III*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- MOHR, L.B. (1993). *Causation and the case study*. Relazione presentata al Congresso NPMRC, Wisconsin University.
- NORCROSS, J. (2002). *Psychotherapy Relationships That Work: Therapists Contributions and Responsiveness to Patients*. New York: Oxford University Press.
- ORLINSKY, D.E., GRAWE, K., & PARKS, B.K. (1994). Process and outcome in psychotherapy – Noch Einmal. In BERGIN, A.E., & GARFIELD, S.L. (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4th ed.) (pp. 270-376). New York: John Wiley and Sons.
- ORLINSKY, D.E., & HOWARD, K.I. (1987). A generic model of psychotherapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychology*, 6, 6-27.
- ORLINSKY, D.E., RONNESTAD, M.H., & WILLUTZKI, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In LAMBERT, M. (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th ed.) (pp. 307-392). New York: John Wiley and Sons.

- ORLINKSY, D. E., & RUSSELL, R. L. (1994). Tradition and change in psychotherapy research: Notes on the fourth generation. In R. L. RUSSELL (Ed.), *Reassessing psychotherapy research* (pp. 185-214). New York: Guilford Press.
- PERRY, J. C. (1990a), *Defense Mechanism Rating Scale. 5th edition*. Versione originale pubblicata in Appendice al volume LINGIARDI, V., & MADEDDU, F. (1994), *I meccanismi di difesa. Teoria clinica e ricerca empirica*. Milano: Raffaello Cortina.
- PERRY, J. C., & COOPER, S. (1986). A preliminary report on defenses and conflicts associated with borderline personality disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 34, 865-895
- PERRY, J. C., & COOPER, S., (1989). An empirical study of defense mechanisms: I. Clinical interview and life vignettes ratings. *Archives of General Psychiatry*, 46, 444-452.
- PERRY, J. C., LINGIARDI, V., & IANNI, F. (1999). Psychodynamic research can help us to improve diagnosis and therapy for personality disorders: The case of defense mechanism. In DERKSEN, J., GROEN, H., & MAFFEI, C. (Eds.), *Treatment of Personality Disorders* (pp. 39-52). New York: Kluwer Academic/Plenum Press.
- PETERMANN, F., & MULLER, J.M. (2001). *Clinical Psychology and Single-case Evidence. A Practical Approach to Treatment Planning and Evaluation*. Chichester: John Wiley and Sons.
- ROTH, A., & FONAGY, P. (2004). *What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research*, (2nd ed.). New York: Guilford Press.

- SANDELL, R. (1987a). Assessing the effects of psychotherapy. I: Analysis and critique of present conventions of estimating change. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 47, 29-36.
- SANDELL, R. (1987b). Assessing the effects of psychotherapy. II: A procedure for direct rating of psychotherapeutic change. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 47, 37-43.
- SANDELL, R. (1987c). Assessing the effects of psychotherapy. III: Reliability and validity of 'Change after Psychotherapy'. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 47, 44-52.
- SANDELL, R. (1987d). Assessing the effects of psychotherapy. VI: The incompatibility between the logic of the experiment and the nature of psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 47, 53-58.
- SANDELL, R. (1997). Psychotherapeutic change is predictable, spontaneous change is not. *Journal of Clinical Psychology*, (53)8, 925-933.
- SANDELL, R. (2002). *The problematic concept of structural change*. Relazione presentata all'International Psychoanalytical Association's Joseph Sandler Memorial Research Conference, University College of London.
- SANDELL, R., BLOMBERG, J., LAZAR, A., CARLSSON, J., BROBERG, J., & SCHUBERT, J. (2000). Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy. A review of findings in the Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project (STOP). *International Journal of Psychoanalysis*, 81, 921-942.
- SELIGMAN, M.E.P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The consumer reports study. *American Psychologist*, 50, 965-974.

- SEMI, A.A., (1985). *Tecnica del colloquio*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- SHAPIRO, D. (1990). *Lessons in history: Three generations of therapy research*.
Relazione presentata al 2nd Annual Meeting of the Society for Psychotherapy
Research, Wintergreen, VA.
- SKODOL, A. E., & PERRY, J. C. (1993). Should an axis for defense mechanism be
included in DSM-IV? *Comprehensive Psychiatry*, 34, 108-199.
- SMITH, M.L., GLASS, G.V., & MILLER, T.I. (1980). *The Benefits of Psychotherapy*.
Baltimore, MD: John Hopkins University Press.
- STILES, W.B., HONOS-WEBB, L., & KNOBLOCH, L.M. (1999). Treatment process
research methods. In KENDALL, P.C., BUTCHER, J.N., HOLMBECK, G.N. (Eds.),
Handbook of Research Methods in Clinical Psychology. New York: John Wiley
and Sons.
- STRUPP, H.H., & HOWARD, K.I. (1992). A brief history of psychotherapy research. In
FREEDHEIM, D. (A cura di), *Storia della psicoterapia*. Roma: Edizioni Scientifiche
Magi.
- VAILLANT, G. E. (1986). Introduction: A brief history of empirical assessments of
defense mechanisms. In VAILLANT, G. E. (Ed.), *Empirical Studies of Ego
Mechanisms of Defense*. Washington: Academic Press.
- WALLERSTEIN, R.S. (2002a). Reconsidering an analytic outcome: Success or failure?
In REPPEN, J., & SCHULMAN, M.A. (Ed.), *Failures in Psychoanalytic Treatment*
(pp. 121-151). Madison: International Universities
- WAMPOLD, B.E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate*. Hillsdale, NJ:
Lawrence Erlbaum Associates.

- WESTEN, D. (1990). The relations among narcissism, egocentrism, self-concept, and self-esteem. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 13, 185-241.
- WESTEN, D., NOVOTNY, C. M., & THOMPSON-BRENNER, H. (2004). The Empirical Status of Empirically Supported Psychotherapies: Assumptions, Findings, and Reporting in Controlled Clinical Trials. *Psychological Bulletin*, 130(4), 631–663.
- WESTEN, D., & SHEDLER, J. (1999a). Revising and assessing Axis II, Part I: Developing a clinically meaningful and empirically valid assessment method. *American Journal of Psychiatry*, 156(2), 258-272.
- WESTEN, D., & SHEDLER, J. (1999b). Revising and assessing Axis II. Part II: Toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156(2), 273-285.
- WESTEN, D., SHEDLER, J., & LINGIARDI, V. (2003). *La valutazione della personalità con la SWAP-200*. Milano: Raffaello Cortina.
- WINNICOTT, D. N. (1965). *Sviluppo affettivo e ambiente*. Tr. it. Armando, Roma 1974.
- YIN, R.K. (1994). *Case Study Research: Design and Methods*, (2nd ed.). Beverly Hills, New York: Sage Publications-Guilford Press.