



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia applicata

Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinico-Dinamica

TESI DI LAUREA MAGISTRALE

Indagine della relazione tra la struttura difensiva del paziente e il controtransfert emergente nel clinico in sedute di consultazione

An investigation of relationship between the patient's defensive structure and the emerging countertransference in the clinician in consultation sessions

Relatore: Prof. Diego Rocco

Laureanda: Giulia Fattorini

Matricola: 2018827

Anno Accademico 2021/2022

INDICE

INTRODUZIONE	1
CAPITOLO I	
LA RICERCA IN PSICOTERAPIA	2
1. Outcome research	2
2. Process research	5
3. Process-Outcome research	8
CAPITOLO II	
I MECCANISMI DI DIFESA E IL CONTROTRANSFERT	12
1. I meccanismi di difesa	12
1.1 Evoluzione teorica della definizione del costrutto	12
1.2 Dalla teoria alla ricerca empirica	17
2. Il controtransfert	21
2.1 Il controtransfert nella ricerca	22
CAPITOLO III	
METODO	27
1. Obiettivo	27
2. Strumenti	27
3. Materiale	36
4. Procedura	37
5. Ipotesi	40
CAPITOLO IV	
RISULTATI	42
1. Paziente 1	42
2. Paziente 2	45

3. Paziente 3	49
4. Paziente 4	52
5. Paziente 5	56
6. Paziente 6	59
7. Paziente 7	63

CAPITOLO V	
DISCUSSIONE	69

CAPITOLO IV	
CONCLUSIONI	77
1. Limiti e prospettivi future	78

BIBLIOGRAFIA	79
---------------------	-----------

INTRODUZIONE

Il presente lavoro di tesi rientra all'interno dell'ambito della ricerca in psicoterapia, e si propone di indagare la relazione tra i meccanismi di difesa impiegati dal paziente e il controtransfert emergente nel clinico. Per la sua realizzazione, sono stati utilizzati i trascritti ricavati da sedute cliniche di consultazione svolte da sette pazienti; su tali trascritti, è stata applicata la *Defense Mechanism Rating Scales* (DMRS), al fine di valutare la struttura difensiva di ciascun paziente. Inoltre, ognuno dei sette clinici ha compilato il *Therapist Response Questionnaire* (TRQ), con l'obiettivo di rilevare le reazioni controtransferali emerse.

Nel primo capitolo verranno esposti gli elementi principali che caratterizzano l'ambito della ricerca in psicoterapia; in particolare, verranno presentate l'*Outcome research*, la *Process research* e la *Process-outcome research*.

Nel secondo capitolo verranno illustrati i costrutti di "meccanismo di difesa" e "controtransfert": entrambi saranno presentati sia da un punto di vista teorico, che da una prospettiva empirica.

Il terzo capitolo è incentrato sulla parte metodologica della ricerca. Verrà inizialmente stabilito l'obiettivo dello studio, seguito dalla presentazione degli strumenti impiegati, ovvero la DMRS e il TRQ, e dei materiali utilizzati. Sarà poi descritta la procedura seguita per compiere la ricerca e, infine, verranno illustrate le ipotesi di lavoro formulate.

Il quarto capitolo è dedicato alla presentazione dei risultati ottenuti dalla ricerca per ogni paziente coinvolto.

Nel quinto capitolo verranno discussi i dati riportati, facendo riferimento alle ipotesi di lavoro formulate e a quanto presente in letteratura su tale ambito di ricerca.

Nella conclusione verranno evidenziati i limiti dello studio e le possibili prospettive future

CAPITOLO I

LA RICERCA IN PSICOTERAPIA

La ricerca psicoterapia è caratterizzata da due filoni principali, ovvero la ricerca sull'esito -*Outcome research*- e quella sul processo -*Process research*. Mentre il primo si riferisce all'entità del cambiamento del paziente al termine di un trattamento psicoterapeutico, il secondo riguarda invece ciò che accade nel corso del trattamento (Migone, 2006). Questi due campi di studio possono essere tuttavia considerate due facce della stessa medaglia; difatti, il campo di ricerca del *Process-Outcome research* si concentrò sullo studio dell'interazione tra l'andamento del processo terapeutico e i risultati ottenuti al suo termine.

Ciononostante, in determinati periodi storici è stato comunque prevalente un tipo di ricerca sull'altro (Dazzi, 2006). Nei prossimi paragrafi verranno illustrati, dunque, gli elementi essenziali di ciascuna delle fasi che ha caratterizzato la storia della ricerca in psicoterapia.

1. Outcome research

Lo studio del risultato, che caratterizzò la prima fase della ricerca in psicoterapia (Migone, 2006), si occupa di valutare, a seguito di un trattamento psicoterapeutico, l'entità della modificazione di alcuni variabili considerate essere indici di benessere clinico individuale, come, per esempio, la soddisfazione del paziente, aspetti della sintomatologia, il grado di funzionamento o lo stato di salute (Gelo, Auletta & Braakmann, 2010; Tompkins & Swift, 2015).

L'interesse per tale filone di ricerca nacque in seguito alla provocazione di Hans J. Eysenck, che nel 1952 pubblicò una rassegna critica di 24 studi concludendo che non vi erano prove che dimostrassero l'efficacia della psicoterapia. L'autore osservò che il tasso di guarigione dei pazienti riportato dagli studi era simile al tasso di remissione spontanea dei pazienti non trattati, e che, di conseguenza, il miglioramento fosse riconducibile al passaggio del tempo (Eysenck, 1952).

Pertanto, nel periodo tra il 1950 e il 1970 vennero condotti numerosi studi volti a dimostrare l'infondatezza delle affermazioni di Eysenck. La necessità sentita dai ricercatori, infatti, era quella di promuovere il riconoscimento della psicoterapia a livello

scientifico e sociale (Migone, 2006). Inoltre, oltre allo studio sull'efficacia della psicoterapia, la ricerca sull'*outcome* si occupò anche di valutare l'efficacia comparata di due o più trattamenti diversi (trattamento dinamico, cognitivo, comportamentale eccetera).

Le ricerche condotte ricorsero ai *Random Clinical Trials* (RCT), generalmente impiegati nella ricerca medico-farmacologica (Dazzi, 2006). Tali disegni di ricerca prevedono la suddivisione casuale dei partecipanti in due diversi gruppi: il gruppo sperimentale, che riceve il trattamento da esaminare, e il gruppo di controllo, sottoposto a un trattamento differente. L'obiettivo è quello di verificare, al termine della terapia, se i pazienti nella condizione sperimentale presentino un miglioramento dell'*outcome* significativamente superiore rispetto ai pazienti nella condizione di controllo.

Tuttavia, l'applicazione di questi disegni di ricerca allo studio degli esiti delle psicoterapie incontrò notevoli difficoltà, la principale delle quali era rappresentata dalla costituzione dei gruppi di controllo (Zennaro, Cristofanelli & Vottero Ris, 2006). Infatti, in psicoterapia, diversamente dalla ricerca farmacologica, non è possibile attuare ricerche in "doppio cieco", in quanto i clinici non potevano non essere informati circa il trattamento da somministrare al paziente (Migone, 2006). Inoltre, gli studi che prevedevano la somministrazione al gruppo di controllo di un trattamento considerato "non psicoterapeutico" (liste d'attesa, colloqui informali o condotti da personale non qualificato), presentavano spesso risultati discordanti, in quanto il solo fatto di essere in una condizione d'interazione con un'altra persona può influire positivamente sullo stato psicologico del paziente.

Malgrado tali difficoltà, i ricercatori riuscirono comunque a dimostrare l'efficacia della psicoterapia. Le prime risposte arrivarono da Luborsky (1954) e Rosenzweig (1954), i quali sottolinearono i limiti metodologici presenti nel lavoro di Eysenck e, inoltre, produssero i primi risultati volti a sostenere in maniera convincente l'efficacia della psicoterapia. Ottennero risultati analoghi anche gli studi svolti da Smith, Glass e Miller (1980) e da Shapiro e Shapiro (1982). Quest'ultimi autori importarono rilevanti novità metodologiche nel campo della ricerca in psicoterapia, ovvero introdussero per la prima volta una nuova tecnica, chiamata "meta-analisi": un metodo statistico sofisticato che consente di analizzare un ampio numero di studi su un medesimo argomento,

sintetizzandone quantitativamente i risultati in un indice di misura comune, denominato “*effect size*” o “dimensione del risultato” (Migone, 2006). Le meta-analisi rappresentano un’evoluzione del metodo *box score*, utilizzato dalle ricerche precedenti (Migone, 2006). Quest’ultima tecnica prevedeva la suddivisione degli articoli esaminati in tre categorie (risultato positivo, negativo o uguale al gruppo di controllo), in base all’effetto di un determinato trattamento su una data variabile del risultato; successivamente, venivano contati quanti articoli fossero contenuti in ogni categoria. La tecnica *box score* presentava diversi limiti, che vennero superati grazie all’introduzione della meta-analisi.

Le ricerche meta-analitiche condotte in questa fase della ricerca dimostrarono come la psicoterapia favorisca un cambiamento positivo nei pazienti, rispetto sia a gruppi di controllo composti da pazienti non sottoposti a trattamento, che al placebo (Dazzi, 2006). Pertanto, è oggi riconosciuta l’efficacia della psicoterapia nel trattamento della maggior parte dei disturbi psichici (Lambert & Ogles, 2004; Wampold, 2001); inoltre, la psicoterapia sembra essere efficace quanto il trattamento farmacologico per diversi disturbi mentali (Wampold, 2001).

Nonostante questi progressi, i ricercatori non furono in grado di dimostrare l’esistenza di una differenza significativa nell’efficacia di diversi tipi di trattamento (Luborsky, Singer & Luborsky, 1975; Wampold, 2001). Il “paradosso dell’equivalenza” tra le psicoterapie, determinato dalla mancata rilevazione della superiorità di una tecnica rispetto a un’altra, portò Luborsky, Singer e Luborsky (1975) a proclamare ufficialmente il verdetto di Dodo¹: “*Tutti hanno vinto e ognuno deve ricevere un premio*”. Tuttavia, ulteriori ricerche meta-analitiche non sempre confermarono tale verdetto, registrando in alcuni casi un’efficacia lievemente superiore di una tecnica psicoterapeutica rispetto ad altre (Crits-Christoph, 1992; Svartberg & Stiles, 1991). Questi risultati furono indagati in successive meta-analisi, in cui emerse che le valutazioni dell’*outcome* effettuate da quest’ultime ricerche erano influenzate da fattori extraterapeutici, tra cui il *bias* relativo alle preferenze mostrate da un ricercatore verso uno specifico tipo di intervento terapeutico, ovvero la cosiddetta *allegiance*. Difatti, generalmente il modello terapeutico del ricercatore otteneva più successo rispetto agli altri (Luborsky et al., 1999).

Pertanto, il verdetto di Dodo poteva considerarsi ancora valido, e questa conclusione

¹Tratto da *Alice nel Paese delle Meraviglie*.

pose le necessità di rivolgersi allo studio del processo per una maggiore comprensione del funzionamento della psicoterapia.

2. Process Research

Il processo terapeutico viene definito come l'insieme di fenomeni, avvenimenti e attività attribuibili al paziente, al terapeuta e alla loro relazione, osservabili nel corso di una psicoterapia (Kiesler, 1973). Lo studio sul processo caratterizzò la seconda fase della ricerca in psicoterapia, che dominò dal 1960 al 1980 (Migone, 2006), e nasce nel tentativo di svelare il paradosso dell'equivalenza. Pertanto, gli studi si concentrarono sull'indagine delle variabili terapeutiche processuali che determinano dei cambiamenti nel paziente, in modo da verificare se sussistano differenze sistematiche nelle tecniche d'intervento dei diversi approcci (Dazzi, 2006; Zennaro et al., 2006).

A tal scopo, fu di notevole rilevanza la disponibilità di strumenti volti ad indagare ciò che avviene nel corso delle sedute cliniche tra paziente e terapeuta. Difatto, un'importante innovazione era rappresentata dallo sviluppo di metodi di audioregistrazione e trascrizione verbatim del materiale clinico, introdotti per primo da Carl Rogers (1957), grazie ai quali si è potuto osservare ciò che differenziava o avvicinava i diversi modelli di trattamento (Dazzi, 2006). Sebbene l'inserimento del registratore nella stanza d'analisi abbia sollevato ampi dibattiti, a causa dei complessi problemi metodologici, tecnici e deontologici che implica, tale innovazione rappresentò una fonte di informazioni unica per l'avanzamento della ricerca in psicoterapia (Lingiardi & Dazzi, 2006).

Inoltre, l'obiettivo di indagare aspetti tecnici specifici della clinica, pose la necessità di focalizzare le valutazioni degli studi sul singolo individuo, e non più su gruppi selezionati. Pertanto, la ricerca sul processo fece principalmente ricorso ai disegni di ricerca *single-case*: tali disegni consentono di effettuare ripetute osservazioni oggettive e misure operazionalizzate nelle diverse fasi del percorso terapeutico, impiegando come dati le trascrizioni di registrazioni di sedute (Dazzi, 2006; Lingiardi & Fontana, 2003). L'utilizzo di questa metodologia permette di riconoscere i fattori che favorivano il cambiamento ottenuto in un intervallo di tempo stabilito dal ricercatore (Lingiardi, 2006).

In ambito psicoanalitico, un importante studio avviato in questa fase della ricerca fu quello della Menninger Foundation, che rappresentò il primo studio empirico

sull'efficacia della psicoterapia a lungo termine (Kernberg, Burstein, Coyne, Appelbaum, Horwitz, & Voth, 1972; Wallerstein, 1986). Gli autori, oltre a concentrarsi sul dimostrare l'efficacia della tecnica psicoanalitica, indagarono gli aspetti processuali in grado di produrre cambiamenti clinici significativi (William & Dazzi, 2006).

Negli stessi anni iniziarono ad essere realizzati gli studi comparativi, tesi a mettere a confronto le diverse tipologie di trattamento. Tra le ricerche più note vi erano il Temple Study (Sloane, Staples, Cristol, Yorkston, & Whipple, 1975), in cui vennero paragonata la psicoterapia breve comportamentale e quella psicodinamica, e il Vanderbilt Psychotherapy Research Project (Strupp & Hadley, 1979), in cui furono posti a confronto terapeuti dinamici ed esperienziali con gruppi di controllo costituiti da trattamenti erogati da terapeuti non professionali (professori universitari). Fu in questo periodo che venne decretato il “paradosso dell'equivalenza”, che alimentò gli studi sul processo.

L'interesse per lo studio dei processi divenne trasversale ai vari orientamenti teorici, all'interno dei quali vennero sviluppati numerosi strumenti che permettevano la valutazione di alcuni variabili processuali relativi al paziente, al clinico o alla coppia terapeutica; tali variabili erano quantificabili a partire dalle registrazioni delle sedute (Lingiardi & Dazzi, 2006). Il costrutto maggiormente indagato fu la relazione terapeutica, assimilabile al concetto di “alleanza terapeutica”²: il Collaborative Interactions Scale (CIS; Colli & Lingiardi, 2009) e il Rupture Resolution Scale (RRS; Samstag, Safran, Muran, & Stevens, 2002) sono due strumenti che indagano, a partire dai trascritti delle audioregistrazioni, aspetti relativi alle rotture e alle ripartizioni che avvengono nella relazione tra paziente e clinico (Freni & Papini, 2006). L'impiego di metodi di trascrizione si diffuse anche in ambito psicoanalitico (Lingiardi & Dazzi, 2006). Ad esempio, si assistette all'operazionalizzazione del concetto psicodinamico di transfert, attraverso il *Core Conflictual Relationship Theme* (CCRT; Luborsky, Crits-Christoph, 1990), uno strumento che valuta i pattern relazionali conflittuali del paziente a partire dalle trascrizioni di sedute cliniche; tale metodologia rappresenta una delle più utilizzate per la ricerca sul processo (Zennaro et al., 2006). Nella ricerca empirica ha assunto un ruolo centrale la valutazione dei meccanismi di difesa, per la cui rilevazione furono

²L'alleanza terapeutica può essere definita come “dimensione interattiva riferita alla capacità di paziente e terapeuta di sviluppare una relazione basata sulla fiducia, il rispetto e la collaborazione e finalizzata ad affrontare i problemi e le difficoltà del paziente” (Lingiardi, 2002, p. 1).

sviluppati diversi strumenti; uno dei principali è la *Defense mechanism Rating Scale* (DMRS; Perry, 1990), volta a rilevare i pattern difensivi a partire anch'esso dai trascritti di materiale clinico.

Oltre a questi citati, vennero sviluppati vari altri strumenti utili a valutazione di variabili processuali; alcuni di questi erano specifici a determinati orientamenti teorici, altri vennero invece sviluppati in modo da poter essere utilizzati indipendentemente dalla tipologia di trattamento somministrato.

L'esigenza di indagare le caratteristiche delle diverse tecniche psicoterapeutiche portò alla diffusione dei manuali di psicoterapia sul trattamento (Migone, 2006). Tra i primi realizzati vi fu quello di Wolpe (1969) per la terapia comportamentale, e quello di Beck, Rush, Shaw ed Emery (1979) per la terapia cognitiva della depressione; la proliferazione dei manuali a cui si assistette da quel momento in poi fu descritta come una "*piccola rivoluzione*" (Luborsky & DeRubeis, 1984). I manuali contenevano la descrizione dei principi di una determinata tecnica terapeutica, correlata da esempi pratici e da scale di misurazione utili a valutare il grado di aderenza tra la tecnica psicoterapeutica sperimentata e i principi esposti nel manuale (Migone, 2006).

Gli studi sul processo, dunque, erano volti a identificare i cosiddetti "fattori specifici", ovvero gli elementi che caratterizzano un determinato orientamento teorico, descritti nei manuali di psicoterapia (per esempio ristrutturazione cognitiva, interpretazione del transfert, tecniche di esposizione); i fattori specifici si distinguono dai fattori aspecifici, relativi agli aspetti trasversali presenti in ogni approccio (tra cui alleanza terapeutica, competenza del clinico) (Zilcha-Mano, Roose, Brown, & Rutherford, 2019).

La mancata rilevanza della superiorità di un modello di trattamento rispetto a un altro, portò la ricerca a spostare il focus degli studi sull'individuazione dei fattori aspecifici responsabili del miglioramento del paziente (Dazzi, 2006). Difatti, ricerche condotte volte a valutare il ruolo di entrambi i fattori rispetto all'*outcome* sembrano indicare che i fattori aspecifici contribuiscono all'esito delle psicoterapie in modo significativamente maggiore rispetto a quelli specifici (Dazzi, 2006), e questo fatto sostiene il "paradosso dell'equivalenza". Tra i fattori aspecifici, l'alleanza terapeutica è risultata essere quello con maggiore capacità predittiva all'*outcome* (Wampold, 2001).

La constatazione del ruolo dell'alleanza terapeutica come fattore maggiormente

predittivo dell'esito delle psicoterapie, rispetto all'utilizzo di specifiche tecniche, intensificò ulteriormente le ricerche sul processo, con l'obiettivo di descrivere in modo più dettagliato gli elementi caratterizzanti il processo terapeutico. Questo filone di studio diede inizio alla terza fase della ricerca in psicoterapia (Migone, 2006), che esordì nel 1970. Tale fase fu caratterizzata dall'indagine dei "microprocessi" e dei "macroprocessi" terapeutici, e dall'emergere della *Process-Outcome Research* (Dazzi, 2006). Infatti, gli studi sui fattori specifici e aspecifici importarono un'importante novità, in quanto indagarono aspetti processuali mettendoli in relazione con l'esito psicoterapeutico; fu l'indagine di tale legame che contraddistinse la successiva fase della ricerca in psicoterapia.

3. Process-Outcome research

La *Process-outcome research* venne introdotta già dagli anni Cinquanta (Bartlett, 1950; Blau, 1950), con lo scopo di indagare la relazione tra quanto accade nel corso di una terapia e il suo esito finale. Infatti, come ha osservato Migone (1989), la dicotomia netta tra risultato e processo può essere considerata fallace, in quanto la ricerca sull'esito è imprescindibile dallo studio delle variabili processuali che lo determinano, e gli studi sul processo possono essere considerati misurazioni ai fini di una migliore comprensione dell'esito, ovvero per individuare i fattori maggiormente connessi a un risultato psicoterapeutico positivo. Evidenze empiriche del legame tra processo ed esito furono infatti ottenuti dalla revisione proposta da Orlinsky, Rønnestad e Willutzki (2004), considerata la più esaustiva sull'argomento.

Generalmente, le ricerche su queste filone si svolgono selezionando un aspetto del processo terapeutico ed esaminano successivamente la sua correlazione con l'esito del trattamento (Llewelyn, Macdonald, & Aafies-van Doorn, 2016). Questo è possibile attraverso un'analisi processuale su diversi livelli, che vanno dall'indagine dei microprocessi (singole parole o scambi comunicativi tra paziente e clinico), alla valutazione di intervalli più ampi, ovvero i macroprocessi (segmenti di seduta, sedute complete, fino a interi periodi di trattamento e valutazione *follow-up*) (Orlinsky et al. 2004).

Tra le principali ricerche volte ad indagare i microprocessi terapeutici della psicoterapia psicodinamica, va menzionato il lavoro svolto da Luborsky e Crits-Christoph (1990), nel

quale furono esaminate 63 registrazioni di sedute psicoterapeutiche ad orientamento psicodinamico. Gli autori identificarono alcuni fattori definiti “curativi” in psicoterapia, in quanto correlati positivamente all’esito. Tra questi vi erano l’alleanza terapeutica, la comprensione e la formulazione del *Core Conflictual Relationship Theme* (CCRT) da parte del clinico, l’accuratezza delle interpretazioni rispetto al CCRT, la comprensione di sé o insight e l’elaborazione dell’interiorizzazione dei risultati raggiunti (Migone, 2006). Inoltre, dallo studio è stato rintracciato il forte potere prognostico della “scala salute-malattia (*Health-Sickness Rating Scale- HSRS*), progettata da Luborsky nel 1962 per agevolare il clinico nella quantificazione del grado di salute mentale del paziente. L’autore registrò che punteggi più elevati di questa scala a inizio terapia costituivano un fattore predittivo di esito positivo, indicando come pazienti “più sani” traessero un maggiore vantaggio della terapia (Migone, 2006).

Durante questi anni, nel tentativo di mostrare l’efficacia della psicoterapia rispetto ai trattamenti farmacologici, la Divisione 12 dell’*American Psychological Association* (APA) sviluppò il movimento degli *Empirically Supported Treatments* (EST; Task Force, 1995), ovvero un elenco di 25 trattamenti la cui efficacia sia stata dimostrata empiricamente utilizzando la metodologia di ricerca RCT (Nathan & Gorman, 2015). I trattamenti supportati empiricamente richiedevano una manualizzazione delle tecniche loro specifiche, in modo da rendere la terapia standardizzata; fu, infatti, all’interno di questo movimento che si svilupparono i trattamenti manualizzati, insieme alle procedure utilizzate per valutare il grado di aderenza tra la condotta effettiva dei terapeuti e le linee guida esplicitate nei manuali (Dazzi, 2006).

La lista dei trattamenti EST è dominata da trattamenti di impianto comportamentale e cognitivo-comportamentale, mentre una parte minore è costituita da trattamenti di derivazione psicodinamica (Wampold & Imel, 2015). Questo riflette la maggiore adattabilità di alcune tipologie di psicoterapia alla sperimentazione clinica, ovvero i trattamenti caratterizzati da durata breve e prefissata e focalizzati sulla riduzione dei singoli sintomi (Westen, Novotny & Thompson-Brenner, 2004). Di conseguenza, diverse tecniche meno inclini a una presentazione manualizzata vennero escluse, tra cui la psicoterapia dinamica e la psicoanalisi. Questo aspetto rappresenta uno dei limiti dell’approccio EST, che portò con sé altri diversi effetti negativi, legati principalmente

alla metodologia utilizzata nelle ricerche.

Difatti, nonostante gli RCT siano considerati il *gold standard* per valutare l'efficacia dei trattamenti (Del Corno, 2006), si pongono varie questioni relative alla rilevanza metodologica di tali studi. Diversi autori hanno messo in evidenza i forti limiti degli studi RCT in psicoterapia. Ad esempio, Elliott (2001) sottolineò che, sebbene tali disegni di ricerca consentano di rilevare il cambiamento del paziente, non permettono tuttavia di individuare i fattori che favoriscono tale cambiamento, e questo rischia di veicolare un'idea ipersemplicata e distorta dell'efficacia della psicoterapia. I disegni RCT concettualizzano la tecnica terapeutica come erogabile in maniera standardizzata, attraverso l'aderenza al modello d'intervento descritto dai manuali, senza tenere in considerazione le differenze individuali tra i terapeuti (Lingiardi, 2006). Alcune ricerche che indagarono la relazione tra l'utilizzo di un trattamento manualizzato e l'*outcome* terapeutico, rilevarono che i casi in cui si presentava un'alta aderenza al manuale non producevano esiti migliori (Wampold 1997, 2007), a supporto dell'idea per cui sussistano altre variabili che influenzano il processo terapeutico, tra cui le caratteristiche individuali del clinico (Barkham, Lutz, Lambert & Saxon, 2017).

Una delle critiche principali sollevate da Westen e colleghi (2004) nei confronti degli EST era relativa alla mancata importanza assegnata alla relazione terapeutica. Come illustrato nel paragrafo precedente, l'alleanza terapeutica ha dimostrato possedere una capacità predittiva dell'*outcome* ampiamente superiore rispetto alle tecniche utilizzate e al modello teorico di riferimento (Asay & Lambert, 1999; Wampold, 2001; Wampold 2015). Nel 2002 venne fondato il movimento degli *Empirically Supported Relationship* (ESR; Norcross, 2002), ideato dalla *task force* della Divisione 29 dell'APA, finalizzato all'indagine di alcune dimensioni caratterizzanti la relazione terapeutica nel predire un esito positivo del trattamento; alcune di queste erano, per esempio, l'empatia, il rispetto, la collaborazione, l'accordo sugli obiettivi del lavoro, l'autenticità, l'espressione delle emozioni, coltivare aspettative positive, gestire il controtransfert, la relazione reale e l'alleanza terapeutica.

Le ricerche condotte all'interno del movimento ESR fecero principalmente ricorso ai disegni *single case* (Lingiardi, 2006), che consentono di verificare empiricamente anche i trattamenti a lungo termine, omessi dall'elenco EST; inoltre, forniscono la possibilità di individuare i fattori del processo terapeutico che determinano il cambiamento. Grazie al

lavoro svolto da Norcross (2002), venne verificata l'efficacia, o probabile efficacia, delle dimensioni relazionali indagate, indipendentemente dalla tecnica utilizzata dal clinico; inoltre, fu sottolineata l'importanza di adattare la tipologia di relazione terapeutica alle specifiche esigenze del paziente.

È oggi pertanto riconosciuta dalla maggior parte delle scuole psicoterapeutiche l'importanza della relazione terapeutica (Migone, 2006) e, di conseguenza, dei fattori aspecifici nel contribuire all'*outcome*. Tuttavia, alcune ricerche condotte rilevarono che quest'ultimi fattori non sono in grado di spiegare interamente la varianza rispetto all'esito psicoterapeutico, ovvero "*né l'uccello di Dodo, né il movimento degli EST sono potenti predittori dell'outcome*" (Beutler & Harwood, 2002, p. 27). Dunque, per meglio comprendere il funzionamento della psicoterapia, è importante considerare sia i fattori aspecifici che gli elementi specifici delle diverse tecniche, e la loro interazione reciproca (Bautler & Harwood, 2002). Fattori specifici e aspecifici si influenzano potenziandosi a vicenda, e questa interazione è ciò che favorisce il cambiamento in psicoterapia.

Questo lavoro di tesi, come sarà illustrato successivamente, si occupa di indagare aspetti riguardanti la relazione terapeutica. Nel prossimo capitolo verranno approfonditi i due costrutti presi in esame in tale ricerca, ovvero i meccanismi di difesa e il controtransfert.

CAPITOLO II

I MECCANISMI DI DIFESA E IL CONTROTRANSFERT

1. I MECCANISMI DI DIFESA

Il concetto di “meccanismo di difesa” è ormai universalmente riconosciuto come uno dei più importanti contributi della teoria psicoanalitica (Buckley, 1995). Secondo la definizione proposta da Lingiardi e Madeddu (2002), i meccanismi di difesa possono essere descritti come “*sentimenti, pensieri o comportamenti tendenzialmente involontari, che sorgono in risposta a percezioni di pericolo per il soggetto e sono finalizzati, in modo più o meno adattivo, a nascondere o alleviare i conflitti o gli agenti stressanti che danno origine ad ansietà o angoscia*” (2002, p.153).

Nel corso del tempo, il concetto di difesa e i criteri di classificazione adottati sono andati incontro a numerose modifiche. Come verrà illustrato successivamente, negli ultimi decenni si è assistito ad una operazionalizzazione del costrutto, che ha portato all’elaborazione di diversi strumenti per la sua valutazione.

Nel paragrafo seguente verrà proposto un breve excursus storico sull’evoluzione del costrutto a partire dalla prima formulazione proposta da Freud (1894), illustrando le principali tappe che hanno portato alla definizione oggi condivisa.

1.2 Evoluzione teorica della definizione del costrutto

Il concetto di meccanismo di difesa viene introdotto da Sigmund Freud nel 1894. Nel suo saggio *Le neuropsicosi da difesa* (1894), lo psicoanalista per la prima ipotizza l’esistenza di operazioni difensive inconse, volte a proteggere l’individuo da conflitti, idee ed emozioni disturbanti. Successivamente, nel 1905, Freud illustra in modo più differenziato varie difese, tra cui humor, distorsione, spostamento, repressione, fantasia e isolamento, concettualizzandoli come meccanismi separati. Tuttavia, in seguito, per circa vent’anni, il termine difesa tenderà a perdere le sue declinazioni specifiche, per essere sostituito dall’onnicomprendente concetto di “rimozione” (Lingiardi & Madeddu, 2002). Freud definisce la rimozione come quel meccanismo che permette all’Io di escludere dalla coscienza le rappresentazioni del sistema inconscio considerate inaccettabili, inducendo in questo modo una “*trasformazione chimica della libido*” (Lingiardi & Madeddu, 2002, p. 6), collegata alle rappresentazioni rimosse. Questa operazione determina l’insorgenza

dell'angoscia, che costituisce, dunque, l'esito della rimozione. Pertanto, secondo tale teorizzazione, i meccanismi di difesa rappresentano dei processi di cui si può essere consapevoli, attivati dalla parte realistica e matura della personalità e che hanno come esito lo sviluppo dell'angoscia.

Solo a partire dal 1925, nella sua opera *Inibizione, sintomo e angoscia*, Freud torna considerare i diversi meccanismi difensivi come modalità differenziate di gestire gli affetti. Inoltre, il lavoro clinico porta lo psicoanalista a rivedere il proprio modello teorico, ed a elaborare un'ipotesi diversa dalla precedente. Infatti, nel 1925 definisce le difese come processi di cui l'individuo non è fatto consapevole, che vengono attivati dall'Io in risposta ad un segnale di angoscia, il quale avverte della presenza di un pericolo, potenzialmente traumatico, proveniente dall'ambiente esterno, dalle pulsioni dell'Es o dal Super-io. Dunque, secondo tale teoria, l'angoscia è la causa (e non l'esito) delle difese, ed esse rappresentano meccanismi inconsci che l'Io adopera con il fine di evitare il verificarsi di un trauma (Lingiardi & Madeddu, 2002). A tale teorizzazione, nell'opera *Analisi terminabile e interminabile* (1937), Freud aggiunge che “*I meccanismi di difesa servono allo scopo di tenere lontano i pericoli. [...]; ma è altresì vero che questi stessi meccanismi possono trasformarsi in pericoli*” (1937, p. 520); ciò accade se le difese si “fissano” nell'Io, funzionando come modalità abituali di reagire, anche in situazioni in cui si non rilevano necessari (Freud, 1937).

Freud individua e descrive un numero considerevole di meccanismi di difesa, senza però offrire mai una trattazione sistematica dell'argomento (Lingiardi & Madeddu, 2002). Tale compito viene lasciato in eredità alla figlia Anna, che è infatti la prima psicoanalista a descrivere in modo dettagliato la molteplicità delle difese (Tanzilli & Lingiardi, 2014). Con la sua opera *L'io e i meccanismi di difesa* (1936), Anna Freud imprime un radicale cambio di approccio nello studio delle difese. Infatti, mentre Sigmund Freud identificava le difese come fenomeni tipicamente patologici che si manifestano nell'interiorità dell'individuo, Anna Freud conferisce all'opposto maggiore enfasi al loro aspetto adattivo e alla loro relazione diretta con situazioni esterne (Lingiardi & Madeddu, 2002). Inoltre, nel suo lavoro la Freud estese la trattazione compiuta dal padre, descrivendo nove meccanismi difensivi che caratterizzano l'individuo: regressione, formazione reattiva, annullamento retroattivo, introiezione, identificazione, proiezione, rivolgimento contro la propria persona, inversione nel contrario e sublimazione (Gabbard, 2015).

La necessità di Anna Freud di differenziare e classificare i processi difensivi dà origine, dopo trent'anni di lavoro clinico e teorico, all'Indice Hampstead (Bolland & Sandler, 1965), a cui ha collaborato anche Joseph Sandler (1985). L'indice Hampstead può essere considerato il primo tentativo di standardizzare materiale clinico relativo ai meccanismi difensivi, mettendo in relazione il campo della clinica pura a quello della ricerca empirico-statistica (Lingiardi & Madeddu, 2002). Nell'Indice Hampstead le difese sono intese come meccanismi operativi finalizzati a escludere dalla coscienza contenuti spiacevoli e desideri pulsionali non egosintonici. Secondo Anna Freud, tali meccanismi agiscono, difatti, sia al servizio della limitazione interna delle pulsioni, che al servizio dell'adattamento esterno, in quanto volti a controllare comportamenti impulsivi ed affetti (Freud, 1937).

Un'importante distinzione operata dalla psicoanalista è quella tra meccanismo di difesa e misura difensiva. Il primo indica uno specifico meccanismo difensivo, mentre la seconda riguarda una manifestazione a carattere difensivo nell'ambito della quale non è possibile individuare un meccanismo specifico (Lingiardi & Madeddu, 2002). Secondo la Freud, le difese sono disposte lungo una linea evolutiva maturativa; l'adeguatezza e l'adattività di un determinato meccanismo in un determinato individuo possono essere valutate sulla base di quattro criteri: intensità, adeguatezza rispetto all'età, reversibilità, ed equilibrio tra le difese impiegate.

Il lavoro di Anna Freud aveva dato inizio a una nuova epoca, caratterizzata dalla riorganizzazione del materiale empirico sulle difese a partire da studi longitudinali e dalla creazione di specifici strumenti di valutazione (Lingiardi & Madeddu, 2002).

Una riconcettualizzazione dei meccanismi difensivi viene proposta dagli Psicologi dell'Io (Lingiardi, 2006) come Heinz Hartmann, Ernst Kris e Rudolph Maurice Lowenstein (1964), i quali sottolineano la funzione adattiva delle difese, adoperate dall'Io per affrontare le richieste sia del mondo esterno che del mondo pulsionale. Da tali osservazioni prende le mosse la posizione Charles Brenner (1973, 1979, 1981, 1982), teorico della psicologia dell'Io. L'autore afferma che *“L'io è in grado di usare e usa per scopi difensivi, una volta o l'altra, tutti i processi di normale formazione e di funzionamento dell'io”* (Brenner, 1973, p. 98). Dunque, Brenner sostiene che qualsiasi funzione psichica possa essere utilizzata come difesa in circostanze specifiche e, di conseguenza, risulterebbe maggiormente appropriato parlare di utilizzo difensivo di

funzioni psichiche, piuttosto che di difese. Un altro autore appartenente a tale corrente di pensiero è Shafer (1968), secondo il quale i meccanismi difensivi, se da una parte cercano di ostacolare l'espressione di contenuti indesiderati, dall'altra permettono l'espressione di tali impulsi, consentendo la gratificazione. Dunque, i meccanismi di difesa vengono descritti come operazioni che contemporaneamente difendono e appagano.

Differenziandosi essenzialmente dai modelli di Anna Freud e degli psicologi dell'Io, Melanie Klein propone una concettualizzazione teorica dei meccanismi difensivi in parte diversa da quella di derivazione freudiana (Lingiardi & Madeddu, 2002). La Klein concentra i suoi lavori sui meccanismi primitivi di difesa, cioè quei meccanismi legati agli stati psicotici (Klein, 1927, 1930, 1946). Tale tipologia di difese caratterizza le fasi più precoci dello sviluppo psichico, e sono impiegate contro le angosce derivanti dall'attività dell'istinto di morte; come tali, esse sono da contrapporre alle difese nevrotiche, che agiscono invece contro la libido. I meccanismi di difesa primitivi, che caratterizzano le posizioni psicotiche, descritti della Klein comprendono: il diniego, la scissione, le forme estreme di proiezione e introiezione, l'identificazione proiettiva e le "difese maniacali". Inoltre, uno dei contributi fondamentali della riflessione kleiniana è l'osservazione per cui le difese non si limitano a proteggere l'Io da sentimenti spiacevoli, ma rappresentano anche principi organizzativi della vita psichica (Lingiardi & Madeddu, 2002).

A partire dagli anni 70, spicca un'ulteriore figura nello studio dei meccanismi di difesa, ovvero Otto Kernberg, che si propone come punto di incontro e di sintesi di diverse teorie sulle difese: la teoria freudiana, quella kleiniana e quella della psicologia dell'Io (Lingiardi & Madeddu, 2002). Kernberg concettualizza i meccanismi difensivi non soltanto come fenomeni intrapsichici, volti alla gestione di aspetti conflittuali, ma evidenzia, inoltre, il loro ruolo fondamentale per la costruzione e lo sviluppo delle rappresentazioni del Sé e degli oggetti e per la regolazione delle relazioni oggettuali. Secondo il paradigma teorico dell'autore, il grado di maturità delle difese, insieme al livello di integrazione/diffusione dell'identità e al mantenimento/compromissione dell'esame di realtà, costituisce il criterio in base al quale è possibile distinguere tre organizzazioni di personalità: nevrotica, borderline e psicotica (Tanzilli & Lingiardi, 2014).

Il contributo di Donald Winnicott (1958, 1965) è fondamentale per una formulazione

teorica dei meccanismi difensivi di matrice più relazionale (Tanzilli & Lingiardi, 2014). Lo psicoanalista differenzia tra difese organizzate contro l'esperienza istintuale, ovvero le modalità con cui l'Io gestisce l'Es, e difese di matrice dissociativa mobilitate contro i fallimenti ambientali traumatici. Quest'ultima tipologia di difese è alla base dello sviluppo di costruzioni psichiche autoprotettive, come gli adattamenti che originano il falso sé. Le difese, secondo Winnicott, si delineano come delle strategie di "occultamento" di parti più autentiche del Sé, a cui è negata l'espressione. Tale processo si verifica nel momento in cui la figura di accudimento non è in grado di rispondere adeguatamente alle esigenze del bambino, impedendo un adatto sviluppo delle differenti funzioni dell'Io, processo che necessita invece della presenza di un caregiver in grado di rispecchiare i bisogni dei bambini e di contenerne le angosce (Lingiardi & Madeddu, 2002).

Grazie alle teorizzazioni di Winnicott, le difese cominciano a essere concepite come fenomeni interattivi, e tale prospettiva diventerà centrale nelle opere di Kohut.

Nell'ambito della psicologia del Sé, le difese vengono teorizzate come meccanismi il cui ruolo è prevalentemente adattivo e psicologicamente valido, in quanto volte a salvaguardare l'integrità del Sé (Tanzilli & Lingiardi, 2014). Secondo Kohut (1984) i meccanismi di difesa sono sistemi organizzati fin dall'infanzia contro i fallimenti empatici di "Oggetti-Sé" deludenti. Pertanto, Kohut nel suo modello sulle difese minimizza l'importanza di processi istintuali e dei derivati pulsionali, andando oltre l'idea secondo la quale le difese rappresentano strategie utilizzate dall'Io volte a gestire conflitti interni tra le pulsioni e le richieste della realtà (Lingiardi & Madeddu, 2002). Nei suoi studi, lo psicoanalista si concentra prevalentemente sulle difese di tipo narcisistico (idealizzazione, svalutazione, onnipotenza), considerate fondamentali per affrontare la minaccia di un'imminente disintegrazione del Sé, allo scopo di preservarne la forza (Kohut, 1971).

Un'altra prospettiva che ha contribuito a mettere in evidenza la funzione interpersonale delle difese è offerta dai teorici dell'attaccamento. All'interno di tale corrente di pensiero emerge il contributo di John Bowlby (1969, 1988), il quale ripensa le difese come fenomeni prevalentemente ambientali e interpersonali, considerandole strategie cognitive di adattamento all'ambiente, fondate sull'esperienza affettiva, che organizzano e programmano il comportamento, diventando con il tempo automatizzate dopo le prime

esperienza relazionali. Le difese vengono messe in stretta connessione con i “modelli operativi interni” (MOI), ovvero le rappresentazioni di sé e degli altri che si costruiscono precocemente sulla base di esperienze interattive ripetute, sperimentate nelle relazioni con le prime figure di attaccamento (Bowlby, 1969). Questi pattern, una volta interiorizzati, diventano sempre più automatici e meno consci, con il rischio di strutturarsi in modalità rigide e disfunzionali (Bretherton & Munholland, 1999), fino a coincidere con veri e propri stili difensivi patologici, meno inclini al cambiamento.

Nel tentativo di integrare la teoria dell’attaccamento e la psicoanalisi, Peter Fonagy (2001) concettualizza i modelli di attaccamento alla stregua di processi difensivi messi in atto dal bambino per affrontare gli stili ideosincratici di interazione delle figure di cura. I pattern di attaccamento sono infatti definiti come “*quegli abituali modelli di relazione sviluppati dell’Io per minimizzare l’angoscia e ottimizzare l’adattamento*” (Fonagy, 2001, p. 69). Fonagy e Target (2001) sottolineano, inoltre, che i bambini esposti a situazioni traumatiche, che non hanno potuto sperimentare un’adeguata esperienza di rispecchiamento dei propri bisogni affettivi da parte del caregiver, tendano a inibire difensivamente lo sviluppo della funzione riflessiva, ovvero la capacità di comprendere gli stati mentali propri e altrui.

Dunque, nel corso nel tempo, grazie al contributo di diversi autori, il concetto originale di difesa è andato incontro a una radicale modifica. Principalmente, si è assistito al passaggio da una concezione intrapsichica del costrutto, ad un orientamento maggiormente relazionale, sottolineando il ruolo dei meccanismi difensivi nel contesto interpersonale.

1.2 Dalla teoria alla ricerca empirica

A differenza di molti altri costrutti psicoanalitici, i meccanismi di difesa sono sempre stati fondati sull’osservazione clinica. Tuttavia, mai nessuno dei primi psicoanalisti, ad eccezione di Anna Freud con l’Indice Hampsted, tentò di quantificarli o cercò di sviluppare misure standardizzate utilizzando le proprie riflessioni teoriche per formulare ipotesi e testarne la validità in termini empirici (Hentschel, Draguns, Ehlers & Smith, 2004). Pertanto, è solo negli ultimi decenni che la ricerca empirica ha affrontato l’area dei meccanismi difensivi, cercando di fornire riscontri alle molteplici osservazioni

teoriche e cliniche prodotte nei periodi precedenti (Lingiardi & Madeddu, 2002), con l'obiettivo di operazionalizzare il costrutto di "difesa" ed elaborando strumenti per la sua misurazione.

Uno dei contributi principali nel campo della ricerca empirica delle difese è stato offerto da Vaillant (1971, 1974, 1977, 1978, 1983) con l'elaborazione del suo modello gerarchico, che rappresenta una delle più importanti costruzioni teorico-empiriche per la valutazione dei meccanismi difensivi. L'autore nei suoi studi enfatizza non solo il potenziale patogeno delle difese, ma anche quello adattivo e creativo, affermando infatti che "*Defenses are creative, healthy, comforting, coping, and yet often strike observers as downright peculiar*" (Vaillant, 1992, p. 18). Vaillant concettualizza le difese come disposte lungo un continuum che ha come estremi sia la dimensione maturità-immaturità, sia la dimensione malattia-salute mentale. Inoltre, per la classificazione si è servito anche della dimensione evolutiva delle difese, sostenendo che, nel corso dello sviluppo psichico, esse possono trasformarsi in forme più complesse e mature. Pertanto, Vaillant (1977) individua quattro livelli di difesa, che corrispondono sia a diversi periodi dello sviluppo, sia a differenti tipi di patologia:

- Livello 1: Difese narcisistiche-psicotiche (proiezione delirante, diniego psicotico, distorsione della realtà esterna);
- Livello 2: Difese immature (proiezione, fantasia schizoide, ipocondriasi, comportamento passivo-aggressivo, acting out, dissociazione);
- Livello 3: Difese nevrotiche (isolamento/intellettualizzazione, rimozione, spostamento, formazione reattiva);
- Livello 4: Difese mature (altruismo, umorismo, repressione, anticipazione, sublimazione);

La teorizzazione proposta da Vaillant costituisce il punto di partenza per le teorizzazioni proposte da Christopher Perry, i cui lavori rappresentano una delle basi della ricerca contemporanea dei meccanismi di difesa (Lingiardi & Madeddu, 2002). A partire dal modello gerarchico di Vaillant, Perry elaborò la *Defense Mechanism Rating Scale* (DMRS; Perry, 1990), uno strumento volto alla rilevazione di pattern difensivi a partire da materiale clinico. Inoltre, utilizzando la medesima classificazione dei meccanismi difensivi adoperata per la DMRS, nel 1993 Perry costruì la Scala del Funzionamento

Difensivo (*Defensive Functioning Scale-DFS*), che comprende al suo interno un elenco di difese ordinate gerarchicamente in sette cluster, chiamati Livelli Difensivi. Tale scala fu inserita come ulteriore asse psicodinamico all'interno della quarta edizione del Manuale Diagnostico e Statico dei Disturbi Mentali (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994; Karasu & Skodol, 1980), sottolineando così l'utilità di includere i meccanismi di difesa nel processo diagnostico standardizzato. All'interno della Scala venne proposta la seguente definizione di meccanismo di difesa: *“I meccanismi di difesa (o stili di coping) sono processi psicologici automatici che proteggono l'individuo dall'angoscia e dalla consapevolezza di pericoli o fattori stressanti interno o esterni. Le persone spesso non si accorgono del funzionamento di questi processi. I meccanismi di difesa mediano le reazioni dell'individuo nei confronti dei conflitti emozionali e dei fattori stressanti interni ed esterni”* (APA, 1994, p. 807).

L'introduzione di tale asse rappresenta, dunque, la concretizzazione di un processo volto a individuare una definizione consensuale e universalmente accettata di meccanismo di difesa e una catalogazione definita delle difese (Lingiardi & Madeddu, 2002). Pertanto, questo passaggio ha permesso di dare rigore metodologico all'area di ricerca sui meccanismi di difesa, e ha inoltre favorito un “terreno comune” a cui tutti i ricercatori hanno fatto riferimento per elaborare strumenti e tecniche di assesment delle difese.

La possibilità di valutare quantitativamente l'assetto difensivo individuale ha favorito lo sviluppo di ricerche volte a indagare la relazione tra meccanismi di difesa e altri costrutti e dimensioni, tra cui, per esempio, quadri psicopatologici e diagnostici, indici di salute mentale, capacità di adattamento e andamento della psicoterapia (Lingiardi & Madeddu, 2002).

Numerosi studi svolti negli ultimi anni hanno dimostrato che la valutazione del sistema difensivo costituisce un elemento fondamentale per rappresentare la situazione clinica di un paziente. Sono state eseguite varie ricerche per indagare l'esistenza di possibili correlazioni tra diagnosi e singole difese, prendendo in considerazione soprattutto i disturbi della personalità. Tuttavia, studi quantitativi sembrano non sempre supportare l'ipotesi di una relazione specifica tra diagnosi e difesa (Skodol & Perry, 1993). Questa conoscenza modificò l'ipotesi di partenza delle ricerche svolte in questo campo: fu superata l'idea dell'esistenza di difese “patognomiche”, sostenendo invece che per fare

diagnosi, oltre che i livelli difensivi sia necessario considerare altre variabili, tra cui la forza e l'integrazione dell'Io, l'esame di realtà e la qualità delle relazioni oggettuali (Lingiardi & Madeddu, 2002). Inoltre, risulta essere determinante considerare non solo l'assenza/presenza della difesa, ma anche la sua intensità, collocabile lungo un continuum.

Un ulteriore campo di ricerca è quello riguardante lo studio dell'andamento dei meccanismi difensivi nel corso della psicoterapia. Infatti, le difese possono servire da marker del funzionamento del paziente in psicoterapia, e il loro andamento è uno degli indici più evidenti per valutare l'efficacia della psicoterapia (Buonarrivo, Lingiardi, Ortu, Palombo, De coro, Dazzi & Ortu, 2000; Ortu, Pazzagli, Cascioli, Lingiardi, Williams & Dazzi, 2001). Per esempio, Perry e Bond (2012) rilevarono che il funzionamento difensivo globale di un paziente migliora nel corso della psicoterapia, in particolare in quelle a lungo termine (dai 2 anni e mezzo in poi), e questo miglioramento è accompagnato da un incremento delle capacità del soggetto di fronteggiare situazioni stressanti.

Questi dati, inoltre, hanno indotto alcuni autori ad esplorare la possibile esistenza di una relazione tra gli interventi del terapeuta e le successive risposte difensive del paziente (Perry & Kardos, 1995). Alcuni studi hanno rilevato che l'interpretazione delle difese o il ricorso ad altri interventi che tengano conto dell'assetto difensivo del paziente, favoriscono lo sviluppo di una buona alleanza terapeutica e l'incremento della collaborazione tra paziente e terapeuta (Foreman & Marmar, 1985; Junod, de Roten, Martinez, Drapeau & Despland, 1995). Risulta essere però fondamentale il "timing" con cui avvengono tali interpretazioni, che può influenzare l'efficacia dell'intervento (Tanzilli & Lingiardi, 2014).

Pertanto, la valutazione dei meccanismi difensivi nel processo di diagnosi e terapia risulta essere di rilevante importanza, in quanto offre informazioni riguardanti sia la personalità che la psicopatologia di un individuo.

2. IL CONTROTRANSFERT

Il concetto di “controtransfert” (CT) rappresenta oggi uno dei costrutti fondamentali della psicoterapia, e nasce per indicare le reazioni emotive emergenti nel clinico durante il processo terapeutico (Berg, Lundh & Falkenström, 2019). Introdotto per primo da Freud nel 1910, viene oggi considerato un costrutto trans-teorico, assumendo una notevole importanza in ciascun approccio teorico psicoterapeutico esistente.

Dalla sua prima formulazione, il significato attribuito al CT ha subito diverse modifiche, variando da una visione negativa del costrutto come ostacolante il processo terapeutico, a una concezione più ampia che sottolineasse invece la sua utilità (Berg et al., 2019).

È possibile individuare quattro concezioni principali del CT emerse durante gli anni: la visione classica, la visione totalitaria, la visione complementare e quella relazionale (Gelso & Hayes, 2007).

La concezione classica viene elaborata da Freud nel 1910. Secondo lo psicoanalista, le reazioni emergenti nel clinico, stimulate in risposta al transfert del paziente, sono dovute a personali conflitti non risolti che portano il terapeuta inconsciamente a esperire il paziente come una figura del proprio passato. Pertanto, Freud concettualizza il CT come un fattore disturbante al lavoro clinico, e, di conseguenza, come un elemento da aggirare; questa visione negativa del costrutto portò il campo della psicologia a trascurare l'argomento per molti anni (Hayes, Gelso & Hummel, 2011).

Una visione alternativa del CT viene offerta nel 1950, grazie al contributo di Heimann (1950) e Racker (1957). Secondo gli autori, l'insieme dei sentimenti, pensieri, atteggiamenti e comportamenti esperiti da clinico durante il trattamento del paziente non rappresentano un impedimento dovuto a conflitti irrisolti del terapeuta, ma un importante strumento per comprendere il mondo interno inconscio del paziente e per raccogliere informazioni sul processo psicoterapeutico in atto (Rocco, De Bei, Negri & Filippini, 2021). Anche Winnicott (1949) considerava il controtransfert come utile all'interno del processo terapeutico. Lo psicoanalista sosteneva l'esistenza di una forma oggettiva di controtransfert: il clinico risponde al paziente nello stesso modo in cui le altre persone, al di fuori del setting analitico, tendono a fare, fornendo così al terapeuta informazioni utili per comprendere il modello relazionale del paziente (Berg et al., 2019; Gabbard, 2001). Tale più ampia visione offerta dagli ultimi autori citati è legata alla definizione totalitaria del CT (Hayes et al., 2011), che concettualizza il costrutto come comprensivo

dell'insieme di tutte le reazioni emergenti nel clinico nei confronti del paziente, e non solo di quelle legate a conflitti irrisolti del terapeuta. Il CT diviene, dunque, lo strumento per comprendere il paziente e il suo impatto sugli altri, compreso il terapeuta.

La visione complementare considera, invece, il CT come la reazione complementare del clinico allo stile relazionale del paziente. Se il terapeuta diventa consapevole di tale reazione, può evitare una risposta impulsiva nei confronti dei pazienti, e utilizzare tale consapevolezza per comprendere lo stile relazionale del paziente e per intervenire efficacemente nel processo terapeutico (Hayes et al., 2011)

Infine, la concezione relazionale pone il CT come prodotto co-costruito reciprocamente del paziente e dal clinico: i bisogni, la personalità, i conflitti irrisolti e i comportamenti di entrambi contribuiscono alle manifestazioni controtransferali durante le sedute terapeutiche (Hayes et al., 2011).

Sebbene ciascuna delle quattro concezioni presenti importanti limiti, in ognuna di esse sono indicati elementi significativi caratterizzanti il CT. Sulla base di ciò, Hayes e colleghi (2011) proposero una concezione integrata del costrutto, sintetizzando le quattro posizioni. Gli autori limitano la definizione del CT alle reazioni cosce e inconscie del clinico in cui sono implicati conflitti irrisolti. Tali reazioni sono considerate inevitabili, in quanto ogni clinico presenta proprie vulnerabilità. Allo stesso tempo, la concezione integrata sottolinea l'utilità del CT nel processo terapeutico, in quanto, se il terapeuta è in grado di comprendere con successo le proprie reazioni, tale consapevolezza può risultare utile per comprendere al meglio il paziente. Inoltre, le reazioni controtransferali non emergono unicamente in risposta al transfert del paziente, ma la definizione del costrutto include le reazioni del clinico a tutto il materiale clinicamente rilevante (ad esempio, stile di personalità del paziente, contenuto affettivo).

Pertanto, è oggi riconosciuta l'utilità del CT all'interno del processo terapeutico, a condizione che il clinico sia in grado di utilizzarlo correttamente. Infatti, è necessario che il terapeuta acquisisca consapevolezza delle proprie reazioni, al fine di comprenderne il significato e gestirle con successo (Rocco et al., 2021).

2.1 Il controtransfert nella ricerca

All'interno del campo di ricerca volto ad indagare il ruolo dei fattori relazionali in psicoterapia, negli ultimi decenni un'attenzione particolare è stata prestata allo studio

delle risposte controtransferali del clinico e al loro effetto sul processo terapeutico (Hayes, Gelso, Goldberg, & Kivlighan, 2018). Infatti, una maggiore comprensione del CT permette di individuare gli elementi utili al clinico per gestire le proprie emozioni emergenti in seduta, e per utilizzarle come risorse per incrementare l'esito del trattamento e raccogliere informazioni sul paziente (Hayes et al., 2011).

Tuttavia, l'indagine empirica del CT, rispetto allo studio di altri costrutti, ha incontrato maggiori problematiche di ordine metodologico, dovute principalmente alla mancanza di una definizione univoca e condivisa e alla difficoltà nel valutare un costrutto multiforme e di origine parzialmente inconscia (Colli & Prestano, 2006).

Un'ulteriore questione riguarda la scelta della prospettiva da cui compiere la valutazione delle risposte controtransferali (Colli & Ferri, 2015). Difatti, data la sua complessità, il CT è stato esaminato utilizzando tre diversi punti di vista, ovvero il punto di vista del clinico, di un osservatore esterno o del supervisore. Ciascuna delle prospettive citate permette di cogliere elementi differenti del vissuto controtransferale del terapeuta.

La prospettiva del clinico viene misurata generalmente attraverso questionari *self-report*, e consente di valutare la qualità e l'intensità dell'esperienza emozionale vissuta dal terapeuta durante la seduta. Alcuni dei questionari utilizzati sono il *Feeling Word Checklist* (FWC; Whyte, Constantopoulos & Bevans, 1982) e il *Therapist Response Questionnaire* (TRQ; Betan, Heim, Zittel, Conklin, & Westen, 2005).

Il principale vantaggio di tale modalità di misurazione riguarda la possibilità di chiedere direttamente al clinico informazioni riguardo all'esperienza relazionale vissuta con il paziente. Tuttavia, il limite dell'utilizzo di questionari *self-report* è l'eventuale influenza di *bias* della desiderabilità sociale o di processi difensivi inconsci (Colli & Ferri, 2015).

Le valutazioni del CT da parte di osservatori esterni forniscono una visione maggiormente oggettiva di quanto accaduto durante la seduta. Questo in quanto, non essendo a conoscenza delle caratteristiche del mondo interno del clinico, gli osservatori esterni possono rilevare le reazioni controtransferali in modo emotivamente più neutro, ascoltando o guardando le registrazioni della sessione (Colli & Ferri, 2015; Rocco et al., 2021). Dall'altra parte, gli osservatori possono unicamente inferire l'esperienza interna vissuta dal clinico, e questo fattore potrebbe influenzare l'accuratezza della valutazione. Le valutazioni fornite, invece, dai supervisori risultano maggiormente accurate rispetto a quelle di un osservatore esterno: i supervisori conoscono il proprio terapeuta

supervisionato, le sue dinamiche, i conflitti irrisolti e le modalità di gestione dell'ansia (Rocco et al., 2021). Allo stesso tempo, le valutazioni fornite dai valutatori potrebbero essere influenzate da processi difensivi inconsci del valutatore stesso, e dalla qualità della relazione tra supervisore e clinico supervisionato (Colli & Ferri, 2015).

Uno dei questionari utilizzati per valutare il comportamento controtransferale da parte di un osservatore esterno o di un supervisore è il *Contertransference Behavior Measure* (CBM; Mohr, Gelso & Hill, 2005).

In merito alla relazione tra CT e *outcome*, alcune meta-analisi hanno rilevato l'esistenza di una correlazione inversa tra le reazioni controtransferali del clinico e l'esito della psicoterapia (Hayes et al., 2011; Hayes et al, 2018); ciò implica che reazioni CT sfavorevoli possono influenzare negativamente l'*outcome* del trattamento. Di conseguenza, assume una notevole importanza la capacità del clinico di gestire le proprie emozioni emergenti in seduta. Dalle ricerche condotte è, infatti, emerso che la modalità di gestione del CT è significativamente associata alla riduzione dei comportamenti controtransferali, alla qualità dell'alleanza terapeutica e all'esito del trattamento (Gelso & Hayes, 2002; Rocco et al., 2021). Pertanto, maggiore è la gestione e la consapevolezza del CT, migliori sono l'alleanza terapeutica e l'*outcome* psicoterapeutico. Sono stati identificati alcuni fattori che facilitano la gestione nel clinico delle proprie risposte in seduta, ovvero: l'empatia, l'insight, l'integrità del Sé, la gestione dell'ansia e l'abilità concettuale (Van Wagoner, Gelso, Hayes, & Diemer, 1991).

Una buona consapevolezza del proprio CT può risultare utile al clinico anche per aumentare la propria conoscenza del paziente. Infatti, ricerche condotte hanno dimostrato che le risposte controtransferali possono fornire informazioni importanti riguardanti il livello di funzionamento interpersonale del paziente e il suo stile di personalità (Betan et al., 2005; Colli, Gagliardini & Gullo, 2022; Colli, Tanzilli, Dimaggio & Lingardi, 2014;). Lo studio svolto da Betan e colleghi (2005) rilevò che determinati pattern di risposte emotive del clinico, rilevati attraverso lo strumento TRQ, erano correlati positivamente con i tre diversi Cluster dei disturbi di personalità elencati all'interno del DSM-IV. In particolare, è emerso che i disturbi del Cluster A e B evocano maggiori reazioni negative nel clinico rispetto ai disturbi del Cluster C, e questo dato è in linea con i risultati ottenuti da altri studi (Røssberg, Karteurd, Pedersen & Friis, 2007).

La relazione tra la personalità del paziente e le risposte emotive emergenti nel terapeuta è stata studiata anche nello studio svolto da Colli e colleghi (2014). Gli autori utilizzarono il TRQ per valutare la reazione controtransferali del clinico, e la *Shedler-Westen Assessment Procedure-200* (SWAP-200; Westen & Shedler, 1999) per l'assessment dello stile di personalità e del livello di funzionamento psicologico del paziente. I risultati indicarono l'esistenza di un'associazione significativa tra le variabili esaminate: in generale, è emerso che reazioni emotive negative del clinico erano significativamente associate a bassi livelli di funzionamento del paziente e a forme più severe di disturbi di personalità. Inoltre, in quest'ultimo studio emerge che anche i disturbi appartenenti al Cluster C evocano emozioni negative nel terapeuta, e questo dato risulta essere in contrasto con quanto ottenuto dalle ricerche citate in precedenza (Colli et al., 2014).

Lo studio condotto da Colli e colleghi (2021), invece, esaminò la relazione tra il CT del clinico, rilevato sempre attraverso il TRQ, e il funzionamento difensivo del paziente, individuato utilizzando la *Defense Mechanisms Rating Scale* (DMRS; Perry, 1990). Come descritto più nel dettaglio nel Capitolo 2, la DMRS è uno strumento che permette di valutare il pattern difensivo di un soggetto a partire da materiale clinico; dalla sua somministrazione è possibile ottenere un punteggio globale di maturità delle difese (*Overall Defensive Functioning-ODF*), che sintetizza il funzionamento difensivo del soggetto in esame (Lingiardi & Madeddu, 2002). Dalla ricerca svolta, emerse che il livello funzionamento difensivo del paziente era associato positivamente a CT positivi del clinico, mentre era associato inversamente a CT negativi.

Questo dato è in linea con gli studi precedenti, ovvero che bassi livello di funzionamento del paziente tendono ad evocare risposte negative nel clinico, mentre maggiori livelli di funzionamento elicitano risposte più positive.

Anche uno studio svolto da Gordon, Spektor e Luu (2019) ottenne simili risultati. Gli autori studiarono la relazione tra il livello di organizzazione di personalità del paziente e il grado di CT atteso nel clinico. Il livello di organizzazione di personalità era misurato sulla base di quattro variabili: livello difensivo, esame di realtà, livello di integrazione dell'identità e relazioni oggettuali. Dalla ricerca emerse un'associazione significativa tra i tratti componenti l'organizzazione di personalità e il grado di CT atteso dal clinico; nello specifico, i terapeuti si aspettavano reazioni controtransferali più forti in risposta a pazienti con un basso livello di organizzazione di personalità, legato alla presenza di

difese primitive, esame di realtà compromesso, scarso senso di integrazione del sé e scarse relazioni oggettuali (Gordon et al., 2019).

In conclusione, il CT assume una notevole importanza all'interno del processo terapeutico. I risultati delle ricerche citate rilevano come determinate tipologie di pazienti elicitino specifiche reazioni emotive nel clinico; inoltre, è fondamentale che il terapeuta sia consapevole delle proprie risposte controtransferali e sia in grado di gestirle, in modo da favorire una buona alleanza terapeutica e un esito migliore del trattamento.

CAPITOLO III

METODO

In questo capitolo verranno presentati gli aspetti riguardanti la metodologia impiegata in questa ricerca. In particolare, verranno illustrati: l'obiettivo dello studio, gli strumenti utilizzati, il materiale, la procedura seguita e le ipotesi di ricerca formulate.

1. Obiettivo

Questo lavoro di tesi si pone l'obiettivo di studiare la relazione tra i meccanismi di difesa del paziente, rilevati a partire da trascritti di sedute cliniche di consultazione, e le reazioni controtransferali emergenti nel terapeuta. Difatti, come riportato in letteratura, i meccanismi di difesa e il CT sono sue costrutti che assumono un'importanza rilevante all'interno del processo terapeutico; la valutazione di entrambi permette di raccogliere informazioni sulla personalità del paziente e sul suo quadro psicopatologico. Le ricerche hanno dimostrato che i meccanismi difensivi utilizzati dai pazienti possono indurre specifiche emozioni nel terapeuta, e pertanto, vista anche la relazione emersa tra CT ed esito del trattamento, una migliore comprensione delle emozioni suscitate in seduta nel clinico in risposta alle caratteristiche del paziente, consente al terapeuta di incrementare le proprie abilità di gestione di tali reazioni, e, di conseguenza, di favorire un *outcome* psicoterapeutico migliore.

2. Strumenti

Per la conduzione di questo studio sono stati utilizzati due strumenti: la *Defense Mechanism Rating Scales* (DMRS), per la rilevazione dei meccanismi difensivi utilizzati dal paziente, e il *Therapist Response Questionnaire* (TRQ), per l'individuazione delle reazioni controtransferali del clinico.

Defense Mechanism Rating Scales

La *Defense Mechanism Rating Scales*, nella sua quinta edizione (DMRS; Perry, 1990a), è uno strumento finalizzato alla valutazione osservativa dei pattern difensivi che emergono nel corso delle sedute terapeutiche, a partire dai trascritti di materiale clinico,

come, ad esempio, colloqui diagnostici o sedute di psicoterapia.

La prima versione nacque nel 1981, e fu in seguito revisionata dall'autore sulla base di successivi studi (Perry & Henry, 2004). Tale strumento rispose a un'esigenza che sussisteva negli anni Ottanta nell'ambito della ricerca sulle difese psichiche, ovvero quella di formulare un asse diagnostico psicodinamico da inserire nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994; Vaillant, 1986). Sottolineata l'inadeguatezza della diagnosi descrittiva classica, l'obiettivo era quello di promuovere una diagnosi strutturale, nel tentativo di integrare la diagnosi descrittiva nosografica, utilizzata nell'ambito psichiatrico fenomenologico, con il sapere psicodinamico psicoanalitico (Lingiardi & Madeddu, 2002).

Il contributo principale all'interno nel campo di ricerca dei meccanismi di difesa fu la teoria dell'adattabilità difensiva e dell'organizzazione gerarchica dei meccanismi di difesa proposta da Vaillant (1971, 1992), descritta nel Capitolo 1. Nel suo lavoro, Vaillant incluse la descrizione di certo numero di difese e la descrizione di come esse operano nella vita quotidiana; inoltre, integrò risultati ottenuti da diversi studi longitudinali riguardanti l'evoluzione dei meccanismi di difesa durante il ciclo di vita (Di Giuseppe & Perry, 2021). Lo sviluppo della DMRS da parte di Perry (1990a) permise di rendere operabile la teoria formulata da Vaillant, attraverso un accurato e valido strumento in grado di misurare il funzionamento difensivo individuale (Di Giuseppe & Perry, 2021). L'autore dello strumento 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 una parte, e le proibizioni interiorizzate e la realtà esterna dall'altra (Perry & Cooper, 1986). All'interno del manuale vengono compresi sia meccanismi difensivi prettamente intrapsichici, considerati maggiormente evoluti nella scala gerarchica delle difese, sia meccanismi legati alla relazione con l'ambiente e con la realtà, valutati come più primitivi (Lingiardi & Madeddu, 2002).

La DMRS prende in esame 27 meccanismi di difesa, selezionate in base all'attendibilità di descrizione in letteratura e alla univocità delle difese (Perry & Cooper, 1989). Per ogni difesa, il manuale comprende una sua definizione teorica, una descrizione della sua funzione dinamica e i criteri per differenziarla dalle difese maggiormente simili.

Inoltre, a ciascun meccanismo di difesa è possibile attribuire un punteggio seguendo una scala di valutazione a tre punti, che accerti l'assenza (punteggio 0), l'uso probabile (punteggio 1) o l'uso certo (punteggio 2) della difesa sia durante l'intervista che abitualmente nella vita del paziente; per facilitare l'assegnazione, la scala è comprensiva di esempi pratici e di regole di osservazione (Perry & Cooper, 1989).

I meccanismi di difese nella DMRS sono ordinati gerarchicamente in sette livelli o cluster difensivi, sulla base dell'adattività globale di ciascuno di essi (Lingiardi & Madeddu, 2002), in accordo con quanto stilato da Vaillant (1992). Lo schema della gerarchia delle difese è mostrato nella Tabella 2.1.

I diversi livelli, classificati a partire da quello meno adattivo fino ad arrivare al livello maggiormente adattivo, con le rispettive definizioni, sono i seguenti (Lingiardi & Madeddu, 2002):

- (1) **Difese di acting:** funzionamento difensivo che affronta le fonti di stress, interne o esterne, considerate intollerabili per mezzo di azioni impulsive dirette verso l'ambiente esterno o verso sé stessi;
- (2) **Livello di distorsione maggiore dell'immagine** (Difese borderline): grossolana distorsione dell'immagine del sé o degli altri;
- (3) **Difese di diniego:** esclusione dalla coscienza di agenti stressanti, impulsi, idee, affetti o responsabilità considerati spiacevoli o inaccettabili, con o senza erronea attribuzione a cause esterne;
- (4) **Livello di distorsione minore dell'immagine** (Difese narcisistiche): distorsione dell'immagine di sé, del proprio corpo o degli altri, finalizzata al mantenimento dell'autostima;
- (5) **Difese nevrotiche:** esclusione dalla coscienza di eventi stressanti, idee, sentimenti ricordi e desideri potenzialmente pericolosi e minaccianti;
- (6) **Difese ossessive:** esclusione dalla coscienza di sentimenti associati a un'idea, neutralizzando o minimizzando l'affetto, pur rimanendo consapevoli dell'idea stessa, senza distorsione di realtà;
- (7) **Livello altamente adattivo:** più che un aspetto difensivo, è un aspetto di adattamento ottimale all'ambiente, alle relazioni e agli agenti stressanti. Accentuano la gratificazione e permettono la consapevolezza dei sentimenti, delle idee e delle loro conseguenze, promuovendo l'equilibrio nel conflitto.

Non è stato incluso nel manuale della DMRS il livello 0, che descrive la cattiva o mancata regolazione difensiva, di cui fanno parte le difese psicotiche (diniego psicotico, la distorsione psicotica e la proiezione delirante; Perry & Henry, 2004). Per rilevare tali difese è stato costruito un ulteriore strumento derivante dalla DMRS, ovvero la Psychotc-DMRS (P-DMRS; Barney, De Roten, Beretta, Kramer & Despland, 2014).

I cluster difensivi possono essere ulteriormente organizzati in tre categorie difensive: difese immature, nevrotiche e mature (Di Giuseppe & Perry, 2021). Tali categorie sono spesso utilizzate per descrivere in sintesi il funzionamento difensivo individuale. Partendo dal grado più basso di adattabilità, la categoria delle difese immature comprende il livello delle difese di acting, di diniego ed entrambi i livelli di distorsione dell'immagine. Tale categoria può essere ulteriormente suddivisa in due subcategorie, ovvero le difese depressive (*acting out*, *help-reject complaining*, aggressione passiva, scissione dell'immagine di sé o degli altri, identificazione proiettiva) e le difese non-depressive (negazione, proiezione, razionalizzazione, fantasia schizoide, svalutazione, idealizzazione, onnipotenza). L'uso di difese immature inibisce la consapevolezza degli aspetti cognitivi ed emotivi riguardanti conflitti interni o situazioni esterne stressanti, con l'obiettivo di proteggere il soggetto da idee, sentimenti e azioni considerati inaccettabili (Di Giuseppe & Perry, 2021).

La categoria delle difese nevrotiche comprende il livello delle difese nevrotiche ed ossessive. Tali difese aiutano il soggetto a escludere dalla consapevolezza aspetti del conflitto, come sentimenti, desideri e idee associate, che genererebbero un'ansia intollerabile se percepiti integralmente all'interno della propria esperienza psicologica.

Infine, la categoria delle difese mature corrisponde al livello altamente adattivo dei meccanismi di difesa, e rappresenta il grado maggiore di adattabilità. L'uso di queste difese favorisce l'integrazione e la parziale consapevolezza di sentimenti, idee, desideri e pensieri associati a un conflitto interno o ad una situazione esterna stressante. Pertanto, viene così ottimizzata, ed eventualmente risolta, la causa di sofferenza interna o esterna (Di Giuseppe & Perry, 2021; Vaillant, 1977, 1992).

Tabella 2.1: *Organizzazione gerarchica della DMRS*

Categoria difensiva		Livello difensivo	Meccanismi di difesa
DIFESE IMMATURE	Depressive	1. Difese di acting	Acting out <i>Help-reject complaining</i> Agressione passiva
		2. Maggiore distorsione dell'immagine (difese borderline)	Scissione dell'immagine di sé o degli altri Identificazione proiettiva
	Non depressive	3. Difese di diniego	Negazione Proiezione Razionalizzazione Fantasia schizoide*
		4. Minore distorsione dell'immagine (difese narcisistiche)	Svalutazione Idealizzazione Onnipotenza
DIFESE NEVROTICHE		5. Difese nevrotiche	Rimozione Dissociazione Formazione reattiva Spostamento
		6. Difese ossessive	Intellettualizzazione Isolamento degli affetti Annullamento retroattivo
DIFESE MATURE		7. Livello altamente adattivo	Affiliazione Altruismo Anticipazione Umorismo Autoaffermazione Autosservazione Sublimazione Repressione

* Sebbene non sia una difesa di diniego, la fantasia schizoide è ugualmente inserita in questo livello (Lingiardi & Madeddu, 2002).

Come illustrato in precedenza, la DMRS permette di indentificare i meccanismi difensivi a partire da trascritti di colloqui clinici o sessioni terapeutiche (Perry & Henry, 2004). Su ogni singolo colloquio, lo strumento consente di effettuare due diverse possibilità di valutazione: una valutazione qualitativa e una valutazione quantitativa (Lingiardi & Madeddu, 2002). La prima permette di esaminare la presenza/assenza della difesa, attraverso l'assegnazione di un punteggio variabile da 0 (assenza della difesa) a 3 (uso certo della difesa), precedentemente illustrato. La valutazione quantitativa, invece, determina la frequenza con la quale una specifica difesa è o è stata utilizzata in una data seduta. Quest'ultima tipologia di valutazione è maggiormente utilizzata in ricerca (Prout, Di Giuseppe, Zilcha-Mano, Perry & Conversano, 2021) e fornisce tre diversi punteggi, ognuno dei quali rappresenta una modalità differente di riassumere il funzionamento difensivo del soggetto in esame (Lingiardi & Madeddu, 2002):

1. Punteggio delle singole difese: valore percentuale, anche chiamato punteggio proporzionale, ottenuto dividendo il numero di volte in cui ciascuna difesa è presente nel trascritto per il numero complessivo di tutte le difese usate dal soggetto in questione nello stesso trascritto.
2. Punteggio dei livelli difensivi: valore ottenuto sommando i punteggi proporzionali di tutte le difese appartenenti allo stesso livello, in modo da ottenere il sottotale di quel gruppo difensivo.
3. Punteggio globale di maturità delle difese (*Overall Defensive Functioning-ODF*): tale valore sintetizza i punteggi totali di tutte le difese usate. Esso si ottiene moltiplicando ogni difesa per un peso in base alla sua posizione nella scala gerarchica a sette livelli, e calcolando poi la media di tutte le difese pesate. Il peso specifico di ogni difesa corrisponde al numero del livello difensivo a cui essa appartiene. Il punteggio ODF si colloca su una scala da 1 a 7, tuttavia nella pratica clinica i valori riscontrati vanno da un minimo di 3 a un massimo di 6.

Tali punteggi vengono riportati dall'esaminatore nella scheda di valutazione dei meccanismi di difesa (Perry, 1990b). Nella scheda è presente l'elenco dei meccanismi difensivi contemplati dallo strumento, raggruppati nei diversi livelli; l'osservatore, dopo aver esaminato il trascritto, riporta il numero di volte in cui ciascuna difesa viene utilizzata dal paziente nella seduta in questione. Successivamente, vengono eseguiti i calcoli ai fini di compiere la valutazione quantitativa del trascritto.

La DMRS ha dimostrato possedere una buona validità convergente e discriminante per tutta la gerarchia di difese presente all'interno del manuale (Perry, Hoglend, Shear, Vaillant, Horowitz, Kardos, & Bille, 1998). Inoltre, vari studi hanno dimostrato una buona affidabilità dello strumento per i punteggi di livello e per quelli di maturità globale (ODF). Perry e Henry (2004) hanno riscontrato un'alta correlazione intraclasse (*interrate reliability-IRR*)³ a livello di identificazione del numero di difese e per il punteggio globale ($IRR > 0.80$), mentre un valore leggermente più basso per le difese individuali (IRR compreso tra 0.50 e 0.60). Valori accettabili sono stati rilevati anche da studi condotti da Perry, Kardos, e Pagano (1993), con un punteggio $IRR = 0.89$, e da Ianni, Perry e Banon (1996), i quali hanno individuato una correlazione intraclasse pari a 0.85. Pertanto, l'attendibilità dello strumento è sufficiente a permettere l'inserimento nel DSM-IV di un asse per le difese basato sulla DMRS (Skodol & Perry, 1993).

Therapist Response Questionnaire

Il *Therapist Response Questionnaire* (TRQ; Betan, Heim, Zittel, Conklin, & Westen, 2005) è un questionario composto da 79 item che rileva un'ampia gamma di pensieri, sensazioni e comportamenti che il terapeuta prova o mette in atto durante le sedute di psicoterapia nei riguardi dei pazienti. Gli item sono stati selezionati esaminando la letteratura clinica, teorica ed empirica esistente sul controtransfert e sulle variabili correlate, e utilizzando consigli provenienti da clinici esperti (Betan et al., 2005). Il questionario viene compilato unicamente dal clinico, senza la partecipazione del paziente. Il TRQ è in grado di rilevare diverse risposte controtransferali che possono insorgere nel terapeuta, tra cui sentimenti più specifici, come, per esempio, sentimenti di rabbia o noia nei confronti del paziente, oppure situazioni più complesse derivanti dall'azione di difese primitive da parte del paziente, quali l'identificazione proiettiva. Sono contemplate situazioni comuni, per esempio quando il terapeuta sente di star comprendendo il paziente, e situazioni più rare, come l'esplicitazione di sentimenti di affetto da parte del terapeuta nei confronti del paziente. Ogni item è valutato su una scala Likert a cinque punti (1= non vero, 5= assolutamente vero). Gli item sono scritti utilizzando un

³L'IRR, ovvero l'indice di affidabilità tra i valutatori, fa riferimento al grado di accordo tra osservatori indipendenti nel valutare un medesimo fenomeno

linguaggio quotidiano e facilmente comprensibile, in modo tale che lo strumento possa essere utilizzato da clinici appartenenti ad approcci teorici differenti (Betan et al., 2005). Per la costruzione del questionario, venne reclutato dagli autori un campione di 181 psicoterapeuti, appartenenti ad orientamenti teorici diversi (Betan et al., 2005). A ciascun clinico fu chiesto di misurare, utilizzando la TRQ, la propria risposta affettiva, cognitiva e comportamentale nei confronti di un paziente non psicotico da loro in cura da minimo otto sedute. Inoltre, fu chiesto loro di valutare la personalità del paziente utilizzando la diagnosi dimensionale secondo il DSM-IV (APA, 1994).

Gli autori esaminarono la struttura fattoriale del questionario, e dalle analisi vennero rilevate otto dimensioni controtransferali (Betan et al., 2005):

- Sopraffatto/ disorganizzato (9 item): indica il desiderio di evitare o fuggire dal paziente e la presenza di forti sentimenti negativi, inclusi terrore, repulsione e risentimento;
- Impotente/inadeguato (9 item): descrive sentimenti di inadeguatezza, incompetenza, ansia e mancanza di speranza;
- Positivo (8 item): indica la presenza di un'alleanza terapeutica positiva e l'esistenza di uno stretto legame con il paziente;
- Speciale/ipercoinvolto (5 item): descrive un senso di considerazione del paziente come speciale, rispetto ad altri pazienti, e la presenza di problemi minori nel mantenere i confini, tra cui la rivelazione di sé, la fine delle sessioni in tempo e il sentirsi in colpa, responsabile o eccessivamente preoccupato per il paziente;
- Sessualizzato (5 item): indica la presenza sentimenti di natura sessuale verso il paziente o l'esistenza di tensione sessuale all'interno della coppia terapeutica;
- Distaccato (4 item): descrive l'esperienza del clinico di sentirsi distratto, ritirato, irritato o annoiato durante le sedute;
- Genitoriale/protettivo (6 item): caratterizzato dal desiderio del clinico di proteggere e nutrire il paziente in modo genitoriale, al di sopra e al di là dei normali sentimenti positivi verso il paziente;
- Criticato/maltrattato (18 item): sensazione di venire respinto, svalutato e non apprezzato dal paziente.

I punteggi delle scale si ottengono calcolando il punteggio medio degli item che

compongono ogni fattore controtransferale.

In uno studio condotto da Colli, Tanzilli, Dimaggio e Lingiardi (2014) gli otto fattori individuati dimostrarono possedere un'ottima coerenza interna. I valori *alpha* di Cronbach ottenuti sono i seguenti: sopraffatto/disorganizzato=0.83; impotente/inadeguato= 0.81; positivo= 0.78; speciale/ipercoinvolto= 0.76; sessualizzato= 0.71; distaccato= 0.79; genitoriale/protettivo= 0.73; criticato/maltrattato= 0.81.

La validità di criterio dello strumento venne misurata attraverso l'analisi delle correlazioni tra gli otto fattori della TRQ e le diagnosi dimensionali dei disturbi della personalità aggregati a livello di cluster secondo il DSM-IV (Betan et al., 2005). I risultati mostrarono una significativa correlazione tra le risposte fornite dal terapeuta e il disturbo di personalità presentato dal paziente, indipendentemente dall'orientamento teorico del clinico.

Per la validazione italiana dello strumento (Tanzilli, Colli, Del Corno, & Lingiardi, 2016) venne reclutato un campione composto da 332 terapeuti, di cui una parte ad orientamento teorico psicodinamico e il restante cognitivo-comportamentale. Ciascun professionista selezionò un proprio paziente da far partecipare allo studio, seguendo specifici criteri indicati. Ai clinici fu chiesto di analizzare la propria risposta emotiva nei confronti dei pazienti utilizzando la TRQ e, in seguito, di valutare la personalità del paziente utilizzando la Shedler-Westen Assessment Procedure-200 (SWAP-200; Shedler & Westen, 2007).

Dalle analisi fattoriali condotte, furono individuati nove dimensioni controtransferali: impotente/ inadeguato; sopraffatto/disorganizzato; positivo/soddisfatto; ostile/arrabbiato; criticato/svalutato; genitoriale/protettivo; speciale/ipercoinvolto; sessualizzato; distaccato. Questi nuovi fattori confermarono quelli della versione originale di Betan e colleghi (2005), a eccezione del pattern "criticato/maltrattato", che venne confluito in due nuove dimensioni: "criticato/svalutato", che descrive la sensazione del clinico di venir criticato, respinto o svalutato dal paziente; "ostile/arrabbiato", che indica la presenza di sentimenti di rabbia, risentimento e irritazione nei confronti del paziente.

Successivamente, fu calcolata la coerenza interna dei nove fattori individuati (*alpha* di Cronbach). I risultati ottenuti, di seguito elencati, dimostrarono la presenza di un'alta

coerenza interna dello strumento: impotente/ inadeguato=0.90, sopraffatto/disorganizzato= 0.85, positivo/ soddisfacente=0.85, ostile/arrabbiato=0.84, criticato/svalutato=0.83, genitoriale/ protettivo= 0.80, speciale/ ipercoinvolto= 0.79, sessualizzato= 0.8 e disimpegnato= 0.78.

La validità di criterio dello strumento venne esaminata attraverso l'analisi delle correlazioni tra i nove fattori della TRQ e le diagnosi dei pazienti ottenuti con l'utilizzo della SWAP-200 (Tanzilli et al., 2016). Anche in questo caso, dai risultati emerse un'alta correlazione tra le risposte emotive del clinico e il disturbo di personalità presentato dal paziente, indipendentemente dall'orientamento teorico del terapeuta.

Inoltre, venne esaminata la validità convergente della TRQ attraverso l'analisi delle correlazioni dei nove fattori individuati dalla validazione italiana con gli otto riscontarti dalla versione originale del questionario. I risultati mostrarono un'alta correlazione tra tutti i fattori ($0.78 < r < 0.98$), mostrando l'assenza di differenze significative tra le due versioni.

3. Materiale

Per questa ricerca sono stati utilizzati i trascritti ricavati dai colloqui clinici di 7 studenti che si sono rivolti al Servizio di Assistenza Psicologica (SAP-CP) dell'Università degli Studi di Padova. Per ogni pazienti sono stati presi in esame i tre colloqui iniziali di consultazione, per un totale di 21 sedute.

Dei sette pazienti coinvolti nello studio, tre sono appartenenti al genere maschile e quattro al genere femminile. Tutti i soggetti sono studenti universitari presso l'Università degli Studi di Padova, frequentati facoltà differenti e con un'età compresa tra i 20 ed i 25 anni. Di seguito vengono illustrate le motivazioni principali che hanno portato ciascun paziente a rivolgersi al servizio; i nomi sono omessi per il rispetto della privacy del soggetto.

La Paziente 1 si presenta al servizio riferendo uno stato di ansia e preoccupazione riguardante l'ambito universitario; inoltre, riporta sentimenti di inferiorità rispetto alle altre persone e problemi di bassa autostima.

La Paziente 2 racconta che uno dei motivi che l'ha portata a rivolgersi al servizio è la separazione dei suoi genitori, avvenuta qualche mese prima dell'inizio dei colloqui. La paziente riferisce di avere alcune problematiche nella relazione con la madre, inoltre

riporta dubbi riguardanti le proprie scelte universitarie e sentimenti di inferiorità rispetto alle altre persone.

Il Paziente 3 riferisce che l'evento scatenante che l'ha portato a rivolgersi al servizio è stato il momento in cui suo fratello ha ricevuto la diagnosi di schizofrenia. Il paziente racconta di alcune problematiche nell'area familiare, dovuta principalmente alla morte del padre, avvenuta qualche anno prima, e alle difficoltà del fratello.

La Paziente 4 si presenta al servizio riferendo problematiche legate all'area della socialità. La paziente riporta la presenza di pensieri paranoidi, legati a preoccupazioni riguardanti l'esistenza di complotti da parte delle altre persone verso di lei.

Il Paziente 5 racconta che il motivo che l'ha portato al rivolgersi al servizio è una sensazione di malessere legata alla presenza di ansia, tristezza e pensieri ipocondriaci, quest'ultimi acuiti in seguito ad un incidente stradale subito l'anno precedente l'inizio dei colloqui.

Il Paziente 6 si presenta al servizio riportando problematiche legate all'area familiare; in particolare racconta di alcune difficoltà nella relazione con il padre.

La Paziente 7 riporta che il motivo che l'ha spinto a rivolgersi al servizio è un senso generale di malessere, legato principalmente alla presenza di preoccupazioni riguardanti l'ambito universitario, al distacco dagli amici avvenuto a causa di difficoltà nel gestire il carico di studio universitario e alla fine recente di una relazione sentimentale.

4. Procedura

La ricerca esposta è stata condotta mediante l'applicazione dello strumento DMRS sui trascritti clinici di ciascuna delle tre sedute previste per ogni paziente. Lo strumento è stata applicato da tre giudici, ovvero tre studentesse magistrali laureande in Psicologia. Inoltre, ognuno dei sette clinici ha compilato la TRQ alla fine dei tre incontri, con l'obiettivo di valutare le risposte controtransferali emerse.

Prima di procedere con l'applicazione della DMRS sui trascritti assegnati, è stato necessario partecipare a un training formativo sullo strumento, tenuto dal Dott. Lo Buglio,

dottorando presso la Sapienza Università di Roma. Il training è stato tenuto in forma online sulla piattaforma Zoom, e il programma è consistito in sette incontri, ognuno di due ore, con l'obiettivo di approfondire lo strumento da un punto di vista teorico e di esercitarsi nella sua applicazione sui trascritti di sedute cliniche.

Nel primo incontro il dottore ha introdotto il concetto di “meccanismo di difesa”, presentando le principali tappe dell'evoluzione del termine a partire dalla prima formulazione prodotta da Freud; inoltre, sono stati esposti gli elementi base della DMRS. Nei successivi quattro incontri sono state illustrate le 27 difese contemplate nello strumento, seguendo l'ordine gerarchico del manuale della DMRS, dunque procedendo dal livello delle difese più immature verso quello mature. Per ogni difesa sono state presentate: definizione, funzione, diagnosi differenziale e qualche esempio.

Gli ultimi due incontri sono stati dedicati, invece, all'esercitazione pratica: il dottore ha assegnato delle sedute da siglare per casa e da correggere poi insieme confrontando le diverse risposte e chiarendo eventuali dubbi.

Infine, è stata assegnata una seduta da siglare a gruppi con l'obiettivo di valutare il valore dell'indice di *interrate reliability* (IRR), il cui valore è compreso tra 0 e 1. Prima di procedere alle siglature per il lavoro di ricerca di tesi, era necessario ottenere un punteggio IRR sufficiente (>0.60).

I valori dell'indice IRR ottenuti dai tre giudici sono stati i seguenti:

- IRR= 0.57 (difese singole), IRR= 0.67 (cluster): grado di accordo delle nostre codifiche sul trascritto eseguito dai siglatori.
- IRR= 0.48 (difese singole); IRR= 0.56 (cluster): grado di accordo dei siglatori con le nostre codifiche.

Essendo stato ottenuto un punteggio IRR sufficiente a livello di cluster, il gruppo ha potuto procedere all'applicazione della DMRS sui trascritti coinvolti nella ricerca di tesi.

La codifica di ciascuna seduta prevedeva diversi passaggi.

Il procedimento contemplava una fase iniziale in cui ciascun giudice siglava la seduta in maniera indipendente, facendo riferimento alle indicazioni proposte da Perry nella “*Guida per l'identificazione delle difese*”, riportata da Lingiardi & Madeddu (2002). Il trascritto veniva inizialmente letto per intero e, successivamente, si effettuava una

seconda lettura dando inizio al processo di siglatura.

Seguendo quanto proposto da Perry, ciascun giudice, durante la lettura del trascritto, doveva porre attenzione alla presenza di anomalie, passaggi insoliti o eventi inattesi nel discorso del paziente. Tali irregolarità generalmente possono riguardare l'area del linguaggio, l'area dell'affettiva, l'area del comportamento e l'area della cognitività. Ad esempio, possono essere riscontrati: la presenza di un affetto inatteso o l'assenza di un affetto di cui si aspetta la presenza; una difficoltà nella prosodia e nella fluidità dell'eloquio; la presenza di espressioni, comportamenti incontrollati o inattesi; la presenza di un eloquio eccessivamente emotivo o che sembra eludere dall'argomento principale; descrizioni di sé e degli altri distorte e irrealistiche; motivazioni che sembrano coprire o distorcere la verità (Lingiardi & Madeddu, 2002).

Una volta individuata un'anomalia, il giudice si chiedeva se essa avesse funzione difensiva oppure se rappresentasse un'incongruenza del discorso a scopo non difensivo. Se tale irregolarità veniva considerata come difesa, il passo seguente era quello di stabilire dove essa inizia e dove termina, evidenziando le parti del trascritto individuate.

Successivamente, seguendo sempre il procedimento indicato da Perry, il giudice analizzava la funzione delle difese implicate nelle parti evidenziate del trascritto. I meccanismi di difesa possono essere messi in atto con diverse funzioni; alcune di esse, ad esempio, possono essere: non occuparsi del problema reale, spostando l'attenzione verso un oggetto diverso e meno conflittuale; evitare di occuparsi di un fattore di stress; proteggere sé stessi dal provare senso di colpa; minimizzare gli affetti riferiti a qualcosa; scaricare un impulso o sentimento in modo immediato (Lingiardi & Madeddu, 2002).

Dopo aver identificato le funzioni più plausibili, ciascun giudice stabiliva la difesa più adatta, servendosi del manuale della DMRS, in particolare della sezione dedicata ai criteri di differenziazione tra i diversi meccanismi di difesa.

Il processo di codifica terminava con la fase di confronto in gruppo sulle risposte individuate. L'obiettivo del confronto era quello di trovare un accordo sia per quanto riguarda le parti del discorso evidenziate come possibili difese, sia in merito al meccanismo difensivo individuato come più adatto. In caso risultasse difficile trovare consenso su specifiche parti del trascritto, i tre giudici lasciavano la questione in sospeso al fine di ragionarci individualmente, per poi discuterne nuovamente durante un successivo incontro.

Una volta ottenuta la versione definitiva della codifica del trascritto, i giudici procedevano alla compilazione della scheda di valutazione. Durante tale passaggio, veniva riportato nella scheda il numero di volte in cui ciascun meccanismo di difesa era stato rilevato nel trascritto in questione. In seguito, venivano calcolati: il punteggio totale dei meccanismi difensivi utilizzati dal soggetto nella seduta; la somma delle difese impiegate pesate sul livello di adattamento; il punteggio globale di maturità delle difese (ODF).

5. Ipotesi

Nella ricerca esposta in questa tesi è stata studiata la relazione tra le difese utilizzate dal paziente, esaminate mediante l'applicazione della DMRS alle sedute cliniche, e il CT emergente nel clinico, rilevato attraverso la compilazione del TRQ. Di quest'ultimo strumento è stata utilizzata la sua versione italiana (Tanzilli et al., 2014), formata da nove dimensioni controtransferali.

Gli studi riportati nel Capitolo 1 (Betan et al., 2005; Colli et al., 2014; Colli et al., 2021; Gordon et al. 2019;) hanno evidenziato che bassi livelli di funzionamento del paziente tendono ad evocare risposte più negative nel clinico, mentre maggiori livelli di funzionamento elicitano risposte più positive. Tra le ricerche citate, quella condotta da Colli e colleghi (2021) è l'unica ad aver approfondito la relazione tra i meccanismi di difesa utilizzati dal paziente e il CT emergente nel clinico, utilizzando come strumenti per la rilevazione rispettivamente la DMRS e il TRQ. Gli autori impiegarono la versione originaria della TRQ (Betan et al., 2005), costituita da otto dimensioni controtransferali. Pertanto, sulla base di quanto ottenuto dalle ricerche menzionate, sono state formulate tre differenti ipotesi:

Ipotesi 1: è possibile aspettarsi di registrare reazioni controtransferali maggiormente positive nel clinico in presenza di un alto punteggio dell'indice ODF, ovvero in presenza di un maggiore utilizzo del paziente di meccanismi di difesa appartenenti a livelli più adattivi, secondo la classificazione utilizzata da Perry (1990). In particolare, in linea con quanto ottenuto da Colli e colleghi (2021), è possibile aspettarsi di riscontrare un punteggio ODF intorno al 6 in presenza di un valore medio elevato rilevato nelle dimensioni controtransferali del TRQ “Positivo”, “Genitoriale/protettivo” e “Speciale/ipercoinvolto”.

Ipotesi 2: è possibile aspettarsi di registrare CT negativi, ovvero ostacolanti il lavoro terapeutico, in presenza di un basso punteggio ODF, dunque in presenza di un maggiore utilizzo del paziente di meccanismi di difesa appartenenti a livelli meno adattivi, secondo la classificazione della DMRS.

Dallo studio condotto da Colli e colleghi (2021) risultò una correlazione inversa significativa tra le dimensioni controtransferali ottenute del TRQ “Impotente/inadeguato”, “Sopraffatto/disorganizzato”, “Criticato/maltrattato” e il punteggio ODF del paziente. Le dimensioni “Sessualizzato” e “Distaccato” non mostrarono, invece, relazioni significative.

Essendo che nella versione italiana del TRQ, utilizzata in questa ricerca, la dimensione controtransferale originaria “criticato/maltrattato” viene confluita nelle nuove dimensioni “Criticato/svalutato” e “Ostile/arrabbiato”, è possibile ipotizzare di rilevare in questo studio un punteggio dell’indice ODF intorno al 3 in presenza di un valore medio elevato ottenuto nelle dimensioni controtransferali “Criticato/svalutato”, “Ostile/arrabbiato” e “Impotente/inadeguato”. Rimane, invece, da esplorare la relazione con le dimensioni “Sessualizzato” e “Distaccato”.

Ipotesi 3: è possibile aspettarsi di rilevare una relazione tra il numero di difese utilizzate del paziente e il valore medio rilevato nella dimensione controtransferale del TRQ “Positivo/soddisfatto”. È stato preso in esame il fattore “Positivo/soddisfatto” in quanto, essendo tale dimensione indicatrice di un’alleanza terapeutica positiva tra paziente e clinico (Betan et al., 2005), un basso valore medio ottenuto in essa può segnalare la presenza di un CT maggiormente negativo nel terapeuta.

In particolare, è possibile aspettarsi di registrare un minore punteggio medio del fattore “Positivo/soddisfatto” in presenza di un più alto numero di difese impiegate dal paziente, tenendo in considerazione quante di esse appartengono ai cluster meno adattivi.

Infatti, come emerso dalla letteratura, l’uso di difese maggiormente primitive, indice di un basso livello di funzionamento del paziente, elicitando risposte controtransferali più negative nel clinico, ovvero reazioni che potrebbero ostacolare il lavoro terapeutico. Sulla base di ciò, è possibile aspettarsi che un grande utilizzo di difese, specialmente se primitive, susciti reazioni più intense e meno positive nel terapeuta.

CAPITOLO IV

RISULTATI

Nel seguente capitolo verranno presentati i risultati ottenuti sia dall'applicazione della DMRS per ciascuna delle tre sedute dei sette pazienti coinvolti, sia dalla compilazione del TRQ da parte dei diversi clinici. Rispetto alla DMRS, verranno riportate le schede di codifica compilate, con i relativi punteggi ottenibili. Per quanto riguarda, invece, il TRQ, per ognuno dei sette clinici verranno presentati i punteggi medi (M) ricavati in ciascuna dimensione controtransferale compresa nello strumento; tali valori sono stati ottenuti calcolando la media delle risposte degli item volti a misurare un determinato fattore del CT.

3.1 Paziente 1

I punteggi ottenuti dall'applicazione della DMRS alle tre sedute di consultazione della Paziente 1 sono riportati rispettivamente nella Tabella 3.1, 3.2 e 3.3.

La paziente ha utilizzato 56 meccanismi difensivi nel primo trascritto, 61 nel secondo e 71 nel terzo. In totale, sono stati impiegate 188 difese.

Per quanto riguarda il punteggio ODF ottenuto, è emerso un valore di 4.19 nella prima seduta, di 4.03 nella seconda seduta e di 3.96 nella terza seduta.

I Cluster difensivi maggiormente utilizzati nei tre trascritti esaminati, in ordine decrescente per frequenza, sono:

- Cluster 4 (Difese narcisistiche): la paziente ne ha utilizzate 19 nella prima seduta, 22 nella seconda e 17 nella terza, per un totale di 58.
- Cluster 3 (Difese di diniego): ne sono stati riscontrati 13 nella prima seduta, 11 nella seconda e 18 nella terza, per un totale di 42.
- Cluster 7 (Difese mature): la paziente ne ha fatto uso per 9 volte nella prima seduta, per 5 nella seconda e per 11 nella terza, per un totale di 25.

Il Cluster difensivo meno utilizzato è il Cluster 2 (Difese borderline), con un totale di 10 Difese borderline messe in atto nelle tre sedute.

Tabella 3.1: scheda di valutazione DMRS prima seduta della Paziente 1.

<p>7. DIFESE MATURE</p> <ul style="list-style-type: none"> - AFFILIAZIONE 3 - ALTRUISMO 0 - ANTICIPAZIONE 0 - UMORISMO 1 - AUTOAFFERMAZIONE 0 - AUTOSSERVAZIONE 4 - SUBLIMAZIONE 0 - REPRESSIONE 1 <p>SUBTOTALE= 9 PESO DELLA DIFESA X 7=63</p> <p>6. DIFESE OSSESSIVE</p> <ul style="list-style-type: none"> - ISOLAMENTO 0 - INTELLETTUALIZZAZIONE 2 - ANNULLAMENTO RETROATTIVO 1 <p>SUBTOTALE= 3 PESO DELLA DIFESA X 6= 18</p> <p>5. ALTRE DIFESE NEVROTICHE</p> <ul style="list-style-type: none"> - RIMOZIONE 1 - DISSOCIAZIONE 0 - FORMAZIONE REATTIVO 4 - SPOSTAMENTO 1 <p>SUBTOTALE= 6 PESO DELLA DIFESA X 5= 30</p> <p>4. DIFESE NARCISISTICHE</p> <ul style="list-style-type: none"> - ONNIPOTENZA 4 - IDEALIZZAZIONE 7 - SVALUTAZIONE 8 <p>SUBTOTALE= 19 PESO DELLA DIFESA X 4= 76</p>	<p>3. DIFESE DI DINIEGO</p> <ul style="list-style-type: none"> - NEGAZIONE 1 - PROIEZIONE 2 - RAZIONALIZZAZIONE 10 <p>ALTRE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - FANTASIA 0 <p>SUBTOTALE= 13 PESO DELLA DIFESA X 3= 39</p> <p>2. DIFESE BORDERLINE</p> <ul style="list-style-type: none"> - SCISSIONE (IMM. OGG.) 0 - SCISSIONE (IMM.SE') 3 - IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA 0 <p>SUBTOTALE= 3 PESO DELLA DIFESA X 2= 6</p> <p>1. DIFESE ACTING</p> <ul style="list-style-type: none"> - ACTING OUT 0 - AGGRESSIONE PASSIVA 2 - IPOCONDRIASI 1 <p>SUBTOTALE= 3 PESO DELLA DIFESA X 1= 3</p>
<p>A) SOMMA TOTALE DELLE DIFESE = 56 B) SOMMA DELLE DIFESE X IL LORO PESO = 235 C) PUNTEGGIO GLOBALE DI MATURITA' DELLE DIFESE (1=BASSO, 7= ALTO) B/A = 4.19</p>	

Tabella 3.2: scheda di valutazione DMRS seconda seduta della Paziente 1.

<p>7. DIFESE MATURE</p> <ul style="list-style-type: none"> - AFFILIAZIONE 2 - ALTRUISMO 0 - ANTICIPAZIONE 0 - UMORISMO 0 - AUTOAFFERMAZIONE 0 - AUTOSSERVAZIONE 3 - SUBLIMAZIONE 0 - REPRESSIONE 0 <p>SUBTOTALE= 5 PESO DELLA DIFESA X 7=35</p> <p>6. DIFESE OSSESSIVE</p> <ul style="list-style-type: none"> - ISOLAMENTO 2 - INTELLETTUALIZZAZIONE 0 	<p>3. DIFESE DI DINIEGO</p> <ul style="list-style-type: none"> - NEGAZIONE 0 - PROIEZIONE 0 - RAZIONALIZZAZIONE 11 <p>ALTRE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - FANTASIA 0 <p>SUBTOTALE= 11 PESO DELLA DIFESA X 3= 33</p> <p>2. DIFESE BORDERLINE</p> <ul style="list-style-type: none"> - SCISSIONE (IMM. OGG.) 2 - SCISSIONE (IMM.SE') 0
--	--

- ANNULLAMENTO RETROATTIVO	3	- IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA	0
SUBTOTALE= 5 PESO DELLA DIFESA X 6= 30		SUBTOTALE= 2 PESO DELLA DIFESA X 2= 4	
5. ALTRE DIFESE NEVROTICHE			
- RIMOZIONE	3	1. DIFESE ACTING	
- DISSOCIAZIONE	0	- ACTING OUT	2
- FORMAZIONE REATTIVA	5	- AGGRESSIONE PASSIVA	3
- SPOSTAMENTO	2	- IPOCONDRIASI	1
SUBTOTALE= 10 PESO DELLA DIFESA X 5= 50		SUBTOTALE= 6 PESO DELLA DIFESA X 1= 6	
4. DIFESE NARCISISTICHE			
- ONNIPOTENZA	0		
- IDEALIZZAZIONE	9		
- SVALUTAZIONE	13		
SUBTOTALE= 22 PESO DELLA DIFESA X 4= 88			
A) SOMMA TOTALE DELLE DIFESE = 61			
B) SOMMA DELLE DIFESE X IL LORO PESO = 246			
C) PUNTEGGIO GLOBALE DI MATURITA' DELLE DIFESE (1=BASSO, 7= ALTO) B/A = 4.03			

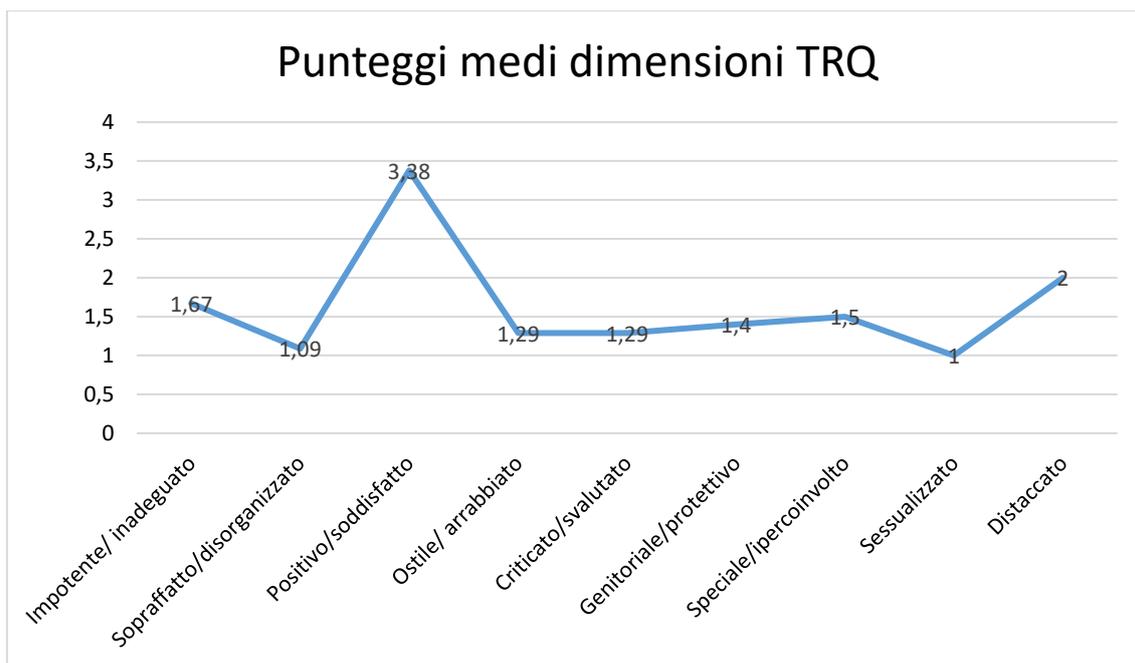
Tabella 3.3: scheda di valutazione DMRS terza seduta della Paziente 1.

7. DIFESE MATURE		3. DIFESE DI DINIEGO	
- AFFILIAZIONE	2	- NEGAZIONE	0
- ALTRUISMO	0	- PROIEZIONE	0
- ANTICIPAZIONE	0	- RAZIONALIZZAZIONE	15
- UMORISMO	2	ALTRE:	
- AUTOAFFERMAZIONE	1	- FANTASIA	3
- AUTOSSERVAZIONE	6		
- SUBLIMAZIONE	0		
- REPRESSIONE	0		
SUBTOTALE= 11 PESO DELLA DIFESA X 7=77		SUBTOTALE= 18 PESO DELLA DIFESA X 3= 54	
6. DIFESE OSSESSIVE			
- ISOLAMENTO	4	2. DIFESE BORDERLINE	
- INTELLETTUALIZZAZIONE	1	- SCISSIONE (IMM. OGG.)	0
- ANNULLAMENTO RETROATTIVO	3	- SCISSIONE (IMM.SE')	5
SUBTOTALE= 8 PESO DELLA DIFESA X 6= 48		- IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA	0
SUBTOTALE= 5 PESO DELLA DIFESA X 2= 10			
5. ALTRE DIFESE NEVROTICHE			
- RIMOZIONE	2	1. DIFESE ACTING	
- DISSOCIAZIONE	0	- ACTING OUT	0
- FORMAZIONE REATTIVA	0	- AGGRESSIONE PASSIVA	0
- SPOSTAMENTO	1	- IPOCONDRIASI	9
SUBTOTALE= 3 PESO DELLA DIFESA X 5= 15		SUBTOTALE= 9 PESO DELLA DIFESA X 1= 9	
4. DIFESE NARCISISTICHE			
- ONNIPOTENZA	6		
- IDEALIZZAZIONE	4		

- SVALUTAZIONE	7
SUBTOTALE= 17 PESO DELLA DIFESA X 4= 68	
A) SOMMA TOTALE DELLE DIFESE = 71 B) SOMMA DELLE DIFESE X IL LORO PESO = 281 C) PUNTEGGIO GLOBALE DI MATURITA' DELLE DIFESE (1=BASSO, 7= ALTO) B/A = 3.96	

Rispetto, invece, a quanto ottenuto dalla compilazione del TRQ da parte del clinico, i valori medi di ciascuna dimensione compresa nello strumento sono esposti nel Grafico 1. La dimensione che ha ottenuto un punteggio più elevato rispetto agli altri è il fattore “Positivo/soddisfatto” (M=3.38), seguito dalla dimensione “Distaccato” (M=2.00) e da “Impotente/inadeguato” (M=1.67). La dimensione con il valore, invece, più basso è “Sessualizzato” (M=1.00).

Grafico 1: punteggi medi dimensioni TRQ somministrato al terapeuta del Paziente 1.



3.2 Paziente 2

I risultati ottenuti dall'applicazione della DMRS alle tre sedute della Paziente 2 sono esposti nella Tabella 3.4, 3.5 e 3.6.

Sono state rilevate 73 difese nella prima seduta, di 60 nella seconda e di 54 nella terza. In totale, il paziente ha impiegato 187 meccanismi difensivi.

I punteggi ODF ottenuti nei trascritti sono rispettivamente 4.1, 4.53 e 5.2.

I Cluster maggiormente utilizzati nelle tre sedute, esposti in ordine decrescente per frequenza, sono:

- Cluster 7 (Difese mature): la paziente ne ha utilizzate 18 nella prima seduta, 13 nella seconda e 22 nella terza, per un totale di 53.
- Cluster 4 (Difese narcisistiche): ne sono state rilevate 11 nella prima seduta, 20 nella seconda e 9 nella terza, per un totale di 40.
- Cluster 6 (Difese ossessive): la paziente ne ha utilizzate 10 nella prima seduta, 8 nella seconda e 10 nella terza, per un totale di 28.

Il Cluster difensivo meno utilizzato è il Cluster 5 (Difese nevrotiche), con un totale di 6 Difese messe in atto nelle tre sedute.

Tabella 3.4: scheda di valutazione DMRS prima seduta della Paziente 2.

<p>7. DIFESE MATURE</p> <ul style="list-style-type: none"> - AFFILIAZIONE 2 - ALTRUISMO 0 - ANTICIPAZIONE 0 - UMORISMO 0 - AUTOAFFERMAZIONE 1 - AUTOSSERVAZIONE 15 - SUBLIMAZIONE 0 - REPRESSIONE 0 <p>SUBTOTALE= 18 PESO DELLA DIFESA X 7= 126</p> <p>6. DIFESE OSSESSIVE</p> <ul style="list-style-type: none"> - ISOLAMENTO 3 - INTELLETTUALIZZAZIONE 0 - ANNULLAMENTO RETROATTIVO 7 <p>SUBTOTALE= 10 PESO DELLA DIFESA X 6= 60</p> <p>5. ALTRE DIFESE NEVROTICHE</p> <ul style="list-style-type: none"> - RIMOZIONE 1 - DISSOCIAZIONE 0 - FORMAZIONE REATTIVA 1 - SPOSTAMENTO 0 <p>SUBTOTALE= 2 PESO DELLA DIFESA X 5= 10</p> <p>4. DIFESE NARCISISTICHE</p> <ul style="list-style-type: none"> - ONNIPOTENZA 1 - IDEALIZZAZIONE 6 - SVALUTAZIONE 4 <p>SUBTOTALE= 11 PESO DELLA DIFESA X 4= 44</p>	<p>3. DIFESE DI DINIEGO</p> <ul style="list-style-type: none"> - NEGAZIONE 2 - PROIEZIONE 2 - RAZIONALIZZAZIONE 4 <p>ALTRE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - FANTASIA 0 <p>SUBTOTALE= 8 PESO DELLA DIFESA X 3= 24</p> <p>2. DIFESE BORDERLINE</p> <ul style="list-style-type: none"> - SCISSIONE (IMM. OGG.) 0 - SCISSIONE (IMM.SE') 2 - IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA 9 <p>SUBTOTALE= 11 PESO DELLA DIFESA X 2= 22</p> <p>1. DIFESE ACTING</p> <ul style="list-style-type: none"> - ACTING OUT 0 - AGGRESSIONE PASSIVA 9 - IPOCONDRIASI 4 <p>SUBTOTALE= 13 PESO DELLA DIFESA X 1= 13</p>
--	--

A) SOMMA TOTALE DELLE DIFESE = 73
 B) SOMMA DELLE DIFESE X IL LORO PESO = 299
 C) PUNTEGGIO GLOBALE DI MATURITA' DELLE DIFESE (1=BASSO, 7= ALTO) B/A = **4.1**

Tabella 3.5: scheda di valutazione DMRS seconda seduta della Paziente 2.

<p>7. DIFESE MATURE</p> <ul style="list-style-type: none"> - AFFILIAZIONE 2 - ALTRUISMO 0 - ANTICIPAZIONE 0 - UMORISMO 0 - AUTOAFFERMAZIONE 0 - AUTOSSERVAZIONE 10 - SUBLIMAZIONE 0 - REPRESSIONE 1 <p>SUBTOTALE= 13 PESO DELLA DIFESA X 7= 91</p> <p>6. DIFESE OSSESSIVE</p> <ul style="list-style-type: none"> - ISOLAMENTO 3 - INTELLETTUALIZZAZIONE 0 - ANNULLAMENTO RETROATTIVO 5 <p>SUBTOTALE= 8 PESO DELLA DIFESA X 6= 48</p> <p>5. ALTRE DIFESE NEVROTICHE</p> <ul style="list-style-type: none"> - RIMOZIONE 3 - DISSOCIAZIONE 0 - FORMAZIONE REATTIVA 1 - SPOSTAMENTO 0 <p>SUBTOTALE= 4 PESO DELLA DIFESA X 5= 20</p> <p>4. DIFESE NARCISISTICHE</p> <ul style="list-style-type: none"> - ONNIPOTENZA 0 - IDEALIZZAZIONE 14 - SVALUTAZIONE 6 <p>SUBTOTALE= 20 PESO DELLA DIFESA X 4= 80</p>	<p>3. DIFESE DI DINIEGO</p> <ul style="list-style-type: none"> - NEGAZIONE 1 - PROIEZIONE 0 - RAZIONALIZZAZIONE 8 <p>ALTRE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - FANTASIA 0 <p>SUBTOTALE= 9 PESO DELLA DIFESA X 3= 27</p> <p>2. DIFESE BORDERLINE</p> <ul style="list-style-type: none"> - SCISSIONE (IMM. OGG.) 0 - SCISSIONE (IMM.SE') 0 - IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA 0 <p>SUBTOTALE= 0 PESO DELLA DIFESA X 2= 0</p> <p>1. DIFESE ACTING</p> <ul style="list-style-type: none"> - ACTING OUT 0 - AGGRESSIONE PASSIVA 4 - IPOCONDRIASI 2 <p>SUBTOTALE= 6 PESO DELLA DIFESA X 1= 6</p>
<p>A) SOMMA TOTALE DELLE DIFESE = 60 B) SOMMA DELLE DIFESE X IL LORO PESO = 272 C) PUNTEGGIO GLOBALE DI MATURITA' DELLE DIFESE (1=BASSO, 7= ALTO) B/A = 4.53</p>	

Tabella 3.6: scheda di valutazione DMRS terza seduta della Paziente 2.

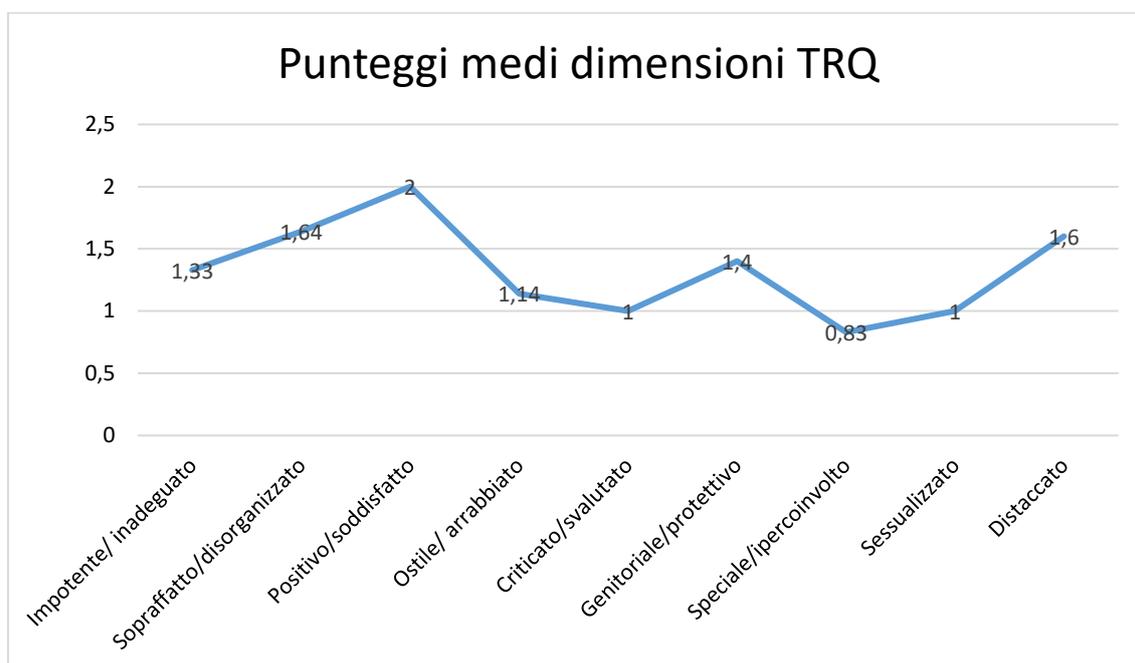
<p>7. DIFESE MATURE</p> <ul style="list-style-type: none"> - AFFILIAZIONE 1 - ALTRUISMO 0 - ANTICIPAZIONE 0 - UMORISMO 0 - AUTOAFFERMAZIONE 4 - AUTOSSERVAZIONE 17 - SUBLIMAZIONE 0 - REPRESSIONE 0 	<p>3. DIFESE DI DINIEGO</p> <ul style="list-style-type: none"> - NEGAZIONE 2 - PROIEZIONE 0 - RAZIONALIZZAZIONE 8 <p>ALTRE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - FANTASIA 0
---	---

<p>SUBTOTALE= 22 PESO DELLA DIFESA X 7= 154</p> <p>6. DIFESE OSSESSIVE</p> <ul style="list-style-type: none"> - ISOLAMENTO 4 - INTELLETTUALIZZAZIONE 0 - ANNULLAMENTO RETROATTIVO 6 <p>SUBTOTALE= 10 PESO DELLA DIFESA X 6= 60</p> <p>5. ALTRE DIFESE NEVROTICHE</p> <ul style="list-style-type: none"> - RIMOZIONE 0 - DISSOCIAZIONE 0 - FORMAZIONE REATTIVA 0 - SPOSTAMENTO 0 <p>SUBTOTALE= 0 PESO DELLA DIFESA X 5= 0</p> <p>4. DIFESE NARCISISTICHE</p> <ul style="list-style-type: none"> - ONNIPOTENZA 2 - IDEALIZZAZIONE 5 - SVALUTAZIONE 2 <p>SUBTOTALE= 9 PESO DELLA DIFESA X 4= 36</p>	<p>SUBTOTALE= 10 PESO DELLA DIFESA X 3= 30</p> <p>2. DIFESE BORDERLINE</p> <ul style="list-style-type: none"> - SCISSIONE (IMM. OGG.) 0 - SCISSIONE (IMM.SE') 0 - IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA 0 <p>SUBTOTALE= 0 PESO DELLA DIFESA X 2= 0</p> <p>1. DIFESE ACTING</p> <ul style="list-style-type: none"> - ACTING OUT 0 - AGGRESSIONE PASSIVA 3 - IPOCONDRIASI 0 <p>SUBTOTALE= 3 PESO DELLA DIFESA X 1= 3</p>
<p>A) SOMMA TOTALE DELLE DIFESE = 54 B) SOMMA DELLE DIFESE X IL LORO PESO = 283 C) PUNTEGGIO GLOBALE DI MATURITA' DELLE DIFESE (1=BASSO, 7= ALTO) B/A = 5.2</p>	

Per quanto riguarda i punteggi ottenuti dalla compilazione del TRQ da parte del clinico, i valori medi sono riportati nel Grafico 2.

Dalla figura si evince che il fattore con un punteggio medio più elevato è “Positivo/soddisfatto” (M=2.00), mentre il secondo e il terzo sono rispettivamente “Sopraffatto/disorganizzato” (M=1.64) e “Distaccato” (M=1.6). Il fattore che ha ottenuto un punteggio medio più basso è “Speciale/ipercoinvolto (M=0.83).

Grafico 2: punteggi medi dimensioni TRQ somministrato al terapeuta della Paziente 2.



3.3 Paziente 3

Nelle Tabelle 3.7, 3.8 e 3.9 sono esposti i risultati ottenuti dall'applicazione della DMRS alle tre sedute di consultazione del Paziente 3.

Il paziente ha utilizzato 30 difese nel primo trascritto, 18 nel secondo e 25 nel terzo. In totale, sono state impiegate 73 difese.

Il punteggio ODF ottenuto nelle tre sedute è pari a 6.5 nella prima, a 4.78 nella seconda e a 6.8 nella terza.

I Cluster difensivi maggiormente utilizzati dal paziente sono i seguenti:

- Cluster 7 (Difese mature): il paziente ne ha fatto uso per 21 volte nella prima seduta, per 7 nella seconda e per 22 nella terza, per un totale di 50.
- Cluster 6 (Difese ossessive): il paziente ne ha utilizzate 6 nella prima seduta, 1 nella seconda e 2 nella terza, per un totale di 9.
- Cluster 4 (Difese narcisistiche): ne sono state rilevate 3 nella prima seduta, 5 nella seconda e 1 nella terza, per un totale di 9.

Il Cluster difensivo meno utilizzato è il Cluster 5 (Difese nevrotiche), con un totale di 6 Difese nevrotiche messe in atto nelle tre sedute.

Tabella 3.7: scheda di valutazione DMRS prima seduta del Paziente 3.

<p>7. DIFESE MATURE</p> <ul style="list-style-type: none"> - AFFILIAZIONE 2 - ALTRUISMO 0 - ANTICIPAZIONE 0 - UMORISMO 0 - AUTOAFFERMAZIONE 3 - AUTOSSERVAZIONE 16 - SUBLIMAZIONE 0 - REPRESSIONE 0 <p>SUBTOTALE= 21 PESO DELLA DIFESA X 7= 147</p> <p>6. DIFESE OSSESSIVE</p> <ul style="list-style-type: none"> - ISOLAMENTO 4 - INTELLETTUALIZZAZIONE 1 - ANNULLAMENTO RETROATTIVO 1 <p>SUBTOTALE= 6 PESO DELLA DIFESA X 6= 36</p> <p>5. ALTRE DIFESE NEVROTICHE</p> <ul style="list-style-type: none"> - RIMOZIONE 0 - DISSOCIAZIONE 0 - FORMAZIONE REATTIVA 0 - SPOSTAMENTO 0 <p>SUBTOTALE= 0 PESO DELLA DIFESA X 5= 0</p> <p>4. DIFESE NARCISISTICHE</p> <ul style="list-style-type: none"> - ONNIPOTENZA 0 - IDEALIZZAZIONE 2 - SVALUTAZIONE 1 <p>SUBTOTALE= 3 PESO DELLA DIFESA X 4= 12</p>	<p>3. DIFESE DI DINIEGO</p> <ul style="list-style-type: none"> - NEGAZIONE 0 - PROIEZIONE 0 - RAZIONALIZZAZIONE 0 <p>ALTRE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - FANTASIA 0 <p>SUBTOTALE= 0 PESO DELLA DIFESA X 3= 0</p> <p>2. DIFESE BORDERLINE</p> <ul style="list-style-type: none"> - SCISSIONE (IMM. OGG.) 0 - SCISSIONE (IMM.SE') 0 - IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA 0 <p>SUBTOTALE= 0 PESO DELLA DIFESA X 2= 0</p> <p>1. DIFESE ACTING</p> <ul style="list-style-type: none"> - ACTING OUT 0 - AGGRESSIONE PASSIVA 0 - IPOCONDRIASI 0 <p>SUBTOTALE= 0 PESO DELLA DIFESA X 1= 0</p>
<p>A) SOMMA TOTALE DELLE DIFESE = 30 B) SOMMA DELLE DIFESE X IL LORO PESO = 195 C) PUNTEGGIO GLOBALE DI MATURITA' DELLE DIFESE (1=BASSO, 7= ALTO) B/A = 6.5</p>	

Tabella 3.8: scheda di valutazione DMRS seconda seduta del Paziente 3.

<p>7. DIFESE MATURE</p> <ul style="list-style-type: none"> - AFFILIAZIONE 0 - ALTRUISMO 0 - ANTICIPAZIONE 0 - UMORISMO 0 - AUTOAFFERMAZIONE 1 - AUTOSSERVAZIONE 6 - SUBLIMAZIONE 0 - REPRESSIONE 0 <p>SUBTOTALE= 7 PESO DELLA DIFESA X 7= 49</p> <p>6. DIFESE OSSESSIVE</p> <ul style="list-style-type: none"> - ISOLAMENTO 1 - INTELLETTUALIZZAZIONE 0 	<p>3. DIFESE DI DINIEGO</p> <ul style="list-style-type: none"> - NEGAZIONE 0 - PROIEZIONE 0 - RAZIONALIZZAZIONE 1 <p>ALTRE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - FANTASIA 0 <p>SUBTOTALE= 1 PESO DELLA DIFESA X 3= 3</p> <p>2. DIFESE BORDERLINE</p> <ul style="list-style-type: none"> - SCISSIONE (IMM. OGG.) 0 - SCISSIONE (IMM.SE') 0
---	---

- ANNULLAMENTO RETROATTIVO	0	- IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA	0
SUBTOTALE= 1 PESO DELLA DIFESA X 6= 6		SUBTOTALE= 0 PESO DELLA DIFESA X 2= 0	
5. ALTRE DIFESE NEVROTICHE			
- RIMOZIONE	0	1. DIFESE ACTING	
- DISSOCIAZIONE	0	- ACTING OUT	0
- FORMAZIONE REATTIVA	0	- AGGRESSIONE PASSIVA	3
- SPOSTAMENTO	1	- IPOCONDRIASI	0
SUBTOTALE= 1 PESO DELLA DIFESA X 5= 5		SUBTOTALE= 3 PESO DELLA DIFESA X 1= 3	
4. DIFESE NARCISISTICHE			
- ONNIPOTENZA	0		
- IDEALIZZAZIONE	3		
- SVALUTAZIONE	2		
SUBTOTALE= 5 PESO DELLA DIFESA X 4= 20			
A) SOMMA TOTALE DELLE DIFESE = 18			
B) SOMMA DELLE DIFESE X IL LORO PESO = 86			
C) PUNTEGGIO GLOBALE DI MATURITA' DELLE DIFESE (1=BASSO, 7= ALTO) B/A = 4.78			

Tabella 3.9: scheda di valutazione DMRS terza seduta del Paziente 3.

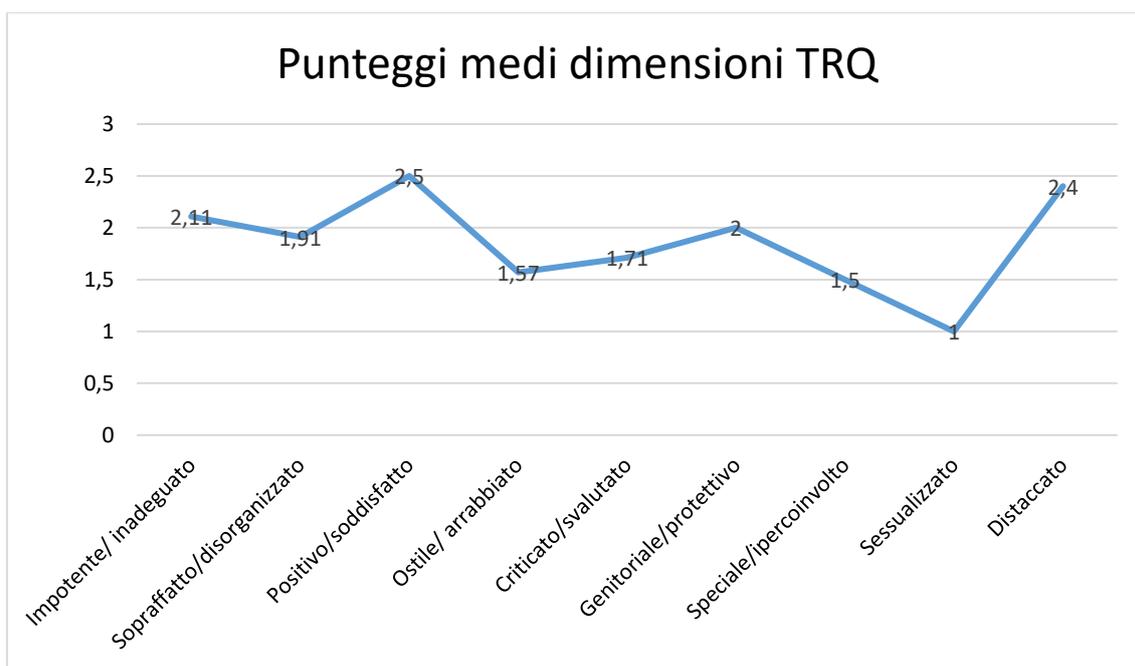
7. DIFESE MATURE		3. DIFESE DI DINIEGO	
- AFFILIAZIONE	3	- NEGAZIONE	0
- ALTRUISMO	1	- PROIEZIONE	0
- ANTICIPAZIONE	2	- RAZIONALIZZAZIONE	0
- UMORISMO	1	ALTRE:	
- AUTOAFFERMAZIONE	2	- FANTASIA	0
- AUTOSSERVAZIONE	13		
- SUBLIMAZIONE	0		
- REPRESSIONE	0		
SUBTOTALE= 22 PESO DELLA DIFESA X 7= 154		SUBTOTALE= 0 PESO DELLA DIFESA X 3= 0	
6. DIFESE OSSESSIVE			
- ISOLAMENTO	0	2. DIFESE BORDERLINE	
- INTELLETTUALIZZAZIONE	1	- SCISSIONE (IMM. OGG.)	0
- ANNULLAMENTO RETROATTIVO	1	- SCISSIONE (IMM. SE')	0
		- IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA	0
SUBTOTALE= 2 PESO DELLA DIFESA X 6= 12		SUBTOTALE= 0 PESO DELLA DIFESA X 2= 0	
5. ALTRE DIFESE NEVROTICHE			
- RIMOZIONE	0	1. DIFESE ACTING	
- DISSOCIAZIONE	0	- ACTING OUT	0
- FORMAZIONE REATTIVA	0	- AGGRESSIONE PASSIVA	0
- SPOSTAMENTO	0	- IPOCONDRIASI	0
SUBTOTALE= 0 PESO DELLA DIFESA X 5= 0		SUBTOTALE= 0 PESO DELLA DIFESA X 1= 0	
4. DIFESE NARCISISTICHE			
- ONNIPOTENZA	0		
- IDEALIZZAZIONE	0		
- SVALUTAZIONE	1		

SUBTOTALE= 1 PESO DELLA DIFESA X 4= 4
A) SOMMA TOTALE DELLE DIFESE = 25 B) SOMMA DELLE DIFESE X IL LORO PESO = 170 C) PUNTEGGIO GLOBALE DI MATURITA' DELLE DIFESE (1=BASSO, 7= ALTO) B/A = 6.8

Rispetto invece a quanto ottenuto dalla compilazione del TRQ eseguita dal clinico, i punteggi medi ottenuti per ciascuna dimensione sono riportati nel Grafico 3.

Il fattore che ha ottenuto un punteggio medio più elevato è “Positivo/soddisfatto” (M=2.5), seguito da “Distaccato” (M=2.4) e da “Impotente/inadeguato” (M=2.11). La dimensione che ha ottenuto, invece, un valore medio più basso è “Sessualizzato” (M=1.00).

Grafico 3: punteggi medi dimensioni TRQ somministrato al terapeuta del Paziente 3.



3.4 Paziente 4

I risultati emersi dall'applicazione della DMRS ai tre trascritti della Paziente 4 sono esposti nelle Tabelle 3.10, 3.11 e 3.12.

La paziente ha fatto uso di 40 difese nella prima seduta, 24 nella seconda e 32 nella terza. In totale, sono state impiegati 96 meccanismi difensivi.

I punteggi ODF ottenuti sono: 3.93 nella prima seduta, 4.21 nella seconda e 4.19 nella terza.

I Cluster difensivi maggiormente utilizzati dalla paziente nelle tre sedute sono i seguenti:

- Cluster 3 (Difese di diniego): il paziente ne ha utilizzate 17 nella prima seduta, 8 nella seconda e 12 nella terza, per un totale di 37.
- Cluster 4 (Difese narcisistiche): ne sono state rilevate 3 nella prima seduta, 5 nella seconda e 8 nella terza, per un totale di 16.
- Cluster 6 (Difese ossessive): il paziente ne ha utilizzate 7 nella prima seduta, 7 nella seconda e 1 nella terza, per un totale di 15.

Il Cluster meno utilizzato dalla paziente è il Cluster 4 (Difese nevrotiche), con un totale di 2 Difese nevrotiche messe in atto nelle tre sedute.

Tabella 3.10: scheda di valutazione DMRS prima seduta della Paziente 4.

<p>7. DIFESE MATURE</p> <ul style="list-style-type: none"> - AFFILIAZIONE 0 - ALTRUISMO 0 - ANTICIPAZIONE 1 - UMORISMO 0 - AUTOAFFERMAZIONE 1 - AUTOSSERVAZIONE 3 - SUBLIMAZIONE 0 - REPRESSIONE 0 <p>SUBTOTALE= 5 PESO DELLA DIFESA X 7= 35</p> <p>6. DIFESE OSSESSIVE</p> <ul style="list-style-type: none"> - ISOLAMENTO 1 - INTELLETTUALIZZAZIONE 0 - ANNULLAMENTO RETROATTIVO 6 <p>SUBTOTALE= 7 PESO DELLA DIFESA X 6= 42</p> <p>5. ALTRE DIFESE NEVROTICHE</p> <ul style="list-style-type: none"> - RIMOZIONE 0 - DISSOCIAZIONE 1 - FORMAZIONE REATTIVA 0 - SPOSTAMENTO 0 <p>SUBTOTALE= 1 PESO DELLA DIFESA X 5= 5</p> <p>4. DIFESE NARCISISTICHE</p> <ul style="list-style-type: none"> - ONNIPOTENZA 0 - IDEALIZZAZIONE 3 - SVALUTAZIONE 0 <p>SUBTOTALE= 3 PESO DELLA DIFESA X 4= 12</p>	<p>3. DIFESE DI DINIEGO</p> <ul style="list-style-type: none"> - NEGAZIONE 2 - PROIEZIONE 4 - RAZIONALIZZAZIONE 11 <p>ALTRE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - FANTASIA 0 <p>SUBTOTALE= 17 PESO DELLA DIFESA X 3= 51</p> <p>2. DIFESE BORDERLINE</p> <ul style="list-style-type: none"> - SCISSIONE (IMM. OGG.) 0 - SCISSIONE (IMM. SE') 0 - IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA 5 <p>SUBTOTALE= 5 PESO DELLA DIFESA X 2= 10</p> <p>1. DIFESE ACTING</p> <ul style="list-style-type: none"> - ACTING OUT 1 - AGGRESSIONE PASSIVA 1 - IPOCONDRIASI 0 <p>SUBTOTALE= 2 PESO DELLA DIFESA X 1= 2</p>
--	--

A) SOMMA TOTALE DELLE DIFESE = 40
 B) SOMMA DELLE DIFESE X IL LORO PESO = 157
 C) PUNTEGGIO GLOBALE DI MATURITA' DELLE DIFESE (1=BASSO, 7= ALTO) B/A = **3.93**

Tabella 3.11: scheda di valutazione DMRS seconda seduta della Paziente 4.

<p>7. DIFESE MATURE</p> <ul style="list-style-type: none"> - AFFILIAZIONE 0 - ALTRUISMO 1 - ANTICIPAZIONE 0 - UMORISMO 0 - AUTOAFFERMAZIONE 0 - AUTOSSERVAZIONE 0 - SUBLIMAZIONE 0 - REPRESSIONE 0 <p>SUBTOTALE= 1 PESO DELLA DIFESA X 7= 7</p> <p>6. DIFESE OSSESSIVE</p> <ul style="list-style-type: none"> - ISOLAMENTO 5 - INTELLETTUALIZZAZIONE 0 - ANNULLAMENTO RETROATTIVO 2 <p>SUBTOTALE= 7 PESO DELLA DIFESA X 6= 42</p> <p>5. ALTRE DIFESE NEVROTICHE</p> <ul style="list-style-type: none"> - RIMOZIONE 1 - DISSOCIAZIONE 0 - FORMAZIONE REATTIVA 0 - SPOSTAMENTO 0 <p>SUBTOTALE= 1 PESO DELLA DIFESA X 5= 5</p> <p>4. DIFESE NARCISISTICHE</p> <ul style="list-style-type: none"> - ONNIPOTENZA 0 - IDEALIZZAZIONE 0 - SVALUTAZIONE 5 <p>SUBTOTALE= 5 PESO DELLA DIFESA X 4= 20</p>	<p>3. DIFESE DI DINIEGO</p> <ul style="list-style-type: none"> - NEGAZIONE 3 - PROIEZIONE 1 - RAZIONALIZZAZIONE 4 <p>ALTRE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - FANTASIA 0 <p>SUBTOTALE= 8 PESO DELLA DIFESA X 3= 24</p> <p>2. DIFESE BORDERLINE</p> <ul style="list-style-type: none"> - SCISSIONE (IMM. OGG.) 0 - SCISSIONE (IMM.SE') 0 - IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA 1 <p>SUBTOTALE= 1 PESO DELLA DIFESA X 2= 2</p> <p>1. DIFESE ACTING</p> <ul style="list-style-type: none"> - ACTING OUT 0 - AGGRESSIONE PASSIVA 1 - IPOCONDRIASI 0 <p>SUBTOTALE= 1 PESO DELLA DIFESA X 1= 1</p>
<p>A) SOMMA TOTALE DELLE DIFESE = 24 B) SOMMA DELLE DIFESE X IL LORO PESO = 101 C) PUNTEGGIO GLOBALE DI MATURITA' DELLE DIFESE (1=BASSO, 7= ALTO) B/A = 4.21</p>	

Tabella 3.12: scheda di valutazione DMRS terza seduta della Paziente 4.

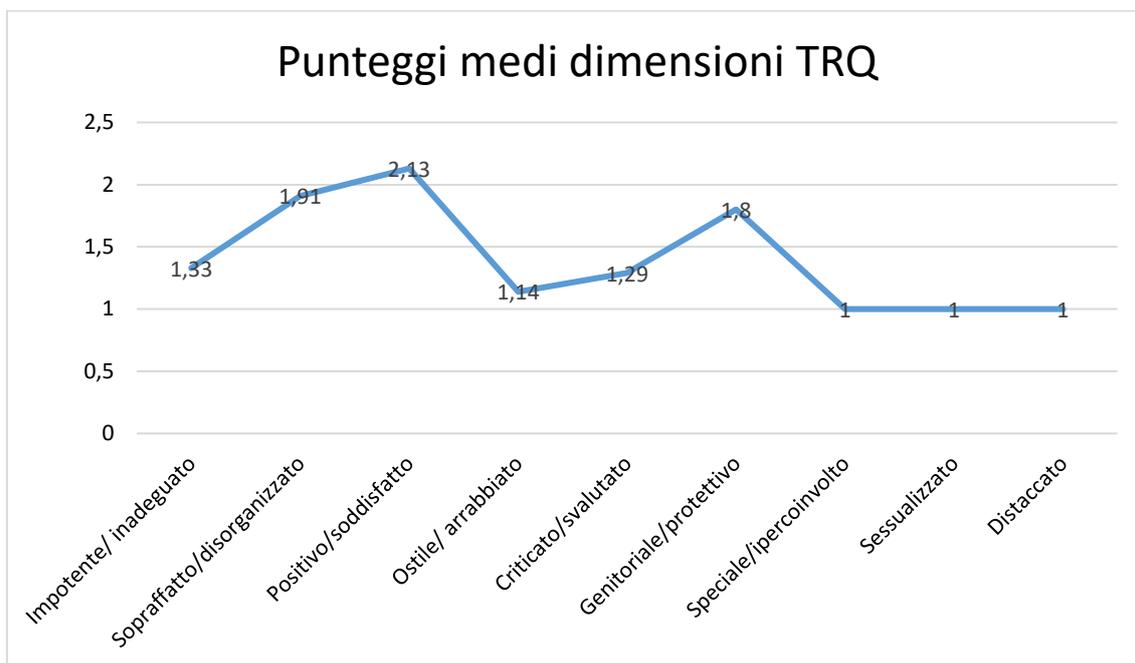
<p>7. DIFESE MATURE</p> <ul style="list-style-type: none"> - AFFILIAZIONE 0 - ALTRUISMO 0 - ANTICIPAZIONE 0 - UMORISMO 0 - AUTOAFFERMAZIONE 1 - AUTOSSERVAZIONE 7 - SUBLIMAZIONE 0 	<p>3. DIFESE DI DINIEGO</p> <ul style="list-style-type: none"> - NEGAZIONE 1 - PROIEZIONE 2 - RAZIONALIZZAZIONE 8 <p>ALTRE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - FANTASIA 1
---	---

- REPRESSIONE	0		
SUBTOTALE= 8 PESO DELLA DIFESA X 7= 56		SUBTOTALE= 12 PESO DELLA DIFESA X 3= 36	
6. DIFESE OSSESSIVE		2. DIFESE BORDERLINE	
- ISOLAMENTO	0	- SCISSIONE (IMM. OGG.)	0
- INTELLETTUALIZZAZIONE	1	- SCISSIONE (IMM.SE')	0
- ANNULLAMENTO RETROATTIVO	0	- IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA	1
SUBTOTALE= 1 PESO DELLA DIFESA X 6= 6		SUBTOTALE= 1 PESO DELLA DIFESA X 2= 2	
5. ALTRE DIFESE NEVROTICHE		1. DIFESE ACTING	
- RIMOZIONE	0	- ACTING OUT	2
- DISSOCIAZIONE	0	- AGGRESSIONE PASSIVA	0
- FORMAZIONE REATTIVA	0	- IPOCONDRIASI	0
- SPOSTAMENTO	0	SUBTOTALE= 2 PESO DELLA DIFESA X 1= 2	
SUBTOTALE= 0 PESO DELLA DIFESA X 5= 0			
4. DIFESE NARCISISTICHE			
- ONNIPOTENZA	1		
- IDEALIZZAZIONE	3		
- SVALUTAZIONE	4		
SUBTOTALE= 8 PESO DELLA DIFESA X 4= 32			
<p>A) SOMMA TOTALE DELLE DIFESE = 32 B) SOMMA DELLE DIFESE X IL LORO PESO = 134 C) PUNTEGGIO GLOBALE DI MATURITA' DELLE DIFESE (1=BASSO, 7= ALTO) B/A = 4.19</p>			

I valori medi ottenuti dalla compilazione del TRQ da parte del clinico sono riportati nel Grafico 4.

La dimensione controtransferale che ha ottenuto un punteggio medio più elevato è “Positivo/soddisfatto” (M=2.13), seguita da “Sopraffatto/disorganizzato” (M=1.91) e da “Genitoriale/protettivo” (M=1.8). I fattori con un valore medio più basso sono “Speciale/ipercoinvolto”, “Sessualizzato” e “Distaccato” (M=1).

Grafico 4: punteggi medi dimensioni TRQ somministrato al terapeuta della Paziente 4.



3.5 Paziente 5

I punteggi ottenuti dall'applicazione della DMRS alle tre sedute del Paziente 5 sono illustrati nelle Tabelle 3.13, 3.14 e 3.15.

Il numero di meccanismi di difesa rilevati in ciascun trascritto è pari a 15 nel primo, 9 nel secondo e 8 nel terzo. In totale, il paziente ha impiegato 32 difese.

Per quanto riguarda il punteggio ODF ottenuto, è emerso un valore di 6.46 nella prima seduta, di 6 nella seconda seduta e di 6.25 nella terza seduta

I Cluster difensivi maggiormente utilizzati nei tre trascritti sono:

- Cluster 7 (Difese mature): il paziente ne ha utilizzate 10 nella prima seduta, 6 nella seconda e 5 nella terza, per un totale di 21.
- Cluster 6 (Difese ossessive): ne sono state rilevate 4 nella prima seduta, 1 nella seconda e 2 nella terza, per un totale di 7.
- Cluster 3 (Difese di diniego): il paziente ne ha utilizzate 1 nella prima seduta, 2 nella seconda e 1 nella terza, per un totale di 4.

Il paziente non ha fatto uso delle difese appartenenti al Cluster 5 (Difese nevrotiche), al Cluster 4 (Difese narcisistiche), al Cluster 2 (Difese borderline) e al Cluster 1 (Difese di acting).

Tabella 3.13: scheda di valutazione DMRS prima seduta del Paziente 5.

<p>7. DIFESE MATURE</p> <ul style="list-style-type: none"> - AFFILIAZIONE 1 - ALTRUISMO 0 - ANTICIPAZIONE 0 - UMORISMO 0 - AUTOAFFERMAZIONE 4 - AUTOSSERVAZIONE 5 - SUBLIMAZIONE 0 - REPRESSIONE 0 <p>SUBTOTALE= 10 PESO DELLA DIFESA X 7= 70</p> <p>6. DIFESE OSSESSIVE</p> <ul style="list-style-type: none"> - ISOLAMENTO 4 - INTELLETTUALIZZAZIONE 0 - ANNULLAMENTO RETROATTIVO 0 <p>SUBTOTALE= 4 PESO DELLA DIFESA X 6= 24</p> <p>5. ALTRE DIFESE NEVROTICHE</p> <ul style="list-style-type: none"> - RIMOZIONE 0 - DISSOCIAZIONE 0 - FORMAZIONE REATTIVA 0 - SPOSTAMENTO 0 <p>SUBTOTALE= 0 PESO DELLA DIFESA X 5= 0</p> <p>4. DIFESE NARCISISTICHE</p> <ul style="list-style-type: none"> - ONNIPOTENZA 0 - IDEALIZZAZIONE 0 - SVALUTAZIONE 0 <p>SUBTOTALE= 0 PESO DELLA DIFESA X 4= 0</p>	<p>3. DIFESE DI DINIEGO</p> <ul style="list-style-type: none"> - NEGAZIONE 0 - PROIEZIONE 0 - RAZIONALIZZAZIONE 1 <p>ALTRE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - FANTASIA 0 <p>SUBTOTALE= 1 PESO DELLA DIFESA X 3= 3</p> <p>2. DIFESE BORDERLINE</p> <ul style="list-style-type: none"> - SCISSIONE (IMM. OGG.) 0 - SCISSIONE (IMM.SE') 0 - IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA 0 <p>SUBTOTALE= 0 PESO DELLA DIFESA X 2= 0</p> <p>1. DIFESE ACTING</p> <ul style="list-style-type: none"> - ACTING OUT 0 - AGGRESSIONE PASSIVA 0 - IPOCONDRIASI 0 <p>SUBTOTALE= 0 PESO DELLA DIFESA X 1= 0</p>
<p>A) SOMMA TOTALE DELLE DIFESE = 15 B) SOMMA DELLE DIFESE X IL LORO PESO = 97 C) PUNTEGGIO GLOBALE DI MATURITA' DELLE DIFESE (1=BASSO, 7= ALTO) B/A = 6.46</p>	

Tabella 3.14: scheda di valutazione DMRS seconda seduta del Paziente 5.

<p>7. DIFESE MATURE</p> <ul style="list-style-type: none"> - AFFILIAZIONE 1 - ALTRUISMO 0 - ANTICIPAZIONE 0 - UMORISMO 0 - AUTOAFFERMAZIONE 3 - AUTOSSERVAZIONE 2 - SUBLIMAZIONE 0 - REPRESSIONE 0 <p>SUBTOTALE= 6 PESO DELLA DIFESA X 7= 42</p> <p>6. DIFESE OSSESSIVE</p> <ul style="list-style-type: none"> - ISOLAMENTO 0 - INTELLETTUALIZZAZIONE 0 - ANNULLAMENTO RETROATTIVO 1 	<p>3. DIFESE DI DINIEGO</p> <ul style="list-style-type: none"> - NEGAZIONE 0 - PROIEZIONE 0 - RAZIONALIZZAZIONE 2 <p>ALTRE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - FANTASIA 0 <p>SUBTOTALE= 2 PESO DELLA DIFESA X 3= 6</p> <p>2. DIFESE BORDERLINE</p> <ul style="list-style-type: none"> - SCISSIONE (IMM. OGG.) 0 - SCISSIONE (IMM.SE') 0 - IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA 0
---	---

<p>SUBTOTALE= 1 PESO DELLA DIFESA X 6= 6</p> <p>5. ALTRE DIFESE NEVROTICHE</p> <ul style="list-style-type: none"> - RIMOZIONE 0 - DISSOCIAZIONE 0 - FORMAZIONE REATTIVA 0 - SPOSTAMENTO 0 <p>SUBTOTALE= 0 PESO DELLA DIFESA X 5= 0</p> <p>4. DIFESE NARCISISTICHE</p> <ul style="list-style-type: none"> - ONNIPOTENZA 0 - IDEALIZZAZIONE 0 - SVALUTAZIONE 0 <p>SUBTOTALE= 0 PESO DELLA DIFESA X 4= 0</p>	<p>SUBTOTALE= 0 PESO DELLA DIFESA X 2= 0</p> <p>1. DIFESE ACTING</p> <ul style="list-style-type: none"> - ACTING OUT 0 - AGGRESSIONE PASSIVA 0 - IPOCONDRIASI 0 <p>SUBTOTALE= 0 PESO DELLA DIFESA X 1= 0</p>
<p>A) SOMMA TOTALE DELLE DIFESE = 9 B) SOMMA DELLE DIFESE X IL LORO PESO = 54 C) PUNTEGGIO GLOBALE DI MATURITA' DELLE DIFESE (1=BASSO, 7= ALTO) B/A = 6</p>	

Tabella 3.15: scheda di valutazione DMRS terza seduta del Paziente 5.

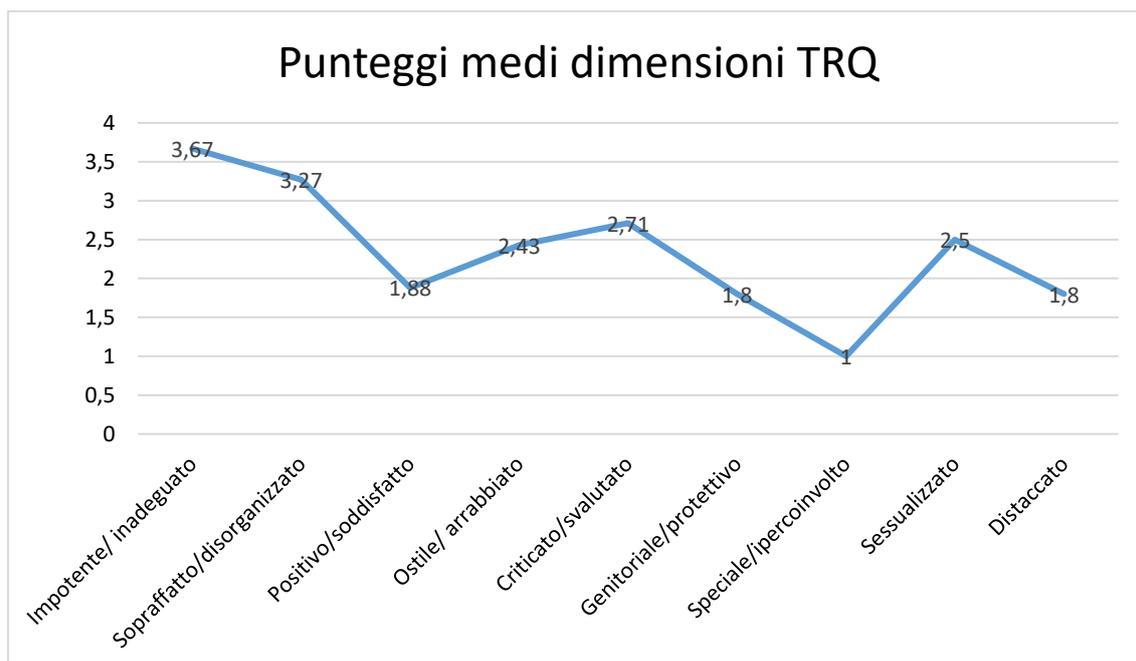
<p>7. DIFESE MATURE</p> <ul style="list-style-type: none"> - AFFILIAZIONE 1 - ALTRUISMO 0 - ANTICIPAZIONE 0 - UMORISMO 0 - AUTOAFFERMAZIONE 1 - AUTOSSERVAZIONE 3 - SUBLIMAZIONE 0 - REPRESSIONE 0 <p>SUBTOTALE= 5 PESO DELLA DIFESA X 7= 35</p> <p>6. DIFESE OSSESSIVE</p> <ul style="list-style-type: none">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

SUBTOTALE= 0 PESO DELLA DIFESA X 4= 0
A) SOMMA TOTALE DELLE DIFESE = 8 B) SOMMA DELLE DIFESE X IL LORO PESO = 50 C) PUNTEGGIO GLOBALE DI MATURITA' DELLE DIFESE (1=BASSO, 7= ALTO) B/A = 6.25

Rispetto invece a quanto ottenuto dalla compilazione del TRQ del clinico, i valori medi ottenuti di ciascun fattore sono riportati nel Grafico 5.

Dalla figura si evince che la dimensione controtrasferale con un punteggio medio più elevato è “Impotente/inadeguato” (M=3.67), mentre il secondo e il terzo sono rispettivamente “Sopraffatto/disorganizzato” (M=3.27) e “Criticato/svalutato” (M=2.71). Il fattore, invece, che ha ottenuto un punteggio medio minore è “Speciale/ipercoinvolto” (M=1).

Grafico 5: punteggi medi dimensioni TRQ somministrato al terapeuta del Paziente 5.



3.6 Paziente 6

I risultati ottenuti dall'applicazione della DMRS ai trascritti del Paziente 6 sono esposti nelle Tabelle 3.16, 3.17 e 3.18.

Il paziente ha utilizzato 22 difese nella prima seduta, 20 nella seconda e 17 nella terza. In

totale, sono state impiegate 59 meccanismi difensivi.

Il punteggio ODF emerso è stato di 3.23 nella prima seduta, di 3.15 nella seconda e di 3.94 nella terza.

I Cluster difensivi maggiormente utilizzati nei tre trascritti dal paziente sono stati i seguenti:

- Cluster 1 (Difese di acting): il paziente ne ha utilizzate 9 nella prima seduta, 3 nella seconda e 4 nella terza, per un totale di 16.
- Cluster 3 (Difese di diniego): il paziente ne ha fatto uso per 3 volte nella prima seduta, per 9 nella seconda e per 3 nella terza, con un totale di 15.
- Cluster 4 (Difese narcisistiche): ne sono state rilevate 4 nella prima seduta, 7 nella seconda e 3 nella terza, con un totale di 14.

Il Cluster difensivo meno utilizzato è il Cluster 2 (Difese borderline), le cui difese il paziente non ha utilizzato in nessuna seduta.

Tabella 3.16: scheda di valutazione DMRS prima seduta del Paziente 6.

<p>7. DIFESE MATURE</p> <ul style="list-style-type: none"> - AFFILIAZIONE 0 - ALTRUISMO 0 - ANTICIPAZIONE 0 - UMORISMO 0 - AUTOAFFERMAZIONE 2 - AUTOSSERVAZIONE 0 - SUBLIMAZIONE 0 - REPRESSIONE 0 <p>SUBTOTALE= 2 PESO DELLA DIFESA X 7= 14</p> <p>6. DIFESE OSSESSIVE</p> <ul style="list-style-type: none"> - ISOLAMENTO 1 - INTELLETTUALIZZAZIONE 1 - ANNULLAMENTO RETROATTIVO 1 <p>SUBTOTALE= 3 PESO DELLA DIFESA X 6= 18</p> <p>5. ALTRE DIFESE NEVROTICHE</p> <ul style="list-style-type: none"> - RIMOZIONE 0 - DISSOCIAZIONE 0 - FORMAZIONE REATTIVA 0 - SPOSTAMENTO 1 <p>SUBTOTALE= 1 PESO DELLA DIFESA X 5= 5</p> <p>4. DIFESE NARCISISTICHE</p> <ul style="list-style-type: none"> - ONNIPOTENZA 0 - IDEALIZZAZIONE 1 	<p>3. DIFESE DI DINIEGO</p> <ul style="list-style-type: none"> - NEGAZIONE 1 - PROIEZIONE 0 - RAZIONALIZZAZIONE 2 <p>ALTRE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - FANTASIA 0 <p>SUBTOTALE= 3 PESO DELLA DIFESA X 3= 9</p> <p>2. DIFESE BORDERLINE</p> <ul style="list-style-type: none"> - SCISSIONE (IMM. OGG.) 0 - SCISSIONE (IMM.SE') 0 - IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA 0 <p>SUBTOTALE= 0 PESO DELLA DIFESA X 2= 0</p> <p>1. DIFESE ACTING</p> <ul style="list-style-type: none"> - ACTING OUT 0 - AGGRESSIONE PASSIVA 9 - IPOCONDRIASI 0 <p>SUBTOTALE= 9 PESO DELLA DIFESA X 1= 9</p>
--	---

- SVALUTAZIONE	3	
SUBTOTALE= 4 PESO DELLA DIFESA X 4= 16		
A) SOMMA TOTALE DELLE DIFESE = 22 B) SOMMA DELLE DIFESE X IL LORO PESO = 71 C) PUNTEGGIO GLOBALE DI MATURITA' DELLE DIFESE (1=BASSO, 7= ALTO) B/A = 3.23		

Tabella 3.17: scheda di valutazione DMRS seconda seduta del Paziente 6.

7. DIFESE MATURE - AFFILIAZIONE 0 - ALTRUISMO 0 - ANTICIPAZIONE 0 - UMORISMO 0 - AUTOAFFERMAZIONE 0 - AUTOSSERVAZIONE 0 - SUBLIMAZIONE 0 - REPRESSIONE 0 SUBTOTALE= 0 PESO DELLA DIFESA X 7= 0 6. DIFESE OSSESSIVE - ISOLAMENTO 0 - INTELLETTUALIZZAZIONE 0 - ANNULLAMENTO RETROATTIVO 0 SUBTOTALE= 0 PESO DELLA DIFESA X 6= 0 5. ALTRE DIFESE NEVROTICHE - RIMOZIONE 0' - DISSOCIAZIONE 0 - FORMAZIONE REATTIVA 1 - SPOSTAMENTO 0 SUBTOTALE= 1 PESO DELLA DIFESA X 5= 5 4. DIFESE NARCISISTICHE - ONNIPOTENZA 1 - IDEALIZZAZIONE 6 - SVALUTAZIONE 0 SUBTOTALE= 7 PESO DELLA DIFESA X 4= 28	3. DIFESE DI DINIEGO - NEGAZIONE 0 - PROIEZIONE 0 - RAZIONALIZZAZIONE 9 ALTRE: - FANTASIA 0 SUBTOTALE= 9 PESO DELLA DIFESA X 3= 27 2. DIFESE BORDERLINE - SCISSIONE (IMM. OGG.) 0 - SCISSIONE (IMM. SE') 0 - IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA 0 SUBTOTALE= 0 PESO DELLA DIFESA X 2= 0 1. DIFESE ACTING - ACTING OUT 0 - AGGRESSIONE PASSIVA 3 - IPOCONDRIASI 0 SUBTOTALE= 3 PESO DELLA DIFESA X 1= 3
A) SOMMA TOTALE DELLE DIFESE = 20 B) SOMMA DELLE DIFESE X IL LORO PESO = 63 C) PUNTEGGIO GLOBALE DI MATURITA' DELLE DIFESE (1=BASSO, 7= ALTO) B/A = 3.15	

Tabella 3.18: scheda di valutazione DMRS terza seduta del Paziente 6.

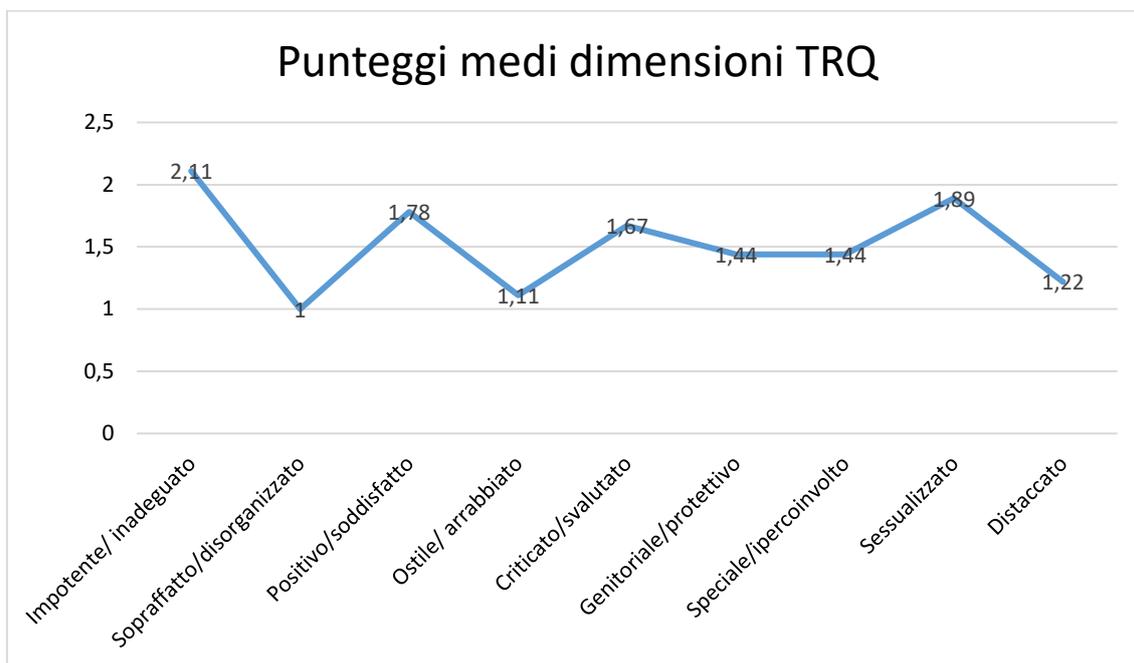
7. DIFESE MATURE - AFFILIAZIONE 1 - ALTRUISMO 0	3. DIFESE DI DINIEGO - NEGAZIONE 0 - PROIEZIONE 0
--	--

- ANTICIPAZIONE	0	- RAZIONALIZZAZIONE	3
- UMORISMO	0	ALTRE:	
- AUTOAFFERMAZIONE	0	- FANTASIA	0
- AUTOSSERVAZIONE	1		
- SUBLIMAZIONE	0		
- REPRESSIONE	0		
SUBTOTALE= 2 PESO DELLA DIFESA X 7= 14		SUBTOTALE= 3 PESO DELLA DIFESA X 3= 9	
6. DIFESE OSSESSIVE		2. DIFESE BORDERLINE	
- ISOLAMENTO	2	- SCISSIONE (IMM. OGG.)	0
- INTELLETTUALIZZAZIONE	1	- SCISSIONE (IMM.SE')	0
- ANNULLAMENTO RETROATTIVO	0	- IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA	0
SUBTOTALE= 3 PESO DELLA DIFESA X 6= 18		SUBTOTALE= 0 PESO DELLA DIFESA X 2= 0	
5. ALTRE DIFESE NEVROTICHE		1. DIFESE ACTING	
- RIMOZIONE	0	- ACTING OUT	0
- DISSOCIAZIONE	0	- AGGRESSIONE PASSIVA	4
- FORMAZIONE REATTIVA	0	- IPOCONDRIASI	0
- SPOSTAMENTO	2		
SUBTOTALE= 2 PESO DELLA DIFESA X 5= 10		SUBTOTALE= 4 PESO DELLA DIFESA X 1= 4	
4. DIFESE NARCISISTICHE			
- ONNIPOTENZA	0		
- IDEALIZZAZIONE	2		
- SVALUTAZIONE	1		
SUBTOTALE= 3 PESO DELLA DIFESA X 4= 12			
A) SOMMA TOTALE DELLE DIFESE = 17			
B) SOMMA DELLE DIFESE X IL LORO PESO = 67			
C) PUNTEGGIO GLOBALE DI MATURITA' DELLE DIFESE (1=BASSO, 7= ALTO) B/A = 3.94			

Per quanto riguarda la compilazione del TRQ da parte del clinico, i valori medi ottenuti sono riportati nel Grafico 6.

La dimensione controtransferale che ha ottenuto un valore maggiore è "Impotente/inadeguato" (M=2.11), seguita da "Sessualizzato" (M=1.89) e da "Positivo/soddisfatto" (M=1.78). Il fattore con un valore medio minore è "Sopraffatto/disorganizzato" (M=1).

Grafico 6: punteggi medi dimensioni TRQ somministrato al terapeuta del Paziente 6.



3.7 Paziente 7

I valori ottenuti dall'applicazione della DMRS alle tre sedute della Paziente 7 sono illustrati nelle Tabelle 3.19, 3.21 e 3.21.

Il numero di difese rilevate in ciascun trascritto è rispettivamente di 22 nel primo, di 12 nel secondo e di 19 nel terzo. In totale, sono state utilizzate 53 difese.

I Cluster difensivi maggiormente utilizzati, esposti in ordine decrescente per frequenza, sono i seguenti:

- Cluster 7 (Difese mature): la paziente ne ha utilizzate 8 nella prima seduta, 4 nella seconda e 4 nella terza, per un totale di 16.
- Cluster 6 (Difese ossessive): ne sono state rilevate 5 nella prima seduta, 3 nella seconda e 6 nella terza, per un totale di 14.
- Cluster 3 (Difese di diniego): la paziente ne ha utilizzate 5 nella prima seduta, 1 nella seconda e 7 nella terza, per un totale di 13.

Il Cluster meno utilizzato è il Cluster 2 (Difese borderline), di cui non state utilizzate difese in nessuna seduta.

Tabella 3.19: scheda di valutazione DMRS prima seduta della Paziente 7.

<p>7. DIFESE MATURE</p> <ul style="list-style-type: none"> - AFFILIAZIONE 2 - ALTRUISMO 0 - ANTICIPAZIONE 0 - UMORISMO 0 - AUTOAFFERMAZIONE 1 - AUTOSSERVAZIONE 5 - SUBLIMAZIONE 0 - REPRESSIONE 0 <p>SUBTOTALE= 8 PESO DELLA DIFESA X 7= 56</p> <p>6. DIFESE OSSESSIVE</p> <ul style="list-style-type: none"> - ISOLAMENTO 0 - INTELLETTUALIZZAZIONE 0 - ANNULLAMENTO RETROATTIVO 5 <p>SUBTOTALE= 5 PESO DELLA DIFESA X 6= 30</p> <p>5. ALTRE DIFESE NEVROTICHE</p> <ul style="list-style-type: none"> - RIMOZIONE 0 - DISSOCIAZIONE 0 - FORMAZIONE REATTIVA 0 - SPOSTAMENTO 0 <p>SUBTOTALE= 0 PESO DELLA DIFESA X 5= 0</p> <p>4. DIFESE NARCISISTICHE</p> <ul style="list-style-type: none"> - ONNIPOTENZA 0 - IDEALIZZAZIONE 0 - SVALUTAZIONE 0 <p>SUBTOTALE= 0 PESO DELLA DIFESA X 4= 0</p>	<p>3. DIFESE DI DINIEGO</p> <ul style="list-style-type: none"> - NEGAZIONE 0 - PROIEZIONE 0 - RAZIONALIZZAZIONE 5 <p>ALTRE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - FANTASIA 0 <p>SUBTOTALE= 5 PESO DELLA DIFESA X 3= 15</p> <p>2. DIFESE BORDERLINE</p> <ul style="list-style-type: none"> - SCISSIONE (IMM. OGG.) 0 - SCISSIONE (IMM.SE') 0 - IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA 0 <p>SUBTOTALE= 0 PESO DELLA DIFESA X 2= 0</p> <p>1. DIFESE ACTING</p> <ul style="list-style-type: none"> - ACTING OUT 0 - AGGRESSIONE PASSIVA 4 - IPOCONDRIASI 0 <p>SUBTOTALE= 4 PESO DELLA DIFESA X 1= 4</p>
<p>A) SOMMA TOTALE DELLE DIFESE = 22 B) SOMMA DELLE DIFESE X IL LORO PESO = 105 C) PUNTEGGIO GLOBALE DI MATURITA' DELLE DIFESE (1=BASSO, 7= ALTO) B/A = 4.77</p>	

Tabella 3.20: scheda di valutazione DMRS seconda seduta della Paziente 7.

<p>7. DIFESE MATURE</p> <ul style="list-style-type: none"> - AFFILIAZIONE 2 - ALTRUISMO 0 - ANTICIPAZIONE 0 - UMORISMO 0 - AUTOAFFERMAZIONE 2 - AUTOSSERVAZIONE 0 - SUBLIMAZIONE 0 - REPRESSIONE 0 <p>SUBTOTALE= 4 PESO DELLA DIFESA X 7= 28</p> <p>6. DIFESE OSSESSIVE</p>	<p>3. DIFESE DI DINIEGO</p> <ul style="list-style-type: none"> - NEGAZIONE 0 - PROIEZIONE 0 - RAZIONALIZZAZIONE 1 <p>ALTRE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - FANTASIA 0 <p>SUBTOTALE= 1 PESO DELLA DIFESA X 3= 3</p> <p>2. DIFESE BORDERLINE</p>
---	--

- ISOLAMENTO	1	- SCISSIONE (IMM. OGG.)	0
- INTELLETTUALIZZAZIONE	0	- SCISSIONE (IMM.SE')	0
- ANNULLAMENTO RETROATTIVO	2	- IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA	0
SUBTOTALE= 3 PESO DELLA DIFESA X 6= 18		SUBTOTALE= 0 PESO DELLA DIFESA X 2= 0	
5. ALTRE DIFESE NEVROTICHE		1. DIFESE ACTING	
- RIMOZIONE	0	- ACTING OUT	0
- DISSOCIAZIONE	0	- AGGRESSIONE PASSIVA	3
- FORMAZIONE REATTIVA	0	- IPOCONDRIASI	0
- SPOSTAMENTO	0	SUBTOTALE= 3 PESO DELLA DIFESA X 1= 3	
SUBTOTALE= 0 PESO DELLA DIFESA X 5= 0			
4. DIFESE NARCISISTICHE			
- ONNIPOTENZA	0		
- IDEALIZZAZIONE	1		
- SVALUTAZIONE	0		
SUBTOTALE= 1 PESO DELLA DIFESA X 4= 4			
<p>A) SOMMA TOTALE DELLE DIFESE = 12 B) SOMMA DELLE DIFESE X IL LORO PESO = 56 C) PUNTEGGIO GLOBALE DI MATURITA' DELLE DIFESE (1=BASSO, 7= ALTO) B/A = 4.67</p>			

Tabella 3.21: scheda di valutazione DMRS terza seduta della Paziente 7.

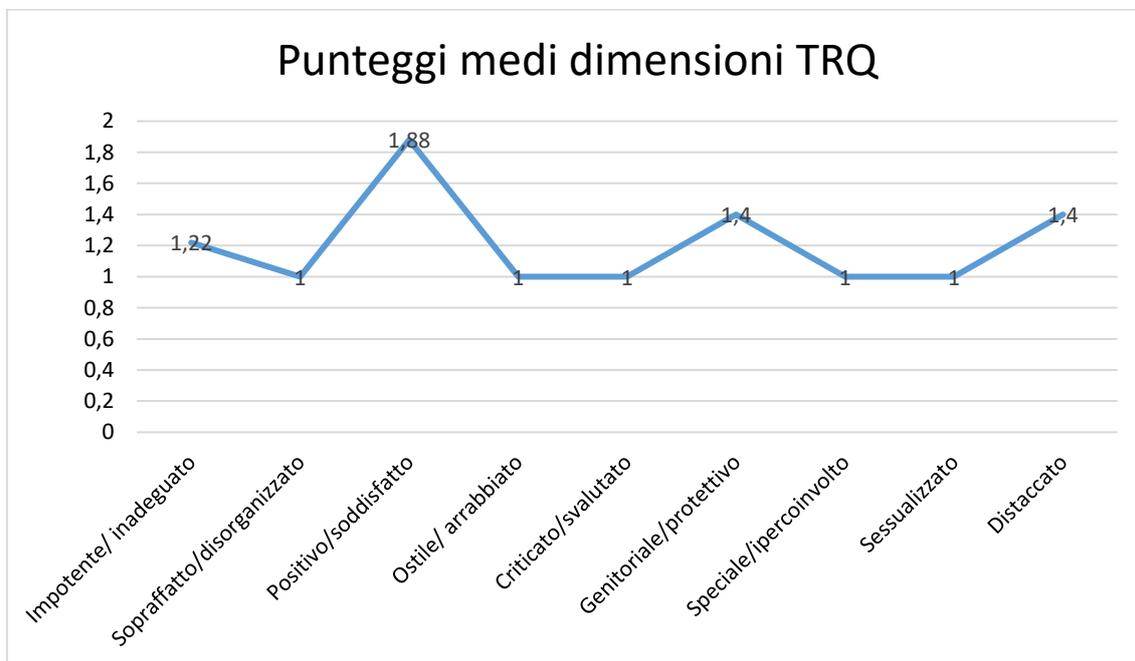
7. DIFESE MATURE		3. DIFESE DI DINIEGO	
- AFFILIAZIONE	1	- NEGAZIONE	0
- ALTRUISMO	0	- PROIEZIONE	0
- ANTICIPAZIONE	0	- RAZIONALIZZAZIONE	7
- UMORISMO	0	ALTRE:	
- AUTOAFFERMAZIONE	0	- FANTASIA	0
- AUTOSSERVAZIONE	2	SUBTOTALE= 7 PESO DELLA DIFESA X 3= 21	
- SUBLIMAZIONE	1	2. DIFESE BORDERLINE	
- REPRESSIONE	0	- SCISSIONE (IMM. OGG.)	0
SUBTOTALE= 4 PESO DELLA DIFESA X 7= 28		- SCISSIONE (IMM.SE')	0
6. DIFESE OSSESSIVE		- IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA	0
- ISOLAMENTO	1	SUBTOTALE= 0 PESO DELLA DIFESA X 2= 0	
- INTELLETTUALIZZAZIONE	0	1. DIFESE ACTING	
- ANNULLAMENTO RETROATTIVO	5	- ACTING OUT	0
SUBTOTALE= 6 PESO DELLA DIFESA X 6= 36		- AGGRESSIONE PASSIVA	0
5. ALTRE DIFESE NEVROTICHE		- IPOCONDRIASI	0
- RIMOZIONE	0	SUBTOTALE= 0 PESO DELLA DIFESA X 1= 0	
- DISSOCIAZIONE	0		
- FORMAZIONE REATTIVA	1		
- SPOSTAMENTO	0		
SUBTOTALE= 1 PESO DELLA DIFESA X 5= 5			
4. DIFESE NARCISISTICHE			

- ONNIPOTENZA	0	
- IDEALIZZAZIONE	1	
- SVALUTAZIONE	0	
SUBTOTALE= 1 PESO DELLA DIFESA X 4= 4		
A) SOMMA TOTALE DELLE DIFESE = 19 B) SOMMA DELLE DIFESE X IL LORO PESO = 94 C) PUNTEGGIO GLOBALE DI MATURITA' DELLE DIFESE (1=BASSO, 7= ALTO) B/A = 4.95		

I valori medi ottenuti dalla compilazione del TRQ da parte del clinico sono riportati nel Grafico 7.

La dimensione controtransferale con un punteggio medio più elevato è “Positivo/soddisfatto” (M=1.88), seguita da “Genitoriale/protettivo” (M=1.4) e da “Distaccato” (M=1.4). I fattori, invece, che riportano un valore medio minore sono “Sopraffatto/disorganizzato”, “Ostile/arrabbiato”, “Criticato/svalutato”, “Speciale/ipercoinvolto” e “Sessualizzato” (M=1).

Grafico 7: punteggi medi dimensioni TRQ somministrato al terapeuta del Paziente 7.

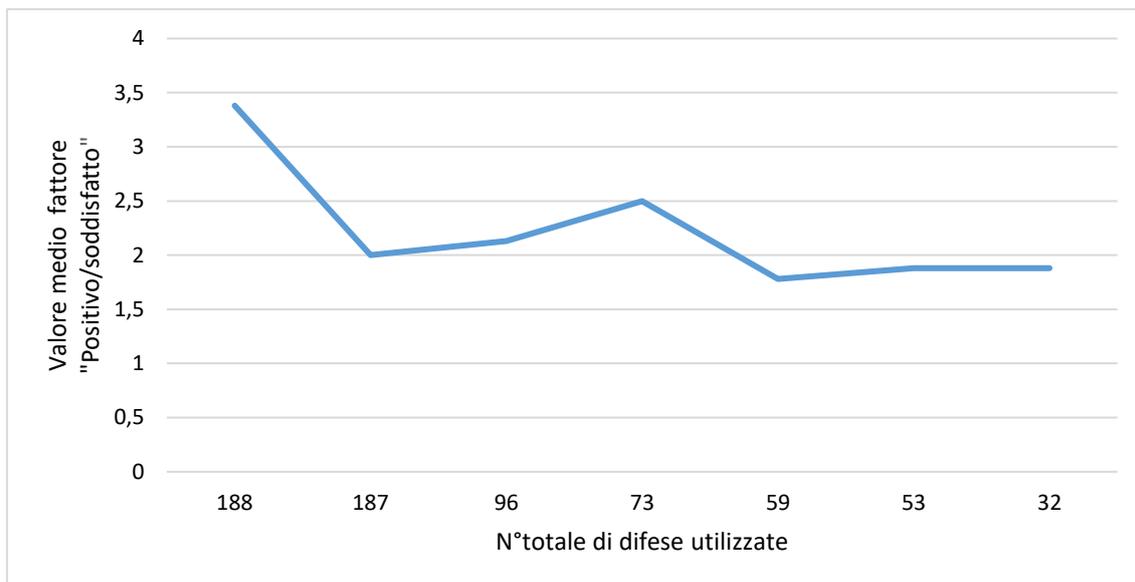


In conclusione, di seguito sono esposti una tabella e un grafico riassuntivi con i principali risultati ottenuti per ogni paziente (Tabella 3.22, Grafico 8). In particolare, nella tabella sono illustrati: il numero di difese totali utilizzate delle tre sedute esaminate, i punteggi ODF ottenuti in ogni trascritto e le due dimensioni controtransferali che hanno riportato un valore medio più elevato per il clinico in questione. Nel grafico, invece, sono riportati il numero totale di difese impiegate per ogni paziente, ordinate in ordine decrescente per frequenza, in relazione al rispettivo punteggio medio ottenuto dal clinico nella dimensione controtransferale del TRQ “Positivo/soddisfatto”, in vista di quanto formulato nella terza ipotesi di ricerca.

Tabella 3.22: sintesi risultati principali per ogni paziente: numero di difese totali impiegate, punteggi ODF per ciascuna seduta e fattori TRQ con valori medi più elevati del rispettivo clinico

	N° difese totali	Punteggi ODF			Fattori TRQ
Paziente 1	188	4.19	4.03	3.96	-Positivo/soddisfatto -Distaccato
Paziente 2	187	4.1	4.53	5.2	-Positivo/soddisfatto -Sopraffatto/disorganizzato
Paziente 3	73	6.5	4.78	6.8	-Positivo/soddisfatto -Distaccato
Paziente 4	96	3.93	4.21	4.19	-Positivo/soddisfatto -Sopraffatto/disorganizzato
Paziente 5	32	6.46	6	6.25	-Impotente/inadeguato -Sopraffatto/disorganizzato
Paziente 6	59	3.23	3.15	3.94	-Impotente/inadeguato -Sessualizzato
Paziente 7	53	4.77	4.67	4.95	-Positivo/soddisfatto -Genitoriale/protettivo e Distaccato

Grafico 8: relazione tra numero di difese totali utilizzate dai pazienti e valore medio ottenuto nella dimensione "Positivo/soddisfatto" dal rispettivo clinico



CAPITOLO V

DISCUSSIONE

Nella ricerca esposta in questo lavoro di tesi è stata analizzata la relazione tra i meccanismi di difesa impiegati dal paziente e il controtransfert emergente nel clinico durante sedute cliniche. Sono stati presi in esame i trascritti ricavati da tre colloqui di consultazione svolti da sette pazienti; a ciascun trascritto, è stata applicata la *Defense Mechanism Rating Scales* (DMRS), al fine di individuare le difese messe in atto da ogni paziente. Inoltre, i sette clinici coinvolti hanno compilato il questionario *Therapist Response Questionnaire* (TRQ), volto a valutare le reazioni controtransferali manifestate. Gli studi riportati in letteratura (Betan et al., 2005; Colli et al., 2014; Colli et al., 2021; Gordon et al. 2019; Røssberg et al., 2007) hanno rilevato che bassi livelli di funzionamento del paziente tendono ad evocare risposte più negative nel clinico, mentre maggiori livelli di funzionamento elicitano risposte più positive. Sulla base di ciò, sono state formulate tre diverse ipotesi, considerando diversi indici ricavati dall'utilizzo degli strumenti indicati. Rispetto all'applicazione della DMRS, per ogni seduta di ciascun paziente sono stati considerati il punteggio globale di maturità delle difese (ODF) e il numero di difese totali utilizzate; rispetto, invece, alla compilazione del TRQ da parte dei sette clinici, sono stati presi in esame i valori medi ottenuti in ciascuna dimensione controtransferale compresa nello strumento.

Le prime due ipotesi, in particolare, sono state formulate sulla base dei risultati ottenuti dello studio condotto da Colli e colleghi (2021), volto a indagare la relazione tra i meccanismi difensivi messi in atto dal paziente e il CT emergente nel clinico, utilizzando come strumenti rispettivamente la DMRS e il TRQ.

In riferimento alla prima ipotesi, è stato ipotizzato di riscontrare un punteggio ODF intorno al 6, indice di un maggiore utilizzo del paziente di difese appartenenti ai cluster difensivi più adattivi, in presenza di un valore medio elevato rilevato nelle dimensioni controtransferali del TRQ “Positivo/soddisfatto”, “Genitoriale/protettivo” e “Speciale/ipercoinvolto”.

Come si osserva dai risultati ottenuti (Tabella 3.22 nel Capitolo 4), i pazienti che hanno ottenuto nelle tre sedute esaminate punteggi ODF più vicini al 6 sono: il Paziente 3, il

Paziente 5 e la Paziente 7.

Di seguito verranno presentati nel dettaglio i risultati emersi in ciascun paziente.

Il Paziente 3 si è presentato al servizio riportando alcune problematiche presenti nell'ambito familiare, legate alla diagnosi di schizofrenia del fratello e alla morte del padre avvenuta qualche anno prima l'inizio dei colloqui. Dall'applicazione della DMRS, è emerso un profilo difensivo caratterizzato da un uso prevalente delle difese appartenenti al Cluster 7 (Difese mature). Rispetto, invece, al CT riportato dal clinico, i punteggi rilevati dalla compilazione del TRQ risultano essere distribuiti tra le varie dimensioni controtransferali (Grafico 3 nel Capitolo 4), indice della presenza di diverse reazioni emerse nei confronti del paziente. Infatti, il valore medio maggiore è stato rilevato nel fattore "Positivo/soddisfatto", mentre il fattore "Distaccato" ha ottenuto un valore medio poco più basso. Pertanto, per il paziente in questione l'ipotesi risulta essere confermata in riferimento alla relazione tra un più alto punteggio ODF e un valore medio maggiore ottenuto nella dimensione del TRQ "Positivo/soddisfatto".

Il Paziente 5 ha riportato al clinico una sensazione di malessere legata alla presenza di ansia, tristezza e pensieri ipocondriaci. Dall'applicazione della DMRS, il Paziente 5 è risultato possedere il livello difensivo più alto tra i pazienti coinvolti nella ricerca: è stato rilevato un uso prevalente dei meccanismi difensivi appartenenti al Cluster 7 (Difese mature) e al Cluster 6 (Difese ossessive); inoltre, il paziente non ha fatto uso di difese appartenenti ai cluster meno adattivi. La compilazione del TRQ da parte del clinico, tuttavia, ha riportato valori medi elevati nelle dimensioni controtransferali "Impotente/inadeguato", "Sopraffatto/disorganizzato" e "Criticato/svalutato" (Grafico 5 nel Capitolo 4). Dunque, per il paziente in questione l'ipotesi non risulta essere confermata.

La Paziente 7 ha riferito al terapeuta un senso generale di malessere, legato principalmente a preoccupazioni riguardanti l'ambito universitario e al carico di studio a cui deve far fronte. Il profilo difensivo emerso dall'applicazione della DMRS è caratterizzato da un uso prevalente delle difese appartenenti al Cluster 7 (Difese mature) e al Cluster 6 (Difese ossessive) e al Cluster 3 (Difese di diniego). Rispetto, invece, al CT emergente nel clinico, dalla compilazione del TRQ è stato rilevato un valore medio maggiore nella dimensione "Positivo/soddisfatto", seguita da "Genitoriale/protettivo"; tuttavia, quest'ultima dimensione ha riportato il medesimo valore medio ottenuto nel

fattore “Distaccato” (Grafico 7 nel Capitolo 4). Pertanto, per il paziente in questione l’ipotesi risulta essere confermata in riferimento, in particolare, alla relazione tra un più alto punteggio ODF e un valore medio maggiore ottenuto nella dimensione del TRQ “Positivo/soddisfatto”.

Dunque, prendendo in considerazione queste tre pazienti, l’ipotesi formulata non risulta essere del tutto confermata. Rispetto alla Paziente 3 e alla Paziente 7, è stato registrato un alto valore ODF, indice di un maggiore livello di funzionamento difensivo, in presenza di un più alto valore medio nella dimensione controtransferale “Positivo/soddisfatto” rispetto alle altre dimensioni. Questo non si è verificato con le dimensioni “Speciale/ipercoinvolto” e “Genitoriale/protettivo”. Riguardo, invece, il Paziente 5, nonostante sia il paziente con il più alto livello di funzionamento difensivo tra i pazienti coinvolti, le reazioni emerse nel clinico indicano la presenza di un CT per lo più negativo, dunque ostacolante il lavoro terapeutico.

In riferimento alla seconda ipotesi formulata, è stato ipotizzato di riscontrare un punteggio ODF intorno al 3, indice di un maggiore utilizzo del paziente di difese appartenenti ai cluster difensivi meno adattivi, in presenza di un valore medio elevato rilevato nelle dimensioni controtransferali del TRQ “Criticato/svalutato”, “Ostile/arrabbiato” e “Impotente/inadeguato”. Inoltre, si intendeva esplorare la relazione con le dimensioni “Sessualizzato” e “Distaccato”.

Come si osserva dai risultati riportati (Tabella 3.22 nel Capitolo 4), i pazienti che hanno ottenuto nelle tre sedute esaminate punteggi ODF più vicini al 3 sono: il Paziente 1, il Paziente 2, la Paziente 4 e il Paziente 6.

Di seguito verranno presentati nel dettaglio i risultati ottenuti per ciascun paziente.

La Paziente 1 si è presentata al servizio riferendo uno stato di ansia e preoccupazione riguardante l’ambito universitario, sentimenti di inferiorità rispetto alle altre persone e problemi di bassa autostima. Dall’applicazione della DMRS, è emerso un profilo difensivo caratterizzato dall’uso di difese appartenenti al Cluster 4 (Difese narcisistiche) e al Cluster 3 (Difese di diniego). Rispetto, invece, al CT emergente nel clinico, la compilazione del TRQ ha rilevato un valore medio notevolmente maggiore nella dimensione controtransferale “Positivo/soddisfatto” (Grafico 1 nel Capitolo 4). Pertanto, per la paziente in questione l’ipotesi non risulta essere confermata.

La Paziente 2 si è presentata al servizio riportando la presenza di alcune problematiche all'interno dell'ambito familiare, dubbi riguardanti le proprie scelte universitarie e sentimenti di inferiorità rispetto alle altre persone. L'applicazione della DMRS ha rilevato un profilo difensivo caratterizzato dall'uso prevalente di meccanismi difensivi appartenenti al Cluster 7 (Difese mature), al Cluster 4 (Difese narcisistiche) ed al Cluster 6 (Difese ossessive). Riguardo alle reazioni controtransferli del clinico, il TRQ ha registrato un valore medio maggiore nel fattore "Positivo/soddisfatto" (Grafico 2 nel Capitolo 4). Tuttavia, se si prendono in esame anche la seconda e la terza dimensione più presenti, emergono punteggi elevati anche nei fattori "Sopraffatto/disorganizzato" e "Distaccato". Dunque, l'ipotesi può essere considerata in parte confermata.

La Paziente 4 ha riferito al clinico la presenza di alcune difficoltà all'interno nell'area della socialità; tali difficoltà risultano essere legate principalmente alla presenza di pensieri paranoidi. Il profilo difensivo emerso dall'applicazione della DMRS è caratterizzato da un uso prevalente delle difese appartenenti al Cluster 3 (Difese di diniego) e, anche se in misura minore, delle difese appartenenti al Cluster 4 (Difese narcisistiche) e al Cluster 6 (Difese ossessive). Rispetto, invece, al CT emergente nel clinico, le risposte fornite al TRQ hanno rilevato un valore medio maggiore nella dimensione controtransferale "Positivo/soddisfatto" (Grafico 4 nel Capitolo 4). Tuttavia, anche la dimensione "Sopraffatto/disorganizzato" ha riportato un valore medio elevato rispetto agli altri punteggi. Pertanto, l'ipotesi può essere considerata in parte confermata.

Il Paziente 6 si è presentato al servizio riferendo di alcune difficoltà nell'ambito familiare, in particolare nella relazione con il padre. Dall'applicazione della DMRS, il Paziente 6 è risultato possedere il livello difensivo più basso tra i pazienti coinvolti nella ricerca: è stato rilevato un uso prevalente delle difese appartenenti al Cluster 1 (Difese di acting), al Cluster 3 (Difese di diniego) e al Cluster 4 (Difese narcisistiche). Rispetto, invece, al CT emergente nel clinico, la compilazione del TRQ ha registrato punteggi distribuiti tra le varie dimensioni (Grafico 6 nel Capitolo 4). È stato rilevato un valore medio maggiore ottenuto nelle dimensioni "Incompetente/inadeguato" e "Sessualizzato". Pertanto, per il paziente in questione è possibile constatare la presenza di una relazione tra un valore ODF più basso e un punteggio medio maggiore ottenuto nella dimensione controtransferale "Impotente/inadeguato". Inoltre, è stata rilevata una relazione anche il fattore "Sessualizzato".

Dunque, prendendo in considerazione questi quattro pazienti, l'ipotesi non risulta essere del tutto confermata. Ad eccezione del Paziente 6, gli altri pazienti, nonostante i punteggi ODF più bassi, hanno elicitato risposte prevalentemente positive nel clinico. Tuttavia, rispetto alla Paziente 2 e alla Paziente 4 sono emerse reazioni controtransferali diversificate, e, considerando le altre dimensioni più presenti oltre alla prima, è possibile constatare una relazione con i fattori "Sopraffatto/disorganizzato" e "Distaccato". In riferimento, invece, al Paziente 6, egli presenta il livello di funzionamento difensivo più basso tra i pazienti coinvolti, legato all'uso prevalente di difese appartenenti al Cluster 1 (Difese di diniego); il clinico che ha eseguito le sedute ha riportato punteggi elevati nelle dimensioni "Impotente/inadeguato" e "Sessualizzato", e tale dato sottolinea la presenza reazioni controtransferali per lo più negative.

Facendo riferimento a queste due prime ipotesi, i risultati ottenuti non risultano essere del tutto in linea con quanto emerso dalla ricerca condotta da Colli e colleghi (2021). I pazienti che hanno fatto uso di meccanismi di difesa più primitivi, indice di un livello di funzionamento più basso, non hanno elicitato in tutti i casi risposte maggiormente negative nel clinico, e i pazienti che hanno fatto uso di meccanismi di difesa più mature, indice di un livello di funzionamento più alto, non hanno elicitato in tutti i casi risposte maggiormente positive nel clinico. Questo risultato non conferma quanto emerso in letteratura (Betan et al., 2005; Colli et al., 2014; Colli et al., 2021; Gordon et al. 2019; Røssberg et al., 2007).

È importante, tuttavia, considerare alcune differenze riscontrabili nei diversi lavori di ricerca.

In primo luogo, la maggior parte degli studi citati si è occupato di analizzare la relazione tra il disturbo di personalità del paziente, diagnosticato secondo i criteri del DSM IV (APA, 1994) e il CT emergente del clinico (Betan et al., 2005; Colli et al., 2014; Røssberg et al., 2007). Nel presente studio, invece, non sono presenti informazioni riguardo ad eventuali diagnosi dei pazienti coinvolti. Difatti, nonostante la comprensione dei meccanismi difensivi impiegati rappresenti un indice importante rispetto al quadro clinico del paziente, tuttavia non è esplicativo del livello di funzionamento generale. Secondo i criteri proposti da Kernberg, per stabilire il livello di organizzazione di personalità di un soggetto è importante valutare, oltre al livello difensivo, anche l'esame di realtà e il livello di integrazione dell'identità (Tanzilli & Lingiardi, 2014).

Un'ulteriore differenza tra il presente lavoro e gli studi riportati in letteratura riguarda il procedimento seguito. Le ricerche citate hanno coinvolto campioni ad alta numerosità, conducendo analisi statistiche approfondite sui dati ottenuti; pertanto, il disegno di ricerca impostato in questi studi è maggiormente focalizzato sull'intero gruppo selezionato. La ricerca esposta in tale lavoro, invece, ha coinvolto un campione a bassa numerosità, e il disegno di ricerca impiegato è maggiormente focalizzato sul singolo paziente. Questo ha permesso di compiere un'indagine esplorativa individuale per ciascun di essi, sia riguardo alla personale struttura difensiva, sia in riferimento alla varietà delle riposte controtransferali che possono emergere nel clinico in risposta alle caratteristiche del paziente in questione. Pertanto, se si prende in considerazione la gamma delle reazioni riportate dal clinico nella compilazione del TRQ, si osservano risultati maggiormente in linea con quanto emerso in letteratura.

Rispetto alla terza ipotesi formulata, è stato ipotizzato di registrare un minore punteggio medio del fattore "Positivo/soddisfatto", ottenuto dalla compilazione del TRQ, in presenza di un più alto numero di difese impiegate dal paziente, tenendo in considerazione quante di esse appartengono ai cluster meno adattivi. Di quest'ultimi, saranno considerati il Cluster 4 (Difese narcisistiche), il Cluster 3 (Difese di diniego), il Cluster 2 (Difese borderline) e il Cluster 1 (Difese di acting).

È possibile osservare la relazione emersa tra le due variabili nel Grafico 8 del Capitolo 4. Di seguito verranno riportati i risultati ottenuti per ciascun paziente, esposti in ordine decrescente per frequenza rispetto al numero di difese totali utilizzate. Relativamente ai valori medi riportati nella dimensione controtransferale "Positivo/soddisfatto" dai diversi clinici, per compiere l'interpretazione dei risultati verrà utilizzata come soglia di riferimento il punteggio medio di tutti i valori medi ottenuti ($M_1=2.22$).

La Paziente 1 ha impiegato 188 meccanismi difensivi nei tre colloqui, di cui il 68% appartenenti ai cluster meno adattivi ($N=128$). Dalla compilazione del TRQ da parte del clinico è emerso il punteggio medio più elevato tra i sette clinici coinvolti ottenuto nella dimensione controtransferale "Positivo/soddisfatto" ($M=3.38$).

La Paziente 2 ha utilizzato in totale 187 difese durante le tre sedute, di cui il 53% appartenenti ai cluster meno adattivi ($N=100$). La compilazione del TRQ da parte del clinico ha ottenuto un valore medio nella dimensione "Positivo/soddisfatto" al di sotto

della media totale (M=2).

La Paziente 4 ha impiegato in totale 93 meccanismi difensivi, di cui il 68% appartenente ai cluster meno adattivi (N=64). La compilazione del TRQ ha registrato un valore medio nel fattore “Positivo/soddisfatto” al di sotto della media dei punteggi totali (M=2.13)

Il Paziente 3 ha utilizzato 73 difese nelle tre sedute esaminate, di cui il 17% appartenenti al cluster meno adattivi (N=13). Dalla compilazione del TRQ si osserva un valore medio ottenuto nel fattore “Positivo/soddisfatto” al di sopra della media dei punteggi medi totali (M=2.5).

Il Paziente 6 ha impiegato in totale 59 meccanismi difensivi, di cui il 76% appartenenti ai cluster meno adattivi (N=45). La compilazione del TRQ ha registrato il valore medio più basso tra i sette clinici coinvolti ottenuto nel fattore “Positivo/soddisfatto” (M=1.78).

La Paziente 7 ha fatto uso nelle tre sedute di 53 meccanismi difensivi, di cui il 41% appartenenti al cluster meno adattivi (N=22). Dalla compilazione del TRQ è stato rilevato un punteggio medio nel fattore “Positivo/soddisfatto” al di sotto della media dei punteggi totali (M=1.88)

Infine, il Paziente 5 ha impiegato 32 meccanismi difensivi nei tre colloqui, di cui il 12% appartenenti al cluster difensivi meno adattivi (N=4). Dalla compilazione del TRQ si osserva un valore medio ottenuto nel fattore “Positivo/soddisfatto” al di sotto della media dei punteggi medi totali (M=1.88).

Dai dati ottenuti, è possibile dedurre che un maggiore utilizzo di difese non corrisponde a punteggi meno elevati nel fattore del TRQ “Positivo/soddisfatto”. Tuttavia, se si prende in considerazione quante di esse appartengono ai cluster meno adattivi, per alcuni pazienti i risultati mostrano che un maggiore uso di difese più primitive elicitare risposte meno positive nel clinico. La Paziente 2, la Paziente 4 e il Paziente 6 hanno fatto uso nelle tre sedute prevalentemente di difese appartenenti ai cluster meno adattivi; i rispettivi clinici hanno riportato un valore medio nella dimensione “Positivo/soddisfatto” al di sotto della media totale. In particolare, il Paziente 6 è il soggetto che presenta la percentuale più alta di difese impiegate appartenenti ai cluster meno adattivi, e il clinico in questione ha riportato il punteggio medio minore nel fattore esaminato del TRQ. Il Paziente 3, invece, ha fatto un uso maggiore delle difese appartenenti ai cluster più adattivi, e il rispettivo clinico ha ottenuto dalla compilazione del TRQ un punteggio medio al di sopra della

media totale nella dimensione “Positivo/soddisfatto”.

Questo non è verificato per la Paziente 1, il Paziente 5 e la Paziente 7.

Pertanto, la terza ipotesi può essere considerata in parte confermata. Tale ipotesi è stata formulata sulla base degli studi riportati in letteratura, in particolare rispetto al dato riguardante la relazione tra l’uso di difese prevalentemente primitive da parte del paziente, indice di un più basso livello di funzionamento, e la maggiore probabilità di elicitare risposte controtransferali negative nel clinico. Dai dati riportati, si osserva che in alcuni pazienti è stata rilevata tale relazione, ma non per tutti i soggetti coinvolti nella ricerca.

Pertanto, le tre ipotesi formulate non risultano essere del tutto confermate dai dati ottenuti. Questo risultato potrebbe essere dovuto ai motivi precedentemente illustrati, relativi alle differenze riscontrabili tra il presenta studio e le ricerche riportate in letteratura, in riferimento alle quali sono state formulate le ipotesi di tale lavoro di tesi.

Un ulteriore motivazione potrebbe essere legata alla tipologia di sedute cliniche prese in considerazione. Infatti, in questa ricerca sono stati utilizzati i trascritti ricavati da sedute di consultazione, ovvero le prime sedute proposte dal servizio al fine di raccogliere le informazioni principali sulle problematiche riportate dal paziente. Se da un lato questa scelta può aver rappresentato un vantaggio, in quanto è meno probabile che siano subentrate altre variabili che avrebbero potuto influenzare la relazione tra clinico e paziente (per esempio, transfert o alleanza terapeutica), dall’altro lato è possibile ipotizzare che all’inizio del trattamento il CT del clinico sia per lo più inconscio e non ancora pienamente sviluppato, e che di conseguenza le reazioni controtransferali emerse nei diversi clinici dalla compilazione del TRQ potrebbero aver risentito di ciò. Pertanto, è probabile che il CT rilevato non sia pienamente rappresentativo.

Inoltre, tale aspetto è legato all’utilizzo per la rilevazione del CT di un questionario *self-report*, in cui limiti interni sono connessi all’eventuale influenza inconsapevole sulle risposte fornite del *bias* della desiderabilità sociale (Colli & Ferri, 2015). Quest’ultimo elemento potrebbe essere una possibile spiegazione della prevalenza tra i clinici coinvolti di un elevato valore medio ottenuto nella dimensione controtransferale “Positivo/soddisfatto”, indice della presenza in un controtransfert per lo più positivo (Tabella 3.22 nel Capitolo 3).

CAPITOLO VI

CONCLUSIONI

Questo lavoro di ricerca intendeva esplorare la relazione tra i meccanismi di difesa impiegati dal paziente e le reazioni controtransferali emergenti nel clinico. Difatti, gli studi riportati in letteratura hanno dimostrato che determinate caratteristiche del paziente elicitano particolari reazioni controtransferali del clinico. Sulla base di tali lavori, nella presente tesi sono state formulate tre diverse ipotesi, le quali tuttavia non sono state del tutto confermate dai dati ottenuti. Difatti, solo in alcuni paziente sono stati registrati risultati in linea con quanto presente in letteratura.

Come esposto nel paragrafo precedente, questo risultato potrebbe essere dovuto alle differenze riscontrabili tra tale lavoro di ricerca e gli studi riportati in letteratura, in particolare in riferimento al disegno di ricerca impostato. Infatti, nella presente ricerca è stata condotta un'indagine dettagliata dei risultati ottenuti per ogni singolo paziente, relativi all'applicazione della DMRS e alla compilazione del TRQ da parte del rispettivo clinico, e questo ha permesso di acquisire uno sguardo più complesso sulle variabili indagate. Dai dati emersi si osserva che le reazioni controtransferali del clinico in seduta possono essere diversificate, e difficilmente confluibili in un'unica dimensione. Inoltre, è importante considerare che il CT nel terapeuta non viene elicitato unicamente dalle particolarità del paziente, ma viene anche influenzato dalle caratteristiche personali del clinico, e dalla relazione che si instaura all'interno della diade terapeutica (Gabbard, 1995). Il CT può essere infatti considerato una *“creazione congiunta da parte dell'analista e del paziente”* (Gabbard, 1995, p. 475). Pertanto, nonostante sia inevitabile che la soggettività del paziente inneschi determinate risposte nel clinico, anche il terapeuta partecipa all'interazione arricchendola con la propria soggettività e i propri conflitti, e di conseguenza il CT non può essere avulso dal contesto relazionale in cui si instaura.

In conclusione, si auspica che il presente lavoro di ricerca possa rappresentare un incentivo per successivi studi, con l'obiettivo di comprendere in maniera più approfondita la complessità che caratterizza la relazione terapeutica.

Di seguito verranno illustrati i limiti di tale ricerca e le possibili prospettive future.

1. Limiti e prospettive future

Questo lavoro di ricerca presenta alcuni limiti. In primo luogo, la bassa numerosità del campione e la poca rappresentatività dei soggetti coinvolti non consente di generalizzare i risultati ottenuti su popolazioni cliniche più ampie.

Un altro aspetto riguarda la natura delle sedute cliniche prese in considerazione, che può aver influenzato i dati ottenuti relativi alle reazioni controtransferali riportate dai clinici, come illustrato più nel dettaglio nel Capitolo 4.

Infine, un ulteriore limite riguarda la mancata possibilità di ascoltare le registrazioni delle sedute cliniche, al fine di applicare la DMRS; infatti, è stato possibile leggere unicamente i trascritti. Questo ha reso più difficile per i tre giudici identificare i meccanismi difensivi impiegati dal paziente, in quanto mancavano informazioni riguardo al tono di voce utilizzato e ad altri aspetti rientranti nella comunicazione non verbale.

In riferimento alle prospettive future legate a questo campo di ricerca, si propone di estendere la numerosità campionaria dei pazienti coinvolti, prendendo in esame soggetti maggiormente rappresentativi della popolazione generale. Inoltre, rispetto ai clinici potrebbe essere utile possedere informazioni riguardo al numero di anni di formazione come psicoterapeuti, in quanto è possibile ipotizzare che i terapeuti più esperti posseggano maggiore consapevolezza delle proprie reazioni controtransferali e, di conseguenza, siano più in grado di gestirle. Dunque, tale dato può rappresentare un'informazione rilevante per meglio comprendere il CT emergente nel clinico. Una prospettiva interessante per le future ricerche potrebbe essere anche quella di approfondire i pattern transferali del paziente, con l'obiettivo di possedere uno sguardo più ampio e dettagliato su ciò che riguarda la relazione terapeutica.

Infine, può risultare utile utilizzare, in aggiunta ai questionari *self-report*, anche strumenti che forniscano una valutazione del CT da parte di osservatori esterni, in modo da ovviare ai possibili *bias* precedentemente riportati e acquisire una visione più realistica e complessa delle reazioni controtransferali del terapeuta.

BIBLIOGRAFIA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM IV)*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- ASAY, T. P., & LAMBERT, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. In M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 23–55). Washington, DC: American Psychological Association..
- BARKHAM, M., LUTZ, W., LAMBERT, M. J., & SAXON, D. (2017). Therapist effects, effective therapists, and the law of variability. In L. G. Castonguay, & C. E. Hill (Eds.), *Therapist effects: Toward understanding how and why some therapists are better than others* (pp. 13–36). Washington, DC: American Psychological Association.
- BARTLETT, M.R. (1950). A six month follow-up on the effects of personal adjustment counseling of veterans. *Journal of Counseling Psychology, 14*(5), 393-394.
- BECK, A.T., RUSH, A.J., SHAW, B.F., & EMERY, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press. Tr. it. *Terapia cognitiva della depressione*. Torino: Bollati Boringhieri, 1987.
- BERG, J., LUNDH, L.G., & FALKENSTRÖM, F. (2019). Countertransference in Swedish psychotherapists: testing the factor structure of the Therapist Response Questionnaire. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome, 22*(1), 99-112.
- BERNEY, S., DE ROTEN, Y., BERETTA, V., KRAMER, U., & DESPLAND, J. N. (2014). Identifying psychotic defenses in a clinical interview. *J. Clin. Psychol. 70*, 428–439.
- BETAN, E., HEIM, A. K., ZITTEL, C., CONKLIN, C., & WESTEN, D. (2005). Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: An empirical investigation. *The American Journal of Psychiatry, 162*(5), 890 – 898.

- BETAN, E., HEIM, A. K., ZITTEL, C., CONKLIN, C., & WESTEN, D. (2005). Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: An empirical investigation. *The American Journal of Psychiatry*, 162(5), 890 – 898.
- BEUTLER, L.E., & HARWOOD, M.T. (2002). What is and can be attributed to the Therapeutic Relationship?. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 32, 25- 33.
- BLAU T.H. (1950). Report on a method of predicting success in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 6(4), 403-406.
- BOLLAND, J. & SANDLER, J. (1965). *The Hampstead Psychoanalytic Index*. New York: International University Press.
- BOWLBY, J. (1969). *Attaccamento e perdita*, vol. 1: *L'attaccamento alla madre*. Tr. it. Torino: Boringhieri, 1972.
- BOWLBY, J. (1980). *Attaccamento e perdita*, vol. 3: *La perdita della madre*. Tr. it. Torino: Boringhieri, 1983.
- BRENNER, C. (1973). *Breve corso di psicoanalisi*, tr. it. Firenze: G. Martinelli Ed. 1967.
- BRENNER, C. (1979). The components of psychic conflict and its consequences in mental life. *The Psychoanalytic Quarterly*, 48(4), 547-567.
- BRENNER, C. (1981). Defense and defense mechanisms. *The Psychoanalytic Quarterly*, 50(4), 557-569.
- BRENNER, C. (1982). *The Mind in Conflict*. New York: Int.
- BREHERTON, I., & MUNHOLLAND, K. A. (1999). Internal working models in attachment relationships: A construct revisite. In J. Cassidy, & P. R Shaver, (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 89-111). New York: The Guilford Press.
- BUCKLEY, P. (1995). Ego defenses: A psychoanalytic perspective. *Ego defenses: Theory and measurement*, 10, 38-52.
- BUONARRIVO L., LINGIARDI V., ORTU F., PALOMBO L., DE CORO A., & DAZZI N. (2000). *Transfert, stile difensivo, attività referenziale: un'ipotesi di lettura single case*, in «Ricerca in Psicoterapia», 3 (2-3) pp. 169-189.

- COLLI, A. & LINGIARDI, V. (2009). The Collaborative Interactions Scale: a new transcript-based method for the assessment of therapeutic alliance ruptures and resolutions in psychotherapy. *Psychotherapy research*, 19(6), 718-734.
- COLLI, A., & FERRI, M. (2015). Patient personality and therapist countertransference. *Current opinion in psychiatry*, 28(1), 46-56.
- COLLI, A., & PRESTANO, C. (2006). La ricerca empirica sul controtransfert: metodi e strumenti. In N. Dazzi, & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti* (pp. 301-327). Milano: Raffaello Cortina.
- COLLI, A., GAGLIARDINI, G., & GULLO, S. (2022). Countertransference responses mediate the relationship between patients' overall defense functioning and therapists' interventions. *Psychotherapy Research*, 32(1), 32-45.
- COLLI, A., TANZILLI, A., DIMAGGIO, G., & LINGIARDI, V. (2014). Patient personality and therapist response: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, 171(1), 102-108.
- COLLI, A., TANZILLI, A., DIMAGGIO, G., & LINGIARDI, V. (2014). Patient personality and therapist response: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, 171(1), 102-108.
- CRITS-CHRISTOPH, P. (1992). A Meta-Analysis. *American journal of Psychiatry*, 149, 151-158.
- DAZZI, N. (2006). Il dibattito contemporaneo sulla ricerca in psicoterapia. In N. Dazzi, V. Lingiard, & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti* (pp.3-27). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- DEL CORNO, F. (2006). Come leggere e capire un articolo di ricerca in psicoterapia. In N. Dazzi, V. Lingiard, & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti* (pp. 65-90). Milano: Raffaello Cortina.
- DI GIUSEPPE, M., & PERRY, J. C., (2021). The hierarchy of defense mechanisms: assessing defensive functioning with the defense mechanisms rating scales Q-sort. *Frontiers in Psychology*, 12.
- ELLIOTT, R. (2001), Hermeneutic Single Case Efficacy Design (HSCED): An Overview.

- In Schneider, K., Bugental, J., Fraser J. (2001), *Handbook of Humanistic Psychology*. Thousand Oaks CA: Sage.
- EYSENCK, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16(5), 319-324.
- FONAGY P. (2001): *Psicoanalisi e teoria dell'attaccamento*. Milano: Raffaello Cortina, 2002.
- FONAGY P., & TARGET M. (2001): *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Raffaello Cortina,
- FOREMAN, S. A., & MARMAR, C. R. (1985). Therapist actions that address initially poor therapeutic alliances in psychotherapy. *The American Journal of Psychiatry*.
- FRENI, S., & PAPINI, S.P. (2006). Una rassegna critica degli strumenti utili per la ricerca in psicoterapia. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia* (pp. 91-122). Milano: Raffaello Cortina.
- FREUD, A. (1936). *L'Io e i meccanismi di difesa*. Tr. it. In: *Opere di Anna Freud*. Firenze: Martinelli, 1967.
- FREUD, S. (1894). *Le neuropsicosi da difesa*. OSF, vol. 2.
- FREUD, S. (1905). *Il motto di spirito e la sua relazione con l'inconscio*. OSF, vol. 5.
- FREUD, S. (1910). *Future prospects of psychoanalytic therapy*. *The standard edition of the complete works of Sigmund Freud, Volume XXI*. London: Hogarth Press.
- FREUD, S. (1925). *Inibizione, sintomo e angoscia*. OSF, vol. 10
- FREUD, S. (1937). *Analisi terminabile e interminabile*. OSF, vol. 11.
- GABBARD, G. O. (1995). Countertransference: The emerging common ground. *International Journal of Psycho-Analysis*. 475-585
- GABBARD, G. O. (2001). A contemporary psychoanalytic model of countertransference. *Journal of Clinical Psychology/In Session: Psychotherapy in Practice*, 57(8), 983-991.
- GABBARD, G. O. (2015). *Psichiatria Psicodinamica, Quinta edizione basata sul DSM-5*. Milano: Cortina editore.

- GELO, O. C., AULETTA, A. F., & BRAAKMANN, D. (2010). Aspetti teorico-metodologici e analisi dei dati nella ricerca in psicoterapia. Parte I: La ricerca sull'esito e la ricerca sul processo dagli anni'50 agli anni'80. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 13(1), 61-91.
- GELSO, C. J., & HAYES, J. A. (2007). *Countertransference and the inner world of the psychotherapist: Perils and possibilities*. Erlbaum.
- GORDON, R. M., SPEKTOR, V., & LUU, L. (2019). Personality organization traits and expected countertransference and treatment interventions. *The International Journal of Psychology and Psychoanalysis*, 5, 039.
- HARTMANN, H., KRIS, E., & LOEWENSTEIN, R. M. (1964). Papers on psychoanalytic psychology. *Psychological Issues*, 4(2), 1–20.
- HAYES, J. A., GELSO, C. J., & HUMMEL, A. M. (2011). Managing countertransference. *Psychotherapy*, 48(1), 88 –97.
- HAYES, J. A., GELSO, C. J., GOLDBERG, S., & KIVLIGHAN, D. M. (2018). Countertransference management and effective psychotherapy: Metaanalytic findings. *Psychotherapy*, 55(4), 496 –507.
- HEIMANN, P. (1950). On counter-transference. *The International Journal of Psychoanalysis*, 33(1), 81– 84.
- HENTSCHEL, U., DRAGUNS, J.G., EHLERS, W., & SMITH, G.J.W. (2004). Defense mechanisms: current approaches to research and measurement. In U. Hentschel, G.J.W. Smith, J.G. Draguns, W. Ehlers (Eds.), *Defense mechanisms: Theoretical, research, and clinical perspectives* (pp. 3-42). Amsterdam
- IANNI, F., PERRY, J. C., & BANON, L. (1996). Defense mechanisms and axis I and IIdisorders. Paper presented at the Symposium on Dynamic Research in PersonalityDisorders, American Psychiatric Association Annual Meeting, New York City.
- JUNOD, O., DE ROTEN, Y., MARTINEZ, E., DRAPEAU, M., & DESPLAND, J. N. (2005). How to address patients' defences: A pilot study of the accuracy of defence interpretations and alliance. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 78(4), 419-430.

- KARASU, T.B., & SKODOL, A.E. (1980). Vith axis for DSM-III: Psychodynamic evaluation. *American Journal of Psychiatry*, 137, 607-610
- KERNBEGR, O.F., BURNSTEIN, E., COYNE, L., APPELBAUM, A., HOROWITZ, L., & VOTH, H. (1972). Psychotherapy and psychoanalysis: final report of the Menninger Foundation's Psychotherapy. *Research Project. Bulletin of the Menninger Clinic*, 36 (1), 1-275.
- KIESLER, D.J. (1973). *The process of psychotherapy: Empirical foundations and systems of analysis*. Chicago: Aldine.
- KLEIN, M. (1927), *Tendenze criminali nei bambini normali*. In Scritti 1921-1958. Tr.it. Torino: Boringhieri, 1978,
- KLEIN, M. (1930). The importance of symbol-formation in the development of the ego. *International Journal of Psycho-Analysis*, 11, 24-39.
- KLEIN, M. (1946). *Note su alcuni meccanismi schizoidi*. In Scritti 1921-1958. Tr.it. Torino: Boringhieri, 1978.
- KOHUT H. (1971). *Narcisismo e analisi del Sé*. Boringhieri, Torino: Boringhieri, 1976.
- KOHUT H. (1984). *La cura psicoanalitica*. Torino: Boringhieri, 1986.
- LAMBERT, M. J., & OGLES, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.). New York: John Wiley & Sons.
- LAPLANCHE J., & PONTALIS J.B. (1967), *Enciclopedia della psicanalisi*, a c. di G. Fuà, Laterza, Bari 1990, p. 100.
- LINGIARDI V. (2002). *L'alleanza terapeutica: teoria, ricerca e clinica*. Milano: Raffaello Cortina.
- LINGIARDI, V., & DAZZI, N. (2006). L'uso di trascrizioni di sedute nella ricerca in psicoterapia. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti* (pp. 149-170). Milano: Raffaello Cortina.
- LINGIARDI, V., & FONTANA, A. (2003). La ricerca single-case: valutazione e obiettivi. *Ricerca in psicoterapia*, 6(3), 117-134.
- LINGIARDI, V., & MAEDDU, F. (2002). *I meccanismi di difesa. Teoria, valutazione,*

- clinica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- LINGIARDI, V., MADEDDU, F. (2002). *I meccanismi di difesa. Teoria, valutazione, clinica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- LLEWELYN, S., MACDONALD, J., & AAFJES-VAN DOORN, K. (2016). Process–outcome studies. In J. Norcross (Eds.), *Handbook of clinical psychology* (pp. 451–463). Worcester: American Psychological Association.
- LUBORSKY, L. (1954). Selecting psychiatric residents: Survey of the Topeka research. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 18, 252–259.
- LUBORSKY, L., & DERUBEIS, R. J. (1984). The use of psychotherapy treatment manuals: A small revolution in psychotherapy research style. *Clinical Psychology Review*, 4(1), 5-14.
- LUBORSKY, L., CRITS-CHRISTOPH, P. (1990). *Understanding Transference: The CCRT Method*, tr. it. Capire il transfert, Raffaello Cortina, Milano 1992.
- LUBORSKY, L., DIGUER, L., SELIGMAN, D.A., ROSENTHAL, R., KRAUSE, E.D., JOHNSON, S., ET AL. (1999). The researcher's own therapy allegiances: A “wild card” in comparisons of treatment efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(1), 95-106.
- LUBORSKY, L., Singer, B., & LUBORSKY, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that “everyone has won and all must have prizes?”. *Archives of General Psychiatry*, 32(8), 995-1008.
- LUBORSKY, L.. (1962). Clinicians' judgments of mental health: A proposed scale. *Archives of General Psychiatry*, 7(6), 407-417.
- MIGONE, P. (2006). Breve storia della ricerca in psicoterapia. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti* (pp.31-45). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- MOHR, J. J., GELSO, C. J., & HILL, C. E. (2005). Client and counselor trainee attachment as predictors of session evaluation and countertransference behavior in first counseling sessions. *Journal of Counseling Psychology*. 52(3), 298 –309
- NATHAN, P. E., & GORMAN, J. M. (2015). *A guide to treatments that work*. Oxford

University Press.

- NORCROSS, J. (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patient needs*. Oxford: Oxford University Press.
- ORLINSKY, D.E., RØNNESTAD, M.H., & WILLUTZKI, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Eds.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5th Ed. (pp. 307-389). Hoboken: John Wiley & Sons.
- ORTU F., PAZZAGLI C., CASCIOLI A., LINGIARDI V., WILLIAMS R. & DAZZI N. (2001). *Ricerca concettuale e ricerca empirica nella psicoterapia psicodinamica: Una metodologia per lo studio del processo*, in «Ricerca in Psicoterapia», IV, 1, pp. 29-48.
- PERRY J. C. (1993) The study of defense mechanisms and their effects. In N. Miller, L. Luborsky, J. Barber, J. Docherty (Eds), *Psychodynamic treatment research: A handbook for clinical practice* (pp 276-308). New York: Basic Books.
- PERRY, J. C. (1990). *Defense mechanism rating scale*. Cambridge, MA: Harvard School of Medicine, 122-130.
- PERRY, J. C. (1990a). *The Defense Mechanism Rating Scales Manual, 5th Edn*. Cambridge, MA.
- PERRY, J. C. (1990b). Psychological defense mechanisms in the study of affective and anxiety disorders. In J. Maser, C.R. Cloninger, (Eds.), *Co-morbidity in Anxiety and Mood Disorders* (pp. 545-562). Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- PERRY, J. C., & BOND, M. (2012). Change in defense mechanisms during long-term dynamic psychotherapy and five-year outcome. *American Journal of Psychiatry*, 169 (9), 916-925.
- PERRY, J. C., & COOPER, S. H. (1986). A preliminary report on defenses and conflicts associated with borderline personality disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 34(4), 863-893.
- PERRY, J. C., & COOPER, S. H. (1989). An empirical study of defense mechanisms: I.

- Clinical interview and life vignette ratings. *Archives of General Psychiatry*, 46(5), 444-452.
- PERRY, J. C., & HENRY, M. (2004). Studying defense mechanisms in psychotherapy using the Defense Mechanism Rating Scales. *Defense mechanisms: Theoretical, research and clinical perspectives*, 136, 165-186.
- PERRY, J. C., HOGLAND, P., SHEAR, K., VAILLANT, G. E., HOROWITZ, M. J., KARDOS, M. E., & BILLE, H. (1998). Field trial of a diagnostic axis for defense mechanisms for DSM-IV. *Journal of Personality Disorders*, 12, 56-68.
- PERRY, J. C., KARDOS, M. E., & PAGANO, C. J. (1993). The study of defenses in psychotherapy using the Defense Mechanism Rating Scales (DMRS). In U. Hentschel & W. Ehlers (Eds.), *The concept of defense mechanisms in contemporary psychology: Theoretical, research, and clinical perspectives* (pp. 122-132). New York: Springer.
- PERRY, J.C., & KARDOS, M.E. (1995), A Review of the Defense Mechanism Rating Scales. In K.R. Conte, & R. Plutchick (Eds), *Ego Defenses. Theory and Measurement* (pp. 283-299), New York: John Wiley and Sons.
- PROUT, T. A., DI GIUSEPPE, M., ZILCHA-MANO, S., PERRY, J. C., & CONVERSANO, C. (2021). Psychometric Properties of the Defense Mechanisms Rating Scales-Self-Report-30 (DMRS-SR-30): Internal Consistency, Validity and Factor Structure. *Journal of Personality Assessment*, 1-11.
- RACKER, H. (1957). The meanings and uses of countertransference. *The Psychoanalytic Quarterly*, 26(3), 303-357.
- ROCCO, D., DE BEI, F., NEGRI, A., & FILIPPONI, L. (2021). The relationship between self-observed and other-observed countertransference and session outcome. *Psychotherapy*.
- ROGERS, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103.
- ROSENZWEIG, S. (1954). A transvaluation of psychotherapy: A reply to Hans Eysenck. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 49, 298 -304.

- RØSSBERG, J. I., KARTERUD, S., PEDERSEN, G., & FRIIS, S. (2007). An empirical study of countertransference reactions toward patients with personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, *48*(3), 225–230.
- SAMSTAG, L. W., SAFRAN, J. D., MURAN, J. C., & STEVENS, C. L. (2002). *Development of the Rupture Resolution Scale*. In Annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Santa Barbara, CA.
- SANDLER, J. (1985). *L'analisi delle difese. Conversazioni con Anna Freud*. Tr. it. Boringhieri, Torino 1990
- SCHAFER, R. (1968). The mechanisms of defense. *International Journal of Psychoanalysis*, *49*, 49-62.
- SCHENKENBERG, T., BRADFORD, D., & AJAX, E. (1980). Line bisection and unilateral visual neglect in patients with neurological impairment. *Neurology*, *30*, 509–517.
- SHAPIRO, D.A., & SHAPIRO, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, *92*(3), 581-604.
- SHEDLER, J., & WESTEN, D. (2007). The Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): Making personality diagnosis clinically meaningful. *Journal of Personality Assessment*, *89*, 41–55.
- SKODOL, A. E., & PERRY J. C. (1993). Should an axis for defense mechanisms be included in DSM-IV?. *Comprehensive Psychiatry*, *34*(2), 108-119.
- SKODOL, A.E. & PERRY, J.C. (1993). Should an axis for defense mechanisms be included in DSM-IV?. *Comprehensive Psychiatry*, *34*, 108-119.
- SLOANE, R.B., STAPLES, F.R., CRISTOL, A.H., YORKSTON, N.J., & WHIPPLE, K. (1975). *Psychotherapy versus Behavior Therapy*. Cambridge: Harvard University Press.
- SMITH, M.L., GLASS, G.V., & MILLER, T.I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- STRUPP, H.H., & HADLEY, S.W. (1979). Specific versus nonspecific factors in psychotherapy. *A controlled study of outcome*. *Archives of General Psychiatry*, *36*(10), 1125-1136.
- SVARTBERG, M., & STILES, T. C. (1991). Comparative effects of short-term

- psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59(5), 704.
- TANZILLI, A., & LINGIARDI V. (2014). Personalità e meccanismi di difesa. In V. Lingiardi, & F. Gazzillo (Eds.), *La personalità ei suoi disturbi: Valutazione clinica e diagnosi al servizio del trattamento* (pp. 149- 168). Milano: Raffaello Cortina.
- TANZILLI, A., COLLI, A., DEL CORNO, F., & LINGIARDI, V. (2016). Factor structure, reliability, and validity of the Therapist Response Questionnaire. *Personality Disorders*, 7(2), 147–158.
- TOMPKINS, K. A., & SWIFT, J. K. (2014). Psychotherapy process and outcome research. *The encyclopedia of clinical psychology*, 1-7.
- VAILLANT, G. E. (1971). Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms: a 30-year follow-up of 30 men selected for psychological health. *Arch. Gen. Psychiatry* 24, 107–118.
- VAILLANT, G. E. (1977). *Adaptation to Life*. Boston, MA: Little, Brown.
- VAILLANT, G. E. (1983). Childhood environment and maturity of defense mechanisms. *Human development: An interactional perspective*, 343-352.
- VAILLANT, G. E. (1992). *Ego Mechanisms of Defense: A Guide for Clinicians and Researchers*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- VAILLANT, G.E. (1971). Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms: a 30 year follow-up of men selected for psychological health. *Archives of General Psychiatry*, 24, 107-118.
- VAILLANT, G.E. (1974). Natural history of male psychological health. II. Some antecedents of healthy adult adjustment. *Archives of General Psychiatry*, 31, 15-22.
- VAILLANT, G.E. (1977). *Adaptation to Life*. Boston, MA: Little, Brown.
- VAILLANT, G.E. (1978). Natural history of male psychological health. VI. Correlates of successful marriage and fatherhood. *American Journal of Psychiatry*, 33, 535-545.
- VAILLANT, G.E. (1986). *Empirical studies of ego mechanisms of defense*. Washington

- DC: American Psychiatric Press.
- VAILLANT, G.E. (1992). *Ego mechanisms of defense: A guide for clinicians and researchers*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- VAN WAGONER, S. L., GELSO, C. J., HAYES, J. A., & DIEMER, R. A. (1991). Countertransference and the reputedly excellent therapist. *Psychotherapy*, 28(3), 411–421.
- WALLERSTEIN, R.S. (1986). *Forty-two Lives in Treatment: A Study of Psychoanalysis and Psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- WAMPOLD B.E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? *An update*. *World Psychiatry*, 14(3), 270-277.
- WAMPOLD, B. E. (1997). Methodological problems in identifying efficacious psychotherapies. *Psychotherapy Research*, 7, 21–43.
- WAMPOLD, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- WAMPOLD, B. E. (2007). Psychotherapy: The humanistic (and effective) treatment. *American Psychologist*, 62, 857–873
- WAMPOLD, B. E., & IMEL, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. Routledge.
- WESTEN D., SHEDLER J. (1999), “Revising and assessing axis II, part I: Developing a clinically and empirically valid assessment method”. *American Journal of Psychiatry*, 156, 258-272.
- WESTEN, D., NOVOTNY, C.M., & THMPSON-BRENNER, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130(4), 631-663.
- WHYTE, C. R., CONSTANTOPOULOS, C., & BEVANS, H. G. (1982). Types of countertransference identified by Q-analysis. *British Journal of Medical Psychology*, 55, 187-201.
- WILLIAMS, R., & DAZZI, N. (2006). Il concetto di empatia tra clinica e ricerca empirica. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia. Modelli*

- e strumenti* (pp. 389-435). Milano: Raffaello Cortina.
- WINNICOTT D.W. (1958). *Dalla Pediatria alla Psicoanalisi*. Firenze: Martinelli, 1975.
- WINNICOTT D.W. (1965). *Sviluppo affettivo e ambiente*. Roma: Armando, 1970.
- WINNICOTT, D. W. (1949). Hate in the countertransference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 30, 69-75.
- WOLPE, J. (1969). *The practice of Behavior Therapy*. New York: Pergamon Press. (Tr. it. *Tecniche di terapia del comportamento*. Milano: Franco Angeli, 1984).
- ZENNARO, A., CRISTOFANELLI, S., & VOTTERO RIS, F. (2006). Indicazioni per una buona metodologia della ricerca. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & A. Colli (Eds.), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti* (pp. 239-268). Milano: Raffaello Cortina
- ZILCHA-MANO, S., ROOSE, S. P., BROWN, P. J., & RUTHERFORD, B. R. (2019). Not just nonspecific factors: the roles of alliance and expectancy in treatment, and their neurobiological underpinnings. *Frontiers in behavioral neuroscience*, 12, 293.