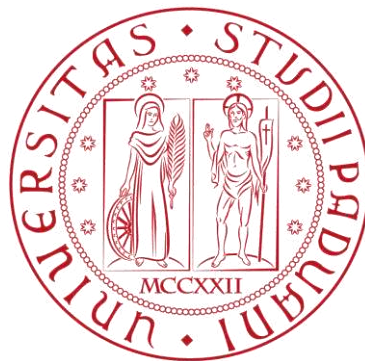


# UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di Laurea Magistrale in

PSICOLOGIA DELLO SVILUPPO E DELL'EDUCAZIONE



TESI DI LAUREA MAGISTRALE:

Come evolvono le difese lungo il percorso psicoterapeutico:  
una ricerca processo-esito su un caso singolo.

*How the defense mechanisms evolve along the psychotherapeutic path: a single-case  
process-outcome research.*

*Relatore:*

Prof. Diego Rocco

*Laureanda:*

Giorgia Zanlorenzi

*Matricola:*

2017345

ANNO ACCADEMICO 2021-2022

## INDICE

<b>1. INTRODUZIONE</b>	<b>1</b>
1.1. La ricerca in psicoterapia	1
1.2. I meccanismi di difesa e la DMRS	9
1.3. La SWAP-200	13
<b>2. METODO</b>	<b>16</b>
2.1. Strumenti: DMRS, SWAP-200, MCMI-III	16
2.2. Materiale e caso singolo	26
2.3. Procedura	30
2.4. Ipotesi di lavoro	36
<b>3. RISULTATI</b>	<b>38</b>
<b>4. DISCUSSIONE</b>	<b>48</b>
4.1. Conclusione	56
<b>5. BIBLIOGRAFIA</b>	<b>59</b>

## INTRODUZIONE

### La ricerca in psicoterapia

Come riferiscono Dazzi, Lingiardi e Colli in “*La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti.*” (2006): “Non è facile distinguere con certezza ciò che è ricerca in psicoterapia da ciò che non lo è” (p. 3).

Secondo gli autori, per fare chiarezza sul concetto di ricerca in psicoterapia è più facile concentrarsi su tre domande fondamentali. Si tratta di tre quesiti che non solo hanno scandito le tappe della storia della ricerca in psicoterapia ma che, a loro volta, ne dividono il campo in due settori: ricerca sul risultato (*outcome research*) e ricerca sul processo (*process research*).

1. La psicoterapia funziona?
2. Qual è il miglior approccio psicoterapeutico?
3. Che cosa succede durante la psicoterapia?

La prima domanda, oggi, può quasi apparire banale, ma i tentativi di darvi risposta furono di importanza cruciale e caratterizzarono una prima fase storica della ricerca in psicoterapia, dal 1950 al 1970. Dazzi (2006), spiega come questo quesito focalizzi l’attenzione sugli esiti della terapia, ovvero sui risultati misurabili al termine di questa, si tratta infatti di *outcome research* (dove *outcome* in inglese significa “risultato”). Essa nasce con l’obiettivo di valutare l’efficacia della psicoterapia (indipendentemente dal modello concettuale sottostante) nel curare la sofferenza psicologica. Indagare al fine di rispondere a questa domanda fu essenziale per difendersi dagli attacchi provenienti in particolare dall’ambito epistemologico (soggettività dell’esperienza vs oggettività scientifica; il problema della mente che studia se stessa; ecc..) e da quello economico (se

non si dimostra che la psicoterapia è una cura efficace, perché investirci?) (Dazzi et al. 2006).

Basandosi sui risultati ottenuti attraverso la ricerca, è stato possibile affermare che la psicoterapia funziona (Lambert, 2004; Lambert, & Bergin, 1994; Lipsey, & Wilson, 1993; Seligman, 1995; Smith, Glass, & Miller, 1980; Stiles, Honos-Webb, & Knobloch, 1999).

La letteratura in merito è vasta e per leggere in modo unitario i risultati ottenuti si utilizzò il metodo delle meta-analisi. La meta-analisi è una modalità di ricerca che riassume i risultati di diversi studi su uno stesso argomento utilizzando un indice comune: “la dimensione del risultato” o *effect size* (Durlak, 1999, p. 420). Dazzi (2006) riferisce che in una delle prime meta-analisi per valutare l’efficacia della psicoterapia (Smith, & Glass, 1977; Smith, et al., 1980) venne utilizzato un campione di 475 ricerche che mettevano a confronto gruppi di pazienti trattati in psicoterapia e gruppi di pazienti non trattati. I risultati indicarono che “Alla fine del trattamento, il soggetto medio che ha ricevuto una terapia sta molto meglio dell’80% dei soggetti non sottoposti al trattamento” (Lambert, 2004, p. 140). Meta-analisi successive, condotte negli’ultimi vent’anni (Asay, Lambert, Christensen et al., 1984; Balestrieri, Williams, & Wilkinson, 1988; Nicholson, & Berman, 1983.) e anche meta-analisi di meta-analisi (Lipsey, & Wilson, 1993) confermano questi risultati. Oggi, però, l’effetto (*effect size*) è di .60, mentre nelle prime meta-analisi svolte era di .85; questo può essere dovuto al fatto che, nelle analisi statistiche dell’epoca, i valori dell’*effect size* non venivano pesati rispetto alla numerosità campionaria di ogni ricerca da cui tale effetto veniva poi calcolato (Shadish, Matt, Navarro, et al., 1997). In poche parole, nonostante le prime ricerche e meta-analisi utilizzassero metodi sicuramente migliorabili, la psicoterapia è risultata

essere efficace. Inoltre, questo tipo di ricerche, permisero di confermare che l'effetto della psicoterapia non risulta essere riconducibile ad un effetto placebo (Barker, Funk, & Houston, 1988; Dush, 1986). Grissom (1996) afferma che la psicoterapia, in generale, sembra produrre un outcome migliore nel 70% dei casi rispetto al gruppo di controllo, e del 66% rispetto ad un gruppo sottoposto ad effetto placebo.

Dal punto di vista metodologico, nella ricerca sul risultato è essenziale prima di tutto stabilire che cosa si intenda per *outcome*. Per esempio, in alcuni tipi di terapia come quelle cognitive, comportamentali e strategiche, l'*outcome* viene considerato in termini di cambiamento del sintomo, mentre nelle terapie psicoanalitiche ed esperienziali l'*outcome* fa riferimento al cambiamento della personalità che sostiene il sintomo (Dazzi, 2006). Anche gli strumenti per valutare il risultato sono molti, e in generale si possono classificare in due macro gruppi: strumenti mono tratto e strumenti multi tratto. Per strumenti mono tratto si intendono strumenti atti a valutare un singolo tratto del funzionamento del paziente, uno dei più utilizzati è, per esempio, il Beck Depression Inventory (BDI; Beck et al.). Questi strumenti richiedono tempi brevi di somministrazione e sono perciò molto più "agili", allo stesso tempo, però, hanno alcune problematicità dal punto di vista della validità statistica e le loro rilevazioni risultano spesso troppo ristrette per risultare davvero interessanti nella valutazione dell'*outcome* (Dazzi, 2006). Gli strumenti multi tratto, invece, valutano contemporaneamente più dimensioni del funzionamento del paziente. Uno dei più utilizzati è il MMPI-2 (Butcher et al. 1989). Sono strumenti utili quando si suppone che la popolazione presa in considerazione non sia omogenea ed è presente un'ampia letteratura a sostegno della loro validità (Dazzi, 2006). Nonostante ciò, spesso risultano lunghi da somministrare, complicati e talvolta noiosi per i pazienti, altri ancora sono poco sensibili ai

cambiamenti (Beutler, & Crago, 1983). Un altro importante gruppo è quello degli strumenti per la valutazione globale del cambiamento, tra cui troviamo la scala dell'alto funzionamento della SWAP-200 (Westen, & Shedler, 1999a, 1999b; Westen, Shedler, & Lingardi, 2003).

Per classificare gli strumenti che misurano l'*outcome*, McLellan e Durrell (1996), per esempio, individuano quattro aree di funzionamento globale che necessitano di essere valutate: la riduzione dei sintomi, l'incremento della salute e del funzionamento personale e sociale, i costi della cura, ed infine il minor utilizzo di strutture di salute pubblica. Docherty e Streeter (1995), invece, ne descrivono 7: la sintomatologia, il funzionamento sociale e interpersonale, il funzionamento lavorativo, il grado di soddisfazione, il ricorso a trattamenti successivi, la salute generale ed infine la qualità della vita.

Parlando di strumenti e metodi per la valutazione dell'*outcome*, è necessario fare alcune considerazioni sulla significatività statistica e sulla significatività clinica. Stando a Dazzi (2006), la significatività statistica dei risultati fa riferimento alla grandezza della differenza relativa ad una variabile oggetto di studio, prima e dopo un trattamento; ovvero, indica che, dopo il trattamento, le differenze tra i gruppi non sono dovute al caso, ma ad un particolare fattore che le ha prodotte. Eppure: "La significatività statistica dei risultati non sempre corrisponde alla loro significatività clinica" (Dazzi, 2006, p. 13). Per significatività clinica si intende il significato che la grandezza del cambiamento (o differenza osservata) ha per il paziente ed il clinico. L'una non sostituisce l'altra, ma entrambe andrebbero sempre prese in considerazione.

Per concludere le riflessioni su questa prima domanda, è infine importante parlare dei disegni di ricerca. Nell'*outcome research* si individuano due principali metodologie di

ricerca: i disegni *single-case* e i *Randomized Clinical Trials* (RCT). Dazzi (2006) spiega che i primi sono più vicini alla realtà clinica ma poco generalizzabili, mentre i secondi sono appositamente pensati per rispondere alla domanda sull'efficacia comparata, ma non prendono in considerazione il cambiamento del singolo individuo.

Sono proprio gli RCT a caratterizzare la seconda domanda. La necessità di stabilire i gruppi di controllo, infatti, risulta essere uno degli ostacoli che caratterizzano la ricerca in psicoterapia dove, diversamente da quella farmacologica, non è possibile effettuare ricerche controllate rigidamente da placebo, in quanto il placebo stesso risulta essere un agente psicologico. È per questo motivo che il prototipo di ricerca sperimentale in psicoterapia si basa sul confronto tra tipi diversi di intervento terapeutico (Migone, 2006).

Eccoci quindi alla seconda domanda. Essa rientra nell' *outcome research*, ma, invece di interessarsi all'efficacia generale della psicoterapia, pone l'attenzione sull'efficacia comparata, ovvero: quale tipo di terapia funziona meglio, raggiunge migliori risultati? È interessante notare come le osservazioni degli ultimi trent'anni affermino che nessuna terapia è meglio delle altre, ovvero, confrontando approcci terapeutici diversi, nessuno risulta significativamente più efficace degli altri (Luborsky, Singer, & Luborsky, 1975). Si tratta del cosiddetto "paradosso dell'equivalenza", che portò con sé la minaccia alla legittimità scientifica delle varie teorie e correnti psicologiche. Queste conclusioni vennero attribuite ad una metodologia non sufficientemente rigorosa, ma misero anche in luce i limiti degli studi basati sul risultato per comprendere il funzionamento della psicoterapia (Migone, 2006).

Dazzi e colleghi (2006) scrivono a riguardo: "Le cose non sono così semplici e potrebbe giustamente sorgere il dubbio che studiare solo la partenza e l'arrivo ci dica poco della

vera esperienza del viaggio” (p. XXVIII).

Arriviamo quindi alla terza e ultima domanda. Cosa succede nel percorso terapeutico? Come si arriva al cambiamento? Cosa deve accadere nel corso della terapia perché ci si possa aspettare un risultato positivo (Migone, 2006)? Siamo nella seconda fase della storia della ricerca in psicoterapia, tra il 1960 e il 1980, e stiamo parlando della ricerca sul processo (*process research*), dove vengono indagati i vari aspetti del “processo” terapeutico, indipendenti dal risultato e misurabili anche durante la terapia. Stando a Dazzi (2006), questo tipo di ricerche erano un modo per capire quali interventi nella pratica clinica differissero tra loro al di là delle differenze teoriche, comprendere se ci fossero delle differenze sistematiche tra i vari pazienti e analizzare se ci fossero elementi comuni a tutti i tipi di psicoterapia. L’enfasi si spostò quindi dal “cosa” al “come”. Facendo riferimento a ciò che scrive Rocco (2005), ciò che caratterizza il “come” può essere ricondotto in parte a quegli aspetti relazionali che possono essere descritti come: l’attitudine del terapeuta, l’empatia, la sintonizzazione affettiva ed il controtrasfert concordante (Bateson, & Holmes, 1995). Citando Migone (1998), si tratta di “capire in cosa consistono quei fenomeni che clinicamente sono percepiti come macroprocessi” (p. 61).

Per questo tipo di ricerche è indispensabile la trascrizione delle sedute cliniche e ancor di più, nei casi possibili, l’audioregistrazione delle sedute.

La ricerca sul processo, in generale, si propone di: “Classificare, descrivere e misurare ciò che fanno paziente e terapeuta” (Stiles, Honos-Webb, & Knobloch, 1999, p. 365), ovvero di studiare le modalità con cui si verificano i cambiamenti lungo il percorso terapeutico (De Coro & Adreassi, 2004).

*Outcome research* e *process research* non sono, però, due settori separati ma facce della



stessa medaglia, la ricerca sul processo può infatti essere correlata al risultato. Per esempio, l'alleanza terapeutica (fattore aspecifico, ovvero trasversale a tutte le teorie psicoterapeutiche), fin dalle prime sedute, ha la più alta correlazione con il risultato della terapia stessa, in questo caso positiva (Migone, 2006).

Detto ciò, la ricerca sul processo spesso non riesce a connettere empiricamente ciò che accade in seduta (*process*) con il risultato della terapia (*outcome*), essa fornisce quadri complessi e descrittivi ma spesso troppo statici per potersi spingere fino ad interpretazioni di tipo causale (Dazzi, 2006).

E' di fronte a questi limiti che la ricerca *process-outcome* tenta di dare delle risposte.

Potremmo quindi, a mio parere, aggiungere un quarto nucleo di domande:

Che rapporto intercorre tra processo e risultato? Cosa lega ciò che accade in seduta con l'esito della terapia o della singola seduta? Citando Rocco (2005), "Cosa fa sì che la terapia funzioni?" (p. 5).

La *process-outcome research* è, in poche parole "Lo studio di ciò che accade durante il viaggio in relazione alla sua destinazione" (Dazzi et al. 2006, p. XXVIII). Essa ha prodotto molti strumenti e metodi di analisi condivisibili nel processo terapeutico. Alcuni di essi sono, per esempio, l'analisi del tema relazionale conflittuale centrale (C.C.R.T.) di Luborsky (Luborsky, Barber, & Schaffler, 1973; Luborsky 1984; Luborsky, & Crits-Christoph, 1986; Luborsky et al. 1989); l'analisi della già citata prima alleanza terapeutica (Colli, & Lingiardi 2001; Colli, & Lingiardi 2004; Lingiardi 2002); ed infine la DMRS, *Defence Mechanism Rating Scale* di Perry (Perry 1990; Perry, & Cooper 1989). La *process-outcome research* non si accontenta di una semplice correlazione, ma cerca di dare una spiegazione dei processi coinvolti nel cambiamento che renda conto della causazione. Fa da ponte tra il "come" avviene un cambiamento e

se “c’è” un cambiamento (Dazzi, 2006).

Essa può avvenire su diversi livelli: dal punto di vista del processo ci si può focalizzare su ciò che avviene in un’intera seduta, dal punto di vista del risultato l’attenzione va all’esito della seduta stessa. Generalmente i livelli di analisi della ricerca *process-outcome* partono dalla valutazione dei microprocessi e dei segmenti di seduta, fino a valutazioni con intervalli più ampi come interi periodi di trattamento e valutazioni di *follow-up* (Orlinsky, Rønnestad, & Willutzki, 2004).

Per concludere questa introduzione alla ricerca in psicoterapia, è necessario sottolineare che il dialogo tra ricerca e clinica non è affatto facile. Le scoperte empiriche sono difficili da trasportare in ambito clinico ed è inoltre presente una certa resistenza da parte dei clinici ai metodi d’indagine empirica. È quindi estremamente complesso convergere i risultati della ricerca nell’ambito clinico e conciliare le indicazioni della pratica clinica con la pianificazione della ricerca. Di conseguenza è essenziale trovare un equilibrio tra la correttezza statistico-metodologica e le sfumature della clinica, in modo da cogliere la complessità senza rinunciare al rigore del metodo (Dazzi et al., 2006).

È proprio per questo motivo che il nostro lavoro di ricerca è di tipo *process-outcome*: utilizza metodi validati empiricamente come la DMRS (Perry 1990; Perry, & Cooper 1989) e la SWAP-200, ma tiene anche conto delle specifiche sfumature e peculiarità del caso, essendo un disegno di ricerca *single case*. Nello specifico, tale ricerca, della quale verrà dettagliatamente descritto il metodo successivamente, si concentra infatti sull’identificazione e la messa a confronto dell’analisi delle difese (DMRS) con l’esito finale della terapia.

## I meccanismi di difesa e la DMRS

Cosa si intende quando facciamo riferimento ai meccanismi di difesa?

Nel saggio di Freud “*Le neuropsicosi da difesa*”, del 1894, compare per la prima volta il concetto di meccanismo di difesa. Per l’autore la difesa rappresenta un tentativo da parte dell’Io di difendersi da una minaccia interna o esterna in grado di provocare un aumento dell’eccitazione. Secondo questa visione, i meccanismi di difesa mediano il conflitto tra Io e pulsioni (Lingiardi, 2006).

Nonostante a livello scientifico fu Freud il primo ad introdurre il costrutto, è a sua figlia Anna che ne dobbiamo la sistematizzazione. Essa fornì il primo elenco di difese e stabilì che esse servono non solo a proteggersi dalle pulsioni, ma da tutto ciò che può provocare angoscia (Lingiardi, 2006).

Dall’800 ad oggi, sono stati sviluppati molti strumenti e criteri per la valutazione dei meccanismi di difesa e dalle prime definizioni di Freud, il concetto di difesa e i criteri di classificazione hanno subito innumerevoli modifiche ed integrazioni (Lingiardi, 2002).

Negli anni Novanta si è assistito al passaggio da un’ipotesi clinica alla valutazione sperimentale del costrutto. Alcuni articoli pubblicati all’inizio del decennio, “*Should an Axis for Defense Mechanisms Be Included in DSM-IV?*” (Skodol, & Perry, 1993),

hanno trovato risposte affermative sostenute da solidi dati empirici, “*Field Trial of a Diagnostic Axis for Defense Mechanisms for DSM-IV*” (Lingiardi, 2006; Perry et al.,

1998;). Ciò ha fatto guadagnare ai meccanismi di difesa un posto nella “roccaforte teorica del DSM-IV” (Lingiardi, 2002, p. 136), dov’è presente un asse del

funzionamento difensivo con tanto di glossario dei meccanismi di difesa suddivisi in sette livelli gerarchici e scala di valutazione. Citando proprio l’introduzione alla

*Defensive Functioning Scale* presente nel DSM-IV (1994): “I meccanismi di difesa sono

processi psicologici automatici che proteggono l'individuo dall'angoscia e dalla consapevolezza di pericoli o fattori stressanti interni 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).

Oggi si pensa che i meccanismi di difesa siano dei processi inconsci inferiti, che mediano tra desideri, impulsi ed affetti da una parte, e proibizioni interiorizzate e/o la realtà esterna dall'altra. Secondo Lingiardi (2002), oggi una buona definizione di cosa siano i meccanismi di difesa può essere quella della ricercatrice Phebe Cramer: “Con il termine meccanismo di difesa ci riferiamo ad un'operazione mentale che avviene per lo più in modo inconsapevole, la cui funzione è di proteggere l'individuo dal provare eccessiva ansia. Secondo la teoria psicoanalitica classica, tale ansia si manifesterebbe nel caso in cui l'individuo diventasse conscio di pensieri, impulsi o desideri inaccettabili. In una moderna concezione delle difese, una funzione ulteriore è la protezione del Sé - dell'autostima e, in casi estremi, dell'integrazione del Sé” (Cramer, 1998a, p. 885).

Come scrive Lingiardi (2002), essi rappresentano una risposta individuale sorta per alleviare situazioni di stress e conflitto, sono spesso processi preferenziali automatici, possono essere classificati in modo gerarchico ovvero lungo un continuum adattamento-disadattamento (maturità-immaturità), la loro adattabilità dipende dalla loro intensità, rigidità e al contesto in cui agiscono, e tendono a “specializzarsi” nei diversi individui che propendono ad utilizzare gli stessi meccanismi di difesa nelle stesse situazioni.

L'autore continua affermando che i meccanismi di difesa sono importanti da indagare perché offrono ai clinici la possibilità di integrare ad una diagnosi descrittiva una

prospettiva dinamica, ed aiutare nel passaggio dalla diagnosi al trattamento (Lingiardi, 2002).

Detto ciò, trovo importante ricordare che diagnosi e meccanismi di difesa non vanno confusi. Essi non sono sinonimi ma, come scrive Lingiardi (2002) “Lo stile difensivo di un soggetto riflette non solo il suo generale livello di adattamento, ma anche alcuni aspetti dinamicamente più salienti della configurazione diagnostica” (p. 151). Di conseguenza, come scrivono Flannery e Perry (1990), gli strumenti che forniscono un’accurata valutazione del funzionamento difensivo sono di enorme utilità clinica. A questo punto la domanda sorge spontanea: Com’è possibile evidenziare e misurare, a livello operativo, un processo per lo più inconscio?

Gli autori che sostengono l’inconsapevolezza del soggetto per i propri meccanismi di difesa hanno proposto strumenti in grado di rilevare queste operazioni inconsapevoli, elicitando nei soggetti delle risposte di cui non si rendono conto o si rendono conto solo parzialmente (Perry, 1993a). Il soggetto può manifestare comportamenti senza essere necessariamente consapevole dei loro derivati “inconsci” o delle motivazioni su cui poggiano. Ecco che possono essere segnalati aspetti difensivi senza che ciò implichi *insight* sulle loro fonti (Madeddu, 2006).

La possibilità di valutare quantitativamente e qualitativamente lo stile difensivo di un soggetto ha favorito, negli’anni, lo sviluppo di ricerche allo scopo di indagare la relazione tra difese e quadri psicopatologici, assetti diagnostici, indici di salute fisica e/o mentale e capacità di adattamento. Più di tutto, la loro misurazione rappresenta “un tassello indispensabile nelle ricerche sul processo e l’esito delle psicoterapie” (Lingiardi, 2006, p. 464).

Gli strumenti per poter realizzare tutto ciò sono suddivisi sinteticamente in: strumenti

autosomministrati, strumenti basati su materiale clinico e strumenti basati su test proiettivi (Madeddu, 2006).

La *Defense Mechanism Rating Scale* (DMRS), basata su materiale clinico, è lo strumento scelto in questo lavoro di tesi per la valutazione delle difese di un caso singolo. La scelta di questo strumento non è solo dovuta alla sua precisione e al suo rigore sia a livello concettuale che metodologico, ma anche alla sua capacità di fornire una base comune per le valutazioni dell'assetto difensivo riducendo al minimo la loro soggettività e aumentando il più possibile l'attendibilità delle osservazioni raccolte. Soprattutto, una delle aree in cui la DMRS viene applicata è quella della ricerca in psicoterapia. Grazie allo scoring di materiale registrato, infatti, è possibile verificare microcambiamenti fra le sedute in seguito ad interventi del terapeuta, ed è possibile usare i punteggi come misura dell'*outcome* o dell'alleanza terapeutica (Madeddu, 2002).

## La SWAP-200

La *Shedler-Westen Assessment Procedure-200* (SWAP-200) è uno strumento per la valutazione dei disturbi di personalità. Lingiardi e Gazzillo scrivono nel primo capitolo di *“La valutazione della personalità con la SWAP-200”* (2003), che essa consente una diagnosi funzionale in risposta a quella proposta dal Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM) che, nonostante possa aiutare i ricercatori nelle ricerche in ambito clinico a trovare un terreno comune e categorie diagnostiche condivise, presenta vari problemi. Alcuni tra questi limiti sono: un etichettamento del paziente che può portare a profezie che si auto avverano, difficoltà controtransferali nei confronti di pazienti con specifiche etichette diagnostiche, un'eccessiva comorbidità tra i disturbi dell'Asse I e II, una certa irrilevanza terapeutica e prognostica delle categorie diagnostiche, una scarsa attendibilità *test-retest* ed una scarsa utilità clinica (Lingiardi, & Gazzillo, 2003).

Ma cosa si intende per diagnosi funzionale? La diagnosi (o valutazione) funzionale valuta il funzionamento dell'individuo sul piano motivazionale, cognitivo, affettivo e comportamentale, in determinate situazioni rilevanti al suo adattamento psicologico e sociale. Non si sofferma solo sulla patologia ma tiene conto anche delle risorse individuali. Inoltre, essendo i processi psicologici attivati da specifiche circostanze ed il risultato dell'interazione tra individuo e ambiente, la diagnosi funzionale presuppone una visione dinamica e sistemica della personalità che indaghi quattro aree fondamentali: desideri, paure, valori; risorse psicologiche; esperienze di sé e degli altri; temperamento, esperienze evolutive e maturità dei vari processi psicologici. Queste aree fanno riferimento ad alcune teorie e correnti psicologiche come la psicoanalisi classica, la psicologia dell'Io, la teoria delle relazioni oggettuali e la psicologia del Sé (Lingiardi,

& Gazzillo, 2003).

Come sottolineano Lingiardi e Gazzillo (2003), la SWAP-200 rappresenta una valida alternativa ai *self-report* e alle interviste strutturate che presentano invece problemi di attendibilità dovuti all'utilizzo del formato della domanda diretta, efficace nel valutare alcuni aspetti espliciti, ma non quelli impliciti. Ecco perché Westen scelse un metodo basato su descrizioni narrative dei vissuti del soggetto e delle sue interazioni emotivamente importanti, dove le rappresentazioni quotidiane del sé risultano più evidenti (Lingiardi, & Gazzillo, 2003).

La SWAP-200, scrivono Lingiardi e Gazzillo (2003), si compone di 200 item, derivati sia dalla letteratura scientifica che dall'esperienza di diversi clinici, caratterizzati da un vocabolario che evita la gergalità delle differenti discipline psicologiche ma include la descrizione di dimensioni inferenziali, non immediatamente percepibili (Lingiardi, & Gazzillo, 2003). Ciò nasce dall'assunto che chi ha studiato e seguito un training specifico per lo strumento, sappia ascoltare, osservare ed inferire i comportamenti ed i processi psichici dei pazienti meglio dei pazienti stessi o di profani (Gazzillo, 2006). Quasi 800 clinici hanno preso parte allo studio di valutazione di questo strumento, valutando con una scala a 4 punti quanto gli item fossero adeguati a descrivere la personalità dei loro pazienti. Il 72% dei clinici in questione ha dato il punteggio più elevato e nessuno di loro ha attribuito il punteggio più basso (Westen, & Shedler, 1999a).

Gli autori sostengono che le diagnosi SWAP-200 possono essere declinate sia in modo categoriale che dimensionale e sono basate su un paragone tra il profilo del paziente valutato ed il suo prototipo empiricamente valutato. I prototipi (o categorie diagnostiche) individuabili attraverso l'uso della SWAP-200 sono divisi in due gruppi.



Il primo fa riferimento a prototipi di pazienti ideali con disturbi di personalità presenti nell'Asse II del DSM-IV: sono i *PD-factor*, ovvero le descrizioni di pazienti reali con un certo disturbo dell'asse II del DSM-IV per mezzo della SWAP-200. Il secondo gruppo, invece, fa riferimento a prototipi di pazienti reali con stili di personalità derivati empiricamente con la SWAP-200: si tratta dei *Q-factor* (Gazzillo, 2006). Lo strumento permette di valutare statisticamente quanta somiglianza ci sia tra un dato paziente ed il suo prototipo, categorizzando questa somiglianza come: assenza di disturbo, presenza di alcune o molte caratteristiche di un dato disturbo, presenza conclamata del disturbo. È inoltre presente anche il prototipo di un paziente ideale sano, con un alto funzionamento, dato da descrizioni dei clinici coinvolti nello studio come: "Sa mantenere una relazione amorosa caratterizzata da un'intimità autentica e dalla capacità di prendersi cura dell'altra persona" (Gazzillo, 2006).

Lingiardi e Gazzillo (2003) ritengono la SWAP utile anche alla valutazione dei cambiamenti di personalità che avvengono nel corso e alla fine di una psicoterapia. Per questo motivo abbiamo scelto di utilizzare la SWAP-200 in questo lavoro di tesi.

Per concludere, Lingiardi e Gazzillo (2003) ribadiscono che questo sistema di classificazione dei disturbi di personalità sviluppato da Westen e Shedler si è dimostrato rilevante sul piano psicoanalitico e fondato sul punto di vista empirico. Ciò ridurrebbe l'ampia distanza che separa la clinica dalla ricerca.

La SWAP-200, come la DMRS, rappresenta un ponte, un aggancio comunicativo, una lingua che entrambe le parti, clinica e ricerca, possono parlare.

## METODO

In questo capitolo verranno trattati gli aspetti tecnici della ricerca. In particolare saranno dettagliatamente descritti gli strumenti, il materiale, la procedura generale e le ipotesi di lavoro.

### **Strumenti: DMRS, SWAP-200, MCMI-III**

**La DMRS.** Secondo J. Christopher Perry, le difese mediano il conflitto intrapsichico dell'individuo tra desideri, affetti, bisogni, impulsi e proibizioni internalizzate. I suoi lavori rappresentano una base per la ricerca contemporanea sui meccanismi di difesa ed è a lui che si deve la creazione della *Defense Mechanism Rating Scale* (DMRS) (Madeddu, 2002).

La DMRS, nata negli anni ottanta, rappresenta uno degli strumenti più utilizzati per la valutazione dell'assetto difensivo di una persona. Attraverso questo strumento è possibile ottenere, analizzando trascritti di colloqui psicoterapeutici, dati relativi non solo alle singole difese, ma anche al livello e al funzionamento difensivo generale dell'individuo (Madeddu, 2002). Le sue diverse rivisitazioni hanno portato ad un approccio quantitativo che prevede ventotto tipi di difese, suddivise in livelli gerarchici, o cluster.

I livelli sono (dal meno adattivo al più adattivo):

- 0. Cattiva o mancata regolazione difensiva: ovvero diniego psicotico, distorsione psicotica, proiezione delirante.

- 1. Difese di acting; ovvero acting out, help-reject complaining, aggressione passiva.
- 2. Difese di distorsione maggiore dell'immagine (difese borderline); ovvero scissione dell'immagine degli'altri, scissione dell'immagine di sé, identificazione proiettiva.
- 3. Difese di diniego; ovvero negazione, proiezione, razionalizzazione, e fantasia schizoide.
- 4. Difese di distorsione minore dell'immagine (difese narcisistiche); ovvero svalutazione, idealizzazione, onnipotenza.
- 5. Altre difese nevrotiche; ovvero rimozione, dissociazione, formazione reattiva e spostamento.
- 6. Difese ossessive; ovvero intellettualizzazione, isolamento dell'affetto, annullamento retroattivo.
- 7. Difese mature (livello altamente adattivo); ovvero affiliazione, altruismo, anticipazione, umorismo, autoaffermazione, autoservazione, sublimazione, repressione (Brambilla, Perry, & Lingiardi, 2002).

I primi livelli citati sono quelli più bassi e sono correlati ad una sintomatologia più severa, mentre le difese ossessive sono predittive di un decorso meno grave (Madeddu, 2002).

Ad ogni difesa è affiancata una definizione teorica, una descrizione della sua funzione dal punto di vista dinamico, una diagnosi differenziale con le difese più simili e vicine, ed una scala a tre punti (con esempi e regole per l'uso) che indichi l'assenza, l'uso probabile o l'uso certo della difesa presa in esame, sia nel trascritto dell'intervista che nella vita abituale del paziente. La valutazione viene fatta su tre livelli: esaminando la presenza/assenza della difesa (Valutazione qualitativa), la frequenza con cui è o è stata utilizzata (Valutazione quantitativa), ed il livello di maturità della stessa (Brambilla,

Perry, & Lingiardi, 2002).

I punteggi finali fanno riferimento a tre categorie:

- *Punteggio delle Singole difese*: il numero di volte in cui è presente ciascuna difesa, diviso per il numero complessivo di tutte le difese utilizzate dal soggetto. Detto anche: punteggio proporzionale.

- *Punteggio dei Livelli difensivi*: i punteggi proporzionali delle singole difese appartenenti allo stesso livello sono sommati tra loro per ottenere il sottotale di quel gruppo difensivo.

- *Punteggio globale di maturità delle difese (ODF score)*: questo valore sintetizza i punteggi totali di tutte le difese usate. Viene moltiplicata ogni difesa per un peso relativo alla sua proporzione nella scala gerarchica e successivamente calcolata la media di tutte le difese pesate. Il peso specifico di ogni difesa fa riferimento al numero del livello difensivo a cui essa appartiene (da 0 a 7). L'*ODF score* finale consiste in un punteggio collocato su una scala da 1 a 7, ma clinicamente i valori ottenuti vanno da un minimo di 3 ad un massimo di 6. In campioni clinici la deviazione standard si colloca tra i valori 0.4 e 0.5. (Brambilla, Perry, & Lingiardi, 2002).

**La SWAP-200.** La *Shedler-Westen Assessment Procedure-200* (SWAP-200) è uno strumento per la valutazione dei disturbi di personalità. Essa si compone di 200 item, ovvero 200 affermazioni descrittive delle più importanti caratteristiche di pazienti con disturbi della personalità (Lingiardi, & Gazzillo, 2003).

Ai 200 item che la compongono dev'essere attribuito un punteggio da 0 a 7. Ogni item riporta esperienze ed affermazioni alle quali va attribuito il punteggio più alto (7) se assolutamente descrittive per il paziente preso in analisi, ed il punteggio più basso (0)

nel caso non lo fossero affatto. Per ognuno dei 7 punteggi attribuibili, lo strumento vincola ad un numero prestabilito di item: 100 item per il punteggio 0, 22 item per il punteggio 1, 18 item per il punteggio 2, 16 item per il punteggio 3, 14 item per il punteggio 4, 12 item per il punteggio 5, 10 item per il punteggio 6, e 7 item per il punteggio 7. Questo vincolo è finalizzato al superamento di alcuni problemi statistici, come la tendenza ad attribuire punteggi alti senza tener conto delle reali caratteristiche del paziente (Lingiardi, & Gazzillo, 2003). A fine valutazione, si identificano 8 “pile”: da quella contenente aspetti poco o per niente descrittivi del paziente a quella con le affermazioni/item più rappresentative. Tutto ciò può avvenire a livello informatico grazie al programma di riferimento.

Di seguito una tabella per rendere più chiara la distribuzione degli item nelle 8 pile (Tabella 2.1):

Tabella 2.1.

Distribuzione degli item nelle 8 pile.

<b>Pila</b>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>
<b>Numero di item da collocare</b>	100	22	18	16	14	12	10	8

Terminata la valutazione, il programma informatico elabora i profili di punteggio di personalità.

Il profilo PD fornisce un punteggio per ogni disturbo di personalità del DSM-VI (APA, 2013) con l’aggiunta del disturbo di personalità depressivo, i così detti prototipi PD.

Essi sono: paranoide, schizoide, schizotipico, antisociale, borderline, istrionico, narcisistico, evitante, dipendente, ossessivo e depressivo. Questi punteggi indicano il

grado di somiglianza o "corrispondenza" tra il paziente e i prototipi diagnostici dell'asse II del DSM-IV (APA, 2013). Tali prototipi diagnostici, comunque, riflettono la comprensione, l'esperienza ed il consenso di clinici esperti, e risultano più ricchi e dettagliati dei criteri forniti dal DSM-VI (APA, 2013).

La correlazione tra i punteggi ottenuti e i singoli prototipi PD viene poi standardizzata dal software in punti T e ne rappresenta i risultati sia numericamente sia con grafico a barre. Qualsiasi correlazione maggiore di 60 (che superi la media di almeno una deviazione standard) indica la presenza di un disturbo di personalità; tra il 55 e il 60, invece, si parla di forti tratti della personalità vicini al disturbo in questione, e dal 50 al 55 di alcuni tratti di personalità (Gazzillo, 2006).

La SWAP-200 si caratterizza inoltre per l'uso della *Q-analysis*, che individua gruppi di soggetti simili, i sette fattori-Q (o categorie diagnostiche) individuati sono:

- Fattore-Q Disforico; caratterizzato per esempio da affermazioni della SWAP-200 legate ad una tendenza al sentirsi inadeguato/a, fallito/a, inferiore, infelice, depresso/a, abbattuto/a.
- Fattore-Q Antisociale-psicopatico; definito da item indicanti una tendenza alla disonestà, all' approfittarsi degli'altri, e all'impulsività.
- Fattore-Q Schizoide; caratterizzato, per esempio, da affermazioni relative alla tendenza di assenza di relazioni strette ed una gamma di emozioni limitata, ma anche modi di fare ed un aspetto strano o peculiare.
- Fattore-Q Paranoide; caratterizzato da item legati al sentirsi incompreso/a, vittimizzato/a, al tenere il broncio, e al pensare che gl'altri vogliano far loro del male.
- Fattore-Q Ossessivo; definito sia da item che indicano una tendenza alla coscienziosità e alla presa di responsabilità, che da item relativi all'eccessivo controllo ed inibizione.

- Fattore-Q Istrionico; caratterizzato da affermazioni che riflettono, per esempio, una tendenza all'essere eccessivamente bisognoso/a e dipendente, e al sviluppare attaccamenti intensi e veloci.
- Fattore-Q Narcisistico; che include, per esempio, item relativi ad una tendenza ad avere fantasie illimitate di bellezza, successo e potere, ed avere un senso esagerato della propria importanza (Lingiardi, & Gazzillo, 2003).

Essendo il primo fattore-Q, il gruppo disforico, molto ampio (20% dei pazienti del campione), è stata eseguita una seconda *Q-analysis* per poterne identificare dei sottotipi (Lingiardi & Gazzillo, 2003). Il primo sottotipo identificato è quello disforico-evitante (tendenza alla timidezza, riservatezza, evitamento di situazioni sociali per timore di imbarazzo ed umiliazione), il secondo è il disforico-depressivo ad alto funzionamento (presenta punti di forza psicologica come l'empatia, l'intuizione, e la presenza di standard morali ed etici, ma anche una tendenza all'autocritica e al sentirsi in colpa ed infelice), il terzo è il disforico-con disregolazione emotiva (intensa emotività spesso fuori controllo, desideri suicidari, incapacità di calmarsi quando angosciati e sensazione che la propria vita non abbia significato), il quarto è il disforico-dipendente-masochista (tendenza a coinvolgersi o rimanere in relazioni in cui subiscono abusi emotivi e/o fisici, ad ingraziarsi gl'altri o a farsi sottomettere), il quinto sottotipo è quello disforico-con esteriorizzazione dell'ostilità (presenta tendenza a partecipare a lotte di potere, ad essere arrabbiato/a, ad accusare gl'altri per i propri fallimenti e sentirsi incompreso/a) (Lingiardi, & Gazzillo, 2003).

Infine, la SWAP-200 presenta anche una scala di "alto funzionamento" in grado di misurare le risorse nella personalità del soggetto preso in esame (Gazzillo, 2006). Si tratta di un indice di salute psicologica che rappresenta capacità e risorse psicologiche

del paziente. Un punteggio più alto di 64 indica che il livello di funzionamento del paziente è superiore a quello di un paziente medio avente diagnosi di disturbo di personalità dell'asse II del DSM-VI (APA, 2013).

**MCMI-III.** Il *Millon Clinical Multiaxial Inventory* (MCMI), di Theodore Millon, Carrie Millon, Roger Davis e Seth Grossman, del 1977, poi revisionato nel 2009, è uno dei test più utilizzati per la valutazione della personalità, attraverso una serie di scale basate su una specifica teoria della personalità e direttamente correlate con il DSM. Importante notare come questo strumento, a differenza della SWAP-200, rivela solo aspetti patologici della personalità, motivo per cui non è utile alla valutazione dei punti di forza del paziente. Secondo lo strumento, la personalità è un tessuto complesso di caratteristiche psicologiche che, spesso, si esprimono automaticamente. Tali caratteristiche, intrinseche e pervasive, sono il risultato di complesse interazioni tra aspetti biologici ed esperienze sociali, ed indicano modi unici e distintivi di percepire, pensare, sentire ed agire. Per quanto riguarda i disturbi della personalità, essi sono categorizzati secondo la loro probabile gravità, ovvero la probabilità che tali sindromi possano evolvere in disturbi gravi o lievi.

In questo studio è stata utilizzata la terza versione dello strumento, l'MCMI-III, del 1994. Questo strumento può essere applicato esclusivamente a soggetti maggiorenni, è autosomministrato, ha un tempo di somministrazione che varia tra i 20 e i 30 minuti, si compone di 175 item di tipo vero-falso, ed è composto da 28 scale suddivise in 5 gruppi.

Il primo gruppo fa riferimento ai seguenti Pattern di Personalità Clinica: 1 schizoide, 2A evitante, 2B depressiva, 3 dipendente, 4 istrionica, 5 narcisistica, 6A antisociale, 6B



sadica (aggressiva), 7 ossessiva-compulsiva, 8A negativistica (passivo-aggressiva), 8B masochistica (autofrustrante).

Il secondo gruppo fa riferimento a Gravi Patologie della Personalità quali S schizotipica, C borderline, P paranoide.

Il terzo gruppo riguarda le Sindromi Cliniche: A ansia, H somatizzazione, N bipolarismo (mania), D distimia, B dipendenza da alcol, T dipendenza da droghe, R disturbo post-traumatico da stress.

Il quarto gruppo tratta delle Sindromi Cliniche Gravi: SS disturbo del pensiero, CC depressione maggiore, PP disturbo delirante.

Il quinto gruppo riguarda gli Indici di Modifica:

- V validità: si compone di tre item bizzarri o altamente improbabili, una risposta affermativa a due o più di questi comporta l'invalidazione del protocollo.
- X apertura: indica quanto prontamente il soggetto si attribuisce un qualsiasi tratto psicologico, valuta quindi quanto e se ci sia sincerità o riservatezza.
- Y desiderabilità: quanto i risultati possono essere stati influenzati dalla tendenza del soggetto di mostrarsi socialmente, moralmente ed emotivamente virtuoso.
- Z autosvalutazione: riguarda tendenze generalmente opposte alla scala Y, ovvero tendenze altamente autocritiche.

Gli indici di modifica vanno valutati in relazione tra loro:

- Un basso X assieme ad un alto Y = *fake good*.
- Un alto X assieme ad un alto Z = *fake bad*.
- Bassi X e Z con un alto Y = *underreporting*.
- Un basso X assieme ad alti Y e Z = difensività o tratti antitetici.

Sono presenti, infine, 6 cluster di Risposte Rilevanti: preoccupazioni riferite allo stato di

salute, alienazione nei rapporti interpersonali, discontrollo emotivo, potenziale autodistruttivo, abuso infantile, disturbo dell'alimentazione.

Ognuna delle scale è mediamente composta da 15 item e, dato che il modello di Millon presuppone che le sindromi cliniche ed i tipi di personalità siano spesso correlati, vi sono molte condivisioni degli item nelle varie scale dello strumento.

Gli item hanno un punteggio di 1 quando riguardano aspetti non prototipici per la scala e 2 quando fanno riferimento ad aspetti specifici della stessa.

I punteggi ottenuti con l'MCMI-III sono trasformati in punteggi standard o *Base Rate* che possono essere descritti come un indicatore della probabilità che il soggetto ha di avere una determinata caratteristica. Per ogni scala, un punteggio *Base Rate* 35 rappresenta la mediana per una popolazione non psichiatrica, un punteggio *Base Rate* 60 indica la mediana per pazienti psichiatrici, un punteggio *Base Rate* 75 rappresenta una presenza sicura della caratteristica misurata ed un punteggio *Base Rate* 85 indica che tale caratteristica è predominante nell'individuo.

Per ciò che riguarda l'interpretazione dei risultati, prima di tutto è necessario esaminare gli Indici di Modifica, concentrandosi sullo stile di risposta del paziente.

Successivamente, risulta importante analizzare le scale di Grave Disturbo della Personalità e concentrare su di esse l'enfasi interpretativa nel caso risultassero clinicamente elevate. È inoltre necessario individuare lo stile di personalità di base del soggetto, e descrivere la sindrome clinica o i sintomi dell'Asse I che la persona sembra sperimentare, a partire dalle sindromi gravi, interpretando il significato della sintomatologia nel contesto dello stile/disturbo di personalità del soggetto. Infine, va controllata l'eventuale presenza di Risposte Rilevanti.

Per individuare lo stile di personalità vanno analizzati gli stili "originali" dello

strumento (schizoide, evitante, dipendente, istrionico, narcisistico, antisociale, ossessivo-compulsivo, negativistico) tenendo in considerazione solo i tre con punteggio più alto (i tre picchi più alti sopra il *cut-off* di 75), ricordandosi che le elevazioni vanno sempre collocate nel contesto di vita del soggetto, in quanto un punteggio alto non per forza è indice di patologia.

## Materiale e caso singolo

I materiali disponibili per questa ricerca *process-outcome* su caso singolo sono stati: i risultati del MCMI-III somministrato al paziente prima della presa in carico e al *follow up* un mese dopo il termine della psicoterapia, e i trascritti delle sedute dello stesso paziente. Tali trascritti riguardavano 18 sedute, il cui ordine temporale era inizialmente sconosciuto ai giudici per l'analisi delle difese, appartenenti ad un paziente sottoposto ad una psicoterapia a lungo termine: il paziente G.

Le sedute erano state precedentemente audioregistrate e trascritte previo consenso informato da parte del paziente e ricoprono un arco di tempo di quattro anni. In particolare i trascritti scelti riguardano le prime tre sedute del paziente G. (seduta numero 1, 2 e 3), sei sedute distribuite nella prima metà della terapia (seduta numero 23, 24, 25, 52, 53 e 54), tre sedute intermedie (seduta numero 90, 96 e 100), tre della seconda metà (seduta numero 125, 134 e 137), e tre sedute verso la fine della psicoterapia (seduta numero 184, 198 e 199). Di seguito uno schema per meglio visualizzarne la distribuzione nel corso del tempo (Tabella 2.2):

Tabella 2.2. distribuzione temporale delle sedute scelte per i trascritti

Lunghezza della terapia	4 anni																	
Numero sedute scelte per i trascritti	1	2	3	23	24	25	52	53	54	90	96	100	125	134	137	184	198	199

Il paziente G. è un giovane adulto, intorno ai vent'anni; si rivolge al servizio di psicoterapia perché lamenta di “pensare un po' troppo a tutto”. Il paziente riporta un'eccessiva difficoltà nel prendere decisioni anche di poco conto, nella quotidianità. Si dichiara turbato dallo stress che percepisce nel dover fare delle scelte, con un'intensa ansia difficile da gestire. Riporta difficoltà di concentrazione dovute a continui pensieri negativi e difficoltà nelle interazioni sociali, percependosi meno sereno e allegro di prima.

Nei trascritti, già dalle prime sedute G. appare estremamente ansioso, tormentato da pensieri intrusivi e catastrofici che risolve restando a casa il più possibile, vicino alla famiglia. G. riporta un'intensa paura della morte (riferita ai suoi genitori) e di rimanere solo, ma anche un eccessivo timore del giudizio negativo degli altri conseguente una sua possibile autoaffermazione. Anche se spesso fatica ad esprimersi in modo fluido, G. presenta una grande loquacità e una discreta capacità di raccontarsi che, però, viene talvolta distorta e soffocata da una continua autosvalutazione di sé ed idealizzazione di figure accudenti e protettive come quella materna. Da ciò che riporta il paziente, si percepisce un forte interesse per le interazioni sociali ma un intenso timore di essere umiliato o di dover esporre un proprio punto di vista. Fin da subito, G. riporta l'enorme stress percepito dalla difficoltà di scegliere e prendere decisioni in autonomia, un disagio talmente grave da lasciarlo costantemente “bloccato” o dipendente dai consigli e dalle rassicurazioni degli altri significativi. Tutto ciò che egli pensa o sente viene messo in dubbio da sé stesso, ciò lo porta a perdere di vista i propri bisogni e le proprie emozioni, fino a sperimentare, in alcuni casi, stati dissociativi legati alla confusione e allo smarrimento, una sorta di “nebbia mentale”. Sotto stress riporta, inoltre, alcuni cali nell'interpretazione della realtà, proiettando sugli altri il proprio senso di inutilità e

temendo il loro giudizio negativo o una loro possibile richiesta di coinvolgimento emotivo e/o impegno relazionale da parte sua. Sembra inoltre piuttosto sottomesso, accondiscendente e passivo, nonostante si percepisca una forte rabbia repressa che, ogni tanto nei trascritti delle sedute, compare in senso passivo-aggressivo nei confronti del terapeuta o di altri significativi.

A partire da queste informazioni, ricavate dai trascritti, e prendendo come riferimento diagnostico il Manuale Diagnostico e Statistico per i Disturbi Mentali (APA, 2013), sono stati analizzati i profili di personalità più inclini ad essere caratterizzati da forte evitamento di situazioni stressanti, alti livelli d'ansia e totale mancanza di indipendenza/autonomia decisionale. Per ciò che riguarda la mancanza di autonomia, ed il bisogno di eccessive rassicurazioni, è emersa la possibilità di un disturbo di personalità dipendente. Come descritto da Gabbard nella quinta edizione basata sul DSM-5 di *"Psichiatria Psicodinamica"* (2015), infatti, questo disturbo è caratterizzato da un'enorme difficoltà nel prendere decisioni da soli, sottomissione, eccessivo bisogno di rassicurazioni e, più in generale, di qualcuno che si prenda cura di loro. Nel DSM-5 (APA, 2013), la categoria del disturbo dipendente di personalità fa riferimento ad una dipendenza così estrema da essere patologica, da non confondere con una dipendenza da sostanze o con alcune forme di dipendenza (per esempio relazionale) non così strutturali e pervasive da implicare una diagnosi di disturbo di personalità.

Ecco i rispettivi criteri diagnostici tratti dal DSM-5 (APA, 2013, p. 782):

*Una necessità pervasiva ed eccessiva di essere accuditi, che determina comportamento sottomesso e dipendente e timore della separazione, che inizia nella*

*prima età adulta ed è presente in svariati contesti, come indicato da cinque (o più) dei seguenti elementi:*

- 1) Ha difficoltà a prendere decisioni quotidiane senza un'eccessiva quantità di consigli e rassicurazioni da parte degli altri.*

---

- 2) Ha bisogno che gli altri si assumano le responsabilità per la maggior parte dei settori della sua vita.*

---

- 3) Ha difficoltà ad esprimere disaccordo verso gli altri per il timore di perdere supporto o approvazione (non include timori realistici di punizioni).*

---

- 4) Ha difficoltà ad iniziare progetti o a fare cose autonomamente (per mancanza di fiducia nel proprio giudizio o nelle proprie capacità piuttosto che per una mancanza di motivazione o energia).*

---

- 5) Può giungere a qualsiasi cosa pur di ottenere accudimento e supporto da altri, fino al punto di offrirsi per compiti spiacevoli.*

---

- 6) Si sente a disagio o indifeso/a quando è solo/a a causa dell'esagerato timore di essere incapace di prendersi cura di sé.*

---

- 7) Quando termina una relazione intima, cerca con urgenza un'altra relazione come fonte di accudimento e supporto.*

---

- 8) Si preoccupa in modo non realistico di essere lasciato/a a prendersi cura di sé.*

---

Tra i criteri appena descritti, il paziente G., ne soddisfa sicuramente almeno 5.

In particolare l'1, il 2, il 3, il 4 e il 6.

Per quanto riguarda, invece, l'eccessivo evitamento di situazioni stressanti e le difficoltà a livello interpersonale, dai manuali diagnostici, è emersa la possibilità di disturbo evitante di personalità. Il disturbo è descritto da Gabbard (2015) come caratterizzato da uno schema di comportamento pervasivo legato all'inibizione sociale, sentimenti di inadeguatezza, estrema sensibilità a valutazioni negative nei propri confronti e la tendenza ad evitare le interazioni sociali. Le persone affette spesso si considerano

socialmente incapaci e temono di essere ridicolizzati ed umiliati. Nonostante tali difficoltà e paure, essi desiderano avere rapporti sociali e ne sono interessati.

Di seguito i criteri diagnostici riferiti dal DSM-5 (APA, 2013, p. 779):

*Un pattern pervasivo di inibizione sociale, sentimenti di inadeguatezza e ipersensibilità al giudizio negativo, che inizia entro la prima età adulta ed è presente in svariati contesti, come indicato da quattro (o più) dei seguenti elementi:*

- 1) Evita attività lavorative che implicano un significativo contatto interpersonale per timore di essere criticato/a, disapprovato/a o rifiutato/a.*

---

- 2) È riluttante a entrare in relazione con le persone, a meno che non sia certo/a di piacere.*

---

- 3) Mostra limitazioni nelle relazioni intime per timore di essere umiliato/a o ridicolizzato/a.*

---

- 4) Si preoccupa di essere criticato/a o rifiutato/a in situazioni sociali.*

---

- 5) È inibito/a in situazioni interpersonali nuove per sentimenti di inadeguatezza.*

---

- 6) Si vede come socialmente inetto/a, non attraente o inferiore agli altri.*

---

- 7) È insolitamente riluttante ad assumere rischi personali o a impegnarsi in qualsiasi nuova attività, poiché questo può rivelarsi imbarazzante.*

---

Anche in questo caso, il paziente G. soddisfa i criteri. In particolare i criteri 3, 4, 5, 6, e 7.



## Procedura

I tre giudici che hanno applicato la DMRS alle sedute, tre studentesse laureande magistrali in Psicologia, hanno avuto la possibilità di fare l'addestramento DMRS con un esperto, il dottor Gabriele Lo Buglio, dall'università di Roma la Sapienza.

Il training in questione è durato tre mesi per un totale di 14 ore sviluppate in 7 incontri settimanali. Gli incontri sono stati organizzati come segue:

- Primo incontro: Excursus storico sui meccanismi di difesa ed elementi di base sulla *Defense Mechanism Rating Scale*.
- Secondo incontro: Definizione, funzione ed esempi di difese di acting, difese borderline ed inizio difese di diniego.
- Terzo incontro: Fine difese di diniego, difese narcisistiche e difese nevrotiche.
- Quarto incontro: Difese ossessive e difese mature.
- Quinto incontro: Siglatura "di gruppo" di un trascritto di una seduta di psicoterapia.
- Sesto incontro: Correzione in gruppo di un trascritto siglato individualmente.
- Settimo incontro: Correzione in gruppo di un altro trascritto siglato individualmente.

Conclusi gli incontri, i giudici in formazione hanno ricevuto un ulteriore trascritto da siglare, per il calcolo della *reliability*. Il testo è stato prima siglato individualmente, prevedendo poi un confronto in gruppo al fine di trovare un accordo per una versione comune.

La *reliability* fa riferimento ad un accordo tra giudici relativo alle siglature delle difese del/dei trascritto/i. In questo caso vi erano due gruppi, il primo rappresentato dai tre giudici in formazione ed il secondo da due giudici esperti.

La *reliability* ottenuta è stata la seguente:

- .52 (per le difese singole), .62 (per i cluster difensivi): grado di accordo delle codifiche

dei giudici in formazione sul trascritto dei siglatori esperti.

- .44 (per le difese singole), .52 (per i cluster difensivi): grado di accordo dei siglatori esperti sulle codifiche dei giudici in formazione.

Poiché la *reliability* a livello di cluster è stata ottenuta, i giudici in formazione hanno potuto procedere all'utilizzo della DMRS per l'analisi delle difese nei trascritti delle sedute del paziente G., senza sapere quali appartenessero a sedute iniziali e quali a quelle finali.

La siglatura delle difese attraverso la DMRS consiste in una procedura suddivisa in più fasi.

La prima parte è stata svolta singolarmente, da ognuno dei tre giudici, utilizzando lo stesso metodo e la seguente procedura.

Per prima cosa sono stati letti attentamente i trascritti delle sedute in analisi esportati in file Word. Dato che, come riferiscono Brambilla, Perry e Lingiardi (2002), risulta particolarmente difficile identificare le difese nelle prime pagine del testo e serve tempo per familiarizzare con lo stile del soggetto, la trascrizione, seguendo le indicazioni di Perry nella: "*Guida per l'identificazione delle difese*", è stata letta fino al momento in cui è apparsa la presenza di molte difese, a quel punto si deve tornare all'inizio e valutare il testo dal principio (Brambilla, Perry, & Lingiardi, 2002).

Nei trascritti, ci si deve soffermare alla presenza di passaggi insoliti, anomalie ed eventi inattesi rispetto al procedere del discorso. Come scrivono Brambilla, Perry, e Lingiardi (2002), "Una difesa rappresenta un'irregolarità" (p. 326). Queste irregolarità appartengono all'area cognitiva, affettiva, e del comportamento e possono manifestarsi in vari modi. Alcuni esempi sono: un cambiamento improvviso nel tono della voce; la presenza di un affetto inatteso o la sua assenza quando ce ne aspettiamo la presenza;

espressioni, comportamenti ed affermazioni inattesi; un eloquio che si allontana dall'argomento principale o eccessivamente emotivo; descrizioni di sé e degli altri distorte ed irrealistiche; motivazioni che sembrano nascondere la verità; difficoltà nell'eloquio; espressione di un affetto seguito dall'incapacità di verbalizzarlo (Brambilla, Perry, & Lingiardi, 2002).

Dopo aver constatato la presenza di un'anomalia, è necessario chiedersi sempre se essa possa avere una funzione difensiva, per escludere la possibilità che tale anomalia rappresenti una semplice modalità espressiva non difensiva del soggetto. Ogni difesa, infatti, ha una funzione specifica che permette di proteggere l'individuo dall'angoscia e dalla consapevolezza di pericoli o fattori stressanti interni ed esterni, mediando le sue reazioni nei confronti di conflitti emozionali (APA, 1994).

In seguito, va stabilito dove la difesa inizi e finisca all'interno del discorso, sottolineando sul testo le parti interessate. I tre giudici, seguendo la procedura indicata, si sono trovati spesso di fronte a veri e propri "movimenti difensivi" in cui più difese dello stesso tipo si susseguivano e si accavallavano in brevi tratti di trascritto. In quei casi hanno lasciato in sospeso la siglatura inserendo degli asterischi o dei punti di domanda nei commenti al margine della pagina, per potersi confrontare e accordare in seguito al fine di trovare un'identificazione dell'inizio e della fine delle/a difese/a univoca.

Come fase successiva, sono state analizzate le funzioni scelte per i meccanismi di difesa sottolineati nella fase precedente. Alcuni esempi di funzione sono: non occuparsi di un problema reale ma spostare l'attenzione su un oggetto meno conflittuale; aiutare gli altri come modo per aiutare sé stessi a gestire lo stress; proteggersi dal senso di colpa in seguito ad un giudizio o un sentimento/impulso inaccettabili; esprimere affetti ed idee

non riconoscendoli come propri; negare l'esistenza di un conflitto/problema; scaricare un impulso/sentimento in modo immediato; esprimere ostilità dando l'apparente impressione di collaborare (Brambilla, Perry, & Lingiardi, 2002).

Dopo aver identificato le funzioni più plausibili, i tre giudici hanno stilato una lista delle difese più adatte alle funzioni selezionate, servendosi del manuale sulla *Defense Mechanism Rating Scale* per i criteri di differenziazione di difese simili o con sovrapposizione di funzione (Lingiardi & Madeddu, 2002).

Dopo aver vagliato ogni possibile opzione e considerato quale funzione si adattasse meglio al caso, i giudici hanno propeso per una difesa in particolare e siglato di conseguenza nei commenti a margine della pagina.

Per la parte finale della siglatura, invece, si sono confrontati in gruppo, al fine di controllare che le difese siglate individualmente fossero identiche e non ci fossero dubbi a riguardo. Nel caso in cui alcune difese fossero state siglate diversamente, i giudici ne hanno discusso tra di loro, come previsto dalla procedura, al fine di trovare un accordo. In questo modo i trascritti sono stati siglati in gruppo, rispettando la *reliability* descritta precedentemente.

Una volta ottenute le versioni finali delle siglature di tutti i trascritti delle sedute e le informazioni relative al loro ordine temporale, i meccanismi di difesa scelti sono stati inseriti all'interno di un file Excel fornito dal professor Lo Buglio; che permette di calcolare, per ogni seduta, le somme delle difese utilizzate per cluster, le somme per cluster pesate sul livello di adattamento, le percentuali delle difese utilizzate per cluster, e l'*Overall Defensive Functioning* (ODF score). In questo modo i giudici hanno potuto non solo vedere il punteggio globale di maturità delle difese per ogni singola seduta, ma

anche l'andamento generale del livello difensivo nel corso del tempo, con l'avanzamento della terapia.

Contemporaneamente al training sulla *Defense Mechanisms Rating Scales* (DMRS), i tre giudici hanno ricevuto le indicazioni necessarie all'utilizzo della *Shedler-Westen Assessment Procedure-200* (SWAP-200), con la possibilità di allenarsi alla formulazione di un'ipotesi diagnostica sulla base di tre trascritti di sedute psicoterapiche appartenenti ad un altro paziente. Per poter considerare validi i risultati, chiaramente, è stato necessario rispettare i vincoli richiesti dallo strumento, sopracitati nella descrizione dello stesso. La lettura dei trascritti delle sedute è stata fatta singolarmente, mentre l'attribuzione dei punteggi da 0 a 7 ai 200 item della SWAP-200 ha richiesto due incontri da due ore ciascuno, tenutosi in via telematica, tra i tre giudici.

Solo dopo aver avuto conferma che l'applicazione della SWAP-200 sul caso per il training era corretta, i giudici hanno potuto utilizzare la SWAP-200 per inquadrare diagnosticamente il paziente G., basandosi sui trascritti dei suoi tre colloqui iniziali. Grazie a questo strumento, si sono ottenuti risultati in grado di permettere ai giudici la formulazione finale della diagnosi per il paziente, sostenuta anche dal confronto con i punteggi riscontrati dal MCMI-III, e la consultazione di manuali diagnostici come il DSM-5 (APA,2013) e la seconda edizione del Manuale Diagnostico Psicodinamico (Lingiardi & McWilliams, 2017).

Come ultimo passaggio, i tre giudici hanno riutilizzato la SWAP-200 facendo riferimento solo ai trascritti delle ultime sedute di psicoterapia del paziente G., per valutare la presenza o l'assenza di un cambiamento nel suo assetto psicopatologico, sia positivo che negativo.

## **Ipotesi di lavoro**

Il nostro lavoro di ricerca ha l'obiettivo di valutare, nel caso sia presente un *outcome* positivo della psicoterapia, la presenza di una relazione tra il tipo di meccanismi di difesa utilizzati dal paziente ed il tipo di cambiamento.

Nello specifico, dato che: “sulla base delle ricerche fino ad oggi compiute, si può affermare che l'*outcome* positivo di una psicoterapia tende a coincidere con un livello di difensività globale maggiore e con l'uso di difese più mature” (Lingiardi, 2006, p. 485), ci aspettiamo un aumento del punteggio globale di maturità delle difese (*ODF score* intorno al 6) nel caso di cambiamento positivo, con un maggior utilizzo di difese adattive quali: autoaffermazione, autosservazione, affiliazione, umorismo, altruismo, sublimazione, repressione o anticipazione.

Nel caso di un cambiamento negativo (peggioramento della diagnosi e della sintomatologia generale), invece, ci aspettiamo una maggior rigidità difensiva, con una diminuzione del punteggio globale di maturità delle difese (*ODF score* intorno al 3) ed un aumento dell'uso di meccanismi di difesa appartenenti a cluster meno adattivi, quali ad esempio: acting out, aggressione passiva, help-reject complaining, scissione, identificazione proiettiva, proiezione, negazione o razionalizzazione.

Ci aspettiamo inoltre che l'andamento della terapia non sia lineare, ma proceda per “alti e bassi”. Come riportato nello studio di Hayes, Laurenceau, Feldman, Strauss e Cardaciotto “*Change is not always linear: The study of nonlinear and discontinuous patterns of change in psychotherapy*” (2007), quando un sistema in stato stazionario deve affrontare sfide troppo grandi, il cambiamento spesso non è graduale, ma caratterizzato da disturbi e maggior variabilità nel comportamento prima di una riorganizzazione. In questo periodo di fluttuazione, il sistema sarà destabilizzato ma

anche aperto a nuove informazioni e all'esplorazione di comportamenti potenzialmente più adattivi. La psicoterapia, infatti, fornisce un ambiente stabile e sostiene le risorse dei pazienti per il cambiamento, ma utilizza anche una serie di interventi per interrompere, sfidare e destabilizzare vecchi schemi disadattivi (Hayes et al, 2007). Queste sfide, possono portare a momenti di difficoltà e rottura tra paziente e terapeuta, a cui fanno seguito fasi di riparazione. Nella terza edizione di *“Introduzione alla Psicoterapia Psicodinamica”*, Gabbard scrive che queste rotture possono manifestarsi come uno stato di tensione nella collaborazione tra paziente e terapeuta o come un peggioramento globale della relazione terapeutica (Gabbard, 2018).

Dati i presupposti, ci aspettiamo che anche l'andamento del punteggio globale delle difese (*ODF score*) non abbia un andamento lineare, ma possa per esempio calare in momenti critici e significativi del percorso terapeutico.

## RISULTATI

I risultati di questa ricerca *process-outcome* su caso singolo, di seguito riportati, comprendono: i punteggi relativi al MCMI-III somministrato al paziente prima della presa in carico e nel *follow up* dopo un mese dal termine della psicoterapia, i punteggi della SWAP-200 ricavati dall'analisi delle prime tre sedute di psicoterapia del paziente e delle ultime tre sedute, l'ODF *score* dall'analisi dei meccanismi di difesa del paziente ricavati dai 18 trascritti delle sue sedute psicoterapiche tenutesi nell'arco di quattro anni.

Per quanto riguarda il Millon, i punteggi del MCMI-III iniziale, prima della presa in carico, mostrano il disturbo di personalità evitante e dipendente come sicuramente presenti nell'individuo, essendo sopra il *cut off* di 75; rispettivamente 81 per il disturbo evitante e 82 per il disturbo dipendente di personalità. Il paziente risulta anche distimico, con un punteggio di 76. A livello di sindromi cliniche, invece, l'ansia risulta estremamente elevata con un punteggio di 98, indicante tale caratteristica come predominante nel paziente. È inoltre presente un livello alto di autosvalutazione.

Invece, i punteggi del MCMI-III relativi al *follow up* dopo 1 mese dalla fine della terapia, evidenziano un sostanzioso calo dei punteggi relativi alle aree problematiche del paziente. Infatti, i livelli di distimia, ansia, personalità dipendente e personalità evitante appaiono sottosoglia, come pure il livello di autosvalutazione. Il calo maggiore riguarda in particolare i livelli di ansia ed il disturbo di personalità dipendente.

Di seguito (Grafico 3.1) sono visibili i punteggi del MCMI-III pre e post terapia.



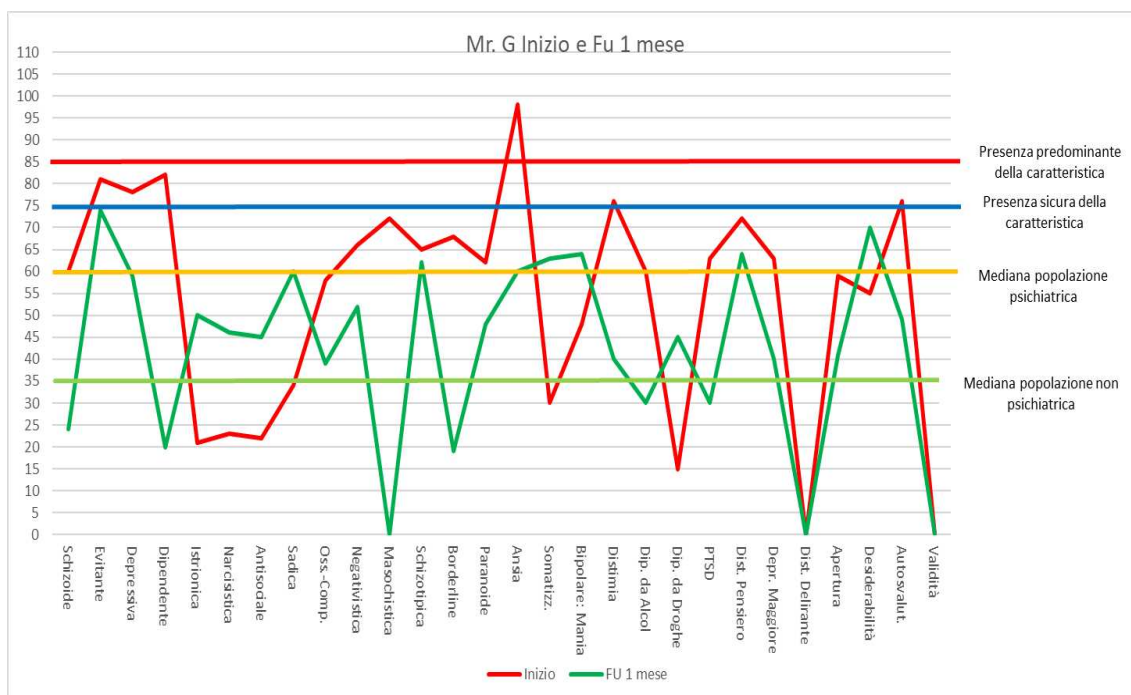


Grafico 3.1. Punteggi MCMI-III prima della presa in carico del paziente G. e nel *follow up* un mese dopo il termine della psicoterapia.

Per quanto riguarda la SWAP-200 sulla base dei trascritti delle prime tre sedute del paziente G., osservando i punteggi PD-T, si riscontra la presenza di un disturbo di personalità dipendente (punteggio 64.39), schizoide (punteggio 62.68), evitante (punteggio 61.66), schizotipico (punteggio 61.58), ed ossessivo (punteggio 60.96), dato che tali scale superano il punteggio di 60 (*cut-off*). Per quanto riguarda i punteggi Q-T, invece, si riscontra la presenza di un disturbo evitante (punteggio 63.39) e schizoide (punteggio 62.52) di personalità.

L'immagine che segue mostra la schermata con i punteggi sopra descritti, elaborata dal programma informatico della SWAP-200 (Figura 3.1):

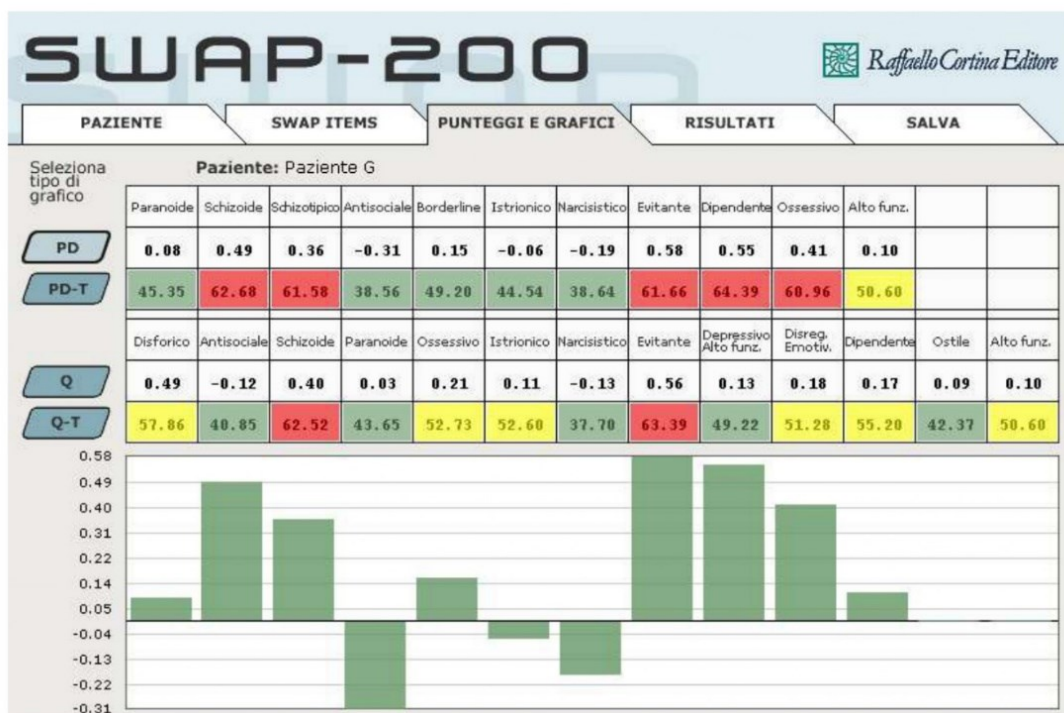


Figura 3.1. Punteggi della SWAP-200 relativi al paziente G. e ottenuti analizzando i trascritti delle prime tre sedute psicoterapiche del paziente.

Se si osservano, invece, i punteggi PD-T della SWAP-200 relativi alle ultime sedute del paziente, non si rileva la presenza di disturbi di personalità, ma si parla piuttosto di forti tratti di personalità dipendente (punteggio 56.37), e alcuni tratti di personalità evitante (punteggio 54.94), ossessiva (punteggio 53.70) e schizoide (punteggio 51.28). Si può osservare, inoltre, un aumento del punteggio relativo alla scala dell'alto funzionamento (punteggio 67.62). Per quanto riguarda i punteggi Q-T, risultano presenti il fattore-Q ossessivo (punteggio 63.44) e depressivo ad alto funzionamento (punteggio 62.81), e sono presenti forti tratti di personalità disforica (punteggio 55.2) ed evitante (punteggio 59.24), ed alcuni tratti di personalità schizoide (punteggio 50.55) e dipendente (punteggio 50.17). Anche nei punteggi Q-T la scala dell'alto funzionamento ha un

punteggio elevato (67.62).

Di seguito sono riportati i risultati (Figura 3.2).

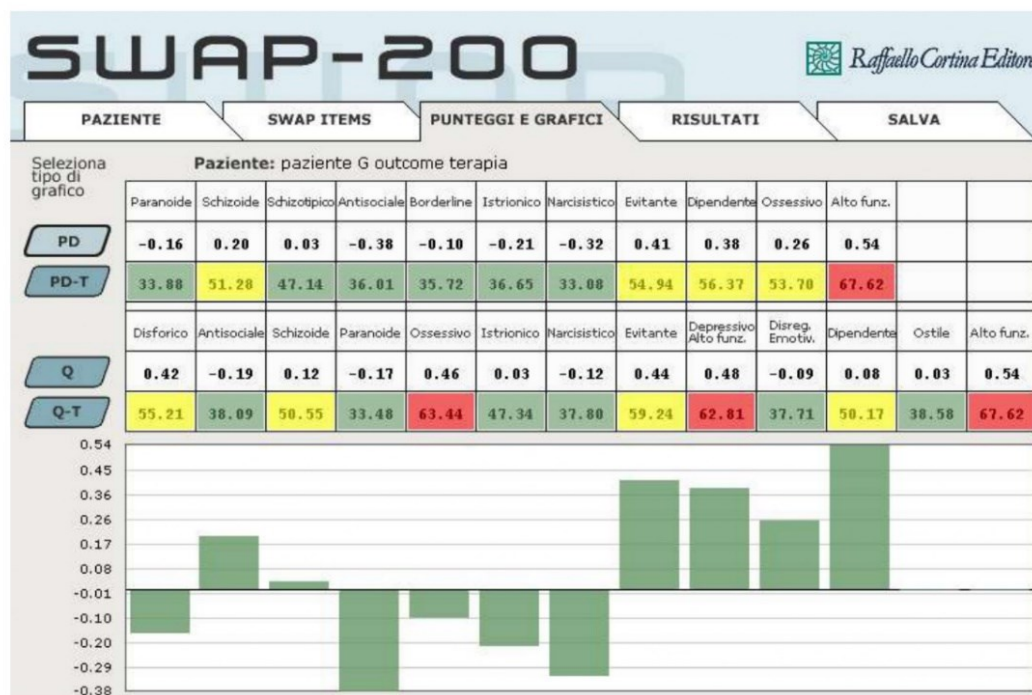


Figura 3.2. Punteggi della SWAP-200 relativi al paziente G. e ottenuti analizzando i trascritti delle ultime sedute psicoterapiche del paziente.

Per quanto riguarda l'analisi dei meccanismi di difesa attraverso la *Defense Mechanism Rating Scale* (DMRS), l'*Overall Defensive Functioning* (ODF) oscilla da 3,5 a 5,3.

Nella pagina successiva (Tabella 3.1) si trovano i punteggi dell'ODF score per ogni seduta, numerata in ordine cronologico dalla 1 alla 199.

Tabella 3.1

ODF *score* di ogni seduta del paziente G.

N° sedute	OVERALL DIFENSIVO
1	3,81
2	3,78
3	4,09
23	3,64
24	4,42
25	4,6
52	4
53	4,18
54	3,56
90	4,44
96	4,74
100	3,94
125	4,26
134	3,97
137	5,32
184	5,26
198	4,73
199	5,02

Di seguito un grafico a linee per rendere chiara la rappresentazione dell'ODF *score* nel corso delle 18 sedute, con l'aggiunta di una linea di tendenza per meglio visualizzarne l'andamento generale nel corso del tempo (Grafico 3.2).



Grafico 3.2. ODF *score* del paziente G. nel corso delle 18 sedute, con linea di tendenza.

Per quanto riguarda, invece, i cluster difensivi, la tabella che segue (Tabella 3.2)

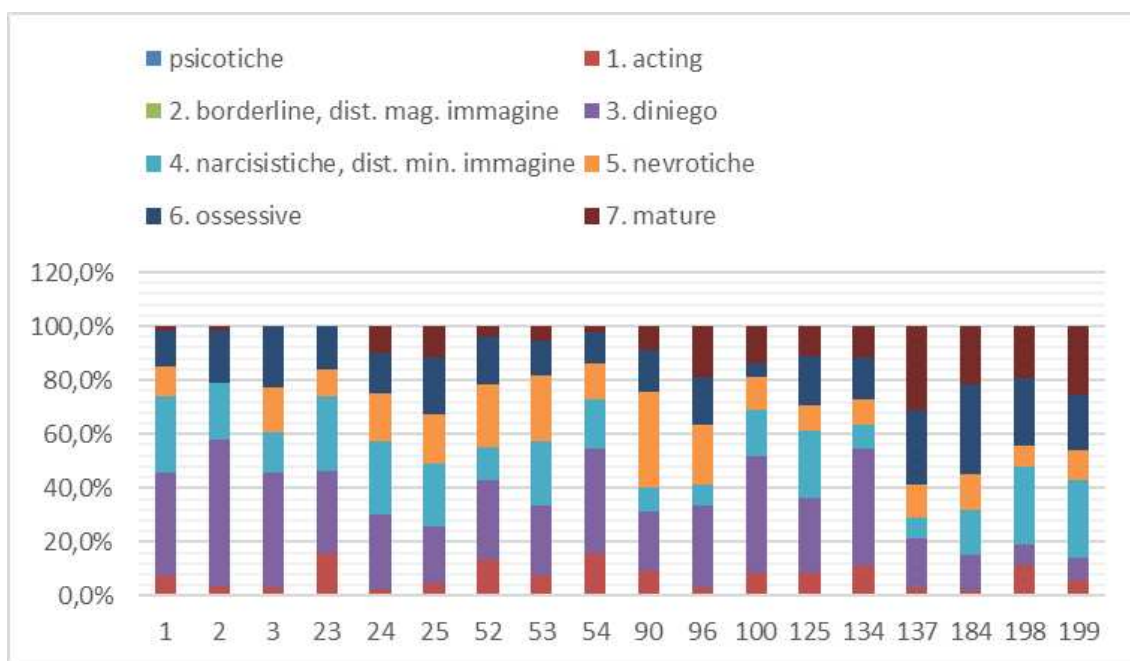
riassume il loro utilizzo in percentuale, in ogni seduta.

Tabella 3.2

Percentuali dei cluster difensivi utilizzati dal paziente G. in ogni seduta.

N° sedute	psicotiche	1. acting	2. dist. mag.	3. diniego	4. dist. min.	5. nevrotiche	6. ossessive	7. adattamento
1	0,0%	7,6%	0,0%	37,9%	28,8%	10,6%	13,6%	1,5%
2	0,0%	3,5%	0,0%	54,4%	21,1%	0,0%	19,3%	1,8%
3	0,0%	3,3%	0,0%	42,6%	14,8%	16,4%	23,0%	0,0%
23	0,0%	16,0%	0,0%	30,0%	28,0%	10,0%	16,0%	0,0%
24	0,0%	2,5%	0,0%	27,5%	27,5%	17,5%	15,0%	10,0%
25	0,0%	4,7%	0,0%	20,9%	23,3%	18,6%	20,9%	11,6%
52	0,0%	13,7%	0,0%	29,4%	11,8%	23,5%	17,6%	3,9%
53	0,0%	7,4%	0,0%	25,9%	24,1%	24,1%	13,0%	5,6%
54	0,0%	15,9%	0,0%	38,6%	18,2%	13,6%	11,4%	2,3%
90	0,0%	8,9%	0,0%	22,2%	8,9%	35,6%	15,6%	8,9%
96	0,0%	3,2%	0,0%	30,2%	7,9%	22,2%	17,5%	19,0%
100	0,0%	8,6%	0,0%	43,1%	17,2%	12,1%	5,2%	13,8%
125	0,0%	8,3%	0,0%	27,8%	25,0%	9,7%	18,1%	11,1%
134	0,0%	11,4%	0,0%	43,2%	9,1%	9,1%	15,9%	11,4%
137	0,0%	3,1%	0,0%	18,5%	7,7%	12,3%	27,7%	30,8%
184	0,0%	1,7%	0,0%	13,3%	16,7%	13,3%	33,3%	21,7%
198	0,0%	11,5%	0,0%	7,7%	28,8%	7,7%	25,0%	19,2%
199	0,0%	5,7%	0,0%	8,6%	28,6%	11,4%	20,0%	25,7%

Il grafico a pagina successiva (Grafico 3.3) illustra le percentuali sopra indicate in un istogramma a pila, per rendere più facile la visualizzazione di come l'utilizzo di certi cluster difensivi cambi tra le sedute nel tempo.



*Grafico 3.3.* Istogramma a pila delle percentuali dei cluster difensivi utilizzati dal paziente G. in ogni seduta.

Sono di seguito riportate, infine, le tendenze delle percentuali dei singoli cluster difensivi utilizzati dal paziente, nel corso delle sedute di psicoterapia (Grafico 3.4; Grafico 3.5; Grafico 3.6; Grafico 3.7; Grafico 3.8; Grafico 3.9), per rendere visibile l'andamento del loro utilizzo nel tempo, e facilitare al lettore la successiva interpretazione dei risultati nella discussione.

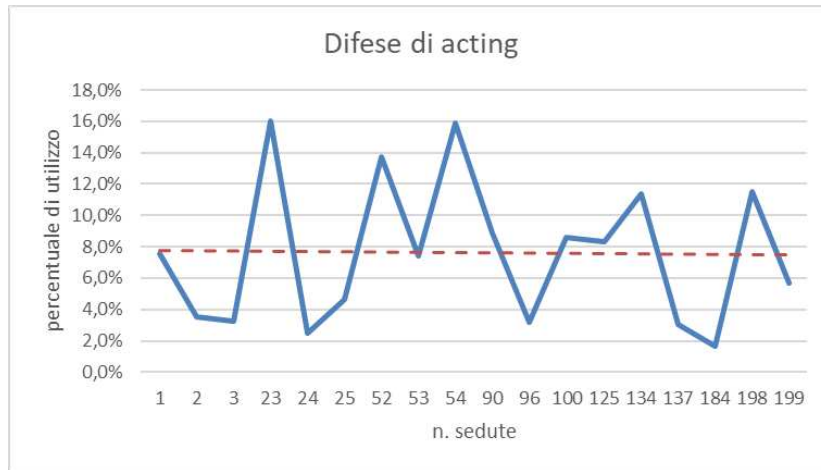


Grafico 3.4. Tendenza percentuale di utilizzo delle difese di acting del paziente G. durante il corso della terapia.

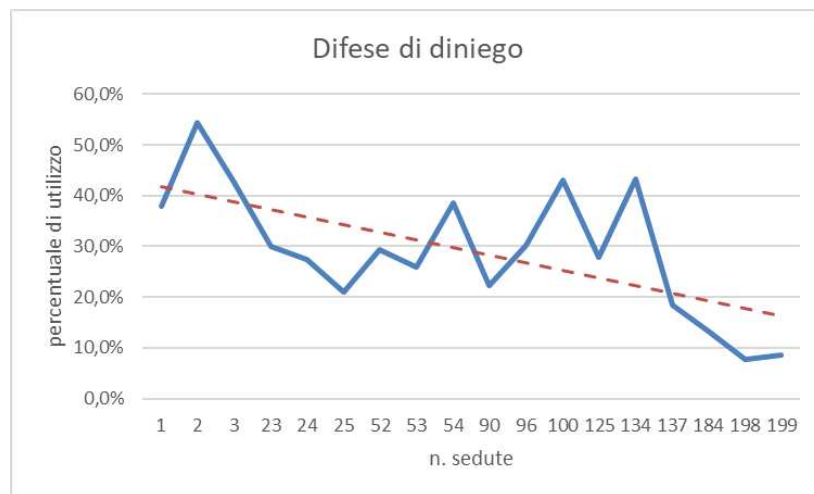


Grafico 3.5. Tendenza percentuale di utilizzo delle difese di diniego del paziente G. durante il corso della terapia.

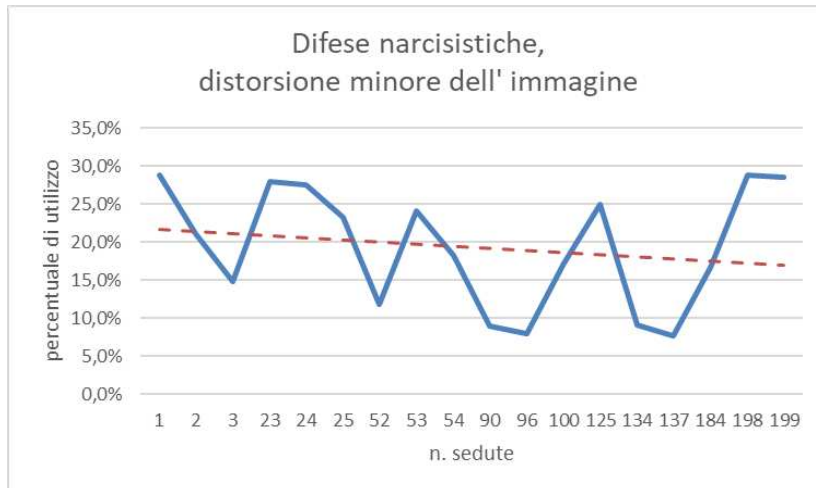


Grafico 3.6. Tendenza percentuale di utilizzo delle difese di distorsione minore dell'immagine del paziente G. durante il corso della terapia.

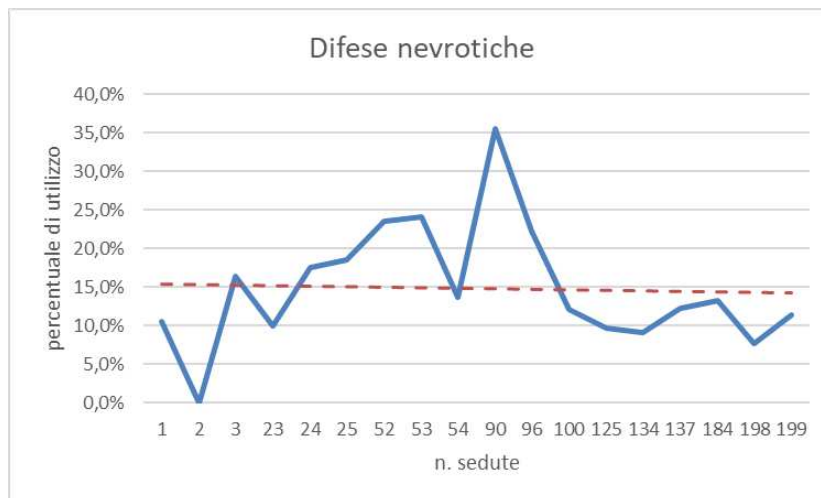
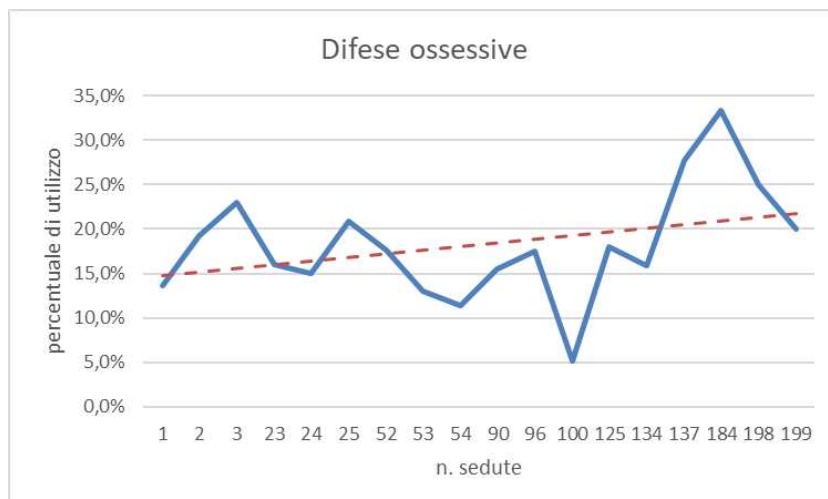
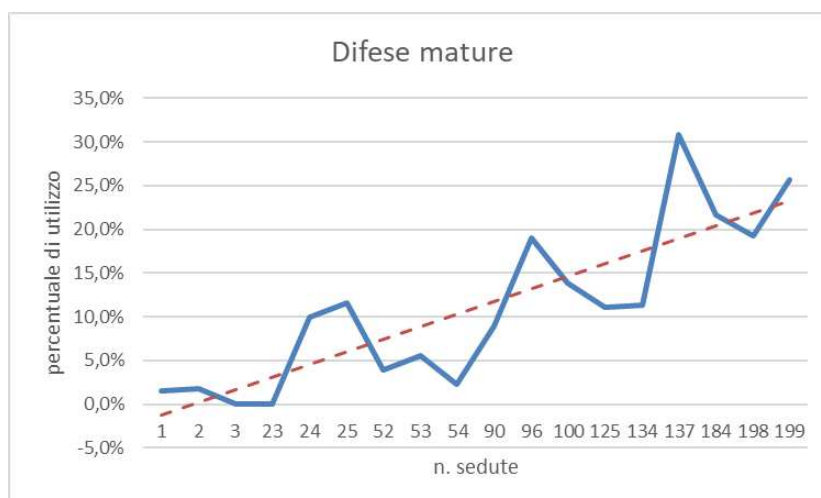


Grafico 3.7. Tendenza percentuale di utilizzo delle difese nevrotiche del paziente G. durante il corso della terapia.





*Grafico 3.8.* Tendenza percentuale di utilizzo delle difese ossessive del paziente G. durante il corso della terapia.



*Grafico 3.9.* Tendenza percentuale di utilizzo delle difese mature del paziente G. durante il corso della terapia .

Tutti i risultati riportati in questa sezione verranno dettagliatamente discussi nel capitolo successivo.

## DISCUSSIONE

In questa ricerca *process-outcome* su caso singolo, sono stati analizzati i meccanismi di difesa utilizzati da un paziente nel corso di una psicoterapia a lungo termine in relazione all'esito finale della psicoterapia, attraverso l'uso di strumenti come la *Defense Mechanism Rating Scale* (DMRS), utilizzati a partire dai trascritti di 18 sedute del paziente, distribuite nell'arco di tempo di quattro anni, e la *Shedler-Westen Assessment Procedure-200* (SWAP-200).

L'obiettivo era quello di valutare, nel caso la psicoterapia avesse avuto un esito positivo, la relazione tra il tipo di meccanismi di difesa utilizzati (valutato grazie all'ODF *score* e le percentuali dei cluster difensivi per ogni seduta) ed il tipo di cambiamento.

Sulla base dei punteggi raccolti tramite l'applicazione della SWAP-200 ed i risultati del MCMI-III, si può prima di tutto affermare che dall'inizio alla fine della terapia si è verificato un cambiamento nell'assetto psicologico del paziente. In particolare, le aree sintomatiche si sono ridotte e, nei punteggi relativi alle ultime sedute della terapia (punteggi SWAP-200) e nel *follow up* un mese dopo il termine della stessa (punteggi MCMI-III), non si riscontra più la presenza di un disturbo di personalità.

Come riportato nella Figura 3.2, dall'analisi delle ultime sedute del paziente tramite SWAP-200, nei punteggi P-T emerge ancora la presenza di forti tratti di personalità dipendente, e nei punteggi Q-T appare la presenza di forti tratti di personalità disforica ed evitante. La scala dell'alto funzionamento (punteggio: 67.62), però, indica un notevole miglioramento dal punto di vista delle risorse psicologiche e delle strategie

“sane” di adattamento del paziente.

Inoltre, nei punteggi Q-T appare la presenza del fattore-Q ossessivo e depressivo ad alto funzionamento. Questi due fattori sono caratterizzati da un certo numero di item che indicano punti di forza psicologici del paziente, e possono essere considerati come un misto di caratteristiche adattive e disadattive riconducibili a stili di personalità nevrotici e non a veri e propri disturbi di personalità.

Va infine ricordato che un punteggio superiore o uguale a 60 nella scala di alto funzionamento, allontana l'ipotesi di un disturbo di personalità, perché indica la presenza di strategie di adattamento e risorse psicologiche in grado di mitigare gli aspetti psicopatologici del paziente.

Nella SWAP-200 applicata alle ultime sedute, il miglioramento del paziente G. è messo in risalto da item come *“apprezza e sa rispondere all'umorismo”*, *“quando necessario sa essere assertivo in modo efficace e appropriato”* ai quali i giudici hanno attribuito un punteggio di 7, oppure *“sa esprimersi in modo articolato, sa raccontarsi”* ed *“è capace di riconoscere punti di vista alternativi anche quando si tratta di argomenti che suscitano emozioni forti”* a cui è stato attribuito un punteggio di 6. A questi item, nei risultati della SWAP-200 applicata alle prime sedute (vedi Figura 3.1), invece, è stato attribuito un punteggio molto più basso, da un minimo di 0 ad un massimo di 3, segno che all'inizio del percorso terapeutico il paziente G. non era in grado di utilizzare al meglio le proprie risorse psicologiche e possedeva meno strategie per far fronte allo stress e alle difficoltà emotive e relazionali.

Per quanto riguarda invece gli aspetti problematici del paziente G. riscontrati nelle prime sedute, gli item della SWAP-200 più rappresentativi sono: *“ha difficoltà a riconoscere ed esprimere la propria rabbia”*, *“è tendenzialmente ansioso”*, *“tende ad*

*idealizzare alcune persone in modi irrealistici*”, “*tende ad essere eccessivamente bisognoso o dipendente; richiede rassicurazioni o approvazioni eccessive*”, “*tende ad essere passivo e poco assertivo*”, “*ha problemi nel prendere decisioni; tende a essere indeciso o a tentennare di fronte alle scelte*”, ai quali i giudici hanno attribuito un punteggio di 7 nelle valutazioni svolte sulle prime sedute del paziente. Per alcuni di questi item, è stato abbassato di molto il punteggio nelle analisi con la SWAP-200 sulle ultime tre sedute, segno che alcuni suoi aspetti psicologici problematici sono calati in frequenza ed intensità grazie alla terapia.

Anche i punteggi del MCMI-III (vedi Grafico 3.1) mettono in evidenza un calo delle aree sintomatiche del paziente dopo un mese dal termine della terapia. I punteggi del MCMI-III prima della presa in carico del paziente, suggerivano una diagnosi di disturbo di personalità dipendente ed evitante, distimia, presenza sicura di autosvalutazione e forti componenti ansiogene, mentre nei punteggi del *follow up*, i livelli d’ansia percepita, di autosvalutazione, distimia, ed i tratti di personalità dipendente ed evitante hanno un notevole miglioramento, finendo al di sotto della mediana della popolazione psichiatrica e, nel caso dei tratti di personalità dipendente, di quella non psichiatrica. Considerando tali dati, e confrontando la differenza tra i punteggi del MCMI-III e della SWAP-200 dell’inizio del percorso psicoterapeutico e i punteggi relativi alla fine del percorso, si può non solo confermare la presenza di un cambiamento nell’assetto psicologico del paziente, ma anche affermare che tale cambiamento (*outcome*) è stato positivo. Al termine del percorso psicoterapeutico, infatti, il paziente non solo si percepisce meglio (MCMI-III), ma anche le analisi dei tre giudici (SWAP-200) sottolineano un notevole miglioramento delle sue aree psicologicamente problematiche e delle sue risorse psicologiche e strategie di adattamento.

Per quanto riguarda l'assetto difensivo, come si può osservare nella Tabella 3.1, l'ODF *score* delle prime sedute risulta molto più basso di quello delle ultime sedute. In particolare, il punteggio delle sedute numero 1, 2, 3 e 23 va da un minimo di 3.64 ad un massimo di 4.09, mentre il punteggio delle ultime quattro sedute (nello specifico la numero 137, 184, 198 e 199) va da un minimo di 4.74 ad un massimo di 5.32. Come messo in evidenza dalla linea di tendenza nel Grafico 3.2, è chiaro che vi sia un trend positivo tra il procedere del percorso terapeutico e l'aumentare del livello di maturità difensivo globale del paziente (ODF *score*). Il fatto che il paziente abbia un livello difensivo globale più alto nelle ultime sedute rispetto alle prime, significa che il livello di maturità delle difese da lui utilizzate è maggiore a fine terapia rispetto che all'inizio. Nel Grafico 3.3, infatti, si può notare un aumento dell'utilizzo di difese più mature, a discapito dei cluster meno adattivi.

Può quindi essere confermata la prima ipotesi di questo lavoro di ricerca: l'*outcome* positivo della terapia coincide con un livello difensivo globale maggiore e l'uso di difese più mature.

Nello specifico, facendo riferimento ai valori in percentuale riportati nella Tabella 3.2, i cluster maggiormente utilizzati dal paziente, nelle prime sedute, sembrano essere le difese di diniego (negazione, proiezione, razionalizzazione) e le difese di distorsione minore dell'immagine (idealizzazione, onnipotenza, e svalutazione). Questi due cluster difensivi risultano essere piuttosto disadattivi: il primo (diniego) è caratterizzato dall'esclusione dalla coscienza di agenti stressanti, impulsi, affetti, idee o responsabilità considerati spiacevoli o inaccettabili dal paziente, con o senza erronea attribuzione di questi a cause esterne; il secondo (distorsione minore dell'immagine) è caratterizzato da distorsioni dell'immagine di sé e degli'altri, al fine di regolare la propria autostima

(Brambilla, Perry, & Lingiardi, 2002). Ebbene, osservando il Grafico 3.5 ed il Grafico 3.6, è evidente come vi sia una tendenza al minor utilizzo di questi due cluster difensivi man mano che la terapia va avanti nel tempo. Questo può indicarci come il paziente, specialmente nelle ultime sedute, fosse in grado di percepire sé stesso e gli altri in modo più realistico e maturo. G. infatti, all'inizio della terapia, tendeva ad idealizzare eccessivamente le figure di accudimento e ad autosvalutarsi continuamente, mentre, nelle ultime sedute riduce questa sua tendenza a favore di una maggior autoconsapevolezza e capacità di autoaffermazione.

Guardando infatti il Grafico 3.9 ed il Grafico 3.8, l'utilizzo di difese ossessive e difese mature tende ad aumentare nel corso del tempo, man mano che la terapia va verso la sua conclusione. Questi due cluster risultano essere i più adattivi ed il loro utilizzo correla con una minor sintomatologia ed un maggior adattamento sociale (Madeddu, 2002). In particolare, le difese ossessive, pur incidendo sugli affetti associati ad alcune idee/situazioni, lasciano intatti tali idee e ricordi; l'affetto viene distorto o minimizzato senza distorcere la realtà esterna. Le difese mature, invece, consentono capacità di adattamento e di gestione dello stress ottimali, accentuano la gratificazione e permettono la consapevolezza di sentimenti, idee e delle loro conseguenze, concedendo un buon equilibrio tra i motivi di conflitto (Brambilla, Perry, & Lingiardi, 2002).

Da notare (vedi Tabella 3.2) come il paziente non utilizzi mai due tra i cluster difensivi meno adattivi: le difese psicotiche e quelle di distorsione maggiore dell'immagine. Questi due gruppi di difese, infatti, vengono comunemente utilizzati da pazienti più gravi di G., caratterizzati dalla mancanza di esame di realtà e frammentazione del sé (Brambilla, Perry, & Lingiardi, 2002).

Invece risulta piuttosto stabile (vedi Grafico 3.4 e Grafico 3.7), nel corso della terapia,

l'utilizzo di difese nevrotiche e di acting; comunque poco utilizzate dal paziente rispetto a quelle appartenenti ad altri cluster difensivi.

Le difese di acting sono un cluster difensivo estremamente disadattivo, dove il soggetto, per far fronte allo stress interno o esterno, agisce o si ritira senza considerare le conseguenze delle proprie azioni (Brambilla, Perry, & Lingiardi, 2002). È interessante notare (vedi Tabella 3.2) come nelle sedute n. 23, 52, 54, 134 e 198 vi sia un grosso aumento dell'uso di questo cluster difensivo rispetto alla media delle altre sedute. È come se, ogni tanto nel corso della terapia, il paziente fosse inconsciamente spinto a sfogare attivamente il proprio disagio, in particolare con l'utilizzo di aggressioni passive nei confronti del terapeuta. Mentre l'utilizzo degli altri livelli difensivi poco adattivi tende a calare nel corso del tempo, le difese di acting hanno dei picchi (vedi Grafico 3.4) che incidono negativamente con l'andamento progressivo dell'ODF *score* lungo il percorso terapeutico.

Ciò porta alla conferma della seconda ipotesi di questo lavoro di ricerca: l'andamento della terapia non è lineare.

Come si può vedere nel Grafico 3.2, il livello globale di maturità delle difese del paziente G. aumenta nel corso del tempo, ma presenta alcuni cali, ovvero il suo andamento progressivo non è lineare ma costellato di alti e bassi. In particolare (vedi Tabella 3.2) le sedute numero 23, 52, 54, 100 e 134 presentano un ODF *score* più basso rispetto alle sedute precedenti e a quanto ci si aspetterebbe da un paziente che sembra migliorare lungo il percorso terapeutico. Osservando i cluster difensivi maggiormente utilizzati durante queste sedute (vedi Tabella 3.2), le difese di acting raggiungono un livello maggiore rispetto alle altre sedute, e sono accompagnate da un massiccio utilizzo di difese di diniego. Queste due “combinazioni difensive” fanno scendere di molto

l'ODF *score* del paziente.

Analizzando i trascritti delle sedute in questione, si può notare come fossero caratterizzate da un maggior contenuto emotivo rispetto alle altre, in quanto il paziente G. tratta temi ed emozioni particolarmente conflittuali e dolorosi per lui. Alcuni di questi contenuti riguardano il rapporto con il padre e la sorella, e la difficoltà di esporre la propria disapprovazione e prendere posizione. Proprio per la valenza affettiva dei contenuti portati dal paziente in queste sedute, probabilmente, il suo uso di difese di acting e di diniego si intensifica.

Gabbard (2018) scrive che “nel corso di una terapia psicodinamica le difese e le relazioni oggettuali interne del paziente interagiscono nell'evocare lo sviluppo di uno specifico insieme di componenti transferali e controtransferali” (p. 38). Infatti, per quanto questi quattro trascritti siano caratterizzati da un livello di maturità difensivo globale piuttosto basso, essi rappresentano momenti decisi lungo il percorso terapeutico; sono indice che il paziente sta affrontando aspetti dolorosi e difficili da verbalizzare del proprio vissuto emotivo, e/o sta manifestando pattern tipici delle sue relazioni infantili nel presente con il terapeuta (*transfert*) (Gabbard, 2018).

Nonostante il paziente, in questi momenti, tenti di negare alcuni vissuti o di giustificare comportamenti negativi di altri nei propri confronti, egli manifesta finalmente sentimenti legati alla rabbia, dovuta ad un certo grado di rancore per alcune figure significative. Tale rabbia, benché sia espressa in modo passivo e ancora poco assertivo, e sia spesso rivolta al terapeuta, rappresenta un punto di svolta nella terapia ed un'importante risorsa su cui poter lavorare.

Infine, a favore della non linearità del processo terapeutico, come riferito da Schiepek (2009) in “*Complexity and nonlinear dynamics in psychotherapy*”, va sottolineato come



la psicoterapia fornisca supporto ai processi di autorganizzazione del paziente e tali processi dovrebbero essere caratterizzati da alcune instabilità critiche.

## Conclusione

In questa ricerca *process-outcome* su caso singolo è stata valutata, in un paziente caratterizzato da un disturbo di personalità dipendente ed evitante con alti livelli d'ansia, la presenza di un cambiamento positivo a seguito di una psicoterapia a lungo termine (attraverso l'utilizzo di MCMI-III e SWAP-200) e la relazione tra questo cambiamento e i meccanismi di difesa utilizzati dal paziente (attraverso analisi dei trascritti delle sedute con la DMRS).

Nonostante il rigore metodologico della ricerca in questione e le solide basi teoriche su cui si basa il suo metodo, sono presenti alcuni limiti.

Il primo fra tutti è il fatto che la ricerca sia su un caso singolo. Le ricerche *single-case*, infatti, vengono spesso considerate meno valide a livello empirico delle ricerche *between-groups*, in quanto queste vengono compiute utilizzando elevati numeri di soggetti. Molti ricercatori, infatti, pensano che le ricerche su caso singolo possano portare a problemi di generalizzazione dei risultati a popolazioni cliniche più ampie.

Inoltre, nelle ricerche *single-case* può risultare difficile l'interpretazione dei risultati, per la mancanza di paragone con un altro tipo di trattamento (i risultati ottenuti potrebbero essere legati all'applicazione di tecniche specifiche oppure essere effetti generici aspecifici) (Lingiardi, 2006). Detto ciò, però, “non tutti gli eventi statisticamente equivalenti sono equivalenti qualitativamente” (Lingiardi, pp. 139, 2006) e, come osserva Kazdin (1982a), l'uso di un elevato numero di soggetti non assicura di per sé risultati generalizzabili. Inoltre, scrive Lingiardi (2006), quello del *single-case* è il metodo più appropriato per valorizzare la ricchezza dell'incontro clinico senza tralasciare il rigore metodologico; data la sua flessibilità è infatti il metodo più indicato per lo studio dei trattamenti a lungo termine.

Nonostante quindi presenti dei limiti, il disegno *single-case* è il metodo privilegiato della ricerca contemporanea in psicoterapia, permette un'analisi micro e macro analitica che esprima in misure confrontabili il funzionamento della personalità di un paziente, il processo terapeutico e i risultati raggiunti (Lingiardi, 2006).

L'altro limite di questo lavoro di ricerca è stato la mancanza delle registrazioni originali delle sedute del paziente G.

Già Freud, nel 1914, aveva notato che ciò che non viene detto o ricordato dal paziente, viene espresso nelle azioni nel corso delle sedute (Freud, 1914). Si tratta di gesti, tono della voce, ritmo del respiro ed espressioni facciali che sono manifestazioni dell'inconscio e devono essere prese in analisi al fine di interpretare ciò che il paziente dice o non dice. Il fatto di avere solo i trascritti delle sedute, e non poter ascoltare o vedere il loro svolgimento, ha rappresentato per i tre giudici una grande difficoltà nell'analisi delle difese attraverso la DMRS. Quand'è che il paziente ride in modo forzato e nervoso e quando in modo sincero e liberatorio? Quando sta usando umorismo e quando sarcasmo? Quando non riesce a spiegarsi o non vuole deliberatamente farlo? Quando non completa una frase perché è stato interrotto e quando non riesce a farlo per una mancata capacità di verbalizzare un vissuto? Rispondere a queste domande è una delle principali difficoltà nell'analisi dell'assetto difensivo di un paziente, ma doverlo inferire da dei semplici trascritti, senza l'opportunità di osservare le espressioni facciali o il tono di voce, può renderlo molto più complesso.

Rispetto all'uso del registratore e dei trascritti delle sedute va inoltre aggiunto che alcuni clinici hanno alcune remore nell'utilizzo di questi strumenti come metodologia di indagine empirica. Pensano, infatti, che l'uso del registratore possa influenzare il processo terapeutico. Ma, come riportano Colli, Dazzi e Lingiardi nell'introduzione di

“*La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*” (2006), è da mettere in discussione l’aprioristica convinzione che tale influenza sia necessariamente negativa.

Al di là dei limiti sopra brevemente descritti, questa ricerca *process-outcome* su caso singolo ha messo in evidenza come la pratica clinica sia in realtà permeabile alla ricerca. Per esempio, l’uso di alcuni strumenti maggiormente utilizzati in ambito di ricerca, come la *Defense Mechanism Rating Scale* (DMRS), può generare nella mente del clinico-ricercatore un sistema di categorie che si colleghi e dialoghi con la propria esperienza clinica ed aiutarlo a soffermarsi in modo utile su aspetti del processo terapeutico probabilmente “già conosciuti” ma non “sufficientemente pensati” (Colli, Dazzi & Lingiardi, 2006).

In questo lavoro di ricerca si è cercato di cogliere la complessità delle sfumature della clinica senza rinunciare al rigore del metodo, con la speranza di poter, anche solo in parte, appianare alcune divergenze nel dialogo tra clinica e ricerca. Ci auguriamo che questo lavoro possa essere di ispirazione per futuri sviluppi della ricerca in psicoterapia che portino ad una maggior comprensione dei micro e macro processi di cui si compone. Infatti, se dovessimo immaginare il percorso psicoterapeutico utilizzando la metafora del viaggio, intrapreso da paziente e terapeuta, ci sono ancora molti fattori e aspetti da indagare per aiutarci a capire se si è arrivati alla meta, se la terapia ha funzionato e, infine, per far sì che “la ricerca faccia bene alla clinica” (Colli, Dazzi & Lingiardi, 2006, p. XXIX).

## BIBIOGRAFIA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (4 ° ed.). Washington, DC USA. UU.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (5° ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- ASAY, T.P., LAMBERT, M.J., CHRISTENSEN, E.R., BEUTLER, L.E. (1984), “A meta-analysis of mental health treatment outcome”. Brigham Young University, documento non pubblicato.
- BALESTRIERI, M., WILLIAMS, P., WILKINSON, G. (1988), “Special mental health treatment in general practice: A meta-analysis”. In *Psychological Medicine*, 18, p. 717.
- BARKER, S.L., FUNK, S.C., HOUSTON, B.K. (1988), “Psychological treatment versus non specific factors: A meta analysis of conditions that engender comparable expectations for improvement”. In *Clinical Psychology Review*, 8, pp. 579-594.
- BATEMAN, A., HOLMES, J. (1995), *Introduction to Psychoanalysis. Contemporary Theory and Practice*, Routledge, London-New York; trad. it. (1998) *La psicoanalisi Contemporanea. Teoria e ricerca*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- BECK, A.T., STEER, R.A., GARBIN, M.G. (1988), “psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years later”. In *Clinical Psychology Review*, 8, pp. 77-100.
- BEUTLER, L.E., CRAGO, M. (1983), “Self report measures of psychotherapy outcome”. In LAMBERT, M.J., CHRISTENSEN, E.R., DE JULIO, S.S. (a cura di), *The Assessment of Psychotherapy Outcome*. John Wiley and Sons, New York, pp. 453-497.
- BRAMBILLA, S., PERRY, J.C., LINGIARDI, V. (2002), La Defense Mechanism Rating Scale. In V. LINGIARDI, F. MAEDDU (a cura di), *I meccanismi di difesa: Teoria, valutazione, clinica* (pp. 155-223). Milano, Raffaello Cortina Editore.
- BUTCHER, J.N., DAHLSTROM, W.G., GRAHAM, J.R. ET AL. (1989), *Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2)*. University of Minnesota Press, Minneapolis.
- COLLI, A., LINGIARDI, V. (2001), *Una proposta di valutazione dell'alleanza terapeutica a partire dai manoscritti delle sedute: il sistema IV AT*, Relazione Convegno nazionale della Society for Psychotherapy Research, sezione italiana, Palermo, 18-21 ottobre, Abstract Book, pp. 87-88.

- COLLI, A., LINGIARDI, V. (2004), *Manuale IV AT: Indice di valutazione dell'Alleanza Terapeutica*. Manoscritto non pubblicato.
- CRAMER, P. (1998a), "Defensiveness and defense mechanisms". In CRAMER, P., DAVIDSON, K. (a cura di) "Defense mechanisms in contemporary personality research. Special issue". In *Journal of Personality*, 66 (6), pp. 879-894.
- DAZZI, N. (2006). Il dibattito contemporaneo sulla ricerca in psicoterapia. In N. DAZZI, V. LINGIARDI, & A. COLLI (a cura di), *La Ricerca in Psicoterapia. Modelli e strumenti* (pp. 3-29). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- DAZZI, N., LINGIARDI, V., & COLLI A. (2006). *La Ricerca in Psicoterapia. Modelli e strumenti*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- DE CORO, A., ANDREASSI, S. (2004), *La ricerca in psicoterapia*, Carocci, Roma.
- DOCHERTY, J.P., STREETER, M.J., (1995), "Measuring outcomes". In SEDERER, L.I., DICKEY, B. (a cura di), *Outcomes Assessment in Clinical Practice*. Williams and Wilkins, Baltimore, pp. 8-18.
- DURLAK, J.A. (1999), "Meta analytic research methods". In KENDALL, P.C., BUTCHER, J., HOLMBECK, G. (a cura di), *Handbook of Research Methods in Clinical Psychology*. John Wiley and Sons, New York.
- DUSH, D.M. (1986), "The placebo in psychosocial outcome evaluations". In *Evaluation and the Health Professions*, 9, pp. 421-438.
- FLANNERY, R.B., PERRY, J.C. (1990), "Self-rated defense style, life stress, and health status: an empirical assessment". In *Psychosomatics*, 31, pp. 313-320.
- GABBARD, G.O., (2015), *Psichiatria psicodinamica: quinta edizione basata sul DSM-5*. Raffaello Cortina Editore.
- GABBARD, G.O., (2018), *Introduzione alla psicoterapia psicodinamica* (3° ed.). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- GAZZILLO, F. (2006), "La valutazione della personalità e la ricerca in psicoterapia: la SWAP-200". In N. DAZZI, V. LINGIARDI, A. COLLI (a cura di), *La Ricerca in Psicoterapia. Modelli e Strumenti*, (pp. 609-629). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- GRISSOM, R.J., (1996). "The magical number  $.7 \pm .2$ : Meta meta-analysis of the probability of superior outcome in comparisons involving therapy, placebo and control". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, pp. 973-982.
- HAYES, A. M., LAURENCEAU, J. P., FELDMAN, G., STRAUSS, J. L., & CARDACIOTTO, L. (2007). Change is not always linear: The study of nonlinear and discontinuous patterns of change in psychotherapy. *Clinical psychology review*, 27(6), 715-723.

- KAZDIN, A.E. (1982a), *Single Case Research Designs Methods for Clinical and Applied Setting*. Oxford University Press, New York.
- LAMBERT, M.J. (2004) (a cura di), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5<sup>th</sup> ed. John Wiley and Sons, New York.
- LAMBERT, M.J., BERGIN, A.E. (1994), "The effectiveness of Psychotherapy". In BERGIN, A.E., GARFIELD, S.L., (a cura di), *Handbook of psychotherapy and Behavior Change*, 4<sup>th</sup> ed. John Wiley and Sons, New York, pp. 143-189.
- LINGIARDI, V. (2002), *L'alleanza terapeutica*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- LINGIARDI, V. (2002), Teoria. In V. LINGIARDI, F. MAEDDU (a cura di), *I meccanismi di difesa: Teoria, valutazione, clinica* (pp. 1-154). Milano, Raffaello Cortina Editore.
- LINGIARDI, V. (2006), La ricerca single-case. In N. DAZZI, V. LINGIARDI, A. COLLI (a cura di), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti* (pp. 123-147). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- LINGIARDI, V. (2006), La valutazione dei meccanismi di difesa. In N. DAZZI, V. LINGIARDI, A. COLLI (a cura di), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti* (pp. 463-503). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- LINGIARDI, V., GAZZILLO, F. (2003), Introduzione al pensiero di Westen e alla valutazione della personalità con la Swap-200. In D. WESTEN, J. SHEDLER, V. LINGIARDI (a cura di), *La valutazione della personalità con la Swap-200* (pp. 1-35). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- LINGIARDI, V., MAEDDU, F. (2002). *I meccanismi di difesa: Teoria, valutazione, clinica*. Milano, Raffaello Cortina Editore.
- LINGIARDI, V., & MCWILLIAMS, N. (2017). *Psychodynamic diagnostic manual: PDM-2*. Raffaello Cortina Editore: Milano.
- LIPSEY, M.W., WILSON, D.B. (1993), "The efficacy of psychological, educational, and behavioural treatment: Confirmation from meta analysis". In *American Psychologist*, 48, pp. 1181-1209.
- LUBORSKY, L. (1984), *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy*, Basic Book, New York; trad. It. (1989) *Principi di psicoterapia Psicoanalitica: un manuale per il trattamento supportivo-espressivo*, Bollati Boringhieri, Torino
- LUBORSKY, L., BARBER, J.P., SCHAFFLER, P. (1989), *The assessment of the CCRT: comparison of tailor-made with standard category rating scale on a specimen case*, in J.C. PERRY (a cura di), *Progress in assessing psychodynamic functioning: A comparison of four methods on a single case*. Simposio tenuto nel corso del meeting della Society for Psychotherapy Research, Toronto.

- LUBORSKY, L., CRITS-CHRISTOPH, P. (1986), *Advent of objective measures of the transference concept*, in «Journal of consulting and clinical psychology», 54, pp. 39-47.
- LUBORSKY, L., GRAFF, H., PULVER, S., CURTIS, H. (1973), *A clinical-quantitative examination of consensus on the concept of transference*, in «Archives of General Psychiatry», 29, pp. 69-75.
- LUBORSKY, L., SINGER, B., LUBORSKY, L. (1975), “Comparative studies of psychotherapies”. In *Archives of General Psychiatry*, 32, pp. 995-1008.
- MADEDDU, F. (2002), Valutazione. In V. LINGIARDI, F. MADEDDU (a cura di), *I meccanismi di difesa: Teoria, valutazione, clinica* (pp. 155-223). Milano, Raffaello Cortina Editore.
- MCLELLAN, A.T., DURRELL, J. (1996), “Outcome evaluation in psychiatric and substance abuse treatment: Concepts, rationale and method.” In SEDERE, L.J., DICKEY, B. (a cura di), *Outcome Assessment in Clinical Practice*. Williams and Wilkins, Baltimore, pp. 34-44.
- MIGONE, P. (1998), *I gruppi di lavoro per la ricerca in psicoterapia*, in DI NUOVO, S., LO VERSO, G., DI BLASI, M., GIANNONE F. (a cura di), *Valutare le psicoterapie*, Franco Angeli, Milano.
- MIGONE, P. (2006). Breve storia della ricerca in psicoterapia. In N. DAZZI, V. LINGIARDI, & A. COLLI (a cura di), *La Ricerca in Psicoterapia. Modelli e strumenti* (pp. 31-48). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- MILLON, T. (1997), *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III manual (2nd ed.)*. National Computer Systems, Minneapolis, MN.
- ORLINSKY, D.E., RØNNESTAD, M.H., WILLUTZKI, U. (2004), “Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change”. In LAMBERT, M. (a cura di), *Bergin and Garfield’s Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5<sup>th</sup> ed. John Wiley and Sons, New York, pp. 307-392.
- PERRY, J.C. (1993a), “Defenses and their effects”. In MILLER, N.E., LUBORSKY, L., BARBER, J.P., DOCHERTY, J.P. (a cura di), *Psychodynamic Treatment Research. A Handbook for Clinical Practise*. Basic Books, New York, pp. 274-307.
- PERRY, J.C. (1990), *Defence Mechanism Rating Scales*, (5th ed); trad. it. (1994), in appendice in LINGIARDI V., MADEDDU F., *I meccanismi di difesa*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- PERRY, J.C., COOPER, S. (1989), *An empirical study of defence mechanisms: I. Clinical interview and life vignette ratings*, in «Archives of General Psuchiatry», 46, pp.444-52.
- PERRY, J.C., HOGHLEND, P., SHEAR, K., VAILLANT, G., HOROWITS, M., KARDOS, M., BILLE, H., KAGAN, D. (1998), “Field trial of a diagnostic axis for defense



- mechanisms for DSM-IV". In *Journal of Personality Disorders*, 12 (1), pp. 56-68.
- ROCCO, D. (2005). Analisi degli aspetti paraverbali in una psicoterapia dinamica breve: Il metodo dell'Attività Referenziale e l'analisi della Speech Rate. [Analysis of paraverbal aspects in a short-term dynamic psychotherapy: the referential activity method and the speech rate analysis]. *Ricerca in Psicoterapia* 8(1), 127-147.
- SCHIEPEK, G. (2009). Complexity and nonlinear dynamics in psychotherapy. *European Review*, 17(2), 331-356.
- SELIGMAN, M.E.P. (1995), "The effectiveness of psychotherapy: The consumer reports study". In *American Psychologist*, 50, pp. 965-974.
- SHADISH, W.R., MATT, G.E., NAVARRO, A.M., ET AL. (1997), "Evidence that therapy works in clinically representative conditions". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, pp. 355-365.
- SKODOL, A.E., PERRY, J.C. (1993), "Should an axis for defense mechanism be included in DSM-IV?". In *Comprehensive Psychiatry*, 34, pp. 108-199.
- SMITH, M.L., GLASS, G.V. (1977), "Meta-analysis of psychotherapy outcome studies". In *American Psychologist*, 32, pp. 752-780.
- SMITH, M.L., GLASS, G.V., MILLER, T.I. (1980), *The benefits of Psychotherapy*. John Hopkins University Press, Baltimore, MD.
- STILES, W.B., HONOS-WEBB, L., KNOBLOCH, L.M. (1999), "Treatment process research methods." In KENDALL, P.C., BUTCHER, J.N., HOLMBECK, G.N. (a cura di), *Handbook of Research Methods in Clinical Psychology*. John Wiley and Sons, New York.
- VAILLANT, G.E. (1998), "Where do we go from here?". In CRAMER, P., DAVIDSON, K. (a cura di), "Defense mechanisms in contemporary personality research. Special Issue". In *Journal of Personality*, 66 (6), pp. 1147-1157.
- WESTEN, D., SHEDLER, J. (1999a), "Revising and assessing Axis II. Part I: Developing a clinically meaningful and empirically valid assessment method". In *American Journal of Psychiatry*, 156, 2, pp. 258-272.
- WESTEN, D., SHEDLER, J. (1999b), "Revising and assessing Axis II. Part II: Toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders". In *American Journal of Psychiatry*, 156, 2, pp. 273-285.