

UNIVERSITÀ DELLA VALLE D'AOSTA

UNIVERSITÉ DE LA VALLÉE D'AOSTE

DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E SOCIALI

CORSO DI LAUREA IN SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE

ANNO ACCADEMICO 2019/2020

TESI DI LAUREA

“I MECCANISMI DI DIFESA TRA BENESSERE E
PSICOPATOLOGIA”

DOCENTE relatore: Prof. Maurizio Gasseau

STUDENTE: Federico Trocino

Indice

Introduzione

1. Meccanismi di difesa: una prospettiva storica

- 1.1 Sigmund Freud e la nascita del concetto
- 1.2 Gli studi di Anna Freud
- 1.3 Melanie Klein e i meccanismi negli stati psicotici
- 1.4 Heinz Hartmann: i meccanismi di difesa per la psicologia dell'Io
- 1.5 Il contributo di Otto Kernberg
- 1.6 La concezione di Phebe Cramer
- 1.7 John Christopher Perry e la "Defensive functioning scale"
- 1.8 Alcune considerazioni sugli studi e le ricerche sui meccanismi di difesa

2. Gli studi e i contributi di Vaillant

- 2.1 The Grant study
- 2.2 La classificazione di Vaillant
- 2.3 Il benessere misurato da Vaillant

3. I meccanismi difensivi nella psicopatologia

- 3.1 La genesi e il ruolo delle difese
- 3.2 La classificazione di Nancy McWilliams
- 3.3 I meccanismi nelle diverse patologie

4. I meccanismi difensivi nel benessere

- 4.1 Reti sociali e sostegno sociale

4.2 Sostegno sociale e salute

4.3 Sostegno sociale e meccanismi di difesa maturi

Conclusioni

Introduzione

Questo studio si basa sull'analisi di come i meccanismi difensivi, che operano fin dall'infanzia costantemente nella nostra psiche, agiscano come fattori di vulnerabilità e di protezione dalle malattie mentali. È stata posta particolare attenzione ai differenti ruoli che assumono le difese nell'organizzazione psichica del soggetto a seconda dei loro schemi di utilizzo, siano questi patologici o meno.

La scelta di approfondire questo argomento è dovuta a un evento fortuito che successe quando, terminata da poco la sessione d'esami, andai in una libreria con l'obiettivo di comprare qualche libro da leggere durante la pausa estiva delle lezioni, situazione nella quale mi imbattei in un testo ("Il circuito della speranza - il percorso dell'uomo che ha aperto la psicologia all'ottimismo") scritto dal fondatore della moderna psicologia positiva: Martin E. P. Seligman. Sfogliando le pagine di questo volume la mia attenzione venne catturata da una pagina che esponeva i risultati delle ricerche di un certo "George Eman Vaillant", psichiatra americano che sosteneva di aver individuato una correlazione tra l'utilizzo di specifici meccanismi di difesa (definiti da lui come "meccanismi maturi") e indici di salute fisica e mentale e viceversa una relazione di dipendenza tra l'utilizzo di altre difese (definite invece "meccanismi immaturi") e la comparsa di psicopatologie. Avendo trattato all'interno del corso di "Psicologia dinamica" l'argomento dei meccanismi di difesa dal punto di vista di tanti autori differenti, tra i quali però non era presente questo psichiatra il cui nome mi si era presentato sfogliando le pagine del testo, fui spinto dalla curiosità di approfondire questo argomento di modo che potessi comprendere al meglio che implicazioni cliniche potessero avere i risultati degli studi che avevo trovato.

Con questa tesi mi sono proposto di presentare inizialmente le principali teorie e classificazioni dei meccanismi di difesa che sono state formulate da diversi autori psicodinamici nel corso degli anni per poi analizzare alcuni autori che si sono

focalizzati maggiormente, più che sulla definizione dei singoli meccanismi di difesa, sulla relazione che c'è tra l'utilizzo di specifiche difese e la psicopatologia e sul legame tra meccanismi di difesa e benessere. Risulta importante precisare che con "benessere" non si intende una situazione di assenza di malattie, ma per usare la definizione che diede nel 1948 la "World Health Organization", lo si può definire come uno stato di totale benessere tanto fisico quanto mentale e sociale. Al fine di raggiungere l'obiettivo appena esposto ho condotto una vasta ricerca bibliografica che mi ha portato ad integrare le prime teorie delle difese (a partire dagli scritti di fine '800 di Sigmund Freud) con studi condotti negli ultimi anni, i quali dimostrano come questo sia un tema ancora molto attuale nell'ambito della ricerca. Ho articolato la tesi in quattro capitoli: nel primo capitolo viene condotta un'analisi storica sulle diverse concezioni e classificazioni che hanno avuto i meccanismi di difesa nel corso della storia. Nel secondo capitolo si approfondisce la classificazione proposta da George E. Vaillant, da me ritenuta (e si tratta di una scelta del tutto soggettiva) la più completa e adatta (anche se non è stata l'unica classificazione utilizzata) per esaminare la relazione delle difese con la psicopatologia. Il terzo capitolo esamina diversi meccanismi di difesa e il loro ruolo all'interno di varie organizzazioni patologiche di personalità. Nel quarto capitolo, infine, concludo esponendo alcuni studi che farebbero ipotizzare una relazione causale mediata dal sostegno sociale tra difese e benessere fisico e, soprattutto, mentale.

Grazie a questo lavoro è stata ripercorsa esaustivamente la storia degli autori più rilevanti che hanno studiato i meccanismi di difesa, inoltre sono emersi dei limiti teorici e problemi metodologici, i quali verranno esposti dettagliatamente nelle conclusioni, che ostacolano lo studio scientifico delle difese.

Dopo lunghi anni di studi scrivere questa tesi per chiudere questa mia prima esperienza universitaria è stata una grande soddisfazione. Durante questo tempo ci sono state molte persone che mi hanno supportato tanto dal punto di vista accademico quanto personale, ragion per cui vorrei cogliere l'occasione per ringraziarli per il ruolo che hanno avuto in questo mio percorso.

Prima di tutto vorrei chi mi ha aiutato dal punto di vista accademico e non potrei che partire col ringraziare il mio relatore Maurizio Gasseau per avermi dato fiducia e avermi lasciato autonomia nello sviluppo di questo elaborato.

Allo stesso modo ci tengo a ringraziare il Prof. Luca Scacchi per avermi fornito un'ampia quantità di materiale bibliografico risultato di notevole importanza per la stesura della mia tesi e tutti i professori che in questi anni mi hanno permesso di conoscere una piccola porzione dell'ampio mondo della scienza dell'anima.

Ci tengo a non dimenticare chi mi ha permesso di studiare per un anno del mio percorso accademico in Spagna, a Tarragona. Grazie agli amministrativi dei vari uffici, ai coordinatori, ai professori e soprattutto a tutte le persone, che mi sento di poter definire "amici", che ho conosciuto durante la mobilità e che mi hanno fatto sentire a casa nonostante stessi a un migliaio di chilometri da dove ho sempre vissuto.

Vorrei ringraziare anche i miei amici più stretti, che mi hanno sempre sostenuto sia nei momenti di sconforto che in quelli di gioia rendendo questo viaggio che mi ha portato fino a qui una delle esperienze più significative della mia vita.

Un ringraziamento particolare va sia ai miei nonni e ai miei parenti, che hanno sempre creduto in me e che mi hanno sempre incentivato a fare ciò che mi rende felice, sia a Sebastian, che durante questi anni mi ha aiutato strumentalmente ed emotivamente offrendomi alloggio, pasti e buone chiacchierate.

Infine il ringraziamento per me più significativo va ai miei genitori. Mi hanno insegnato cosa vuol dire essere una persona responsabile. Mi hanno insegnato a godere dei miei successi e a rialzarmi dai miei fallimenti. Mi hanno insegnato a fare del bene agli altri e a regalare sempre un sorriso a chi incontro. Mi hanno insegnato a essere la miglior persona che io possa essere, grazie di cuore.

1. I meccanismi di difesa nella storia

1.1 Sigmund Freud e la nascita del concetto

Uno dei costrutti più rilevanti all'interno dell'orientamento psicodinamico è quello dei "meccanismi di difesa", elemento che ha interessato i pionieri di questa forma di psicoterapia già più di un secolo fa, ma che rimane attuale e continua ad essere studiato anche nei più recenti studi (Babl et. al, 2019).

Il primo documento in cui sono stati descritti meccanismi inconsci che agiscono per proteggere l'individuo da conflitti interiori fu opera di Sigmund Freud (1894), quando denunciò la presenza di operazioni mentali chiamate "difese", le quali consistono in processi inconsci volti a preservare l'equilibrio dell'apparato psichico e a proteggere l'individuo dalle richieste istintuali dell'Es avvertite come pericolose. Freud non si occupò di eseguire un peculiare lavoro di classificazione dei diversi meccanismi, ma riuscì a identificare humor, distorsione, spostamento, rimozione, repressione, fantasia e isolamento, oltre a fare il primo tentativo di classificazione delle difese in ordine evolutivo, categorizzando le difese in primitive, considerate meno adattive, e secondarie, ritenute più adattive (Freud, 1915).

Nei suoi lavori Freud identificò nell'angoscia l'agente necessario perché un meccanismo difensivo si attivasse. Utilizzando questo termine è facile pensare erroneamente che "angoscia" sia sinonimo di "paura", altro importante elemento che ha funzione di segnale, ma differente origine e funzione. La ragione per cui i due si possono confondere è da ricercare nelle loro caratteristiche comuni, prima di tutte il fatto che tanto la paura quanto l'angoscia attivino il sistema nervoso autonomo del soggetto e mettano in guardia l'individuo da potenziali pericoli per la propria sopravvivenza. Andando più a fondo possiamo però scoprire che la paura nasce da possibili pericoli esterni, spesso attivati da cause interne al soggetto, mentre l'angoscia

viene attivata da pericoli interni all'individuo. Di conseguenza l'effetto principale della paura è quello di attivare il sistema simpatico e preparare l'organismo ad una reazione di attacco e fuga (per eliminare o scappare, appunto, da un pericolo esterno) descritta per la prima volta da Walter Bradford Cannon (1929), la quale può essere comparata alla reazione di allarme descritta da Hans Selye (Mariuzzi, 2006) nel suo modello della sindrome generale di adattamento. Per quanto riguarda l'angoscia questa tipologia di reazione risulta inefficace (essendo i pericoli interni), per cui essa attiva meccanismi di difesa automatici con il fine di contenere e/o rimuovere i pericoli dalla coscienza (White & Gilliland, 1977).

1.2 Gli studi di Anna Freud

Durante gli ultimi anni di vita di Sigmund Freud sua figlia Anna pubblicò un testo che si è occupato di indagare i modi e i mezzi attraverso i quali l'Io (istanza psichica descritta da Sigmund Freud (1982) che nel suo modello media tra l'Es, la nostra parte più animale dominata da pulsioni, e il Super-Io, risultato delle interiorizzazioni dei valori genitoriali e delle figure esterne per noi rilevanti) respinge l'angoscia ed esercita il controllo sul comportamento impulsivo, concretizzando così ufficialmente l'inizio dello studio dei meccanismi di difesa e diventando una pioniera della psicologia dell'Io, branca della psicoanalisi che sostiene che l'Io possieda meccanismi autonomi distinti dall'Es (Hartmann, 1939).

Nel suo lavoro sono stati descritti tre tipi di angoscia contro cui l'Io si trova a lottare:

1) Angoscia morale: derivante dalla lotta tra le pulsioni dell'Es e i limiti del Super-Io (prendiamo il caso di un uomo di religione cristiana che provi una forte attrazione nei confronti di una donna sposata, ritrovandosi così a lottare tra la scelta di andarci a parlare -come suggerisce l'Es- o non farlo -come suggerisce la propria morale cattolica contenuta all'interno del Super-Io-)

2)Angoscia reale: causata dallo scontro tra i desideri dell'Es e le condizioni imposte dalla realtà (un soggetto paraplegico che vorrebbe camminare)

3)Angoscia istintuale: sensazione che insorge quando l'Io percepisce come minacciosi le pulsioni dell'Es (una ragazzo che prova un forte sentimento d'amore, percepito come minaccioso dall'Io, nei confronti di un'altra ragazza)

1.2.1 Alcuni meccanismi studiati da Anna Freud

Nel corso dei suoi studi Anna Freud ha posto la sua attenzione su numerosi meccanismi di difesa, di seguito ne descriverò alcuni che ci saranno utili successivamente e che ritroveremo anche in altre classificazioni.

1.2.1.1 Negazione

Tra le prime difese ad apparire negli individui (cronologicamente parlando) ritroviamo la negazione, che consiste nel rifiutare un pensiero o un affetto provocato da un evento o da una pulsione giunta alla coscienza (al contrario del meccanismo del diniego in cui ad essere rimossa è direttamente la percezione cosciente dell'evento). Questo meccanismo si sviluppa precocemente e agisce provocando una distorsione dell'esame di realtà, ma non una perdita di questo (come avviene in altri meccanismi). Possiamo ritrovare un esempio di negazione dell'affetto quando un adolescente lasciato dalla propria partner e nega di star male per questo fatto, mentre un esempio di negazione del pensiero è rappresentato da una persona in età avanzata che nega a sé stessa il fatto di non avere più lucidità portando avanti comportamenti rischiosi (come porsi alla guida dell'automobile). Questo meccanismo riveste una importanza tale dall'aver dato il nome ad una delle cinque fasi dell'elaborazione del lutto teorizzate da Kübler Ross (1990), è infatti reazione comune alla notizia di un lutto rispondere con frasi come "Non ci credo, non è possibile" e negare coscientemente la perdita della persona cara.

1.2.1.2 Formazione reattiva

Questo meccanismo agisce quando è già stata messa in atto una rimozione di affetti e contenuti inaccettabili da parte del soggetto e porta la persona ad assumere atteggiamenti e comportamenti direttamente opposti a quelli del contenuto rimosso. È così che una persona che rimuove pulsioni sessuali si trasforma in una persona moralista e puritana. La formazione reattiva è una difesa che viene messa spesso in atto dai bambini come reazione alla gelosia provata, non è infatti per niente raro trovare bambini che dopo aver visto che la nascita di un fratello più piccolo ha portato via le attenzioni della madre inizino ad attuare come se il nuovo nato sia la persona che più amano nella famiglia.

1.2.1.3 Rimozione

Questa operazione venne menzionata molte volte all'interno dei lavori di Anna Freud, ma la rimozione si è guadagnata il titolo di meccanismo di difesa più celebre per il fatto di essere stato già identificato dal padre, Sigmund, che ne fece uno dei punti cardini della propria teoria. Esso consiste nel spostare contenuti consci ritenuti inaccettabili all'interno del proprio inconscio, così che non provochino l'angoscia che sarebbe derivata dall'osservarli a livello cosciente. I nostri meccanismi di difesa possono diventare, in determinati casi, i meccanismi che tengono in vita patologie mentali¹. A tal proposito possiamo vedere come la rimozione in passato potesse condurre al disturbo che costituì il focus degli studi di Sigmund Freud (1892-95): l'isteria, patologia che secondo il padre della psicoanalisi veniva causata da traumi infantili rimossi che provocavano sintomi fisici quali paralisi degli arti e cecità temporanea.

1.2.2 Il primo tentativo di classificazione cronologica

¹ Questo argomento sarà ampiamente trattato nel terzo capitolo dell'elaborato.

Anna Freud, a differenza di ciò che fece il padre, mise l'accento dei suoi studi sull'adattività dei meccanismi di difesa, valutandola in base a quattro criteri:

1. Intensità: parametro quantitativo della difesa
2. Adeguatezza rispetto all'età: prematurità, fissazione o regressione del meccanismo in relazione alla cronologia dei meccanismi (si veda il paragrafo successivo)
3. Reversibilità (flessibilità): capacità del soggetto di non mettere in atto il meccanismo quando questo cessa di risultare funzionale all'adattamento
4. Equilibrio tra le difese: varietà di difese utilizzate e rigidità dei singoli meccanismi

Il secondo criterio per valutare l'adattività del meccanismo è direttamente collegato alla classificazione cronologica di questi, un tentativo di stilare un loro ordine evolutivo di comparsa. L'autrice si trovò ad affrontare vari ostacoli teorici ed empirici nella strada verso l'identificazione di una classificazione evolutiva. Per esempio si accorse di come fossero spesso presenti sintomi isterici nei bambini, i quali non avendo ancora una netta distinzione tra Io ed Es non avrebbero potuto mettere in atto la rimozione (che esclude una rappresentazione o un affetto dall'Io cosciente).

Oltre a questo si aggiunsero altre difficoltà, come le dispute teoriche con Melanie Klein, prima di tutte quella riguardante l'età di sviluppo del Super-Io (la Klein sosteneva che i bambini mettevano in atto il transfert poiché posseggono un Super-Io già dal primo anno di vita, mentre Anna Freud riteneva impossibile questo processo prima che fosse avvenuto il complesso di Edipo intorno ai 4-5 anni di età (Amadei, Cavanna & Zavattini, 2015), di conseguenza veniva difficile trovare un accordo riguardo all'età di sviluppo di meccanismi che presuppongono la presenza del Super-Io (come la sublimazione di cui parlerò più avanti, per esempio). Infine Anna Freud (1936) concluse che "la cronologia è una delle regioni meno chiare nell'ambito della teoria analitica"

(p.186), quindi decise di abbandonare questo tentativo di classificazione cronologica e concentrarsi sullo studio degli eventi che mettono in moto le difese (Freud A., 1936).

1.3 Melanie Klein e i meccanismi negli stati psicotici

Anna Freud ha contribuito allo studio dei meccanismi di difesa concentrandosi sulle difese “nevrotiche”, che operano per lo più a livello preconscious e quindi ad un livello più “maturo”. La sua rivale, Melanie Klein, contribuì approfondendo lo studio dei meccanismi di difesa a un livello più primitivo, ossia studiando quali sono le operazioni difensive inconscie che attuano negli stati psicotici. È importante sottolineare che nel suo pensiero le difese rappresentano principi organizzativi della vita psichica, quindi non si limitano solamente a proteggere l’Io da sentimenti negativi di angoscia.

1.3.1 I meccanismi difensivi nello sviluppo del bambino

Melanie Klein ipotizza una teoria dello sviluppo che si distacca dal concetto freudiano di “fase” (Freud, 1905) in cui i fenomeni che si presentano all’interno di una certa fase di sviluppo non si ripresentano più una volta superata quella fase. Al contrario l’autrice introduce il termine “posizione”, che consiste in uno stadio di sviluppo in cui sono presenti concentrazioni di angosce e difese non limitate ad un periodo temporale che si susseguono ripetutamente nel corso dello sviluppo del bambino e durante la sua vita adulta, poiché queste non vengono mai elaborate completamente. Le due posizioni che vengono identificate sono classificate come “posizione schizoparanoide”, la quale si presenta intorno ai quattro mesi di vita, e “posizione depressiva”, che appare approssimativamente quando il bambino compie il suo quinto mese di vita .

Quando il bambino è nella prima posizione non è ancora in grado di integrare caratteristiche contrastanti degli oggetti, allora per proteggersi dall’angoscia persecutoria di essere distrutto dagli oggetti esterni opera un meccanismo di scissione che separa il suo Io e la rappresentazione che ha del seno della madre, percependolo

come se fossero due seni distinti. Allo stesso modo, insieme al meccanismo di difesa della scissione, il bimbo mette in atto una proiezione delle proprie pulsioni di vita e di morte già presenti alla nascita (Freud, 1920) sui due seni che percepisce, identificandoli così come un “seno buono” e un “seno cattivo”.

In seguito, quando il bambino entra nella seconda metà del suo primo anno di vita, il bambino acquisisce la capacità di vedere gli oggetti esterni (tra cui la madre) come oggetti unitari. In questo modo i due seni che venivano considerati come entità separate vengono integrati in una sola rappresentazione, creando così una nuova angoscia opposta a quella che si era venuta a creare nella posizione precedente: quella di essere causa di distruzione degli oggetti a causa dei propri impulsi aggressivi (angoscia depressiva). Qui il bambino viene sommerso da sentimenti di colpa per aver precedentemente distrutto la madre ed entra così in una condizione caratterizzata dalla paura della perdita (Klein, 1934).

1.3.1.1 I meccanismi riparativi

Per contrastare i nuovi sentimenti di angoscia che emergono nella posizione depressiva il soggetto mette in atto dei processi riparativi, descritti per la prima volta da Melanie Klein in un saggio del 1929 chiamato “Situazioni d’angoscia infantile espresse in un’opera musicale e nel racconto di un impeto artistico”. I meccanismi riparativi riguardano i tentativi del bambino di rimediare ai danni che pensa di aver arrecato alla madre a causa della sua aggressività. Questi processi, i quali consistono in azioni o fantasie per “riparare” ai danni fatti in precedenza, vengono categorizzati dall’autrice con una tripartizione (Klein, 1940).

1.3.1.1.1 La riparazione basata sull’amore e il rispetto

Questa tipologia di riparazione può essere descritta come una sorta di sublimazione² che fa da base per la creatività del bambino dove l'angoscia rispetto agli oggetti primari viene utilizzata come spinta per la creazione artistica. In questo modo i sentimenti negativi del bambino vengono trasformati in pulsioni creative che possono essere rappresentate, per esempio, mediante il gioco (Klein, 1940).

1.3.1.1.2 La riparazione maniacale

Con questi processi di riparazione l'individuo si pone lo scopo irrealistico di riportare l'oggetto ad una condizione di integrità pari a quella presente prima che l'oggetto venisse distrutto, così da poter evitare la comparsa dei sentimenti negativi portati dall'angoscia depressiva. Questi meccanismi riparatori ruotano attorno a tre concetti principali in cui operano difese come la negazione, il diniego, la svalutazione e, il controllo onnipotente³. Il primo concetto è il "dominio", il quale consiste in una maniera di negare la dipendenza dall'oggetto e assicurarsela allo stesso tempo, mettendo in atto a tutti gli effetti una forma di manipolazione. Il secondo concetto riguarda il "trionfo", che diniegando i sentimenti depressivi porta il soggetto a sperimentare una sensazione di vittoria sull'oggetto, così da distanziare la nostalgia provocata dalla sua assenza. Infine, l'ultimo concetto che caratterizza la riparazione maniacale è il "disprezzo", che mira a eliminare i sentimenti di colpa svalutando l'oggetto che li ha provocati (Klein, 1940).

1.3.1.1.3 La riparazione ossessiva

Questi processi si basano fondamentalmente sulla difesa dell'annullamento retroattivo, meccanismo attraverso il quale l'individuo mette ripetutamente in atto delle azioni senza elementi creativi che hanno il fine di placare i sentimenti di angoscia. Se la prima tipologia di riparazione non assume connotati patologici non si può dire lo stesso delle

² La descrizione di questo meccanismo si trova alla fine del secondo capitolo.

³ Si rimanda al terzo capitolo per una descrizione dei meccanismi non ancora esposti.

riparazioni maniacali e ossessive, le quali costituiscono un elemento patologico nel caso in cui vadano a costituire un ostacolo al percorso di sviluppo del bambino (Klein, 1940).

1.3.2 Le difese nevrotiche e psicotiche

Melanie Klein creò inoltre una nuova classificazione delle difese differenziandole in due categorie: difese nevrotiche, le quali agiscono contro la libido, anche detta pulsione di vita, teorizzata da Sigmund Freud (1920) e le difese psicotiche, le quali agiscono contro l'istinto di morte presente in ognuno di noi. Al contrario del padre della psicoanalisi la psicoanalista non ha visto la rimozione come meccanismo centrale all'interno della sua teoria, ma ha rivestito la scissione di questo ruolo. Sebbene la Klein teorizzò questo meccanismo come fondamentale nello sviluppo evolutivo normale del bambino (è infatti centrale nella posizione schizoparanoide dello sviluppo), essa sostenne anche che questo potesse diventare fortemente maladattivo portando ad organizzazioni psicotiche di personalità in età adolescenziale e adulta (Klein, 1946).

Un ultimo importante contributo della Klein (1946) fu la descrizione del meccanismo di identificazione proiettiva, meccanismo nato dalla fusione tra introiezione e proiezione⁴.

1.4 Heinz Hartmann: i meccanismi di difesa per la psicologia dell'Io

Uno dei principali teorici della psicologia dell'Io, insieme ad Anna Freud, fu proprio Heinz Hartmann. Egli non considerò più solo le pulsioni provenienti dall'Es, come cause del nostro comportamento, ma diede anche importanza alle forze non pulsionali che agiscono all'interno della relazione individuo-mondo esterno. Di conseguenza nella sua teoria i meccanismi di difesa smettono di essere considerati solo come forze risoltrici del conflitto e vengono visti come meccanismi di adattamento all'ambiente. In quest'ottica una regressione primitiva (una fantasia) non viene più vista come una

⁴ Si rimanda alla lettura del paragrafo "proiezione, introiezione e identificazione proiettiva" all'interno del terzo capitolo.

soluzione adottata dall'Io per risolvere un conflitto interno, ma diventa un'operazione utile a recuperare energie psichiche per affrontare in miglior modo la realtà esterna.

Infine il teorico della psicologia dell'io contribuì allo studio dei meccanismi di difesa dividendo le funzioni dell'Io in funzioni difensive impegnate nel conflitto e funzioni libere da conflitto (come memoria e linguaggio e in alcuni casi i meccanismi di difesa) impegnate nell'adattarsi all'ambiente (Hartmann, 1939).

1.5 Il contributo di Otto Kernberg

Otto Kernberg è uno psicoanalista austriaco che partecipò allo studio dei meccanismi di difesa concentrandosi particolarmente sulla loro relazione con la patologia, questo dovuto al fatto che molte delle sue teorie derivarono dalle sue esperienze in ambito clinico. Egli pose i meccanismi di difesa lungo un continuum di gravità per cui finì per descrivere due categorie di difese: meccanismi di basso livello e meccanismi di alto livello. I primi funzionano proteggendo l'Io tenendo separate le esperienze contraddittorie del Sé e di persone significative, attuando così una dissociazione, mentre i secondi agiscono respingendo derivati o rappresentazioni pulsionali dall'Io cosciente.

Partendo da questo punto di vista egli sostiene che le patologie più gravi, ossia le psicosi, comportino la persistenza di meccanismi di difesa di basso livello, mentre che le nevrosi presentino l'utilizzo di meccanismi di alto livello. A tal proposito Kernberg scrive: "A mio parere la struttura nevrotica della personalità, diversamente dalle strutture al limite e psicotica, implica un'identità integrata, e presenta un'organizzazione difensiva incentrata sulla rimozione e su altre operazioni difensive avanzate o di alto livello" (p.18). Kernberg identifica tra i meccanismi di alto livello: la rimozione, la formazione reattiva, l'isolamento, l'annullamento retroattivo, l'intellettualizzazione e la razionalizzazione, mentre tra i meccanismi di basso livello: proiezione, diniego, onnipotenza, idealizzazione primitiva, svalutazione, scissione, e identificazione proiettiva (Kernberg, 1984).

1.5.1 Le organizzazioni di personalità

L'autore teorizza tre organizzazioni di personalità che caratterizzano il funzionamento mentale dei pazienti, le quali non differiscono a livello di sintomi, ma presentano vere e proprie differenze strutturali. Ogni organizzazione è caratterizzata a sua volta da un'organizzazione difensiva particolare che può includere difese più o meno mature (Kernberg, 1984).

1.5.1.1 L'organizzazione psicotica di personalità

In un'organizzazione psicotica Kernberg identifica un uso consistente di meccanismi di difesa basati sulla scissione e sulla perdita dell'esame di realtà, ossia la capacità dell'individuo di differenziare oggettivamente il Sé dal non Sé, di separare ciò che prova e sente internamente da ciò che succede oggettivamente all'infuori di sé. In questa organizzazione le difese hanno come obiettivo la separazione delle rappresentazioni buone da quelle persecutorie e di proteggere il soggetto dalla disintegrazione totale che gli provoca l'angoscia (Kernberg, 1984).

1.5.1.2 L'organizzazione borderline di personalità

La struttura borderline si caratterizza sostanzialmente per un'instabilità che porta a percepire la propria immagine fragilmente e ad avere un mancato esame di realtà in determinate situazioni, però a differenza della struttura psicotica l'individuo ha una capacità superiore di separare Sé e oggetto. Quest'organizzazione si caratterizza per l'utilizzo di difese immature quali la scissione, l'acting out, la svalutazione, l'idealizzazione, la negazione e l'identificazione proiettiva (Kernberg, 1984).

1.5.1.3 L'organizzazione nevrotica di personalità

Al contrario delle precedenti organizzazioni di personalità nella struttura nevrotica prevalgono meccanismi di difesa maturi che non mancano dell'esame di realtà. Questa tipologia di soggetti è in grado di affrontare l'angoscia e purificare i propri impulsi attraverso la sublimazione. L'organizzazione nevrotica di personalità si esprime clinicamente in personalità ossessive, fobiche, evitanti, depressivo-masochistiche e infine in personalità isteriche (Kernberg, 1984).

1.6 La concezione di Phebe Cramer

La Cramer definisce il meccanismo di difesa come un'operazione mentale con la funzione di proteggere l'individuo dal provare un'ansia eccessiva. Un altro contributo alla definizione dei meccanismi di difesa si ritrova in un suo articolo (1998a) in cui vi è la descrizione delle sei caratteristiche che deve rispettare un meccanismo di difesa per essere definito tale:

1. Origine inconscia del meccanismo; le difese sono operazioni mentali che operano al di fuori della coscienza dell'individuo che le mette in atto
2. Attivazione in risposta a "minacce psichiche"; i meccanismi si attivano quando la psiche dell'individuo rileva conflitti che mettono a rischio l'equilibrio psichico del soggetto
3. Decremento dell'ansia; il fine ultimo dei meccanismi di difesa è di evitare che nell'individuo si crei un'ansia eccessiva, ragion per cui l'obiettivo del meccanismo dev'essere quello di diminuire questa sensazione
4. Stabilità; le operazioni difensive sono meccanismi stabili che variano in maniera prevedibile lungo lo sviluppo dell'individuo
5. Adattamento; l'utilizzo prolungato ed eccessivo (quando un meccanismo viene utilizzato in periodi in cui ci dovrebbe essere un altro meccanismo dominante, si veda il paragrafo successivo) può portare alla comparsa di patologie mentali

6. Distintività; ogni meccanismo possiede caratteristiche che rendono possibile differenziarlo dalle altre difese

Come venne fatto da molti autori negli anni precedenti anche lei teorizzò un continuum di sviluppo dei meccanismi di difesa (Cramer, 2014). La psicologa sostiene che esistano due livelli di classificazione dei meccanismi di difesa dove al livello più basso sono presenti i meccanismi che appaiono precocemente (cronologicamente parlando) nella vita degli individui e al livello più alto le difese che sorgono in fasi più avanzate dello sviluppo (Cramer, 1987). Secondo lei i meccanismi di difesa sono collegati ad un determinato periodo dello sviluppo e una volta che questo finisce l'utilizzo delle difese relative a quel periodo diminuisce gradualmente (Cramer, 2012). A tal proposito, parlando dei suoi studi fatti sui meccanismi di difesa, la psicologa clinica scrive di aver formulato durante i suoi studi sui meccanismi difensivi due enunciati. Il primo dice che difese differenti sono tipiche di differenti periodi di sviluppo e il secondo ogni difesa avrà il suo proprio percorso di sviluppo, emergendo e diventando predominante in un periodo e successivamente meno importante quando seguirà la nascita e l'aumento di importanza di una nuova difesa, e questo processo che verrà ripetuto per ogni nuova difesa" (Cramer, 2014). Uno dei meriti della Cramer fu quello che non si limitò a teorizzare, ma supportò le sue teorie con molti studi empirici, dimostrando ad esempio la progressiva comparsa di: diniego, proiezione e identificazione (Cramer & Block, 1998; Cramer, & Kelly, 2004).

Un ultimo importante contributo della Cramer allo studio dei meccanismi arrivò con il suo articolo pubblicato nel 1998 intitolato: "Coping and Defense Mechanisms: What's the Difference?". In questo testo viene analizzata la differenza con le strategie di coping, le quali vennero teorizzate per la prima volta da Lazarus e Folkman (1984) nell'ambito del loro "modello transazionale dello stress". La psicologa analizzò similitudini e differenze tra meccanismi di difesa e strategie di coping esaminando diversi temi tra cui l'origine conscia o inconscia, l'intenzionalità, la gerarchia e i legami che hanno con la patologia e la salute. L'autrice concluse che sebbene tanto i

meccanismi di difesa quanto le strategie di coping abbiano lo stesso fine adattativo, ovvero diminuire l'arousal e riportare la psiche dell'individuo in uno stato di equilibrio, i due siano da considerare concetti separati.

Le differenze che individuò riguardano:

- il diverso livello di consapevolezza; perché i meccanismi di difesa attuano a livello inconscio mentre le strategie di coping vengono attivate coscientemente
- il meccanismo d'azione; perché le strategie di coping attuano direttamente sulla situazione problematica (e quindi sulla realtà esterna) mentre le difese agiscono distorcendo la percezione della problematica (e quindi sulla realtà interna) (Cramer, 1998b)

Anni dopo venne fatta una revisione dell'articolo della Cramer (Kramer, 2010) integrandolo con i nuovi studi e i nuovi modelli nati per creare una teoria unificata di strategie di coping e meccanismi di difesa creando una distinzione dei due che vede le difese come una componente cognitiva e il coping come una componente comportamentale. In questa definizione le difese vennero definite come meccanismi mentali che alterano la corretta percezione della realtà al fine di proteggere la persona dall'eccessiva ansia provocata dalla percezione di eventi problematici esterni o stati psicologici interni percepiti come minacciosi, mentre il coping venne identificato come un comportamento che può essere tanto esplicito quanto implicito che viene messo in atto per ridurre o eliminare distress psicologico (Kramer, 2010).

1.7 John Christopher Perry e la “Defensive functioning scale”

John Christopher Perry contribuì allo studio dei meccanismi di difesa introducendo uno strumento, chiamato “Defensive functioning scale” (in seguito DFS), per valutare il funzionamento difensivo dei pazienti. Questa scala venne inserita nel DSM-IV seguita da una definizione operativa dei vari meccanismi di difesa trattati, tutto questo con il

fine di aumentare la comprensione del disagio mentale degli individui. Occorre comunque prendere atto del fatto che già nell'edizione precedente rivisitata del manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM III-R) fosse stato inserito un glossario contenente la descrizione di 18 meccanismi di difesa.

1.7.1 Alcuni meccanismi considerati da Perry

Prima di presentare le caratteristiche della DFS riporto una breve descrizione di alcune difese considerate da Perry (utilizzando come riferimento la definizione operativa da lui utilizzata) che non vengono trattate da altri autori esposti in questo lavoro affinché risulti più semplice comprendere la classificazione che viene utilizzata nello strumento clinico.

1.7.1.1 Razionalizzazione

La difesa della razionalizzazione opera costruendo false motivazioni ai propri pensieri, affetti e azioni con l'obiettivo di nascondere le vere intenzioni originarie (American Psychiatric Association [APA], 1994). Con questo meccanismo si cerca di rispondere al bisogno del soggetto di percepire il proprio comportamento come razionale. L'esempio più comune di questo meccanismo che ritroviamo nella cultura popolare è rappresentato dalla favola della volpe e dell'uva, quando la volpe non riuscendo a raggiungere l'uva desiderata abbandona il suo tentativo e razionalizza il suo comportamento sostenendo che l'uva in realtà fosse acerba (e per cui non valesse la pena sprecare energia per raggiungerla).

1.7.1.2 Isolamento dell'affetto

L'isolamento dell'affetto consiste nello scindere la componente cognitiva ed affettiva di un evento, mantenendo a livello cosciente la prima e rendendo inconscia la seconda

(APA, 1994). Questo meccanismo è comune nei traumi, quando la persona che ha vissuto l'evento traumatico è in grado di descrivere cos'è successo ma non di sperimentare l'emozione ad esso associata. Rispetto alla negazione dell'affetto in questo meccanismo la persona presenta un grado di consapevolezza minore della componente emotiva.

1.7.1.3 Annullamento retroattivo

Questa difesa consiste nel compiere delle azioni che, simbolicamente, cancellano affetti, pensieri o comportamenti manifestati in precedenza (APA, 1994). Si ritrova questa operazione difensiva nel “disturbo ossessivo compulsivo”, quando per cancellare un pensiero intrusivo e ricorrente (chiamato ossessione) che genera angoscia (ad esempio “Ho paura di ammalarmi” si reagisce con una compulsione, un comportamento in grado di annullare simbolicamente il pensiero precedente (nel nostro esempio potrebbe essere l'atto di lavarsi le mani).

1.7.1.4 Affiliazione

L'affiliazione consiste nel ricercare l'aiuto di altri per condividere i propri problemi (senza darne loro la responsabilità) ed essere sostenuti (APA, 1994), così da affrontare l'evento che causa stress e angoscia con il sostegno di altri individui (come potrebbe capitare nel caso di un individuo che per affrontare le emozioni negative di una brutta giornata di lavoro ne vada a parlare ad un amico).

1.7.1.5 Auto-affermazione

Consiste nell'esprimere i propri sentimenti e le proprie emozioni direttamente in un modo che non sia aggressivo o manipolativo (APA, 1994), come nell'esempio di un

genitore che esprima in maniera composta la propria rabbia per il mancato aumento dello stipendio al proprio datore di lavoro.

1.7.1.6 Auto-osservazione

La difesa dell'auto-osservazione riguarda il riflettere ai propri pensieri, affetti e comportamenti per poi rispondere adeguatamente (APA, 1994). Uno studente che reagisse all'angoscia causata dal pensiero degli esami riflettendo sui suoi pensieri relativi ad essi che gli causano preoccupazione starebbe quindi utilizzando questo meccanismo di difesa.

1.7.2 I livelli difensivi

Nella definizione data dalla DFS le difese vengono viste come processi psicologici automatici con l'obiettivo di proteggere il soggetto dall'angoscia e dalla consapevolezza di pericoli interni o esterni. Essa suddivide le difese con caratteristiche simili in diverse categorie definite come "Livelli difensivi". Questi livelli di difesa sono sette, ovvero:

1. Disregolazione difensiva

A questo livello i meccanismi di difesa operano causando una frattura con la realtà oggettiva esterna compromettendo così l'esame di realtà. Le difese a questo livello falliscono nel tentativo di contenere la reazione allo stress dell'individuo. Un esempio di meccanismo che agisce in questa maniera è la proiezione delirante.

2. Azione

Questa categoria include le difese che affrontano l'angoscia mediante l'azione o il ritiro da essa. Qui ritroviamo meccanismi come: l'acting out, l'ipocondriasi e il comportamento passivo-aggressivo.

3. Distorsione maggiore dell'immagine

I meccanismi a questo livello attuano distorcendo l'immagine di sé o l'immagine altrui, come nel caso del ritiro primitivo (chiamato anche "fantasia autistica") e dell'identificazione proiettiva.

4. Disconoscimento

Questo raggruppamento include difese che operano allontanando dalla coscienza tutti quei contenuti mentali (impulsi, idee, affetti, responsabilità) percepiti come pericolosi e generatori di angoscia, in alcuni casi attribuendo loro anche a cause esterne. Tra questi vi sono: la proiezione, la negazione e la razionalizzazione.

5. Distorsione minore dell'immagine

Al contrario del terzo livello qui i meccanismi regolano l'autostima provocando distorsioni nell'immagine altrui o di sé. Esempi caratteristici sono: la svalutazione, l'onnipotenza e l'idealizzazione.

6. Inibizioni mentale

I meccanismi presenti in questo gruppo mantengono fuori dalla coscienza sentimenti, ricordi, desideri o paure potenzialmente minacciosi influenzando così sulla capacità di relazionarsi con gli altri della persona. Questo livello contiene difese come: rimozione, dissociazione, formazione reattiva, intellettualizzazione, spostamento, isolamento dell'affetto, annullamento.

7. Alta adattività

All'interno di questo livello le difese consentono un adeguato controllo dei fattori che provocano stress all'individuo. Questi meccanismi massimizzano la sensazione di benessere, permettono la consapevolezza dei propri contenuti mentali (affetti, idee...) e delle loro conseguenze. Le operazioni difensive contenute in questa categoria sono: anticipazione, affiliazione, altruismo, umorismo, auto-affermazione, auto-osservazione, sublimazione, repressione

Per l'utilizzo delle DFS il clinico ha il compito di rilevare fino a sette stili di difesa specifici del soggetto per poi individuare il livello difensivo predominante dell'individuo. Così facendo si dovrebbe avere una panoramica della tipologia di difese preferenziale utilizzata dal paziente al momento della valutazione. Ad esempio un paziente che avesse come difese la proiezione, l'acting out, la svalutazione, l'identificazione proiettiva, il diniego e la scissione presenterebbe un utilizzo predominante di meccanismi al livello di distorsione maggiore dell'immagine.

1.8 Alcune considerazioni sugli studi e le ricerche sui meccanismi di difesa

Avendo ripercorso più di un secolo di studi e teorie fatte sopra i meccanismi di difesa rimane evidente come questo argomento sia stato centrale nel campo psicoanalitico dai primi anni della psicoanalisi (Freud S., 1894) e come sia tema centrale di studio ancora ai giorni nostri (Cramer & Kelly, 2004). Partendo dalla classificazione di Sigmund Freud (1915) si sono susseguite numerose classificazioni che categorizzano le difese sia da un punto di vista evolutivo (Freud A., 1936; Cramer, 1987), sia da un punto di vista della patologia (Klein, 1946; Kernberg, 1984), dimostrando come la sistematizzazione dei meccanismi di difesa sia un argomento che suscita vari contrasti in ambito psicoanalitico (Lingiardi, Perry, Madeddu & Brambilla, 1994). Allo stesso modo il costruito si è evoluto nel tempo, basti osservare come nella definizione di Freud (1894) i meccanismi agiscano contro l'angoscia causata da conflitti dovuti all'Es, come

successivamente Hartmann (1939) li consideri come operazioni che agiscono come forma di adattamento all'ambiente e come nella più moderna teorizzazione di Perry (APA, 1994) le difese operino contro generici "fattori stressanti" senza citarne neanche l'origine interna o esterna. Un importante argomento che necessita ancora di studi e conferme empiriche rimane l'analisi della differenza tra meccanismi di difesa e coping, infatti risulterebbe molto utile avere una solida teoria che divida i due costrutti. Un esempio di situazione ambigua in cui si utilizzano due costrutti per uno stesso fenomeno è il caso dell'etichettare la richiesta di sostegno da parte di altre persone sia come affiliazione, considerata come meccanismo di difesa da Perry, sia come ricerca di supporto sociale, considerata come strategia di coping. Prendendo a modello il primo criterio inserito nella prima differenziazione proposta dalla Cramer si potrebbe considerare l'affiliazione come la ricerca inconscia di sostegno e la ricerca di supporto sociale come un processo conscio (anche se si tratterebbe di un'affermazione molto fragile), ma già prendendo in considerazione il secondo criterio di differenziazione (il fatto che il meccanismo di difesa non agisca sull'oggetto che provoca arousal/angoscia, ma sulla sua percezione) risulterebbe insensato considerare l'affiliazione come difesa. Anche considerando invece il coping e le difese come rispettivamente la componente comportamentale e cognitiva dello stesso costrutto nascerebbero altri problemi di classificazione perché il meccanismo dell'acting out⁵ sarebbe quindi da trattare come strategia di coping. Oltre al rappresentare un importante aiuto nell'ambito della ricerca in situazioni come quelle appena esposte, risolvere la confusione teorica circa la differenza tra difese e coping potrebbe infine quindi avere importanti ripercussioni nell'ambito dell'intervento clinico (Kramer, 2010)

⁵ Meccanismo descritto nel capitolo 2.

2. Gli studi e i contributi di Vaillant

2.1 The Grant study

Uno dei più importanti ricercatori che contribuì allo studio dei meccanismi di difesa fu George Vaillant. Lo studio più celebre a cui partecipò Vaillant fu uno degli studi longitudinali più lunghi mai stati fatti nella storia della psicologia: “*The Grant study*”. Questo studio venne condotto nell’università di Harvard e iniziò nel 1937. A causa della lunghezza del progetto non ci fu un solo direttore, ma ne seguirono diversi, infatti Vaillant si unì all’equipe di lavoro solo nel 1967, ovvero 30 anni dopo il suo inizio. L’obiettivo principale dello studio era quello di individuare fattori predittivi di un invecchiamento sano, identificando così quali fossero gli agenti che permettono agli esseri umani di “adattarsi alla vita” (Vaillant, 1977).

2.1.1 La metodologia

Il campione utilizzato nello studio consisteva in 268 studenti maschi al secondo anno di corsi ad Harvard (uno dei più grandi limiti dell’esperimento fu il fatto di avere omesso soggetti di sesso femminile all’interno dello studio) presi da classi tra il 1939 e il 1944. Per selezionare questo campione furono eliminati dai potenziali partecipanti allo studio delle classi individuate grossi percentuali di studenti che non dimostravano di avere buoni risultati accademici o che mostravano evidenti disturbi fisici e/o psicologici. Una volta selezionati, i partecipanti furono sottoposti a sessioni con psichiatri, medici e professionisti al fine di avere un loro quadro psico-fisico il più simile possibile alla realtà, e in più vennero condotte interviste ai familiari per indagare sulla loro storia medica e non.

Dopo essersi laureati i partecipanti vennero sottoposti a annualmente a questionari e, dopo il 1955, vennero inviati loro questionari ogni due anni. Questi questionari

indagavano a 360 gradi sulla vita del campione, ponendo particolare attenzione a occupazione, famiglia, salute, abitudini e idee politiche. In aggiunta ai questionari vennero condotte interviste su di loro e sui loro familiari e vennero condotti esami medici e controlli psicologici (Vaillant, 1977).

2.2 La classificazione di Vaillant

George Vaillant formulò un'innovativa classificazione servendosi della dimensione temporale per teorizzare una gerarchia dei meccanismi di difesa basata sul livello di maturità, collegandola ad una seconda gerarchia basata sulla patologia. Così facendo nella classificazione di Vaillant si vengono a creare due dimensioni tra loro collegate: maturità-immaturità e salute mentale-patologia (Lingiardi, Perry, Madeddu & Brambilla, 1994). Sulla base degli studi condotti da altri autori che vennero integrati con i propri George Vaillant selezionò 18 meccanismi di difesa (sebbene sostenga che ne possano essere individuati molti di più) e li ordinò su quattro livelli che vanno dai meno adattivi (e quindi più collegati con la patologia) ai più adattivi. Si può ritrovare un supporto empirico a questa classificazione all'interno di uno studio portato avanti da Lingiardi, Shedler e Gazzillo (2006), i quali misurarono come in una paziente con diagnosi borderline di personalità i meccanismi di difesa all'inizio della terapia rientrassero nella descrizione corrispondente ai meccanismi presenti nelle categorie di livello inferiore proposte da Vaillant (meccanismi presenti cronologicamente prima) mentre dopo due anni di psicoterapia psicoanalitica ci fosse stato un aumento di difese di più alto livello (intellettualizzazione). Fondamentale fu inoltre per la sua classificazione il contributo dei dati ricavati dal *Grant study* poiché permise di descrivere quali meccanismi di difesa fossero comunemente utilizzati dai partecipanti adulti allo studio identificati come "in salute".

Il creatore della classificazione ritiene che un meccanismo possa essere identificato come patologico, o meglio inadattivo, solo valutandolo in relazione a due fattori: rigidità e contesto. In termini generali se l'utilizzo di una difesa è motivato più da

bisogni del passato più che da bisogni del presente (e possibili bisogni futuri), se sbarra invece di reindirizzare l'espressione dei sentimenti, se impedisce invece di limitare la gratificazione o se distorce in maniera importante la realtà, la difesa è da considerare meno adattiva. Allo stesso modo lo stesso meccanismo a seconda del contesto può risultare più o meno adattivo. Prendendo come esempio la situazione di un uomo malato di cancro terminale che utilizzi la negazione dopo aver ricevuto le cure per la sua malattia (per esempio evitando di preoccuparsi per un semplice raffreddore una volta fuori dall'ospedale) si può osservare come questo meccanismo lo aiuti ad alleviare l'angoscia e vivere al meglio il resto dei suoi giorni, mentre come rifiutare il fatto di essere malato durante la permanenza in ospedale, per esempio non accettando le cure palliative che gli si propongono, lo porti ad una morte più rapida e dolorosa, rendendo così questo meccanismo il meno adattivo possibile.

La classificazione formulata segue un continuum di sviluppo per cui i meccanismi categorizzati nei livelli più bassi appaiono nella vita dell'individuo cronologicamente prima di quelli posti ai livelli più alti (Vaillant, 1977).

Di seguito approfondirò i vari livelli di classificazione includendo una breve descrizione dei meccanismi che non vengono trattati in altri capitoli di questo elaborato.

2.2.1 Livello 1: meccanismi psicotici

Al primo livello troviamo i meccanismi più primitivi (proiezione delirante, diniego e distorsione), i quali sono comunemente presenti in psicosi, sogni e infanzia (risultano adattivi solo fino ai 5 anni di età). Questi meccanismi servono a riorganizzare la realtà di chi ne fa uso, ma dal punto di vista di un osservatore esterno chi li utilizza appare come malato di mente, infatti quando questi meccanismi cessano di essere privati e iniziano ad influenzare significativamente il comportamento della persona neanche la psicoterapia convenzionale può cambiare quest'ultimo. Durante lo studio queste difese non furono osservate nei partecipanti ma si rintracciarono solamente alcuni episodi

relativi all'infanzia in cui qualche soggetto intervistato ne fece uso (Vaillant, 1977).

2.2.1.1 Proiezione delirante

A differenza della normale proiezione qui l'esame di realtà viene completamente compromesso. Questa difesa consiste nel proiettare all'infuori di sé manie ed idee negative, spesso di tipo persecutorio, come nel caso di un uomo che pensa che tutti i suoi colleghi vogliono avvelenarlo per toglierselo di mezzo (Vaillant, 1977).

2.2.1.2 Distorsione

Questa difesa consiste nel rimodellare la realtà esterna al fine di soddisfare bisogni interiori. All'interno di questa operazione difensiva ritroviamo allucinazioni, deliri (ma al contrario della proiezione delirante, in cui l'ansia viene diminuita proiettando la responsabilità all'esterno di sé, qui il meccanismo agisce rimpiazzando sentimenti sgradevoli con i loro opposti). Un esempio adattativo (poiché utilizzato nei primi anni di vita) è rappresentato da un bambino di tre anni che per contrastare la solitudine si crea un amico immaginario (Vaillant, 1977).

2.2.2 Livello 2: meccanismi immaturi

Al contrario dei meccanismi di livello inferiore le difese di questo livello (proiezione, ritiro primitivo, ipocondriasi, comportamento passivo-aggressivo, acting out), comuni nel periodo infantile e adolescenziale e in adulti con depressione, dipendenze e disturbi della personalità furono identificate frequentemente nelle raccolte dati dello studio. La messa in atto di questi meccanismi può essere stimolata da disturbi fisici e vulnerabilità genetica, come ad esempio un'epilessia che porta la persona ad inscenare i propri impulsi senza che il soggetto ne sia cosciente. Da un punto di vista esterno questi meccanismi vengono giudicati come "socialmente inopportuni" (Vaillant, 1977).

2.2.2.1 Ipocondriasi

È un meccanismo in cui ci si lamenta dei propri disturbi fisici senza però cercare o accettare una cura (al contrario dell'ipocondria). Questo meccanismo agisce facendo sentire impotenti le persone che provano ad aiutare la persona che sta mettendo in atto il meccanismo (Vaillant, 1977).

2.2.2.2 Comportamento passivo-aggressivo

Il comportamento passivo-aggressivo mira ad aggredire l'altro indirettamente (Vaillant, 1977), per esempio rendendo vano il suo lavoro. Questa tipologia di comportamento è molto studiata nel campo della psicologia del lavoro (Johnson & Klee, 2007), in cui si possono trovare molti esempi, come una segretaria che camuffa la rabbia che prova nei confronti del proprio capo cancellando "accidentalmente" un appuntamento per cui il proprio superiore si prepara da mesi .

2.2.2.3 Acting out

Si potrebbe dire che l'acting out è il meccanismo che rappresenta fedelmente come funzionerebbe la nostra psiche se la nostra personalità fosse composta unicamente dall'Es. La difesa dell'acting out consiste in una diretta espressione di impulsi inconsci per evitare che la componente emotiva ad essi associata affiori alla coscienza. Come tratterò in seguito, questo è uno dei meccanismi fondamentali dell'organizzazione di personalità borderline, che porta questa tipologia di soggetti ad abusare di sostanze stupefacenti e ad avere una vita sessuale rischiosa al fine di evitare ogni possibile tensione risultante dal posticipare la gratificazione delle pulsioni (Vaillant, 1977).

2.2.3 Livello 3: meccanismi nevrotici

I meccanismi a questo livello (intellettualizzazione, repressione, formazione reattiva, dissociazione, spostamento) alterano i sentimenti privati del soggetto che li mette in atto e provocano negli individui la volontà di ricercare un intervento terapeutico. Spesso è possibile cambiare questi meccanismi, comuni nei soggetti tra i 3 e i 19 anni, nelle nevrosi e nella gestione dello stress negli adulti, con brevi interventi psicoterapeutici (Vaillant, 1977).

2.2.3 Intellettualizzazione

Meccanismo presente molto spesso durante l'adolescenza, l'intellettualizzazione consiste nel teorizzare i propri conflitti interiori al fine di poterli controllare. In questo caso l'operazione difensiva si occupa di trasformare un conflitto in termini logici di modo da poterne annullare la componente emotiva (Vaillant, 1977). È così che si può ritrovare l'esempio di chi parla delle proprie emozioni come se non ci fosse partecipazione emotiva in un traditore seriale che per calmare l'angoscia derivante dal conflitto che gli provoca tradire la moglie dica che "in natura non esistono animali monogami" o allo stesso modo si potrebbe sentirgli dire ad un amico "Ieri ho provato gelosia - sai la gelosia è un sentimento normale con origini antiche che serve a evitare che la propria partner vada con altri uomini".

2.2.3.2 Spostamento

Sigmund Freud (1899) parlò già di come lo spostamento sia un meccanismo fondamentale che agisce nei nostri sogni e successivamente di come attui in tandem con la proiezione nel processo di creazione delle fobie (Freud S., 1908). Lo spostamento si ha nel momento in cui dei sentimenti vengono reindirizzati verso oggetti meno importanti dell'oggetto che ha provocato quei sentimenti (Vaillant, 1977). Possiamo prendere come esempio un ragazzo che debba trasferirsi per intraprendere un nuovo

percorso di studi e riorienta i suoi sentimenti negativi derivanti dall'angoscia di separazione dai genitori verso l'aereo, creandosi così una fobia per il volo.

2.2.4 Livello 4: meccanismi maturi

Lo scalino più alto della classificazione proposta da Vaillant è rappresentato dai meccanismi comuni tra individui sani con un'età che parte dal periodo adolescenziale: altruismo, umorismo, soppressione, anticipazione e sublimazione. Visti dall'esterno queste difese vengono viste come virtù e non vi è ragione per modificarle tramite una psicoterapia, ma sfortunatamente questi meccanismi non possono essere appresi volontariamente (Vaillant, 1977).

2.2.4.1 Altruismo

La difesa altruistica consiste nell'abbassare l'ansia provocata da conflitti interni proponendo servizi costruttivi e gratificanti ad altre persone. Al contrario della formazione reattiva l'altruismo lascia nella persona che lo mette in atto sensazioni gratificanti. È una difesa che si può ritrovare, per esempio, in donne vittime di violenza domestica che entrano a far parte di associazioni per mettersi al servizio di altre persone come loro al fine di aiutarle a denunciare gli abusi subiti (Vaillant, 1977).

2.2.4.2 Umorismo

Più di un secolo fa Sigmund Freud aveva già intuito il potere di questo meccanismo di difesa, definendolo come il più potente dei meccanismi di difesa (Freud S., 1905). Questa difesa consiste nell'espressione di idee e sentimenti che non provochino disagio all'individuo e effetti spiacevoli sugli altri. L'umorismo permette alla persona di sopportare situazioni di conflitto con cariche emotive troppo forti senza dover ricorrere

alla distrazione, oltre ad avere la caratteristica di includere anche le altre persone (al contrario di meccanismi come il ritiro primitivo) (Vaillant, 1977).

2.2.4.3 Soppressione (o repressione)

Al contrario della rimozione questo meccanismo consiste nel differire l'attenzione su uno stimolo agendo a livello cosciente. Questa difesa permette alla persona di rimandare l'affrontare di uno stimolo che causa conflitto ad un momento più opportuno, in modo non da evitarlo permanentemente ma da affrontarlo in situazioni più vantaggiose (Vaillant, 1977). L'attivazione di questa difesa si potrebbe osservare nel caso in cui una persona, cosciente di non avere la lucidità necessaria, arrivata a fine giornata decida di rimandare la scrittura di un'importante email al giorno successivo.

2.2.4.4 Anticipazione

“Pianificazione” potrebbe essere un termine che si presta bene come sinonimo di questa difesa. L'anticipazione consiste nell'anticipare realisticamente future situazioni di conflitto al fine di poterle affrontare in miglior modo (Vaillant, 1977). Questo meccanismo potrebbe risultare utile, ad esempio, a studenti, i quali potrebbero immaginarsi nella situazione d'esame pensando a quali domande complesse potrebbero ricevere e immaginando come rispondere a queste.

2.2.4.5 Sublimazione

Meccanismo inizialmente descritto da Sigmund Freud (1895b) e successivamente ripreso da sua figlia Anna Freud (1936), la sublimazione consiste nel deviare l'energia pulsionale libidica e aggressiva verso nuovi scopi o oggetti socialmente più accettabili per l'Io e per il Super-Io (Vaillant, 1977). Questo meccanismo fu uno di quelli che causò problemi alla classificazione evolutiva di Anna Freud poiché presupponendo

l'esistenza di un Super-Io, la cui formazione rappresenta l'atto finale della fase edipica (quando vengono introiettati i divieti genitoriali e i sensi di colpa delle proiezioni fatte su di essi) non avrebbe potuto essere messo in atto prima dei 4-5 anni di età come invece aveva constatato empiricamente (Freud A., 1936). Tramite questa difesa un individuo potrebbe incanalare la propria pulsione aggressiva verso obiettivi socialmente accettabili come la professione di chirurgo, oppure un soggetto potrebbe utilizzare la propria tristezza per dar vita ad opere artistiche e letterarie .

2.3 Il benessere misurato da Vaillant

La scoperta relativa ai meccanismi difensivi più importante che venne fatta grazie al *Grant study* fu la correlazione positiva tra l'utilizzo dei meccanismi maturi e il benessere misurato in vari aspetti della vita. Utilizzando l'indicatore "felicità", definito da quattro o più auto-giudizi relativi a più aree della vita ("il mio lavoro è piacevole", "il momento presente è il periodo più felice", "la mia salute è eccellente"...), si riscontrò come venivano date risposte affermative dai partecipanti più propensi ad utilizzare difese mature (il campione era composto da 25 individui) e come tra questi ci fosse il quadruplo di percentuale di persone che soddisfavano l'indicatore felicità rispetto a chi utilizzava maggiormente meccanismi immaturi (in questo caso la numerosità del campione era di 31 soggetti). Un altro risultato interessante arrivò dall'analisi delle correlazioni del campione che utilizzava prevalentemente meccanismi di difesa maturi con indici di salute fisica e mentale. Tra questi soggetti non ce ne fu nessuno a cui venne diagnosticata una malattia mentale e comunque nessuno che ebbe bisogno di più di dieci visite psichiatriche nel corso della sua vita. Allo stesso modo ci fu solo un 8% del campione (quindi due soggetti) che ebbe quattro o più ricoveri in ospedale durante la vita adulta e nessuno di loro che presentava più di cinque giorni di malattia per anno. Viceversa il campione che utilizzava difese immature presentò psicopatologie nel corso della sua vita in più della metà dei soggetti (55%) e ricevette esami che evidenziavano una salute cagionevole nel 38% dei casi. Infine si osservò come nel primo gruppo ci fosse mediamente soddisfazione nelle relazioni d'amicizia e buona salute fisica a 55

anni, mentre i soggetti del secondo gruppo morirono mediamente prima di arrivare a 60 anni (Vaillant, 1977).

George Vaillant ha sempre guardato alla salute mentale in termini di “adattività”, ritenendo che questa dipenda dal meccanismo di difesa in relazione al contesto. Dal suo punto di vista un disturbo mentale può essere frutto di un adattamento e non di un difetto, per cui ciò che appare come patologico in un momento potrebbe rivelarsi adattivo in un altro. Egli ritiene che la maggior parte dello stress che proviamo non sia la causa, ma il risultato di un adattamento inefficace. Lo psichiatra, pur considerando tanto i meccanismi quanto il contesto come fondamentali per la valutazione della salute mentale, ha dato più importanza al ruolo che hanno i nostri meccanismi adattativi nel salvarci dallo stress, piuttosto che sul ruolo che ha lo stress nel danneggiarci. Come è riuscito a dimostrare grazie allo studio longitudinale da lui diretto è presente una forte correlazione positiva tra l’uso di meccanismi maturi e la felicità percepita e allo stesso modo una rilevante correlazione negativa con le patologie mentali (Vaillant, 1977). Queste sue ricerche hanno contribuito allo studio della relazione tra meccanismi di difesa e salute mentale, ma soprattutto risultano fondamentali per supportare l’ipotesi che guiderà il quarto capitolo: la possibilità che la relazione tra utilizzo prevalente dei meccanismi maturi e protezione dalla psicopatologia sia mediata dal sostegno sociale.

3. I meccanismi difensivi nella psicopatologia

3.1 La genesi e il ruolo delle difese

La classificazione strutturale della psicopatologia utilizzata attualmente in ambito psicoanalitico si può vedere concretamente riflessa nel manuale diagnostico psicodinamico, strumento nato come rifiuto da parte dei terapeuti al pensare ai propri pazienti in termini di categorie diagnostiche (Lingiardi & McWilliams, 2017) in cui i meccanismi di difesa assumono un ruolo fondamentale. La classificazione diagnostica che viene utilizzata nel testo può essere considerata come un'abbreviazione che indica lo schema difensivo abituale del soggetto, ossia una sorta di indicazione dei meccanismi preferenziali utilizzati in caso di conflitti tra strutture psichiche interne e tra queste e la realtà esterna. A tal proposito in ambito psicoanalitico si ritiene che la scelta inconscia delle difese preferenziali utilizzate sia determinata da quattro fattori:

- 1) Temperamento costituzionale
- 2) Natura dei disagi subiti nella prima infanzia
- 3) Difese presentate e insegnate da nature significative (primi di tutti i genitori)
- 4) Conseguenze derivanti dall'uso di determinate difese (rinforzo, in termini comportamentisti)⁶

In quest'ottica di associazione tra utilizzo delle difese e patologie i nostri meccanismi difensivi rischiano di assumere una connotazione negativa immeritata, questo perché, come viene affermato da diversi psicoanalisti, la situazione contraria di “carenza di difese” comporta situazioni patologiche di tipo psicotico, ragion per cui i meccanismi sono da considerare componente normale degli individui. Sulla base di questa ambivalenza tra connotazione positiva e negativa potremmo pensare alle nostre difese,

⁶ Elenco tratto da McWilliams, N., Schimmenti, A., & Caretti, V. (2012). La diagnosi psicoanalitica. Roma: Astrolabio.

seppur riducendo notevolmente la complessità del loro funzionamento reale, come una curva gaussiana collocata su di un asse che rappresenta l'utilizzo dei meccanismi, il quale viene suddiviso in due intervalli patologici agli estremi: carenza e sovrautilizzo, e un intervallo centrale in cui i meccanismi vengono utilizzati in maniera adattiva (McWilliams, Schimmenti & Caretti, 2012).

Un'altra visione che ha contribuito allo studio del confine tra sano e patologico dell'utilizzo delle difese è quello di David Shapiro (1969), il quale aggiunse che la salute mentale non dipende solo dalla quantità di difese "mature" che vengano messe in atto, ma anche dalla "varietà" di difese utilizzate di fronte ad un evento che provoca angoscia. Secondo lui un soggetto che utilizzasse, ad esempio, solo la razionalizzazione, non godrebbe della stessa salute psicologica di soggetti in grado di variare i processi difensivi, per esempio alternando proiezioni a scissioni e svalutazioni. In conclusione si può dunque dire che il limite tra sano e patologico, negli studi di Nancy McWilliams, sia basato su due parametri principali: quantità di utilizzo e varietà di difese utilizzate (McWilliams et. al, 2012).

3.2 La classificazione di Nancy McWilliams

Nel suo lavoro Nancy McWilliams ha analizzato in maniera esauriente la relazione tra l'utilizzo inadattivo delle difese e la configurazione delle rispettive organizzazioni di personalità psicopatologiche. La studiosa ha esaminato i diversi meccanismi di difesa classificandoli in maniera differente dalla catalogazione trattata in precedenza proposta da George Vaillant⁷. La ricercatrice ha proposto una suddivisione fatta di due sole categorie: processi difensivi primari (primitivi), i quali trattano di conflitti interni tra strutture psichiche come l'Io e il Super-Io, e processi difensivi secondari (di ordine superiore), i quali sottintendono un confine tra il Sé e il mondo esterno. Questi ultimi possono essere identificati come difese in cui vi è:

⁷ Nel secondo capitolo vi è un intero paragrafo chiamato "La classificazione di Vaillant" che ne tratta come argomento principale.

- un mancato raggiungimento del principio di realtà (a titolo esemplificativo si veda il diniego nei paragrafi successivi), processo che permette di posticipare la gratificazione delle proprie pulsioni in funzione della realtà esterna
- mancata percezione di separatezza e costanza degli oggetti esterni a sé (come succede durante il processo di scissione analizzato da Melanie Klein per cui nel suo sviluppo il bambino divide la propria madre in “madre buona” e “madre cattiva” senza arrivare ad una sua percezione globale costante) (McWilliams et. al, 2012)

3.3 I meccanismi nelle diverse patologie

In questo capitolo ho deciso di analizzare unicamente i meccanismi di difesa primitivi, scelta dovuta principalmente al fatto che parte dei meccanismi di ordine superiore sono già stati presentati nei capitoli precedenti e che molti meccanismi difensivi secondari utilizzati eccessivamente e rigidamente non vengono identificati specificamente, a differenza dei processi primari, in un'organizzazione psicopatologica di personalità ben definita, ma agiscono in maniera trasversale in più organizzazioni.

Prima però di esaminare separatamente i diversi meccanismi primari e le situazioni in cui questi possano creare e mantenere in vita la patologia, occorre però sottolineare ancora una volta che la presenza di meccanismi primitivi non sia un problema di per sé, mentre è vero che la patologia si venga a creare in un contesto di rigidità dei meccanismi usati e assenza di meccanismi maturi (McWilliams et. al, 2012), oppure, utilizzando altri modelli teorici di riferimento, quando vi è un abuso di un meccanismo di difesa o un utilizzo inappropriato relativo all'età (Cramer, 1998b).

3.3.1 Ritiro primitivo

Questo meccanismo si può definire come un “ritiro psicologico” nella propria vita mentale (o, detto più propriamente, nelle proprie fantasie) per fuggire dall’angoscia provocata dalla realtà esterna. In questo modo il soggetto tenta di fuggire dal problema evitando così di doverlo affrontare. Utilizzando una terminologia di matrice cognitiva si potrebbe definire questo processo come una strategia di coping passiva⁸, con la naturale conseguenza che questo porti a non agire attivamente sulla causa dell’angoscia. Ritroviamo il ritiro primitivo portato all’eccesso nel “disturbo schizoide di personalità”, caratterizzato da un ritiro affettivo e sociale con preferenze per attività solitarie, fantasie e introspezione uniti all’incapacità di esprimere sentimenti e sperimentare piacere (World Health Organization [WHO], 2009). Le persone con quest’organizzazione di personalità non provano interesse ad interagire con la realtà esterna e provano quindi a tagliare ogni punto di contatto con questa, fino a non voler avere nessun tipo di rapporto interpersonale (McWilliams et. al, 2012).

3.3.2 Diniego

Da bambini domina in noi la credenza, probabilmente frutto dell’egocentrismo radicale presente nelle prime fasi di sviluppo (Piaget, 1958) che tutto ciò che accade nel mondo esterno dipenda da noi stessi. Sulla base di questa convinzione si crea in noi la difesa del diniego, la quale consiste nell’escludere inconsapevolmente aspetti della realtà che vanno in conflitto con il proprio Sé bloccandone direttamente la percezione. Un esempio di questo meccanismo è rappresentato da una madre che dopo la morte del figlio continua ad andare ad aspettarlo tutti i giorni davanti a scuola. Al fine di comprenderne la differenza di questo meccanismo con la negazione, utilizzando l’esempio fatto nel paragrafo relativo a quest’ultimo meccanismo di difesa, un soggetto anziano che si espone a comportamenti rischiosi -per esempio il mettersi alla guida di un’auto- nel caso in cui utilizzasse una negazione sarebbe cosciente di avere un’età

⁸ Per approfondire questo argomento si rimanda al paragrafo relativo a Phebe Cramer (presente nel primo capitolo di questo testo) in cui viene trattato il problema della differenziazione tra coping e strategie difensive.

avanzata e si metterebbe alla guida negandolo, mentre nel caso in cui utilizzasse il diniego l'individuo si metterebbe alla guida senza nemmeno essere consapevole della sua veneranda età. Un naturale prosieguo del rigido ed eccessivo utilizzo di questo meccanismo sono le forme di psicosi, che si possono osservare nei disturbi dello spettro bipolare, concettualizzati per la prima da Jules Baillarger (Pichot, 1995) come patologie caratterizzate da oscillazioni tra stati depressivi (caratterizzati da deflessione del tono dell'umore e difficoltà nel provare piacere) e maniacali (in cui vi è questa difesa attivata smisuratamente). In questi stati psicotici di "maniacalità" si arriva anche a denegare limitazioni fisiche e necessità fisiologiche rischiando, nei casi più gravi, di mettere a rischio la propria vita (McWilliams et. al, 2012).

3.3.3 Controllo onnipotente

Sempre durante la fase di egocentrismo primario tutti noi assumiamo di avere il controllo su tutto ciò che ci accade intorno (Piaget, 1958), è quindi così che dalle prime esperienze in cui impariamo che piangendo possiamo fare in modo che nostra madre ci allatti finiamo per inferire inconsciamente di avere potere illimitato sul mondo esterno. Questa idea che dovrebbe dissolversi fino a quasi scomparire (l'utilizzo del "quasi è d'obbligo perché questi meccanismi non scompaiono mai totalmente essendo, se ben dosati, utili alla nostra sopravvivenza) è possibile che venga mantenuta dall'individuo fino ad essere utilizzata rigidamente al fine di evitare l'angoscia e salvaguardare l'autostima. Vediamo questo meccanismo rappresentato pienamente nel disturbo di personalità antisociale, definito come un "pattern pervasivo di inosservanza e di violazione dei diritti degli altri, che inizia nell'infanzia o nella prima adolescenza e continua nell'età adulta" (Biondi, Maj, 2014). In questa organizzazione di personalità possiamo vedere come l'utilizzo inflessibile del meccanismo di difesa porti l'individuo a provare la necessità di sperimentare il senso di onnipotenza provato durante l'infanzia arrivando a violare regole e norme sociali (McWilliams et. al, 2012).

3.3.4 L'idealizzazione e la svalutazione primitiva

Questi processi consistono in un'attribuzione di poteri e caratteristiche positive alle persone da cui abbiamo una dipendenza emotiva che può venire seguita da una svalutazione totale della persona precedentemente idealizzata. Un esempio di questi processi si può osservare nell'idealizzazione che proviamo nei confronti dei nostri genitori durante l'infanzia. Durante i nostri primi anni di vita pensare che essi abbiano una sorta di onnipotenza nei confronti del mondo ci fa avere fiducia in loro e aumenta la sicurezza nello stare in un mondo che non comprendiamo e in cui ancora non abbiamo tutte le risorse, tanto fisiche quanto mentali, per agire e sopravvivere autonomamente. Durante l'adolescenza questo meccanismo si blocca nei confronti dei genitori, i quali diventano vittime del processo opposto, la svalutazione, e si sposta verso il proprio partner, il quale viene idealizzato in termini psicologici ed estetici (Penton-Voak, Rowe & Williams, 2007). Sebbene questa difesa possa essere utile se rivolta moderatamente al proprio partner (Miller & Perlman, 2009) nel caso in cui questa venga arginata è possibile entrare in cicli di idealizzazione-svalutazione che riducono la soddisfazione dei propri rapporti interpersonali (Tomlinson, Aron, Carmichael, Reis & Holmes, 2013). Allo stesso modo se questo meccanismo viene rivolto eccessivamente verso se stessi vi è il rischio che se ne diventi dipendenti fino allo strutturarsi di una personalità narcisistica (Kernberg, 1975). Questa organizzazione di personalità possiede un Io che tende alla frammentazione e che quindi richiede continue conferme da parte del mondo esterno per rimanere compatta, oltre a caratterizzarsi per una marcata mancanza d'empatia (Hepper, Hart, Meek, Cisek & Sedikides, 2014) caratteristica totalmente disadattiva nella società odierna (McWilliams et. al, 2012).

3.3.5 La proiezione, l'introiezione e l'identificazione proiettiva

Parlare di proiezione e introiezione significa parlare di due lati della stessa medaglia. La prima consiste nell'attribuire qualcosa di interno all'esterno di Sé (come quando una persona si arrabbia e inizia a pensare che tutti quelli intorno a lui siano arrabbiati) e viceversa la seconda (come quando da piccoli introiettiamo inconsciamente

atteggiamenti e comportamenti dei nostri genitori). Il meccanismo proiettivo nella sua forma positiva è la forma base dei processi empatici, mentre al negativo diventa la base per una personalità paranoide, la quale scinde il mondo in buono e cattivo come difesa per non essere invaso dagli elementi della realtà e proietta tutte le qualità negative fuori di sé (Gabbard, 2015).

Quando parliamo invece dell'introiezione nella sua forma negativa è più corretto parlare di identificazione con l'aggressore, che può essere definita come un tentativo di fronteggiare sensazioni di paura assumendo le caratteristiche dell'aggressore (McWilliams et. al, 2012). Esempi utili alla comprensione possono essere le storie di bambini abusati che per fronteggiare il dolore dell'abuso avvenuto in infanzia si trasformano a loro volta in abusanti in età adulta. Un altro modo in cui l'introiezione può interferire con la salute mentale della persona sta nel processo di lutto. Quando infatti siamo legati emotivamente a una persona finiamo per introiettarla ("Sono il marito di Elena", "Sono il figlio di...") e di conseguenza quando questa persona viene a mancare crea dentro di noi un senso di vuoto dovuto alla perdita, a tutti gli effetti, di una parte di noi. Se come reazione alla perdita continuiamo a introiettare la rappresentazione della persona mancata questo ci impedirà di investire emotivamente su altre persone e questo mantenimento dei legami psicologici con questi oggetti mentali ci porterà ad uno stato di depressione (McWilliams et. al, 2012).

Dalla fusione tra proiezione e introiezione nasce un meccanismo definitivo per la prima volta da Melanie Klein (1946): l'identificazione proiettiva. Questo meccanismo consiste nel proiettare i propri oggetti interni sull'altra persona affinché li introietti e si comporti in accordo con questi, dando luogo così ad una sorta di processo di "profezia che si autorealizza" descritto per la prima volta da William Thomas (Merton, 2000). Attraverso questo meccanismo un soggetto psicotico riesce a dimostrare a sé stesso di non essere tale, poiché il suo (in origine) errato esame di realtà finisce per diventare corretto nel momento in cui la persona introietta ciò che le è stato proiettato. Nel concreto questa difesa si può osservare ad esempio quando un paziente in terapia non

riesce ad esprimere la propria rabbia e allora la proietta sul terapeuta (“Tanto lo so che lei è solo qui per giudicarmi e criticare ciò che faccio”) con il fine che quest’ultimo si frustra e si confermi di conseguenza la propria idea. Questo processo, insieme a quello di scissione, si ritrova tipicamente all’interno dell’organizzazione di personalità borderline (McWilliams et. al, 2012) che verrà trattata nel paragrafo successivo.

3.3.6 La scissione dell’Io

Il meccanismo di scissione dell’Io si rifà agli stadi di sviluppo evolutivo del bambino in cui esso non è in grado di organizzare il mondo attorno a qualità contrastanti e quindi si ritrova a catalogare con valenze totalmente opposte (positivo/negativo) tutto ciò che lo circonda. In questo stadio, che potrebbe equivalere a un periodo compreso negli stadi “sensomotorio” e “preoperatorio” descritti da Piaget (1958) in cui il bambino non è ancora in grado di coordinare due caratteristiche di un certo oggetto, infatti non è possibile concepire che un oggetto esterno abbia sia caratteristiche buone che cattive. Esempi di questo meccanismo in atto è facile ritrovarne all’interno degli schemi mentali di persone affette dal disturbo di personalità borderline, patologia che si caratterizza per pattern di instabilità e impulsività (uno dei meccanismi di difesa prevalenti in questa organizzazione di personalità è infatti l’acting out, presente in più ambiti della vita del soggetto (Rickards & Laaser, 1999), primo di tutti in quello personale (Biondi & Maj, 2014)). Di conseguenza questi pazienti dividono il mondo attorno a poli opposti: buono-cattivo, positivo-negativo, tutto-niente. I soggetti borderline operando una scissione degli oggetti esterni e utilizzando in aggiunta il meccanismo dell’identificazione proiettiva creano nella loro vita un’instabilità che non permette loro di mantenere relazioni durature con altre persone, ma al contrario finiscono spesso per logorare chi li sta intorno (McWilliams et. al, 2012).

3.3.7 La dissociazione

Questo processo si differenzia dagli altri meccanismi di difesa primitivi perché al contrario di questi esso non ha origini normali, ma è da considerare una sorta di “difesa di emergenza” per cui non vi è un normale e moderato utilizzo quotidiano. La dissociazione è un costrutto per cui vi sono ancora contrasti relativi alla sua definizione (Holmes et. al, 2005), però può essere definito generalmente come la mancanza di una normale integrazione di pensieri, sentimenti ed esperienze all’interno della memoria e del flusso di coscienza. (Bernstein & Putnam, 1985). In certi casi questa difesa separa le attività mentali del soggetto per permettere il manifestarsi di impulsi non desiderati senza che la persona si senta responsabile di questi provando così un senso di angoscia. Un’altra occasione in cui viene messo in atto questo meccanismo sono le situazioni dove vi è forte stress o anche pericolo di morte, come nel caso di quelle che vengono definite “Out of body experiences” (OBE), situazioni in cui la persona si vede uscire dal corpo e si osserva come se fosse una persona esterna. Esistono studi che hanno analizzato la possibilità che le OBE fossero fenomeni non-patologici concludendo al contrario che queste esperienze siano in realtà da considerare fenomeni patologici che rappresentano gli effetti di un meccanismo difensivo di dissociazione tra il proprio Sé e il processamento di eventi somatici (Irwin & Harvey, 2000). Quando la dissociazione diventa una reazione abituale (al contrario delle OBE in cui è una reazione straordinaria agli eventi traumatici) allo stress si arriva a parlare di disturbo dissociativo dell’identità, condizione in cui due o più differenti identità con differenti atteggiamenti, credenze e modi di percepire il mondo convivono nella stessa persona (spesso come reazione ad un trauma o a traumi ripetuti nel tempo) (McWilliams et. al, 2012).

Nancy McWilliams con il suo lavoro ha saputo analizzare esaurientemente il ruolo che possono avere i meccanismi di difesa nella comparsa delle patologie mentali. Basandosi su di un pensiero già espresso da Anna Freud (1936) e George Vaillant (1977) ha dimostrato come molte volte sia la rigidità dei meccanismi di difesa a creare la patologia e non il meccanismo stesso (McWilliams et. al, 2012), tema che potrebbe essere oggetto di ulteriori studi al fine di individuare scale standardizzate che misurino il grado di rigidità con cui una persona utilizza uno specifico meccanismo.

4. I meccanismi difensivi nel benessere

4.1 Reti sociali e sostegno sociale

Il concetto di “rete sociale” viene definito da Wellman (1981) come un complesso di strutture sociali che includono un gruppo di punti nodali (persone, gruppi, organizzazioni o istituzioni) ed un gruppo di legami che li connette. Una delle funzioni della rete sociale è chiamata “sostegno sociale”, il quale viene considerato un metacostrutto che racchiude al suo interno:

- sostegno ricevuto, dato dai comportamenti di appoggio individuabili anche esternamente
- sostegno sociale percepito, relativo alla valutazione che fa l'individuo della quantità di supporto che gli viene dato (Prezza & Santinello, 2012)

4.1.1 Caratteristiche del sostegno sociale

Nello studio del sostegno sociale risulta fondamentale analizzarne le funzioni ed esaminare le caratteristiche strutturali della rete sociale che realizza il sostegno..

Le caratteristiche strutturali fondamentali di una rete sono:

- Ampiezza; con questo termine si indica il numero di “punti” presenti all'interno della rete sociale (nella misura di questa caratteristica viene data maggiore importanza alla “rete ristretta” della persona, ovvero all'insieme di individui che hanno legame personale con il soggetto di cui si studia la rete)
- Densità; questo concetto già teorizzata da Moreno (1934) riguarda la proporzione tra legami attivi e potenziali legami della rete (quantità di legami tra i vari punti della rete escludendo l'individuo studiato)

- Frequenza; numero di contatti tra i punti della rete
- Intimità; parametro qualitativo della rete
- Complessità; definibile come la misura in cui i membri della struttura assolvono a diverse funzioni nella vita dell'individuo al centro della rete (come i familiari che aiutano l'individuo economicamente, emotivamente...)
- Simmetria; si riferisce all'unidirezionalità o la reciprocità dei rapporti tra i punti della rete (per esempio in un rapporto di assistenza, come nella malattia, il rapporto tra dare e avere non è simmetrico)

Possiamo individuare inoltre diverse forme di sostegno sociale:

- Sostegno strumentale; dato da interventi attivi sull'ambiente che vengono fatti col fine di supportare la persona (come aiutare l'individuo a pulire casa)
- Sostegno emotivo; comprende tutti gli interventi che mirano a soddisfare i bisogni emotivi dell'individuo
- Sostegno informativo; relativo all'appoggio dato nel definire e comprendere le situazioni problematiche
- Sostegno affiliativo; dato dall'appartenenza a gruppi che danno la possibilità di colmare il proprio bisogno di avere rapporti sociali soddisfacenti

Non meno importante rimane infine la divisione tra la rete di sostegno informale, formata da persona con cui si hanno obiettivi sociali, affetti e interessi comuni (come amici e parenti) e rete di sostegno formale, formata da istituzioni e professionisti. (Prezza & Santinello, 2012)

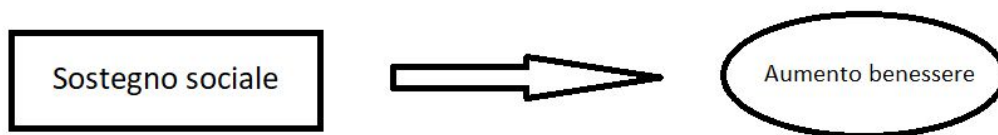
4.2 Sostegno sociale e salute

L'interesse dei ricercatori per il sostegno sociale è dovuto ai numerosi studi che ne hanno individuato la correlazione positiva con la salute mentale e con un miglior recupero in situazioni di malattia. Tra questi studi ritroviamo quello di Kitamura,

Shima, Sugawara & Toda (1996) sulla depressione prenatale, di Eriksen (1994) sulla patogenesi delle malattie coronarie, di Hengelson e Cohen (1996) sul cancro e di Green (1993) sull'HIV.

Al fine di identificare un nesso causale tra malattia (tanto mentale quanto fisica) e sostegno sociale sono stati formulati due modelli principali: il modello diretto e il modello indiretto (tampone).

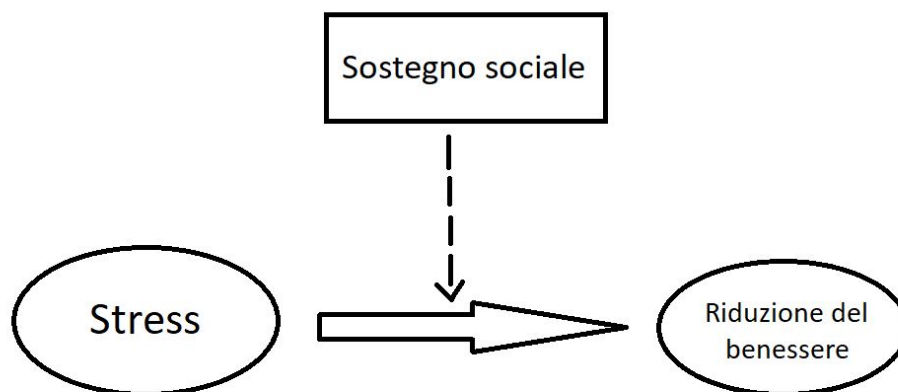
Il modello diretto sostiene che il supporto sociale agisca direttamente sul benessere dell'individuo anche in assenza di fattori stressanti (Francescato, Tomai & Ghirelli, 2011). Secondo questa teoria l'appoggio sociale dato dalla propria rete sarebbe in grado di attivare comportamenti connessi alla salute e di soddisfare bisogni umani di base (come la necessità di affetto, ad esempio).



Questo modello teorizza che le persone che ricevono alti livelli di sostegno sociale (che sia reale o percepito) sperimentando maggiori livelli di sentimenti positivi (quali l'affetto, ad esempio) aumentano la loro tendenza a valutare positivamente gli eventi, ottenendo così risultati positivi sul loro livello di benessere.

Dall'altra parte il modello tampone ritiene che il supporto sociale agisca sulla salute dell'individuo mitigando gli effetti degli agenti stressanti. Rifacendoci alla teoria di Lazarus e Folkman (1978) infatti la risposta di stress viene attivata dopo che sono state

fatte due valutazioni differenti. La prima valutazione (chiamata “*appraisal primario*”) riguarda la stima dello *stressor* come minaccioso o meno, mentre la seconda (detta “*appraisal secondario*”) consiste in una valutazione delle proprie risorse per far fronte alla potenziale minaccia. Di conseguenza, nel caso in cui l’individuo avesse la percezione di avere accesso ad un ampio sostegno sociale (strumentale, emotivo...) valuterebbe di avere più risorse per far fronte all’evento stressante, cambiando così la sua percezione dello stimolo ed evitando che venga messa in atto la risposta di stress. Allo stesso modo si ipotizza con questo modello che un altro modo in cui il sostegno sociale potrebbe agire è successivamente alla messa in atto della risposta, fornendoci strumenti per fronteggiare lo stress alleviandolo (Prezza & Santinello, 2012)



Trattando questo modello risulta utile accennare come siano presenti diversi modelli che mettono a loro volta in relazione lo stress e la salute utilizzando schemi simili a quelli sopracitati. In particolare si parla di un modello diretto in cui lo stress causa direttamente cambiamenti fisiologici che danneggiano la salute e di un modello indiretto in cui lo stress porta a mettere in atto comportamenti rischiosi (fumare, bere alcolici...) che avranno effetti negativi sul benessere della persona (Ripamonti, 2015).

4.3 Sostegno sociale e meccanismi di difesa maturi

George Vaillant (1977) identificò con i suoi studi un legame tra l'utilizzo prevalente di difese mature (altruismo, umorismo, sublimazione, soppressione e anticipazione) e la salute fisica nel corso dello sviluppo e dell'invecchiamento. Si ipotizza che questa associazione tra meccanismi di difesa maturi e salute mentale e fisica sia mediata dal sostegno sociale. A conferma di questa teoria Malone et. al in uno studio del 2013 individuaronò come l'utilizzo prevalente di meccanismi di difesa maturi permettesse di instaurare migliori rapporti sociali e questo correlasse poi con miglior salute, concludendo che i risultati emersi confermano la teoria che i meccanismi di difesa maturi siano importanti per la costruzione di rapporti sociali, che a loro volta garantirebbero una maggior salute fisica .

Allo stesso modo Chen et al. (2005) portarono avanti uno studio sulla relazione tra fattori psicosociali e funzione immunitaria dei pazienti con cancro al seno e con un tumore benigno. I risultati furono che il gruppo di pazienti con cancro al seno mostrava un minor livello di supporto sociale, prevalenza di utilizzo di meccanismi di difesa immaturi e una peggiore attività del sistema immunitario rispetto al gruppo di pazienti con tumori benigni.

Un altro studio che aggiunse evidenze scientifiche all'ipotesi di una relazione causale tra meccanismi di difesa maturi e salute mentale mediata dal supporto sociale venne condotto da Kobasa (1979), il quale incontrò una bassa incidenza di malattia tra uomini d'affari che avevano disponibilità di supporto sociale e utilizzavano in maniera significativa la difesa dell'umorismo, identificato come meccanismo di difesa maturo da Vaillant (1977).

Utilizzando poi la classificazione dei meccanismi di difesa proposta da Christopher Perry all'interno del DSM IV, al livello di difesa dei meccanismi "ad alta adattività" viene proposto un meccanismo di difesa identificato come "affiliazione" (non considerato da nessuno degli altri autori che hanno contribuito allo studio delle nostre difese trattati in questo elaborato). Supponendo che questo sia da considerare

effettivamente come un meccanismo di difesa maturo e non come una “strategia di coping”⁹ risulterebbe sensato e logico ipotizzare una relazione tra l’utilizzo di difese mature e l’aumento di sostegno sociale, questo perché il meccanismo dell’affiliazione consiste esattamente in una ricerca di questa tipologia di supporto.

La letteratura scientifica si dimostra piuttosto chiara in quanto al ruolo benefico del sostegno sociale nei confronti delle patologie fisiche e mentali e questo costrutto potrebbe essere la chiave per identificare la relazione tra l’utilizzo di meccanismi di difesa maturi e la buona salute mentale negli individui. Purtroppo però gli studi che mettono in relazione meccanismi maturi e sostegno sociale sono studi correlazionali e sono alquanto rari, e questo rende difficile confermare l’ipotesi di una relazione di causalità tra i due costrutti. Un ostacolo all’avanzare della ricerca potrebbe essere anche la mancanza di un accordo tra i ricercatori circa quali e quanti meccanismi di difesa utilizzare e di conseguenza di una scelta condivisa riguardo come classificarli.

⁹ Questo tema è stato trattato nel capitolo 1.8 “Alcune considerazioni sugli studi e le ricerche sui meccanismi di difesa”.

Conclusioni

In questo lavoro ho analizzato quale sia il ruolo dei meccanismi di difesa nella nascita e nella protezione dalla patologia. Nel corso della storia si è visto come molti autori psicoanalitici, nonostante abbiano formulato classificazioni differenti delle difese, abbiano sempre ritenuto i meccanismi come responsabili della patologia in situazioni in cui questi venivano utilizzati in maniera rigida e reiterata. Inoltre c'è stato anche chi si è occupato di individuare le organizzazioni di personalità patologica a cui conduce l'utilizzo non flessibile delle singole difese, tema molto importante nell'ambito dell'intervento clinico su pazienti con disturbi mentali. Un problema che rimane da risolvere è l'identificare se l'utilizzo inflessibile delle difese sia causa o effetto della patologia mentale, tema che necessita molti più studi a riguardo.

In questo testo per analizzare il ruolo delle difese nei confronti della psicopatologia ho scelto di utilizzare prevalentemente la teoria di George Vaillant (1977) e la teoria di Nancy McWilliams (2012), ma un enorme limite teorico riguarda il fatto che ci siano una moltitudine di teorie contrastanti riguardo il numero, la definizione e la classificazione dei meccanismi di difesa (resa ancor più complessa dalla difficile distinzione tra meccanismi di coping e meccanismi di difesa resa esplicita da Phebe Cramer (1998b)). Questa mancanza di una teoria unitaria rende difficile, se non impossibile, avere una quantità sufficiente di studi che vadano nella stessa direzione di ricerca. Uno degli obiettivi principali dei ricercatori per i prossimi anni dovrebbe essere quello di trovare un'intesa più o meno stabile (e supportata empiricamente) riguardo alla classificazione dei meccanismi di difesa, così da avere una solida cornice teorica di riferimento che permetta di indagare sugli effetti delle difese sulla patologia e sul mantenimento della salute mentale.

Per quanto riguarda la funzione di protezione dei meccanismi ho provato a supportare la teoria che le difese mature aumentino il supporto sociale (ricevuto o percepito) negli

individui, che a sua volta condurrebbe ad una migliore salute fisica e mentale. Sebbene possiamo dire di avere una buona quantità di studi che indaga la relazione tra supporto sociale e salute, non possiamo però dire lo stesso per quanto riguarda la relazione tra l'utilizzo di difese mature e il supporto sociale. Gli studi che indagano questo tema sono quasi nulli e i pochi disponibili parlano di una correlazione tra i costrutti senza verificarne la causalità. Il dato più rilevante a riguardo è forse quello che proviene dal *Grant study*, il quale ha mostrato come ci fosse mediamente soddisfazione nelle relazioni d'amicizia a 55 anni all'interno del campione che utilizzava prevalentemente meccanismi di difesa maturi. Questo punto focalizza l'attenzione su di un altro tema che è stato molto dibattuto nel corso degli studi fatti sul supporto sociale: il differente peso che hanno sulla salute l'appoggio sociale ricevuto (oggettivo) e l'appoggio sociale percepito (soggettivo). Se quest'ultimo risultasse più rilevante per il mantenimento di una buona salute mentale rispetto al sostegno oggettivo che riceviamo non sarebbe insensato ipotizzare che i meccanismi di difesa maturi agiscano non aumentando la quantità di supporto che ci viene offerta (ipotesi che ha guidato la mia ricerca), bensì che questi agiscano sulla percezione che abbiamo del sostegno sociale che riceviamo. In linea con questa ipotesi si potrebbe verificare come, ad esempio, il meccanismo immaturo della proiezione delirante portandoci a proiettare al di fuori di noi manie e idee negative attui cambiando la percezione di sostegno ricevuto che abbiamo (un caso potrebbe essere quello in cui il soggetto venga aiutato strumentalmente da un collega -per esempio dando una penna in prestito- e questo risponda con deliri persecutori -magari ritenendo che la penna abbia una fotocamera per spiarlo-), mentre come un meccanismo come l'altruismo, aumentando il numero di interazioni sociali dell'individuo, potrebbe dare al soggetto che lo utilizza una percezione quantitativamente e qualitativamente maggiore di sostegno sociale.

Ritengo importante sottolineare inoltre come penso sia affrettato formulare troppe ipotesi in mancanza di un numero di studi adeguati, ragion per cui si vede necessario portare avanti più ricerche sul tema utilizzando popolazioni e metodi di studio differenti. Il limite più grande di questo lavoro, infatti, è rappresentato dal fatto che

principalmente i dati che riguardano l'associazione tra meccanismi maturi e salute derivano da un solo studio che, seppur molto valido, analizza una quantità molto limitata di individui che non provengono da numerosi background differenti impedendo così una generalizzazione rilevante dei risultati ad altre popolazioni.

Una raccomandazione per ulteriori ricerche future è da un lato quella di replicare, dove è possibile, ricerche longitudinali simili al *Grant study* a soggetti con altre caratteristiche e background sociali e culturali e dall'altro di condurre studi che analizzino la relazione tra utilizzo di meccanismi di difesa maturi e salute fisica e mentale con strumenti di rilevazione e metodi di ricerca differenti.

Mi piacerebbe concludere sottolineando l'importanza del continuare a perseguire con gli studi e la ricerca la direzione già riportata sul tempio di Apollo a Delfi: "Conosci te stesso", perché la comprensione di come funzioniamo e di come i nostri meccanismi più profondi ci conducono alla psicopatologia o al benessere risulta essere il primo e più importante passo da compiere nella direzione di una vita vissuta nella soddisfazione con noi stessi e con gli altri. A tal proposito, citando il fondatore della psicologia analitica Carl Gustav Jung: "Non si raggiunge l'illuminazione immaginando figure di luce, ma portando alla coscienza l'oscurità interiore. Chi guarda fuori sogna, chi guarda dentro si sveglia".

Bibliografia

- Amadei, G., Cavanna, D., & Zavattini, G. C. (2015). *Psicologia dinamica*. Bologna: Il mulino.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd edition revised (DSM-III-R). Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition (DSM IV). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Babl, A., Holtforth, M. G., Perry, J. C., Schneider, N., Dommann, E., Heer, S., ... Caspar, F. (2019). Comparison and change of defense mechanisms over the course of psychotherapy in patients with depression or anxiety disorder: Evidence from a randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 252, 212–220. doi: 10.1016/j.jad.2019.04.021
- Bernstein, E., & Putnam, F. W. (1985). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *PsycEXTRA Dataset*. doi: 10.1037/e609912012-081
- Biondi, M., & Maj, M. (2014). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali Dsm-5*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Cannon, W. B. (1929). *Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage. An account of recent researches, etc.* D. Appleton & Co.: New York & London.
- Chen, H., Li, X.-Y., Li, Z.-H., & et al. (2005). Psychosocial Factor and Immune Function of Patients with Breast Cancer before Operation. *Chinese Mental Health Journal*, 19(8), 557–560. Retrieved from <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2005-10086-012&site=ehost-live>
- Cramer, P. (1987). The development of defense mechanism. *Journal of Personality*, 55, 597-614.
- Cramer, P. (1998a). Defensiveness and Defense Mechanisms. *Journal of Personality*, 66(6), 879–894. doi: 10.1111/1467-6494.00035

- Cramer, P. (1998b). Coping and Defense Mechanisms: What's the Difference? *Journal of Personality*, 66(6), 919–946. doi: 10.1111/1467-6494.00037
- Cramer, P. (2012). Psychological maturity and change in adult defense mechanisms. *Journal of Research in Personality*. 46. 306–316. 10.1016/j.jrp.2012.02.011.
- Cramer, P. (2014). Defense Mechanisms: 40 Years of Empirical Research. *Journal of Personality Assessment*, 97(2), 114–122. doi: 10.1080/00223891.2014.947997
- Cramer, P., & Block, J. (1998). Preschool antecedents of defense mechanism use in young adults: A longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(1), 159–169. doi: 10.1037//0022-3514.74.1.159
- Cramer, P., & Kelly, F. D. (2004). Defense Mechanisms in Adolescent Conduct Disorder and Adjustment Reaction. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(2), 139–145. doi: 10.1097/01.nmd.0000110285.53930.44
- Eriksen, W. (1994). The Role of Social Support in the Pathogenesis of Coronary Heart Disease. A Literature Review. *Family Practice*, 11(2), 201–209. doi: 10.1093/fampra/11.2.201
- Francescato, D., Tomai, M., & Ghirelli, G. (2011). *Fondamenti di psicologia di comunità: principi, strumenti, ambiti di applicazione*. Roma: Carocci.
- Freud, A. (1936) L'io e i meccanismi di difesa. Tr. it. in: *Opere 1922-1943*. Boringhieri, Torino 1978.
- Freud, S. (1892-95). *Studi sull'isteria*. OSF, vol. 1*.
- Freud, S. (1894). *Le neuropsicosi da difesa*. OSF, vol. 2.
- Freud, S. (1895a). *Progetto di una psicologia*. OSF, vol.2.
- Freud, S. (1895b). *Minute teoriche per Wilhelm Fliess*. OSF, vol. 2.
- Freud, S. (1899) *L'interpretazione dei sogni*. OSF, vol. 3.
- Freud, S. (1905) *Tre saggi sulla sessualità*. OSF, vol. 4.
- Freud, S (1905). *Il motto di spirito e la sua relazione con l'inconscio*. OSF, vol. 5.
- Freud, S. (1908). *Il piccolo Hans: analisi della fobia di un bambino di cinque anni*. Tr. it. Bollati Boringhieri, Torino 1989.
- Freud, S. (1915). *Metapsicologia*. OSF, vol. 8.
- Freud, S. (1920). *Al di là del principio del piacere*. OSF, vol. 9

- Gabbard, G. O. (2015). *Psichiatria psicodinamica: quinta edizione basata sul Dsm-5*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Green, G. (1993). Editorial review: Social support and HIV. *AIDS Care*, 5(1), 87–104. doi: 10.1080/09540129308258587
- Hartmann, H. (1939). *Psicologia dell'io e problema dell'adattamento*. Tr. it. Bollati Boringhieri, Torino 1966.
- Helgeson, V. S., & Cohen, S. (1996). Social support and adjustment to cancer: Reconciling descriptive, correlational, and intervention research. *Cancer Patients and Their Families: Readings on Disease Course, Coping, and Psychological Interventions.*, 53–79. doi: 10.1037/10338-003
- Hepper, E. G., Hart, C. M., Meek, R., Cisek, S., & Sedikides, C. (2013). Narcissism and Empathy in Young Offenders and Non-offenders. *European Journal of Personality*, 28(2), 201–210. doi: 10.1002/per.1939
- Holmes, E., Brown, R., Mansell, W., Fearon, R., Hunter, E., Frasquilho, F., & Oakley, D. (2005). Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 25(1), 1–23. doi: 10.1016/j.cpr.2004.08.006
- Irwin, Harvey. (2000). The disembodied self: An empirical study of dissociation and the out-of-body experience. *J. Parapsychol.* 64. 261-277.
- Johnson, N. J., & Klee, T. (2007). Passive-Aggressive Behavior and Leadership Styles in Organizations. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 14(2), 130–142. doi: 10.1177/1071791907308044
- Kernberg, O. (1975). *Sindromi marginali e narcisismo patologico*. Tr. it. Bollati Boringhieri, Torino 2011..
- Kernberg, O. (1984). *Disturbi gravi della personalità*. Tr. it. Bollati Boringhieri, Torino 2010.
- Kitamura, T., Shima, S., Sugawara, M., & Toda, M. (1996). Clinical and Psychosocial Correlates of Antenatal Depression: A Review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65(3), 117–123. doi: 10.1159/000289062

- Klein M., (1929). Situazioni d'angoscia infantile espresse in un'opera musicale e nel racconto di un impeto creativo. Tr. it. in: *Scritti 1929-1958*. Boringhieri, Torino 1978.
- Klein M., (1935). Contributo alla psicogenesi degli stati maniaco-depressivi. Tr. it. in: *Scritti 1929-1958*. Boringhieri, Torino 1978.
- Klein M., (1940). Il lutto e la sua connessione con gli stati maniaco-depressivi. Tr. it. in: *Scritti 1929-1958*. Boringhieri, Torino 1978.
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *The International Journal of Psychoanalysis*, 27, 99-110.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1), 1–11. doi: 10.1037/0022-3514.37.1.1
- Kramer, U. (2010). Coping and defence mechanisms: What's the difference?- Second act. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(2), 207–221. doi: 10.1348/147608309x475989
- Kübler-Ross, E. (1990). *La morte e il morire*. Assisi: Cittadella E
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lingiardi, V., Shedler, J., & Gazzillo, F. (2006). Assessing Personality Change in Psychotherapy With the SWAP–200: A Case Study. *Journal of Personality Assessment*, 86(1), 23–32. doi: 10.1207/s15327752jpa8601_04
- Lingiardi, V., & McWilliams, N. (2017). *Psychodynamic diagnostic manual: Pdm-2*. New York: The Guilford Press.
- Lingiardi, V., Perry, C. J., Madeddu, F., & Brambilla, S. (1994). *I meccanismi di difesa: teoria clinica e ricerca empirica*. Milano: Cortina.
- Malone, J. C., Cohen, S., Liu, S. R., Vaillant, G. E., & Waldinger, R. J. (2013). Adaptive midlife defense mechanisms and late-life health. *Personality and Individual Differences*, 55(2), 85–89. doi: 10.1016/j.paid.2013.01.025
- Mariuzzi, G. (2006). *Anatomia patologica e correlazioni anatomo-cliniche*. Padova: Piccin.

- McWilliams, N., Schimmenti, A., & Caretti, V. (2012). *La diagnosi psicoanalitica*. Roma: Astrolabio.
- Merton, R. K. (2000). *Teoria e struttura sociale*. Bologna: Il mulino.
- Miller, R. S., & Perlman, D. (2009). *Intimate relationships*. Boston: McGraw Hill Higher Education.
- Moreno, J. L. (1934) Who Shall Survive? A New Approach to the Problem of Human Relations. *Annals of Internal Medicine*, 8(1), 104. doi: 10.7326/0003-4819-8-1-104_2
- Penton-Voak, I. S., Rowe, A. C., & Williams, J. (2007). Through rose-tinted glasses: Relationship satisfaction and representations of partners' facial attractiveness. *Journal of Evolutionary Psychology*, 5(1), 169–181. doi: 10.1556/jep.2007.1021
- Piaget, J. (1958). *Dal bambino all'adolescente. La costruzione del pensiero*. Tr. it. La Nuova Italia, Firenze 1969.
- Pichot, P. (1995). The birth of the bipolar disorder. *European Psychiatry*, 10(1), 1–10. doi: 10.1016/0767-399x(96)80069-1
- Prezza, M., & Santinello, M. (2012). *Conoscere la comunità: l'analisi degli ambienti di vita quotidiana*. Bologna: il Mulino.
- Rickards, S., & Laaser, M. (1999). Sexual acting-out in borderline women: Impulsive self-destructiveness or sexual addiction/compulsivity? *Sexual Addiction & Compulsivity*, 6(1), 31–45. doi: 10.1080/10720169908400177
- Ripamonti, C. A. (2015). *Manuale di psicologia della salute*. Bologna: Il mulino.
- Shapiro, D. (1969). *Stili nevrotici*. Roma: Astrolabio.
- Tomlinson, J. M., Aron, A., Carmichael, C. L., Reis, H. T., & Holmes, J. G. (2013). The costs of being put on a pedestal. *Journal of Social and Personal Relationships*, 31(3), 384–409. doi: 10.1177/0265407513498656
- Vaillant, G. E. (1977). *Adaptation to Life*. Cumberland: Harvard University Press.
- Wellman, B. (1981). *The application of network analysis to the study of support*. Toronto: Centre for Urban and Community Studies, University of Toronto.
- White, R. B., & Gilliland, R. M. (1977). *I meccanismi di difesa*. Roma: Astrolabio.
- World Health Organization. (2009). *Icd 10: international statistical classification*

of diseases and related health problems. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (1948). *Preamble to the constitution of the world health organization as adopted by the international health conference*. New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.

*Per la traduzione italiana degli scritti di S. Freud si fa riferimento alle “Opere” edite da Boringhieri, Torino 1967-1980, in 12 volumi, citati con OSF e numero del volume.