

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO – BICOCCA

Facoltà di Scienze della Formazione

Dottorato di ricerca in Psicologia Clinica

(XVIII Ciclo)

LA VALUTAZIONE DEI MECCANISMI DI DIFESA IN

ADOLESCENZA MEDIANTE REM-71:

PROPRIETA' PSICOMETRICHE E RELAZIONE

CON INDICI DI DISAGIO PSICHICO

TUTOR: Chiar.mo Prof. LUCIO SARNO

COORDINATORE: Chiar.mo Prof. ENRICO MOLINARI

Candidato:

Dott. Antonio PRUNAS

Matr. N. R000267

ANNO ACCADEMICO 2004-2005

*So l'ora in cui la faccia più impassibile
è traversata da una cruda smorfia:
s'è svelata per poco una pena invisibile.
Ciò non vede la gente nell'affollato corso.
Voi, mie parole, tradite invano il morso
secreto, il vento che nel cuore soffia (...).*

*Puoi condurmi per mano, se tu fingi
di crederti con me, se ho la follia
di seguirti lontano e ciò che stringi,
ciò che dici, m'appare in tuo potere.
Fosse tua vita quella che mi tiene
sulle soglie – e potrei prestarti un volto,
vaneggiarti figura. Ma non è,
non è così. Il polipo che insinua
tentacoli d'inchiostro tra gli scogli
può servirsi di te. Tu gli appartieni
e non lo sai. Sei lui, ti credi te.*

E. Montale

INDICE

CAPITOLO 1.	5
ALLE ORIGINI DEL CONCETTO DI MECCANISMO DI DIFESA: SIGMUND FREUD..	6
IL CONTRIBUTO DI ANNA FREUD	10
IL CONTRIBUTO DI MELANIE KLEIN	14
IL CONTRIBUTO DI OTTO KERNBERG	16
DALLA TEORIA ALLA RICERCA EMPIRICA	18
IL CONTRIBUTO DI GEORGE VAILLANT	20
IL CONTRIBUTO DI J. CRISTOPHER PERRY.....	25
IL CONTRIBUTO DI PHOEBE CRAMER.....	33
ALCUNE CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE	35
CAPITOLO 2.	39
LA VALUTAZIONE DEI MECCANISMI DI DIFESA.....	39
GLI STRUMENTI BASATI SULL'ANALISI DI MATERIALE CLINICO	42
TECNICHE PERCETTO-GENETICHE	49
QUESTIONARI AUTOSOMMINISTRATI	50
CAPITOLO 3.	52
ALLE ORIGINI DI REM-71:	52
STORIA ED EVOLUZIONE DEL DEFENSE STYLE QUESTIONNAIRE.....	52
ALCUNE PARTICOLARI VERSIONI DEL DEFENSE STYLE QUESTIONNAIRE	77
LE VERSIONI STRANIERE DEL DEFENSE STYLE QUESTIONNAIRE	77
LE VERSIONI ITALIANE DI DSQ.....	82
LA VERSIONE DEL DEFENSE STYLE QUESTIONNAIRE PER ADOLESCENTI.....	86
CAPITOLO 4.	89
LE APPLICAZIONI DEL DEFENSE STYLE QUESTIONNAIRE.....	89
CAMPIONI AFFETTI DA PATOLOGIE PSICHIATRICHE DI ASSE I	91
DIFESE E DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE	91
DIFESE E DISTURBI D'ANSIA	97
TRAUMA E DISSOCIAZIONE	102
DISTURBI DA USO DI SOSTANZE.....	105
DISTURBI ALIMENTARI.....	107
CAMPIONI DI ADOLESCENTI.....	110
ALCUNE CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE SU DSQ	117
CAPITOLO 5.	128
LA RESPONSE EVALUATION MEASURE-71 (REM-71).....	128
ALTRE VERSIONI DELLA RESPONSE EVALUATION MEASURE-71	145
LA RESPONSE EVALUATION MEASURE FOR YOUTH (REM-Y).....	145
LA RESPONSE EVALUATION MEASURE FOR PARENTS (REM-P).....	147
ALCUNI DATI SULL'ADATTAMENTO ITALIANO PRELIMINARE DI REM-71.....	150
CAPITOLO 6.	156
OBIETTIVI DELLA RICERCA, MATERIALI E METODI.....	156

IL CAMPIONE.....	160
GLI STRUMENTI.....	168
CAPITOLO 7	175
RISULTATI	175
CONSISTENZA INTERNA DI REM-71	175
STRUTTURA FATTORIALE	181
DIFFERENZE DI GENERE E DI ETÀ NELL'ASSETTO DIFENSIVO	191
RELAZIONE TRA DIFESE E DIMENSIONI PSICOPATOLOGICHE	207
DIFFERENZE NELL'ASSETTO DIFENSIVO IN FUNZIONE DEL SUPERAMENTO DEL VALORE SOGLIA DEL GSI.....	219
ASSETTO DIFENSIVO E ANAMNESI POSITIVA PER INTERVENTI PSICOLOGICI O PSICHIATRICI	222
CONFRONTO TRA ADULTI CLINICI E NON CLINICI	225
DIFESE E BENESSERE	228
CAPITOLO 8	235
CONCLUSIONI, LIMITI E PROSPETTIVE FUTURE	235

CAPITOLO 1.

I MECCANISMI DI DIFESA

Il concetto di “meccanismo di difesa” è ormai universalmente riconosciuto come uno dei più importanti contributi della teoria psicoanalitica (San Martini et al., 2004); lo stesso Sigmund Freud, che per primo introdusse il costrutto, lo definì come la pietra miliare su cui l’intero edificio della psicoanalisi si fonda (1894).

Seppure esso rappresenti tuttora un costrutto che occupa una posizione centrale nel patrimonio culturale dell’umanità, non è possibile affermare l’esistenza di un accordo comune circa la sua definizione (Lingiardi & Madeddu, 2002).

Nel tentativo di fornire una definizione consensuale di questo costrutto, possiamo descrivere le difese come “sentimenti, pensieri o comportamenti tendenzialmente involontari, che sorgono in risposta a percezioni di pericolo per il soggetto e sono finalizzati, in modo più o meno adattivo, a nascondere o alleviare i conflitti o gli agenti stressanti che danno origine ad ansietà o angoscia” (Lingiardi & Madeddu, 2002).

Questa definizione permette di evidenziare alcuni degli elementi cardine condivisi dalla maggior parte gli autori che, nell’oltre un secolo trascorso da quando questo costrutto fu introdotto per la prima volta, si sono dovuti confrontare sulla sua natura.

Prima di tutto, i meccanismi di difesa vengono riconosciuti come reazioni soggettive in risposta a tutte quelle realtà, interne ed esterne, in grado di generare conflitti o stress, allo scopo di allontanarle o ridurne l’impatto. In seconda istanza, le difese vengono definite come quegli strumenti attraverso i quali un individuo tende a gestire istinti, pulsioni ed affetti.

Le difese possono poi essere classificate gerarchicamente, lungo un ipotetico continuum che procede da un estremo di immaturità/disadattamento ad uno opposto di maturità/adattamento; l'adattività di una difesa può essere definita sulla base di parametri quali la sua rigidità e pervasività, l'intensità del suo utilizzo e il contesto in cui si manifesta (Lingiardi & Madeddu, 2002).

I meccanismi di difesa sono anche descritti come generalmente, ma non necessariamente automatici; in linea di massima, infatti, essi agiscono senza il bisogno di sforzi consci o di consapevolezza da parte dell'individuo, fatta eccezione per tutti quei meccanismi più adattivi o maturi per i quali, almeno secondo i contributi più recenti, si possono individuare sovrapposizioni o elementi di contatto con il costrutto, di derivazione cognitivista, di "strategia di coping" (Cramer, 1998b; 2000).

Inoltre, è di comune accordo che le difese contraddistinguano i principali quadri psicopatologici, seppure esse possano caratterizzare anche lo stile di comportamento, di pensiero e di azione di ogni individuo nella normalità della sua realtà quotidiana.

In ultimo, i meccanismi di difesa si caratterizzano per essere soggettivi, personali; essi si manifestano in modo tipico e diverso nei singoli individui, i quali tendono sostanzialmente a ricorrere alle medesime strategie difensive per gestire ed affrontare situazioni tra loro simili.

Allo scopo di chiarire gli sviluppi cui tale costrutto è andato incontro a partire dalla sua prima formulazione, verrà proposto di seguito un breve excursus storico sul concetto di meccanismo di difesa concentrando l'attenzione sulle principali tappe che hanno portato alle definizioni oggi condivise del costrutto.

ALLE ORIGINI DEL CONCETTO DI MECCANISMO DI DIFESA: SIGMUND FREUD

Come osservano Dazzi e De Coro (2001), tra i due criteri cardine che la nosografia freudiana introduce nella classificazione delle patologie mentali vi è proprio quello di *meccanismi di*

difesa, “lo studio dei quali sposta progressivamente l’attenzione dalla dimensione biologica del conflitto alla dimensione dell’organizzazione strutturale della personalità, dove la relazione intrapsichica tra Es, Io e Super-io regola il funzionamento dell’adulto nel suo mondo relazionale”.

È nel 1894 che Freud descrive per la prima volta l’esistenza di queste operazioni inconsce alle quali, in origine, si riferisce con il termine di *difese*; già nel 1905 Freud introduce lo humor, la distorsione, lo spostamento, la rimozione, la repressione, la fantasia e l’isolamento come meccanismi separati anche se in seguito, per circa vent’anni, il termine difesa tende a perdere le sue declinazioni specifiche, per essere sostituito dal più generico concetto di “rimozione”.

Secondo Freud, la rimozione può essere distinta in rimozione primaria ed in rimozione secondaria. La prima svolge il compito di “espellere e tener lontano qualcosa dalla coscienza” (1915, p.37); essa “consiste nel fatto che alla *rappresentanza* psichica (data da una rappresentazione) di una pulsione viene negata l’accettazione nella coscienza”. La rimozione secondaria, invece, consiste in un processo difensivo che colpisce derivati psichici del materiale rimosso oppure processi di pensiero che, pur avendo una qualsiasi altra origine, vengono a mettersi in relazione associativa con esso. Questi “derivati psichici” o “processi di pensiero” subiscono lo stesso destino del materiale originario e vengono quindi allontanati dalla coscienza perché insostenibili per il soggetto. Pertanto, “tutte le rimozioni si producono nella prima infanzia; sono misure difensive primitive di un Io debole e immaturo; negli anni successivi non si effettuano nuove rimozioni, ma le vecchie si conservano e l’Io continua ad avvalersi dei loro servigi, per padroneggiare le pulsioni. Nuovi conflitti vengono liquidati mediante ciò che usiamo chiamare post-rimozione” (Freud, 1937; p. 510).

Il concetto di rimozione risulta quindi centrale nelle teorizzazioni di Freud, al punto che sarà oggetto, nel corso dei suoi studi, di diverse revisioni che condurranno ad una totale rivoluzione rispetto alla sua prima definizione.

Infatti, originariamente Freud definisce la rimozione come quel meccanismo che consente all'Io di escludere dalla coscienza delle rappresentazioni del sistema inconscio non accettabili, provocando in questo modo una "trasformazione chimica della libido" (Lingiardi & Madeddu, 2002) ad esse collegate. Tale trasformazione induce lo sviluppo di angoscia che viene quindi concettualizzata come conseguenza della rimozione.

Il lavoro clinico porta presto Freud a pensare che le persone non siano affatto consapevoli dei propri meccanismi di difesa e provino angoscia quando questi stessi meccanismi vengono smascherati o ostacolati. Osservazioni di questo tipo spingono Freud (1925) a rivedere per intero il modello in questione e a proporre un'ipotesi molto diversa da quella precedente: i meccanismi di difesa sono processi attivati dall'Io quando un *segnale di angoscia* avverte della presenza di un *pericolo* proveniente dalla realtà esterna, dalle pulsioni dell'Es o dal Super-Io. L'angoscia è dunque la causa (e non l'esito) delle difese, che sono meccanismi inconsci e discreti che l'Io utilizza, in ottemperanza al principio di piacere, per evitare il verificarsi di un trauma. In questo secondo modello, l'attività delle pulsioni è fondamentalmente connessa al principio della coazione a ripetere e non al principio di piacere. Secondo Freud (1925), infatti, una situazione di pericolo (allagamento pulsionale, perdita dell'oggetto e del suo amore, perdita del pene, perdita dell'amore del Super-Io e della "benevolenza del fato") è una situazione la cui evoluzione prevedibile ha come esito il verificarsi di un *trauma*, definito come eccessivo e improvviso aumento di energia cui l'Io non riuscirebbe a fare fronte (Freud, 1937). I meccanismi di difesa sono dunque, in ultima analisi, stratagemmi volti a prevenire il verificarsi di una situazione traumatica. A Freud, comunque, era già chiaro che il rapporto tra segnali d'angoscia e risposta difensiva si giocasse su un equilibrio centrato sulla personalità, cioè sulla vita psichica interiore e sui suoi rapporti con il mondo esterno. La tenuta di questo equilibrio dipende dunque dall'intensità del segnale

d'angoscia, dall'impatto sulla psiche del fattore angosciante o traumatico, dal grado di maturazione dell'organizzazione psichica nel suo complesso.

Freud ha costruito l'intero edificio della psicoanalisi sulla pietra angolare delle difese: egli ha individuato e descritto un numero considerevole di meccanismi di difesa (1925) e, pur senza offrire mai una trattazione sistematica dell'argomento, ha ipotizzato delle correlazioni costanti fra difese, angosce, disagio psichico e fasi dello sviluppo psicosessuale (Lingiardi & Madeddu, 2002).

“I meccanismi di difesa – scrive Freud (1937, p. 520) – servono allo scopo di tenere lontano i pericoli. È incontestabile che raggiungono questo risultato e c'è da dubitare che l'Io possa, nel corso del suo sviluppo, rinunciare completamente ad essi; ma è altresì certo che questi stessi meccanismi possono trasformarsi in pericoli. [...] Naturalmente l'individuo non utilizza tutti i possibili meccanismi di difesa, ma si limita a selezionarne alcuni; questi, però, si fissano nel suo Io, diventano abituali modalità di reazione del suo carattere che si ripetono nel corso dell'intera esistenza ogniqualvolta si presenta una situazione analoga a quella originaria. Così i meccanismi di difesa si trasformano in infantilismi e condividono il destino di tante istituzioni che tendono a conservarsi al di là dell'epoca in cui si sono rivelate utili”.

Una schematica lettura dell'opera di Freud (Lingiardi & Madeddu, 2002; Vaillant, 1977), permette di riassumere alcune delle caratteristiche che egli considera le proprietà generali delle difese dell'Io:

- a) caratterizzano sia i quadri psicopatologici sia la vita del soggetto normale,
- b) sono lo strumento principale con cui il soggetto gestisce gli istinti e gli affetti negativi;
- c) sono inconsce;
- d) sono discrete l'una rispetto all'altra;

- e) possono essere reversibili;
- f) possono essere sia adattive sia patologiche;
- g) quando ripetitive e inattuali finiscono per “preparare e favorire lo scoppio della nevrosi” (Freud, 1937, p. 521).

Soltanto verso la fine della sua vita, Freud realizzerà la necessità di sottoporre ad un’attenta sistematizzazione il sapere sui meccanismi di difesa lasciando questo compito in eredità alla figlia Anna.

IL CONTRIBUTO DI ANNA FREUD

Con la sua opera “L’Io e i meccanismi di difesa” (1936), Anna Freud imprime un radicale cambio di approccio nello studio dei meccanismi di difesa. In precedenza essi venivano considerati principalmente degli ostacoli che l’analista incontra nel paziente e che deve cercare di superare, allo scopo di scoprire e capire i desideri inconsci che, tramite essi, il soggetto tenta di nascondere. Sigmund Freud, inoltre, inseriva il concetto di meccanismo di difesa all’interno di un campo ristretto alla psicopatologia ed all’intrasoggettività del paziente, identificando le difese con fenomeni tipicamente patologici che si manifestano nell’interiorità dell’individuo. Anna Freud contribuisce, all’opposto, a dare maggiore enfasi all’aspetto adattivo dei meccanismi di difesa e alla loro fondamentale e diretta relazione con la realtà esterna (“tutti i meccanismi di difesa sono al tempo stesso al servizio della limitazione interna delle pulsioni e dell’adattamento esterno” A. Freud, 1965).

Anna Freud considera i meccanismi di difesa come specifici procedimenti inconsci dell’Io, che non possono essere semplicemente definiti come entità separate ed agenti in opposizione agli istinti; al contrario, i meccanismi di difesa si formano partendo dagli istinti e possono essere considerati a tutti gli effetti dei loro derivati.

All'analista non viene quindi più richiesto di scoprire che cosa intimorisce il paziente o da cosa egli sta sfuggendo, bensì di analizzare come il paziente si comporta quando si sente spaventato o in difficoltà.

L'autrice propone un elenco di meccanismi di difesa che comprende quelli già esposti dal padre (regressione, rimozione, formazione reattiva, isolamento, annullamento retroattivo, proiezione, introiezione, rivolgimento contro se stessi, trasformazione nel contrario) ed alcuni nuovi meccanismi (sublimazione, identificazione con l'aggressore, altruismo). Secondo la Freud tale lista raggruppa sia meccanismi di difesa semplici che complessi; questi ultimi in particolare, sono il risultato di una combinazione di diversi meccanismi semplici che agiscono in concerto e in sinergia.

I meccanismi di difesa sono specifici meccanismi operativi, che tengono lontano dalla coscienza contenuti spiacevoli e desideri pulsionali non egosintonici. La Freud li definisce come quei "mezzi attraverso i quali l'Io evita le spiacevolezze e l'ansia, ed esercita un controllo sui comportamenti impulsivi, sugli affetti e sugli impulsi istintivi". Essi agiscono nello stesso tempo "al servizio della limitazione interna delle pulsioni e dell'adattamento esterno" (1965).

Secondo Anna Freud tutte le difese possono essere ordinate lungo una linea evolutivo-maturativa. L'adeguatezza e l'adattività di un determinato meccanismo in un determinato individuo possono essere valutate sulla base di quattro importanti criteri:

- INTENSITÀ, ossia proporzione quantitativa di impiego di una difesa;
- ADEGUATEZZA RISPETTO ALL'ETÀ, ossia prematurità, fissazione o regressione del meccanismo;
- REVERSIBILITÀ, ossia abilità dell'individuo nel disattivare la difesa quando cessa di essere funzionale;

- EQUILIBRIO TRA LE DIFESE, ossia utilizzazione da parte dell'individuo di un alto numero di difese o loro impiego in numero ristretto e in modo rigido.

In questo modo, Anna Freud introduce e indaga l'esistenza di una possibile correlazione tra difese utilizzate dal soggetto e lo stato di salute dell'Io di quest'ultimo.

Seguendo la classificazione cronologico-evolutiva dei meccanismi di difesa proposta da Anna Freud, le prime difese a comparire sono la regressione, la trasformazione nel contrario, il rivolgimento contro se stessi. Esse, infatti, iniziano a manifestarsi con la comparsa degli istinti stessi o comunque quando compaiono i primi conflitti tra pulsioni che chiedono di essere soddisfatte ed ostacoli che a questa soddisfazione si oppongono. La proiezione e l'introiezione (rispettivamente "allontanare idee o affetti da se stesso e relegarli nel mondo esterno" e "introiettare il mondo esterno nell'Io" (1965)) possono invece esistere solo in seguito all'avvenuta differenziazione tra l'Io ed il mondo esterno. La rimozione, consistendo "nell'escludere o nell'espellere dall'Io cosciente una rappresentazione o un affetto" (1965), viene alla luce solo se nel soggetto si è già effettuata la distinzione tra l'Io e l'Es. La sublimazione, cioè "lo spostamento degli scopi dell'istinto verso valori socialmente più alti" (1965), necessita invece che il soggetto sia in grado di riconoscere tali valori e quindi che il Super-Io si sia già formato. Secondo la Freud questi due ultimi meccanismi di difesa sono comunque a disposizione dell'individuo solo in una fase già avanzata della sua evoluzione.

Al contributo teorico che la Freud ha fornito in ambito psicoanalitico, si affiancano anche i suoi studi e le sue applicazioni in ambito di ricerca, che assumono un carattere fortemente innovativo nell'ambiente della storia della psicoanalisi. Anna Freud è infatti la prima a tentare una standardizzazione e una valutazione oggettiva del materiale relativo ai meccanismi di difesa sulla base delle informazioni che emergono in un contesto squisitamente clinico. Tale tentativo pionieristico trova la sua massima espressione nella pubblicazione, successiva ad un lungo lavoro protrattosi per oltre un trentennio, del suo famoso "Indice Hampstead".

L'Indice Hampstead si suddivide principalmente in due parti, una manualistica ed una pratica. Nella prima vengono presentati definizioni ed indicazioni preliminari circa l'uso di termini specifici e circa l'organizzazione e la struttura della seconda sezione; quest'ultima consiste in una raccolta del materiale clinico assemblato dagli analisti dell'allora Hampstead Clinic (oggi Anna Freud Center) durante il trattamento analitico di bambini. Il materiale si caratterizza per essere classificato in due principali categorie: una che raccoglie il resoconto clinico di ogni singolo caso (aspetti riguardanti l'ambiente), l'altra ne comprende il materiale psicoanalitico (informazioni circa le relazioni oggettuali, materiale pulsionale, fantasie, Io/difese, sintomi, trattamento ecc.). Tutti questi dati sono organizzati secondo una modalità che ricorda l'indice analitico di un libro (da qui il nome Indice): esiste infatti un gruppo di schede, definito "Indice per argomenti", che comprende sotto ogni voce le schede di tutti i casi che possiedono delle caratteristiche ad essa attinenti. Tale struttura non permette comunque che venga intaccata la possibilità di consultare il materiale in base all'unicità e alla individualità dei singoli casi; è disponibile infatti anche un ulteriore criterio di organizzazione, definito "Indice del caso", che contiene i dati relativi all'ambiente familiare, alla crescita, allo sviluppo sociale, alla psicopatologia ed al trattamento analitico del singolo bambino.

L'obiettivo principale che la Freud vuole raggiungere con la compilazione dell'Indice Hampstead è quello di rendere il materiale prettamente clinico più accessibile alla ricerca, all'insegnamento ed alla consultazione; ciò permette anche, secondo la Freud, di facilitare il confronto tra casi differenti e di fornire nuovi spunti e ulteriori impulsi alla ricerca.

Nonostante la sua importanza storica, l'Indice Hampstead è stato oggetto di molte critiche (Lingiardi & Madeddu, 2002), soprattutto da un punto di vista strettamente metodologico (Vaillant, 1986). Sandler stesso (1985, p. 337) segnala come le discussioni cliniche dei casi presentati finissero per dimostrare l'incertezza di qualsiasi classificazione cronologica delle

difese e soprattutto la difficoltà di collegare specificamente le situazioni di pericolo con l'utilizzazione di singoli, specifici meccanismi di difesa.

Attraverso l'Indice Hampstead, la Freud si propone come anello di congiunzione tra il campo della clinica pura e quello della ricerca empirica, dando inizio a numerosi successivi approcci in questa direzione. L'Indice risulta infatti essere un passo fondamentale verso l'integrazione tra teoria, clinica e ricerca, sia per il tentativo di sistematizzare il concetto di meccanismo di difesa, sia per l'intento di sottoporre a verifica empirica l'ipotesi di una correlazione tra l'assetto gerarchico delle difese di un individuo e la sua maturità e salute dell'Io. In seguito, i ricercatori iniziarono a occuparsi dell'impiego dei meccanismi difensivi anche nella popolazione normale adulta e non più solo in quella infantile o in quella clinica: un'estensione che avrebbe presto dato i suoi frutti nelle ricerche su evoluzione psicologica, adattamento e meccanismi di difesa/ *coping* (Lingiardi & Madeddu, 2002).

Il lavoro di Anna Freud aveva comunque dato inizio a una nuova epoca, caratterizzata dalla riorganizzazione del materiale empirico sulle difese a partire da studi longitudinali e dalla creazione di specifici strumenti di valutazione e di interviste cliniche più o meno strutturate.

IL CONTRIBUTO DI MELANIE KLEIN

Le prime radicali modificazioni del modello freudiano sono state proposte dalla scuola britannica, a cominciare da Melanie Klein.

L'elemento più innovativo è stato rappresentato da un interesse per i meccanismi *primitivi* di difesa, cioè quei meccanismi legati in modo particolarmente stretto agli stati psicotici (Klein, 1927, 1946). Inoltre, una delle eredità fondamentali della riflessione kleiniana è l'osservazione per cui le difese non si limitano a proteggere l'Io da sentimenti dolorosi, ma rappresentano anche principi organizzativi della vita psichica.

La Klein definisce psicotici quei meccanismi primitivi che vengono impiegati contro le angosce derivanti dall'attività dell'istinto di morte; come tali, essi sono da contrapporre alle difese nevrotiche, in particolare la rimozione, che agiscono contro la libido. I meccanismi di difesa primitivi determinano le caratteristiche delle posizioni psicotiche e comprendono il *diniego*, la *scissione*, le forme estreme di *proiezione* e *introiezione*, le identificazioni connesse a queste difese e l'*idealizzazione*.

Se è vero che la maggior parte di questi meccanismi era già stata descritta dagli psicoanalisti classici, la Klein ha dato loro un'importanza particolare, indicandoli come caratteristici delle prime fasi dello sviluppo e dando quindi un diverso spessore a un periodo della vita infantile fino ad allora considerato come la fase del narcisismo primario "priva di oggetto".

Per quanto la Klein (1930) abbia distinto le difese psicologiche in "nevrotiche" e "psicotiche", di fatto si è occupata quasi unicamente delle seconde.

Uno dei punti di rottura tra Melanie Klein e Anna Freud fu proprio che mentre quest'ultima era interessata al *funzionamento* delle difese, e dunque al ruolo dell'Io nello sviluppo del carattere, la Klein mirava soprattutto a individuare il *contenuto profondo* delle *fantasie* angosce (Lingiardi & Madeddu, 2002).

La novità introdotta dalla Klein deriva dall'osservazione che il bambino introietta parti del corpo del genitore, su cui ha proiettato le sue pulsioni nelle fasi precoci di sviluppo del Super-io, prima di interiorizzare i genitori come oggetti interi e distinti. Questa ipotesi le permette di suggerire che certe difese siano suscitate da impulsi associati a rappresentazioni di sé interiorizzate (per esempio, fantasie di parti del Sé, prodotti corporei, ecc.) e poi proiettate negli oggetti. In questo modo, le difese come la scissione, l'identificazione proiettiva, l'idealizzazione e l'onnipotenza implicano percezioni distorte del Sé o del mondo esterno, legate a stati pulsionali interni.

In particolare, la Klein descrive la proiezione come una difesa arcaica contro l'angoscia di annientamento e l'identificazione proiettiva come una caratteristica della posizione schizoparanoide. L'identificazione proiettiva viene definita (Klein, 1946) come il prototipo della relazione oggettuale aggressiva, che rappresenta un attacco anale contro un oggetto attraverso l'introduzione forzata in esso di parti dell'Io, allo scopo di assumere il controllo dei suoi contenuti o di dominarlo; un attacco che si verifica nella posizione schizoparanoide fin dalla nascita. La Klein (1957) collegherà poi l'invidia all'identificazione proiettiva, che verrà così a rappresentare un'intrusione forzata nell'altro per distruggerne gli attributi migliori. Poco dopo, Bion (1957, 1959) distinguerà tra forme fisiologiche e patologiche di identificazione proiettiva.

IL CONTRIBUTO DI OTTO KERNBERG

A partire dagli anni 70, un'altra figura di spicco nell'ambito dello studio dei meccanismi di difesa, Otto Kernberg, si propone come punto di incontro e di sintesi di diverse teorie sulle difese: quella freudiana, quella kleiniana e quella della psicologia dell'Io.

Secondo Kernberg i meccanismi di difesa possono essere definiti come fenomeni intrapsichici, volti a governare tutti quei conflitti interiori che coinvolgono al loro interno diverse componenti del soggetto, tra cui, in particolare, il concetto di Sé e le relazioni oggettuali interiorizzate.

Le teorizzazioni di Kernberg derivano principalmente dalle sue esperienze in ambito clinico e, per questo, i suoi studi sulle difese rimangono fortemente collegati alla psicopatologia. Kernberg basa tutti i suoi approfondimenti sui meccanismi di difesa su una concezione delle difese come disposte lungo un ipotetico continuum gerarchico ed evolutivo, di gravità: i pazienti più gravi sono pertanto quelli che persistono nell'uso di meccanismi patologici che risultavano tipici e fisiologici nel corso di fasi molto precoci dello sviluppo psichico.

In particolare Kernberg identifica l'esistenza di due tipologie principali di difese: le difese di alto livello e quelle di basso livello. Le prime hanno lo scopo di "proteggere l'Io da conflitti intrapsichici, respingendo un derivato pulsionale o la sua rappresentazione, o entrambi, dall'Io cosciente" (1984). Esse comprendono la rimozione, la formazione reattiva, l'isolamento, l'annullamento retroattivo, l'intellettualizzazione e la razionalizzazione. Secondo Kernberg le difese di alto livello possono essere utilizzate solo in un periodo avanzato dello sviluppo, da un soggetto che abbia un Io più maturo e che si posizioni almeno nella fase edipica dell'evoluzione psicosessuale. I meccanismi di basso livello, invece, "proteggono l'Io attraverso la dissociazione, vale a dire tenendo attivamente separate esperienze contraddittorie del Sé e delle altre persone significative" (1984). Questi ultimi corrispondono alla scissione, alla proiezione, all'onnipotenza, alla svalutazione, all'idealizzazione primitiva, all'identificazione proiettiva e al diniego. Le difese di basso livello vengono utilizzate principalmente e in modo predominante durante il periodo preedipico (dai sei mesi ai tre anni). Esistono poi delle difese che, al loro interno, evolvono e si sviluppano da una modalità di manifestazione più primitiva ad una forma più matura: è il caso dell'identificazione proiettiva, che corrisponde ad una forma primitiva di proiezione; o anche del diniego, considerato non un unico meccanismo di difesa, ma un gruppo di operazioni difensive che sono correlate nella loro modalità più precoce al meccanismo della scissione, mentre, nelle loro forme più evolute, si manifestano come isolamento, negazione minore o altre difese contro gli affetti (1975).

Kernberg evidenzia però la possibilità che il soggetto, pur procedendo nella propria evoluzione fisiologica e cronologica, non dimostri un corrispondente adeguato sviluppo dei meccanismi di difesa; in questo caso, Kernberg riscontra una persistenza patologica delle difese primitive. Una condizione del genere contribuisce, secondo Kernberg, alla formazione di una ben definita entità, ovvero alla strutturazione di una "organizzazione borderline di

personalità” (1976). In particolare nei pazienti borderline, l’uso di questi meccanismi primitivi è da far risalire alla debolezza che contraddistingue l’Io di questi soggetti e, contemporaneamente, contribuisce a un ulteriore e progressivo indebolimento del loro Io.

Come abbiamo visto, la valutazione dei meccanismi di difesa risulta essere per Kernberg un utile criterio per la determinazione della diagnosi dei suoi pazienti e per la programmazione di un adeguato piano di trattamento. Accanto alle difese, hanno valenza di criterio diagnostico anche il grado di integrazione vs diffusione dell’identità e l’integrità dell’esame di realtà. In funzione di queste tre dimensioni Kernberg riconosce l’esistenza di tre differenti organizzazioni di personalità: quella borderline, quella nevrotica e quella psicotica (1996). Il concetto di “organizzazione di personalità” si riferisce alla totalità della struttura della personalità dell’individuo e non solo ad un suo eventuale aspetto psicopatologico; Kernberg infatti afferma che l’organizzazione strutturale della personalità “assolve la funzione di stabilizzare l’apparato psichico, mediando tra i fattori etiologici e le dirette manifestazioni della malattia nel comportamento” e che “indipendentemente da quali siano i fattori genetici, costituzionali, biochimici, familiari, psicodinamici e psicosociali che concorrono nel dare origine alla malattia, gli effetti di tutti questi fattori vanno a confluire nella struttura psichica individuale che poi diventa la matrice da cui si sviluppano i sintomi osservabili nel comportamento” (Kernberg, 1984).

DALLA TEORIA ALLA RICERCA EMPIRICA

Mai Freud o i primi psicoanalisti (con la sola eccezione del contributo pionieristico di A. Freud) si cimentarono nel tentativo di quantificazione delle loro osservazioni cliniche sulle difese, svilupparono strumenti di misura standardizzati o fecero uso delle riflessioni teoriche stimulate dall’analisi dei pazienti, per formulare ipotesi e testarne la validità in termini empirici (Hentschel, 2004).

A ciò si deve aggiungere che, seppure proprio in quegli anni si stessero avviando i primi tentativi di misurazione scientifica delle differenze individuali (si pensi ad esempio ai lavori pionieristici di Galton e Cattell), non vennero riconosciute per tempo le potenzialità di una valutazione sistematica e affidabile dei meccanismi di difesa. Pertanto, lo studio empirico dei meccanismi di difesa non fu avviato che solo diversi anni dopo mentre Freud e i suoi seguaci continuarono ad accumulare esperienze nel trattamento analitico dei pazienti nevrotici (e in seguito di pazienti gravi), soprattutto sotto forma di casi clinici.

Gli autori di cui ci occuperemo di seguito si distinguono dai precedenti per aver determinato un drastico cambiamento di rotta nell'ambito dello studio dei meccanismi di difesa. Le loro ricerche infatti si pongono come obiettivo l'operazionalizzazione del costrutto di "meccanismo di difesa", l'elaborazione di strumenti psicometricamente validi per la sua misurazione e la conseguente verifica empirica delle formulazioni teoriche degli autori di formazione psicomodinamica (ad esempio, quelle relative alla loro classificazione gerarchica, alla presenza di una linea evolutiva nel loro sviluppo, al potenziale adattativo delle difese più mature, alle connessioni con la psicopatologia, ecc.).

Il prodotto di questa attività, seppure con alterne vicende (Cramer, 2000), è stata una mole consistente di dati a volte contrastanti anche per la difficoltà di comparazione fra ricerche che hanno utilizzato strumenti diversi, basandosi su definizioni generali non sovrapponibili (Madeddu, 2002); a titolo esemplificativo, Vaillant (1977, pag. 44) riporta che in un raggio di trenta miglia da San Francisco, cinque differenti gruppi di ricerca da sempre impegnati nello studio empirico dei meccanismi di difesa (che hanno a capo rispettivamente Mardi Horowitz, Norma Haan, Lazarus e Folkman, Jack Block e Rudy Moss) hanno elaborato cinque differenti sistemi di classificazione che non mostrano alcuna area di sovrapposizione e senza che gli autori si siano mai posti il problema di "convertire" i costrutti da loro elaborati in un linguaggio condivisibile dagli altri gruppi. Situazioni estreme come questa sono

emblematiche, per dirla con Vaillant, della “Torre di Babele” delle difese che si era generata in pochi anni; da qui la necessità di giungere a formulazioni consensuali e condivise del concetto di difesa che hanno trovato la loro massima espressione nell’introduzione di un asse supplementare, dimanicamente orientato, del DSM-IV (Karasu & Skodol, 1980).

IL CONTRIBUTO DI GEORGE VAILLANT

Secondo Vaillant i meccanismi di difesa sono dei processi che entrano in azione nel soggetto in relazione ad un conflitto psichico che può manifestarsi in seguito a turbamenti provenienti da diverse realtà: i bisogni istintuali (Es), il mondo esterno, la coscienza morale e l’eredità culturale (Super Io) e, in ultimo, le relazioni con altri significativi. Uno sconvolgimento in questi campi può destabilizzare l’equilibrio psichico ed emotivo dell’individuo; i meccanismi di difesa sono appunto uno strumento attraverso cui cercare il contenimento del dolore psichico derivante da queste perturbazioni, la riduzione dell’ansia affinché sia tollerabile e un recupero dell’equilibrio perduto attraverso differenti modalità (quali, ad esempio, il differimento nel tempo e la riduzione delle pulsioni istintuali).

Tali strumenti di cui si serve l’individuo, secondo Vaillant, non corrispondono a dei meri fenomeni intrapsichici, discreti e di breve durata, ma sono processi che pervadono l’intera realtà del soggetto e, proprio per questo, possono essere indagati tramite l’osservazione dello “stile di vita” individuale (1987).

Anche Vaillant, come Anna Freud, classifica i diversi meccanismi di difesa secondo un ordine gerarchico, concettualizzandoli come disposti lungo un continuum che ha per estremi sia la dimensione maturità-immaturità, sia la dimensione malattia-salute mentale. Egli sottolinea quindi l’importanza dell’aspetto evolutivo nella classificazione dei meccanismi di difesa, proponendo una gerarchia fondata in prima istanza sull’ordine con cui, nello sviluppo individuale, le differenti strategie difensive fanno la loro comparsa; tale criterio di

classificazione, secondo Vaillant, è però intrinsecamente correlato ad un'altra fondamentale dimensione: il livello di patologia del meccanismo di difesa. Due sono quindi le dimensioni che formano il continuum lungo il quale si dispongono i diversi meccanismi di difesa: immaturità-maturità, e quindi il livello di sviluppo del soggetto, e psicopatologia-salute mentale, e quindi il livello di gravità della psicopatologia.

Vaillant (1977, 1992) afferma che al gradino più basso di questo continuum si dispongono le difese “narcisistiche” (secondo il livello di sviluppo), dette anche “psicotiche” (secondo la gravità della psicopatologia); quindi, procedendo lungo il polo opposto del continuum, si trovano le difese “immature” (secondo il livello di sviluppo); le difese “nevrotiche” (secondo la gravità delle psicopatologia) e, in ultimo, le difese mature (secondo il livello di sviluppo). I meccanismi di difesa, secondo Vaillant, possono quindi essere classificati nel seguente modo:

- LIVELLO 1. DIFESE NARCISISTICHE-PSICOTICHE: proiezione delirante, diniego psicotico, distorsione della realtà esterna.
- LIVELLO 2. DIFESE IMMATURE: proiezione, fantasia schizoide, ipocondriasi, comportamento passivo-aggressivo, acting out, dissociazione.
- LIVELLO 3. DIFESE NEVROTICHE: isolamento/intellettualizzazione, rimozione, spostamento, formazione reattiva.
- LIVELLO 4. DIFESE MATURE: altruismo, umorismo, repressione, anticipazione, sublimazione.

Come accennato, questi quattro livelli sottointendono l'assunto secondo cui la crescita dell'essere umano è accompagnata dall'evoluzione delle sue strategie difensive attraverso il passaggio progressivo dalle difese di primo livello a quelle di quarto livello (Vaillant, 1977).

Le difese di Livello I possono essere identificate nei soggetti normali prima dei cinque anni di età e sono comuni anche nell'attività onirica e nella vita fantastica degli adulti (Vaillant, 1977). Per chi fa uso di tali meccanismi, si prospetta una drastica distorsione della realtà

esterna mentre per l'osservatore i comportamenti che ne conseguono possono apparire folli e del tutto privi di senso. Quando questi meccanismi cessano di far parte dell'esperienza privata e coinvolgono il comportamento nella vita di tutti i giorni, non possono più essere modificati dal ricorso alla psicoterapia e richiedono, per poter essere al meglio gestiti, un intervento farmacologico (Vaillant, 1977).

Le difese di Livello II sono frequenti nell'infanzia e nell'adolescenza ma anche in adulti affetti da disturbi depressivi, uso problematico di sostanze psicoattive e disturbi del carattere; inoltre, esse possono essere attivate da un'esperienza stressante come una patologia organica grave o da una vulnerabilità genetica. Per chi ne fa uso, questi meccanismi sono in grado di alterare lo stato di disagio collegato alle relazioni con altri significativi, ad esempio dalla loro presenza o dalla loro perdita. Per chi osserva dall'esterno l'azione di tali meccanismi di difesa, essi appaiono socialmente indesiderabili, sconvenienti o inadeguati. Chi ne fa uso, al contrario, soltanto molto raramente nutre qualche dubbio sulla loro natura problematica e disfunzionale e, proprio in virtù di ciò, difficilmente si presenta all'attenzione clinica.

Al Livello III si collocano invece le difese che comunemente rappresentano la base dei disturbi nevrotici seppure possano ritrovarsi anche in soggetti non clinici, dalle prime fasi dello sviluppo fino alla terza età. Queste difese sono spesso utilizzate per la gestione di conflitti acuti. A differenza delle difese immature che rappresentano solitamente un tentativo di gestione di conflitti interpersonali, le difese nevrotiche sono più comunemente utilizzate per gestire conflitti intrapsichici. Per chi ne fa uso, questi meccanismi causano un'alterazione dell'esperienza emotiva e dell'espressione degli impulsi e generalmente si associano ad una motivazione intrinseca alla ricerca di aiuto e supporto psicologico.

Infine, al Livello IV si collocano meccanismi difensivi di frequente utilizzo in soggetti non clinici dall'adolescenza all'età adulta e che possono essere concettualizzati come l'integrazione armoniosa di meccanismi difensivi di più basso livello¹.

Per chi ne fa uso, questi meccanismi di difesa permettono di gestire funzionalmente i conflitti che possono insorgere tra i quattro domini principali dell'esperienza umana (coscienza, realtà, relazioni, istinti).

E' interessante notare a questo proposito che Vaillant abbia collocato la maggior parte dei meccanismi di difesa classici descritti da A. Freud (1936) tra le difese di III livello; non a caso, queste difese furono proprio osservate e identificate nel corso del trattamento analitico di pazienti nevrotici (Hentschel et al., 2004).

Il contributo più rilevante della classificazione gerarchica proposta da Vaillant è quello di aver esteso e ampliato il concetto di difesa enfatizzando tanto il suo potenziale patogeno quanto quello adattivo e, in ultima analisi, creativo.

L'obiettivo delle difese, secondo Vaillant, va ben oltre la riduzione della tensione e il ripristino dello status quo; le difese, infatti "*are creative, healthy, comforting, coping, and yet often strike observers as downright peculiar*" (Vaillant, 1992, p.18). Spesso esse possono contribuire al raggiungimento di elevati standard di funzionamento sociale; Vaillant (1977, p.7), a questo proposito, le paragona ad un'ostrica che, nel venire a contatto con un granello di sabbia, è in grado di generare una perla.

Gran parte delle riflessioni di Vaillant sulla funzione adattiva dei meccanismi di difesa deriva dai risultati delle sue ricerche longitudinali (1971, 1974, 1975, 1976, 1978; Soldz & Vaillant, 1998) che hanno chiaramente dimostrato come esista una significativa associazione tra l'uso di meccanismi difensivi maturi e il livello di adattamento in molti domini dell'esistenza, quali ad esempio il funzionamento sociale, lavorativo, relazionale, affettivo, la salute fisica e psichica, il livello di soddisfazione soggettivo in varie aree della vita.

¹ Si noti a questo proposito, il riferimento ad Anna Freud.

Un tale approccio ha considerevolmente stimolato la ricerca verso l'elaborazione di una gerarchia dei meccanismi di difesa che tenesse in debito conto tanto la dimensione cronologica, quanto quella evolutiva e quella adattiva; inoltre, la rilevanza delle possibili applicazioni di questo approccio in termini diagnostici è stata ampiamente riconosciuta attraverso l'inserimento di un apposito asse per la valutazione delle difese nel DSM IV (Hentschel, 2004).

Il problema che caratterizza questa gerarchia di difese è tuttavia il continuo "slittamento" che si osserva dalla dimensione cronologico-evolutiva a quella psicopatologica che potrebbe condurre a confusione e ambiguità; ciò è plausibilmente riconducibile all'impossibilità di poter stabilire se l'uso di un determinato meccanismo difensivo sia *in sé* adattivo o disadattivo, normale o patologico (Vaillant, 1977). Ad esempio, come abbiamo avuto modo di osservare, le difese psicotiche, comunemente considerate patologiche e non adattive, risultano invece normali e fisiologiche nei bambini minori di cinque anni come anche nei sogni e nelle fantasie degli adulti.

Nel valutare la significatività clinica di una difesa è necessario considerare la sua flessibilità e il contesto. Se una difesa è utilizzata in maniera rigida, se la sua attivazione è motivata più da bisogni passati che non dalla realtà presente o futura, se distorce significativamente la realtà, se annulla piuttosto che limitare la gratificazione, se impedisce piuttosto che incanalare l'espressione dei sentimenti, allora è plausibilmente una difesa maladattiva (Vaillant, 1977). Allo stesso tempo, anche il contesto acquista rilievo per cui difese che solitamente possono definirsi patologiche acquistano, in specifiche fasi del ciclo di vita (ad esempio, nell'esperienza della malattia fisica), un valore adattivo e funzionale (Vaillant, 1992).

Malgrado ciò, la classificazione esposta da Vaillant è sempre stata riconosciuta come assai valida, tanto che altri autori attualmente considerati autorità mondiali nell'area

dell'assessment delle difese (quali, ad esempio, Bond e Perry) ne hanno fatto il punto di partenza per le proprie teorizzazioni.

IL CONTRIBUTO DI J. CRISTOPHER PERRY

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

A meccanismi prettamente intrapsichici, quali erano le prime difese individuate da Freud (rimozione, isolamento, spostamento, ecc.), l'autore affianca meccanismi difensivi che agiscono prevalentemente sull'ambiente e/o sugli altri, inducendoli a porsi come sostegno dell'Io nell'affrontarne i bisogni (vedi per esempio l'ipocondriasi) o che comunque appaiono più come modalità di relazionarsi (per esempio l'aggressione passiva) che come veri e propri processi intrapsichici. Tale apertura, non sempre “forte” sul piano teorico, può però rivelarsi di grande importanza nel convalidare diagnosi differenziali tra i disturbi psicotici, dove spesso assistiamo ad un “perdersi” nel mondo psichico e quindi all'uso di meccanismi difensivi molto primitivi, i disturbi di personalità, dove vengono usate prevalentemente difese che agiscono sull'ambiente e sugli altri individui, a conferma di una parziale “esclusione” della realtà intrapsichica, cortocircuitata a favore dell'agire, e i disturbi nevrotici dove invece prevale l'uso dei classici meccanismi intrapsichici individuati da Freud (Lingiardi & Madeddu, 2002).

Lo strumento elaborato da Perry (1990; 1991), pur non differenziandosi sostanzialmente da altri precedentemente pubblicati (Vaillant, 1971, 1974; Semrad, Grinspoon, Fienberg, 1973), appare particolarmente curato, puntuale e rigoroso sia sul piano concettuale che su quello metodologico, e viene proposto come una “guida” che cerca, per quanto possibile, di fornire

una base comune in grado di motivare le valutazioni in modo tale da ridurre al minimo la loro soggettività e aumentare il più possibile l'attendibilità delle osservazioni raccolte.

La gerarchia proposta da Perry è composta da diversi raggruppamenti di difese che si dispongono lungo un continuum di immaturità/non adattività - maturità/adattività dei meccanismi stessi. Essa si articola nei seguenti 8 livelli:

- LIVELLO 0: CATTIVA O MANCATA REGOLAZIONE DIFENSIVA. Corrisponde ad una situazione di totale fallimento della regolazione difensiva. Di fronte ai diversi agenti stressanti, il soggetto tende a reagire in modo da causare una drastica rottura con la realtà comunemente condivisa. Appartengono a questo livello difese come diniego psicotico, distorsione psicotica, proiezione delirante.
- LIVELLO 1: ACTING. Corrisponde ad una situazione in cui l'individuo tende ad affrontare gli stress interni ed esterni o attraverso il ritiro dalla realtà o attraverso l'azione, ma comunque senza tenere in debita considerazione le conseguenze a cui la sua reazione può condurre. Appartengono a questo livello difese come acting out, aggressione passiva, *help-reject complaining* (ipocondriasi o ritiro nell'apatia).
- LIVELLO 2: DISTORSIONE MAGGIORE DELL'IMMAGINE O DIFESE BORDERLINE. Corrisponde ad una situazione di evidente distorsione ed errata attribuzione dell'immagine di sé e degli altri, al fine di sostenere un senso del Sé coerente e di sfuggire la frammentazione. Appartengono a questo livello difese come identificazione proiettiva, scissione dell'immagine del Sé o degli altri.
- LIVELLO 3: DINIEGO. Corrisponde a una situazione di esclusione dalla coscienza delle realtà stressanti, troppo spiacevoli o comunque inaccettabili per il soggetto, accompagnata o meno da una loro attribuzione sbagliata ad agenti esterni. Appartengono a questo livello difese come: diniego o negazione di sé, proiezione, razionalizzazione. Sempre in tale livello viene compresa anche la fantasia schizoide.

- LIVELLO 4: DISTORSIONE MINORE DELL'IMMAGINE O DIFESE NARCISISTICHE. Corrisponde a una situazione di distorsione non totale e non completa dell'immagine di sé o degli altri, allo scopo di regolare la propria autostima. Appartengono a questo livello difese come idealizzazione, onnipotenza, svalutazione.
- LIVELLO 5: INIBIZIONE MENTALE O ALTRE DIFESE NEVROTICHE. Corrisponde a una situazione in cui il soggetto tende a togliere dalla consapevolezza conflitti ed eventi stressanti, con manifestazione o meno di sintomi. Le realtà allontanate dalla consapevolezza possono essere modificate. Appartengono a questo livello difese come rimozione, dissociazione, formazione reattiva, spostamento.
- LIVELLO 6: INIBIZIONE MENTALE O DIFESE OSSESSIVE. Corrisponde a una situazione che permette di lasciare inalterata l'idea, la rappresentazione, intervenendo invece sull'affetto ad essa legato. Esso viene neutralizzato o diminuito, senza modificare la realtà. Appartengono a questo livello difese come annullamento retroattivo, intellettualizzazione, isolamento affettivo.
- LIVELLO 7: DIFESE MATURE. Corrisponde a una situazione di adattamento e di ottimali capacità di gestione delle realtà stressanti. Contiene meccanismi che consentono la gratificazione, la consapevolezza dei sentimenti, delle idee e dei loro effetti, contribuendo a creare un equilibrio tra i diversi motivi di conflitto. Appartengono a questo livello difese come affiliazione, altruismo, anticipazione, autoaffermazione, autoservazione, repressione, sublimazione, umorismo.

Sulla base di questa classificazione e della ricca letteratura che essa stessa ha stimolato, Perry giunge alla costruzione di una scala di valutazione del funzionamento difensivo (la Defensive Functioning Scale, DFS, Perry, 1993), da inserire come ulteriore asse psicodinamico

all'interno del DSM IV (A.P.A., 1994), sottolineando l'importanza della valutazione dei meccanismi di difesa dell'individuo per una comprensione più ampia del disagio mentale.

Già nel 1987, all'interno del DSM III-R (A.P.A., 1987), viene per la prima volta inserito un glossario dei meccanismi di difesa cui farà seguito, all'interno del DSM IV (1994), la pubblicazione della DFS.

Il DSM III R includeva una lista di 18 meccanismi di difesa ed un "Glossario di Termini Tecnici", in cui le difese vengono definite come "modi di sentire, di pensare, o comportamenti relativamente involontari e che sorgono in risposta a percezioni di pericolo psichico (...) finalizzati a nascondere o alleviare i conflitti o gli agenti stressanti che danno origine ad ansietà (...)" (A.P.A., 1987).

Nel DSM IV, con l'introduzione della DFS, si è giunti alla formazione di un asse aggiuntivo che permetta, prima di tutto, di aggiungere importanti informazioni dinamiche all'impronta tipicamente descrittiva del manuale. Inoltre, esso provvede a mettere in luce nuovi e non ridondanti aspetti oltre a quelli che già il DSM sottolinea circa la sintomatologia, la psicopatologia e la storia di vita del soggetto. La diagnosi che emerge dall'applicazione dei criteri contenuti negli assi da I a V del DSM è infatti una dimensione indipendente dallo stile difensivo di un soggetto che può rivelarsi utile nella pianificazione del trattamento e nella valutazione dell'efficacia dello stesso.

La DFS definisce le difese come "processi psicologici automatici che proteggono l'individuo dall'angoscia e dalla consapevolezza di pericoli o fattori stressanti interni o esterni"; essi, sempre in accordo con la definizione fornita dalla DFS, "mediano le reazioni dell'individuo nei confronti dei conflitti emozionali e dei fattori stressanti interni ed esterni". La Defensive Functioning Scale comprende un elenco di difese, organizzato in diversi cluster, chiamati Livelli Difensivi; al loro interno vengono raggruppati diversi meccanismi di difesa, che

risultano tra loro affini dal punto di vista concettuale. Abbiamo così la presentazione di sette differenti livelli difensivi, articolati nel modo seguente:

- 7: LIVELLO ALTAMENTE ADATTIVO. Consente un buon adattamento e un efficiente controllo dei fattori stressanti, un'ottima gratificazione e il mantenimento della consapevolezza di sentimenti, idee e loro effetti, permettendo lo stabilirsi di un buon equilibrio. Comprende: affiliazione, altruismo, anticipazione, autosservazione, humor, repressione, sublimazione.
- 6: LIVELLO DELLE INIBIZIONI MENTALI O FORMAZIONI DI COMPROMESSO. Consente di tenere fuori dalla coscienza tutte quelle realtà (affetti, desideri, ricordi) che possono risultare pericolose per il soggetto. Comprende: annullamento, dissociazione, formazione reattiva, intellettualizzazione, isolamento dell'affetto, rimozione, spostamento.
- 5: LIVELLO MINORE DI DISTORSIONE DELL'IMMAGINE. Consiste nella distorsione operata dal soggetto nei confronti dell'immagine di se stesso, del proprio corpo o degli altri, allo scopo di regolare la propria autostima. Comprende: idealizzazione, onnipotenza, svalutazione.
- 4: LIVELLO DEL DISCONOSCIMENTO. Consente all'individuo di tener fuori dalla coscienza tutte quelle realtà (impulsi, affetti, idee) che risultino sgradevoli o inaccettabili al soggetto, attribuendone, però, le cause a fattori esterni all'individuo. Comprende: negazione, proiezione, razionalizzazione.
- 3: LIVELLO MAGGIORE DI DISTORSIONE DELL'IMMAGINE. Consiste nella profonda distorsione o nella sbagliata attribuzione dell'immagine di sé o di quella altrui. Comprende: fantasia autistica, identificazione proiettiva, scissione dell'immagine di sé o degli altri.

- 2: LIVELLO DELL'AZIONE. Consente al soggetto di far fronte agli aspetti stressanti della realtà, sia interni che esterni, attraverso l'azione o il totale ritiro da essa. Comprende: acting out, aggressione passiva, ipocondriasi, ritiro apatico.
- 1: LIVELLO DELLA DISREGOLAZIONE DIFENSIVA. Consiste nella totale caduta dell'organizzazione difensiva, a cui segue una profonda rottura del rapporto che il soggetto manteneva con la realtà oggettiva. Comprende: distorsione psicotica, negazione psicotica, proiezione delirante.

Anche i singoli meccanismi difensivi vengono definiti in modo operativo:

Affiliazione. Comporta, da parte del soggetto, il riferirsi agli altri, al fine di essere aiutato, di ricevere un sostegno e di condividere con loro i propri problemi.

Altruismo. Consiste nel dedicarsi agli altri, nel voler andare in contro alle loro esigenze, ottenendo da questo atteggiamento una sorta di gratificazione, di soddisfazione sostitutiva o, comunque, dovuta alla risposta che il soggetto riceve dagli altri.

Anticipazione. Consiste nel vivere in modo anticipato particolari eventi emotivamente carichi che si manifesteranno nel futuro, o soffrendone anticipatamente le conseguenze, o cercando possibili ed eventuali soluzioni o reazioni ottimali ad essi.

Autoaffermazione. Comporta il manifestare in modo esplicito i propri affetti e pensieri.

Autoosservazione. Consiste nel riflettere su se stessi e nel reagire a queste riflessioni con modalità adeguate.

Umorismo. Comporta il trovare ed evidenziare elementi divertenti ed ironici all'interno delle situazioni stressanti o di conflitto.

Sublimazione. Consiste nel convogliare affetti e pulsioni negativi in azioni che siano socialmente accettabili.

Repressione. Comporta l'evitamento intenzionale di pensieri o sentimenti inaccettabili dal soggetto.

Annullamento retroattivo. Consiste nell'uso di particolari azioni o parole, al fine di annullare l'esistenza o di riparare simbolicamente ad affetti, pensieri o comportamenti non accettabili.

Dissociazione. Consiste nella caduta di tutte quelle funzioni (coscienza, memoria, percezione di sé e dell'ambiente, comportamento sensomotorio) che agiscono generalmente in modo integrato all'interno dell'individuo.

Formazione reattiva. Comporta il sostituire pensieri o affetti inaccettabili con il loro opposto.

Intellettualizzazione. Comporta un uso esagerato del pensiero astratto o una tendenza a continuamente generalizzare, allo scopo di gestire o edulcorare particolari sentimenti.

Isolamento dell'affetto. Consiste nel dividere drasticamente le rappresentazioni dagli affetti che ad esse erano associati, mantenendo le prime cosce e allontanando i secondi dalla consapevolezza.

Rimozione. Consiste nel togliere dalla coscienza desideri, pensieri o eventi inaccettabili, mantenendo consapevoli gli elementi affettivi ad essi associati.

Spostamento. Comporta l'associare un particolare sentimento o affetto ad un oggetto diverso e meno pericoloso per il soggetto rispetto a quello da cui in realtà esso origina, prendendo il primo come sostituto del secondo.

Idealizzazione. Consiste nel considerare se stessi o gli altri in modo esageratamente positivo.

Onnipotenza. Comporta il percepirsi o l'agire come se si fosse superiori agli altri o dotati di particolari poteri.

Svalutazione. Consiste nel considerare se stessi o gli altri in modo eccessivamente negativo.

Negazione. Comporta il non voler riconoscere determinati elementi della realtà, perché troppo dolorosi o inaccettabili.

Proiezione. Consiste nell'associare in modo sbagliato i propri affetti, pensieri, pulsioni a qualcuno o qualcosa di diverso da sé.

Razionalizzazione. Consiste nel costruire rassicuranti, ma false motivazioni ai propri pensieri, impulsi, affetti, azioni, al fine di celare le ragioni vere ed originarie.

Fantasia autistica. Comporta un uso spropositato di sogni ad occhi aperti, in sostituzione all'agire nella vita reale.

Scissione. Consiste nel dividere nettamente tra loro gli affetti che risultano opposti, senza avere la capacità di unire in un'unica ed integrata immagine gli aspetti positivi e negativi di sé e degli altri.

Identificazione proiettiva. Comporta l'attribuire in modo erroneo i propri affetti e/o pensieri inaccettabili ad altri, rimanendo però consapevole di essi, ma interpretandoli come risposte giustificate al comportamento o ai sentimenti altrui.

Ipocondriasi. Consiste in un particolare atteggiamento da parte del soggetto il quale tende a lamentarsi continuamente con gli altri, al fine di ottenere un aiuto, ma una volta che tale aiuto gli viene offerto, egli lo rifiuta.

Aggressione passiva. Consiste nel comunicare ostilità verso gli altri, ma non in modo manifesto, bensì attraverso elementi indiretti, dimostrando contemporaneamente un atteggiamento di facciata assolutamente benevolo e positivo.

Acting out. Consiste nella messa in atto di un comportamento, un'azione che risulta essere evidentemente legato al conflitto emozionale, senza passare attraverso la riflessione o il pensiero.

Le definizioni fin qui proposte hanno rappresentato un contributo molto importante nella storia della valutazione dei meccanismi di difesa perché, come vedremo nel secondo capitolo, hanno costituito il “terreno comune” cui molti autori si sono rivolti per elaborare strumenti e tecniche di assessment dei meccanismi di difesa (Lingiardi & Madeddu, 2002).

IL CONTRIBUTO DI PHOEBE CRAMER

Secondo la Cramer (ed in questo l'autrice si rifà ad Anna Freud) i meccanismi di difesa, come ogni altra funzione psichica, dall'infanzia all'adolescenza, subiscono un'evoluzione lungo un continuum: esistono quindi difese che sono determinanti e tipiche in particolari fasi dello sviluppo del soggetto. L'uso di un meccanismo di difesa da parte di un individuo dipende, di conseguenza, tanto dal livello evolutivo della persona quanto dalla complessità cognitiva che il meccanismo stesso presuppone (1991).

La Cramer (1998b) individua sei criteri in base ai quali delineare il concetto di difesa:

1. **INCONSCIO.** Un meccanismo di difesa è definibile, prima di tutto, come un'operazione mentale e cognitiva che funziona al di fuori della coscienza;
2. **RISPOSTA AD UNA "MINACCIA PSICHICA".** Come si affermava nelle classiche teorie psicoanalitiche, i meccanismi di difesa operano al fine di tenere fuori dalla coscienza pensieri, impulsi e desideri inaccettabili. Le moderne teorie psicodinamiche, dal canto loro, dichiarano che le difese agiscono per proteggere l'autostima del soggetto e, nei casi più estremi, per salvarne l'integrità del Sé. In entrambi i casi, comunque, vi è un evento che viene sentito dalla persona come minaccioso, sia che origini intrapsichicamente, sia esternamente all'individuo. Affinché si possa parlare di difesa, quindi, è necessario che esista una minaccia psichica o comunque una situazione percepito come tale dal soggetto;
3. **GESTIONE DI AFFETTI AVVERSI.** Un meccanismo di difesa ha la funzione di proteggere l'individuo dallo sperimentare un'ansia eccessiva. Quindi, quando una minaccia psichica che sia in grado di attivare vissuti emotivi spiacevoli è seguita dall'attivazione di un processo che consenta l'evitamento o la riduzione della carica affettiva negativa, è possibile parlare di meccanismo di difesa;

4. STABILITÀ. Un meccanismo di difesa è un aspetto della normale personalità dell'individuo e, come tale, subisce cambiamenti evolutivi. Le difese sono relativamente durevoli, stabili e prevedibili, seppure la loro attivazione sia stimolo-dipendente;
5. ADATTAMENTO. Se un meccanismo di difesa viene utilizzato in modo eccessivo e rigido, esso può favorire la manifestazione di una psicopatologia;
6. IDENTIFICABILITÀ (*DISTINCTIVENESS*). Ogni meccanismo di difesa può essere distinto dagli altri.

Secondo la Cramer il termine difesa si riferisce ad ogni operazione cognitiva che agisce per proteggere l'individuo dagli effetti distruttivi che conseguono a una situazione di ansia eccessiva. I meccanismi di difesa, in linea di massima, sono quindi adattivi, permettendo al soggetto di funzionare anche di fronte a situazioni emotivamente difficili. Tuttavia, se usati in modo pervasivo e rigido, essi possono portare ad una totale distorsione della realtà che si riflette necessariamente in un disadattamento.

Anche la Cramer (1987; 1991) propone una sua classificazione gerarchica dei meccanismi di difesa, affermando l'esistenza di difese maggiormente primitive o immature che si manifestano più precocemente nel corso dello sviluppo del soggetto (come diniego, proiezione, repressione, negazione) e di difese più complesse o mature che emergono successivamente (come intellettualizzazione ed identificazione). Dal punto di vista dello sviluppo, secondo la Cramer, è infatti lecito asserire che le difese riconosciute come primitive compaiano prima nel corso evolutivo del soggetto, mentre quelle più complesse possano emergere solo più tardi nel tempo. Nel soggetto, quindi, osserveremo, ad esempio, la progressiva comparsa dei seguenti meccanismi di difesa: Diniego; Proiezione; Identificazione. La Cramer ha supportato con differenti studi empirici (1999; Cramer & Block, 1998; Cramer & Kelly, 2004) alcune ipotesi circa il percorso evolutivo di queste difese e ha avuto

l'indubbio merito di sperimentare tecniche di assessment delle difese alternative agli strumenti self-report, di indagare lo sviluppo difensivo in fasi precoci dello sviluppo e di aver condotto studi longitudinali per approfondire l'evoluzione dell'assetto difensivo nell'infanzia e nell'adolescenza (Hentschel, 2004).

ALCUNE CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Nel momento in cui la ricerca empirica si è accostata al concetto, fino ad allora meramente clinico, di meccanismo di difesa, si è immediatamente sentita la necessità di procedere verso tentativi di standardizzazione e operazionalizzazione del costrutto di difesa e di tutti i singoli meccanismi difensivi che, fin ad allora, erano stati messi in luce attraverso il lavoro clinico con i pazienti (Hentschel, 2004).

Ciò ha comportato necessariamente una “ipersemplificazione” di costrutti spesso molto complessi e articolati (si pensi, ad esempio, al meccanismo difensivo dell'identificazione proiettiva) e la necessità di ridurre al minimo (o, per lo meno, controllare attraverso procedure standard) l'elemento inferenziale che, da sempre, aveva accompagnato l'analisi delle difese da parte degli autori di formazione psicomodinamica.

I tentativi di operazionalizzazione hanno tuttavia portato ad esiti molto diversi e non perfettamente comparabili tra loro e lo stesso costrutto originario è stato articolato e declinato in forme spesso non sovrapponibili (Hentschel, 2004); a ciò ha fatto seguito l'elaborazione di strumenti e tecniche di assessment molto diversi tra loro a seconda di quali elementi della definizione di difesa tendessero, di volta in volta, a prevalere (Madeddu, 2002).

L'elaborazione e l'introduzione, nella quarta edizione del DSM IV, di un asse supplementare per la valutazione dell'assetto difensivo non solo corona gli sforzi di tutti quegli autori che per anni hanno tentato di dare rigore metodologico ad un'area di ricerca intrinsecamente

complessa, ma ha permesso di disporre di un “terreno comune” cui tutti i ricercatori possono far riferimento (Lingiardi & Madeddu, 2002).

Un elemento, cui in parte si è già accennato, rimane a tutt’oggi particolarmente problematico e riguarda il ricorso a modelli gerarchici (o verticali) o evolutivi (orizzontali) nella classificazione dei meccanismi di difesa.

L’ipotesi che le difese evolvano durante lo sviluppo psichico verso forme più mature, più specifiche e adattive, era già contenuta negli scritti di Freud, che infatti originariamente distingue le forme difensive in primitive e secondarie (Freud, 1915) e successivamente ipotizza “che l’apparato psichico, prima della distinzione netta tra l’Io e l’Es, prima della formazione di un Super Io, adoperi sistemi di difesa diversi da quelli che usa dopo aver raggiunto questi gradi di organizzazione” (Freud, 1925).

I concetti di sequenza cronologica e di linea evolutiva ci riportano, come già discusso, all’opera di Anna Freud (1936, 1965) che per prima tentò una classificazione dei meccanismi di difesa secondo una distribuzione cronologica, mettendoli tra l’altro in relazione con la differenziazione di Es, Io e Super Io. Inoltre, uno dei primi ricercatori empirici che ha provato a studiare in modo sistematico i meccanismi di difesa da una prospettiva evolutiva è stato George Vaillant (1977) con il progetto *Adaptation to Life*, uno studio longitudinale sul cambiamento delle difese tra la prima età adulta e la mezza età. Tra coloro che privilegiano un approccio “orizzontale”, alcuni pongono l’accento, lungo la linea evolutiva, sull’età di comparsa dei differenti meccanismi (Vaillant, 1971, 1977; Perry, 1993a, 1993b), altri, rinviando parzialmente al modello di Piaget, scelgono invece la classica suddivisione in *fasi* dello sviluppo psicosessuale (Gedo & Goldberg, 1973).

All’interno del criterio temporale, alcuni autori classificano le difese lungo un *continuum* di maturità-immaturità, definendo immature le difese che appartengono ai primi anni di vita e

mature quelle che caratterizzano stadi successivi (Balint, 1937; Fenichel, 1945; Wallerstein, 1967; Semrad, Grinspoon & Fienberg, 1973; Vaillant, 1971,1977).

Generalmente, quindi, l'ordine gerarchico delle difese si definisce in relazione alla maturità psicologica mentre quello evolutivo sulla base di un criterio cronologico (Lingiardi & Madeddu, 2002). Tuttavia, le difese più "primitive" (quali, ad esempio, la proiezione) compaiono precocemente nella vita dell'individuo; le difese più complesse (per esempio, l'altruismo) compaiono molto più tardi (Vaillant, 1977; Cramer, 1987). Ciò ha portato ad una confusione tra immaturità-maturità ed *early age-later age*, che si riscontra anche in molte classificazioni dei meccanismi di difesa, che a prima vista sembrano basate sui criteri dello sviluppo. Tali modelli confondono l'idea delle difese in sé come più o meno mature con il concetto che i bambini usino difese differenti in stadi più o meno maturi del loro sviluppo.

Gli intrecci tra classificazioni orizzontali e verticali sono quindi spesso inestricabili (Lingiardi & Madeddu, 2002); si può dire tuttavia che, nonostante le classificazioni gerarchiche spesso si riferiscano a una linea temporale di sviluppo sul registro immaturo-maturo, esse non implicano che il livello di utilizzazione della difesa sia legato all'età o alla fase di sviluppo: individui della stessa età possono usare difese prese da qualsiasi livello della gerarchia.

Parlare di gerarchia delle difese e di cronologia di sviluppo delle difese non è la stessa cosa; infatti, un modello gerarchico (Lingiardi & Madeddu, 2002):

- a) implica una base di riferimento che non può essere costituita dalla sola linea temporale, ma anche, per esempio, dal grado di complessità, maturità (definita in qualche modo indipendentemente dall'età), distorsione della realtà, ecc;
- b) può anche implicare una stratificazione delle difese, dove alcune sono più profonde (per esempio, meno accessibili alla coscienza) e altre più superficiali (per esempio, più accessibili alla coscienza);
- c) può - ma non necessariamente deve - affiancare un modello cronologico.

Sembra di poter concludere che una lettura dei meccanismi di difesa deve necessariamente intrecciare le due prospettive. Lo stesso Vaillant (1971,1977; Soldz & Vaillant, 1998), fermo sostenitore della prospettiva gerarchica, si serve esplicitamente della *dimensione temporale* per costruire una gerarchia di difese *basata sul livello di maturità*. Il livello gerarchico è a sua volta legato a una seconda gerarchia, cioè quella basata sul livello della patologia. Per Vaillant risulta pertanto possibile collocare i singoli processi lungo un *continuum* che esprime due dimensioni diverse, ma intimamente correlate: *immaturità-maturità* e *psicopatologia-salute mentale*. Per alcune difese, ma non per altre, è possibile osservare come, durante la remissione di un quadro psicopatologico, vi possa essere un'evoluzione da meccanismi più immaturi a meccanismi più maturi (per esempio, la serie diniego-rimozione-repressione).

Buona parte della letteratura è propensa a leggere i meccanismi di difesa in termini di sviluppo, ma le ricerche che mostrano l'evidenza empirica di tale enunciato sono ancora frammentarie. Tra queste, le più note si riferiscono alla *diminuzione dell'uso del diniego con il crescere dell'età* (Cramer, 1987; Cramer & Gaul, 1988). Per quanto riguarda le altre difese, i risultati sono più incerti. L'idea di base che guida gli studi della Cramer (1991), influenzata sia da Piaget sia da Anna Freud, è comunque che le difese si sviluppino dall'infanzia all'adolescenza lungo un *continuum* e che certe difese sono prevalenti in determinati periodi dello sviluppo. L'uso di una difesa è determinato sia dal livello evolutivo del bambino sia dalla complessità cognitiva di quella difesa. Inoltre, sulla frequenza d'uso delle difese, influisce anche il genere del soggetto (Cramer, 1979).

“C'è bisogno – scrive Perry (1993a, p. 285) – di studi ad ampio raggio sulle singole difese, così da poter determinare finalmente il modo più valido di raggrupparle gerarchicamente. Fino a quel momento, la gerarchia delle difese sarà caratterizzata da una certa mutevolezza”.

CAPITOLO 2.

LA VALUTAZIONE DEI MECCANISMI DI DIFESA

Anche la ricerca empirica ha affrontato negli ultimi decenni l'area delle difese psichiche, cercando di fornire approfondimenti e riscontri alle molteplici osservazioni cliniche e teoriche prodotte nei periodi precedenti. Tale interesse è da attribuirsi al fatto che i meccanismi di difesa rappresentano un concetto ormai centrale in diversi settori della psicologia e di altre discipline che studiano il funzionamento mentale (Cramer, 2000) e da tempo sono usciti dall'alveo freudiano per divenire uno dei dati "incontrovertibili" dell'osservazione clinica (Madeddu, 2002; Madeddu & Prunas, 2003). Come ricorda Vaillant (1998) infatti, le difese esistono realmente, sono definibili, sono connesse ad alcuni nodi cruciali del nostro funzionamento psichico, influenzano il decorso delle malattie e sono determinanti nel nostro adattamento alla realtà.

Di fatto, il tentativo di tradurre le teorizzazioni e speculazioni proposte nel capitolo precedente in strumenti e tecniche affidabili e validi per la misurazione dei meccanismi di difesa, non è stato privo di ostacoli soprattutto di carattere metodologico.

La definizione generale di difesa rappresenta naturalmente una prima questione centrale (Madeddu, 2002). Ad esempio, se il carattere di "inconsapevolezza" (Cramer, 1998a; 1998b), viene considerato un elemento centrale nella definizione di meccanismo di difesa, si renderà necessario proporre strumenti di valutazione in grado di rilevare operazioni mentali non consapevoli, di elicitare nel soggetto risposte al di fuori della sua consapevolezza o che vi sia quantomeno una consapevolezza relativa (Perry, 1993); ciò naturalmente comporta la necessità di riferirsi alla valutazione di un clinico esperto e adeguatamente addestrato il quale,

nell'offrire una valutazione dell'assetto difensivo, dovrà fare ricorso a meccanismi di tipo inferenziale.

Per altri autori, come avremo modo di vedere, il soggetto può riferire sui propri comportamenti senza essere necessariamente consapevole delle motivazioni profonde e inconscie che ne stanno alla base e quindi può essere giudicato un informatore attendibile rispetto ad alcuni indicatori del suo funzionamento difensivo; questo assunto lascia quindi aperta la possibilità che i meccanismi di difesa possano essere valutati anche mediante strumenti *self-report*.

In secondo luogo, sempre rifacendoci alla definizione di meccanismi di difesa proposta dalla Cramer (1998a), l'utilizzo di una difesa dovrebbe essere attivato da una "minaccia" all'omeostasi psichica, dovrebbe portare a una diminuzione dell'ansia ed essere adattativo; tali elementi sono di difficile rilevazione ricorrendo ad un semplice questionario "carta e matita" (Davidson & MacGregor, 1998). Inoltre i vari meccanismi dovrebbero essere fra loro ben distinguibili e possedere almeno un certo livello di stabilità temporale (Madeddu, 2002).

Ulteriori problemi riguardano il "catalogo" delle difese cioè il fatto che, al momento, non esiste un elenco concordato di meccanismi di difesa che non sia così riduttivo da eliminare processi difensivi di rilievo clinico e teorico, ma neppure così esteso da risultare poco maneggevole per chi deve raccogliere i dati ed interpretarli (Madeddu, 2002).

La maggior parte delle ricerche condotte negli ultimi anni si sono concentrate nello sforzo di giungere ad una progressiva standardizzazione degli elenchi di difese e ciò è stato probabilmente favorito dall'inclusione dell'asse psicodinamico del DSM, cui diversi strumenti e contributi, in maniera più o meno diretta ed esplicita, tendono attualmente ad ispirarsi.

"Nonostante questi sforzi, i ricercatori hanno creato elenchi di difese diversi fra loro e usano principi di classificazione a volte contrastanti; ognuna di queste tassonomie vede le difese in

modo diverso a seconda dei modelli evolutivi e psicopatologici sottesi: il risultato è che le definizioni empiriche differiscono spesso anche quando la difesa esaminata appare essere una delle più ‘discusse’, come, ad esempio, nel caso della negazione. Mancano definizioni consensuali precise e universalmente accettate; quelle attualmente in uso sono ancora spesso vaghe e ambigue, in parte iperinclusive o sovrapponibili e quasi ogni gruppo di ricerca adotta una propria nomenclatura, utilizzando un nome diverso per esprimere concetti molto simili” (Madeddu, 2002).

Naturalmente, l’assenza di una definizione consensuale e di una classificazione standard dei meccanismi di difesa riconosciute come valide ed esaustive dall’intera comunità psicoanalitica (e dai ricercatori impegnati in questo campo), rende quest’area di indagine molto incerta e nebulosa e il suo assessment intrinsecamente problematico (Bond, 2004).

Appare quindi centrale la questione di definire e catalogare i meccanismi di difesa in formulazioni base ben riconoscibili e distinguibili: a questi assetti devono riferirsi gli strumenti di ricerca (Madeddu, 2002).

Nel tentativo di semplificare la ricca letteratura sull’argomento, è possibile individuare quattro principali categorie di strumenti di valutazione delle difese (Lingiardi & Madeddu, 2002):

- strumenti basati sull’analisi di materiale clinico (interviste cliniche e osservazione clinica) da parte di un valutatore;
- strumenti basati sull’analisi, da parte di un valutatore, del materiale ricavato dalla somministrazione di test proiettivi;
- strumenti autosomministrati;
- tecniche percetto-genetiche.

Prima di analizzare nel dettaglio le caratteristiche peculiari di ognuna di esse, appare opportuno mettere in evidenza alcuni aspetti che le accomunano. In generale, si può infatti affermare che esistono degli elementi che rendono problematica in sé la valutazione dei meccanismi di difesa e, di conseguenza, l'applicazione di qualsiasi modalità di valutazione (Cramer, 1991).

Tutti questi strumenti, anche se in misura diversa a seconda della tipologia, hanno dovuto spesso confrontarsi con il problema della “desiderabilità sociale” e della “desiderabilità individuale” delle risposte dei soggetti sottoposti a valutazione (Madeddu, 2002). Con questi due fenomeni ci si vuole riferire al fatto che gli individui valutati sono tendenzialmente portati a comportarsi, agire o rispondere in modo da fornire un'immagine di sé accettabile agli occhi del valutatore. Questa tendenza può causare una falsificazione delle risposte o dei comportamenti del soggetto da valutare; a tale proposito alcuni autori riconoscono l'esistenza di particolari “stili di risposta” (Pahulus, John, 1998) che, nello specifico possono essere ricondotti a due principali: lo “stile alfa” (egoistico o narcisistico), che corrisponde alla tendenza ad esaltare gli aspetti positivi della propria persona; e lo “stile gamma” (moralistico), che corrisponde alla tendenza ad evitare giudizi morali negativi da parte degli altri.

Verranno ora passate in rassegna in dettaglio le quattro metodologie più utilizzate per l'assessment dei meccanismi di difesa.

GLI STRUMENTI BASATI SULL'ANALISI DI MATERIALE CLINICO

La costruzione di strumenti di valutazione dei meccanismi di difesa basati sull'osservazione clinica può essere considerata una diretta conseguenza delle teorizzazioni di Sigmund Freud, il quale ha espresso la convinzione secondo la quale un osservatore esterno può

ragionevolmente inferire la presenza delle operazioni difensive di cui l'individuo stesso non ha consapevolezza. Le difese non sono quindi direttamente osservabili né dall'osservatore né dal soggetto, ma sono solo inferibili dal materiale clinico che l'osservatore raccoglie nel contesto della relazione clinica con il paziente.

Sulla base di questi assunti, a partire dagli anni '60 e, con un interesse progressivamente crescente, durante gli anni '80, diversi ricercatori hanno sviluppato una serie di metodi di valutazione delle difese basati sull'osservazione clinica.

In particolare, questi approcci possono essere suddivisi in due tipologie principali: da una parte, è possibile annoverare quelli che fanno principalmente ricorso a dati derivanti da interviste; dall'altra, quelli che utilizzano metodi proiettivi per ricavare il materiale clinico da sottoporre a valutazione.

STRUMENTI BASATI SULL'USO DI INTERVISTE, OSSERVAZIONE E DATI CLINICI

Questi metodi consistono nel valutare i meccanismi di difesa dell'individuo analizzando il materiale emergente dalle interviste e dalle osservazioni dirette del soggetto da parte del valutatore. Essi si suddividono principalmente in due tipologie:

METODI BASATI SULLE INTERVISTE CLINICHE. Questa modalità di valutazione delle difese comprende molti strumenti tra loro differenti. Tra questi è possibile annoverare il *Defense and Coping Mechanism* (Haan, 1963), la *Ego Profile Scale* (Semrad, Grinspoon, Fienberg, 1973), la *Ego Functioning Assessment* (Bellak et al., 1973), la *Denial Scale* (Hackett & Cassem, 1974), il *Clinical Vignette Method* (Vaillant, 1971, 1976, 1977), il *Clinical Assessment of Defense Mechanisms* (Ehlers & Czogalik, 1984), la *Defense Mechanism Rating Scale* (Perry, 1990; 1991), la *Adolescent Ego Defense Mechanism Ratings* (Jacobson et al., 1986a; 1986b), l'*Inventory of Defense-Related Behaviors* (Bauer & Rockland, 1995). Malgrado le diversità

metodologiche che distinguono questi strumenti, esistono alcune caratteristiche che li accomunano.

Prima di tutto la loro applicazione richiede un training obbligatorio per il valutatore che decida di farne uso proprio perchè è sul giudizio soggettivo di un valutatore che si basa l'analisi dei meccanismi di difesa. I valutatori devono inoltre essere continuamente sottoposti a supervisioni e confronti con altri operatori, in modo da prevenire eventuali errori sistematici nella valutazione delle difese. Può accadere infatti che “(...) le difese identificate precocemente nella sessione tendono ad influenzare anche la codifica delle difese presenti nel proseguimento dell'incontro” (Perry & Ianni, 1998). Un chiaro limite di questi metodi è quindi la concreta difficoltà ad ottenere informazioni e valutazioni sulle difese con sufficiente affidabilità e la necessità di sottoporre a verifica empirica l'accordo inter-rater tra valutatori diversi.

L'assenza di elevati livelli di convergenza tra giudici diversi comporta una certa difficoltà nel comprendere quanto le eventuali variazioni rilevate nel funzionamento difensivo di un soggetto siano attribuibili alle differenze tra giudizi soggettivi di diversi valutatori o siano piuttosto dovute ad un reale cambiamento (attribuibile, ad esempio, al normale sviluppo evolutivo o ad interventi di tipo psicoterapeutico). In questo senso, gli strumenti basati su dati clinici si differenziano molto da quelli basati su test proiettivi: mentre con i primi vi è una grande variabilità legata allo stile di intervista e di osservazione del valutatore, con i secondi si ottengono dati maggiormente oggettivi e standardizzati, seppure la loro applicabilità risulta essere limitata alle situazioni di testing e quindi siano poco ecologiche. Allo scopo di meglio definire la validità di questi metodi si rendono necessari ulteriori studi circa la convergenza dei dati ricavati da strumenti diversi e circa gli eventuali effetti che la stessa situazione testale può indurre nel soggetto e sul funzionamento difensivo rilevato (Madeddu, 2002);

METODI CHE APPLICANO LA MODALITÀ Q-SORT AI DATI CLINICI. Questo gruppo di strumenti comprende due diversi dispositivi: il *Q-sort Method* di Vaillant (Roston, Lee, Vaillant, 1992) ed il *Defense-Q* (Davidson & MacGregor, 1996). La metodologia del Q-sort prevede che il soggetto classifichi una lista di item proposti dal valutatore in ordine gerarchico dal più rappresentativo al meno rappresentativo del suo funzionamento abituale. L'introduzione di questa modalità nell'area della valutazione delle difese è da ricondurre a diverse necessità; in primo luogo, essa permette di non trascurare alcune difese a favore di altre e quindi di analizzare in modo più completo ed esaustivo l'assetto difensivo individuale. Queste tecniche permettono quindi al contempo di ottenere un profilo generale delle difese dell'individuo e di comprendere quali siano i meccanismi di difesa più rappresentativi e caratteristici di cui abitualmente si serve per la gestione delle situazioni conflittuali. In secondo luogo, la metodologia del Q-sort rappresenta un tentativo di far fronte ad alcune difficoltà di scoring che la valutazione delle difese ha da sempre comportato. Infatti, questo approccio prevede una classificazione delle singole difese in raggruppamenti diversi a seconda che siano più o meno rappresentative della struttura difensiva del soggetto e consente di ottenere una distribuzione delle difese che si approssima ad una curva normale.

Malgrado ciò il Q-sort mostra una moderata affidabilità, dovuta principalmente ad alcune caratteristiche che delineano le sue modalità di scoring (Madeddu, 2002). E' infatti plausibile che il numero di meccanismi di difesa che al soggetto si chiede di valutare sia ben superiore a quelle che costituiscono il suo abituale repertorio difensivo; inoltre bisogna riconoscere che tale metodologia può indurre ad un'artificiosa forzatura verso una distribuzione normale delle diverse difese; ciò non corrisponde tuttavia necessariamente alla reale modalità con cui le difese si configurano, in quanto, come detto, è altamente probabile che il soggetto non utilizzi tutti i meccanismi di difesa proposti. Un ulteriore problema è quello della difficile comparazione tra individui diversi o gruppi di individui attraverso l'uso di punteggi

qualitativi: questi, da una parte, consentono di determinare se una difesa sia rappresentativa o meno di un individuo o di un gruppo, ma, dall'altra, non permettono di definire con precisione quanto una difesa sia più caratteristica in un soggetto o in un gruppo piuttosto che in un altro. In ultimo, il metodo del Q-sort può contribuire a delineare solo valutazioni complessive e globali del pattern difensivo di un soggetto e per questo non può essere utilizzato in ricerche che richiedano un approccio microanalitico, microambientale o momento-per-momento (come, ad esempio, gli studi che si occupano del cambiamento delle difese nei pazienti sottoposti a psicoterapia); piuttosto, queste tecniche risultano particolarmente indicate per disegni di ricerca quali, ad esempio, studi *single case*. D'altra parte, la metodologia del Q-sort possiede una serie di aspetti positivi che ne facilitano l'applicazione; essa è infatti molto economica, caratterizzata da semplici regole di scoring e di un percorso di training non particolarmente complesso e, proprio per queste ragioni, non richiede la necessità obbligata di un valutatore professionista ed esperto.

STRUMENTI BASATI SULL'USO DI TEST PROIETTIVI

Questi metodi consistono nell'analizzare il materiale ricavato dall'applicazione di alcuni test proiettivi, secondo parametri e regole rigidamente codificati, allo scopo di approfondire l'assetto difensivo dei soggetti ad essi sottoposti.

Plausibilmente, l'applicazione dei proiettivi alla valutazione delle difese deriva da una certa affinità concettuale tra il *modus operandi* del processo psicoanalitico e le tecniche proiettive stesse (Hentschel et al., 2004). Gli stimoli dei test proiettivi sono infatti ambigui, le risposte fornite dal soggetto risentono solo marginalmente di possibili condizionamenti esterni e la situazione testale consente al soggetto ampi margini di libertà rispetto al significato da attribuire agli stimoli, con un minore impatto di *bias* di desiderabilità sociale e maggiori opportunità di *self-disclosure*.

Le tecniche proiettive si sono prestate alla valutazione delle difese già a partire dagli anni '40 e '50 quando esse venivano utilizzate prevalentemente in contesti clinici. Alcuni dei principali manuali di siglatura (Rapaport, Gill, Schafer, 1945) cominciarono quindi a fornire alcune indicazioni per svolgere al meglio tale attività di valutazione; essa, si basava originariamente per lo più sull'esperienza e sul training del valutatore piuttosto che essere guidata dai dati e dalle risultanze emerse dalla ricerca empirica.

Una pietra miliare nella sistematizzazione dell'interpretazione psicoanalitica delle tecniche proiettive è stato il volume di Schafer (1954) in cui viene proposto un complesso set di regole e principi per inferire correttamente l'attività difensiva del soggetto a partire dalle risposte fornite alle macchie di Rorschach. Tale manuale era tuttavia destinato più alla pratica clinica che non all'attività di ricerca.

Più di recente, tre metodi di valutazione dei meccanismi di difesa hanno acquisito rilievo: il *Rorschach Index of Repressive Style* (Levine & Spivak, 1964), la *Lerner Defense Scale* (Lerner & Lerner, 1980) e la *Rorschach Defense Scale* (Cooper, Perry, Arnow, 1988). Ciascuna di queste scale è stata validata e applicata all'identificazione delle difese in una grande varietà di contesti, sia in campioni clinici che in campioni estratti dalla popolazione generale (Hentschel et al., 2004).

Oltre al Rorschach (1921), altri proiettivi sono stati applicati con successo nell'ambito della valutazione delle difese: le *Blacky Pictures* (Blum, 1950, 1954, 1955) ed il *Thematic Apperception Test* (Morgan & Murray, 1935; Murray, 1938). Al primo infatti è affiancabile la *Defense Preference Inquiry* (Blum, 1956); per il T.A.T. è stato creato il *Defense Mechanism Manual* (Cramer, 1988; 1991).

Il principale vantaggio associato all'uso di test proiettivi nella valutazione delle difese consiste nel fatto che per essi è prevista una situazione testale molto ben definita e standardizzata, in cui l'influenza del valutatore nell'elicitare determinate risposte viene ridotta

al minimo; ciascuno degli strumenti proposti è infatti dotato di un manuale cui il valutatore deve scrupolosamente attenersi non solo nell'analisi dei meccanismi di difesa ma anche rispetto alle modalità di presentazione del materiale e di interazione con il paziente. Passando in rassegna la mole di dati ricavati da questo filone di ricerca, Perry e Ianni (1991) concludono che le risposte al test di Rorschach possono essere meno condizionate dalla tecnica di somministrazione dell'operatore di quanto comunemente avvenga per le interviste cliniche strutturate.

Uno degli inconvenienti più significativi è il fatto che l'uso di questi test implica un lungo e approfondito periodo di training che consenta l'apprendimento delle modalità di somministrazione, delle regole di scoring e di interpretazione del materiale emerso.

Esistono inoltre altri evidenti limiti: prima di tutto la loro applicazione risulta essere lunga ed complessa; in secondo luogo, i metodi proiettivi mal si prestano alle somministrazioni ripetute non potendo quindi trovare applicazione in studi longitudinali². Un altro punto a sfavore di questi strumenti consiste nel fatto di necessitare, per essere somministrati, della presenza fisica dell'individuo oggetto di valutazione; non è infatti possibile utilizzarli telefonicamente o in modalità carta-matita. Proprio per questo la loro applicazione è forzosamente limitata ad un campione ristretto e facilmente raggiungibile in termini pratici (Lingiardi & Madeddu, 2002).

In generale, come sostiene Michael Bond in una recente ed esaustiva review della letteratura (2004), "observer-rated methods³ have the advantage of detecting the behavioural manifestations of mental processes that may be outside of the subject's awareness but they are more costly and time-consuming and have to deal with issues of inter-rater reliability".

² In realtà, questa argomentazione non si applica a tutti gli approcci; un'eccezione è ad esempio rappresentata da Comprehensive System di John Exner (2003).

³ L'autore si riferisce sia ai metodi basati sull'analisi di materiale clinico sia a quelli basati sull'uso di tecniche proiettive.

TECNICHE PERCETTO-GENETICHE

Le tecniche proiettive e le valutazioni dell'assetto difensivo ad opera di un osservatore condividono una caratteristica comune: quella di riuscire a cogliere alcuni aspetti del funzionamento psichico dell'individuo in un dato momento (Westerlundh, 2004). La natura delle difese è invece dinamica; si tratta cioè di fenomeni che si realizzano in un arco temporale piuttosto che in un momento puntiforme nel tempo (Hentschel et al., 2004).

Già Sandler e Joffe (1969) avevano individuato dei parallelismi tra i processi percettivi e le manifestazioni del conflitto, dell'ansia e delle difese che si osservano nel contesto del trattamento psicoanalitico. Tale parallelismo è di importanza centrale per le tecniche percetto-genetiche sviluppate proprio per indagare lo svolgersi degli "eventi nel tempo" (Smith, 1957, pag. 306). Il loro contributo alla ricerca nell'area delle difese è stato triplice (Smith & Hentschel, 2004); prima di tutto, hanno stimolato l'elaborazione di tecniche finalizzate alla valutazione dei meccanismi di difesa nel momento stesso in cui questi agiscono. In secondo luogo, hanno prodotto metodi di scoring e definizioni operazionali per molti dei più importanti meccanismi di difesa. Infine, è stata accumulata una grande varietà di dati su questi meccanismi difensivi e sulle condizioni che sono in grado di attivarli.

Lo strumento principe di quest'approccio è il *Defense Mechanism Test* (DMT; Kragh, 1985) che concepisce le principali difese di matrice freudiana come processi di risposta subliminale distorti di fronte a stimoli in grado di elicitare reazioni di paura.

Tra tutte le metodologie di assessment delle difese, le tecniche percetto-genetiche risultano tuttavia in assoluto le meno utilizzate e, interrogando la banca dati Psychinfo, vengono elencate poco più di cento pubblicazioni pertinenti a fronte delle oltre 700 relative alle applicazioni degli strumenti autosomministrati⁴.

QUESTIONARI AUTOSOMMINISTRATI

Questi strumenti consistono in questionari ai quali il soggetto viene sottoposto, con la richiesta di compilarli in autonomia, secondo le specifiche modalità che ogni singolo test presuppone.

Tra i più rappresentativi autosomministrati per la valutazione delle difese è possibile annoverare la *Coping and Defending Scale* (Haan, 1963), il *Defense Mechanism Inventory* (Gleser & Ihilevich, 1969), il *Life Style Index* (Conte & Apter, 1995), il *Defense Style Questionnaire* (Bond et al., 1983), il *Defense Mechanism Profile* (Johnson & Gold, 1995), la *Response Evaluation Measure-71* (Steiner et al., 2001).

Come tutti gli altri tipi di strumenti, anche i questionari autosomministrati possiedono caratteristiche positive e negative (Davidson & MacGregor, 1998; Lingiardi & Madeddu, 2002).

I vantaggi che accompagnano questi strumenti sono diversi. Prima di tutto gli stimoli che vengono utilizzati (che corrispondono ad affermazioni scritte, uguali per tutti i soggetti) sono oggettivi in quanto assumono lo stesso significato per tutte le persone a cui sono proposti. Le risposte che essi richiedono non sono ambigue e possono venire facilmente analizzate, essendo questi strumenti di solito composti da domande chiuse che comportano il completamento di frasi, l'utilizzo di una scala tipo Likert o risposte dicotomiche (vero/falso, sì/no). Le regole per il loro scoring, inoltre, sono semplici e predefinite ed è ridotto al minimo il rischio di errori dovuti alla soggettività di interpretazione delle risposte da parte del valutatore o legati alle aspettative o alle attese del somministratore. La presenza di ben definite norme di somministrazione, di esecuzione dei test e di regole per la valutazione delle risposte consente di ovviare il rischio di bias sistematici dovuti alla situazione di somministrazione che, nel caso degli altri strumenti, può provocare maggiori condizionamenti sul soggetto valutato (Madeddu, 2002). L'esistenza di queste regole rende questi strumenti

⁴ Indagine condotta il 18 ottobre 2005.

maggiormente standardizzati e meno soggetti a problemi di affidabilità. I test autosomministrati si distinguono pertanto per la loro economicità d'uso, la loro semplicità e la loro possibilità di raggiungere ed essere somministrati ad un elevato numero di soggetti (permettendo così di ricavare dati normativi rispetto ai quali confrontare le prestazioni dell'esaminato). Essi si caratterizzano per essere poco intrusivi nei confronti del soggetto e molto duttili; per la loro somministrazione non è necessaria la presenza di un valutatore esperto e non è di solito previsto sottoporre quest'ultimo a particolari training di formazione.

A questi aspetti positivi si associano però diversi svantaggi. Prima di tutto, malgrado gli item che compongono i questionari abbiano un inequivocabile significato letterale, non è detto che il significato soggettivo, ossia il valore ad essi attribuito e percepito dagli individui, sia sempre lo stesso. Una determinata situazione o affermazione può essere infatti di fondamentale importanza per una persona, mentre può assumere un valore marginale per altri soggetti; malgrado l'oggettività di cui si è accennato sopra, gli autosomministrati mantengono pertanto un certo grado di soggettività di interpretazione dell'informazione fornita dagli item. Nella compilazione dei questionari autosomministrati sono stati infatti riscontrati diversi tipi di bias legati all'interpretazione degli item: questi possono essere di natura culturale, attentiva, cognitiva, ma anche riconducibili alla reale disponibilità del soggetto nell'aderire alla ricerca/valutazione.

In ultimo, un problema aggiuntivo consiste nella presenza di scarse intercorrelazione tra i diversi strumenti autosomministrati costruiti per la misurazione dei meccanismi di difesa; la letteratura sull'argomento suggerisce infatti che non sia sempre possibile rilevare indici soddisfacenti di validità convergente e discriminante (Bond, 2004; Cramer, 2000; Davidson & MacGregor, 1998).

CAPITOLO 3.

ALLE ORIGINI DI REM-71: IL DEFENSE STYLE QUESTIONNAIRE

Allo scopo di analizzare in maniera approfondita lo strumento oggetto di questo studio, REM-71 (Steiner, Araujo, Koopman, 2001), è necessario prima di tutto offrire una panoramica delle caratteristiche, le proprietà psicometriche e le applicazioni di quello che può essere considerato l'antecedente più diretto di REM: il Defense Style Questionnaire di Michael Bond (Bond et al., 1983).

STORIA ED EVOLUZIONE DEL DEFENSE STYLE QUESTIONNAIRE

DSQ è un questionario autosomministrato per l'assessment dei meccanismi di difesa. La sua prima versione risale al 1983 e, da allora, è stato oggetto di numerose revisioni e modifiche ad opera di autori diversi allo scopo sia di migliorarne le proprietà psicometriche, sia di adattarlo a specifiche popolazioni di soggetti (ad esempio, gli adolescenti).

Seppure altri strumenti (autosomministrati e non) per la valutazione delle difese fossero già da tempo disponibili al momento dell'elaborazione del DSQ⁵, essi identificavano una serie di assetti difensivi che avevano scarsa corrispondenza con le difese "classiche" della tradizione psicoanalitica e nessuna sovrapposizione con quelle inserite nel glossario della terza edizione riveduta del DSM (A.P.A., 1987)⁶; inoltre, essi, a differenza di DSQ, non hanno mai goduto

⁵ Tra questi è possibile citare il DMI di Gleser e Ihilevitch (1969) ma anche i contributi di Haan (1977), Semrad et al. (1973), Battista (1982), Weinstock (1967).

⁶ Michael Bond faceva parte del comitato di esperti interpellati per la stesura del glossario delle difese del DSM-III-R.

della stessa diffusione né in contesti clinici né in contesti di ricerca (Farma & Cortinovia, 2001).

Alla base del lavoro di Michael Bond c'è la piena consapevolezza che l'utilizzo di questionari autosomministrati al fine di valutare l'assetto difensivo individuale sia del tutto opinabile: appare infatti contraddittorio analizzare dei fenomeni che agiscono, in un dato soggetto, a livello inconscio chiedendo proprio al soggetto stesso di parlarne. In linea teorica, infatti, il soggetto che mette in atto meccanismi di difesa dovrebbe essere considerato la persona meno adatta a fornire informazioni utili al clinico.

Bond ritiene che questa metodologia di assessment renda comunque possibile indagare i "derivati consci" delle difese; da essi è poi possibile risalire allo stile difensivo dell'individuo, in quanto i derivati consci sono elementi strettamente collegati alle difese inconse e, seppure indirettamente, possono considerarsi delle manifestazioni osservabili del loro utilizzo.

I meccanismi di difesa si manifestano infatti in determinate situazioni, attraverso particolari stati d'animo, comportamenti o azioni (i "derivati consci" delle difese) riconoscibili in modo consapevole dal soggetto, malgrado le motivazioni e i meccanismi profondi (e quindi le difese) alla base di essi rimangono a lui del tutto ignoti.

Il questionario di Bond è stato quindi elaborato allo scopo di evidenziare e portare alla luce quelle che sono le modalità tipiche, conscie o inconse, dello stile di gestione del conflitto e delle difficoltà caratteristico di un soggetto, nella piena consapevolezza che "solo una valutazione clinica può permettere l'identificazione dei processi inconsci nel momento stesso in cui sono in atto" (Bond et al., 1983; pag. 334). Un presupposto alla base del suo utilizzo è che qualsiasi soggetto sia in grado, utilizzando le proprie capacità di auto-osservazione, di commentare in modo accurato i propri comportamenti e pensieri e riferire circa essi (Bond, 1995; 2004).

Bond stesso riassume così alcuni punti a favore dell'uso di strumenti autosomministrati per valutare le difese di un individuo (Bond, 1995):

1. L'utilizzo abituale di un qualsiasi meccanismo di difesa contribuisce a modellare il comportamento, le credenze, i sentimenti del soggetto che ne fa ricorso. La presenza di determinati comportamenti, credenze, sentimenti, può essere dunque considerata un indicatore attendibile di un uso abituale, da parte dell'individuo, di quella particolare difesa⁷;
2. Gli individui sono spesso consapevoli delle conseguenze indotte dalle loro operazioni inconsce e possono arrivare a conoscere, attraverso l'introspezione, le ragioni profonde di certi loro comportamenti e inferire quindi quei processi inconsci che stanno, presumibilmente, alla loro base;
3. A volte può accadere che una difesa fallisca almeno temporaneamente nel suo scopo e che quindi vengano in superficie quegli impulsi inaccettabili che proprio la difesa avrebbe dovuto contribuire a gestire. E' dunque possibile che, in queste occasioni, il soggetto divenga consapevole di questi suoi impulsi e, di conseguenza, del suo modo usuale di difendersi da essi;
4. Infine, altre persone possono contribuire, attraverso le loro osservazioni o i loro commenti, a stimolare la consapevolezza circa le modalità abituali di gestire i conflitti e le situazioni stressanti.

Da parte di Bond (2004) c'è inoltre una ferma consapevolezza che il suo strumento, proponendosi di misurare i derivati coscienti delle difese, sia del tutto inadatto alla misura di specifici, singoli meccanismi di difesa; come l'autore stesso sostiene *it would be impossible*

⁷ Scrivono a questo proposito San Martini et al., 2004 (pag. 484): "...the habitual usage of some defenses leaves a "print" in some of the individual's usual attitudes. A sentence like <I'm able to keep a problem out of my mind until I have time to deal with it> could point to a habitual attitude, a *forma mentis* that individuals use as a defense mechanism (suppression) to cope with a stressor or a conflict. In this way, the DSQ is created for stimulating individuals to express their own ways of coping with conflicts and stressors, and it is based on the clinical assumption that people can describe their past behavior reliably, taking for granted that only a deep clinical investigation can identify unconscious processes at the very moment they happen".

to conclude anything about isolated defense mechanisms, but we hoped that we could approximate the measure of groups of defense mechanisms that we call defense style (Bond et al., 1983, pag. 334).

DSQ nasce piuttosto nell'intento di offrire una misura di cluster, di aggregati difensivi, gli "stili difensivi", che sono indicativi dello stadio di sviluppo psichico raggiunto dal soggetto e forniscono altre importanti informazioni rispetto al funzionamento dell'Io; tali elementi mantengono una valenza (diagnostica, prognostica, terapeutica) che va ben oltre quella della specifica etichetta diagnostica, di tipo nosografico-descrittivo, attribuibile ad un dato soggetto. Secondo Bond (1995), stabilire un legame diretto tra difese e specifici disturbi psichici può contribuire a generare confusione e ambiguità. Infatti, mentre il concetto di difesa si riferisce "allo stile individuale nella gestione dei conflitti e dello stress" (p. 178), la diagnosi si riferisce piuttosto ad una costellazione di segni e sintomi che covariano nel tempo. Mantenere separata la valutazione dell'assetto difensivo da fini puramente diagnostici può essere utile per apprezzare le fluttuazioni, in uno stesso individuo, dello stile difensivo utilizzato per fronteggiare una certa situazione stressante, in un dato momento e in determinate circostanze. Lo stesso Bond, nel manuale di utilizzo del DSQ-88, sottolinea esplicitamente che lo strumento non è utilizzabile per formulare diagnosi; di fatto l'autore (Bond et al., 1983) non ha sperimentalmente rilevato correlazioni statisticamente significative tra specifiche diagnosi di Asse I del DSM e le sottoscale di DSQ (si veda oltre). Il DSQ invece, considerata la sua utilità nel discriminare tra assetti difensivi adattivi e disadattivi (Bond 1990; 1995; 2004), potrebbe rappresentare un buon indice di altre variabili, trasversali rispetto alla diagnosi ma ben più utili nel processo di cura, quali la compliance al trattamento farmacologico o psicoterapeutico, il tipo di alleanza terapeutica che verrà instaurata, la prognosi e la probabilità di ricadute.

Un ulteriore motivo a supporto della decisione di Bond di costruire un questionario autosomministrato consiste nella sua volontà di adottare una modalità di misurazione delle difese non suscettibile di influenze del giudizio soggettivo del valutatore (Bond, 1995); la scelta di uno strumento *self-report* contribuisce quindi a risolvere l'annoso problema dell'*inter-rater reliability* nella valutazione dell'assetto difensivo che aveva portato a concludere, verso la fine degli anni '70, che gli strumenti messi a punto dai ricercatori, quando psicometricamente adeguati, non potessero trovare alcuna applicazione nella pratica clinica (Vaillant, 1977).

Per quanto le critiche all'uso di strumenti autosomministrati per l'assessment delle difese siano da sempre state feroci (non da ultimo per la loro vulnerabilità alle distorsioni nelle risposte operate dal soggetto), studi finalizzati all'analisi dell'accordo nella valutazione dell'assetto difensivo mediante DSQ e la DMRS, hanno evidenziato una correlazione significativa e positiva tra lo stile maladattivo di DSQ e le difese immature e di action (acting out, ipocondriasi, aggressione passiva) valutate da giudici che eseguivano lo scoring a partire da interviste videoregistrate. Inoltre, è stata rilevata una correlazione significativa e positiva tra lo stile difensivo maladattivo di DSQ e le difese di livello adattivo della DMRS (repressione, humor, sublimazione) (Bond et al., 1989). Tuttavia, uno studio successivo (Perry & Hoglend, 1998) eseguito in seguito alla riorganizzazione delle difese valutate mediante la DMRS in 7 livelli e l'aggiunta di altri meccanismi di difesa, ha mostrato una divergenza tra le due scale. Un altro studio comparativo tra DSQ e il metodo di Vaillant (Vaillant et al., 1986) ha permesso di dare supporto empirico, grazie alla convergenza dei due approcci, all'organizzazione gerarchica dei meccanismi di difesa.

L'elaborazione della prima versione di DSQ si fonda proprio sulle premesse fin qui esposte (Bond et al., 1983), e ha inizio da un'attenta revisione della letteratura esistente

sull'argomento allo scopo di selezionare un ampio numero di meccanismi di difesa. In questa prima stesura, DSQ permette di valutare la presenza di 24 meccanismi di difesa: acting out, pseudoaltruismo, comportamento "come-se", *clinging*, humor, comportamento aggressivo-passivo, regressione, somatizzazione, repressione, ritiro autistico, dissociazione, diniego, spostamento, svalutazione onnipotente, inibizione, intellettualizzazione, identificazione, idealizzazione primitiva, proiezione, formazione reattiva, rimozione, scissione, sublimazione, rivolgimento verso se stessi.

Tale lista fu elaborata traendo ispirazione primariamente dai contributi di George Vaillant (1971; 1974; 1975; 1976) e, in secondo luogo, dalle difese che Otto Kernberg (1967) aveva indicato come caratteristiche dell'organizzazione borderline di personalità (Bond, 1995).

Lo strumento si componeva di 97 item per ciascuno dei quali il soggetto era chiamato a rispondere indicando il proprio grado di accordo con ciascuna affermazione mediante una scala Likert a nove punti⁸, dove il punteggio "1" indicava un deciso disaccordo nei confronti dell'affermazione proposta, mentre il punteggio "9" corrispondeva ad un completo accordo. In questo modo, non essendo presenti *reverse item*, un elevato punteggio in ognuna delle scale indicava il riconoscimento, da parte del soggetto, che il corrispondente meccanismo difensivo rappresentasse una propria modalità abituale di comportamento e/o di esperienza interna.

Di questa prima versione, composta da 97 item, viene valutata la validità di facciata, chiedendo a tre esperti della salute mentale, in modo indipendente, di associare ogni singolo item al meccanismo di difesa di cui, a loro parere, rappresenti una misura; inoltre viene compiuto un studio preliminare somministrando lo strumento a 30 soggetti.

Questo studio aveva come scopo quello di valutare la consistenza interna di ciascuna delle sottoscale del questionario e accertare la necessità di eliminare gli item per i quali l'accordo

⁸ E' interessante osservare che questa modalità di risposta verrà mantenuta anche per tutte le edizioni successive di DSQ e sarà adottata anche dagli autori di REM-71. La felice intuizione di questo sistema di risposta rende ragione delle difese come fenomeni universali per le quali le differenze interindividuali devono essere valutati in termini di grado e non come fenomeni "tutto-o-nulla".

tra gli esperti interpellati non fosse sufficientemente ampio o che presentassero indici di correlazione con i totali di scala non pienamente soddisfacenti.

Sulla base di tali rilievi, 16 item furono eliminati e venne quindi a costituirsi la versione definitiva dello strumento composto 81 affermazioni (Bond et al., 1983).

Nella stessa ricerca, questa nuova versione viene sottoposta ad uno studio di validazione allo scopo di accertarne la struttura fattoriale indagando l'esistenza dei cluster di difese definiti da Bond "stili difensivi"; in particolare, ci si propone di appurare che le difese considerate maggiormente immature aggregino in uno stesso cluster posizionato all'estremo di un ipotetico continuum, mentre quelle considerate maggiormente mature ed adattive all'estremo opposto dello stesso continuum.

Al fine di testare queste ipotesi, un campione composto da 111 soggetti normali e 98 pazienti psichiatrici viene sottoposto alla compilazione di tre diversi strumenti autosomministrati: il DSQ, l' Ego Functioning Questionnaire (Brown & Gardner, 1976) e il Sentence Completion Test (Loevinger & Wessler, 1970).

Dall'analisi fattoriale (Tabella 3) emerge una struttura articolata in quattro fattori principali, in grado di rappresentare in modo significativo i dati relativi sia al campione nel suo complesso, sia al campione di soggetti normali e a quello di soggetti psichiatrici considerati separatamente, confermando in tal modo le ipotesi teoriche di Bond.

I quattro fattori vengono definiti da Bond "Stile difensivo 1" (fattore 1), "Stile difensivo 2" (fattore 2), "Stile difensivo 3" (fattore 3) e "Stile difensivo 4" (fattore 4), corrispondenti ai successivi gradini di un continuum immaturo-maturo, disadattivo-adattivo.

Tabella 3. (Tratta da Bond et al., 1983) Analisi fattoriale applicata alle difese teorizzate da Bond (sul campione completo).

DIFESE	FATTORE 1	FATTORE 2	FATTORE 3	FATTORE 4
Acting out	.76	.11	-.10	-.23
Regressione	.67	-.01	-.09	-.29
Aggressione passiva	.74	.10	-.02	-.09
Ritiro autistico	.75	-.17	.11	.05
Proiezione	.69	.31	.02	-.41
Inibizione	.69	-.20	.17	-.01
Onnipot. -svalutazione	.17	.70	-.10	.21
Scissione	.38	.60	-.05	-.02
Idealizzazione primitiva	.36	.54	.36	.15
Pseudoaltruismo	.33	-.08	.62	.06
Formazione reattiva	.36	-.07	.56	.06
Sublimazione	-.09	.12	.17	.64
Humor	-.14	.02	-.27	.63
Repressione	-.10	.02	.00	.62
Come-se	.62	.05	.07	.32
<i>Clinging</i>	.64	.34	.04	.02
Diniego	.33	.04	.52	-.05
Spostamento	.49	.15	-.19	.05
Dissociazione	.63	.22	.15	-.17
Identificazione	.45	.32	.19	.29
Intellettualizzazione	.49	-.12	-.11	.33
Rimozione	.53	-.08	.05	-.17
Somatizzazione	.56	.19	.11	.10
<i>Turning against self</i>	.61	-.26	.02	-.03

Alla luce dei dati emersi, vengono quindi selezionati solo 14 dei 24 meccanismi di difesa originari, in funzione dell'entità dei carichi fattoriali rilevati; le difese selezionate sono le seguenti: ritiro autistico, regressione, acting out, inibizione, aggressione passiva, proiezione (Stile difensivo 1); onnipotenza, scissione, idealizzazione primitiva (Stile difensivo 2); formazione reattiva, pseudoaltruismo (Stile difensivo 3); repressione, sublimazione, humor (Stile difensivo 4).

Le difese selezionate permettono di giungere ad un'ultima formulazione di DSQ che prevede 67 item.

Una replica dell'analisi fattoriale eseguita sulle sole difese selezionate ha portato ad identificare la struttura fattoriale presentata in Tab. 4.

Tabella 4. (Tratta da Bond et al., 1983) Analisi fattoriale applicata alle difese emerse come più significative

DIFESE	FATTORE 1	FATTORE 2	FATTORE 3	FATTORE 4
Acting out	.78	.21	-.02	-.14
Aggressione passiva	.76	.18	.06	.00
Regressione	.76	.05	.10	-.19
Ritiro autistico	.75	-.03	.22	.10
Inibizione	.68	-.15	.23	-.01
Proiezione	.69	.39	.06	-.32
Onnipotenza-svalutazione	.06	.75	-.08	.26
Idealizzazione primitiva	.25	.54	.34	.10
Scissione	.29	.70	.06	-.17
Pseudoaltruismo	.22	-.04	.70	.03
Formazione reattiva	.27	-.01	.60	.08
Humor	-.10	-.04	-.27	.70
Repressione	-.17	.09	.09	.61
Sublimazione	-.06	.05	.11	.73

Inoltre, emergono correlazioni significative tra i punteggi fattoriali di DSQ e dell'Ego Functioning Questionnaire e del Sentence Completion Test (Tab.5); i punteggi che indicano la presenza di un Io ben adattato ed evoluto correlano negativamente con lo "Stile difensivo 1" (immaturo e disadattivo) e positivamente con lo "Stile difensivo 4" (maturo ed adattivo).

Tabella 5. (Tratta da Bond et al., 1983) Correlazioni degli stili difensivi DSQ con l'EFQ e il SCT

	STILE DIFENSIVO 1	STILE DIFENSIVO 2	STILE DIFENSIVO 3	STILE DIFENSIVO 4
Forza dell'Io (EFQ)	-.91*	-.37*	-.38*	.32*
Sviluppo dell'Io (SCT)	-.42*	-.22*	-.29**	.19**

*p< .001; **p< .01

Infine, dal confronto dei punteggi medi DSQ del gruppo clinico e del gruppo di controllo emerge una significativa relazione tra la presenza di disagio psichico e l'uso di difese immature e disadattive: i punteggi medi del campione di pazienti psichiatriche negli stili difensivi 1, 2 e 3 risultano infatti significativamente maggiori rispetto a quelli del campione di soggetti non clinici, il quale, invece, presenta punteggi medi maggiori nello stile difensivo 4. Tutti i dati raccolti supportano la validità di DSQ come strumento di valutazione dell'assetto difensivo; esso presenta infatti alcuni significativi indici di consistenza interna e di validità di criterio: l'elevata significatività delle correlazioni item-totale tra i diversi item che misurano

la stessa difesa e le difese che essi si propongono di misurare; la corrispondenza tra la struttura fattoriale rilevata empiricamente e gli assunti teorici degli autori; la presenza di correlazioni negative tra le difese primitive e le difese mature.

Una seconda versione del Defense Style Questionnaire risale al 1986 (Bond & Vaillant, 1986). La principale differenza che contraddistingue questa versione dalla precedente è il numero degli item che divengono ora 88 a fronte di un numero di meccanismi difensivi indagati pari a 24.

78 degli 88 item del test hanno lo scopo di valutare le difese, mentre i rimanenti 10 costituiscono due scale di controllo finalizzate a misurare la tendenza alla menzogna e la desiderabilità sociale.

Questa nuova versione di DSQ viene utilizzata per indagare l'esistenza di una relazione tra stile difensivo e diagnosi psichiatrica. Lo studio di Bond e Vaillant ha coinvolto un campione di 69 soggetti, composto da quattro diversi gruppi diagnostici, compatibilmente con i criteri dell'allora vigente terza edizione del DSM (A.P.A., 1980): disturbi psicotici, disturbi affettivi, disturbi d'ansia ed altri disturbi. All'intero campione coinvolto nella ricerca è stato somministrato il DSQ-88.

Come si può osservare dalla seguente tabella riassuntiva (Tabella 6), i risultati di questa ricerca non lasciano trasparire alcuna correlazione significativa tra stili difensivi⁹ e gruppo diagnostico di appartenenza.

⁹ E' necessario precisare che la classificazione dei soggetti inclusi nella ricerca in funzione degli stili difensivi avviene in maniera categoriale: un soggetto è classificabile in uno specifico stile se il suo punteggio ottenuto in

Tabella 6. (Tratta da Lingiardi, Madeddu, 2002) Stili difensivi in una popolazione psichiatrica

DIAGNOSI PRINCIPALE	NESSUNO STILE ¹⁰	STILE 1	STILE 2	STILE 3	STILE 4
Disturbi psicotici (n=22)	5% (1)	36% (8)	36% (8)	41% (9)	36% (8)
Disturbi affettivi (n=16)	44% (7)	19% (3)	13% (2)	25% (4)	31% (5)
Disturbi d'ansia (n=7)	0 (0)	29% (2)	29% (2)	14% (1)	43% (3)
Disturbi di personalità cluster B (n=20)	20% (4)	40% (8)	45% (9)	30% (6)	30% (6)
Disturbi di personalità cluster A e C (n=4)	0 (0)	75% (3)	50% (2)	50% (2)	25% (1)
Totale pazienti (n=69)	17% (12)	35% (24)	33% (23)	32% (22)	33% (23)
Totale controlli (n=111)	42% (47)	6% (7)	16% (18)	16% (18)	37% (41)

I pazienti affetti da disturbi affettivi mostrano configurazioni difensive simili a quelle dei soggetti non clinici di controllo. I soggetti appartenenti agli altri tre raggruppamenti diagnostici (disturbi psicotici, disturbi d'ansia, altri disturbi), sono invece accomunati da un minore ricorso alle difese mature e maggiore a quelle immature, ma secondo una distribuzione che non rende tra loro distinguibili i diversi gruppi diagnostici.

Un sottogruppo di pazienti (N=39) fu sottoposto nuovamente a DSQ a circa 6 mesi di distanza dalla prima somministrazione. Le correlazioni test-retest dei punteggi fattoriali sono apparse buone (comprese tra 0.73 per il fattore 1 e 0.68 per il fattore 3, tutti i $p < 0.001$) e indicative di una tendenza globale alla stabilità dello stile difensivo nel tempo; tuttavia, a fronte di questo dato, si è parimenti osservata una significativa diminuzione dei punteggi relativi al fattore 1 e 2 e ad un aumento di quelli relativi al fattore 4. Gli autori concludono pertanto che, seppure l'assetto difensivo individuale tenda a rimanere stabile nel tempo, è altresì osservabile la transizione verso modalità difensive più mature e meno disfunzionali che potrebbe riflettere l'efficacia del trattamento psichiatrico/psicoterapeutico, un miglioramento spontaneo o un effetto di regressione verso la media (Bond, 1995). Questi dati lasciano irrisolta l'annosa questione della classificazione delle difese come caratteristiche personologiche di stato o di tratto: secondo i contributi più recenti (Cramer, 2000; Bond, 2004), lo stile difensivo può

quello stile supera di almeno mezza deviazione standard il valore medio rilevato nella popolazione di appartenenza.

essere considerato a tutti gli effetti una caratteristica di tratto seppure una certa plasticità nell'assetto difensivo individuale sia altamente probabile nel corso del tempo.

In effetti, la formulazione degli item che compongono DSQ e REM presuppone una concettualizzazione delle difese come tratti di personalità, caratteristiche o disposizioni altamente stabili nel tempo. Tuttavia, appare altrettanto chiaro che i pazienti modificano il grado in cui si affidano a stili difensivi più o meno maturi man mano che si osservino, in corso di terapia, miglioramenti sul piano sintomatologico. Uno studio di Bond and Perry (*in press*) suggerisce che il profilo difensivo individuale, in varie tipologie di pazienti, rimanga sostanzialmente stabile seppure i valori medi dei punteggi tendano a muoversi verso una maggiore adattività fino a sei mesi dal termine del trattamento psicoterapeutico di impostazione psicomotiva. Studi condotti su pazienti depressi in terapia farmacologica o psicoterapia hanno mostrato (come si vedrà meglio in seguito) un decremento nell'uso di difese maladattive e un incremento nell'uso di difese adattive.

In un contributo successivo, Bond (1986) rinomina i quattro fattori emersi dalle analisi fattoriali eseguite sui punteggi DSQ nello studio del 1983, proponendo definizioni operative che ne riassumano sinteticamente le caratteristiche salienti.

Al Fattore 1 viene affiancata la dicitura di *Maladaptive-action pattern* (Modelli d'azione disadattivi); il termine "immaturò" sembra essere infatti poco adatto ad indicare l'elemento che accomuna tutte le difese che costituiscono il primo fattore: tali meccanismi possono infatti essere rilevati anche in soggetti che mantengono un buon funzionamento generale (Bond, 1995). Esse si riferiscono a comportamenti che denotano l'incapacità del soggetto di gestire i propri impulsi mettendo in atto, in maniera autonoma, azioni costruttive e finalizzate. Ad esempio, il soggetto con tendenza all'agito necessita di un controllo esterno e di

¹⁰ La somma delle percentuali per ogni riga può superare il 100% a causa della possibilità da parte dei soggetti di rientrare in più di uno stile difensivo contemporaneamente.

contenimento; la persona inibita necessita di essere stimolata e sollecitata ad uscire dal proprio ritiro; l'utilizzo della regressione comporta la presenza di un altro che possa offrire cure e supporto; il soggetto che ricorre alla proiezione incolpa e attribuisce la responsabilità degli eventi agli altri senza essere in grado di accettare e prendere coscienza dei propri impulsi (Bond, 2004).

Lo stile difensivo del Fattore 2 viene denominato *Image-distorting* (Distorsione dell'immagine) ed è caratterizzato dalla scissione dell'immagine di sé e dell'altro in buono e cattivo, forte e debole. Esso differisce quindi significativamente dallo stile difensivo legato al fattore 1 in quanto può essere definito *image-oriented* piuttosto che *action-oriented* (Bond, 1995). Seppure tale stile possa significativamente compromettere la qualità delle relazioni oggettuali, esso non interferisce necessariamente con il conseguimento di alti standard di funzionamento. In situazioni di elevato stress, queste difese possono essere chiamate in causa anche da soggetti che non ricorrono ad esse abitualmente e possono contribuire costruttivamente all'adattamento; ad esempio, una delle possibili strategie per poter affrontare una grave malattia fisica è credere nell'onnipotenza del proprio medico curante (Bond, 1995). Queste stesse difese possono però essere utilizzate in modo disfunzionale da soggetti con difficoltà nel creare e mantenere nel tempo relazioni interpersonali mature e significative. Nella letteratura psicoanalitica questo stile difensivo viene solitamente associato al disturbo borderline e narcisistico di personalità e, più in generale, all'organizzazione borderline di personalità (Kernberg, 1976).

Lo stile difensivo legato al Fattore 3 viene denominato *Self-sacrificing* (Sacrificio di sé); tale stile riflette la necessità di percepire se stessi come generosi, disponibili ad aiutare gli altri e incapaci di provare sentimenti aggressivi. Esso caratterizza i soggetti con "vocazione al martirio"; questi soggetti sono generalmente coinvolti in relazioni stabili (anche se non necessariamente sane) e sono solitamente in grado di funzionare adeguatamente senza

tuttavia poter esprimere appieno il loro potenziale creativo. Essi vengono spesso all'attenzione clinica quando subiscono una perdita o un lutto e il loro assetto difensivo non è in grado di tollerare la rabbia e l'ansia ad essi connessi (Bond, 1995; 2004).

Infine, lo stile difensivo associato al Fattore 4 viene denominato *Adapting* (Adattivo). Tali difese sono significativamente associate ad un buon adattamento. La repressione permette di tenere lontano dalla consapevolezza un conflitto ansiogeno fino a che il soggetto non sia pronto per affrontarlo; lo humour riflette la capacità di accettare una situazione conflittuale trasformando in ironici i suoi aspetti più dolorosi; la sublimazione pone invece un impulso ansiogeno al servizio della creatività. In tutti i casi, risulta evidente una modalità costruttiva e matura di gestire il conflitto o la situazione stressante.

Secondo Michael Bond (1995) e come i dati empirici riportati¹¹ sembrano indicare, esiste una progressione, nel corso dello sviluppo, dai pattern di azione maladattivi, attraverso le difese di distorsione dell'immagine, le difese di sacrificio-di sé, fino alle difese mature che procede di pari passo con l'acquisizione di strategie sempre più mature e funzionali per fronteggiare le vicissitudini dell'esistenza. In questo modo, diviene osservabile, nel corso del ciclo di vita, il passaggio da preoccupazioni circa il controllo dei propri impulsi di base, alla preoccupazione per le relazioni con oggetti "tutto-o-nulla" fino all'espressione e alla realizzazione completa e piena del proprio potenziale creativo.

La pubblicazione della versione a 88 item è accompagnata, nel medesimo volume della serie "Clinical Insight" (Vaillant, 1986), da un glossario di meccanismi di difesa ricavato direttamente dal DSM-III-R (A.P.A., 1987). Le difese contenute nella bozza non risultano tuttavia perfettamente sovrapponibili a quelle individuate da Bond e Vaillant in contributi precedenti (1986) e la nuova versione del questionario non presenta alcun dato di validazione e nessun cenno relativamente alle sue proprietà psicometriche.

¹¹ Ma anche ad esempio, dall'osservazione di una correlazione negativa tra le difese legate al I e II fattore e la variabile età (Bond, 1995).

Andrews, Pollock e Stewart (1989) si propongono quindi di colmare il divario tra la nuova versione del questionario e la bozza delle difese e, in seconda istanza, di elaborare una versione più breve del questionario stesso.

Ciascuno dei 78 item (cioè quelli, tra gli 88 complessivi, che si riferiscono alle difese) viene valutato allo scopo di assegnarlo correttamente ad uno dei meccanismi di difesa previsti dalla bozza del DSM-III-R ricorrendo al *consensus* di cinque giudici indipendenti. Seppure l'anticipazione non fosse prevista nel glossario DSM, i giudici riconoscono l'importanza di questa difesa e raggiungono il pieno accordo nell'assegnazione corretta degli item che ad essa si riferiscono; pertanto, la difesa dell'anticipazione, con i due item che ad essa si riferiscono, viene mantenuta tra le difese annoverate da DSQ.

All'opposto, nessun consenso è stato raggiunto per sei item che vengono quindi eliminati. L'esclusione o l'inclusione di alcune delle 78 precedenti affermazioni viene valutata in funzione di alcuni criteri psicometrici. Dalla nuova edizione del DSQ, sono stati infatti esclusi: gli item relativi al meccanismo della rimozione e quelli finalizzati alla valutazione del meccanismo dell'intellettualizzazione, a causa dello scarso accordo inter-rater sull'appartenenza dell'item alla sottoscala corrispondente¹².

Alla luce di queste modifiche, la versione riveduta di DSQ compatibile con il glossario DSM-III-R risulta composta da 72 item e da 10 item "lie" per un numero complessivo di difese valutate pari a 20. Le difese indagate risultano però rappresentate disegualmente in quanto alcune vengono valutate da 10 item, altre da uno solo.

Gli autori sottopongono ad un ampio campione di 413 soggetti [composto da un gruppo di controllo non clinico (N=204), un gruppo di pazienti di medicina generale (N=67) e un gruppo di pazienti psichiatrici ambulatoriali (N=142)] diverse versioni di DSQ. Tra queste, la

¹² Relativamente alla rimozione, gli autori giustificano la sua eliminazione sostenendo che si tratta di un meccanismo difensivo che, per definizione, non può essere valutato (Andrews et al., 1993, pag. 247).

versione a 88 item elaborata da Bond e che non prevedeva la ridenominazione delle difese alla luce del glossario DSM.

La struttura fattoriale rilevata dai tre autori in tale versione di DSQ (Tab. 7) prevede l'esistenza di tre fattori e non quattro come originariamente suggerito da Bond.

Tabella 7. (Tratta da Andrews et al., 1989) Analisi fattoriale delle difese secondo la versione di Bond del DSQ a 88 item

DIFESE	FATTORE 1	FATTORE 2	FATTORE 3
Repressione	-.11	-.10	.52
<i>Task orientation</i>	.00	.16	.48
Anticipazione	.11	-.06	.45
Sublimazione	-.07	.06	.42
Humor	.05	.03	.38
Formazione reattiva	-.05	.56	.14
Annullamento	.40	.53	-.14
Inibizione	.27	.52	-.31
Ritiro autistico	.28	.38	-.19
Idealizzazione	.29	.37	.04
Pseudoaltruismo ¹³	.02	.32	.04
Proiezione	.72	.25	-.15
Aggressione passiva	.62	-.00	-.02
Acting out	.62	.17	-.07
Omnipotenza-svalutazione	.60	-.07	.19
Ipocondriasi	.50	.25	-.28
Fantasia	.47	.16	-.17
Isolamento	.44	.16	.17
Scissione	.44	-.01	.04
Identificazione proiettiva	.41	.26	-.18
Regressione	.38	.36	-.49
Somatizzazione	.34	.26	-.23
Diniego	.31	.23	.18
Affiliazione ¹³	.02	.19	.03
<i>Consumption</i>	.25	.27	-.19

Anche quando la nuova versione a 72 item è sottoposta ad analisi fattoriale, viene rilevata nuovamente una struttura trifattoriale (Tab.8); per quanto gli autori tentino inoltre di valutare la tenuta di un modello quadrifattoriale e di replicare la soluzione di Bond, in tutte le analisi eseguite, l'inclusione del quarto fattore risulta non contribuire ad un incremento significativo della varianza spiegata. Di contro, una soluzione a due fattori appare offrire una spiegazione

¹³ Entrambe le difese prevedono il ricorso ad altri in situazioni di disagio; tuttavia, nel caso dello pseudoaltruismo viene ricercata gratificazione dall'aiutare gli altri mentre nel caso dell'affiliazione viene ricercato un altro individuo che condivide lo stesso problema (Bond et al., 1983).

adeguata della relazione tra le difese seppure l'inserimento di un terzo fattore contribuisca ad evidenziare una struttura latente più chiara e più facilmente interpretabile, permettendo alle difese nevrotiche e immature di caricare su due fattori differenti.

I risultati ottenuti portano quindi ad evidenziare la presenza di tre fattori che vengono denominati Fattore 1 (difese immature), Fattore 2 (difese nevrotiche) e Fattore 3 (difese mature). Gli autori descrivono come stile maturo quello in cui la minaccia è riconosciuta e il dolore controllato fino alla fine del processo; come stile nevrotico quello in cui l'evento è riconosciuto, la responsabilità è accettata ma il significato invertito; come stile immaturo quello in cui la minaccia è negata o la responsabilità è trasferita (Andrews et al., 1989).

Questa soluzione trifattoriale viene considerata coerente e sovrapponibile a quella quadrifattoriale di Bond (1983), con l'unica differenza che il Fattore 1 ed il Fattore 2 di quest'ultima, nella versione a tre fattori, risultano aggregati in un unico cluster (il Fattore 1).

Tabella 8. (Andrews et al., 1989) Analisi fattoriale delle difese secondo la versione del DSQ adattata al DSM-III-R

	DIFESE	FATTORE 1	FATTORE 2	FATTORE 3
Mature	Sublimazione	-.06	.13	.55
	Humor	-.16	-.02	.53
	Anticipazione	.06	.00	.44
	Repressione	.05	-.06	.36
Nevrotiche	Annullamento retroattivo	.40	.55	-.12
	Altruismo	.02	.47	.11
	Idealizzazione	.18	.44	-.01
	Formazione reattiva	.17	.44	.01
Immature	Proiezione	.73	.26	-.20
	Aggressione passiva	.72	.17	-.08
	Acting out	.62	.24	-.07
	Isolamento	.53	-.00	.20
	Svalutazione	.48	.26	-.14
	Fantasia autistica	.48	.15	-.13
	Diniego	.46	.11	.18
	Spostamento	.46	.20	-.13
	Dissociazione	.45	.12	.02
	Scissione	.41	.01	.02
	Razionalizzazione	.37	.21	.11
	Somatizzazione	.32	.30	-.20

I punteggi fattoriali medi ottenuti con questa versione dello strumento (esattamente con quelli ottenuti a partire dalla versione di Bond) risultano in grado di discriminare un gruppo di controllo non clinico (N=204), da un gruppo di pazienti di medicina generale (N=67) e da un gruppo di pazienti psichiatrici ambulatoriali (N=142). I pazienti di medicina generale ottengono infatti, rispetto ai controlli, punteggi medi significativamente più alti nelle difese mature e nevrotiche mentre i pazienti psichiatrici si differenziano da entrambi i gruppi per punteggi maggiori nelle scale immature e nevrotiche e inferiori nelle difese mature.

L'elaborazione dei dati dimostra inoltre che i punteggi ottenuti dai soggetti testati consentono di discriminare gli individui affetti da disturbi d'ansia dai soggetti di controllo non clinici. I pazienti con disturbi d'ansia mostrano infatti punteggi maggiori in corrispondenza delle difese immature e nevrotiche e punteggi minori in corrispondenza delle difese mature. In uno studio di follow-up successivo (Pollock & Andrews, 1989), basato su analisi più approfondita degli stessi dati, l'uso del DSQ-72 permette inoltre di identificare specifici profili difensivi correlabili a specifici disturbi d'ansia: alla fobia sociale, ad esempio, corrisponde un elevato uso di difese come la svalutazione e lo spostamento; al disturbo ossessivo-compulsivo, l'acting-out e l'annullamento retroattivo; al disturbo da attacchi di panico, lo spostamento, la somatizzazione e la formazione reattiva.

I risultati di queste ricerche appaiono incoraggianti e spingono Andrews e colleghi (1989), nello stesso studio, a cimentarsi nell'elaborazione di una nuova versione di DSQ; lo scopo principale che gli autori si prefiggono di raggiungere è quello di accrescere ulteriormente l'utilità del DSQ nella pratica clinica elaborandone una versione più breve e veloce da somministrare.

Sulla base di un'analisi accurata delle correlazioni tra ogni item e il punteggio totale della difesa che esso rappresenta, vengono selezionati 36 item scegliendo principalmente tra quelli più rappresentativi del Fattore 1 e del Fattore 3, in quanto dimostratisi i fattori più decisivi

nella determinazione dello stile difensivo individuale; solo 5 item tra i 36 selezionati si riferiscono alla valutazione del Fattore 2 delle difese nevrotiche. Questa versione di DSQ si propone di valutare 17 diverse difese, tutte incluse nel glossario DSM-III-R: sublimazione, humor, anticipazione, repressione, annullamento retroattivo, idealizzazione, reazione formativa, proiezione, aggressione passiva, acting out, isolamento, svalutazione, fantasia autistica, diniego, scissione, razionalizzazione e somatizzazione.

Malgrado la scelta iniziale di escludere quasi totalmente la misurazione dei meccanismi nevrotici, alcuni studi effettuati successivamente (Muris & Merckelbach, 1996b) con questa nuova versione di DSQ (il DSQ-36) ottengono risultati simili e sovrapponibili ai dati ricavati precedentemente con la versione estesa del questionario (DSQ-72, Andrews et al., 1989), dimostrando la tenuta di una struttura a tre fattori (Tab. 9), una sufficiente affidabilità test-retest, e correlazioni significative tra i diversi meccanismi di difesa e manifestazioni psicopatologiche in soggetti non clinici (ansia di tratto, livello di apprensione, presenza di manifestazioni somatiche di ansia). In particolare, viene provata una correlazione positiva e significativa tra il punteggio ottenuto nelle difese immature (e, anche se con minore rilevanza, nei meccanismi nevrotici), e i suddetti correlati psicopatologici.

Tabella 9. (Muris & Merckelbach, 1996) Analisi fattoriale della versione breve del DSQ (DSQ-36)

DIFESE	FATTORE 1	FATTORE 2	FATTORE 3
Acting out	0.71		
Annullamento retroattivo	0.66		
Somatizzazione	0.65		
Proiezione	0.60		
Svalutazione	0.55		
Fantasia autistica	0.43		
Humor		0.70	
Anticipazione		0.56	
Sublimazione		0.50	
Repressione		0.43	
Razionalizzazione		0.40	
Diniego			0.69
Isolamento			0.68
Scissione			0.58

Seppure tutti gli studi fin qui citati sembrano suggerire che DSQ-88 e gli strumenti da esso derivati siano dotati di proprietà psicometriche più che soddisfacenti, a partire dagli anni '90, studi più rigorosi cominciano a metterne in luce alcuni limiti. Alcuni autori (Andrews, Singh, Bond, 1993) si preoccupano in particolare di rivalutare in modo approfondito le caratteristiche di due strumenti: DSQ-72 e DSQ-36.

Per quanto riguarda DSQ-72, una sua analisi più scrupolosa evidenzia importanti punti di debolezza. Prima di tutto, due item appaiono particolarmente problematici, in quanto si dimostrano adeguati alla misurazione di specifiche manifestazioni sintomatologiche di ansia, piuttosto che alla valutazione delle difese:

- l'item 41, finalizzato in origine ad offrire una misura del meccanismo della svalutazione, si dimostra valutare in realtà i sintomi della fobia sociale;
- l'item 78, finalizzato in origine ad analizzare il meccanismo dell'annullamento retroattivo, valuta in realtà la sintomatologia del disturbo ossessivo-compulsivo.

Tale constatazione conduce alla loro eliminazione dal questionario; in una ulteriore rielaborazione (Andrews et al., 1993) dei dati che Pollock e Andrews avevano ottenuto nel loro studio del 1989, il DSQ-72 privato di essi risulterà non essere più in grado di discriminare tra pazienti affetti da differenti disturbi d'ansia.

Un secondo limite dello strumento consiste nella sproporzione e disomogeneità nel numero degli item destinati a valutare ciascun meccanismo difensivo: sono infatti presenti difese misurate da 10 item e altre da uno solo. Tale caratteristica pone seri limiti nell'analisi della consistenza interna poiché i meccanismi di difesa valutati da più item tendono, come ovvio, ad avere valori di alpha considerevolmente maggiori e, di conseguenza, il fattore su cui saturano risulta essere caratterizzato a sua volta da una consistenza interna artificialmente elevata.

Nel 1993, Andrews, Singh e Bond decidono quindi di costruire un questionario in cui ogni singola difesa fosse misurata da uno stesso numero di item. L'obiettivo principale degli autori è quello di creare uno strumento che sia psicometricamente accettabile e in grado di assicurare indici soddisfacenti di omogeneità a livello di ogni singola difesa. A tale scopo gli autori selezionano, per ciascuna difesa, i due item più rappresentativi; questa scelta viene effettuata partendo dai dati ottenuti in uno studio (Andrews, Singh e Bond, 1993) compiuto su di un ampio campione di 712 soggetti, composto da 388 soggetti di controllo e da 324 pazienti psichiatrici, in prevalenza soggetti affetti da disturbi d'ansia.

A tutti i soggetti inclusi nel campione viene proposta la compilazione di DSQ-72; i punteggi ottenuti vengono poi elaborati al fine di poter individuare gli item più adeguati alla nuova versione del questionario. La cernita degli item si basa fundamentalmente su otto criteri prestabiliti per valutarne la validità di costrutto, la validità di criterio e l'affidabilità. In particolare la validità di costrutto di ogni singolo item viene analizzata in funzione dei seguenti aspetti:

- l'entità della correlazione item-difesa, indicativa del costrutto misurato dall'item;
- l'intensità della correlazione item-fattore, indicativa di quali item rappresentino in modo più significativo il fattore a cui risultano associati;
- quota di varianza del fattore di appartenenza spiegata da ciascun item;
- la validità di faccia di ogni item.

La validità di criterio viene invece valutata sulla base dei seguenti criteri:

- la capacità dell'item di discriminare tra controlli non clinici e pazienti psichiatrici;
- la capacità dell'item di discriminare, all'interno del campione clinico, tra differenti disturbi psichiatrici.

L'affidabilità degli item, invece, viene valutata in funzione delle correlazioni test-retest.

Esclusi a priori da questa analisi psicometrica sono quegli item che risultano rappresentare dei sintomi specifici, piuttosto che difese (vd. sopra item 41 e item 78) e quelli che, per come sono costruiti, possono riferirsi esclusivamente a un sottogruppo ristretto del campione (ad esempio, “Quando sono nervoso, fumo”).

Dopo aver ordinato gerarchicamente, in funzione dei criteri suddetti, i diversi item che valutano la stessa difesa, gli autori inseriscono nella nuova versione del DSQ i due item maggiormente rappresentativi e significativi di ogni difesa. Le uniche due eccezioni si hanno per i meccanismi della fantasia autistica e della razionalizzazione: la prima risulta infatti rappresentata da un unico item mentre alla seconda corrispondevano item troppo debolmente correlati tra loro. Di conseguenza gli autori provvedono alla creazione di tre nuovi item (uno per la fantasia autistica e due per la razionalizzazione), così come a correggere e riformulare tre altri item (16, 59 e 78) che apparivano poco chiari. Il risultato di questa serie di procedure è un questionario composto da 40 diversi item, finalizzati a valutare 20 meccanismi di difesa, ordinati in tre differenti cluster:

- FATTORE MATURO : sublimazione, humor, anticipazione, repressione;
- FATTORE NEVROTICO: annullamento retroattivo, pseudoaltruismo, idealizzazione, formazione reattiva;
- FATTORE IMMATURO: proiezione, aggressione passiva, acting out, isolamento, svalutazione, fantasia autistica, diniego, spostamento, dissociazione, scissione, razionalizzazione, somatizzazione.

Questa nuova versione a 40 item del DSQ viene poi somministrata allo stesso campione utilizzato per il precedente studio, in cui gli autori avevano utilizzato il DSQ-72. I risultati di questa applicazione vengono analizzati e comparati con le caratteristiche già conosciute del DSQ-72 osservando che:

- il DSQ-40 dimostra elevati indici di correlazione con DSQ-72, evidenziando quindi una buona validità di costrutto;
- la consistenza interna dei singoli meccanismi di difesa e dei fattori, all'interno del DSQ-40, risulta comparabile a quella ottenuta per DSQ-72. Nel DSQ-72 la consistenza interna si dimostra insufficiente in corrispondenza della difesa della svalutazione, mentre nel DSQ-40 in corrispondenza sia della svalutazione sia dell'annullamento retroattivo (a causa dell'avvenuta eliminazione, in questa versione, di quegli item che valutavano sintomi specifici). La consistenza interna dei fattori, in entrambe le versioni del test appare moderatamente elevata (Tab. 10);

Tabella 10. (Andrews et al., 1993) Coefficienti alfa delle due versioni del DSQ applicate al campione completo (soggetti di controllo e pazienti, N=712)

DIFESE	DSQ-72	DSQ-40
FATTORE MATURO	.59	.68
Sublimazione	.53	.42
Humor	.59	.59
Anticipazione	.32	.32
Repressione	.07	.39
FATTORE NEVROTICO	.72	.58
Annullamento retroattivo	.50	.37
Pseudoaltruismo	.19	.19
Idealizzazione	.38	.52
Formazione reattiva	.65	.32
FATTORE IMMATURO	.89	.80
Proiezione	.82	.64
Aggressione passiva	.56	.38
Acting out	.68	.49
Isolamento	.51	.56
Svalutazione	.42	-.01
Fantasia autistica	---	.89
Diniego	.10	.10
Spostamento	.09	.17
Dissociazione	.27	.44
Scissione	.36	.19
Razionalizzazione	---	.73
Somatizzazione	.56	.56

- così come il DSQ-72, anche il DSQ-40 riesce a discriminare in modo significativo tra pazienti psichiatrici con disturbi d'ansia e soggetti di controllo, mostrando che i pazienti con disturbi d'ansia tendono a fare minore ricorso a difese mature come

humor, repressione, sublimazione, mentre utilizzano maggiormente difese nevrotiche come la formazione reattiva e difese immature come la svalutazione, lo spostamento, la proiezione e la somatizzazione;

- sia il DSQ-40 che il DSQ-72 dimostrano una buona correlazione test-retest (Tab. 11);

Tabella 11. (Andrews et al., 1993) Correlazioni test-retest del campione di soggetti non clinici (N=89) a 4 settimane

DIFESE	DSQ-72	DSQ-40
FATTORE MATURO	.68	.75
Sublimazione	.61	.67
Humor	.66	.66
Anticipazione	.63	.63
Repressione	.27	.38
FATTORE NEVROTICO	.77	.78
Annullamento retroattivo	.71	.61
Pseudoaltruismo	.62	.62
Idealizzazione	.75	.72
Formazione reattiva	.69	.75
FATTORE IMMATURO	.86	.85
Proiezione	.81	.77
Aggressione passiva	.72	.67
Acting out	.75	.72
Isolamento	.73	.70
Svalutazione	.60	.57
Fantasia autistica	.76	.73
Diniego	.48	.48
Spostamento	.85	.80
Dissociazione	.71	.75
Scissione	.72	.73
Razionalizzazione	.76	.53
Somatizzazione	.72	.72

- nel DSQ-40, malgrado la capacità di discriminare tra i soggetti di controllo ed i soggetti psichiatrici sia simile a quella riscontrata nel DSQ-72, il contributo dato dai fattori nevrotico ed immaturo a questa capacità discriminativa è minore (a causa dell'eliminazione degli item di misurazione di sintomi piuttosto che delle difese), mentre è maggiore quello fornito dal fattore maturo.

Secondo Andrews, Singh e Bond, la versione a 40 item del DSQ si dimostra essere un affidabile e pratico strumento di misurazione dei meccanismi di difesa, utilizzabile in modo proficuo in ambito clinico e, in modo assai promettente, nella ricerca.

Nel tentativo di chiarire se i differenti item di DSQ rappresentino davvero ed in modo adeguato i diversi meccanismi di difesa e se la tassonomia gerarchica delle difese sia supportata da evidenze empiriche, un gruppo di autori olandesi (Trijsburg et al., 2000), costruisce e sottopone ad analisi psicometriche una nuova versione di DSQ.

Questa nuova versione del questionario risulta composta da 42 item ottenuti aggiungendo, alla versione a 40 item (Andrews et al., 1993), due affermazioni volte a valutare un meccanismo di difesa che precedentemente era stato escluso: la rimozione. Oltre al numero di item, anche il numero di difese misurato dallo strumento aumenta conseguentemente: si passa dai 20 meccanismi del DSQ-40 ai 21 del DSQ-42 (acting out, altruismo, anticipazione, fantasia autistica, diniego, svalutazione, spostamento, dissociazione, humor, idealizzazione, isolamento, aggressione passiva, proiezione, razionalizzazione, reazione formativa, rimozione, somatizzazione, scissione, sublimazione, repressione, annullamento retroattivo).

Il campione oggetto di studio della ricerca risulta composto da 279 soggetti membri ordinari della Società Olandese di Psicoanalisi e della Società Olandese di Psicoterapia Psicoanalitica; agli analisti interpellati viene richiesto di valutare il livello di rappresentatività degli item rispetto alle difese ad essi associate e di proporre un ordinamento gerarchico dei meccanismi in funzione del loro grado di maturità.

Il più interessante risultato ottenuto da questa ricerca riguarda la conferma della distribuzione gerarchica dei meccanismi di difesa lungo un continuum immaturità-maturità, introducendo però un fondamentale cambiamento. Le difese infatti non risultano più suddivise in diversi cluster bensì disposte su un'unica dimensione caratterizzata, ad un estremo, da un'elevata maturità e, all'altro, da un'elevata immaturità. Al primo estremo si collocano difese quali l'anticipazione, lo humor, la sublimazione; al secondo, meccanismi come la scissione, la dissociazione, la fantasia autistica e l'acting out. Per ottenere una conferma empirica dell'ipotesi di unidimensionalità delle difese misurate dallo strumento, il DSQ-42 viene

quindi somministrato ad un campione di 543 pazienti psichiatrici (Trijsburg et al., 2000). Questo studio convalida l'ipotesi di un unico fattore che comprenda in sé tutti i meccanismi di difesa, dimostrando come una suddivisione delle difese e degli item del questionario in tre fattori (maturo, nevrotico ed immaturo), per quanto plausibile e compatibile con i presupposti teorici, sia comunque insoddisfacente. Questo innovativo aspetto del DSQ-42 consente agli autori di definirlo uno strumento utile alla misurazione del funzionamento difensivo complessivo di un individuo, piuttosto che all'analisi di singoli e specifici stili di difesa (maturo e/o immaturo e/o nevrotico); tutto ciò, pur mantenendo una teorizzazione gerarchica (da immature, gradualmente, a mature) di fondo delle difese, che peraltro si rispecchia pienamente e coerentemente nelle concezioni psicoanalitiche circa i meccanismi di difesa.

ALCUNE PARTICOLARI VERSIONI DEL DEFENSE STYLE QUESTIONNAIRE

LE VERSIONI STRANIERE DEL DEFENSE STYLE QUESTIONNAIRE

Come già anticipato, DSQ ha da sempre goduto di una straordinaria diffusione sia in contesti clinici che nella ricerca empirica; già a partire dalla fine degli Anni '80 cominciano ad essere proposti gli adattamenti delle varie versioni di DSQ in altre lingue. Tali studi rappresentano una fonte di ulteriori dati relativi alle proprietà psicometriche dello strumento e alle eventuali problematiche che possono insorgere nell'adattamento di un autosomministrato per la valutazione delle difese in contesti culturali differenti rispetto a quello di origine.

Una prima trasposizione in lingua straniera di DSQ avviene nel 1989, ad opera di Reister e colleghi che curano l'edizione tedesca della versione breve di DSQ (DSQ-36) costruita nello stesso anno da Andrews. In seguito alla traduzione, lo strumento riesce a mantenere le proprietà psicometriche della versione da cui origina, confermando anche la soluzione trifattoriale di classificazione delle 17 difese valutate. Nei successivi studi (Muris & Merckelbach, 1996b; Spinhoven & Kooiman, 1997) che hanno adottato questa versione per

valutare l'assetto difensivo in campioni di pazienti psichiatrici, è emersa la seguente struttura fattoriale:

- DIFESE MATURE: sublimazione, humor, anticipazione, repressione;
- DIFESE NEVROTICHE: annullamento retroattivo, idealizzazione, formazione reattiva;
- DIFESE IMMATURE: proiezione, aggressione passiva, acting out, isolamento, svalutazione, fantasia autistica, diniego, scissione, razionalizzazione, somatizzazione.

Un'altra traduzione del DSQ avviene ad opera di Shima e coll. (1991). Gli autori pubblicano la versione giapponese di DSQ-88 (Bond & Vaillant, 1986), la quale, in differenti ricerche successive, dimostra elevata convergenza con la versione originale sia a livello di contenuto, sia relativamente alla classificazione gerarchica in tre fattori (difese immature, difese nevrotiche, difese mature) che Andrews e colleghi avevano rilevato (1989). Shima e colleghi utilizzano questa edizione giapponese del DSQ in una ricerca condotta su un campione di 143 pazienti (suddivisi in pazienti nevrotici, pazienti depressi e pazienti schizofrenici), confrontati con 227 soggetti di controllo, e finalizzata ad indagare la relazione tra specifiche patologie psichiatriche e meccanismi di difesa. Dal confronto dei punteggi medi di DSQ nei due gruppi di soggetti, gli autori riscontrano una significativa prevalenza di difese immature nei pazienti con diagnosi di schizofrenia.

Un'altra versione di DSQ-88 è quella derivata dal suo adattamento in lingua francese. Quest'altra edizione del questionario viene sottoposta a verifica empirica nel 1998, ad opera di Bonsack, Despland e Spagnoli. Essi la somministrano ad un campione composto da 82 soggetti di controllo e da 140 pazienti psichiatrici, di cui 59 vengono anche testati sul loro livello di funzionamento difensivo generale, attraverso la somministrazione della Defensive Functioning Scale (DFS; Perry, 1993).

Dall'analisi fattoriale (Tab. 12), emerge l'esistenza di quattro fattori che si distribuiscono lungo un continuum immaturo-maturo; tra essi, il Fattore 1 mostra la maggiore stabilità

mentre gli altri tre fattori presentano, in successive applicazioni, alcune variazioni relativamente alla loro struttura interna;

Tabella 12. (Bonsack et al., 1998) Analisi fattoriale della versione francese del DSQ

DIFESE	FATTORE 1	FATTORE 2	FATTORE 3	FATTORE 4
Acting out	0.60			
Ipocondriasi	0.61			
Proiezione	0.66			
Identific. Proiettiva	0.56			
Regressione	0.67			
Somatizzazione	0.50			
Inibizione	0.55			
Sublimazione		0.59		
Formazione reattiva		0.59		
(- Scissione)		(-0.59)		
Repressione			0.53	
Anticipazione			0.52	
Onnipotenza			0.74	
Isolamento			0.61	
(-Pseudoaltruismo)			(-0.51)	
Affiliazione				0.71
Anticipazione				0.61

La consistenza interna di ogni singolo meccanismo di difesa risulta sufficiente per le sole difese incluse nel Fattore 1. Il questionario presenta una buona validità di contenuto, come dimostrato dagli elevati gradi di accordo tra 5 diversi esperti circa l'attribuzione degli item ad uno specifico meccanismo di difesa; solo 5 item, infatti, non trovano il consenso dei valutatori (di cui 3 vengono eliminati, in quanto item di falsificazione, e due vengono riformulati).

Inoltre, compatibilmente con i contributi precedenti, il punteggio relativo al Fattore 1 (stile maladattivo) risulta significativamente più elevato nei pazienti psichiatrici.

Infine, gli autori rilevano l'esistenza di una relazione significativa tra il livello di funzionamento sociale dell'individuo, il suo livello di funzionamento globale (GAF, Global Assessment of Functioning, Asse V del DSM-IV, A.P.A., 1994) e il livello di funzionamento difensivo valutato clinicamente (DFS; Perry, 1993): i pazienti che dimostrano una patologia troppo invalidante (organizzazione psicotica della personalità) risultano non adatti alla somministrazione del DSQ, in quanto affetti da un livello di disregolazione e di non

consapevolezza della propria condizione troppo elevato. Secondo gli autori, il questionario è invece utilizzabile per valutare lo stile difensivo di pazienti meno gravi (nevrotici e borderline) e quindi caratterizzati da un funzionamento globale e difensivo meno compromesso e disorganizzato.

In seguito a questi risultati Bonsack e colleghi possono concludere che le proprietà della versione francese del DSQ sono simili a quelle della versione di Bond (DSQ-88); essi propongono inoltre che, alla luce della comprovata stabilità e validità del Fattore 1 come scala di valutazione di uno stile difensivo maladattivo, l'uso isolato di questo fattore possa costituire un indice sufficientemente attendibile del funzionamento difensivo globale.

Nel 1994, alcuni autori scandinavi (Sammallahti et al., 1994) conducono una ricerca finalizzata a testare la validità e l'affidabilità della versione finlandese del DSQ-88; questa viene somministrata ad un campione di 101 pazienti, tra cui 42 nevrotici, 37 pazienti con un disturbo della personalità "di alto livello" (cioè caratterizzati da un miglior funzionamento generale e adattamento), 22 pazienti con un disturbo di personalità "di basso livello" (cioè caratterizzati da un funzionamento generale più compromesso) e un campione di 50 soggetti di controllo.

L'elaborazione dei dati permette di rilevare una struttura fattoriale (Tab. 13) articolata in 4 fattori che si dispongono lungo un continuum di immaturità/maturità, confermando, in linea di massima, le ipotesi teoriche di Bond e i risultati di precedenti ricerche condotte sulla stessa versione dello strumento.

Tabella 13. (Modificata da Sammallahti et al., 1994). Analisi fattoriale della versione finlandese di DSQ

DIFESE	FATTORE 1	FATTORE 2	FATTORE 3	FATTORE 4
Proiezione	0.80			
Ipocondriasi	0.77			
Acting out	0.76			
Scissione	0.71			
Identificazione proiettiva	0.68			
Aggressione passiva	0.66			

Fantasia	0.63	-0.34		
Regressione	0.52	-0.43		
<i>Consumption</i>	0.50			
Somatizzazione	0.41	-0.45		-0.27
Humor		0.70		
Repressione		0.67		
Onnipotenza- svalutazione	0.55	0.56		
<i>Task orientation</i>		0.55	0.38	
Sublimazione		0.53		
Annullamento retroattivo			0.65	
Diniego			0.60	
Formazione reattiva			0.59	0.42
Idealizzazione	0.29		0.57	
Anticipazione			0.49	
Pseudoaltruismo			0.42	
Inibizione	0.39	-0.46		0.56
Ritiro artistico	0.34			0.56
Isolamento	0.32			0.55
Affiliazione			0.43	-0.54

Malgrado le aree di convergenza, esistono però alcuni elementi di discontinuità. Infatti, mentre tre degli stili (maturo, nevrotico ed immaturo) si sono dimostrati assai simili a quelli descritti da Bond, il quarto comprende le difese dell'inibizione, del ritiro autistico e dell'isolamento, e ritrova al suo interno meccanismi che contraddistinguono una particolare tipologia di individui caratterizzati da grave inibizione sociale; questo fattore è quindi composto da item che riflettono principalmente il meccanismo di difesa dell'inibizione mentre, nel modello originario di Bond, rappresentavano le difese della svalutazione-
onnipotenza, scissione ed idealizzazione primitiva.

Dalle analisi eseguite per valutare la presenza di differenze significative nei punteggi medi tra i vari gruppi di soggetti coinvolti emergono, in tutti i campioni di pazienti psichiatrici, punteggi maggiori nelle difese immature e minori nelle difese mature rispetto al gruppo di controllo; l'unica eccezione è rappresentata dai pazienti con un disturbo di personalità *high-level*, i quali evidenziano punteggi non dissimili da quelli dei controlli nello stile maturo e significativamente elevati in quello immaturo. Pertanto, il livello di maturità delle difese utilizzate dai soggetti appare riflettere appieno la gravità della loro patologia.

Relativamente ai confronti nell'assetto difensivo dei vari gruppi di pazienti psichiatrici, non emergono differenze che raggiungano la significatività statistica.

Dall'analisi dei precedenti risultati, gli autori concludono che, sebbene questa versione di DSQ mantenga buona validità di costrutto e di criterio e una soddisfacente affidabilità delle diverse sottoscale, essa non replica appieno le conclusioni raggiunte da Bond nei suoi studi sulla versione originale dello strumento. Secondo gli autori, tali discrepanze potrebbero essere riconducibili agli effetti della trasposizione in una lingua straniera dello strumento e al suo utilizzo in un contesto culturale differente; l'adattamento di un questionario autosomministrato sulle difese deve cioè necessariamente tenere in considerazione le caratteristiche culturali della popolazione a cui esso dovrà rivolgersi.

Altre evidenze empiriche (si veda, ad esempio, il lavoro di Watson & Sinha, 1998) confermano queste osservazioni e suggeriscono la necessità di un accurato adattamento degli item al contesto culturale della popolazione a cui lo strumento verrà somministrato.

LE VERSIONI ITALIANE DI DSQ

DSQ-88 (San Martini et al., 2004)

San Martini e colleghi (2004) hanno sottoposto ad uno studio di validazione la versione italiana di DSQ-88; l'adattamento italiano è stato elaborato attraverso il metodo delle back version indipendenti. Lo strumento così ottenuto è stato sottoposto ad un ampio campione di 628 volontari adulti (per lo più composto da studenti universitari) allo scopo di valutarne le proprietà psicometriche e, in particolare, la tenuta della struttura fattoriale.

Relativamente all'affidabilità, gli autori hanno messo in evidenza che, globalmente, la consistenza interna delle singole sottoscale non è sufficiente a garantirne l'uso clinico¹⁴. I valori di alpha di Cronbach sono infatti risultati moderati per la maggior parte delle scale e,

¹⁴ I dati relativi alla consistenza interna di entrambe le versioni italiane validate di DSQ verranno analizzati più nel dettaglio nel capitolo 7.

per alcune difese in particolare (quali ad esempio la *consumption*), decisamente insoddisfacenti.

Gli autori hanno quindi eseguito un'analisi fattoriale esplorativa che ha portato ad identificare quattro fattori che spiegano cumulativamente il 42.1% della varianza totale. I fattori così estratti sono stati quindi sottoposti a rotazione quartimax, portando ad identificare i carichi fattoriali elencati in tab. 14.

Tabella 14. Soluzione fattoriale della versione italiana a 88 item di DSQ (San Martini et al., 2004)

DIFESE	FATTORE 1	FATTORE 2	FATTORE 3	FATTORE 4
Acting out	.690			-.316
Regressione	.760			-.316
Aggressione passiva	.559	.257		-.256
Ritiro autistico	.541			.257
Proiezione	.637	.432		
Fantasia	.530			
<i>Consumption</i>	.515		.250	
<i>Help-rejecting complaining</i>	.472	.438		
Identificazione proiettiva	.461	.295		
Annullamento	.421	.385	.321	
Somatizzazione	.618			
Diniego		.667		
Onnipotenza-svalutazione		.650		-.433
Isolamento		.647		.288
Scissione	.334	.466		
Anticipazione			.604	
<i>Task orientation</i>			.598	
Idealizzazione primitiva			.415	
Pseudoaltruismo			.461	
Formazione reattiva			.348	.493
Sublimazione			.412	
Humor			.405	-.499
Repressione	-.253	.308	.401	
Affiliazione			.282	-.257
Inibizione	.466			.621

Il primo fattore, che spiega il 19.81% della varianza, raccoglie 11 difese solitamente considerate di livello immaturo o nevrotico e ha una buona corrispondenza con lo stile difensivo denominato “maladaptive style” identificato da Bond (1986). Esso appare simile al primo fattore ottenuto da Bond nello studio di validazione della versione originale dello

strumento e condivide con esso le seguenti difese: rimozione, proiezione, somatizzazione, acting-out, aggressione passiva, ritiro, *consumption*, e identificazione proiettiva. Su questo fattore presentano carichi significativi anche la fantasia che non era contemplata nella versione di DSQ del 1983.

L'inibizione, che nel lavoro di Bond risultava appartenere al fattore immaturo, risulta in questa ricerca presentare il carico principale sul quarto fattore sebbene si possa rilevare un carico secondario sul primo.

Anche per l'ipocondriasi e l'annullamento retroattivo si osservano carichi significativi sul primo fattore seppure i carichi principali siano rispettivamente sul secondo e sul terzo.

Il secondo fattore spiega l'8.33% della varianza e le difese che lo compongono sono il diniego, l'onnipotenza, l'isolamento e la scissione. Questo fattore trova quindi ampia corrispondenza con il fattore di distorsione dell'immagine di Bond e coll. (1983).

Il terzo fattore spiega il 7.23% della varianza e su di esso i massimi carichi sono quelli di anticipazione, orientamento al compito, pseudo-altruismo, idealizzazione primitiva, sublimazione e repressione. Lo humour, la cui saturazione più elevata (e negativa) si osserva sul quarto fattore, mostra un carico secondario e positivo anche su questo fattore. Si tratta di un cluster di difese globalmente definibili mature nonostante la presenza di meccanismi quali lo pseudo-altruismo e l'idealizzazione.

Il quarto fattore spiega infine il 6.7% della varianza e mostra carichi positivi rilevanti di inibizione e formazione reattiva, e negativi dello humor. Sebbene, secondo gli autori, si tratti di un fattore non chiaramente connotato, esso viene denominato "stile introvertito" o "*over-inhibited*".

Gli autori mettono in evidenza la necessità di eliminare dalle successive elaborazioni il quarto fattore composto da soli tre meccanismi difensivi; essi hanno quindi costruito tre scale fattoriali composte da tutte le difese con i carichi fattoriali più significativi sul rispettivo fattore.

La consistenza interna delle scale così ottenute risultava soddisfacente per lo stile maladattivo (composto da 37 item; $\alpha=0.85$), appena sufficiente per lo stile di distorsione dell'immagine (composto da 17 item; $\alpha=0.72$) e decisamente insoddisfacente per lo stile adattivo (composto da 12 item; $\alpha=0.52$).

Le correlazioni al retest a sei mesi di distanza sono risultate adeguate per lo stile maladattivo ($r=0.79$; $p=0.001$) e per lo stile adattivo ($r=0.81$; $p=0.001$), e piuttosto basse per lo stile di distorsione dell'immagine ($r=0.63$; $p=0.001$).

Infine, sono state osservate una correlazione moderatamente positiva tra le difese maladattive e le difese di distorsione dell'immagine ($r=0.44$; $p=0.001$), una debole correlazione positiva tra le difese di distorsione dell'immagine e lo stile adattivo ($r=0.21$; $p=0.001$), e una debole correlazione positiva tra le difese adattive e disadattive.

DSQ-40 (Farma & Cortinovis, 2001)

La versione italiana di DSQ-40 è stata somministrata, unitamente ad una scheda anamnestica, a un campione di 139 adulti tra i 19 e 39 anni, frequentanti corsi universitari e parauniversitari. Ad un sottogruppo del campione studiato ($N=24$), omogeneo per caratteristiche sociodemografiche, il questionario è stato ri-somministrato dopo circa 3 mesi.

Ognuno dei tre stili/fattori di difesa è apparso sufficientemente omogeneo mostrando valori di α superiori a 0.50; in particolare, per lo stile immaturo l' α raggiunge il valore 0.80.

Riguardo alla consistenza interna dei singoli meccanismi di difesa, le differenze maggiori rispetto allo studio originale si registrano per i meccanismi di sublimazione, spostamento, dissociazione, razionalizzazione e somatizzazione.

Nonostante in questo studio il re-test sia stato svolto a tre mesi, i valori per i tre stili della versione italiana sono di poco inferiori a quelli ottenuti nel lavoro originale con un re-test a quattro settimane. In particolare, non sono risultate significative le differenze per il fattore

maturato e *immaturato* seppure si osservi una migliore ripetibilità dello stile immaturo (81%) rispetto a quello nevrotico (52%) e maturo (57%). Tale dato potrebbe essere interpretato come effetto di una maggiore “dipendenza” di questi ultimi due stili di difesa dai *life events*, ovvero di una loro maggior variabilità nel tempo più legata ad accadimenti contingenti. Tale ricerca non riporta alcun dato relativo alla struttura fattoriale.

LA VERSIONE DEL DEFENSE STYLE QUESTIONNAIRE PER ADOLESCENTI

La maggior parte dei ricercatori nell’area dei meccanismi di difesa hanno concentrato la loro attenzione sullo studio dei soggetti adulti, ignorando per lungo tempo le possibili applicazioni in campioni di adolescenti. Diverse teorie psicologiche dello sviluppo, tuttavia, hanno più volte riconfermato l’esistenza di significative differenze età-specifiche tra adulti ed adolescenti, da ricondurre allo stadio evolutivo in cui il soggetto si trova all’interno del suo normale percorso di crescita. Da ciò deriva, ad esempio, il fatto che gli adolescenti dimostrino determinate peculiarità nella capacità di giudizio morale, nelle strutture cognitive e nelle modalità di interazione sociale rispetto agli adulti. A partire da queste considerazioni, alcuni autori (Steiner et al., 1993; 1995; 1996; Feldman et al., 1996; Erickson et al., 1996; 1997) hanno elaborato un adattamento di DSQ alla popolazione adolescenziale.

Un primo adattamento risale al 1993, ad opera di Steiner, Nasserbakht e Feldman, a partire dalla versione di DSQ a 78 item. Dall’originario DSQ-88, infatti, gli autori eliminano i 10 item finalizzati a testare la tendenza alla menzogna; inoltre, apportano alcune modifiche nella formulazione degli item originali; utilizzando termini più accessibili e semplificando la struttura degli item più complessi, gli autori vogliono raggiungere lo scopo di rendere lo strumento adeguato a individui evolutivamente più immaturi. Ogni singolo meccanismo viene valutato con un numero variabile di item, che oscilla da 1 a 9. Il sistema di risposta rimane

invariato e, per ciascuna delle affermazioni proposte, al soggetto viene richiesto di esprimere il proprio personale grado di accordo secondo una scala Likert a 9 punti.

La versione dello strumento così ottenuta viene sottoposta ad un ampio campione di 580 adolescenti; dall'analisi fattoriale dei dati emerge una soluzione trifattoriale, che riscontra come significativi 18 tra i 21 meccanismi di difesa originari, che clusterizzano nel seguente modo:

- FATTORE IMMATURO : proiezione, aggressione passiva, somatizzazione, diniego, regressione, annullamento retroattivo, inibizione, scissione, acting out, fantasia, rimozione, ritiro artistico.
- FATTORE NEVROTICO (O PROSOCIALE): formazione reattiva, altruismo.
- FATTORE MATURO: anticipazione, affiliazione, humor, repressione.

In un'applicazione successiva (Feldman, Araujo, Steiner, 1996), il DSQ-78 subisce ulteriori modifiche al fine di applicarlo in uno studio su un ampio campione di 693 soggetti, che permetta di indagare la relazione esistente tra i meccanismi di difesa e alcune variabili anamnestiche e socio-demografiche (come il genere, l'età e il livello di salute mentale). Grazie al giudizio di due esperti, ai quali è affidato il compito di associare ogni singolo item a uno o più meccanismi di difesa compresi nell'originaria classificazione proposta da Vaillant (Vaillant, 1971) e nel glossario del DSM-III-R (A.P.A., 1987), viene confermato un pieno accordo solo per 61 dei suoi item, mentre per altri 9 un accordo viene raggiunto solo dopo una discussione collegiale. La nuova versione a cui gli autori giungono è quindi composta da 70 item che indagano 21 difese; due di queste difese, l'idealizzazione e l'onnipotenza, vengono però escluse dalla valutazione, in quanto non sono presenti in tutte le classificazioni di meccanismi di difesa esistenti in letteratura. Questa nuova edizione dello strumento si compone quindi di 59 item volti ad analizzare 19 meccanismi di difesa, che, a seguito di analisi fattoriale, risultano clusterizzare come segue:

- FATTORE IMMATURO: proiezione, aggressione passiva, somatizzazione, diniego, regressione, annullamento retroattivo, inibizione, scissione, acting out, fantasia, rimozione, ritiro autistico.
- FATTORE PROSOCIALE (O PSICONEVROTICO O SACRIFICIO DEL SÉ): formazione reattiva, altruismo.
- FATTORE MATURO: anticipazione, affiliazione, humor, sublimazione, repressione.

In entrambe le ricerche, la versione di DSQ per adolescenti permette di ottenere risultati soddisfacenti mostrando adeguati indici di validità convergente e discriminante e una significativa affidabilità test-retest.

CAPITOLO 4.

LE APPLICAZIONI DEL DEFENSE STYLE QUESTIONNAIRE

Data la versatilità del concetto di meccanismo di difesa e le sue possibili declinazioni sia nell'ambito della psicopatologia che in quello della normalità, è facile comprendere perché, nella storia di DSQ, siano rilevabili innumerevoli usi dello strumento, finalizzati agli scopi più diversi: analizzare la relazione tra il generale livello di sviluppo individuale e la maturità o adattività delle sue difese; valutare le variazioni nell'assetto difensivo in varie fasi del ciclo di vita e le differenze riconducibili al genere; indagare la relazione tra particolari tratti di personalità e le difese utilizzate; approfondire i legami tra l'insorgenza di una psicopatologia e l'uso di particolari meccanismi di difesa; indagare la relazione fra assetto difensivo, benessere e salute mentale e fisica (Madeddu, 2002).

Alla luce del contenuto della presente ricerca, le applicazioni cliniche di DSQ appaiono tuttavia di particolare rilievo e interesse.

In una recente review della letteratura sulla relazione tra difese e psicopatologia, Michael Bond (2004) ha messo in evidenza alcune possibili applicazioni dell'assessment dei meccanismi difensivi in contesti clinici.

Primo fra tutti, la valutazione delle difese riveste un'importanza centrale rispetto all'inquadramento diagnostico. Come sostengono Laplanche e Pontalis (1973), "quale di questi meccanismi tenda a prevalere in un determinato soggetto dipende dal tipo di patologia, dallo stadio evolutivo raggiunto...". Tale affermazione legittima tuttavia sia la possibilità di concepire i meccanismi di difesa come tratti del carattere stabili nel tempo, sia come correlati psichici di uno specifico stato mentale. Ad esempio, la scissione è considerata una difesa di

distorsione maggiore dell'immagine (che si colloca pertanto sul polo disfunzionale del continuum) ma, in alcune circostanze, come ad esempio per un soldato in guerra, potrebbe svolgere una funzione adattativa. Un soggetto depresso può, ad esempio, fare ricorso ad un repertorio difensivo più primitivo, disfunzionale e disadattivo rispetto alle fasi in cui è normotimico.

Secondo Bond, inoltre, alcune difese possano considerarsi predittori affidabili dell'esito del trattamento; ad esempio, la tendenza all'acting out e all'aggressione passiva da parte di un paziente potrebbero ritenersi buoni predittori, rilevabili fin dalle primissime fasi della relazione terapeutica, di un dropout precoce dalla psicoterapia. Inoltre, si potrebbe ipotizzare che un paziente che ricorra massivamente alle difese di distorsione maggiore dell'immagine possa mostrare, nel contesto di una psicoterapia, la tendenza a idealizzare e a svalutare il terapeuta suggerendo il rischio per possibili abbandoni precoci. Pertanto, un'altra area in cui lo stile difensivo può svolgere un ruolo importante è quella dell'alleanza terapeutica. Ci si potrebbe infatti attendere che uno stile difensivo adattivo possa svolgere un ruolo positivo nella fase cruciale della presa in carico e della costruzione dell'alleanza terapeutica mentre difese quali la proiezione, l'aggressione passiva e l'acting out possano favorire un'alleanza debole. La proiezione potrebbe condurre il paziente ad attribuire al terapeuta la colpa dei propri problemi mentre l'aggressione passiva e l'acting out possono portare il terapeuta a porre dei limiti o a fare un uso massiccio della confrontazione e quindi di essere percepito negativamente dal paziente.

Inoltre, lo stile difensivo può anche fungere, nel contesto della relazione terapeutica e della valutazione della sua efficacia, da misura di outcome piuttosto che da predittore. Un sensibile incremento nell'adattività del profilo difensivo può infatti rappresentare un utile indice di cambiamento a livello psicologico, al di là del miglioramento direttamente osservabile su un piano sintomatologico.

Alcuni degli studi che abbiamo già riportato trattando la storia e l'evoluzione del DSQ, oltre ad aver contribuito a testare la validità della classificazione gerarchica dei meccanismi di difesa, si sono rivelati assai utili nell'indagare la relazione esistente tra difese e psicopatologia.

Per rendere questa rassegna più scorrevole, suddivideremo i vari studi in funzione dei quadri clinici specificamente indagati; inoltre, per gli obiettivi specifici di questa ricerca, particolare risalto verrà riconosciuto agli studi che hanno focalizzato l'attenzione su disturbi psichiatrici di asse I e su campioni di adolescenti; esiste tuttavia un'altrettanto florida letteratura che si è concentrata sul problema della diagnosi di Asse II che non potrà essere fatta oggetto di trattazione in questo contributo e per la quale si rimanda ad altre opere (Bond, 2004; Lingiardi & Madeddu, 2002).

CAMPIONI AFFETTI DA PATOLOGIE PSICHIATRICHE DI ASSE I

DIFESE E DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE

Secondo Bond (2004), gli interrogativi più pressanti sul rapporto tra stile difensivo e disturbo depressivo cui i ricercatori hanno cercato di dare risposta sono:

- è possibile formulare ipotesi diagnostiche di disturbo dell'umore sulla base dei punteggi DSQ?
- lo stile difensivo subisce variazioni quando, in seguito al trattamento, il quadro clinico di pazienti depressi migliora?
- lo stile difensivo è in grado di predire l'outcome del trattamento farmacologico o psicologico per depressione?

Un ulteriore interrogativo, non ancora adeguatamente indagato attraverso il ricorso a DSQ o ad altri strumenti autosomministrati per l'assessment delle difese, riguarda la possibilità che specifici meccanismi di difesa o stili difensivi possano configurarsi come fattori di

vulnerabilità per lo sviluppo di un quadro depressivo. Un'indagine in questa direzione, ancora non disponibile nella letteratura internazionale, implicherebbe ovviamente la valutazione dell'assetto difensivo in un ampio campione di soggetti prima dello sviluppo del quadro clinico rilevando, attraverso indagini di follow-up, le caratteristiche psicologiche peculiari di quei soggetti che svilupperanno un disturbo depressivo maggiore.

Le evidenze empiriche disponibili indicano che, seppure non sia possibile identificare uno specifico assetto difensivo associato alla diagnosi di depressione maggiore, esistono sufficienti prove a sostegno dell'ipotesi che pazienti depressi facciano maggiore ricorso a stili di difesa maladattivi e minore ricorso a stili di difesa adattivi rispetto a controlli non clinici. Di fatto, come sarà possibile rilevare in seguito dalla review della letteratura sugli stili difensivi in altri quadri clinici, queste considerazioni sembrano poter essere estendibili, in modo indifferenziato, a tutte le principali categorie di pazienti psichiatrici quando confrontati con gruppi di controllo.

Un primo studio in quest'area risale al 1990, ad opera di Steiner che recluta un campione composto da 49 pazienti anoressici (di cui 24 pazienti affetti da anoressia restrittiva, AN-R e 25 pazienti anoressici bulimici, AN-B), 23 pazienti bulimici normo-peso (NWB), 29 pazienti adolescenti depressi (DEP), 25 individui adolescenti normali (NADOL) e 25 soggetti adulti normali (NAD), a cui somministra BDI (Beck Depression Inventory; Beck et al., 1961) e DSQ. L'obiettivo è quello di indagare e confrontare gli stili difensivi utilizzati da gruppi di pazienti così diversi sul piano clinico. Dall'elaborazione dei dati, la depressione risulta in assoluto la patologia psichica con maggiori correlazioni con uno stile difensivo immaturo; anche i soggetti bulimici normopeso manifestano un elevato punteggio in questo pattern difensivo mentre i pazienti anoressici risultano significativamente più immaturi a livello di meccanismi di difesa rispetto ai soggetti di controllo, ma non tanto quanto i pazienti depressi e bulimici. I soggetti affetti da depressione si distinguono inoltre dagli altri gruppi nel

punteggio relativo allo stile maturo, che risulta essere significativamente minore. Da un'elaborazione successiva dei risultati, Steiner dimostra che la presenza di una diagnosi di depressione, secondo i criteri DSM-III (A.P.A., 1980), o il riscontro di sintomi di depressione (mediante il ricorso al BDI), è significativamente associata con un basso punteggio nello stile di difesa maturo. L'analisi delle differenze di età nei gruppi clinici esaminati permette inoltre di concludere che, nei pazienti affetti da depressione e da bulimia, sia osservabile una sorta di arresto o blocco dello sviluppo difensivo. Nei pazienti affetti da anoressia, data la relazione tra età e meccanismi di difesa, si manifesterebbe invece un uso regressivo delle difese più immature, senza penalizzare in modo eccessivo i punteggi di quelle mature.

Akkerman e coll. (1999) hanno esaminato lo stile difensivo e l'andamento temporale dello stesso in un campione di pazienti depressi utilizzando la versione a 40 item di DSQ. Al confronto con un ampio gruppo di controllo estratto dalla popolazione generale, il gruppo di pazienti affetti da depressione maggiore otteneva punteggi significativamente minori nelle difese mature, ma con il procedere del trattamento psicoterapeutico a cui erano sottoposti, il punteggio medio fattoriale cresceva progressivamente fino a raggiungere valori medi non dissimili da quelli registrati nel gruppo di controllo. Inoltre, se l'utilizzo delle difese nevrotiche risultava altamente stabile per tutta la durata del follow-up di 2 anni, i pazienti rimasti in trattamento per almeno due anni mostravano una riduzione nell'uso delle difese immature fino a raggiungere punteggi medi inferiori a quelli del gruppo di controllo non clinico.

In uno studio follow-along finalizzato a valutare i cambiamenti a lungo termine nello stile difensivo DSQ di pazienti affetti da depressione maggiore, disturbi d'ansia e/o disturbi di personalità in psicoterapia psicodinamica, Bond e Perry (*in press*) hanno rilevato una correlazione negativa tra il funzionamento difensivo globale (ODF¹⁵) e un quadro clinico di depressione. Per quanto riguarda i pazienti affetti da depressione maggiore (N=39; 75% dei

quali con un disturbo di personalità) fu possibile osservare che tanto maggiori risultavano i punteggi nelle difese maladattive e di sacrificio di sé alla presa in carico, tanto più significativo era il miglioramento a seguito della psicoterapia come dimostrato dall'ODF, dal GAF e dai punteggi ottenuti alla scala Hamilton e SCL-90-R.

Kneepkens e Oakley (1996) si sono posti l'obiettivo di indagare se lo stile di difesa di pazienti adulti affetti da disturbo depressivo maggiore, subisca o meno un'evoluzione nel corso di un trattamento residenziale breve. A questo scopo, essi hanno sottoposto ad un campione di 31 pazienti (24 donne, 7 uomini) DSQ-40 e la "Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale" (CES-D¹⁶, Radloff, 1977) in due differenti momenti: la prima somministrazione è avvenuta entro 48 ore dal ricovero; la seconda, nel corso delle 24 ore precedenti alla dimissione. Dal confronto tra i punteggi DSQ nei due tempi, è emerso che, al momento della dimissione, i pazienti mostravano un miglioramento nella CES-D e punteggi significativamente più alti nello stile difensivo maturo, significativamente più bassi in quello immaturo e, per lo stile nevrotico, non dissimili da quelli rilevati al momento della presa in carico. Ciò permette agli autori di affermare che sottoporre pazienti depressi ad un ricovero ospedaliero breve consente di raggiungere, in un arco di tempo di pochi giorni (7 gg in media), un significativo miglioramento dello stile di difesa e l'acquisizione di modalità di funzionamento più adattive e funzionali.

Nella stessa direzione della precedente si pone un'altra ricerca, condotta da Mullen e colleghi (1999). Anche in questo caso viene valutata l'efficacia di un trattamento specifico sullo stile difensivo di pazienti con diagnosi di depressione maggiore formulata compatibilmente con i criteri DSM-IV (A.P.A., 1994). I principali obiettivi che muovono questa ricerca sono, prima di tutto, il voler indagare la stabilità dello stile difensivo e dell'organizzazione della personalità in pazienti affetti da tale patologia; in secondo luogo, gli autori si propongono di

¹⁵ Un elevato valore ODF indica un funzionamento adattivo.

valutare se un particolare stile difensivo o una determinata organizzazione di personalità possano configurarsi come indicatori prognostici della risposta al trattamento e del rischio di dropout dallo stesso. Gli autori prendono in considerazione un campione di 22 uomini e 37 donne sottoposti a due differenti terapie farmacologiche. A tutti i pazienti vengono somministrati DSQ-88 e l'IPO (Inventory of Personality Organization; Lenzenweger et al., 2001), all'ingresso in terapia e dopo un periodo di 10/12 settimane di trattamento farmacologico. In corso di trattamento il campione di pazienti viene suddiviso in tre sottogruppi: 15 pazienti che rispondono positivamente ai farmaci (*responders*); 4 pazienti che non rispondono all'azione dei farmaci (*non-responders*); 40 pazienti che abbandonano la terapia prima del termine (*drop-outs*). Dall'analisi dei risultati gli autori rilevano che tutti i gruppi, alla prima somministrazione, manifestano simili punteggi nei diversi stili difensivi di DSQ; l'unica eccezione si riscontra in corrispondenza del fattore di distorsione dell'immagine, che risulta significativamente prevalente nel campione di soggetti *drop-outs*, quando confrontati con i *responders*.

Quando valutati al termine del trattamento (escludendo quindi i pazienti *drop-out*), gli stili difensivi mostrano importanti modificazioni. Si osserva infatti una significativa diminuzione dell'uso delle difese maladattive nell'intero campione (composto da *responders* e *non-responders*), mentre i punteggi medi relativi agli altri fattori rimangono sostanzialmente invariati.

Gli autori decidono di approfondire questo decremento del fattore maladattivo e valutano quindi le differenze esistenti tra il sottogruppo dei *responders* e quello dei *non-responders*. Da questa analisi, riscontrano che i pazienti *responders* utilizzano in modo significativamente minore lo stile difensivo maladattivo rispetto ai pazienti *non-responders*; i primi manifestano inoltre un valore ODF significativamente più alto, indice di un migliore stato di salute

¹⁶ Si tratta di autosomministrato composto da 20 item che valutano il livello percepito dei sintomi di depressione del soggetto.

psichica. I fattori della distorsione dell'immagine e del sacrificio del sé rimangono invece simili tra i due sottogruppi, nelle due somministrazioni.

Gli studi di Akkerman (1999), Bond e Perry (2004), Mullen e coll. (1999) e Kneepkens e coll. (1996) mostrano globalmente che esiste un progressivo passaggio verso un maggior uso di difese adattive e minor ricorso a difese maladattive con il miglioramento del quadro clinico anche nei casi di ricoveri la cui durata sia inferiore ad una settimana.

Gli studi di follow-up a più lungo termine mostrano un cambiamento più lento nello stile difensivo; in alcuni studi, si verifica prima una riduzione nelle difese maladattive, in altri un incremento di quelle adattive. Le difese intermedie mostrano di essere meno interessate al cambiamento comportandosi come variabili di tratto piuttosto che come caratteristiche psicologiche di stato. Probabilmente, tali difese, tra le quali possono essere annoverate la formazione reattiva, lo pseudoaltruismo, l'idealizzazione primitiva e l'annullamento retroattivo, costituiscono una parte integrante della struttura del carattere a differenza di quanto succede per altre difese quali repressione e acting out (Bond, 2004).

Lo studio di Bond e Perry (2004), con il rilievo di una correlazione significativa, per tutti gli stili difensivi, tra i punteggi al momento dell'ammissione in trattamento e quelli raccolti a sei mesi di distanza, suggerisce che, per quanto passibile di cambiamenti nel corso di interventi psicologici, lo stile difensivo abbia prevalentemente un carattere di tratto stabile della personalità.

Lo studio di Mullen e coll. (1999) indica che l'unico indice di outcome che è ragionevolmente possibile prevedere attraverso il punteggio DSQ all'ammissione, è il rischio di dropout vs la tenuta in trattamento; a tale proposito, risulta determinante il punteggio relativo alle difese di distorsione dell'immagine. Questo dato acquista particolare rilievo in termini psicodinamici in quanto difese quali la scissione, l'idealizzazione primitiva, l'onnipotenza/svalutazione

possono contribuire all'instaurazione di un transfert idealizzante, passibile di improvvisi attacchi all'alleanza terapeutica (Bond, 2004). Infine, nello studio di follow-along a lungo termine di Bond e Perry (2004), il miglioramento dell'assetto difensivo a seguito del trattamento risultava predittivo del miglioramento del quadro clinico di depressione ma il punteggio DSQ non rappresentava, di per sé, un buon predittore del cambiamento. Pertanto, per quanto l'uso di difese adattive possa contribuire all'instaurarsi di un'alleanza terapeutica duratura con il paziente e a mantenere il paziente in trattamento, la validità dello stile difensivo quale predittore dell'outcome del trattamento stesso non è, almeno al momento, supportata da evidenze empiriche probanti (Bond, 2004).

DIFESE E DISTURBI D'ANSIA

Gli stessi interrogativi di ricerca già esposti per il disturbo depressivo maggiore hanno animato anche il dibattito sui disturbi d'ansia e suoi loro correlati difensivi.

Pollock e Andrews (1989), utilizzando la versione a 40 item di DSQ, hanno comparato l'assetto difensivo di pazienti affetti da disturbo da attacchi di panico (N = 39), agorafobia (N = 39), fobia sociale (N = 23) e disturbo ossessivo-compulsivo (N = 18) con quello di 204 controlli non clinici. Sono state quindi condotte analisi comparative dei punteggi medi tra ciascun gruppo clinico e il gruppo di controllo e tra ciascuna coppia di gruppi clinici. Sulla base di tali analisi, i pazienti affetti da disturbo da attacchi di panico presentavano, al confronto con i controlli non clinici, maggiore ricorso allo spostamento mentre quelli affetti da agorafobia mostravano un maggiore ricorso alla somatizzazione, allo spostamento, alla formazione reattiva e all'idealizzazione. Al contrario, i pazienti affetti da fobia sociale facevano maggior ricorso allo spostamento e alla svalutazione e minore ricorso allo humour; infine i pazienti affetti da disturbo ossessivo-compulsivo mostravano minore ricorso allo humour e maggiore ricorso all'annullamento retroattivo, proiezione e acting out rispetto ai

controlli. L'analisi discriminante condotta sui profili difensivi dei quattro gruppi clinici ha evidenziato che il profilo dei pazienti panici/agorafobici risulta significativamente diverso rispetto a quello dei pazienti affetti da fobia sociale e disturbo ossessivo-compulsivo. Questo risultato appare di particolare rilevanza clinica in quanto in linea con le osservazioni psicoanalitiche classiche sul rapporto tra meccanismi di difesa e diagnosi.

Muris e Merckelbach (1996a) si sono invece occupati dell'analisi del profilo difensivo associato ad uno specifico disturbo d'ansia: la fobia specifica. Gli autori si sono proposti inoltre di verificare se i differenti stili di difesa esercitino un'influenza particolare sull'efficacia della terapia comportamentale in questa tipologia di pazienti. A questo scopo gli autori hanno reclutato un campione di 54 pazienti affetti da fobia specifica verso gli animali e un gruppo di 29 soggetti di controllo. I due campioni vengono sottoposti ad una batteria di test tra cui DSQ-36, la scala di misurazione del nevroticismo dell'Eysenk Personality Questionnaire (EPQ-N, Eysenk e Eysenk, 1975), lo Spider Phobia Questionnaire (SPQ, Klorman et al., 1974) ed il Behavioural Avoidance Test (BAT; finalizzato a misurare il grado di evitamento del soggetto nei confronti dello stimolo fobico). Entrambi i campioni sono stati poi sottoposti ad una seduta di esposizione in vivo allo stimolo fobico e successivamente ancora testati con i vari strumenti sopra citati. Rispetto alla prima somministrazione i due gruppi di soggetti mostravano punteggi significativamente differenti solo relativamente alle scale SPQ e a BAT ma non per EPQ-N e DSQ. L'unica difesa a mostrare differenze significative è risultata quella del diniego, che risulta meno utilizzata dai pazienti fobici. Questi risultati permettono di escludere l'esistenza di un pattern difensivo caratteristico dei pazienti fobici probabilmente, secondo gli autori, poichè la fobia specifica rappresenta una condizione psicopatologica troppo circoscritta. Di fatto, l'assetto difensivo si rivela un buon predittore dell'efficacia dell'intervento terapeutico in quanto punteggi elevati nello stile di

difesa immaturo (e, in particolare, nel meccanismo difensivo della proiezione) risultano associati ad una minore efficacia della terapia.

Uno studio simile al precedente (Albucher et al., 1998) ha avuto per oggetto la valutazione dei cambiamenti nell'uso delle difese DSQ di pazienti con diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo (formulata compatibilmente con i criteri del DSM-III-R) a seguito della partecipazione ad un intervento di terapia cognitivo-comportamentale. Il campione analizzato è risultato composto da 17 pazienti cui sono stati somministrati, prima e dopo il trattamento di gruppo della durata di 7 settimane, DSQ-88, la Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Goodman et al, 1989) e il Beck Depression Inventory (BDI, Beck et al., 1961). Confrontando i risultati delle due somministrazioni, gli autori evidenziano, successivamente alla terapia, un miglioramento sensibile del quadro sintomatico (come dimostrato dalla diminuzione dei punteggi ottenuti nella Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale) e un importante incremento nell'uso di meccanismi di difesa più adattivi; tale aumento si dimostra essere anche associato a un rilevante miglioramento dei punteggi medi del BDI. Non è stato possibile osservare alcun cambiamento nei tre stili di difesa non adattivi ma, isolando l'annullamento retroattivo come specifico meccanismo di difesa, esso ha mostrato un decremento significativo nei punteggi medi. Questo studio non riporta dati sul profilo difensivo medio dei pazienti all'ammissione al trattamento; i dati sul cambiamento possono indicare che la terapia comportamentale ha esplicitamente incoraggiato il ricorso a meccanismi di difesa adattivi (quali, ad esempio, la repressione) e scoraggiato l'uso di quelli disadattivi (quali l'annullamento retroattivo). I cambiamenti nello stile difensivo possono essere tuttavia spiegati anche dal miglioramento sul piano sintomatologico che può incoraggiare il ricorso a difese più adattive.

In uno studio brasiliano (Kipper et al., 2004) condotto su 60 pazienti panici e 31 controlli non clinici, gli autori hanno esaminato le differenze nell'assetto difensivo utilizzando la versione a

40 item di DSQ. I pazienti affetti da disturbo da attacchi di panico risultavano fare maggiore ricorso agli stili difensivi immaturo e nevrotico e, in particolare, alla proiezione, all'aggressione passiva, all'acting out, alla svalutazione, alla fantasia autistica, allo spostamento, alla scissione e alla somatizzazione rispetto ai controlli. Una maggiore gravità sintomatologica (valutata mediante la Clinical Global Impression) risultava correlata all'uso di difese immature.

Uno studio cinese (Lin et al., 2002) ha rilevato, comparando l'assetto difensivo di 60 pazienti fobici sociali con quello di 60 controlli non clinici, che i pazienti mostravano punteggi significativamente maggiori negli stili difensivi immaturo e intermedio di DSQ-40 (in particolare nella difesa di evitamento), e punteggi significativamente inferiori nello stile difensivo maturo.

Un altro studio cinese (Yuan et al., 2002) ha utilizzato tecniche di analisi della covarianza e correlazioni di Spearman in un campione di 20 controlli non clinici, 20 pazienti con disturbi d'ansia, 30 pazienti depressi e 25 pazienti affetti da depressione e ansia rilevando che, rispetto ai controlli, i pazienti con disturbi d'ansia mostravano più alti punteggi sulle scale di annullamento retroattivo e affiliazione e punteggi più bassi sulla scala humour. I risultati complessivi permettono di concludere che è possibile rilevare profili difensivi diversificati in pazienti ansiosi, depressi e con ansia e depressione.

Nel 1997, Spinhoven e Kooiman indagano la relazione esistente tra disturbi di ansia e di depressione e meccanismi di difesa somministrando DSQ-36 e la Symptom Checklist-90 (SCL-90, Derogatis, 1983) ad un campione di 483 pazienti con varie diagnosi formulate compatibilmente con i criteri DSM-III-R (71 soggetti di controllo, 116 con diagnosi di uno o due disturbi d'ansia, 93 con diagnosi di uno o più disturbi dell'umore, 203 con altra diagnosi psichiatrica). Dal confronto dei punteggi medi tra i vari gruppi clinici, gli autori evidenziano che i pazienti affetti da disturbi depressivi e disturbi d'ansia manifestano, rispetto ai controlli,

alti punteggi nello stile difensivo immaturo. I pazienti ansiosi mostrano tuttavia punteggi significativamente maggiori nello stile nevrotico, sia rispetto ai pazienti depressi che rispetto ai controlli. Spinhoven e Kooiman hanno inoltre messo in luce alcune particolarità delle tendenze difensive dei pazienti: i pazienti con disturbi di panico manifestano con maggiore frequenza e intensità difese come la somatizzazione, la svalutazione e l'idealizzazione, mentre i pazienti distimici ricorrono principalmente ai meccanismi della somatizzazione, della svalutazione e dell'isolamento. La depressione mostra inoltre una positiva correlazione con l'aggressione passiva, la svalutazione e la razionalizzazione (difese immature). Più in generale gli autori affermano che l'ansia può essere considerata come correlata in modo predominante alla somatizzazione, mentre la depressione alla proiezione.

Globalmente, gli studi condotti su pazienti affetti da disturbi d'ansia dimostrano che questi pazienti fanno maggiore ricorso a difese immature e nevrotiche rispetto ai controlli non clinici. Lo studio di Pollock e Andrews (1989) fornisce inoltre supporto alla possibilità di associare profili difensivi differenti alle varie diagnosi anche se tali risultati sono stati probabilmente condizionati da alcuni artefatti metodologici; tali profili risultano inoltre coerenti con le riflessioni di matrice psicodinamica sull'etiopatogenesi del disturbo.

Lo studio di Albuher e coll. (1989) mette in evidenza l'incremento nell'uso di difese adattive associato al miglioramento sintomatico in pazienti affetti da disturbo ossessivo-compulsivo.

Lo studio di Muris e coll. (1996a) fornisce invece supporto all'ipotesi che uno stile difensivo immaturo possa essere correlato ad un peggior outcome della terapia comportamentale.

Tuttavia, tutti gli studi riportati in questa sezione, come rilevato anche da Bond (2004) in una recente review della letteratura, presentano alcuni limiti di natura metodologica (tra cui anche la ridotta massa campionaria dei campioni esaminati) e pertanto devono essere considerati come evidenze empiriche per le quali si rendono necessari ulteriori studi e approfondimenti.

TRAUMA E DISSOCIAZIONE

Per quanto i manuali nosografici internazionali più accreditati (quali lo stesso DSM IV) collochino i quadri post-traumatici nell'area dei disturbi d'ansia, è parso opportuno dedicare al trauma e alla sua relazione con i meccanismi di difesa una sezione indipendente soprattutto per il ruolo che le esperienze dissociative acquisiscono in questo tipo di patologie.

In quest'area, l'interesse dei ricercatori si è concentrato sulla verifica del ruolo delle difese maladattive e di distorsione dell'immagine quali fattori che predispongano al disturbo post-traumatico da stress (PTSD) e sul ruolo dell'assetto difensivo nel condizionare il decorso clinico del disturbo; in particolare, gli studi riportati di seguito hanno indagato se alcune tipologie di difese o stili difensivi moderino l'effetto dell'evento traumatico, e hanno approfondito la relazione tra trauma, dissociazione e assetto difensivo.

Romans e coll. (1999) hanno studiato 354 donne neo-zelandesi utilizzando DSQ-40 e la Dissociative Experiences Scale (DES; Dubester et al., 1995) osservando che, il sottogruppo di esse che aveva subito abusi sessuali infantili mostrava uno stile difensivo più immaturo e disadattivo. La dissociazione, valutata mediante la DES, non risultava tuttavia essere correlata all'esperienza dell'abuso nell'infanzia. La maggiore gravità dell'abuso risultava correlata significativamente al ricorso allo spostamento, all'aggressione passiva, alla somatizzazione e, soprattutto, alla proiezione. Le donne con i maggiori punteggi nello stile difensivo maturo ottenevano punteggi medi minori nel questionario relativo alle esperienze dissociative (DES); inoltre, è stata rilevata una differenza significativa nei punteggi DES nelle donne per le quali, sulla base della Present State Examination, era possibile formulare una qualsiasi diagnosi psichiatrica e quelle definibili, sulla base degli stessi parametri, non cliniche. Gli autori suggeriscono pertanto che inadeguate strategie difensive, quali ad esempio, le difese immature, contribuiscano a trasformare l'esperienza precoce dell'abuso infantile in un disturbo psichiatrico in età adulta. Tale osservazione trova conferma nei risultati delle ricerche

longitudinali di Vaillant (1977) secondo cui la maturità dell'assetto difensivo individuale è in grado di spiegare l'outcome evolutivo di coloro che hanno avuto infanzie disagiate. Tuttavia, nessuno dei due studi ha analizzato l'assetto difensivo direttamente nell'infanzia e ciò pone evidenti limiti alle conclusioni raggiunte (Bond, 2004).

In uno studio condotto su una popolazione clinica di adolescenti (N=75), Warren (2002) ha studiato il ruolo del profilo difensivo DSQ quale possibile mediatore della relazione fra esperienze di maltrattamento e sintomatologia psichiatrica. A tale scopo sono stati utilizzati un questionario sulle esperienze di maltrattamento e abuso e una scala clinica di valutazione del disagio psichico. I risultati suggeriscono che uno stile difensivo immaturo possa moderare la relazione tra abuso sessuale infantile e problemi esternalizzanti; lo stile difensivo intermedio appare invece moderare l'effetto delle esperienze di abuso fisico e di esposizione alla violenza domestica e la comparsa di un quadro clinico di PTSD. L'autore rileva inoltre che uno stile difensivo immaturo possa rappresentare un fattore protettivo contro ulteriori esperienze di maltrattamento e abuso mentre gli stili maturo e intermedio esacerbino l'effetto di ulteriori maltrattamenti. Lo studio presenta tuttavia una serie di rilevanti limiti metodologici non da ultimo la ridottissima percentuale (di poco superiore al 30%) dei soggetti che hanno risposto alle domande relative alle esperienze di abuso in età infantile.

Del 1996 è un altro studio degno di nota che ha per oggetto il rapporto esistente tra il disturbo post-traumatico da stress (PTSD) e lo stile difensivo. Silverstein (1996) ha reclutato un campione di 97 pazienti psichiatrici maschi non psicotici, di cui 52 veterani ex-combattenti della guerra del Vietnam affetti da disturbo post-traumatico da stress, e 45 veterani in servizio durante la stessa guerra (ma senza aver preso parte ai combattimenti) e affetti da una patologia psichiatrica diversa dal PTSD. All'intero campione vengono somministrati la Ego Identity Scale (EIS, Tan et al., 1977), DSQ-88, la Impact of Event Scale (IES, Horowitz et al., 1979). Dall'elaborazione dei dati, la Silverstein evidenzia che tra i veterani combattenti e non

combattenti non emergono differenze significative circa l'uso di difese appartenenti al fattore adattivo e al fattore del sacrificio del sé; esistono invece importanti diversità negli altri due stili difensivi: gli ex-combattenti mostrano infatti un maggiore ricorso alle difese maladattive e a quelle appartenenti al fattore di distorsione dell'immagine rispetto al gruppo dei veterani non combattenti.

Un'interessante associazione è stata rilevata anche tra il grado di sviluppo dell'identità del soggetto e il tipo di difese maggiormente utilizzato. La Silverstein sottolinea infatti che più alto è il livello di sviluppo dell'identità dell'individuo, maggiore è la sua tendenza ad utilizzare difese adattive; all'opposto, minore è il grado di sviluppo dell'identità da parte del soggetto e più frequente è l'uso di meccanismi di difesa maladattivi. Date queste significative correlazioni tra lo stile di difesa e lo sviluppo dell'identità, l'autrice giunge a sostenere la plausibile unione di queste due dimensioni in un unico costrutto che rappresenti il grado di sviluppo dell'Io della persona; la possibilità dell'individuo di acquisire un senso di identità completo viene fortemente influenzata dalla presenza o meno di un PTSD. La Silverstein conclude quindi che il gruppo dei veterani ex-combattenti affetti da PTSD, raggiunga un generale livello di evoluzione dell'Io inferiore rispetto a quello dei veterani non combattenti, e che tale condizione sia imputabile ad una incompleta conquista dell'identità e all'utilizzo di uno stile di difesa poco maturo e adattivo.

In uno studio condotto su 53 pazienti con diagnosi DSM-IV di disturbo di depersonalizzazione e 22 controlli non clinici, Simeon e coll. (2002) hanno fatto uso della Dissociative Experiences Scale, del Tridimensional Personality Questionnaire (Cloninger et al., 1991) e di DSQ. I soggetti affetti da disturbo di depersonalizzazione hanno mostrato punteggi più elevati, rispetto al gruppo di controllo, nella dimensione temperamentale *harm-avoidance* e nello stile difensivo immaturo. Gli autori si chiedono quindi se particolari variabili di personalità, come le difese immature, possano rendere gli individui più vulnerabili

a sintomi dissociativi seppure non sia possibile stabilire, considerata la natura cross-sectional della ricerca, il verso del legame causale.

In molti degli studi presentati, il problema del rapporto di causazione rimane inesplicito. Seppure l'esperienza dell'abuso sessuale infantile sia stata correlata allo spostamento, all'aggressione passiva, alla somatizzazione e alla proiezione, non siamo in grado di stabilire se essa possa aver influenzato lo sviluppo di queste particolari difese. Inoltre, non siamo in grado di stabilire se le difese in questione fossero già presenti nell'infanzia e come le difese a quel tempo possano aver interagito con l'elaborazione dell'esperienza dell'abuso (Bond, 2004).

Lo studio di Warren (2002) ha rilevato che uno stile difensivo immaturo possa ritenersi protettivo contro esperienze di maltrattamento mentre gli stili difensivi maturo e intermedio esacerbano gli effetti del maltrattamento sui disturbi esternalizzanti. E' possibile che certe difese, seppure genericamente classificate come immature, possano, in un adolescente che ha subito esperienze di un abuso sessuale infantile, risultare adattive almeno nel ridurre significativamente comportamenti sintomatici di tipo esternalizzante.

Lo studio di Romans (1999) ha contribuito inoltre a riaprire il dibattito sul fatto che la dissociazione in età adulta possa essere il riflesso di esperienze di abuso infantile.

Globalmente è possibile concludere che anche altre possibili variabili psicologiche siano coinvolte, in particolare gli stili di coping e di difesa, e che proprio esse determinino quali bambini abusati diventeranno adulti con esperienze dissociative.

DISTURBI DA USO DI SOSTANZE

In uno studio del 1995 (Comings et al., 1995) viene indagata la relazione che i disturbi di abuso di sostanze e i disturbi da iperattività (Sindrome di Tourette) hanno con l'uso di

particolari stili di difesa. Gli autori considerano un campione di individui composto da 123 pazienti con disturbo di abuso di sostanze (di cui il 65% abusa di più sostanze, il 20% abusa di alcool ed il 15% abusa di una sola sostanza), 42 individui affetti da iperattività e 49 soggetti di controllo; a tutti i partecipanti è stato sottoposto il DSQ. Gli abusatori di sostanze e i soggetti di controllo vengono anche sottoposti ad un'analisi del DNA, al fine di verificare la presenza di una particolare struttura genetica (l'esistenza dell'allele DRD2 A1 nel DNA), considerata un marker biologico di disturbi comportamentali quali l'abuso di sostanze, l'iperattività, i disturbi della condotta e il disturbo post-traumatico da stress. Dall'elaborazione dei dati gli autori evidenziano punteggi significativamente inferiori nell'uso delle difese mature in entrambi i gruppi clinici rispetto ai controlli, e punteggi significativamente superiori nel fattore immaturo. Le difese nevrotiche si dimostrano invece utilizzate con maggiore frequenza nei gruppi di soggetti abusatori e iperattivi.

In generale, gli autori sottolineano che, sebbene lo stile difensivo sia in grado di discriminare i soggetti clinici da quelli di controllo, esso non riesce a differenziare i pazienti in funzione del gruppo clinico di appartenenza.

Un recente studio (Madeddu et al., 2003) si è occupato invece di analizzare la relazione esistente tra gli stili difensivi e la dipendenza da alcool. Lo scopo di questa ricerca consiste nel verificare se: (a) esista una tipicità di stile di difesa nei soggetti alcolisti e (b) si riscontri una significativa differenza di stile difensivo tra questi e pazienti poliabusatori (alcool e una o più altre sostanze psicoattive, ad eccezione degli oppiacei). In particolare gli autori ipotizzano che gli alcolisti facciano prevalentemente ricorso a difese immature; che i poliabusatori tendano a distinguersi dagli alcolisti per un uso significativo di difese di acting; che sia possibile discriminare alcolisti ed abusatori di altre sostanze in funzione dello stile di difesa utilizzato. Il campione oggetto di indagine è risultato composto da 134 soggetti con disturbo da dipendenza di sostanze (di cui 79 alcolisti e 55 alcolisti poliabusatori, escludendo, tra le

sostanze psicoattive assunte, gli oppiacei), diagnosticati secondo i criteri del DSM-IV (A.P.A., 1994), e da 120 soggetti di controllo. Lo strumento utilizzato per la rilevazione dello stile difensivo è il DSQ-36 (Andrews e coll., 1989). Dall'analisi dei dati, gli autori riscontrano che le difese appartenenti allo stile immaturo permettono di differenziare significativamente i soggetti di controllo da quelli clinici; questi ultimi presentano infatti punteggi medi più elevati in corrispondenza dello stile difensivo 1. Non emergono tuttavia significative discrepanze, rispetto alle difese immature, che consentano di discriminare i pazienti alcolisti dai poliabusatori.

Per quanto concerne i meccanismi di difesa nevrotici (stile 2), anche essi si manifestano maggiormente in corrispondenza del campione di pazienti, senza però riuscire a differenziare i due sottocampioni; le difese mature non presentano significative differenze tra pazienti e non pazienti e tra le varie tipologie di pazienti in funzione della sostanza di scelta. Tutto ciò permette agli autori di concludere che non sia tanto il maggiore o minore uso di difese mature a discriminare tra i diversi campioni, quanto piuttosto la contemporanea presenza di livelli difensivi meno adattivi. Inoltre è interessante notare come i punteggi ottenuti dai soggetti negli stili 1 e 2 sembrano distribuirsi secondo un "gradiente di gravità", che, partendo dai soggetti non clinici, aumenta gradualmente, prima nei pazienti alcolisti e, in seguito, in quelli poliabusatori. I risultati raggiunti da questa ricerca supportano l'ipotesi che soggetti abusatori di sostanze ricorrano in maniera massiccia all'uso di difese più immature e disadattive rispetto ai soggetti di controllo.

DISTURBI ALIMENTARI

Anche nell'area dei disturbi alimentari, gli studi disponibili in letteratura hanno concentrato l'attenzione sulla relazione tra stili difensivi e manifestazioni psicopatologiche e hanno cercato di stabilire se pazienti affetti da varie forme del disturbo (anoressia, bulimia)

potessero essere differenziabili sulla base dell'assetto difensivo. Inoltre, i ricercatori hanno indagato se stili difensivi pre-esistenti possano configurarsi come fattori predisponenti allo sviluppo di disturbi alimentari e se gli stili difensivi siano tratti stabili o piuttosto passibili di modifiche nel corso di un trattamento psicoterapeutico.

Steiner (1990) ha studiato, utilizzando DSQ, 49 pazienti anoressiche adolescenti (di cui 24 affette da anoressia restrittiva), 23 pazienti bulimiche normopeso, 29 adolescenti affette da depressione maggiore, 25 adolescenti normali e 25 adulti normali. Il gruppo delle pazienti anoressiche (senza distinzioni rispetto al sottotipo clinico) è risultato fare maggiore ricorso a difese immature rispetto alle adolescenti non cliniche ma minore rispetto alle pazienti bulimiche normopeso e alle pazienti depresse (che, rispetto a tutti gli altri gruppi) risultavano fare minor ricorso alle difese mature.

Utilizzando un test sulle abitudini alimentari e DSQ, Steiger and Houle (1991) hanno testato 112 studentesse di college sulla presenza di disturbi alimentari. Le ragazze con sintomi riconducibili ai quadri clinici dei disturbi alimentari, risultavano fare maggiore ricorso alle difese maladattive. Gli autori suggeriscono pertanto che l'uso di difese maladattive in un'ampia popolazione subclinica possa indicare che lo stile di difesa maladattivo sia un precursore e fattore di rischio per lo sviluppo di quadri clinici conclamati di disturbo alimentare.

Schmidt e coll. (1993) utilizzando DSQ-40, hanno rilevato che pazienti con bulimia nervosa (N=61) facevano minore ricorso allo stile difensivo maturo rispetto a pazienti con anoressia restrittiva (N=26) e pazienti con disturbi alimentari e una storia di anoressia restrittiva (N=37). Le pazienti dei tre gruppi clinici facevano inoltre maggiore ricorso alle difese immature rispetto a 88 controlli non clinici. Nel campione di pazienti bulimiche, un eccessivo controllo e iperprotettività da parte dei genitori durante l'infanzia costituivano un predittore negativo dell'uso di difese mature e l'abuso fisico risultava un predittore positivo dello stile

difensivo immaturo. Gli autori ipotizzano pertanto che eventi avversi nell'infanzia possano influenzare l'uso di difese immature che, a loro volta, possono costituire un fattore di vulnerabilità per lo sviluppo di un quadro clinico di bulimia.

In uno studio neozelandese, Sullivan e coll. (1996) hanno utilizzato DSQ-40 per valutare l'assetto difensivo di 114 donne affette da bulimia nervosa rilevando che, il sottogruppo di esse con una storia pregressa di anoressia nervosa, faceva maggiore ricorso a difese mature e intermedie rispetto alle altre.

Comparando lo stile difensivo DSQ di pazienti anoressiche (N=41), bulimiche (N=37) e controlli non clinici (N=72), Tordjman e coll. (1997) hanno rilevato che le pazienti anoressiche presentavano punteggi medi significativamente maggiori dei controlli nelle scale aggressione passiva, proiezione e svalutazione. Le pazienti anoressiche ottenevano invece punteggi medi maggiori rispetto alle pazienti bulimiche sulla scala aggressione passiva, isolamento e svalutazione.

Uno studio danese (Blaase et al., 2001), utilizzando DSQ-40, ha rilevato che 22 donne affette da disturbi alimentari erano differenziabili da 33 donne con un'anamnesi negativa per disturbi alimentari sulla base dei maggiori punteggi ottenuti allo stile difensivo maladattivo. Gli autori hanno inoltre rilevato che il completamento di un trattamento psicoterapeutico specifico per un disturbo alimentare era associato ad una "normalizzazione" del profilo psicologico che includeva anche, tra le altre variabili, gli stili difensivi.

Dalla rassegna degli studi qui presentati, sembrano emergere evidenze sufficienti a supporto della tesi che donne affette da disturbi alimentari facciano maggiore ricorso, rispetto a controlli non clinici, a difese maladattive. Allo stesso tempo, il pattern di difese utilizzate non permette di discriminare tra pazienti affetti da disturbi alimentari e pazienti affette da altri

disturbi psichiatrici o tra paziente affette da differenti forme di disturbi del comportamento alimentare.

I risultati delle ricerche di Blaase e Elklit (donne trattate con successo per disturbi alimentari mostrano “normalizzazioni” nel loro profilo difensivo) devono essere letti alla luce degli studi condotti su pazienti con altre diagnosi, quali ad esempio il disturbo depressivo maggiore, i cui stili difensivi risultano più adattivi dopo il trattamento. Non sembrano esserci invece sufficienti evidenze empiriche a supporto dell’ipotesi secondo cui specifiche difese predispongano allo sviluppo di un disturbo alimentare (Bond, 2004).

CAMPIONI DI ADOLESCENTI

Le ricerche condotte su campioni di adolescenti hanno visto l’applicazione delle versioni di DSQ appositamente elaborate per questa fascia di età.

Steiner e Feldman (1995) hanno confrontato i pattern difensivi utilizzati da differenti gruppi di adolescenti, considerando come possibile variabile di confondimento il genere. Il campione reclutato è risultato composto da 63 maschi non clinici, 68 femmine non cliniche, 75 femmine con disturbi psicosomatici e 66 maschi con disturbi della condotta e detenuti. I meccanismi di difesa di questi soggetti sono stati valutati sia con il DSQ-78, sia con il Weinberg Adjustment Inventory (WAI, Weinberger & Schwartz, 1990). L’elaborazione dei dati è stata condotta separatamente per i soggetti di sesso maschile e per quelli di sesso femminile e, per ciascuno dei due sessi, il gruppo clinico è stato confrontato con il corrispondente gruppo di controllo. Dall’analisi dei risultati relativi al sesso maschile, gli autori osservano che i soggetti di controllo possono essere discriminati in modo significativo dagli adolescenti con disturbi della condotta sia per l’uso meno massiccio di difese immature che per quello più rilevante di difese mature. L’utilizzo delle difese nevrotiche, al contrario, non ha mostrato significative differenze tra i due gruppi.

Anche per quanto riguarda il campione di sesso femminile, gli autori hanno rilevato significative differenze tra il gruppo di controllo e quello clinico; le ragazze con disturbi psicosomatici utilizzano infatti meno frequentemente le difese mature e più frequentemente quelle nevrotiche rispetto al gruppo di controllo. Non si evidenziano invece differenze rilevanti all'interno dello stile difensivo immaturo.

Gli stessi autori (Feldman et al., 1996) hanno successivamente approfondito ulteriormente l'indagine sull'assetto difensivo caratteristico dell'adolescenza, indagando le influenze della variabile genere, dell'età e del livello di salute mentale. A questo scopo hanno reclutato un ampio campione di 693 soggetti, di cui 187 adolescenti normali, 229 ragazze con disturbi internalizzanti in trattamento psichiatrico residenziale, e 99 ragazzi detenuti con disturbi della condotta; inoltre, sono stati inclusi nello studio 178 adulti non clinici al fine di valutare la dimensione evolutiva delle difese; all'intero campione viene somministrato il DSQ. Allo scopo di verificare se i fattori sopra citati (salute mentale, età e sesso) influenzino l'assetto difensivo individuale, gli autori confrontano i diversi gruppi di soggetti sia rispetto ai punteggi fattoriali, sia rispetto a quelli relativi singoli meccanismi di difesa. Per quanto riguarda il rapporto tra lo stato di salute mentale e le tendenze difensive, gli autori decidono di analizzare il campione suddividendolo in base al genere. In questo modo riscontrano che gli effetti della salute mentale sull'uso delle difese sono ampi, soprattutto nel sottocampione femminile per il quale è possibile concludere che la presenza di una patologia psichiatrica sia accompagnata da un più massiccio ricorso alle difese immature (Tab. 15).

Tabella 15. (Feldman et al., 1996) Differenze tra i gruppi nell'uso dei singoli meccanismi di difesa e degli stili di difesa.

DIFESE	MASCHI			FEMMINE		
	Valore F	Controlli	Devianti	Valore F	Controlli	Pazienti
IMMATURE	12.0***	3.7	4.1	35.9***	3.8	4.7
Proiezione	10.0***	2.8	.35	26.5***	2.7	3.6
Diniego	3.6*	3.5	4.0	11.0***	3.4	4.0
Aggressione						

passiva	<1	4.0	3.9	22.7***	3.9	4.8
Regressione	7.5**	2.6	3.2	23.4***	3.2	4.2
Somatizzazione	1.0	2.8	3.1	17.9***	3.4	4.5
Inibizione	1.5	4.1	4.3	16.7***	4.4	5.1
Annullamento	2.1°	3.4	3.8	30.0***	3.3	4.7
Acting out	2.5°	4.3	4.8	10.9***	4.4	5.3
Ritiro autistico	2.2°	5.1	5.6	7.5*	5.6	6.3
Fantasia	1.0	4.3	3.8	<1	4.6	4.8
Scissione	12.3***	3.2	4.2	5.7**	3.1	3.5
Rimozione	<1	4.7	4.7	25.8***	3.7	5.0
MATURE	3.0°	5.5	5.3	8.5***	5.4	5.0
Repressione	<1	5.3	5.5	2.2°	4.8	4.4
Humor	18.7***	5.7	4.6	18.3***	5.6	4.8
Sublimazione	5.2*	5.3	5.9	<1	5.4	5.4
Anticipazione	<1	5.8	5.8	1.7	5.7	5.4
Affiliazione	5.4*	5.3	4.6	3.7*	5.7	5.2
ALTRE	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Formazione reattiva	6.7**	4.1	4.7	11.3***	4.6	5.2
Altruismo	4.9*	7.8	7.1	1.0	8.2	8.0

NA = non valutato; * p<.05; ** p<.01; *** p<.001; ° indica un trend (.1>p>.06)

Anche la gravità della patologia si dimostra giocare un ruolo determinante; Steiner e Feldman si preoccupano infatti di indagare la relazione tra le difese e la comorbidità riscontrata in percentuali diverse nei campioni clinici considerati. Dall'elaborazione dei dati emerge che il DSQ non solo è in grado di discriminare tra pazienti con disturbi internalizzanti, pazienti con disturbi esternalizzanti (punteggi più alti nelle difese immature) e soggetti di controllo, ma permette anche di distinguere, all'interno dei campioni clinici, i soggetti affetti da più patologie (punteggi più alti nelle difese immature) da quelli che presentano una singola diagnosi.

Per quanto concerne invece l'influenza del genere sull'assetto difensivo, gli autori prendono in considerazione il solo campione di soggetti non clinici allo scopo di controllare l'effetto di confondimento della presenza di patologie psichiatriche.

Nessuna differenza tra maschi e femmine è emersa rispetto a nessuno dei punteggi relativi agli stili difensivi; al contrario, alcuni dei singoli meccanismi di difesa manifestano importanti discrepanze tra i due sessi: le femmine riportano, rispetto ai maschi, un maggiore uso di difese come la regressione, la somatizzazione, la formazione reattiva e l'altruismo e un uso inferiore

della rimozione e della repressione. Ciò, secondo gli autori, trova riscontro negli stereotipi di genere che impongono alla donna di convertire gli impulsi ostili in sentimenti negativi e di trasformare le fonti interne di stress in sintomi fisici. La stessa coerenza si ritrova anche nel tipo di difese utilizzate dai maschi: sia la rimozione che la repressione dei sentimenti e dei conflitti intrapsichici sono infatti compatibili con lo stereotipo culturale secondo cui al maschio sarebbe impedita un'espressione piena dei propri stati emotivi. Gli autori rilevano quindi differenze di genere sia nella frequenza d'uso delle singole difese considerate separatamente, sia nell'organizzazione dei pattern o stili di difesa, come dimostrato dal confronto delle strutture fattoriali emerse nei due gruppi. I meccanismi utilizzati dai maschi risultano infatti suddivisibili nei tre fattori: maturo, immaturo e prosociale; le femmine invece presentano un fattore maturo più ampio, che comprende anche alcune difese (ad esempio l'altruismo e la formazione reattiva) che nei soggetti di sesso maschile appartengono al fattore prosociale. Ciò porta gli autori ad affermare l'importanza del tenere in debita considerazione la variabile genere nella valutazione delle caratteristiche difensive individuali.

Per valutare il contributo della variabile età, viene utilizzato l'intero campione di adolescenti, suddividendolo in due sottogruppi: il primo formato da soggetti con età compresa tra gli 11 ed i 15 anni; il secondo dai soggetti di età compresa tra i 16 ed i 19 anni. Il confronto dell'assetto difensivo tra questi due raggruppamenti mette in luce che gli adolescenti più giovani manifestano un più significativo ricorso a difese come il ritiro autistico e la sublimazione e una minore frequenza d'uso dei meccanismi dell'aggressione passiva e della formazione reattiva.

Inoltre, l'assetto difensivo caratteristico del campione di tardo-adolescenti manifesta elevata stabilità durante l'età adulta come dimostrato dal fatto che sia per i tardo-adolescenti che per gli adulti è possibile rilevare un terzo fattore composto da inibizione, rimozione e repressione,

mentre nei giovani adolescenti (e nei campioni clinici) esso è formato dalle difese della formazione reattiva e dell'altruismo.

Secondo gli autori, l'associazione di formazione reattiva e altruismo in un unico fattore (definito prosociale) è indice di un funzionamento deficitario o comunque meno maturo dell'individuo; al contrario, le difese che negli individui tardo-adolescenti ed adulti compongono il terzo fattore (ad esempio la rimozione, la repressione e l'inibizione) dimostrano che l'avanzamento dell'età porta con sé un incremento della *repressive defensiveness*. Feldman e colleghi riscontrano inoltre che un normale sviluppo evolutivo dell'individuo conduce spontaneamente ad un incremento nell'uso delle difese mature e a una riduzione di quello dei meccanismi immaturi.

Un'altro contributo interessante relativamente a campioni di adolescenti è quello di Nasserbakht, Araujo e Steiner (1996). Gli autori si pongono l'obiettivo di verificare l'esistenza di eventuali differenze tra gli stili difensivi adottati da soggetti in età adolescenziale e quelli caratteristici di individui in età adulta. A questo scopo raccolgono un campione assai ampio ($n = 737$) ed eterogeneo di soggetti in età adolescenziale, composto da 456 femmine e 281 maschi, a cui somministrano DSQ; il campione si compone di 260 soggetti di controllo, 371 pazienti psichiatrici e 106 giovani con disturbi della condotta incarcerati. Gli autori osservano importanti differenze nell'assetto difensivo di adulti e adolescenti, rilevando in quest'ultimo una maggiore frequenza nel ricorso alle difese immature, a discapito di quelle mature.

Di particolare interesse, soprattutto per gli aspetti metodologici, è il contributo di Tuulio-Henriksson e coll. (1997) che hanno seguito in follow-up un gruppo di tardo adolescenti (15-19 anni) fino alla prima età adulta (20-24 anni) somministrando la versione a 78 item di DSQ e il General Health Questionnaire (GHQ).

Gli autori hanno rilevato che, dal confronto tra i punteggi medi nei due sessi e nei due assessment, le donne risultavano caratterizzate da punteggi significativamente maggiori nelle difese nevrotiche (altruismo, idealizzazione, formazione reattiva e annullamento retroattivo). Al confronto tra i punteggi medi rilevati nei due tempi (tardo adolescenza e prima età adulta) è stato inoltre possibile rilevare, indipendentemente dal sesso, un decremento significativo nell'uso delle difese immature (acting out, fantasia autistica, diniego, svalutazione, spostamento, dissociazione, isolamento, aggressione passiva, proiezione, razionalizzazione, somatizzazione e scissione) e nevrotiche. Inoltre, un punteggio elevato rilevato nel fattore immaturo al primo assessment, permetteva di predire, a cinque anni di distanza, maggiori livelli di disagio psichico; un punteggio elevato relativamente al fattore maturo permetteva inoltre di predire, seppure solo nel campione femminile, minori livelli autoriferiti di sofferenza psichica.

Un contributo rilevante sulla relazione tra disagio psichico e meccanismi di difesa in adolescenza è anche quello di Muris e coll. (2003). Gli autori hanno somministrato la versione a 40 item di DSQ e un questionario per la valutazione del disagio psichico compatibile con le categorie diagnostiche del DSM-IV, ad un ampio campione di oltre 400 adolescenti di età compresa fra i 12 e i 17 anni.

Gli autori hanno quindi eseguito un disegno di regressione multipla allo scopo di valutare il contributo dell'assetto difensivo nello spiegare la varianza dei punteggi relativi ai singoli domini psicopatologici, separatamente per i maschi e per le femmine.

I risultati hanno messo in evidenza che gli stili difensivi immaturo (che comprende difese quali proiezione, aggressione passiva, acting out, isolamento, svalutazione, fantasia autistica, diniego, spostamento, dissociazione, scissione, razionalizzazione e somatizzazione) e nevrotico (che include difese quali annullamento retroattivo, pseudoaltruismo, idealizzazione e formazione reattiva) risultavano significativamente correlati a tutti i quadri sintomatologici

DSM presi in esame. In particolare, le difese nevrotiche risultavano significativamente associate a sintomi di vari disturbi d'ansia, soprattutto nel campione femminile; al contrario, le difese immature risultavano associate a sintomi del disturbo della condotta, del disturbo oppositivo-provocatorio, della schizofrenia e del disturbo da uso di sostanze. Il pattern di correlazioni rilevato tra stili difensivi e sintomi di disagio psichico risultava inoltre del tutto comparabile per i maschi e per le femmine. Un limite significativo di questo contributo è tuttavia quello di non aver valutato direttamente la relazione dei singoli meccanismi difensivi con ciascuna delle aree sintomatologiche prese in esame.

Ulteriore supporto alla relazione tra difese e disagio psichico viene da uno studio di Erickson e coll. (1996) che hanno sottoposto ad un campione di adolescenti non clinici la versione a 88 item di DSQ valutando al contempo il loro livello di funzionamento generale servendosi del Global Assessment of Functioning del DSM-III-R (A.P.A., 1987). Gli autori hanno rilevato che una maggiore maturità dell'assetto difensivo risultava associata a più elevati livelli di adattamento e funzionamento generale e che, al contrario, un funzionamento difensivo immaturo era associato a maggior disadattamento; alla luce di questi risultati, concludono che i meccanismi di difesa, come tentativi inconsci di gestire conflitti intrapsichici, presentano dei correlati consci misurabili che sono strettamente legati al funzionamento generale. Tali risultati sono stati replicati dagli stessi autori in uno studio successivo (Erickson et al., 1997).

ALCUNE CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE SU DSQ

A questo punto appare opportuno cercare di riassumere la complessa e ricca letteratura sul Defense Style Questionnaire fin qui passata dettagliatamente in rassegna evidenziando, da un lato, i punti di forza che lo hanno reso lo strumento autosomministrato più utilizzato al mondo nell'assessment delle difese e, dall'altro, gli aspetti critici che hanno stimolato costantemente i ricercatori ad apportare modifiche formali e strutturali e sottoporlo a revisioni.

La versione dello strumento che a tutt'oggi risulta maggiormente utilizzata è il DSQ-88 (Bond & Vaillant, 1986). Data la moltitudine di edizioni e revisioni del questionario è comunque necessario che qualsiasi operatore che decida di usare DSQ nella pratica clinica o in attività di ricerca, presti particolare attenzione nella scelta della versione più idonea da applicare; ognuna possiede infatti caratteristiche particolari, ma soprattutto un sistema di scoring peculiare (Davidson & MacGregor, 1998).

Le varie versioni di DSQ appaiono globalmente caratterizzate da proprietà psicometriche sufficientemente adeguate, in particolare da una consistenza interna accettabile (anche se non allo stesso modo in tutte le versioni dello strumento) almeno al livello degli stili difensivi o cluster di difese (Davidson & MacGregor, 1998); questa osservazione si applica soprattutto agli stili difensivi più immaturi e disadattivi in cui i valori di alpha di Cronbach sono solitamente più elevati plausibilmente anche a causa del fatto che i fattori corrispondenti raccolgono, di norma, un numero maggiore di item. Più problematici risultano invece i fattori relativi alle difese più mature e adattive che generalmente (come avviene anche per le versioni italiane di DSQ) non mostrano indici di omogeneità sufficienti a legittimarne l'uso clinico.

Per quanto concerne i singoli meccanismi di difesa, gli indici di consistenza interna non mostrano, se non per una percentuale molto ridotta delle difese valutate (di solito circa il 30%), valori psicometricamente soddisfacenti; appare quindi opportuno, almeno alla luce dei dati attualmente disponibili, tenere in considerazione queste riflessioni nell'uso dei punteggi

per formulare giudizi clinici sul singolo individuo o nel valutare i dati della ricerca relativi a queste variabili. Inoltre, è necessario considerare che le innumerevoli rielaborazioni degli item e le modifiche nelle definizioni operazionali dei vari meccanismi di difesa a cui essi si riferiscono, rendono non sempre comparabili, tra le varie versioni di DSQ, meccanismi di difesa identificati dallo stesso nome¹⁷.

I dati sulla stabilità al retest dei punteggi DSQ (Bond & Vaillant, 1986; Muris & Merckelbach, 1996; Andrews et al., 1993; Farma & Cortinovis, 2001; San Martini et al., 2004) e i dati sulla convergenza con altri metodi non autosomministrati per la valutazione delle difese (Bond et al., 1989; Vaillant et al., 1986; Bonsack et al., 1998), seppure piuttosto limitati nel numero, appaiono incoraggianti. In una recente review della letteratura, Bond (2004) ha evidenziato che fino a questo momento nessuno studio ha valutato direttamente la convergenza tra il profilo difensivo emerso da DSQ e l'asse del funzionamento difensivo contenuto nell'appendice del DSM-IV (A.P.A., 1994); seppure DSQ sia stato elaborato e validato almeno dieci anni prima dell'introduzione di questo asse, inspiegabilmente la validità di quest'ultimo non è mai stata testata attraverso il ricorso a strumenti autosomministrati.

I dati relativi alla struttura latente risultano altamente contraddittori; infatti, se si considera il numero delle versioni di DSQ disponibili in letteratura e il numero di diverse strutture fattoriali emerse in oltre venti anni di studi empirici sull'argomento (Tabella 16), è facile comprendere come i risultati proposti dalle diverse ricerche siano, nella maggior parte dei casi, difficilmente comparabili tra loro; ancora una volta, si pone il problema dell'assenza di una perfetta sovrapponibilità tra fattori identificati dallo stesso nome ma composti da meccanismi di difesa molto diversi tra loro per numero e tipologia.

Nel tentativo di semplificare, è tuttavia possibile affermare che i più alti livelli di convergenza e di accordo tra i vari studi fattoriali condotti, si osservino al livello dei meccanismi difensivi più immaturi e disfunzionali che appaiono, nella loro struttura interna, i più stabili (Farma &

¹⁷ Relativamente a questo aspetto, verranno forniti maggiori dettagli nei capitoli seguenti.

Cortinovis, 2001); in particolare, alcune difese come proiezione, acting out, aggressione passiva e fantasia risultano clusterizzare sul fattore immaturo/disfunzionale in maniera altamente omogenea tra i vari studi (Tab. 16). Per quanto riguarda invece le difese dei cluster intermedi e maturi, si osservano ampie oscillazioni tra gli studi (Sammallahti et al., 1996; San Martini et al., 2004) e alcune evidenze lasciano ipotizzare che ciò possa essere almeno in parte riconducibile ad alcune caratteristiche socio-demografiche dei campioni esaminati, primariamente le classi di età rappresentate nel campione, la proporzione tra i sessi e la presenza o meno di soggetti identificati come pazienti (Feldman et al., 1996); differenze di genere, di età e lo status di soggetto clinico possano infatti portare a leggere, nello stesso item, significati e sfumature semantiche anche molto diversi (Nasserbakht et al., 1996).

Altri autori (Cramer, 2000) hanno ipotizzato che se in età adulta le difese possano disporsi lungo un continuum gerarchico, con le difese più adattive ad un polo e quelle disfunzionali al polo opposto, nell'infanzia e nell'adolescenza esse possano riflettere piuttosto un continuum evolutivo di maturità/immatùrità.

Il rilievo di questa elevata variabilità nella struttura fattoriale pone alcuni seri interrogativi legati al significato da attribuire alle singole difese; infatti, il fatto che la loro collocazione possa subire ampie oscillazioni tra i vari studi porta a concludere che l'interpretazione del punteggio relativo al singolo meccanismo difensivo dovrebbe essere compiuta non di per sé (cioè non sulla base della sola definizione operativa), ma piuttosto in funzione dell'organizzazione complessiva in cui il meccanismo stesso risulta inserito (Feldman et al., 1996).

Le strutture fattoriali che emergono dalle diverse versioni di DSQ, pur essendo tra loro differenti, celano però un importante denominatore comune e sono l'espressione più piena dell'originalità che contraddistingue il DSQ come strumento di valutazione delle difese. Questa originalità risiede nella modalità con cui i diversi fattori o stili difensivi sono stati

ottenuti; essi comprendono al loro interno differenti difese che clusterizzano non perché rappresentano, da un punto di vista teorico o speculativo, uno stesso livello di sviluppo dell'individuo o distinguono una specifica sindrome clinica, ma perché gli item che le compongono aggregano spontaneamente in cluster, a seconda delle correlazioni emerse: sono quindi fattori derivati empiricamente.

Nonostante i limiti fin qui evidenziati, l'organizzazione fattoriale generale dei meccanismi di difesa valutati da DSQ trova riscontro e aree di sovrapposizione in diversi contributi teorici relativi alle difese, dimostrando anche di strutturarsi in un continuum gerarchico che procede dalle difese più maladattive a quelle più mature e funzionali. Il DSQ può essere definito in effetti come un tentativo di testare empiricamente una classificazione in livelli, distribuiti secondo il grado di maturità, dei meccanismi di difesa; tale classificazione deriva principalmente dai contributi teorici ed empirici di Vaillant (1977, 1986, 1987). Il legame diretto con questo sistema di classificazione rimane un apprezzabile punto di forza di DSQ (Davidson & MacGregor, 1998); inoltre Bond, nel compilare l'elenco delle difese valutate dal suo strumento, aveva tratto originariamente spunto da una lista di meccanismi (quella di Vaillant) che ha sempre incontrato una buona accoglienza da parte del mondo psicoanalitico e ha rappresentato la base per lo sviluppo di un ipotetico ulteriore asse (orientato, appunto, alla misurazione delle tendenze difensive di un soggetto) del DSM.

Ulteriori elementi a supporto della validità di DSQ derivano dalle ricerche che comparano l'assetto difensivo in diverse classi di età e fra i due sessi e dagli adattamenti di DSQ nelle varie lingue; la presenza di differenze genere-specifiche, l'osservazione di una tendenza generale, nello corso dello sviluppo, ad abbandonare le difese immature e ad acquisire strategie sempre più funzionali, la replicazione della struttura fattoriale di DSQ in contesti culturali diversi, non rappresentano altro che la conferma empirica di speculazioni

squisitamente teoriche sull'universalità e sulla dimensione evolutiva che sottende il costrutto di meccanismo di difesa.

Dall'analisi della letteratura sulla relazione tra difese e psicopatologia, è possibile evidenziare una significativa associazione tra l'uso di meccanismi di difesa disfunzionali e indicatori di disagio psicopatologico, sia rilevati clinicamente (Bond et al., 1983; Andrews et al., 1993) che autoriferiti attraverso il ricorso a strumenti autosomministrati (Holi et al., 1999; Muris et al., 2003; Nishimura, 1998). Tale dato ha trovato conferma sia in studi condotti su campioni clinici affetti dai più diversi quadri psicopatologici, che in campioni estratti dalla popolazione generale, sia in campioni di adulti che in campioni di adolescenti.

La valutazione dell'assetto difensivo attraverso il ricorso ad autosomministrati, tuttavia, non rappresenta un supporto particolarmente utile nell'orientare il lavoro clinico se non nella possibilità di identificare il soggetto come paziente o non paziente¹⁸; di fatto, non esistono al momento dati sufficienti a sostenere la possibilità che DSQ sia in grado di discriminare tra pazienti affetti da diversi quadri clinici, né all'interno dello stesso raggruppamento diagnostico (ad esempio, disturbo depressivo maggiore e disturbo bipolare), né rispetto a raggruppamenti diagnostici differenti (ad esempio, schizofrenia e abuso di sostanze). Per quanto alcune ricerche (Pollock & Andrews, 1989) abbiano infatti inizialmente fornito supporto empirico alla possibilità di associare a diversi disturbi d'ansia profili difensivi peculiari, studi successivi hanno messo in evidenza che tale rilievo era il riflesso di un puro artefatto metodologico (e cioè spiegabile con la presenza di item finalizzati a valutare meccanismi di difesa del tutto sovrapponibili a sintomi specifici dei diversi quadri clinici).

Una considerazione metodologica che appare rilevante alla luce della letteratura sul rapporto tra difese e psicopatologia riguarda l'evidente incongruenza tra il ricorso a modelli etiopatogenetici di matrice psicodinamica (come, appunto, l'uso di autosomministrati sulle difese lascerebbe intendere) e l'utilizzo, per la selezione dei pazienti oggetto di studio nelle

ricerche empiriche, di criteri diagnostici che sono espressione di modelli “ateoretici” (come, ad esempio, i manuali nosografici più diffusi attualmente). Di fatto, l’utilizzo di tali modelli di ricerca presuppone l’intento di rilevare aree di convergenza e sovrapposizione tra un modello che riconosce nel funzionamento inconscio la base della comprensione della psicopatologia e un sistema di classificazione interamente centrato sulle sole manifestazioni sintomatologiche osservabili e replicabili. Il ricorso ad un modello diagnostico psicodinamico ha, tra i suoi presupposti concettuali, che manifestazioni sintomatologiche molto simili sul piano fenomenologico, possano in realtà nascondere meccanismi eziopatogenetici profondamente diversi tra loro (Gabbard, 2000).

Appare plausibile ipotizzare che, colmando anche parzialmente questo iato, sia possibile mettere in evidenza una maggiore sensibilità degli autosomministrati sulle difese nel discriminare tra differenti gruppi diagnostici, purchè valutati mediante criteri più dinamicamente orientati; questo nuovo approccio si troverebbe tuttavia a scontrarsi con l’esigenza, tipica dei contesti di ricerca, di disporre di campioni clinici selezionati sulla base di criteri standardizzabili e condivisibili da operatori della salute mentale caratterizzati da background formativi e culturali molto diversi (Nathan, 2005).

Contributi molto recenti hanno evidenziato seri limiti delle categorie diagnostiche DSM (Blatt & Levy, 2005) e sembrano muoversi nella direzione di un tentativo di integrazione dell’approccio nosografico-descrittivo con una formulazione dinamicamente orientata (Barron, 2005) anche attraverso il ricorso a nuovi strumenti e tecniche psicodiagnostiche (Westen et al., 2003).

Un ulteriore elemento appare degno di attenzione; alcune evidenze empiriche suggeriscono che l’assetto difensivo possa rivestire un ruolo determinante nella valutazione della gravità del profilo psicopatologico, elemento rispetto al quale la nosografia *DSM-oriented* ha sempre dimostrato notevoli difficoltà cercando piuttosto di “appiattare” le differenze interindividuali

¹⁸ Cioè portatore di un disagio psichico degno di attenzione clinica.

attraverso l'inserimento del paziente in categorie diagnostiche standard (Madeddu et al., 2005). DSQ si è infatti dimostrato in grado di discriminare pazienti caratterizzati da strutture di personalità diverse (Sammallahti et al., 1994), pazienti con una singola diagnosi psichiatrica da pazienti con diagnosi multiple in comorbilità (Feldman et al., 1996) e di evidenziare differenze nel livello di funzionamento generale tra pazienti accomunati dalla stessa etichetta diagnostica DSM (Arntz et al., 2003; Madeddu et al., 2005); inoltre, alcune evidenze, per lo più raccolte dallo studio di ampi campioni non clinici, supportano l'esistenza di una relazione lineare tra l'uso di difese disfunzionali (e, in misura minore, il non-uso di difese adattive) e il disagio psichico riferito o il livello di disfunzionamento rilevato clinicamente, anche nei casi in cui esso non raggiunga livelli di significatività sul piano clinico (Holi et al., 1999; Nishimura, 2002; Muris et al., 2003).

L'assetto difensivo quale indicatore delle manifestazioni fisiologiche e patologiche del funzionamento mentale permetterebbe di cogliere quella "zona grigia" del disagio psichico che comunemente sfugge alla classificazione descrittivo-nosografica per essere genericamente etichettata come "sotto-soglia".

DSQ e, più in generale, tutti gli strumenti autosomministrati per la valutazione dell'assetto difensivo, si propongono quindi come potenzialmente utili nel cogliere forme di disagio "in divenire" soprattutto nella possibilità che forniscono di indagarne il decorso longitudinalmente, a partire dalle fasi più precoci dello sviluppo.

A questo proposito, per quanto la ricerca sulle difese in area clinica sia alquanto florida, è necessario constatare che alcuni filoni particolarmente interessanti sul piano speculativo e promettenti sul piano delle possibili ricadute cliniche, sono stati piuttosto trascurati¹⁹, plausibilmente a causa degli sforzi ingenti che presuppongono da un punto di vista metodologico; ad esempio, alcuni approfondimenti si rendono necessari nell'applicazione

degli strumenti di valutazione delle difese in studi longitudinali che possano permettere un'indagine più diretta dell'andamento dell'assetto difensivo nelle varie fasi del ciclo di vita e di chiarire la relazione tra specifiche configurazioni difensive e il rischio psicopatologico. Gli studi disponibili in letteratura si riferiscono infatti ad intervalli temporali troppo ristretti (che, al massimo, raggiungono i cinque anni) (Tuulio-Herinksson et al., 1997) e difficilmente prevedono un primo assessment in età evolutiva (infantile o adolescenziale) (Vaillant, 1977); secondo Michael Bond (2004), “lo studio empirico ideale nell'area delle difese dovrebbe misurare l'assetto difensivo in infanzia, adolescenza e a intervalli regolari di dieci anni in età adulta, seguendo in follow-up un ampio campione di soggetti, e indagando lo sviluppo di disturbi psichici e la resilience; conoscere se le difese anticipino l'esordio della patologia mentale rivestirebbe un'importanza centrale per determinare se certe specifiche configurazioni difensive predispongano o proteggano dallo sviluppo di forme conclamate di disagio psichico”.

Inoltre, ulteriori studi ed indagini sarebbero auspicabili nell'area dell'assessment delle difese come guida del processo psicoterapeutico e come misura di outcome degli interventi psicosociali (Bond, 2004).

L'assessment delle difese potrebbe rivelarsi di particolare utilità clinica nel guidare la scelta terapeutica. Ad esempio, l'uso preminente di difese di distorsione dell'immagine potrebbe permettere al clinico di prevedere l'instaurarsi di una debole alleanza terapeutica con il paziente e del conseguente rischio di drop-out. Seppure i terapeuti ad orientamento psicodinamico tendano a riconoscere alla diagnosi, alla forza dell'Io, al funzionamento generale e alle difese un ruolo centrale nella pianificazione a lungo termine dell'intervento terapeutico, è raro che un assessment sistematico dell'assetto difensivo venga utilizzato esplicitamente a questo scopo.

¹⁹ In particolare colpisce che, nonostante Bond abbia fin dall'inizio scoraggiato l'uso del suo strumento per fini strettamente diagnostici (Bond et al., 1983), di fatto la comparazione dell'assetto difensivo di pazienti affetti da

Inoltre, esistono sufficienti dati a supporto della possibilità che specifiche difese siano utilizzabili come guida dell'intervento terapeutico; evidenze empiriche suggeriscono che un lavoro terapeutico mirato sul funzionamento difensivo possa contribuire a rinsaldare l'alleanza terapeutica, a migliorare l'outcome a lungo termine e stimolare un miglioramento a breve termine di alcuni specifici sintomi target (Foreman & Marmar, 1985; Winston et al., 1994).

Poiché il livello globale di funzionamento adattivo misurato mediante DSQ sembra aumentare parallelamente al miglioramento sintomatologico che si osserva in corso di psicoterapia, esso potrebbe essere proficuamente utilizzato come misura di outcome. Ad esempio, in una psicoterapia psicodinamica che miri a ridurre acting out, l'aggressione passiva e la proiezione incoraggiando il paziente ad esprimere e accettare i sentimenti conflittuali, potrebbe risultare utile ottenere una misura di tali difese come indicatore dell'efficacia dell'intervento terapeutico.

Per concludere, come abbiamo già avuto modo di anticipare nel Capitolo 2, la funzionalità degli autosomministrati è stata esaminata da Davidson e MacGregor (1998) prendendo come termine di paragone i criteri di definizione dei meccanismi di difesa stilati da Phoebe Cramer (1998). Per quanto riguarda il Defense Style Questionnaire, in particolare, gli autori denotano che, come tutti gli altri autosomministrati, lo strumento fallisce nel rendere conto dei primi tre criteri elaborati dalla Cramer, ossia: (1) la natura non consapevole dei meccanismi di difesa, (2) la presenza o meno di una minaccia psichica all'origine delle difese e (3) il fatto che ogni meccanismo abbia come scopo quello di gestire gli affetti e ridurre o evitare l'ansia. D'altra parte, il DSQ sembra essere in grado di rendere conto: (4) della stabilità di una difesa (seppure venga suggerita la necessità di ulteriori ricerche che supportino la replicabilità nel tempo del profilo difensivo rilevato mediante DSQ); (5) dell'aspetto adattivo delle difese, rispetto al quale DSQ si dimostra particolarmente indicato poiché la struttura fattoriale che lo

diagnosi differenti è da sempre stata la strada più battuta nello studio delle difese, anche dallo stesso Bond.

contraddistingue riflette chiaramente un continuum di adattività; (6) dell'identificabilità dei meccanismi di difesa misurati da DSQ: gli autori affermano che, malgrado le singole difese non si siano sempre dimostrate perfettamente distinguibili tra loro, la loro classificazione in tre o quattro fattori o stili difensivi risulta rispettare appieno questo criterio.

Tabella 16. Tavola sinottica delle strutture fattoriali emerse dai principali studi condotti sulle diverse versioni di DSQ. I fattori sono indicati con numeri progressivi dal più immaturo/disfunzionale (1), al più maturo/adattivo (4).

	Bond et al., 1983a	Bond et al., 1983b	Bond et al., 1986	Andrews et al., 1989	Andrews et al., 1989	Muris et al., 1996	Andrews et al., 1993	Steiner et al., 1993	Steiner et al., 1996	Reister et al., 1989	Bonsack et al., 1998	Holi et al., 1999	Sammallah et al., 1994
Versione	DSQ 88		DSQ 88	DSQ 72	DSQ-36	DSQ-40	DSQ-78	DSQ-88	DSQ-72	DSQ-88	DSQ-72	DSQ-88	DSQ-88
Proiezione	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Ipocondriasi			1								1		1
Acting out	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Scissione	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1
Identif. proiettiva			1								1		1
Aggr. passiva	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Fantasia			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Regressione	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<i>Consumption</i>			2	2									1
Somatizzazione			1	1						1	1		1
Humor	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2
Repressione	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2
Omnip-svalutazione	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	2
<i>Task orientation</i>			3	3									2
Sublimazione	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2
Annull. retroattivo			2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3
Diniego	2		1	1	2	1	1	1	1	1		1	3
Formazione reattiva	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3
Idealizzazione	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3
Anticipazione			3	3	3	3	3	3	3	3	4	2	3
Pseudoaltruismo	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	3
Inibizione	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	4
Ritiro autistico	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	4
Isolamento			1	1	2	1	1	1	1	1	3	1	4
Affiliazione			2	2			3	3	3		4		3
Come-se	1												
Clinging	1												
Spostamento	1			1	1	1	1	1	1	1		1	
Dissociazione	1			1	1	1	1	1	1	1		1	
Identificazione	1												
Intellettualizzazione	1												
Rimozione	1												
Somatizzazione	1			1	1	1	1	1	1	1		1	
Turning against self	1												
Razionalizzazione				1	1	1	1	1	1	1		3	
Altruismo							2	2	2			2	

CAPITOLO 5.

LA RESPONSE EVALUATION MEASURE-71 (REM-71)

REM-71 è un questionario *self-report* composto da 71 item per la valutazione dell'assetto difensivo di adolescenti e adulti che ha mostrato di possedere, nella sua versione originale, proprietà psicometriche più che soddisfacenti (Steiner et al., 2001).

Gli autori definiscono le difese come “una reazione inconscia, non una risposta pianificata, che forma un'interfaccia tra tratti temperamentali innati e strategie di coping apprese” (Steiner et al., 2001, pag. 468); esse sono universali, non intrinsecamente patologiche e possono essere distinte dai meccanismi di coping in quanto hanno il fine primario di escludere le informazioni dalla consapevolezza (*ibidem*).

REM-71 permette la rilevazione, in soggetti adulti e adolescenti, di ventuno meccanismi difensivi; esso nasce da una serie di rielaborazioni e adattamenti (Steiner & Feldman, 1995; Feldman et al., 1996) della versione a 78 item del Defense Style Questionnaire e da una rivisitazione di alcuni assunti teorici del suo autore (Bond et al., 1983).

Come già ampiamente anticipato, DSQ è stato assai utilizzato nell'ambito della valutazione delle difese, in quanto, nonostante gli aspetti problematici che lo caratterizzano (Lingiardi & Madeddu, 2002), la sua applicazione ha consentito di confermare o portare alla luce alcune importanti caratteristiche dei meccanismi di difesa: la correlazione tra difese immature e quadri psicopatologici conclamati, sia di Asse I, sia di Asse II (DSM-IV; A.P.A., 1994) (Bond, 2004); l'associazione dello stile difensivo individuale con il contesto familiare infantile (Thienemann et al., 1998; Plattner et al., 2003) e con eventi di vita stressanti (Araujo et al., 1999); la correlazione tra difese e specifici sintomi psichiatrici (Johnson et al., 1992;

Muris & Merckelbach, 1994, 1996b; Tulio-Herinkssen et al., 1997; Nishimura, 1998; Holi et al., 1999; Watson, 2002); l'associazione tra difese e livello di funzionamento ed adattamento generale in soggetti non clinici (Erikson et al., 1996, Erikson, Feldman, Steiner, 1997; Watson & Shina, 1998).

La costruzione di REM-71 (Steiner et al., 2001) può essere concepita come il tentativo di far fronte a specifiche lacune formali, strutturali e psicometriche di DSQ.

Alcune difese, non unanimemente accettate dagli specialisti del settore, sono state eliminate (ad esempio, la *task orientation*) e una lista di difese è stata generata sulla base della loro rilevanza nella letteratura internazionale e nei principali glossari delle difese attualmente disponibili (Vaillant, 1992; Conte & Apter, 1995; Vaillant, 1977; Haan, 1977).

Sono state altresì eliminate le difese che si sovrapponevano alle definizioni di sindromi psichiatriche o di disturbi inquadrabili nel DSM IV (quali, ad esempio, l'utilizzo di sostanze psicoattive e la corrispondente difesa di DSQ-88 denominata *consumption*)²⁰ e le difese i cui confini apparivano troppo labili: ad esempio, l'inibizione è stata eliminata a causa della sua eccessiva prossimità al ritiro. Infine, sono state eliminate le difese meglio inquadrabili e concettualizzabili come strategie di coping (quali ad esempio l'anticipazione).

Gran parte degli item del questionario è stata ri-formulata evitando accuratamente avverbi estremi²¹ (quali “sempre” o “mai”), forme sintattiche eccessivamente complesse (quali, ad esempio, l'item 16 di DSQ-88²²) e formulazioni esplicitamente riferibili a quadri clinici²³ (“Alcuni individui stanno complottando per uccidermi”).

Durante il lavoro di revisione, oltre il 90% degli item che costituivano il Defense Style Questionnaire sono stati riformulati in modo tale da essere facilmente comprensibili per

²⁰ Anche nella versione a 78 item di DSQ, alcuni item relativi alla difesa “spostamento” rimandano esplicitamente all'utilizzo di cibo, alcol e sostanze psicoattive per la gestione di stati d'ansia.

²¹ Ciò allo scopo di evitare un *floor effect* nei punteggi, soprattutto in campioni non clinici.

²² “Alcuni dicono che sono come uno struzzo, che si nasconde infilando la sua testa nella sabbia. In altre parole, tendo ad ignorare i fatti spiacevoli proprio come se non fossero mai esistiti”.

²³ Analogamente all'operazione condotta da Andrews et al. (1993) nell'adattamento di DSQ-72.

chiunque abbia conseguito un livello di lettura pari alla licenza media inferiore. Infine, l'ordine degli item è stato randomizzato allo scopo di evitare la clusterizzazione che era possibile osservare in DSQ.

Si è ottenuto così un questionario composto da 71 item di cui 66 volti a valutare 21 meccanismi di difesa (elencati di seguito assieme alla loro definizione), 4 item neutri e un item "lie"; al soggetto viene richiesto di rispondere a ciascuna affermazione indicando il grado in cui essa possa considerarsi "rappresentativa del suo modo di essere negli ultimi mesi", servendosi di una scala Likert a 9 punti (in cui "1" corrisponde al massimo disaccordo e "9" al massimo accordo). Allo scopo di familiarizzare con il sistema di risposta, vengono inoltre proposte due affermazioni neutre nella prima pagina del questionario. Non sono previsti limiti di tempo per la compilazione e il soggetto è autorizzato a fare domande ogni volta lo ritenga necessario.

Elenco delle difese valutate da REM-71 e rispettive definizioni:

Acting out: L'individuo affronta conflitti emotivi o fonti di stress interne o esterne attraverso l'azione piuttosto che con la riflessione o l'emozione. Gli item che la compongono sono:

Item 33: "Faccio spesso le cose senza prima riflettere".

Item 50: "Quando sono turbato o arrabbiato faccio le cose senza riflettere".

Item 55: "Spesso perdo il controllo a tal punto che i miei amici devono aiutarmi a calmarmi".

Scissione: L'individuo affronta conflitti emotivi o fonti di stress interne o esterne attraverso la compartimentalizzazione di stati affettivi opposti fallendo nello sforzo di integrare qualità positive e negative di sé e dell'altro in immagini coese. Gli item che la compongono sono:

Item 36: "Certe persone sembrano molto simpatiche, ma poi si rivelano davvero delle nullità".

Item 42: "Le persone dovrebbero comportarsi sempre nello stesso modo, invece di essere simpatiche un giorno e completamente l'opposto il giorno dopo".

Item 61: “Quando qualcuno che mi piace mi delude, non mi fido più di lui”.

Spostamento: L’individuo affronta conflitti emotivi o fonti di stress interne o esterne trasferendo una risposta affettiva o comportamentale da un oggetto ad un altro, di solito percepito come meno minaccioso. Gli item che la compongono sono:

Item 9: “Spesso mi arrabbio con gli altri anche se non mi hanno infastidito particolarmente”.

Item 24: “Ai superiori non faccio mai capire che sono arrabbiato con loro, ma tutti gli altri è meglio che stiano attenti!”.

Item 65: “Quando qualcuno mi fa arrabbiare, potrei fare a pezzi qualcosa che gli appartiene”.

Dissociazione: L’individuo affronta conflitti emotivi o fonti di stress interne o esterne attraverso un breakdown nelle funzioni, solitamente integrate, della coscienza, della memoria, della percezione di sé e dell’ambiente, o del comportamento sensori-motorio. Gli item che la compongono sono:

Item 15: “Spesso ho la sensazione che quello che mi succede non stia accadendo davvero a me”.

Item 49: “Quando mi trovo in una situazione stressante spesso mi sento come se non ci fossi con la testa”.

Item 66: “Mi è successo di ritrovarmi da qualche parte senza avere la minima idea di come fossi finito lì”.

Fantasia: L’individuo affronta conflitti emotivi o fonti di stress interne o esterne attraverso il ricorso in eccesso ai “sogni ad occhi aperti” quali sostituti delle relazioni umane, pattern di azione più efficaci e strategie di problem solving. Gli item che la compongono sono:

Item 35: “A volte mi piace immaginare di essere un personaggio di fantasia”.

Item 59: “I giochi di ruolo sono un buon modo per sentirmi come se fossi un’altra persona”.

Item 67: “Mi piace immaginare di avere una vita molto diversa”.

Onnipotenza: L'individuo affronta conflitti emotivi o fonti di stress interne o esterne mostrando stati affettivi o agiti come se possedesse poteri o abilità speciali e fosse superiore agli altri. Gli item che la compongono sono:

Item 5: "Non per vantarmi, ma in genere sono quello che sa come vanno fatte le cose".

Item 18: "Un sacco di gente non riconosce che sono una persona dotata e piena di qualità".

Item 62: "Se me ne venisse data la possibilità, potrei fare le cose molto meglio di tanta gente attorno".

Aggressione passiva: L'individuo affronta conflitti emotivi o fonti di stress interne o esterne mostrando, nei confronti degli altri, un'aggressività indiretta e velata. Gli item che la compongono sono:

Item 8: "Se qualcuno è sleale con me, potrei non fare ciò che gli avevo promesso".

Item 19: "Spesso accetto degli incarichi ma poi, per un motivo o per l'altro, finisco per non trovare il tempo di portarli a termine".

Item 63: "Se proprio non posso fare a meno di eseguire un ordine, solitamente lo eseguo molto lentamente".

Proiezione: L'individuo affronta conflitti emotivi o fonti di stress interne o esterne attribuendo falsamente ad altri i suoi impulsi, pensieri o sentimenti inaccettabili. Gli item che la compongono sono:

Item 32: "Sono tutti contro di me".

Item 38: "Spesso vengo trattato ingiustamente".

Item 58: "Mi sento come se qualcuno mi stesse dando la caccia".

Rimozione: L'individuo affronta conflitti emotivi o fonti di stress rimuovendo dalla coscienza desideri, pensieri o ricordi disturbanti. Gli item che la compongono sono:

Item 20: "Gli altri mi dicono che non mostro i miei veri sentimenti".

Item 31: "A volte gli altri pensano che io sia arrabbiato anche quando non lo sono".

Item 37: “Quando dovrei provare qualcosa di forte, non sento nessuna emozione”.

Annullamento retroattivo: L’individuo affronta conflitti emotivi o fonti di stress interne o esterne attraverso parole o comportamenti finalizzati a negare o a fare simbolicamente ammenda per pensieri, sentimenti o azioni inaccettabili. Gli item che la compongono sono:

Item 23: “Perché non succeda nulla di male, devo fare certe cose esattamente nel modo giusto”.

Item 41: “Mi ripeto continuamente certe parole o pensieri particolari, quando sono molto nervoso o spaventato”.

Item 56: “Spesso faccio cose speciali affinché mi portino fortuna”.

Sublimazione: L’individuo affronta conflitti emotivi o fonti di stress interne o esterne canalizzando sentimenti o impulsi potenzialmente disadattivi in comportamenti socialmente accettabili. Gli item che la compongono sono:

Item 13: “Mi piace scrivere racconti o poesie quando sono appena uscito da una situazione veramente difficile”.

Item 44: “Quando qualcosa mi disturba, trovo qualcosa di creativo da fare”.

Item 53: “Mi piace ascoltare musica che si adatti al mio umore”.

Altruismo: L’individuo affronta conflitti emotivi o fonti di stress interne o esterne dedicandosi all’appagamento dei bisogni altrui fornendo aiuto e supporto. L’individuo ne riceve una gratificazione o vicariamente o attraverso la risposta degli altri. Gli item che la compongono sono:

Item 4: “Mi faccio in quattro per aiutare qualcuno”.

Item 22: “Aiutare gli altri per me è molto importante”.

Item 28: “Quando gli altri hanno dei problemi, di solito cerco di aiutarli”.

Item 43: “Penso che sia molto importante aiutare le persone che hanno dei problemi”.

Diniego (Isolamento dell'affetto): L'individuo affronta conflitti emotivi o fonti di stress interne o esterne separando l'idea dai sentimenti che originariamente le erano associati. Gli item che la compongono sono:

Item 6: "Quando sono turbato mi dico che in realtà tutto va bene".

Item 27: "Spesso cose che preoccupano o spaventano altre persone non mi fanno nessun effetto".

Item 40: "Quando le cose si fanno davvero difficili, mi dico che in realtà la situazione non è poi così grave".

Humor: L'individuo affronta conflitti emotivi o fonti di stress interne o esterne enfatizzando gli aspetti divertenti o ironici di situazioni conflittuali o stressanti. Gli item che la compongono sono:

Item 7: "Rido di me molto facilmente".

Item 16: "Alcune delle cose peggiori che mi sono capitate, più tardi, a ripensarci, diventano storie buffe".

Item 30: "Quando va male riesco ancora a vedere il lato buffo delle cose".

Item 51: "Di solito riesco a vedere il lato divertente dei miei problemi".

Idealizzazione: L'individuo affronta conflitti emotivi o fonti di stress interne o esterne attribuendo ad altri qualità esageratamente positive. Gli item che la compongono sono:

Item 12: "Conosco una persona eccezionale del cui giudizio di solito mi posso fidare".

Item 26: "Conosco una persona fantastica che mi capisce perfettamente e non mi farà mai del male".

Item 46: "Conosco una persona che è davvero così saggia e intelligente da poter risolvere qualsiasi problema perfettamente".

Intellettualizzazione: L'individuo affronta conflitti emotivi o fonti di stress interne o esterne attraverso l'eccessivo ricorso al pensiero astratto o a generalizzazioni allo scopo di minimizzare l'impatto di sentimenti disturbanti. Gli item che la compongono sono:

Item 2: "In genere uso la testa e non mi lascio trasportare dall'istinto".

Item 39: "Nelle discussioni non mi agito perché guardo le cose razionalmente".

Item 47: "Per capire gli altri uso la ragione e la logica, non i sentimenti".

Item 52: "Quando sono coinvolto in una discussione cerco di rimanere lucido e di non innervosirmi".

Formazione reattiva: L'individuo affronta conflitti emotivi o fonti di stress interne o esterne mostrando comportamenti, pensieri o sentimenti che sono diametralmente opposti ai suoi reali pensieri o sentimenti inaccettabili. Gli item che la compongono sono:

Item 11: "Quando una persona non mi piace, mi sforzo di non arrabbiarmi con lei".

Item 17: "Spesso mi comporto in maniera davvero gentile quando in realtà sono molto irritato".

Item 48: "Quando qualcuno non mi piace, sono particolarmente gentile con lui".

Repressione: L'individuo affronta conflitti emotivi o fonti di stress interne o esterne evitando deliberatamente di pensare a problemi, desideri, sentimenti o esperienze disturbanti. Gli item che la compongono sono:

Item 34: "Gestisco i problemi mantenendo la calma".

Item 57: "In caso di necessità posso ignorare i miei problemi finché non trovo il tempo di pensarci".

Item 64: "Posso allontanare dalla mente i miei problemi finché non trovo il tempo di occuparmene".

Le seguenti tre difese non compaiono tra quelle elencate nel DSM IV.

Conversione: L'individuo affronta conflitti emotivi o fonti di stress interne o esterne rimuovendo idee, conflitti, impulsi che trovano espressione in vari sintomi fisici quali paralisi o difficoltà di respirazione che non hanno una causa organica accertata. Gli item che la compongono sono:

Item 14: "Ho perso la voce, la vista o l'udito per un lungo periodo di tempo e i medici non hanno capito perché".

Item 21: "Ho avuto dei problemi a camminare o a usare le mani ma i medici non hanno trovato niente che non andasse in me".

Item 29: "A volte mi è successo che una parte del mio corpo perdesse completamente la sensibilità e nessuno ha capito perché".

Somatizzazione: L'individuo affronta conflitti emotivi o fonti di stress interne o esterne attraverso l'espressione di conflitti psicologici sotto forma di sintomi somatici senza contenuti simbolici. Gli item che la compongono sono:

Item 3: "Quando sono stressato mi ammalo molto facilmente".

Item 25: "Quando devo fare qualcosa che non mi piace mi viene il mal di testa".

Item 70: "Quando sono stressato mi viene il mal di stomaco".

Ritiro: L'individuo affronta conflitti emotivi o fonti di stress interne o esterne attraverso il ritiro dalla realtà e l'isolamento dalle relazioni sociali. Gli item che la compongono sono:

Item 10: "Quando sono turbato preferisco stare da solo".

Item 54: "Quando sono turbato cerco di restare da solo e di non parlare con nessuno".

Item 69: "Quando sono triste di solito trovo il modo di restare solo".

Item neutri: si tratta di affermazioni facilmente condivisibili che vengono valutate con la stessa scala utilizzata per gli item relativi ai meccanismi difensivi. Bassi punteggi su questa scala evidenziano una generale tendenza alla "difensività". Essi sono:

Item 1: “Parlare con i miei familiari delle cose su cui non andiamo d’accordo di solito aiuta”.

Item 60: “Quando qualcuno mi irrita parlo con lui e gli spiego quello che provo”.

Item 68: “Se qualcuno mi fa innervosire di solito gliene parlo e le cose poi si mettono a posto”.

Item 71: “La maggior parte di ciò che faccio ogni giorno mi piace”.

Infine è presente un **item “lie”** che, se valutato con bassi punteggi, è indicativo di una tendenza alla menzogna. L’item è il seguente:

Item 45: “Di solito dico solo la pura verità”.

La distribuzione degli item tra i diversi meccanismi di difesa è funzionale all’esigenza di rispondere ad un ulteriore limite di DSQ: il fatto cioè che alcune difese siano sovrarappresentate (cioè ad esse corrisponda un elevato numero di item volti alla loro misurazione come nel caso della proiezione che comprende nove item) ed altre sotto-rappresentate (cioè misurate da solo un item, quali ad esempio la fantasia); in REM-71, 18 difese sono misurate attraverso 3 item mentre le restanti tre attraverso 4 item.

Allo scopo di valutare la validità di costrutto dello strumento, Steiner e coll. (2001) hanno sottoposto la versione finale di REM-71 a due ricercatori clinici indipendenti con la richiesta di assegnare ciascun item della scala a una o più difese utilizzando la scala delle difese di Vaillant (1992) o il glossario dei meccanismi di difesa del DSM IV TR (A.P.A., 2000; pp. 755–757). I due clinici hanno espresso un accordo assoluto su tutti gli item proposti con la sola eccezione di uno; anche su quest’ultimo item l’accordo è stato tuttavia presto raggiunto attraverso una discussione collegiale.

Nello studio di validazione della versione originale dello strumento, REM-71 è stata sottoposta ad un ampio campione non clinico di adulti e adolescenti, composto da 1.875 soggetti di età compresa tra i 13 e gli 89 anni. Al foglio di risposta di REM-71 è stato allegato

un breve questionario finalizzato alla raccolta di alcune informazioni demografiche quali età, sesso, status socio-economico (professione e titolo di studio²⁴), alcuni indicatori di benessere psicologico (grado di soddisfazione personale in alcune importanti aree quali lo studio/il lavoro, la famiglia, le amicizie e il tempo libero e il grado generale di soddisfazione verso se stessi), di salute mentale (anamnesi positiva per interventi psicologici e psichiatrici) e fisica (presenza di patologie gravi o croniche, numero di ricoveri ospedalieri effettuati nell'arco della vita).

Relativamente alla consistenza interna delle singole sottoscale, i valori di alpha di Cronbach sono illustrati in tabella 17. Come è possibile osservare, tutte le sottoscale hanno ottenuto un valore di alpha superiore a 0.40, soglia minima di attendibilità adottata dagli autori; l'unica eccezione è rappresentata dall'aggressione passiva che ha mostrato un valore di alpha pari a 0.36. Per nessuna delle difese considerate l'eliminazione di uno o più item determinava un significativo incremento della consistenza interna. Per quanto la consistenza interna della sottoscala aggressione passiva fosse insoddisfacente, gli autori hanno comunque ritenuto opportuno mantenerla nel *pool* dei meccanismi di difesa valutati in quanto, plausibilmente, la successiva inclusione nel campione di soggetti reclutati in contesti clinici potrebbe determinare un incremento degli indici di omogeneità degli item.

Un ulteriore interrogativo che gli autori si sono posti ha riguardato la struttura latente del test; è stata quindi eseguita un'analisi fattoriale esplorativa dei 21 meccanismi di difesa attraverso il metodo delle componenti principali. La scelta del numero di fattori è stata compiuta utilizzando fondamentalmente due diverse strategie: prima di tutto, la distribuzione degli autovalori (scree test di Cattell) ha suggerito una struttura trifattoriale; in secondo luogo, utilizzando un'analisi parallela, sono stati sottoposti a confronto gli autovalori derivati empiricamente con quelli risultanti da una serie di simulazioni Monte Carlo. I valori medi degli autovalori delle simulazioni Monte Carlo hanno suggerito che la scelta di estrarre un

²⁴ Nel caso di soggetti adolescenti, venivano richiesti professione e titolo di studio dei genitori.

terzo fattore fosse opinabile; l'autovalore derivato empiricamente per il terzo fattore non risultava infatti significativamente maggiore di quanto ci si potesse attendere per puro effetto del caso.

L'analisi delle componenti principali ha quindi permesso di mettere in evidenza due soluzioni alternative: una soluzione non ruotata a due fattori e una soluzione a tre fattori sottoposta a rotazione varimax.

I carichi fattoriali di ciascuna difesa, per entrambe le soluzioni fattoriali sono riportati in tabella 17.

Tabella 17. Consistenza interna e struttura fattoriale della versione inglese di REM-71 (Steiner et al., 2001).

DIFESE	ALPHA DI CRONBACH	BIFATTORIALE		TRIFATTORIALE		
		FATTORE 1	FATTORE 2	FATTORE 1	FATTORE 2	FATTORE 3
Dissociazione	0.49	0.74		0.71		
Spostamento	0.52	0.69		0.71		
Acting out	0.63	0.68		0.70		
Proiezione	0.75	0.67		0.72		
Scissione	0.41	0.63		0.49		
Fantasia	0.55	0.62		0.57		
Aggress. passiva	0.36	0.60		0.50		
Annullamento	0.45	0.57		0.39	0.40	0.37
Rimozione	0.46	0.55		0.58		
Somatizzazione	0.63	0.50		0.50		
Ritiro	0.78	0.46		0.42		
Sublimazione	0.44	0.43	0.30			
Conversione	0.58	0.42		0.46		
Onnipotenza	0.48	0.40	0.28		0.49	
Diniego	0.42		0.70		0.75	
Repressione	0.56		0.68		0.71	0.63
Intellettualizzazione	0.62		0.63		0.71	
Humor	0.73		0.60		0.53	
Formazione reattiva	0.42		0.51			0.56
Altruismo	0.85		0.42			0.77
Idealizzazione	0.68		0.39			0.50

Per entrambe le soluzioni sono stati indicati i soli carichi positivi; inoltre, tutti i carichi di valore superiore a 0.35 sono stati considerati significativi quando la differenza nei carichi fattoriali relativi a fattori diversi fosse almeno pari a 0.20 in valore assoluto.

Nella soluzione bifattoriale, il fattore 1 include 14 difese: acting out, scissione, spostamento, dissociazione, fantasia, onnipotenza, aggressione passiva, proiezione, rimozione, annullamento retroattivo, ritiro, somatizzazione, conversione, sublimazione. Come è possibile osservare, due difese (sublimazione e onnipotenza) mostrano carichi sul secondo fattore di ampiezza non superiore a 0.20 in valore assoluto rispetto al carico sul primo fattore. Tuttavia, poiché i carichi fattoriali sul secondo fattore risultavano inferiori a 0.35, entrambe le difese sono state inserite nel fattore 1²⁵ che spiega il 22.9% della varianza ed ha un valore di consistenza interna pari a 0.84.

Il fattore 2 include invece sette difese (altruismo, idealizzazione, diniego²⁶, humor, intellettualizzazione, formazione reattiva, repressione) e spiega il 13.8% della varianza totale, con una consistenza interna pari a 0.69.

Per la soluzione trifattoriale è stata applicata una rotazione varimax allo scopo di massimizzare la varianza spiegata da ciascun fattore. Il primo fattore è risultato spiegare il 19.8% della varianza e include 11 difese (proiezione, spostamento, dissociazione, acting out, rimozione, fantasia, somatizzazione, aggressione passiva, scissione, conversione, ritiro). Il fattore 2 include invece cinque difese (diniego, intellettualizzazione, repressione, humor, onnipotenza) e spiega il 12.2% della varianza totale. Infine, il fattore 3 spiega il 10.5% della varianza e contiene quattro difese (altruismo, sublimazione, formazione reattiva, idealizzazione). Una quinta difesa, l'annullamento retroattivo, mostrava carichi significativi su tutti e tre i fattori, con il carico maggiore sul fattore 2 ed è stata pertanto inclusa in questo fattore. I valori di alpha per ciascun fattore sono risultati rispettivamente 0.78, 0.71 e 0.70.

²⁵ Per quanto riguarda la sublimazione, questa sua insolita collocazione potrebbe esser in parte spiegata da una serie di studi che hanno evidenziato l'esistenza di una stretta connessione tra stress emotivo, psicopatologia e ricorso alla sublimazione (Andreasen, 1996).

²⁶ Per quanto riguarda il diniego, bisogna precisare che, in questo caso, esso viene concepito come difesa legata all'isolamento dell'affetto, piuttosto che come diniego psicotico, come inteso da Vaillant (1977; 1992), e per questo, in numerosi studi, risulta associato a esiti positivi.

Seppure le due soluzioni fattoriali vengano considerate, da un punto di vista empirico, del tutto equivalenti, gli autori sembrano però dare maggiore risalto a quella bifattoriale. Questa struttura fattoriale presenta indubbiamente degli elementi innovativi rispetto alle precedenti classificazioni e formulazioni teoriche nell'ambito dei meccanismi di difesa. Per la prima volta, infatti, è stata presentata un'organizzazione bidimensionale, che, da un certo punto di vista, è risultata essere prossima ai più recenti modelli di gerarchizzazione delle difese (Vaillant, 1992), che prevedono la disposizione dei meccanismi di difesa lungo un continuum "immaturo-maturo" o "disadattivo-adattivo". Inoltre, i due fattori emersi hanno dimostrato di possedere una consistenza interna molto elevata e di essere reciprocamente poco correlati (r di Pearson=0.19, $p=0.0001$), suggerendo quindi di contribuire in modo indipendente alla capacità di adattamento del soggetto.

Una serie di considerazioni ha quindi portato gli autori a prediligere la soluzione a due fattori: in primo luogo, la considerazione che una soluzione fattoriale non ruotata contribuisce a preservare l'ortogonalità dei fattori estratti; in secondo luogo, i risultati dell'analisi parallela hanno suggerito che la soluzione bifattoriale avesse minore probabilità di essere dovuta a fattori casuali; infine, la soluzione trifattoriale, al confronto con quella bifattoriale, contribuisce ad incrementare la varianza spiegata solo del 5%.

Particolarmente problematica (e tuttora irrisolta) è stata la denominazione dei fattori emersi. La scelta degli autori di classificare genericamente i due fattori come "Fattore 1" e "Fattore 2" deriva da alcune problematiche associate ad altre possibili soluzioni alternative quali "difese mature-immature" e "difese di Assimilazione- di Accomodamento", considerate non del tutto soddisfacenti ed esaustive. Infatti, malgrado il binomio "maturo-immaturo" riesca ad esprimere la distribuzione delle difese lungo un continuum, esso implica forti aspetti di ambiguità, rimandando, da una parte, ad una dimensione evolutiva dei meccanismi di difesa (e quindi al fatto che ad età differenti corrispondano difese differenti), dall'altra, invece, ad

una loro dimensione di adattività (e quindi al fatto che le difese più immature siano meno adattive e funzionali rispetto a quelle mature).

Al contrario, i termini di derivazione piagetiana “Assimilazione - Accomodamento”, riescono a raggruppare da un lato (“Assimilazione”) tutte le difese più immature, che non permettono a nuove esperienze o sensazioni di modificare le convinzioni e gli schemi del soggetto, dall’altro (“Accomodamento”) quei meccanismi difensivi attraverso i quali l’individuo cerca di modificare, adattare un suo schema mentale preesistente, per includere in esso dei nuovi elementi.

Scrivono gli autori: “Il significato di base del concetto di assimilazione è infatti quello di integrare, assorbire, incorporare come proprio. Secondo Piaget, si tratta dell’applicazione di uno schema generale ad una particolare persona, oggetto, o evento. Jung ha utilizzato il concetto di assimilazione per indicare il processo di alterazione di oggetti, eventi o idee, per meglio adattarli ai bisogni individuali²⁷. L’accomodamento è generalmente ogni aggiustamento, fisico o psicologico, prodotto in preparazione a stimoli esterni. Nella teoria di Piaget, si tratta della modificazione di schemi interni per adeguarli ad una rappresentazione della realtà in evoluzione” (Steiner & Silverman, 2001). Data l’incompletezza, ma al tempo stesso, la validità di entrambe le soluzioni, gli autori optano per una modalità di etichettamento più neutra: il Fattore 1 comprende tutte le difese che si dimostrano meno adattive (immaturità), che comportano una maggiore distorsione della realtà e che tendono a respingere l’ingresso e l’integrazione di nuove informazioni all’interno degli schemi già formati nella mente dell’individuo (assimilazione); il Fattore 2, invece, contiene tutti quei meccanismi che appaiono più adattivi (maturità) e che agiscono consentendo all’individuo di accettare e integrare nuove informazioni, modificando i suoi precedenti pattern mentali

²⁷ “Il termine designa, in generale, un insieme di differenti processi che accadono nella psiche in seguito al suo entrare in contatto con elementi (interni ed esterni) che vengono considerati estranei dai contenuti psichici già formati. In particolare, è usato per indicare il processo attraverso il quale la psiche incorpora tra i suoi contenuti

(accomodamento). Le difese incluse nel Fattore 2 tendono quindi ad agire “attenuando” gli aspetti più spiacevoli della realtà, conducendo in questo modo ad un funzionamento più adattivo dell’individuo.

Ulteriori analisi sono state poi eseguite allo scopo di accertare l’effetto della variabile genere e dell’età sui punteggi medi.

Per quanto concerne l’età, il campione è stato suddiviso in 3 gruppi di età diverse (13-19; 20-39; ≥ 40) e la significatività della differenza nei punteggi medi è stata valutata attraverso singole analisi univariate della varianza in cui il sesso è stato inserito come possibile variabile di confondimento.

Dai risultati è emerso che nel campione di adolescenti si osservano punteggi maggiori in ogni singola difesa del Fattore 1, eccezion fatta per la somatizzazione. Il Fattore 2 invece presenta, compatibilmente con le attese teoriche, valori più elevati per i soggetti adulti, manifestando tuttavia alcune irregolarità: l’altruismo e l’idealizzazione mostrano infatti punteggi più alti per il campione di adolescenti; la formazione reattiva, al contrario, non rivela differenze significative in funzione della variabile età. I dati dettagliati relativi a tali confronti sono illustrati in tab. 18.

In merito alla variabile “sesso”, Steiner e collaboratori hanno rilevato la presenza di pattern difensivi “genere-specifici”.

Per quanto riguarda le difese di fattore 1, le femmine ottengono infatti punteggi maggiori per le difese di somatizzazione, scissione, sublimazione e annullamento retroattivo mentre i maschi per onnipotenza, aggressione passiva e rimozione. Per acting out, conversione, spostamento, dissociazione, fantasia, proiezione e ritiro non sono invece emerse differenze significative tra i due sessi.

preesistenti gli oggetti e gli eventi sconosciuti. Per tale ragione si dice che l’assimilazione modifica attivamente la percezione del nuovo” (Pieri, 1998).

Tabella 18. (Tratta da Steiner et al., 2001) Differenze di età e di genere nell'uso delle difese.

DIFESE	ETA'			GENERE	
	13-19	20-39	≥ 40	FEMMINE	MASCHI
FATTORE 1	4.5**	3.5	3.2	4.2	4.1
Acting out	4.8**	3.8	3.3	4.6	4.5
Conversione	1.6**	1.2	1.4	1.5	1.5
Spostamento	3.9**	1.7	1.7	3.4	3.5
Dissociazione	3.9**	2.8	2.4	3.7	3.6
Fantasia	4.6**	3.9	3.3	4.3	4.4
Onnipotenza	5.7**	5.2	4.8	5.3**	5.8
Aggr. passiva	4.9**	3.1	2.9	4.4**	4.7
Proiezione	3.0**	1.7	1.5	2.6	2.9
Rimozione	4.9**	4.5	4.2	4.7**	5.0
Somatizzazione	3.8	3.7	3.5	4.1**	3.3
Scissione	5.6**	3.7	3.7	5.4**	5.0
Sublimazione	5.5**	4.7	4.3	5.6**	4.9
Annull. retroattivo	4.6**	3.5	3.4	4.5*	4.3
Ritiro autistico	5.9**	5.4	5.3	2.1	2.1
FATTORE 2	5.3*	5.4	5.5	5.2	5.2
Altruismo	6.8**	5.9	5.6	7.0**	6.1
Diniego (isol. aff.)	5.1**	5.8	5.4	5.1**	5.5
Humor	5.4**	6.8	6.8	5.7	5.8
Idealizzazione	5.7**	3.8	4.6	5.7*	5.3
Intellettualizzazione	4.6**	4.9	5.1	4.4**	5.0
Formazione reattiva	4.5	4.7	4.5	4.7*	4.4
Repressione	4.8**	5.4	5.6	4.7**	5.2

**= $p < 0.001$; *= $p < 0.05$. N.B.: per quanto riguarda l'età viene riportata la significatività dei test F univariati; relativamente alla significatività dei singoli contrasti post-hoc, si rimanda all'articolo originale.

Per quanto concerne invece le difese di fattore 2, le femmine hanno mostrato punteggi significativamente maggiori nelle scale altruismo, idealizzazione e formazione reattiva mentre i maschi nelle scale diniego, intellettualizzazione e repressione.

I risultati hanno pertanto confermato le attese teoriche (e precedenti riscontri empirici) secondo cui le femmine siano maggiormente predisposte a manifestare un pattern difensivo focalizzato sulle relazioni e sull'interiorizzazione, mentre i maschi siano più portati a rimuovere o negare i sentimenti e le idee spiacevoli, ricercando una condizione di dominio e di controllo sull'ambiente.

Infine, un'ultima area di indagine ha riguardato il rapporto tra difese e livello di soddisfazione nei confronti della propria vita, e in particolare, la capacità dell'assetto difensivo di predire un

buon funzionamento generale, adattamento alla realtà e soddisfazione in vari domini dell'esistenza.

A tale scopo, ci si è serviti dei dati raccolti in un'apposita sezione del foglio anagrafico consegnato a tutti i soggetti, nella quale erano contenute domande volte ad ottenere informazioni riguardanti il livello di soddisfazione e adattamento psicosociale, in particolare nell'ambito del lavoro/scuola, della famiglia, dell'amicizia e del tempo libero e della soddisfazione generale di sé. Al soggetto è stato richiesto di fornire una risposta su una scala Likert a 9 punti (con 1= "molto insoddisfatto" e 9 = "molto soddisfatto"), del tutto analoga a quella utilizzata per rispondere ai singoli item del questionario.

I risultati hanno permesso di concludere che l'incremento nell'uso di difese di fattore 1 risultava predittivo di un minore livello di soddisfazione in tutte le aree valutate mentre l'uso di difese di fattore 2 era associato, all'opposto, a maggiori livelli di soddisfazione in tutti i domini presi in esame.

ALTRE VERSIONI DELLA RESPONSE EVALUATION MEASURE-71

LA RESPONSE EVALUATION MEASURE FOR YOUTH (REM-Y)

La REM-Y deriva dall'adattamento di REM-71 alla popolazione dei bambini in età scolare, avvenuto ad opera di alcuni autori appartenenti al gruppo di ricerca della Stanford University coordinato dal Prof. Steiner (Yasnovsky et al., 2003).

Presupposto teorico alla costruzione di un questionario autosomministrato che valuti le difese della popolazione infantile, è l'assunto che i bambini in età scolare mostrino buone capacità di osservare se stessi e commentare i propri comportamenti e i propri pensieri; così come i bambini sono in grado di riconoscere la loro tendenza a mettere in atto determinati comportamenti o a esperire stati emotivi diversi, è anche plausibile che essi siano capaci di

riferire di questi stessi agiti, pensieri o sentimenti mediante uno strumento di misurazione autosomministrato.

REM-71 è stata resa accessibile ad un target come quello infantile intervenendo primariamente su due aspetti: la formulazione degli item e la modalità di risposta. Da una parte, alcune affermazioni sono state semplificate dal punto di vista lessicale e sintattico, in modo da renderle adeguate ad un livello di comprensione e di lettura inferiori, tipici dell'infanzia e della fanciullezza; dall'altra, la scala Likert a 9 punti è stata trasformata in una scala a 5 punti (da 1 a 5) e affiancata a supporti e *cues* visivi. Ai numeri sono stati cioè accostati dei cerchi che aumentano gradualmente di circonferenza in corrispondenza dell'incremento numerico; ai bambini è richiesto di indicare la loro risposta direttamente all'interno dei cerchi, i quali rappresentano, dal più piccolo ("non molto"), al più grande ("molto"), il loro grado di accordo con l'affermazione presentata.

Della versione originale di REM, nella REM-Y viene mantenuta l'intera gamma dei meccanismi di difesa valutati (pari a 21).

Esistono due forme differenti di REM-Y: la prima deriva direttamente da REM-71 ed è composta dallo stesso numero di item, ossia 71 (REM-Y-71); la seconda invece è una edizione abbreviata di REM-Y-71 ed è composta da 22 item (REM-Y-22). Questa versione breve è stata appositamente elaborata al fine di adattarsi alla minore capacità dei bambini più piccoli (6/7 anni) di mantenere elevati livelli di concentrazione per periodi di tempo prolungati. In essa, ogni singola difesa viene valutata da un solo item, selezionato tra quelli che rappresentano lo stesso meccanismo di difesa nella REM-Y-71; il criterio di selezione degli item è consistito nel considerare solo quell'affermazione risultata possedere la maggiore correlazione con il punteggio totale di sottoscala.

Per verificare la struttura fattoriale delle difese valutate da REM-Y, la sua forma a 71 item è stata somministrata ad un campione di 218 ragazzi di età compresa tra gli 8 ed i 15 anni.

L'analisi fattoriale dei dati raccolti dimostra l'esistenza di 2 fattori principali. All'interno del fattore 1, le difese vengono ulteriormente suddivise in due tipologie sulla base del giudizio indipendente di due psichiatri:

DIFESE INTERPERSONALI (acting out, spostamento, ritiro autistico, idealizzazione, aggressione passiva, proiezione, scissione);

DIFESE INTRAPERSONALI (conversione, dissociazione, fantasia, rimozione, somatizzazione, annullamento retroattivo, onnipotenza, sublimazione).

Le caratteristiche che permettono di discriminare i due gruppi di meccanismi compresi nel fattore 1 sono il coinvolgimento di altre persone nella messa in atto dei processi difensivi (come tipicamente avviene per le difese interpersonali) o, piuttosto, l'interessamento del solo individuo (caratteristico delle difese intrapersonali).

Il Fattore 2 risulta invece costituito dalle seguenti difese: diniego, altruismo, humor, intellettualizzazione, formazione reattiva, repressione.

La struttura fattoriale emersa mantiene pertanto alti livelli di sovrapposizione con quella rilevata mediante REM-71 nella sua versione per adulti. L'unica differenza è rappresentata dal meccanismo dell'idealizzazione che, nel campione di bambini esaminato, trova collocazione sul fattore delle difese immature e disfunzionali.

LA RESPONSE EVALUATION MEASURE FOR PARENTS (REM-P)

La REM-P deriva direttamente dalla versione originaria della REM-71; anch'essa si compone di 71 item valutati con risposte su scala Lickert a 9 punti.

Lo scopo di questa nuova forma di REM è quello di valutare le difese dei bambini, così come vengono rilevate dai loro genitori. A questo scopo gli item contenuti nella REM-71 sono stati riformulati in terza persona; un esempio di item è la seguente affermazione: "Mio figlio crede

di conoscere qualcuno di straordinario che sia in grado di affrontare ogni problema in modo perfetto”.

Yasnovsky e coll. (2003) hanno di recente condotto uno studio per valutare la convergenza nella valutazione delle difese attraverso tre strumenti: REM-Y-71, REM-Y-22 e REM-P. A tale scopo, hanno coinvolto un campione composto da 34 madri e dai loro 34 figli, tutti frequentanti la scuola elementare. Dei bambini inclusi nel campione, 19 sono maschi e 15 femmine; il range di età è compreso tra i 7 ed i 10 anni, con un valore medio di 8.5 anni. Il gruppo di madri presenta un'età media di 40.4 anni, con un range che oscilla dai 33 ai 51 anni. Gli strumenti applicati in questo studio sono, per il campione di bambini, REM-Y-71 o REM-Y-22, la State Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC, Spielberger et al., 1973; Spielberger, 1983) e la Children's Defensiveness Scale (CDS, Crandall et al., 1965); il campione delle madri, invece, è stato sottoposto alla sola compilazione di REM-P. Tutti gli strumenti sono stati somministrati due volte, a circa tre settimane di distanza l'una dall'altra.

Gli autori si propongono di indagare la relazione tra la valutazione che i genitori forniscono delle difese utilizzate dai loro figli (REM-P), e la valutazione che i figli stessi fanno dei propri meccanismi difensivi (REM-Y). Naturalmente, è ragionevole attendersi, per quanto concerne le difese raggruppate nel Fattore 1, una migliore correlazione tra i due strumenti in corrispondenza delle difese interpersonali, piuttosto che dei meccanismi intrapersonali. Questi ultimi infatti sono processi più interiori ed intimi e pertanto meno facilmente rilevabili da persone diverse dal soggetto che li mette in atto; le difese interpersonali, all'opposto, tendono per loro natura a coinvolgere maggiormente le relazioni con altri significativi e sono pertanto facilmente osservabili anche da altri individui.

Sia REM-Y che REM-P hanno dimostrato una buona attendibilità, come evidente dalle significative correlazioni test-retest ottenute tra le due somministrazioni di entrambe le versioni. Inoltre, è stata rilevata una buona consistenza interna sia dei due fattori principali

(Fattore 1 e Fattore 2), sia dei due raggruppamenti di difese compresi nel Fattore 1 (difese interpersonali e difese intrapersonali).

Conformemente alle aspettative degli autori, le valutazioni ottenute da REM-Y e REM-P rispetto al Fattore 1 risultano significativamente correlate al punteggio relativo alle difese interpersonali; al contrario, le correlazioni tra i due indici relativi ai meccanismi intrapersonali non è risultata significativa.

Nessuna correlazione significativa è emersa tra i punteggi REM-Y e REM-P relativi alle difese di Fattore 2 e, in più generale, il numero e la frequenza d'uso di tali difese nell'autovalutazione dei bambini risulta assai maggiore rispetto a quanto rilevato dalle rispettive madri (Tab. 19).

Tabella 19. (Tratta da Yasnovsky et al., 2003) Punteggi medi e correlazioni tra REM-Y e REM-P

	FATTORE 1	Difese Interpersonali	Difese Intrapersonali	FATTORE 2
REM-Y	4.00 (SD 1.06)	4.42 (SD 1.26)	3.64 (SD 1.07)	5.34 (SD .93)
REM-P	3.53 (SD .97)	4.10 (SD 1.26)	3.04 (SD .91)	4.61 (SD .97)
CORRELAZ.	.358 (p = .038)	.401 (p = .019)	.295 (n. s.)	.028 (n. s.)

Infine, un'ultima indagine ha riguardato il solo campione infantile, ed è stata finalizzata ad approfondire la presenza di relazioni tra i punteggi di REM-Y e quelli riportati negli altri due questionari autosomministrati, la STAIC e la CDS. Se per la scala di misurazione dell'ansia di stato non sono emerse significative correlazioni con REM-Y, il livello di ansia di tratto mostra invece importanti e positive associazioni sia con il Fattore 1, in entrambi i suoi sottogruppi (0.606 per le difese interpersonali; 0.487 per le difese intrapersonali), sia con il Fattore 2 di REM-Y.

Esaminando in modo complessivo i risultati ricavati da questa ricerca, Yasnovsky e coll. possono concludere che le versioni di REM (REM-Y e REM-P) elaborate per la popolazione infantile e per quella genitoriale, costituiscono due promettenti strumenti per la valutazione dei meccanismi di difesa utilizzati dai bambini. Inoltre, l'elevata consistenza interna e la

buona attendibilità test-retest di entrambe le forme dello strumento confermano sia la capacità dei bambini più piccoli di riferire in modo affidabile circa i propri comportamenti difensivi, sia la possibilità di ottenere da parte dei genitori valutazioni attendibili delle strategie difensive più frequentemente usate dai loro figli.

ALCUNI DATI SULL'ADATTAMENTO ITALIANO PRELIMINARE DI REM-71

Vengono qui riassunte alcune informazioni relative allo studio preliminare condotto sull'adattamento italiano di REM che hanno portato all'elaborazione della versione definitiva dello strumento utilizzata in questa ricerca. Per i dettagli e per ulteriori approfondimenti si rimanda a Prunas e coll. (*submitted*).

La versione italiana di REM-71 è stata ottenuta attraverso il metodo della back-version indipendenti.

La scala è stata tradotta, su licenza degli autori, dall'inglese all'italiano da un traduttore professionista; una seconda persona ha quindi ri-tradotto REM-71 in inglese. Una terza persona ha infine sottoposto a confronto entrambe le versioni e i tre soggetti hanno quindi discusso collegialmente giungendo ad elaborare la versione italiana definitiva. Ulteriori indicazioni per l'adattamento italiano degli item sono state fornite direttamente dal gruppo di ricerca coordinato dal Prof. Steiner che ha lavorato principalmente sul confronto tra le due versioni inglesi dello strumento.

18 volontari bilingui sono stati sottoposti alla somministrazione della versione italiana e inglese di REM-71, presentate in ordine randomizzato a circa tre giorni di distanza l'una dall'altra. Sono quindi state calcolate le correlazioni (r di Pearson) tra le risposte dei soggetti fornite ad item corrispondenti delle due versioni. Infine, la versione italiana di REM-71 è stata sottoposta ad un campione di 416 adolescenti e giovani adulti allo scopo di valutare la

consistenza interna delle singole sottoscale che la compongono e l'effetto delle variabili età e genere sui punteggi medi.

La scala era accompagnata da un breve questionario finalizzato alla raccolta di alcune informazioni demografiche quali età, sesso, status socio-economico e alcuni indicatori di benessere psicologico (grado di soddisfazione personale in alcune importanti aree quali il lavoro, la famiglia, le amicizie e il tempo libero e il grado generale di soddisfazione verso se stessi)²⁸. I soggetti coinvolti nella ricerca [N=416; Età media (N=396): 16.46 ± 3.04; Range: 13-25; Maschi: N=185; 44.7%] sono stati reclutati volontariamente tra gli studenti di scuole medie inferiori e superiori in due grandi centri urbani del Nord Italia (Milano e Parma); inoltre, allo scopo di valutare l'effetto dell'età sull'assetto difensivo, sono stati inclusi nel campione circa 50 giovani adulti reclutati volontariamente tra gli studenti frequentanti l'ultimo anno della Facoltà di Psicologia dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca.

Convergenza della versione italiana e della versione originale di REM-71

Le correlazioni (r di Pearson) rilevate nelle risposte ad item corrispondenti della versione italiana e inglese si collocano su un range compreso tra 0.30 e 0.99, con un valore medio di 0.70 (mediana: 0.70). Per 6 item (4, 11, 14, 32, 49, 55), il valore di r di Pearson non è risultato statisticamente significativo a livello di 0.05 (rispettivamente 0.43; 0.30; 0.41; 0.34; 0.45; 0.45); tuttavia, alcuni soggetti inclusi nel campione, prevalentemente originari del Regno Unito, hanno riferito una certa difficoltà nel rispondere ad alcuni item del questionario in cui si faceva uso di espressioni “slang” americane (quali, ad esempio, *space out* contenuta nell'item 49).

Alla luce di tali osservazioni e dei suggerimenti del gruppo di ricerca americano, si è ritenuto opportuno, in questa fase, non apportare cambiamenti alla versione italiana degli item risultati problematici.

²⁸ Il questionario è l'adattamento italiano di quello utilizzato dagli autori della versione originale di REM-71.

Consistenza interna

I valori di alpha di Cronbach per i punteggi relativi ai Fattori 1 e 2 sono risultati pari a, rispettivamente, 0.83 e 0.64; i due punteggi fattoriali hanno mostrato solo una moderata correlazione fra loro ($r=0.23$, $p<0.001$), suggerendo pertanto di contribuire in maniera peculiare alla definizione dello stile difensivo. Questi valori sono del tutto in linea con quelli ottenuti da Steiner e coll. (2001) nello studio di validazione della versione originale di REM.

Tabella 20. Consistenza interna e effetto dell'età e del genere nella versione italiana preliminare di REM-71 (Prunas et al., *submitted*)

(a)		(b) Effetto genere Punteggi medi \pm DS			(c) Effetto età Punteggi medi \pm DS		
Difese	α di Cronbach ¹	Maschi (N=185)	Femmine (N=229)	p value	13-19 anni (N=346)	20-25 anni (N=50)	p value
Fattore 1 (14 difese, 42 item)	0.83 (0.84)	4.50 \pm 0.87	4.62 \pm 0.90	NS	4.63 \pm 0.84	4.18 \pm 1.06	<0.001
Acting out (3 item)	0.56 (0.63)	4.69 \pm 1.76	4.87 \pm 1.82	NS	4.91 \pm 1.75	4.18 \pm 1.89	<0.05
Scissione (3 item)	0.38 (0.41)	5.56 \pm 1.72	6.35 \pm 1.60	<0.001	6.05 \pm 1.68	5.55 \pm 1.69	NS
Spostamento (3 item)	0.42 (0.52)	4.34 \pm 1.77	4.37 \pm 1.91	NS	4.43 \pm 1.83	3.90 \pm 1.85	NS
Dissociazione (3 item)	0.40 (0.49)	4.03 \pm 1.71	4.29 \pm 1.81	NS	4.28 \pm 1.74	3.63 \pm 1.78	<0.05
Fantasia (3 item)	0.50 (0.55)	4.86 \pm 1.93	4.78 \pm 1.97	NS	4.96 \pm 1.94	3.86 \pm 1.87	<0.001
Onnipotenza (3 item)	0.38 (0.48)	5.77 \pm 1.45	5.32 \pm 1.57	<0.05	5.61 \pm 1.44	5.03 \pm 1.89	<0.05
Aggressione pass. (3 item)	0.29 (0.36)	5.06 \pm 1.53	5.07 \pm 1.66	NS	5.15 \pm 1.55	4.51 \pm 1.81	<0.05
Proiezione (3 item)	0.58 (0.75)	3.25 \pm 1.69	2.99 \pm 1.68	NS	3.20 \pm 1.71	2.67 \pm 1.51	NS
Rimozione (3 item)	0.40 (0.46)	4.35 \pm 1.63	4.15 \pm 1.77	NS	4.29 \pm 1.69	4.05 \pm 1.88	NS
Annullamento (3 item)	0.36 (0.45)	5.01 \pm 1.65	5.04 \pm 1.69	NS	5.16 \pm 1.60	4.17 \pm 1.81	<0.001
Sublimazione (3 item)	0.29 (0.44)	5.12 \pm 1.59	5.39 \pm 1.60	NS	5.28 \pm 1.57	5.45 \pm 1.84	NS
Conversione (3 item)	0.65 (0.58)	2.07 \pm 1.75	1.81 \pm 1.43	NS	1.93 \pm 1.55	2.00 \pm 1.76	NS
Somatizzazione (3 item)	0.57 (0.63)	3.28 \pm 1.84	4.26 \pm 2.02	<0.001	3.81 \pm 2.01	3.89 \pm 1.96	NS
Ritiro (3 item)	0.74 (0.78)	5.42 \pm 2.00	5.74 \pm 2.18	NS	5.60 \pm 2.08	5.67 \pm 2.25	NS
Fattore 2 (7 difese, 24 item)	0.64 (0.68)	5.24 \pm 0.83	5.18 \pm 0.83	NS	5.25 \pm 0.84	5.19 \pm 0.76	NS
Altruismo (4 item)	0.72 (0.85)	6.52 \pm 1.44	6.81 \pm 1.66	NS	6.67 \pm 1.60	6.55 \pm 1.46	NS
Diniego (3 item)	0.37 (0.42)	5.07 \pm 1.52	4.53 \pm 1.68	<0.001	4.78 \pm 1.65	4.93 \pm 1.58	NS
Humour (4 item)	0.58 (0.73)	5.22 \pm 1.64	5.19 \pm 1.73	NS	5.19 \pm 1.67	5.27 \pm 1.84	NS
Idealizzazione (3 item)	0.58 (0.68)	6.06 \pm 1.87	6.39 \pm 1.77	NS	6.31 \pm 1.77	5.89 \pm 1.97	NS
Intellettualizzaz. (4 item)	0.49 (0.62)	5.01 \pm 1.38	4.62 \pm 1.53	<0.05	4.81 \pm 1.48	4.64 \pm 1.32	NS
Formaz. reattiva (3 item)	0.27 (0.42)	4.55 \pm 1.47	4.25 \pm 1.60	<0.05	4.37 \pm 1.54	4.34 \pm 1.41	NS
Repressione (3 item)	0.42 (0.56)	4.95 \pm 1.54	4.45 \pm 1.72	<0.05	4.64 \pm 1.68	4.73 \pm 1.51	NS

Per quanto concerne i singoli meccanismi difensivi (Tab.20, colonna a), il valore medio di alpha è risultato pari a 0.49.

Sette meccanismi di difesa hanno mostrato valori di alpha inferiori a 0.40: scissione ($\alpha=0.38$), onnipotenza ($\alpha=0.38$), aggressione passiva ($\alpha=0.29$), annullamento retroattivo ($\alpha=0.36$), sublimazione ($\alpha=0.29$), diniego ($\alpha=0.37$), formazione reattiva ($\alpha=0.27$).

Undici meccanismi difensivi hanno registrato valori di alpha compresi tra 0.40 e 0.60 mentre i restanti tre hanno mostrato valori superiori a 0.65.

Per ognuno dei 21 meccanismi di difesa, tuttavia, l'inclusione di ciascuno dei relativi item contribuiva ad incrementare il valore di alpha con la sola eccezione degli item 18 (onnipotenza), 8 (aggressione passiva) e 27 (diniego). Globalmente, la consistenza interna della scala è apparsa sufficiente per i due fattori principali; per quattordici dei ventuno meccanismi difensivi è stato possibile rilevare valori di alpha uguali o superiori a 0.40, limite minimo di attendibilità considerato anche dagli autori della versione originale (Steiner et al., 2001).

Tuttavia, per le sette restanti sottoscale, i valori di alpha sono risultati insufficienti; sulla base dell'analisi delle correlazioni inter-item e item-totale, è emersa pertanto la necessità di modificare la forma italiana di 13 item (2,4,8,18,19,31,34,35,55,56,59,63,65) appartenenti rispettivamente alle scale intellettualizzazione, altruismo, aggressione passiva, onnipotenza, aggressione passiva, rimozione, repressione, fantasia, acting out, annullamento retroattivo, fantasia, aggressione passiva, spostamento.

La formulazione originale degli item modificati era la seguente:

2. In genere uso la testa e non mi lascio trasportare dalle emozioni.
4. Non per vantarmi, ma in genere sono quello che sa come vanno fatte le cose.
8. Spesso mi arrabbio con gli altri anche se gli altri non mi hanno infastidito particolarmente.
18. Un sacco di gente non si rende conto che sono una persona fantastica e piena di qualità.

19. Spesso mi assumo degli incarichi, ma poi per un motivo o per l'altro finisco per non farli.
31. A volte gli altri pensano che io sia arrabbiato anche quando so che non lo sono.
34. Gestisco i problemi con calma.
35. A volte mi piace immaginare di essere un personaggio di alcuni film.
55. Spesso le cose mi agitano talmente che i miei amici devono aiutarmi a calmarmi.
56. Spesso faccio cose speciali perché mi portino fortuna.
59. I giochi di ruolo sono un buon modo per farmi sentire come se fossi un'altra persona.
63. Quando non riesco a evitare un compito, solitamente lo eseguo molto lentamente.
65. Quando qualcuno mi fa arrabbiare, potrei fare a pezzi qualcosa di suo.

Effetto della variabile sesso

Allo scopo di valutare le differenze nell'assetto difensivo legate al genere, la statistica t di Student è stata utilizzata per valutare la significatività statistica delle differenze di medie per ciascuna difesa e per ciascuno dei due punteggi fattoriali. Per sette meccanismi di difesa (Tab. 20, colonna b) è stato possibile rilevare un significativo effetto della variabile sesso sui punteggi medi. Per quanto concerne le difese incluse nel Fattore 1, i soggetti di sesso femminile hanno mostrato un uso più massiccio della scissione e della somatizzazione, mentre i maschi hanno ottenuto punteggi più alti nella scala onnipotenza. Rispetto alle difese incluse nel Fattore 2, i maschi hanno ottenuto punteggi più alti nelle scale diniego, intellettualizzazione, formazione reattiva e repressione. Risultati simili sono stati ottenuti nello studio di Steiner e coll. (2001) con la sola eccezione della formazione reattiva in cui le femmine ottenevano punteggi maggiori dei maschi confermando le attese teoriche che soggetti maschi tendano a fare uso di difese *dominance-driven* mentre le femmine ottengono punteggi più alti in difese nell'area dell'internalizzazione e dell'affiliazione.

Effetto della variabile età

Per sei difese (Tab. 20, colonna 3), tutte incluse nel Fattore 1, si è osservato un effetto significativo della variabile età. I soggetti più giovani hanno ottenuto punteggi significativamente maggiori nelle scale acting out, dissociazione, fantasia, onnipotenza, aggressione passiva, annullamento retroattivo. Un effetto significativo della variabile età è stato anche osservato per il punteggio totale relativo al Fattore 1, suggerendo la tendenza generale, da parte dei soggetti più giovani, a ricorrere in maniera più massiccia a difese più primitive e disadattive.

Infine, modifiche sostanziali sono state apportate al foglio di risposta originale proposto dagli autori; è stato infatti rilevato che oltre il 35% dei soggetti coinvolti nella ricerca avevano risposto alle domande utilizzando i soli numeri dispari compresi fra “1” e “9”, trasformando pertanto la scala dei punteggi in una scala a 5 punti. In particolare, ai soggetti non viene più richiesto di trascrivere il numero corrispondente alla loro risposta, ma piuttosto di porre una crocetta sul numero che, in una scala visiva a 9 punti, rappresenta il grado in cui si riconoscono in ciascun item.

CAPITOLO 6.

OBIETTIVI DELLA RICERCA, MATERIALI E METODI

Obiettivo della presente ricerca è quello di offrire un contributo alla validazione della versione italiana di REM-71 in un ampio campione *school-based* di adolescenti.

La necessità di disporre di uno strumento autosomministrato in lingua italiana per la valutazione dell'assetto difensivo in questa fase del ciclo di vita, sembra essere particolarmente pressante considerato che nessuno dei test attualmente disponibili si rivolgono specificamente a questa fascia d'età: è il caso di DSQ-88 (San Martini et al., 2004) e di DSQ-40 (Farma & Cortinovis, 2001). Inoltre, anche altri strumenti autosomministrati per la valutazione delle difese che pure rimandano ad altri approcci teorici e metodologici²⁹, sembrano aver (incomprensibilmente) del tutto trascurato l'età evolutiva.

Un autosomministrato attendibile e valido per la valutazione dell'assetto difensivo di adolescenti potrebbe rivelarsi di estrema utilità sia quale strumento di screening, sia per le sue possibili applicazioni cliniche e di ricerca. E' stata infatti ampiamente dimostrata da oltre tre decenni di fervente ricerca sui meccanismi di difesa, la correlazione tra assetti difensivi immaturi e quadri psicopatologici conclamati (Bond, 2004), la correlazione tra difese e specifici sintomi di disagio psichico in soggetti estratti dalla popolazione generale (Johnson, Bornstein, Kurkonis, 1992; Muris, Merckelbach, 1994, 1996b; Tulio-Herinkssen et al., 1997; Holi, Sammallathi, Aalberg, 1999; Nishimura, 1998; Watson, 2002), l'associazione tra difese e livello di funzionamento ed adattamento generale (Vaillant, 1977; Erikson, Feldman, Steiner; 1996, Erikson & Feldman, 1997; Watson & Shina, 1998).

²⁹ Si veda, ad esempio, il Defense Mechanism Inventory, anch'esso disponibile in lingua italiana.

Lo strumento prescelto, REM-71, si configura come il candidato ideale per tale scopo; esso infatti nasce da un'attenta revisione dell'autosomministrato più utilizzato nelle ricerche sui meccanismi di difesa (DSQ) ed è stato appositamente formulato per poter essere compilato a partire dai 13 anni di età. Inoltre, esso presenta proprietà psicometriche degne di nota che lo collocano tra i più elevati standard rispetto agli altri strumenti attualmente disponibili; in particolare, gli autori sottolineano che, a differenza di quanto avviene per DSQ, la consistenza interna soddisfacente di molte delle sottoscale che compongono lo strumento garantisce la possibilità di soffermarsi, nella valutazione clinica di un protocollo, non soltanto al livello degli stili o aggregati difensivi, ma anche a quello degli specifici meccanismi difensivi che, nel profilo dell'individuo, appaiono particolarmente rilevanti e significativi (Steiner & Silverman, 2001).

La versione italiana di REM-71 utilizzata nella presente ricerca è stata oggetto di un intenso lavoro preliminare di adattamento (come ampiamente descritto nel capitolo 5) che ha portato all'elaborazione di una forma italiana iniziale poi modificata sulla base dei dati emersi da una ricerca empirica condotta su un campione di 400 adolescenti e giovani adulti.

L'attuale progetto di ricerca è finalizzato a raccogliere dati sull'affidabilità e la validità della nuova versione di REM-71, con particolare riferimento alla sua applicazione clinica in un campione di adolescenti.

In particolare, ci si prefigge di indagare:

Le proprietà psicometriche della nuova versione italiana di REM-71; verranno valutate:

- la consistenza interna (alpha di Cronbach) di REM-71 allo scopo di appurare l'omogeneità degli item che compongono ciascuna delle 21 sottoscale dello strumento e confrontarla con i dati della versione originale e della versione italiana preliminare;
- la struttura fattoriale soggiacente ai 21 meccanismi difensivi misurati da REM-71 allo scopo di valutarne la compatibilità con quanto emerso dallo studio di validazione della

versione originale dello strumento e la convergenza con i risultati di ricerche analoghe presenti in letteratura (e passate in rassegna nel capitolo 3);

La presenza di effetti significativi delle variabili genere ed età sull'assetto difensivo; allo scopo di fornire dati in supporto alla validità di contenuto di REM-71 verranno infatti indagate:

- variazioni nel ricorso a meccanismi/stili difensivi in funzione dell'età: i punteggi medi relativi alle singole sottoscale di REM-71 e i punteggi fattoriali rilevati in un ampio gruppo di adolescenti (N=1090), verranno sottoposti a confronto, mediante tecniche di analisi multivariata, con quelli rilevati in un *convenience sample* di adulti (N=178), con l'obiettivo di accertare la presenza di trend evolutivi e maturativi nell'assetto difensivo;
- variazioni in funzione del genere: verrà sottoposto a confronto l'assetto difensivo rilevato mediante REM-71 in adolescenti e adulti maschi e femmine allo scopo di accertare la presenza di differenze significative compatibili con gli assetti "genere-specifici" rilevati in letteratura e che vedono i maschi caratterizzati da configurazioni difensive "esternalizzanti" mentre le femmine da assetti "internalizzanti" (Steiner et al., 2001).

La relazione fra assetto difensivo e disagio psicopatologico; in particolare verranno indagate:

- la relazione tra i punteggi fattoriali e i punteggi relativi ai singoli meccanismi difensivi di REM-71 e l'intensità di manifestazioni sintomatologiche di disagio psichico raccolte, nel solo campione di adolescenti, attraverso la compilazione di un questionario autosomministrato *ad hoc* (SCL-90-R; Derogatis, 1983); l'obiettivo è quello di accertare la presenza di una connessione tra il ricorso a specifiche configurazioni difensive e la presenza di manifestazioni di disagio psichico per quanto

al di sotto della soglia di rilevanza clinica³⁰. Attraverso il ricorso a disegni di regressione multipla, verrà valutata infatti la capacità predittiva di ciascuno dei 21 meccanismi e degli stili difensivi di REM-71, rispetto agli indici di ciascuna delle nove aree sintomatologiche valutate mediante SCL-90-R e dell'indice di disagio psichico generale;

- l'analisi delle differenze nell'assetto difensivo di adolescenti che, sulla base del punteggio globale ottenuto a SCL-90-R, si collocano significativamente al di sopra e entro la media dei coetanei dello stesso sesso rispetto all'intensità del disagio psichico autoriferito; tale analisi accerterà la possibilità di discriminare tra i due gruppi in funzione dell'assetto difensivo contribuendo a fornire ulteriori dati a supporto della validità di contenuto di REM-71;
- l'analisi delle differenze nell'assetto difensivo tra adolescenti con anamnesi positiva e negativa per interventi di specialisti della salute mentale (psicologi, psichiatri, psicoterapeuti); tale analisi è finalizzata ad accertare la capacità di REM-71 di discriminare tra i due gruppi di adolescenti in funzione di indicatori oggettivi di disagio psichico (storia anamnestica), piuttosto che di indicatori soggettivi (quale il disagio psichico autoriferito dal soggetto e valutato al punto precedente);
- l'analisi delle differenze nell'assetto difensivo di un gruppo di adulti clinici reclutati in strutture residenziali pubbliche e private per il trattamento di gravi patologie psichiatriche e un gruppo di controllo non clinico; in questo modo verrà accertata, confrontandola con quanto emerso dalla ricca letteratura sull'argomento (Bond, 2004), la possibilità di rilevare assetti difensivi più primitivi e disfunzionali in soggetti che siano venuti all'attenzione clinica per manifestazioni conclamate di disagio psichico.

La relazione tra benessere psichico e meccanismi di difesa:

³⁰ Come è ragionevole attendersi in un ampio campione estratto dalla popolazione generale.

- verrà valutata la capacità dell'assetto difensivo di predire il grado di benessere del soggetto e il livello di soddisfazione e di adattamento in varie importanti aree del funzionamento generale (scuola/lavoro, relazioni con i pari, relazioni familiari, tempo libero, soddisfazione generale in sé); a tale scopo, verranno utilizzate le autovalutazioni, in tutti i domini considerati, fornite dall'intero campione di soggetti (adolescenti e adulti, clinici e non clinici) coinvolti nella ricerca mediante un apposito questionario. Obiettivo di questa indagine è quello di accertare il contributo degli stili/meccanismi difensivi più maturi nel promuovere il benessere psichico e l'adattamento, come controparte alla relazione, esaminata al punto precedente, tra meccanismi difensivi immaturi e disagio psichico.

IL CAMPIONE

Come anticipato, saranno tre i gruppi di soggetti coinvolti nella presente ricerca: un ampio campione di adolescenti, un campione di adulti estratto dalla popolazione generale e un campione di adulti reclutati in contesti clinici. Le caratteristiche di ciascun gruppo e le modalità di reclutamento dei soggetti coinvolti verranno dettagliatamente descritte di seguito.

a) Campione di adolescenti

Il campione di adolescenti oggetto di studio della presente ricerca è un ampio campione *school-based* (N=1090) reclutato volontariamente tra gli studenti afferenti a tre istituti di secondo grado delle province di Varese e di Milano; in particolare, si tratta di un liceo scientifico statale (N=774) e di due istituti di formazione professionale (N=316).

A tutti gli adolescenti inclusi nel campione è stata richiesta la compilazione della versione italiana della Response Evaluation Measure-71 (REM-71).

Al foglio di risposta di REM-71 è stato allegato un breve questionario finalizzato alla raccolta di alcune informazioni demografiche quali età, sesso, status socio-economico (professione e titolo di studio di ciascuno dei genitori), oltre ad alcuni indicatori di benessere psicologico (grado di soddisfazione personale³¹ in alcune importanti aree quali lo studio, la famiglia, le amicizie, il tempo libero e il grado generale di soddisfazione verso se stessi), di salute mentale (anamnesi positiva per interventi psicologici e psichiatrici), fisica (presenza di patologie gravi o croniche, numero di ricoveri ospedalieri effettuati nell'arco della vita) e di funzionamento scolastico (eventuali bocciature e pregresse ripetenze).

Insieme a REM-71, ad un sottogruppo degli studenti coinvolti è stato richiesto di compilare un secondo questionario autosomministrato per la rilevazione del disagio psichico: SCL-90-R³²; in particolare, si tratta della totalità degli studenti iscritti ai due istituti professionali (N=316) a cui devono essere aggiunti 429 studenti del liceo (corrispondenti al 55.4% del totale; di cui maschi 48.2%).

La scelta di non somministrare l'intera batteria di due test a tutti gli studenti del liceo è stata dettata dalla necessità di contenere, nel rispetto delle direttive imposte dal dirigente scolastico, i tempi dell'intero assessment entro un'ora.

In totale, 745 (68.3% del totale degli studenti interpellati) soggetti hanno compilato, oltre a REM-71, anche la versione italiana di SCL-90-R [di cui 462 maschi (62.3%) e 279 femmine (37.7%)].

Nessuna differenza significativa è stata rilevata nella proporzione tra i due generi tra chi ha compilato SCL-90-R e chi non l'ha compilata (χ^2 corretto per la continuità=3.601, $gI=1$, $p>0.05$); i due gruppi non hanno inoltre mostrato nessuna differenza statisticamente significativa nell'età media ($t_{1074}=-1.512$, $p>0.05$).

³¹ Espresso mediante una scala tipo Likert da "1" (per nulla soddisfatto) a "9" (molto soddisfatto) analoga a quella utilizzata per rispondere ai singoli item di REM-71.

³² Per una descrizione dettagliata dello strumento e delle sue proprietà psicometriche si veda oltre.

La somministrazione dei test è avvenuta in gruppo, durante il normale orario scolastico in presenza di uno psicologo direttamente coinvolto nella ricerca e pronto a rispondere ad eventuali dubbi degli studenti³³; la presenza in classe del personale docente durante la somministrazione della batteria è stata scoraggiata, allo scopo di permettere agli studenti di rispondere alle domande riducendo al minimo i possibili condizionamenti esterni.

La ricerca ha ottenuto l'approvazione da parte del collegio dei docenti delle scuole interpellate e a tutti gli studenti e ai loro genitori è stato richiesto il consenso per la partecipazione alla ricerca e all'utilizzo dei dati raccolti; a tale scopo, è stato preventivamente consegnato a ciascuno studente un modulo di consenso informato, da riconsegnare firmato dai genitori, che illustrava i contenuti e gli obiettivi della ricerca oltre a garantire il pieno rispetto del diritto alla riservatezza dei dati raccolti. Gli studenti che, entro la scadenza concordata, non avessero restituito il consenso informato debitamente compilato da almeno un genitore, sono stati esclusi dall'assessment (N=138)³⁴.

Il gruppo di ricercatori si è reso disponibile a rispondere ad eventuali domande del personale docente e dei genitori interessati relativamente ai contenuti e agli obiettivi dell'indagine. Inoltre, è stata soddisfatta la necessità, da parte dei docenti, di avere di ritorno alcune informazioni utili rispetto alla programmazione dell'attività didattica e una restituzione completa dei risultati ottenuti è stata proposta agli insegnanti, agli studenti e ai genitori interessati.

³³ A questo proposito, un ringraziamento sentito va alle Dott.sse Angela Baio, Anna Barzagli e Maddalena Mantelli per la preziosa assistenza nella somministrazione della batteria testale.

³⁴ Relativamente a questo sottogruppo, non si dispone di alcuna informazione; la scuola non ha infatti fornito alcun elenco degli studenti iscritti a ciascuna classe pertanto non è possibile valutare la presenza di differenze significative tra questo gruppo e quello di soggetti che hanno deciso di partecipare alla ricerca. Altrettanto ignoti sono i motivi del rifiuto.

Caratteristiche socio-demografiche

Nel complesso, sono stati coinvolti nella ricerca 1090 adolescenti; di questi 652 sono maschi (corrispondenti al 59.8%) e 428 sono femmine (39.3%). Per dieci soggetti (0.9% del totale) non è stato possibile ottenere le informazioni relative al genere.

L'età media è risultata pari a 16.09 ± 1.36 anni, con un range compreso tra 13 e 21 anni; nessuna differenza statisticamente significativa è stata rilevata al confronto dell'età media di maschi e femmine (16.05 ± 1.35 vs 16.15 ± 1.37 ; $t_{1069} = -1.206$, $p > 0.05$).

La distribuzione per classi di età è illustrata in Tab. I

Tabella I. Distribuzione per classe di età nel campione di adolescenti (N=1090)

	Età	Frequenza	Percentuale
	13	10	0,9
	14	124	11,4
	15	258	23,7
	16	265	24,3
Validi	17	246	22,6
	18	139	12,8
	19	29	2,7
	20	4	0,4
	21	1	0,1
	Totale	1076	98,7
Mancanti		14	1,3
Totale		1090	100,0

Nessuna differenza significativa è stata inoltre rilevata rispetto alla distribuzione per sesso nelle diverse classi di età ($\chi^2 = 7.041$, $gl=8$, $p > 0.05$).

Il 93.5% dei soggetti vive, al momento dell'assessment, con entrambi i genitori; l' 84.8% dei soggetti risulta vivere con genitori sposati; il 10.3% è figlio di genitori divorziati e il 2.7% di genitori conviventi.

Relativamente al titolo di studio dei genitori, il 73.3% delle madri e il 73.2% dei padri hanno conseguito almeno la licenza media superiore.

Per 316 soggetti (corrispondenti agli iscritti ai due istituti di formazione professionale), è stato possibile ottenere anche informazioni relative al background etnico di appartenenza³⁵. Secondo le attese, oltre il 67% dei soggetti risulta nato in Italia da genitori entrambi italiani; il 6.6% risulta invece nato in Italia da almeno un genitore straniero mentre il restante 26% dichiara di essere nato all'estero da genitori entrambi stranieri. Nessuna differenza significativa è stata rilevata rispetto alla distribuzione per background etnico tra i due sessi ($\chi^2=1.311$, $gl=2$, $p>0.05$)³⁶.

56 soggetti (corrispondenti al 5.3% del totale dei rispondenti), di cui 23 (41.1%) femmine e 33 (59.9%) maschi, dichiarano di soffrire di una patologia organica grave o cronica³⁷.

164 soggetti (15.4% del totale) di cui 90 maschi (54.9%) e 74 femmine (45.1%) riferiscono di essere venuti all'attenzione di uno specialista della salute mentale (psicologo, psicoterapeuta o psichiatra) almeno una volta nella loro vita; nessuna differenza statisticamente significativa è stata rilevata in funzione del genere (χ^2 corretto per la continuità=2.010, $gl=1$, $p>0.05$). Si tratta, per la maggior parte dei casi, di interventi brevi che, in oltre il 70% dei casi, si sono conclusi in un lasso di tempo inferiore ai 3 mesi.

Dei 164 soggetti che riferiscono di essere venuti all'attenzione clinica, 32 (corrispondenti al 19.5%, 3% del totale degli adolescenti) sono ancora in trattamento al momento dell'assessment.

265 soggetti (corrispondenti al 24.7% del totale) hanno ripetuto almeno una classe nel corso della loro carriera scolastica³⁸; di questi, oltre il 77% sono maschi (χ^2 corretto per la continuità =44.364, $gl=1$, $p<0.001$).

³⁵ L'inclusione di questo tipo di informazioni nel foglio anagrafico destinato agli studenti dei due istituti professionali, nasceva dalla preventiva segnalazione della significativa presenza di minoranze etniche da parte degli organi scolastici.

³⁶ Il background etnico di appartenenza non ha mostrato alcun effetto significativo sui punteggi medi di REM-71 (Lambda di Wilks=0.700; $F_{44,272}=1.205$; $p>0.05$) in linea con quanto osservato da Vaillant nel corso delle sue ricerche longitudinali (1977; Vaillant & Vaillant, 1992).

³⁷ La relazione tra assetto difensivo e patologia organica grave relativamente a quanto emerso da questa ricerca è stata oggetto di uno specifico contributo (Prunas & Sarno, 2005; Madeddu, Prunas, Sarno, *submitted*).

In generale, i ragazzi esprimono, al confronto con le ragazze, maggiori livelli di soddisfazione in varie aree del funzionamento tra cui le relazioni amicali ($t_{1064}=2.481$, $p<0.05$), la famiglia ($t_{1061}=4.292$, $p<0.001$), il tempo libero ($t_{1065}=6.249$, $p<0.001$) e se stessi ($t_{1063}=7.456$, $p<0.001$). Soltanto rispetto all'andamento scolastico non emergono differenze significative legate al genere ($t_{1064}=-1.552$, $p>0.05$).

b) Campione di adulti non clinici

Allo scopo di indagare l'effetto dell'età sui punteggi ottenuti a REM-71, è stato raccolto un *sample of convenience* di adulti composto prevalentemente da studenti universitari e loro conoscenti e familiari.

Il campione di adulti è risultato composto da 178 soggetti.

A ciascun soggetto è stata richiesta la sola compilazione di REM-71 e del foglio anagrafico allegato. I soggetti coinvolti hanno partecipato al progetto a titolo volontario e la compilazione del questionario è avvenuta in forma del tutto anonima.

Caratteristiche socio-demografiche

Dei 178 soggetti che compongono il campione di adulti, 51 sono maschi (corrispondenti al 29%) e 127 femmine (corrispondenti al 71%). L'età media è risultata pari a 29.21 anni ($DS=\pm 12.16$) con un range compreso tra 21 e 68 anni; i maschi presentano un'età media significativamente maggiore rispetto a quella delle femmine (33.40 ± 13.70 vs 27.49 ± 11.08 ; $t_{172}=3.021$, $gl=177$, $p=0.003$).

La distribuzione per fasce di età è illustrata in Tab. II.

³⁸ Bisogna tuttavia precisare che la proporzione di soggetti ripetenti tra i vari istituti presenta differenze statisticamente significative ($\chi^2=449.036$, $gl=2$, $p<0.001$). In particolare, a fronte del 7% di studenti del liceo con alle spalle una storia di ripetenze, le percentuali salgono al 47 e al 32% negli altri due istituti.

Tabella II. Distribuzione per fasce di età nel campione di adulti non clinici

		Sesso		Totale
		maschio	femmina	
Età	20-29	24	100	124
	30-39	13	9	22
	40-49	1	3	4
	50-59	8	8	16
	60-69	3	4	7
Totale		49	125	174

Come è possibile osservare, è presente un considerevole sbilanciamento a favore dei giovani adulti; i soggetti inclusi nella fascia di età compresa tra i 20 e i 29 anni costituiscono infatti oltre il 70% dell'intero campione.

Tutti i soggetti del campione risultano occupati al momento dell'assessment.

Dei soggetti che compongono il campione, 75 sono celibi/nubili (66%), 34 coniugati (30%), 2 separati o divorziati (2%), 2 vedovi (2%). Bisogna tuttavia rilevare che una percentuale consistente di soggetti (pari al 37% del campione) non ha fornito risposta alla domanda relativa allo stato civile.

Per quanto concerne la distribuzione per titolo di studio, oltre il 70% dei soggetti adulti coinvolti nella ricerca presenta un titolo di studio pari almeno alla licenza media superiore.

Circa 40 soggetti, corrispondenti al 22% del totale, riferiscono di essere ricorsi ad uno specialista della salute mentale almeno una volta nella vita; non si osservano tuttavia differenze di genere rispetto all'anamnesi positiva per interventi di specialisti della salute mentale (χ^2 corretto per la continuità=3.187, $gl=1$, $p>0.05$). Di questi 40 soggetti, 5 (corrispondenti al 12.5%; tutte donne) riferiscono di essere tuttora in trattamento. In oltre la metà dei casi, coloro che hanno consultato uno specialista della salute mentale, lo hanno fatto per meno di tre mesi; 10 soggetti (25%) riferiscono di essere rimasti in trattamento per un periodo compreso fra i 4 e i 12 mesi e 8 (20%) per più di un anno.

Otto soggetti (corrispondenti al 4.5% del totale degli adulti; 3 maschi e 5 femmine)

riferiscono di soffrire di patologie organiche gravi o croniche al momento della valutazione. Relativamente al grado di soddisfazione in varie aree del funzionamento, le donne riferiscono maggiore soddisfazione in ambito scolastico o lavorativo (6.84 ± 1.66 vs 6.19 ± 1.96 ; $t_{164} = -2.227$, $p < 0.05$), mentre gli uomini riferiscono maggiore soddisfazione generale in se stessi (7.34 ± 0.90 vs 6.89 ± 1.26 ; $t_{176} = 2.368$, $p < 0.05$). Nessun altro contrasto è risultato statisticamente significativo.

c) Campione di adulti clinici

Allo scopo di approfondire la relazione tra assetto difensivo e psicopatologia, è stato incluso nella presente ricerca un campione clinico di 51 adulti reclutati in strutture psichiatriche pubbliche e private della provincia di Milano e di Como.

A tutti i pazienti è stata richiesta la compilazione di REM-71 e del foglio anagrafico ad essa allegato; lo psichiatra curante è stato invitato a fornire delle indicazioni diagnostiche sul paziente compatibilmente con i criteri DSM-IV-TR (A.P.A., 2000).

L'inclusione del paziente nel campione è avvenuta sulla base del giudizio clinico del curante.

I questionari sono stati compilati in forma anonima e previa sottoscrizione da parte dei soggetti coinvolti di un apposito modulo di consenso informato.

Caratteristiche socio-demografiche

Il campione clinico è risultato composto da 51 soggetti di cui 31 maschi (60.8%) e 20 femmine (39.2%).

La distribuzione per sesso è risultata significativamente diversa rispetto a quella rilevata nel campione non clinico di adulti per una netta prevalenza, in quest'ultimo, del genere femminile (χ^2 corretto per la continuità = 16.436, $gl = 1$, $p < 0.001$).

L'età media in questo gruppo è risultata pari a 36.78 anni ($DS = \pm 13.25$) e significativamente maggiore rispetto a quella rilevata nel campione di adulti non clinici ($t_{222} = -3.656$, $p < 0.001$).

43 (84.3%) dei pazienti reclutati provengono da una struttura residenziale specializzata nel trattamento della dipendenza da sostanze psicoattive, i restanti 8 (15.7%) sono stati invece reclutati in una struttura residenziale per pazienti psicotici cronici.

Le diagnosi di Asse I (DSM IV) formulate sono risultate le seguenti: disturbi da uso di sostanze psicoattive (N=30, 58.8%), disturbi dell'umore (N=8, 15.7%), disturbi psicotici (N=13, 25.5%), disturbi alimentari (N=1, 2.0%), disturbo dell'identità di genere (N=1, 2.0%)³⁹.

Oltre il 60% dei soggetti inclusi in questo campione ha conseguito almeno un diploma di scuola media superiore. 15 soggetti (corrispondenti al 29%) riferiscono lo status di disoccupato al momento dell'assessment.

Compatibilmente con le attese, gli adulti clinici presentano, al confronto con i controlli non clinici, punteggi minori relativamente al loro grado di soddisfazione in tutte le aree di funzionamento prese in esame (lavoro, amici, tempo libero, famiglia, soddisfazione generale di sé), seppure soltanto rispetto alla soddisfazione generale il contrasto rimanga significativo al controllo per le differenze nella distribuzione tra i sessi ($F_{1,210}=155.975$, $p=0.05$; Sesso: $F_{1,210}=13.640$, $p>0.05$; Interazione: $F_{1,210}=0.404$, $p>0.05$).

GLI STRUMENTI

LA "SYMPTOM CHECK LIST-90-REVISED" (SCL-90-R)

Negli anni Sessanta, Derogatis e Lipman idearono una scala di misura dello stato psicopatologico: la Hopkins Symptom Check List (HSCL). Essa comprendeva 56 item aventi come contenuto sintomi di disagio psichico clinicamente rilevanti. In seguito al perfezionamento statistico di tale strumento di valutazione a livello sia dell'attendibilità che della validità, nel 1973, ne venne elaborata una nuova versione composto da 90 item: la

³⁹ Il numero totale delle diagnosi supera il numero di soggetti inclusi nel campione per la possibilità di diagnosi multiple.

Symptom Check List-90 (SCL-90; Derogatis, Lipman e Covi, 1973). Si trattava di una delle pochissime scale esistenti per l'auto-valutazione della psicopatologia generale, finalizzata a misurare i disturbi sintomatici psichici sia di pazienti psichiatrici che di soggetti non clinici.

Secondo l'autore, lo strumento si prefigge quattro scopi principali:

- individuare la presenza di manifestazioni sintomatologiche di pertinenza psichiatrica in soggetti apparentemente normali;
- valutare eventuali cambiamenti nel tempo della sintomatologia, sia specifici che generali;
- costituire la base per previsioni prognostiche e cliniche;
- aiutare il clinico nella formulazione della diagnosi in accordo con i criteri DSM attraverso un'accurata analisi del profilo fattoriale del soggetto.

Tale strumento è ancora oggi molto utilizzato sia per fini diagnostici che di screening, in quanto è caratterizzato da una certa affidabilità e da una notevole economicità. Esso si rivolge in particolare a soggetti di età non inferiore ai 13 anni; dello strumento esiste anche una versione rivisitata e aggiornata, la SCL-90-R (Derogatis, 1983; adattamento italiano disponibile in Conti, 2001), che è stata impiegata in questa ricerca.

La SCL-90-R è costituita da 90 item che al soggetto è richiesto di valutare servendosi di una scala Likert a 5 punti da 0 ("per niente") a 4 ("moltissimo"). Gli item riflettono il distress psicopatologico in termini di 9 dimensioni di sintomi, che forniscono informazioni rilevanti circa l'attuale stato clinico del soggetto. Per ottenere dati il più possibile attendibili, gli individui sottoposti al test sono invitati a rispondere a ciascuna domanda indicando il grado in cui sono stati disturbati da ogni sintomo riferendosi all'ultima settimana⁴⁰ compreso il giorno di compilazione del questionario. La scelta di ricorrere ad un *frame* temporale molto ristretto

⁴⁰ Esistono tuttavia diverse versioni dello strumento che valutano il disagio psichico anche in intervalli temporali più ampi seppure generalmente non vengano superate le due settimane.

(ultima settimana) è funzionale ad evitare distorsioni determinate da errori di memoria o dalle naturali fluttuazioni nell'andamento dei sintomi.

Lo strumento permette di ottenere una valutazione per ciascuno dei seguenti cluster sintomatologici:

- **SOM** (somatizzazione), costituita da 12 item (1,4,12,27,40,42,48,49,52,53,56,58). Questa sottoscala riflette il disagio derivante da una percezione soggettiva di disfunzioni corporee. Essa comprende disturbi e disagi fisici riguardanti il sistema gastrointestinale, cardiovascolare, osteo-arto-muscolare e respiratorio. Sono inoltre inclusi mal di testa, dolori e disagi localizzati nei muscoli maggiori e altri equivalenti somatici dell'ansia. Questi sintomi rappresentano la spia di uno stato di disagio e di sofferenza del soggetto.
- **O-C** (ossessività-compulsività), costituita da 10 item (3,9,10,26,38,45,46,51,55,65). Essa riflette i sintomi che sono largamente identificati con la sindrome clinica che riporta lo stesso nome. Questa dimensione è centrata su pensieri, impulsi e azioni che sono sperimentate come incoercibili e irresistibili dall'individuo e di natura egodistonica. Sono inoltre inclusi item relativi ad una più generale difficoltà sul piano cognitivo (Item 9: "Difficoltà a ricordare le cose"; Item 46: "Difficoltà a prendere decisioni").
- **IS** (sensibilità nei rapporti interpersonali), comprende 9 item (6,21,34,36,37,41,61,69,73). Questa dimensione focalizza su sentimenti di inadeguatezza personale, inettitudine e inferiorità rispetto ad altre persone. Auto-svalutazione, sentimenti di disagio nelle interazioni interpersonali ne sono manifestazioni caratteristiche come anche aspettative negative riguardo alle relazioni interpersonali.

- **DEP** (depressione), comprende 13 item (5,14,15,20,22,26,29,30,31,32,54,71,79). Essa riflette sintomi di un'ampia serie di manifestazioni della depressione clinica. Sintomi di umore disforico sono rappresentati così come perdita di interesse nella vita, mancanza di motivazione e perdita dell'energia vitale, sentimenti di mancanza di speranza, pensieri suicidari e altri correlati cognitivi e somatici della sindrome.
- **ANX** (ansia), comprende 10 items (2,17,23,33,39,57,72,78,80,86). Sono inclusi indicatori generali come tensione, nervosismo e incapacità di rilassarsi, manifestazioni cognitive che implicano sentimenti di apprensione, timore e manifestazioni somatiche legate all'ansia. Sono inoltre contemplati l'ansia libera fluttuante e gli attacchi di panico.
- **HOS** (ostilità), comprende 6 item (11,24,63,67,74,81). Essa riflette pensieri, sentimenti o azioni caratteristici del sentimento di rabbia. Gli item sono rappresentativi delle tre modalità di manifestazione della rabbia e riflettono aggressività, irritabilità, risentimento.
- **PHOB** (ansia fobica), comprende 7 item (13,25,47,50,70,75,82). Questa dimensione viene definita come una risposta persistente di paura ad una specifica persona, luogo, oggetto o situazione; tale risposta si caratterizza per l'essere riconosciuta come irrazionale dal soggetto che la sperimenta e sproporzionata rispetto allo stimolo che la elicit e si concretizza in reazioni di evitamento e fuga.
- **PAR** (ideazione paranoide), comprende 6 item (8,18,43,68,76,83). Questa dimensione rappresenta il comportamento paranoide come modalità patologica di pensiero. Le caratteristiche principali sono ostilità, sospettosità, grandiosità, paura di perdere l'autonomia e deliri.
- **PSY** (psicoticismo), comprende 10 item (7,16,35,62,77,84,85,87,88,90). Questa sottoscala è stata concepita come una dimensione continua. Gli item si riferiscono a

ritiro e stile di vita schizoide come anche a sintomi di primo rango della schizofrenia come allucinazioni e trasmissione del pensiero. Questa scala fornisce quindi un continuum graduato che oscilla da manifestazioni moderate di alienazione interpersonale a manifestazioni di franchi disturbi psicotici.

A queste nove sottoscale sintomatologiche si aggiunge un'altra sottoscala costituita da 7 item, indicativa di "altri disturbi" che non rientrano nella precedente classificazione: si tratta di sintomi variegati che rimandano, tra gli altri, a disturbi del sonno e dell'alimentazione.

La versione revised di SCL-90, molto simile alla sua versione originale, fornisce in aggiunta tre scale supplementari che costituiscono tre indicatori generali della presenza di sintomi psicopatologici e di malessere psicofisico: il GSI (*Global Severity Index*, corrispondente alla somma del punteggio fornito ai 90 item divisa per il numero di item al netto dei missing); il PST (*Positive Symptom Total*, corrispondente al numero degli item cui il soggetto ha fornito una risposta diversa da 0); il PSDI (*Positive Symptom Distress Index*, corrispondente alla somma del punteggio ottenuto ai 90 item divisa per il PST).

Per quanto l'intento dello strumento sia quello di offrire indici di disagio riconducibili a distinti quadri psicopatologici, studi condotti sulla versione *revised* di SCL-90 hanno messo in evidenza un'unica dimensione latente rappresentata da un indice generale di disagio psichico (Hessel et al., 2001; Bonyng, 1993; Brophy, Norvell & Kiluk, 1988; Clark & Friedman, 1983; Holi, Sammallahti & Aalberg, 1998; Rauter, Leonhard & Swett, 1996; Steer, Clark & Ranieri, 1994; Zack, Toneatto & Streiner, 1998). Di recente, evidenze empiriche a sostegno di queste osservazioni sono state ottenute anche per la versione italiana di SCL-90-R⁴¹ somministrata ad un ampio campione di giovani adulti (Calvo & Battistella, 2005). Questi dati sono ulteriormente supportati dal rilievo di alti indici di correlazione tra i punteggi delle nove sottoscale sintomatologiche; sulla base di queste evidenze, alcuni autori hanno sostenuto

⁴¹ Si tratta, in particolare, della stessa versione utilizzata nel presente studio e reperibile in Conti (a cura di), 2001.

l'illegittimità dell'uso clinico dei punteggi relativi ai nove raggruppamenti sintomatologici e che quindi, gli unici indici attendibili siano da considerarsi il GSI, il PST e il PSDI.

Alcune evidenze empiriche della presenza di indicatori soddisfacenti di validità convergente e discriminante di alcune delle sottoscale dello strumento contribuiscono tuttavia a legittimare anche l'utilizzo dei punteggi relativi ai nove raggruppamenti sintomatologici (Calvo & Battistella, 2005).

Nel presente studio, la versione italiana di SCL-90-R ha mostrato buona consistenza interna con valori di alpha (elencati in Tab. III) che appaiono del tutto in linea con altre ricerche condotte anche su ampi campioni di adolescenti italiani (Miotto et al., 2003; Hessel et al., 2001).

Tabella III. Consistenza interna delle sottoscale di SCL-90-R rilevate nella presente ricerca (N=745)

SOTTOSCALE	NUMERO ITEM	CONSISTENZA INTERNA (Alpha di Cronbach)
SOMATIZZAZIONE (SOM)	12	0.827
OSSESSIVITA'- COMPULSIVITA'	10	0.804
SENSIBILITA' INTERPERS. (IS)	9	0.827
DEPRESSIONE (DEP)	13	0.857
ANSIA (ANX)	10	0.826
OSTILITA' (HOS)	6	0.800
ANSIA FOBICA (PHOB)	7	0.727
IDEAZIONE PARANOIDE (PAR)	6	0.746
PSICOTICISMO (PSY)	10	0.787
ALTRI DISTURBI (AL)	7	0.616
Totale	90	0.965

Inoltre, allo scopo di ottenere ulteriori dati di supporto all'adeguatezza della versione della scala da noi utilizzata, è parso opportuno valutare la presenza di differenze di genere nei punteggi medi di SCL-90-R; a tale scopo sono stati eseguiti, per ciascuna sottoscala e per il punteggio globale, t di Student per campioni indipendenti i cui risultati sono riportati in Tab. IV.

Tabella IV. Statistiche descrittive e significatività della differenza dei punteggi medi SCL-90-R tra maschi e femmine

SOTTOSCALE	SESSO	N	PUNTEGGIO MEDIO	DEVIAZIONE STD.	P VALUE
Somatizzazione	Maschi	436	8.25	6.71	< 0.001
	Femmine	272	11.94	8.39	
Ossessività-Compulsività	Maschi	422	10.63	7.15	< 0.001
	Femmine	274	12.99	6.82	
Sensibilità interpersonale	Maschi	431	7.74	6.23	< 0.001
	Femmine	272	10.58	6.45	
Depressione	Maschi	425	9.81	7.84	< 0.001
	Femmine	267	15.90	9.16	
Ansia	Maschi	431	6.79	5.96	< 0.001
	Femmine	275	10.65	7.01	
Ostilità e rabbia	Maschi	432	7.02	5.49	NS
	Femmine	274	7.17	5.29	
Ansia fobica	Maschi	440	2.45	3.48	NS
	Femmine	276	2.85	3.81	
Ideazione Paranoide	Maschi	430	6.86	4.63	< 0.001
	Femmine	277	8.73	4.75	
Psicoticismo	Maschi	434	6.35	6.22	< 0.05
	Femmine	267	7.61	6.20	
Altri disturbi	Maschi	440	6.00	4.42	< 0.001
	Femmine	275	7.82	4.70	
GSI	Maschi	454	0.81	0.54	< 0.001
	Femmine	278	1.07	0.56	
PST	Maschi	453	39.11	19.00	< 0.001
	Femmine	278	48.72	13.31	
PSDI	Maschi	453	1.74	0.51	< 0.001
	Femmine	278	1.88	0.50	

I risultati evidenziano, da parte delle femmine, punteggi significativamente maggiori dei maschi in tutte le sottoscale con la sola eccezione di “Ostilità e rabbia” e “Ansia Fobica” e replicano quanto emerso da altri studi condotti su ampi campioni *school-based* di adolescenti italiani (Miotto et al., 2003).

Globalmente, le femmine mostrano, anche rispetto ai punteggi delle scale globali, un maggiore grado di disagio psicopatologico rispetto ai maschi (GSI), tendono a riconoscersi, a prescindere dalla valutazione della gravità, in un numero maggiore di sintomi (PST) che valutano, mediamente, come più gravi e disturbanti rispetto ai maschi (PSDI).

CAPITOLO 7.

RISULTATI

REM-71 ha mostrato di essere uno strumento ben accettato sia nella popolazione adolescenziale che nel campione di adulti clinici e non clinici e, a livello qualitativo, non sono emersi elementi di rilievo dai feedback forniti dai soggetti coinvolti nella ricerca.

La nuova modalità di risposta si è mostrata particolarmente efficace in quanto ha garantito un range di risposta più equamente distribuito su tutta la scala.

Dei 1319 protocolli REM-71 raccolti, 1031 (corrispondenti al 78%) risultano completi in tutte le risposte ai 71 item. La distribuzione per genere dei soggetti che non hanno restituito il protocollo interamente compilato risulta sbilanciata a favore dei maschi (χ^2 corretto per la continuità=40.420, $g=1$, $p<0.001$).

CONSISTENZA INTERNA DI REM-71

Relativamente alla consistenza interna delle singole sottoscale, valutata mediante la statistica alpha di Cronbach⁴² (Tab. V), 3 sottoscale hanno mostrato valori di alpha inferiori a 0.40 (aggressione passiva, sublimazione e diniego), 12 scale valori di alpha compresi tra 0.40 e 0.60 (scissione, spostamento, dissociazione, fantasia, onnipotenza, rimozione, annullamento retroattivo, somatizzazione, idealizzazione, intellettualizzazione, formazione reattiva e repressione), mentre le restanti 6 hanno mostrato valori superiori a 0.60 (acting out, proiezione, conversione, ritiro, altruismo, humour).

⁴² Come è possibile notare dal numero dei soggetti, per il computo della statistica alpha di Cronbach sono stati utilizzati i dati relativi al campione di adolescenti e a quello di adulti sia clinici che non clinici.

Per nessuna delle sottoscale di REM-71 la rimozione di un item determinava incrementi significativi della consistenza interna con la sola eccezione di diniego e repressione.

Per quanto riguarda il diniego, l'eliminazione dell'item 27 ("Spesso cose che preoccupano o spaventano altre persone non mi fanno nessun effetto") comporta un incremento dell'alpha di Cronbach da 0.33 a 0.47; rispetto alla repressione, l'eliminazione dell'item 34 ("Gestisco i problemi mantenendo la calma") comporta un incremento dell'alpha di Cronbach da 0.51 a 0.76⁴³.

I valori di alpha per ciascuna sottoscala e le correlazioni medie item-totale sono presentate in Tab. V.

Tabella V. Consistenza interna delle sottoscale di REM-71

Difese	Numero soggetti	Numero item	α di Cronbach	Item-total correlation	Item deleted	α if item deleted
Acting out	1271	3	0.61	0.35		
Scissione	1277	3	0.41	0.19		
Spostamento	1276	3	0.49	0.25		
Dissociazione	1278	3	0.46	0.22		
Fantasia	1277	3	0.57	0.31		
Onnipotenza	1271	3	0.46	0.22		
Aggressione pass.	1279	3	0.36	0.15		
Proiezione	1278	3	0.65	0.38		
Rimozione	1284	3	0.46	0.22		
Annullamento	1280	3	0.47	0.23		
Sublimazione	1285	3	0.32	0.13		
Conversione	1285	3	0.64	0.40		
Somatizzazione	1280	3	0.55	0.29		
Ritiro	1275	3	0.79	0.55		
Altruismo	1270	4	0.82	0.54		
Diniego	1275	3	0.33	0.14	27	0.47
Humour	1273	4	0.64	0.31		
Idealizzazione	1274	3	0.60	0.34		
Intellettualizzaz.	1272	4	0.54	0.22		
Formazione reattiva	1278	3	0.48	0.23		
Repressione	1279	3	0.51	0.25	34	0.76

Seppure, in termini puramente psicometrici, i risultati della consistenza interna di REM-71 non possano considerarsi, almeno per i due terzi delle singole sottoscale, pienamente soddisfacenti, essi rappresentano uno standard assai elevato nell'ambito degli strumenti autosomministrati per l'assessment delle difese.

A tale proposito, in tab. VI viene proposta un'analisi comparativa della consistenza interna della versione italiana preliminare di REM-71 (Prunas et al., *submitted*), della versione originale di REM-71 (Steiner et al., 2001) e di alcune versioni italiane di DSQ: quella a 88 item (San Martini et al., 2004) e quella a 40 item (Farma et al., 2000).

Tabella VI. Tavola sinottica della composizione e della consistenza interna dei singoli meccanismi di difesa nelle due versioni di REM-71 (inglese e italiano) e di due versioni italiane di DSQ.

Difese	REM-71			DSQ-88	DSQ-40
	Steiner et al., 2001	Prunas et al., submitted	Studio attuale	San Martini et al., 2004	Farma et al., 2000
Acting out	0.63 (3)	0.56 (3)	0.61 (3)	0.69 (5)	0.50 (2)
Scissione	0.41 (3)	0.38 (3)	0.41 (3)	0.48 (3)	0.13 (2)
Spostamento ^o	0.53 (3)	0.42 (3)	0.49 (3)		-0.08 (2)
Dissociazione	0.49 (3)	0.40 (3)	0.46 (3)		0.20 (2)
Fantasia ^o	0.55 (3)	0.50 (3)	0.57 (3)	- (1)	0.78 (2)
Onnipotenza ^o	0.48 (3)	0.38 (3)	0.46 (3)	0.71 (6)	
Aggressione pass. ^o	0.36 (3)	0.29 (3)	0.36 (3)	0.32 (5)	0.29 (2)
Proiezione	0.75 (3)	0.58 (3)	0.65 (3)	0.68 (9)	0.46 (2)
Rimozione ^o	0.46 (3)	0.40 (3)	0.46 (3)		
Annullamento ^o	0.45 (3)	0.36 (3)	0.47 (3)	0.36 (3)	0.18 (2)
Sublimazione	0.44 (3)	0.29 (3)	0.32 (3)	- (1)	0.10 (2)
Conversione	0.58 (3)	0.65 (3)	0.64 (3)		
Somatizzazione	0.63 (3)	0.57 (3)	0.55 (3)	0.46 (2)	0.33 (2)
Ritiro	0.78 (3)	0.74 (3)	0.79 (3)	0.61 (3)	
Altruismo ^o	0.85 (4)	0.72 (4)	0.82 (4)		
Diniego	0.42 (3)	0.37 (3)	0.33* (3)	0.27 (4)	0.30 (2)
Humour	0.73 (4)	0.58 (4)	0.64 (4)	0.54 (3)	0.54 (2)
Idealizzazione	0.68 (3)	0.58 (3)	0.60 (3)		
Intellettualizzazione ^o	0.62 (4)	0.49 (4)	0.54 (4)		
Formazione reattiva	0.42 (3)	0.27 (3)	0.48 (3)	0.57 (5)	0.36 (2)
Repressione ^o	0.56 (3)	0.42 (3)	0.51** (3)	0.26 (2)	0.33 (2)
Isolamento				0.41 (4)	0.50 (2)
Affiliazione				0.32 (2)	
Anticipazione				0.34 (2)	0.17 (2)
Consumption				0.16 (3)	
Idealizz. primitiva				0.43 (2)	0.33 (2)
Identif. proiettiva				- (1)	
Inibizione				0.67 (5)	
Pseudo-altruismo				- (1)	0.33 (2)
Ipocondriasi				0.66 (3)	
Orientam. compito				0.59 (2)	
Regressione				0.43 (2)	
Svalutazione					0.03 (2)
Razionalizzazione					0.28 (2)
Alpha Medio	0.56	0.47	0.53***	0.47	0.30

^o Gli item appartenenti a queste difese hanno subito modifiche rispetto al primo adattamento italiano a seguito dello studio di Prunas et al., (*submitted*). Non sono pertanto del tutto comparabili alla versione di REM-71 utilizzata nella presente ricerca. *0.47 eliminando l'item 27 ** 0.76 eliminando l'item 34, *** 0.55 considerando la versione a due item del diniego e della repressione.

⁴³ Tale item risultava altamente problematico anche nello studio preliminare (Prunas et al., *submitted*).

Relativamente ai tre meccanismi difensivi caratterizzati da un valore di alpha di Cronbach inferiore a 0.40⁴⁴ (aggressione passiva, diniego e sublimazione), i cui item corrispondenti sono elencati in tabella VII, sono possibili alcune considerazioni.

Tabella VII. Item che compongono le tre sottoscale di REM-71 caratterizzate da scarsa consistenza interna

Difesa	Item	
Aggressione passiva	Item 8	“Se qualcuno è sleale con me, potrei non fare ciò che gli avevo promesso”
	Item 19	“Spesso accetto degli incarichi ma poi, per un motivo o per l’altro, finisco per non trovare il tempo di portarli a termine”
	Item 63	“Se proprio non posso fare a meno di eseguire un ordine, solitamente lo eseguo molto lentamente”
Sublimazione	Item 13	“Mi piace scrivere racconti o poesie quando sono appena uscito da una situazione veramente difficile”
	Item 44	“Quando qualcosa mi disturba, trovo qualcosa di creativo da fare”
	Item 53	“Mi piace ascoltare musica che si adatti al mio umore”
Diniego	Item 6	“Quando sono turbato mi dico che in realtà tutto va bene”
	Item 27	“Spesso cose che preoccupano o spaventano altre persone non mi fanno nessun effetto”
	Item 40	“Quando le cose si fanno davvero difficili, mi dico che in realtà la situazione non è poi così grave”

Aggressione passiva

L’analisi dei pattern di correlazione (r di Pearson) tra gli item che compongono questa scala suggerisce una più stretta associazione tra i punteggi forniti alle domanda 19 e 63 rispetto alle altre possibili relazioni tra gli item. Plausibilmente questo fenomeno è riconducibile al fatto che entrambi gli item rimandano a contesti relazionali connotati in termini gerarchici e caratterizzati da rapporti di dipendenza e subordinazione (come è possibile intuire dall’uso dei termini “incarico” e “ordine”).

	Item 8	Item 19	Item 63
Item 8	1.000		
Item 19	0.109	1.000	
Item63	0.147	0.215	1.000

⁴⁴ Come si ricorderà, questo valore è stato posto dagli autori della versione originale di REM-71 (Steiner et al., 2001), quale soglia minima di consistenza interna per i singoli meccanismi di difesa.

Assume inoltre notevole rilievo l'osservazione secondo cui l'aggressione passiva sia l'unico meccanismo difensivo tra quelli valutati congiuntamente da REM-71 e DSQ a presentare, in tutte le versioni degli strumenti disponibili in lingua italiana (Tab. VI), valori di alpha di Cronbach inferiori a 0.40, anche nei casi in cui il numero degli item utilizzati per la sua misurazione sia maggiore di 3 (si veda, ad esempio, la versione a 88 item di DSQ di San Martini e coll., 2004); a ciò è necessario aggiungere che anche nello studio di validazione della versione inglese di REM (Steiner et al., 2001), l'aggressione passiva è risultata l'unico meccanismo difensivo a mostrare una consistenza interna inferiore a 0.40.

Questi rilievi lasciano presupporre una difficoltà intrinseca di questo meccanismo difensivo nell'essere operazionalizzato oppure la difficoltà, da parte dei ricercatori, di passare dalla definizione operativa all'elaborazione di un elenco di item coerenti con essa e sufficientemente omogenei tra di loro.

Sublimazione

Per quanto concerne il meccanismo della sublimazione, analizzando i pattern di correlazione tra gli item, sembra emergere un quadro piuttosto omogeneo (si veda tabella seguente) senza specifiche configurazioni.

	Item 13	Item 44	Item 53
Item 13	1.000		
Item 44	0.145	1.000	
Item 53	0.156	0.099	1.000

Plausibilmente, le ragioni alla base della scarsa consistenza interna di questo meccanismo difensivo vanno ricercate nella composizione del nostro campione; lo studio di validazione della versione originale dello strumento poteva infatti contare su un gruppo di adulti ben più numeroso di quello utilizzato nel presente studio. E' plausibile che il meccanismo della sublimazione, considerata la sua maturità e la sua tarda acquisizione nel corso dello sviluppo (Vaillant, 1977), possa mostrare una maggiore consistenza interna incrementando la

numerosità del campione di adulti italiani. Un dato preliminare a supporto di questa ipotesi si ottiene semplicemente calcolando il valore di alpha sul solo sottogruppo di soggetti adulti clinici e non clinici (N=233): in questo caso, si ottiene infatti un valore pari a 0.41.

Diniego

Relativamente al diniego, l'analisi delle correlazioni inter-item (tabella seguente) suggerisce una consistente associazione tra gli item 6 e 40 a scapito dell'item 27. L'eliminazione di questo item determina infatti un consistente incremento della consistenza interna della scala. Le ragioni di questo dato vanno plausibilmente ricercate nel fatto che la scala diniego è, per volontà stessa degli autori, una scala eterogenea. Essa viene infatti denominata nel manuale di REM-71 "Diniego (isolamento dell'affetto)" lasciando intendere l'intento di combinare la misura di due meccanismi difensivi che appaiono contigui seppure, in alcune tra le più accreditate classificazioni delle difese disponibili in letteratura, essi vengano concepiti come distinti e non sovrapponibili (si veda ad esempio la DMRS di Perry in Lingiardi, Madeddu, 2002).

	Item 6	Item 27	Item 40
Item 6	1.000		
Item 27	0.031	1.000	
Item 40	0.305	0.103	1.000

L'item 27 sembrerebbe infatti riflettere maggiormente l'utilizzo dell'isolamento dell'affetto piuttosto che del diniego.

Più in generale, come è possibile osservare in tab. VI, il valore medio di alpha di Cronbach della versione italiana attuale di REM-71 non è dissimile da quello della versione originale, seppure il numero di sottoscale con consistenza interna inferiore a 0.40 sia, nella versione italiana, maggiore (3 vs 1).

Inoltre, rispetto alla versione italiana preliminare (Prunas et al., *submitted*), si è osservato un incremento della consistenza interna (seppure non sempre statisticamente significativo) per tutte le scale i cui item avevano subito modifiche nella formulazione.

Infine, al confronto tra la versione italiana a 88 item di DSQ (San Martini et al., 2004) e l'attuale versione di REM-71, è possibile rilevare un valore medio di alpha inferiore e sette sottoscale che presentano valori di alpha inferiori a 0.40 cui si devono aggiungere tre scale costituite da un solo item per le quali la consistenza interna non può essere valutata; un discorso analogo può essere esteso anche alla versione di DSQ a 40 item (Farma & Cortinovis, 2001) la cui consistenza interna media è decisamente insufficiente.

Globalmente, i dati relativi alla consistenza interna confermano le proprietà psicometriche soddisfacenti di REM-71 con risultati che appaiono altamente sovrapponibili a quelli rilevati nello studio originale di validazione e di standard elevato rispetto a strumenti analoghi derivati dalla tradizione del Defense Style Questionnaire (DSQ).

Alla luce dei rilievi emersi dall'analisi della consistenza interna, da questo momento gli item 27 e 34 verranno esclusi (salvo diverse indicazioni) dalle successive elaborazioni; pertanto, la versione di REM-71 oggetto delle ulteriori analisi sarà composta da 69 item e da due sole scale (diniego e repressione) composte da due item.

STRUTTURA FATTORIALE

Un ulteriore obiettivo di questo studio è rappresentato dall'analisi della struttura fattoriale della versione italiana di REM-71, anche alla luce della considerazione che la struttura latente di REM non era stata indagata nel precedente contributo (Prunas et al., *submitted*).

A tale scopo, ci si è serviti di una metodologia analoga a quella utilizzata dagli autori della versione originale dello strumento. Si è infatti utilizzato il metodo delle componenti principali

con rotazione varimax e normalizzazione di Kaiser allo scopo di massimizzare la varianza spiegata da ciascun fattore estratto.

Il numero di fattori da estrarre è stato valutato attraverso l'utilizzo dello scree-test di Cattell.

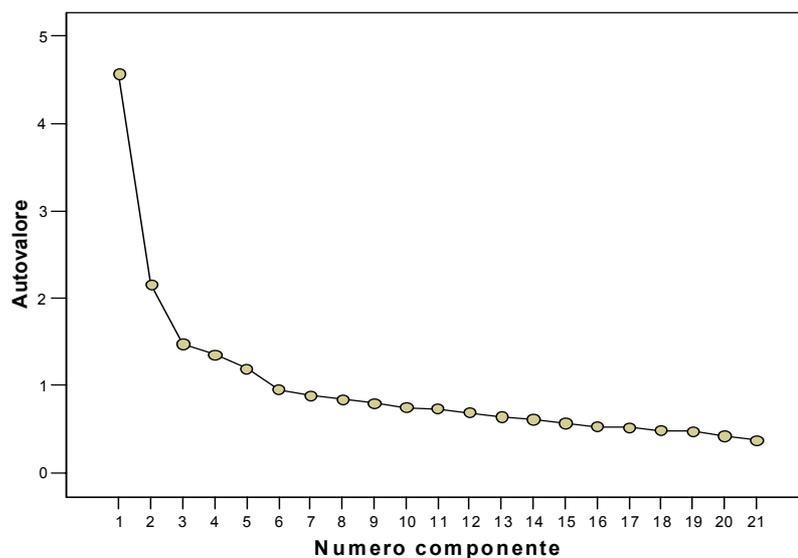
L'indice di Kaiser di adeguatezza della massa campionaria ha dimostrato la presenza di un numero sufficiente di protocolli raccolti.

L'indagine sulla struttura fattoriale di REM è stata compiuta esclusivamente sulla base dei dati relativi al campione di adolescenti. Si è infatti considerato che gli adulti costituissero un campione troppo ristretto di soggetti (corrispondente al circa il 15% degli adolescenti) e non sufficiente per permettere un'adeguata valutazione dell'effetto dell'età sulla struttura fattoriale (come alcuni contributi sembrano suggerire).

E' attualmente in corso il reclutamento di nuovi volontari adulti che, attraverso l'aumento della massa campionaria, permetteranno il confronto della struttura latente di REM in varie fasi del ciclo di vita.

Lo scree test di Cattell è riportato nel grafico seguente.

Grafico decrescente degli autovalori



Come è possibile osservare, la soluzione fattoriale suggerita include tre fattori. I carichi di ciascun meccanismo difensivo su ciascuno dei tre fattori estratti, come risultati a seguito della rotazione Varimax, sono riportati in tabella VIII.

Tabella VIII. Carichi fattoriali della soluzione trifattoriale

	Componente		
	1	2	3
Acting out	0.707	-0.099	-0.093
Proiezione	0.697	0.113	-0.051
Dissociazione	0.668	0.086	0.232
Spostamento	0.667	0.029	-0.231
Rimozione	0.522	0.250	-0.003
Aggressione passiva	0.517	0.240	-0.160
Ritiro	0.493	-0.024	0.218
Annullamento retroattivo	0.466	0.297	<u>0.339</u>
Somatizzazione	0.465	-0.041	<u>0.341</u>
Fantasia	0.461	0.243	0.254
Scissione	0.449	0.012	-0.082
Conversione	0.382	0.072	0.110
Diniego (2 item)	0.112	0.726	-0.018
Humour	0.064	0.591	0.071
Intellettualizzazione	-0.287	0.558	0.189
Repressione (2 item)	0.269	0.543	-0.014
Formazione reattiva	0.032	0.511	<u>0.397</u>
Onnipotenza	<u>0.412</u>	0.430	-0.071
Altruismo	-0.103	-0.079	0.744
Sublimazione	0.280	0.121	0.584
Idealizzazione	-0.109	0.132	0.476

Nella valutazione dei carichi fattoriali, si è stabilito di fare riferimento alle stesse linee guida utilizzate dagli autori della versione originale dello strumento (Steiner et al., 2001). Infatti:

- sono stati presi in considerazione i soli carichi fattoriali positivi;
- sono stati considerati significativi i soli carichi superiori a 0.35;
- in presenza di carichi fattoriali multipli, è stato considerato il solo carico principale qualora la differenza rispetto ai carichi secondari fosse, in valore assoluto, almeno pari a 0.20.

Il primo fattore estratto include dodici difese: acting out, proiezione, spostamento, dissociazione, ritiro, rimozione, aggressione passiva, somatizzazione, scissione, fantasia, annullamento retroattivo e conversione. Tra queste difese, l'annullamento retroattivo e la somatizzazione presentano un carico secondario sul terzo fattore che tuttavia non raggiunge il valore-soglia di 0.35. Il primo fattore è risultato spiegare il 21.75% della varianza totale con un valore di alpha decisamente elevato e pari a 0.87 (36 item).

Le difese che mostrano carichi significativi su questo fattore tendono a caratterizzarsi per una drastica distorsione della realtà (proiezione) o per una significativa compromissione del funzionamento individuale (fantasia, ritiro, dissociazione, somatizzazione, conversione) e relazionale (acting out, aggressione passiva). Alla luce di queste considerazioni, tale fattore può essere identificato come "immaturo".

Il secondo fattore include sei meccanismi di difesa: diniego, intellettualizzazione, humour, repressione, formazione reattiva e onnipotenza. Tra questi, la formazione reattiva presenta un carico secondario significativo sul terzo fattore mentre l'onnipotenza mostra un carico secondario (quasi equivalente al carico principale) sul primo fattore. Si tratta di meccanismi difensivi caratterizzati dal tentativo di negare o dimenticare idee o sentimenti intollerabili (diniego, rimozione), minimizzarne la portata emotiva (intellettualizzazione, humour) o trasformarli nel contrario (formazione reattiva). A tale fattore ci si riferirà con il termine di "difese intermedie". Esso spiega il 10.27% della varianza totale e ha una consistenza interna pari a 0.74.

Infine, il terzo fattore include tre difese "mature": altruismo, sublimazione e idealizzazione. Tali difese si caratterizzano per la possibilità di garantire all'individuo un funzionamento adattivo e maturo che non altera drasticamente la realtà e, al tempo stesso, garantisce il pieno soddisfacimento dei propri bisogni. Esso spiega il 7.02% della varianza totale, con una consistenza interna pari a 0.69.

La struttura trifattoriale rilevata nel presente studio differisce soltanto marginalmente rispetto a quella individuata nello studio di validazione della versione originale dello strumento (Steiner et al., 2001): l'annullamento retroattivo compariva infatti nel fattore intermedio seppure presentasse carichi fattoriali pressochè identici su tutti e tre i fattori, mentre la formazione reattiva presentava il carico maggiore sul terzo fattore.

Il rilievo di una struttura trifattoriale che spiega le relazioni esistenti tra i vari meccanismi di difesa ha evidenti sovrapposizioni con altri studi condotti, attraverso il ricorso alle varie versioni di DSQ, su campioni eterogenei di adulti e adolescenti estratti dalla popolazione generale (Steiner et al., 1996). Inoltre, la scelta di una soluzione trifattoriale appare del tutto in linea con la maggior parte delle classificazioni più accreditate dei meccanismi difensivi che solitamente rilevano un numero di cluster compreso tra 3 e 7 (Bond, 1995).

Tuttavia, dal punto di vista della tradizione psicoanalitica (incluso anche il contributo autorevole dello stesso Vaillant (1992)), i risultati delle ricerche che hanno tentato una clusterizzazione su base empirica dei meccanismi di difesa presentano alcuni evidenti elementi di incongruenza; anche il presente studio non è esente da alcuni aspetti problematici.

Il termine "immaturo" applicato alle difese assume infatti due diverse accezioni (Cramer, 1991). Nella sua prima accezione, esso si riferisce all'età o allo stadio evolutivo in cui un determinato meccanismo difensivo viene acquisito; in termini teorici, quindi, difese quali la rimozione, lo spostamento, la dissociazione e la somatizzazione sono acquisite in fasi successive rispetto ai meccanismi più primitivi della proiezione, acting out, aggressione passiva, fantasia e scissione (Cramer, 1991). Per tale motivo, ci si aspetterebbe che le difese acquisite in fasi precoci dello sviluppo vengano a saturare un fattore distinto da quelle la cui comparsa si colloca in fasi evolutive successive; tuttavia, come avviene anche nel presente studio, esse tendono spesso a condensarsi su un unico fattore.

Se consideriamo il termine “immaturo” nella sua seconda accezione, ci riferiamo piuttosto all’efficacia delle difese, in termini di salute mentale e adattamento generale, nel fronteggiare lo stressor; da questo punto di vista, le difese incluse nel fattore immaturo risultano tutte accomunate dall’essere strategie similmente inefficaci e disfunzionali.

Un discorso analogo può essere esteso al fattore delle difese mature. Anche in questo caso, in termini puramente teorici, ci si sarebbe dovuto aspettare che tutte le difese ritenute mature sulla base delle teorie psicodinamiche, clusterizzassero sullo stesso fattore in virtù della loro tarda acquisizione nel corso dello sviluppo e della loro efficacia nella risoluzione di conflitti intrapsichici (Cramer, 1991): in tale ottica, sublimazione, repressione, altruismo e humour avrebbero dovuto aggregare sullo stesso fattore come, di fatto, altre ricerche in precedenza hanno suggerito (Andrews et al., 1989; Bond et al., 1983).

Notevole rilievo assume in particolare il caso dell’idealizzazione che nella presente ricerca risulta clusterizzare tra le difese mature e adattive; per quanto essa non sia, nelle classificazioni dei meccanismi difensivi disponibili in letteratura (Perry, 1990), mai annoverata tra i meccanismi maturi, in diversi contributi (Bond et al., 1983; Sammallahti et al., 1995; Muris et al., 2003) essa ha mostrato una collocazione variabile rispetto ai vari stili difensivi⁴⁵ presentando spesso carichi fattoriali consistenti su più di un fattore contemporaneamente. Ad esempio, Muris e coll. (2003) hanno rilevato, in un ampio campione di adolescenti non clinici cui hanno somministrato DSQ, che l’idealizzazione presentava carichi considerevoli sia sul fattore relativo alle difese immature che su quello delle difese nevrotiche. Gli autori hanno ipotizzato che gli item che indagano questo meccanismo difensivo possano riflettere sia una scissione (meccanismo immaturo) che un’identificazione nevrotica nei confronti dei pari; ciò può essere riconducibile all’osservazione, condivisa da altri autori, secondo cui gli adolescenti tendano a non interpretare gli item di DSQ nel modo in cui ci si aspetta facciano (Nasserbakht et al., 1996).

Inoltre, in un recente contributo relativo alla validazione italiana di DSQ-88 (San Martini et al., 2004), la difesa dell'idealizzazione ha mostrato i carichi maggiori proprio sul fattore maturo; a tale proposito, gli autori ipotizzano che, a seconda delle situazioni, l'idealizzazione possa fungere da meccanismo adattivo garantendo l'acquisizione, attraverso l'emulazione, di comportamenti funzionali alla gestione delle situazioni stressanti; inoltre, sempre secondo gli autori, nel contesto culturale italiano, caratterizzato da una forte maggioranza cattolica, alcuni item potrebbero essere percepiti come comportamenti o atteggiamenti comuni e "normali" a differenza di quello che avviene nel contesto statunitense⁴⁶. Per quanto tale argomentazione possa essere in parte estendibile anche ad alcuni item che compongono la scala "idealizzazione" di REM-71, appare legittimo ipotizzare che la sua collocazione nel novero delle difese mature possa riflettere, in un campione adolescenziale come quello studiato nel presente contributo, il suo ruolo protettivo per lo sviluppo sano (Carneiro Leao, 1986). A tale proposito, ulteriori approfondimenti si rendono necessari per la comparazione della struttura fattoriale emersa nel campione di adolescenti con quella rilevabile in un ampio campione di adulti; alcune evidenze suggeriscono infatti che lo stadio dello sviluppo evolutivo possa essere una variabile di grande rilievo nell'incidere sulla struttura fattoriale delle difese. Feldman e coll. (1996), ma anche altri autori quali Nasserbakht e coll. (1996), suggeriscono che un'attenta comparazione delle strutture fattoriali emerse dai punteggi ottenuti (allo stesso strumento autosomministrato) da soggetti di diversa età, possa portare a rilevare diverse strutture latenti tra l'adolescenza e l'età adulta, in particolare per quanto riguarda proprio le difese mature. Alla luce di queste considerazioni, gli autori concludono che uno stesso meccanismo difensivo possa avere significati differenti a seconda della specifica organizzazione difensiva all'interno della quale è inserito. Il valore adattivo o disadattivo di una determinata difesa deve essere dunque sempre inquadrato in una prospettiva evolutiva e

⁴⁵ Nella versione originale di DSQ essa veniva denominata "idealizzazione primitiva".

una difesa “normale” e adattiva in adolescenza può risultare progressivamente più disfunzionale e patologica man mano che l’individuo fa il suo ingresso nell’età adulta (Araujo et al., 1999; Vaillant, 1977; Cramer, 1991).

Degna di nota è anche la collocazione dello humour e della repressione sul fattore delle difese intermedie nonostante essi vengano solitamente classificati come meccanismi di difesa maturi e adattivi. Per entrambe le difese si osservano (Tab. IX) elevati indici di correlazione con la difesa del diniego (pari, rispettivamente, a 0.40 e 0.34). Questo dato lascerebbe intendere che, in adolescenza, humour e repressione possano essere utilizzate in maniera diversa rispetto all’età adulta e possano configurarsi come strategie per negare o minimizzare la situazione conflittuale piuttosto che affrontarla in maniera diretta e adattiva. In effetti, la natura dell’umorismo quale meccanismo difensivo maturo deriva dalla sua capacità di “permettere una certa espressione di affetti e desideri che sono coinvolti in un conflitto o in un fattore di stress; ogni volta che un conflitto o tensioni esterne bloccano la piena espressione degli affetti o la soddisfazione di desideri, l’umorismo permette una certa espressione simbolica di essi e dell’origine del conflitto” (Perry, 1991). Ulteriore supporto a questa interpretazione potrebbe derivare dalle considerazioni di alcuni autori che, riflettendo sullo humour quale strategia di coping, hanno riconosciuto che esso sia da intendersi come un meccanismo per sua natura ambiguo che potrebbe essere utilizzato per sminuire il problema o per allontanarlo temporaneamente dalla consapevolezza piuttosto che affrontarlo in maniera diretta (Steca et al., 2001).

⁴⁶ Si pensi, ad esempio, ad un item come: “Penso sempre che una delle persone che conosco sia un angelo custode”.

Tabella IX. Correlazione tra le sottoscale di REM-71 (N=1090, campione di adolescenti)
 N.B. Vengono riportati solo gli indici di correlazione (r di Pearson) di valore assoluto superiore a 0.20. Tutti i p<0.001

	Acting	Scissione	Spostamento	Dissociaz.	Fantasia	Omnipotenza	Aggressione passiva	Protezione	Rimozione	Annullam. retroattivo	Sublimazione	Conversione	Somatizzaz.	Ritiro	Altruismo	Dimiego	Humour	Idealizzaz.	Intellettual.	Formazione reattiva	Repressione			
Acting	1																							
Scissione	.202	1																						
Spostam.	.508	.224	1																					
Dissoc.	.432		.291	1																				
Fantasia	.200		.212	.344	1																			
Omnipot.		.282	.280		.263	1																		
Aggress.	.352	.211	.368	.307	.235	.279	1																	
Proiez.	.383	.211	.344	.447	.347	.356	.260	1																
Rimoz.	.268	.204	.300	.321	.259	.247	.212	.381	1															
Annull.	.267	.210	.280	.373	.357	.294	.253	.300	.254	1														
Sublim.				.254	.235					.255	1													
Conver.	.201			.349				.340				1												
Somat.	.206		.228	.340	.223			.304		.237	.212	.231	1											
Ritiro	.232	.209	.265	.256	.256			.247	.332	.227	.203		.248	1										
Altruismo											.256				1									
Dimiego						.328	.208			.234						1								
Humour																.404	1							
Idealizz.															.324			1						
Intellett.	-.299															.236				1				
Formaz.				.201	.247				.210	.237							.216		.313					
Repress.					.249	.259	.204			.235	.184					.337	.320		.277			.276		1

La tripartizione delle difese emersa dall'analisi fattoriale di REM-71 mostra inoltre alcuni elementi di convergenza con la classificazione gerarchica delle difese proposta da Vaillant (1977)⁴⁷.

Il primo fattore risulta essere in particolare sovrapponibile a quello delle difese immature individuato da Vaillant e che include proiezione, fantasia, aggressione passiva e ipocondriasi. Secondo Vaillant, tale difese sarebbero caratteristiche dell'adolescenza, mentre il loro uso in età adulta sarebbe associato a franche manifestazioni di carattere psicopatologico. Esse inoltre si distinguono per il fatto di essere comunemente utilizzate per la gestione di conflitti interpersonali (dovuti alla presenza o all'assenza di altri significativi) e sono percepite, da un osservatore esterno, come socialmente inaccettabili, sconvenienti o possono essere identificate chiaramente come comportamenti inappropriati, mentre chi ne fa uso non è generalmente consapevole della loro natura problematica.

Il secondo fattore risulta invece sovrapponibile alle difese "nevrotiche" identificate da Vaillant che però, insieme a intellettualizzazione e formazione reattiva, include anche rimozione, spostamento e dissociazione, meccanismi difensivi che, nel presente studio, vengono ad aggregarsi sul fattore immaturo; inoltre, nella struttura fattoriale emersa in questa ricerca anche l'onnipotenza viene a collocarsi su questo secondo fattore seppure, come già anticipato, essa presenti un carico altrettanto elevato sul primo fattore. I meccanismi di difesa nevrotici, secondo Vaillant, sottostanno alla sintomatologia nevrotica e sono comuni negli individui normali in tutte le fasi del ciclo di vita. Tali meccanismi sono inoltre comunemente utilizzati nella gestione di conflitti acuti; a differenza delle difese immature, tuttavia, essi sono utilizzati in conflitti di natura intrapsichica. Per chi ne fa uso, tali meccanismi possono determinare, a livello conscio, un certo disagio che può motivare a ricercare un intervento specialistico.

⁴⁷ Appare opportuno ricordare tuttavia che la classificazione proposta da Vaillant è *in primis* una classificazione teorica che, solo successivamente, ha trovato supporto empirico nelle ricerche longitudinali condotte dall'autore.

Infine, il terzo fattore mostra aree di sovrapposibilità con le difese mature identificate da Vaillant che però, oltre ad altruismo e sublimazione, vi colloca anche humour, repressione e anticipazione (difesa, quest'ultima, non valutata da REM-71). Tali difese sono comuni nei soggetti sani dall'adolescenza fino alla terza età e possono essere concettualizzate come combinazioni ben articolate delle difese di più basso livello. Per chi ne fa uso, queste difese permettono l'integrazione dei quattro principali domini dell'esperienza umana (coscienza, realtà, relazioni interpersonali e istanze istintuali) che possono talvolta essere in conflitto; per chi li osserva, questi meccanismi appaiono come qualità e virtù e non suggeriscono la necessità di nessun tipo di intervento terapeutico. Inoltre, per quanto possano essere considerati i più prossimi alla coscienza, essi non possono essere attivati attraverso uno sforzo consapevole di volontà e, in presenza di stress, possono convertirsi o essere soppiantati da meccanismi meno maturi.

DIFFERENZE DI GENERE E DI ETÀ NELL'ASSETTO DIFENSIVO

Un ulteriore aspetto che è stato indagato, a partire dai dati ottenuti dalla somministrazione della versione italiana di REM-71, riguarda l'effetto delle variabili genere ed età sull'impiego di specifiche difese o assetti difensivi.

Allo scopo di confrontare tra i due sessi e tra diversi gruppi di età i punteggi relativi alle singole difese e ai tre punteggi fattoriali, è stata utilizzata un'analisi multivariata della varianza secondo un disegno fattoriale 2 (genere: maschi e femmine) x 3 (età: 13-16 anni, 17-20 anni, 21-oltre).

I risultati delle elaborazioni mettono in evidenza la significatività statistica dell'effetto multivariato del genere (Λ di Wilks=0.797, $F_{23,945}=10.442$, $p<0.001$) e dell'età (Λ di Wilks=0.751, $F_{46,1890}=12.609$, $p<0.001$) mentre non risulta significativo l'effetto multivariato della loro interazione (Λ di Wilks=0.944, $F_{46,1890}=1.205$, $p>0.05$).

Relativamente all'età, per le scale i cui valori di F risultassero significativi, le differenze tra i tre gruppi presi in esame sono state approfondite attraverso il ricorso al test di Tuckey.

I risultati relativi all'effetto del genere e dell'età sull'assetto difensivo verranno descritti separatamente e in dettaglio nei paragrafi che seguono.

Differenze legate al genere

In tabella X sono riportati le statistiche descrittive delle singole difese e dei tre fattori per i maschi e per le femmine, i corrispondenti valori di F univariati e il livello di significatività corretto mediante la procedura di Bonferroni per i contrasti multipli ($0.05/24=0.002$).

Tabella X. Statistiche descrittive e significatività delle differenze dei punteggi REM-71 in funzione del genere

Difese	Sesso	N	Punteggi Medi	Deviazione Std.	F _{1,967} , p value
Acting out	Maschi	493	4.51	1.91	0.349, NS
	Femmine	480	4.45	1.82	
Scissione	Maschi	493	5.84	1.53	0.706, NS
	Femmine	480	5.91	1.79	
Spostamento	Maschi	493	4.28	1.91	0.000, NS
	Femmine	480	4.09	1.86	
Dissociazione	Maschi	493	3.67	1.73	8.146, NS
	Femmine	480	4.04	1.77	
Fantasia	Maschi	493	4.54	2.09	2.715, NS
	Femmine	480	4.30	2.06	
Onnipotenza	Maschi	493	5.46	1.49	15.865, < 0.001
	Femmine	480	4.97	1.53	
Aggressione Passiva	Maschi	493	5.30	1.63	12.050, = 0.001
	Femmine	480	4.79	1.52	
Proiezione	Maschi	493	3.18	1.68	0.299, NS
	Femmine	480	3.03	1.71	
Rimozione	Maschi	493	4.36	1.70	10.479, = 0.001
	Femmine	480	4.12	1.81	
Annullamento retroattivo	Maschi	493	4.81	1.61	0.000, NS
	Femmine	480	4.72	1.85	
Sublimazione	Maschi	493	4.74	1.43	20.372, < 0.001
	Femmine	480	5.19	1.54	
Conversione	Maschi	493	1.59	1.20	3.360, NS
	Femmine	480	1.44	1.06	
Somatizzazione	Maschi	493	3.01	1.72	44.563, < 0.001
	Femmine	480	3.98	1.96	

Ritiro	Maschi	493	5.40	2.10	2.274, NS
	Femmine	480	5.77	2.08	
Altruismo	Maschi	493	6.57	1.48	32.507, < 0.001
	Femmine	480	7.31	1.24	
Diniego⁴⁸	Maschi	493	4.93 (4.33)	1.45 (1.78)	34.955 (19.746), < 0.001 (<0.001)
	Femmine	480	4.34 (3.87)	1.51 (1.83)	
Humour	Maschi	493	5.07	1.72	12.647, < 0.001
	Femmine	480	4.73	1.73	
Idealizzazione	Maschi	493	6.14	1.83	4.694, NS
	Femmine	480	6.42	1.71	
Intellettualizzazione	Maschi	493	5.23	1.47	36.138, < 0.001
	Femmine	480	4.58	1.35	
Formazione Reattiva	Maschi	493	4.31	1.60	4.684, NS
	Femmine	480	4.04	1.62	
Repressione	Maschi	493	4.74 (4.23)	1.59 (2.03)	13.008 (2.034), < 0.001 (NS)
	Femmine	480	4.41 (4.08)	1.61 (2.17)	
Fattore I	Maschi	493	4.21	1.00	0.218, NS
	Femmine	480	4.22	1.06	
Fattore II	Maschi	493	4.77	1.02	34.566, < 0.001
	Femmine	480	4.38	0.96	
Fattore III	Maschi	493	5.82	1.12	33.299, < 0.001
	Femmine	480	6.31	0.99	

Nella tabella che segue (Tab. XI) sono invece riportate le statistiche descrittive e i corrispondenti valori di p (t di Student per campioni indipendenti) per gli item neutri e per l'item lie.

Tabella XI. Statistiche descrittive e significatività della differenza dei punteggi medi in funzione del genere delle scale di controllo di REM-71.

	SESSO	N	PUNTEGGI MEDI	DEVIAZIONE STD.	p VALUE
Neutri	Maschi	616	5.41	1.37	< 0.05
	Femmine	424	5.65	1.39	
Lie	Maschi	636	5.11	2.26	< 0.001
	Femmine	428	5.56	2.13	

Come è possibile osservare, sono dieci i meccanismi difensivi sul cui impiego il genere sessuale sembra esercitare un effetto significativo: onnipotenza, aggressione passiva, rimozione, sublimazione, somatizzazione, altruismo, diniego, humour, intellettualizzazione,

repressione.

Per quanto riguarda le difese di fattore I, si tratta dei meccanismi di aggressione passiva, rimozione e somatizzazione; rispetto a tali meccanismi difensivi, le adolescenti femmine ottengono punteggi medi significativamente minori di quelli dei maschi con la sola eccezione della somatizzazione che mostra un trend opposto. Contrariamente alle aspettative ma in analogia con quanto osservato da Steiner e colleghi (2001), per la difesa dell'acting out non sono emerse significative differenze di genere. L'analisi degli item che compongono questa difesa mette tuttavia chiaramente in evidenza una formulazione neutra (come evidente negli item 33: "Faccio spesso le cose senza prima riflettere" e 55: "Spesso perdo il controllo a tal punto che i miei amici devono aiutarmi a calmarmi") che può aver permesso ai maschi di rispondere riferendosi a comportamenti distruttivi e ad agiti aggressivi e alle femmine riferendosi ad attività meno apertamente aggressive o, piuttosto, in cui l'aggressività fosse diretta a sé.

Relativamente alle difese del secondo fattore, per onnipotenza, diniego, intellettualizzazione, repressione, humour si sono registrati punteggi medi maggiori per gli adolescenti maschi; bisogna tuttavia precisare che la repressione mostra un effetto significativo del genere solo nella versione a 3 item.

Infine, per quanto concerne le difese appartenenti al terzo fattore, per sublimazione e altruismo è stato possibile rilevare un significativo effetto della variabile genere sui punteggi medi; in particolare, le adolescenti femmine ottengono punteggi significativamente maggiori di quelli dei maschi.

Quando si considerano infine le differenze tra i generi nei punteggi medi fattoriali, esse raggiungono la significatività statistica sia per il fattore II (maschi>femmine) che per il fattore III (femmine>maschi). Quest'ultimo dato permette di concludere che l'uso delle difese

⁴⁸ Per diniego e repressione verranno riportati i valori medi sia della versione a tre item che della versione a due item (tra parentesi).

intermedie sia appannaggio soprattutto dei soggetti maschi mentre quello delle difese mature delle femmine; pertanto, a parità di utilizzo delle difese più immature e disadattive, si osserva nelle femmine l'uso concomitante di difese più mature e funzionali e nei maschi di difese di livello intermedio.

Infine, maschi e femmine mostrano pattern di risposta alquanto diversi rispetto all'item "lie" e agli item neutri; la presenza di un punteggio medio significativamente più basso nei maschi in entrambe le scale, suggerisce infatti una maggiore propensione alla menzogna e la tendenza ad una maggiore "difensività" di fronte ad affermazioni formulate per essere facilmente condivisibili da chiunque.

I nostri risultati appaiono largamente sovrapponibili alle conclusioni raggiunte da Steiner e coll. (2001) nel loro campione. Si possono, comunque, rilevare delle differenze tra i due studi: nel campione di Steiner, l'annullamento retroattivo, la scissione, la formazione reattiva e l'idealizzazione risultavano significativamente legati al genere femminile; nello stesso campione, lo humor non rivelava differenze di impiego tra maschi e femmine; infine, nello studio di Steiner e colleghi, nessuna differenza è emersa tra maschi e femmine rispetto ai punteggi fattoriali. Tali incongruenze possono trovare spiegazione in una considerazione di carattere metodologico: la soluzione fattoriale utilizzata nello studio di Steiner per valutare le differenze di genere prevedeva infatti solo due fattori.

Più in generale, i risultati emersi nel presente contributo sono in accordo con la letteratura scientifica che ha analizzato le differenze legate al genere nell'assetto difensivo di adulti e adolescenti non clinici (Feldman et al., 1996; Tuulio Henriksson et al., 1997; Holi et al., 1999), seppure sia necessario considerare che i confronti con precedenti ricerche sono resi piuttosto complessi da una serie di fattori di ordine metodologico:

- la variabilità osservabile, tra le varie versioni di DSQ e tra queste e REM-71, nel numero e nella tipologia di meccanismi difensivi valutati;
- la non perfetta sovrapponibilità delle strutture latenti delle varie versioni di DSQ (e tra queste e REM-71), non permette una comparazione diretta dei punteggi fattoriali e degli stili difensivi;
- l'assenza di una letteratura consistente su REM-71 soprattutto in considerazione del fatto che si tratta di uno strumento di recente elaborazione.

Alla luce di queste premesse, i risultati di precedenti ricerche appaiono globalmente in accordo con quanto emerso nel presente contributo.

Ad esempio, Tuulio Henriksson e coll. (1997), attraverso il ricorso alla versione a 72 item di DSQ (Andrews et al., 1989) hanno rilevato, in un campione di tardo adolescenti (15-19 anni), che le femmine facevano un più massiccio ricorso ai meccanismi di difesa nevrotici (che, per quella versione di DSQ, includono altruismo, idealizzazione, formazione reattiva e annullamento retroattivo⁴⁹) rispetto ai maschi; nessuna differenza si è invece osservata per lo stile immaturo e maturo. Tali dati sono stati replicati in un follow up a 5 anni dello stesso campione, a suggerire l'assenza di un effetto significativo legato all'età.

Utilizzando DSQ-40 in un gruppo di adolescenti, Muris e coll. (2003) hanno rilevato nei maschi punteggi maggiori nelle difese mature (che, oltre a humour e repressione, in REM-71 collocati nelle difese intermedie, includevano altri due meccanismi non valutati da REM: anticipazione e affiliazione) e inferiori nelle difese nevrotiche (altruismo e formazione reattiva). Watson e Sinha (1998), utilizzando la stessa versione di DSQ, hanno registrato in un campione di soggetti maschi un utilizzo maggiore nello stile difensivo immaturo di DSQ-40 (proiezione, acting out, scissione, aggressione passiva, fantasia, onnipotenza, diniego,

⁴⁹ Di fatto, analizzando le differenze nei punteggi medi relativi ai singoli meccanismi difensivi raggruppati in questo cluster, solo l'annullamento retroattivo non raggiungeva la significatività statistica.

isolamento, spostamento, dissociazione, somatizzazione, razionalizzazione) rispetto alle femmine.

Non mancano tuttavia alcuni contributi in controtendenza; San Martini e coll. (2004) hanno osservato, attraverso l'utilizzo di DSQ-88, punteggi maggiori nel campione femminile nelle difese immature (regressione, proiezione, somatizzazione, acting-out, aggressione passiva, ritiro, consumption, identificazione proiettiva) e inferiori nelle difese mature (anticipazione, task-orientation, pseudo-altruismo, idealizzazione primitiva, sublimazione, repressione). Altri studi hanno persino messo in discussione la presenza di differenze significative legate al genere nell'assetto difensivo (Andrews et al., 1993; Muris & Merckelbach, 1996b).

Relativamente agli specifici meccanismi difensivi (e non più ai punteggi fattoriali), le difese maggiormente utilizzate dalle femmine (somatizzazione, sublimazione, altruismo) riflettono uno stile difensivo internalizzante e orientato alle relazioni interpersonali; gli impulsi aggressivi o inaccettabili vengono cioè convertiti in forme socialmente accettate (sublimazione) o in sintomi fisici (somatizzazione) e le fonti di stress sono affrontate rivolgendosi ad altri in difficoltà e offrendo loro supporto e aiuto (altruismo). Anche rispetto a queste osservazioni si osserva una convergenza con precedenti contributi; Holi e coll. (1999) hanno rilevato (DSQ-72) in soggetti maschi un maggiore utilizzo di difese quali isolamento, aggressione passiva, dissociazione e svalutazione⁵⁰ e nelle femmine un maggior ricorso alla somatizzazione e all'altruismo. Feldman e coll. (1996) hanno messo in evidenza, somministrando DSQ-78 ad un ampio campione di adolescenti clinici e non clinici, che i maschi facevano maggiore ricorso a difese quali rimozione e repressione mentre le femmine a difese quali somatizzazione, regressione, formazione reattiva e altruismo.

I nostri risultati presentano inoltre ampi margini di sovrapposizione con il profilo difensivo di tipo internalizzante caratteristico del genere femminile ottenuto dal ricorso a strumenti

⁵⁰ Quest'ultima difesa mostra notevoli aree di sovrapposizione con l'onnipotenza di REM-71; uno dei suoi item è infatti "I often feel superior to people I am with".

autosomministrati riconducibili ad altre classificazioni delle difese, come ad esempio il DMI, sia in campioni di adulti che in campioni di adolescenti (Diehl et al., 1996; Levit, 1991).

Al contrario, le difese maggiormente utilizzate dai maschi (onnipotenza, diniego, rimozione, repressione, aggressione passiva, humor) costituiscono piuttosto un tentativo di tenere sotto controllo o “neutralizzare” la componente emotiva o cognitiva disturbante (diniego, humour, rimozione, repressione), cercando allo stesso tempo di stabilire il proprio dominio sull’ambiente (aggressione passiva, onnipotenza).

I profili difensivi genere-specifici emersi dalla presente ricerca sono compatibili con gli stereotipi di genere che vogliono le ragazze incapaci di provare sentimenti aggressivi e disposte a fornire aiuto e accudimento in situazioni difficili e i maschi controllati nell’espressione delle proprie emozioni. Inoltre, i nostri risultati trovano un ulteriore supporto in altre evidenze empiriche indirette che suggeriscono che, nello stile interpersonale, le femmine siano maggiormente interessate all’affiliazione mentre i maschi alla dominanza e al controllo (Maccoby, 1990), che le femmine siano maggiormente a rischio per patologie “internalizzanti” mentre i maschi per quelle “esternalizzanti” (Nolen-Hoeksema, 1990; Muris et al., 2003) e che, nell’uso di strategie di coping consapevoli, le femmine siano maggiormente propense a ricercare il supporto sociale, ad affidarsi alla religione o a “volgersi” contro il sé mentre i maschi ad esprimere apertamente la rabbia e mettere in atto agiti (Feldman et al., 1996; Frydenberg & Lewis, 1991; Steca et al., 2001).

Infine, i profili difensivi genere-specifici emersi in questa ricerca appaiono compatibili con la teoria psicoanalitica classica che attribuisce alle donne un orientamento passivo e agli uomini un orientamento di tipo attivo (Freud, 1933); Freud ha in particolare suggerito che, come conseguenza di questa maggiore passività, le donne abbiano maggiore difficoltà rispetto agli uomini nell’espressione della rabbia all’esterno e pertanto tendano a rivolgerla contro il sé (contribuendo, come risultato, ad un orientamento masochista). Le teorizzazioni più recenti

sulle differenze di genere nell'assetto difensivo si basano inoltre sul contributo di Erickson (1964) secondo il quale le donne sviluppano un maggior interesse per lo spazio interno rispetto a quello esterno; questa riflessione ha costituito la base per ipotizzare che le donne facciano maggiore ricorso alle difese internalizzanti mentre gli uomini a quelle esternalizzanti (Cramer, 1979; 1987).

Effetto dell'età sull'assetto difensivo

Allo scopo di indagare l'effetto dell'età sull'assetto difensivo, l'intero campione (con la sola eccezione degli adulti clinici) è stato suddiviso in tre classi di età: dai 13 ai 16 anni compresi (*early adolescents*), dai 17 ai 20 anni compresi (*late adolescents*) e dai 21 anni ai 68 anni.

Sulla base di questi criteri, il primo gruppo risultava composto da 475 soggetti, il secondo da 345 soggetti mentre il terzo da 153 soggetti.

Le statistiche descrittive relative ai punteggi fattoriali e ai singoli meccanismi difensivi, i contrasti F univariati (il cui livello di significatività è stato corretto mediante la procedura di Bonferroni per i contrasti multipli ($0.05/24=0.002$)), i corrispondenti valori di p e i contrasti post-hoc di Tuckey risultati significativi, sono presentati nella tabella seguente (Tab.XII).

Tabella XII. Differenze di età nell'assetto difensivo valutato mediante REM-71

Difese	Gruppi di età	N	Punteggi medi	Deviazione std.	F _{2,967} , p value
Acting out	13-16 anni	475	4.58	1.94	17.631, <0.001, B,C
	17-20 anni	345	4.71	1.73	
	21 anni-oltre	153	3.63	1.66	
Scissione	13-16 anni	475	6.00	1.62	8.428, <0.001, B,C
	17-20 anni	345	5.94	1.67	
	21 anni-oltre	153	5.32	1.68	
Spostamento	13-16 anni	475	4.37	1.89	29.162, <0.001, B,C
	17-20 anni	345	4.43	1.82	
	21 anni-oltre	153	3.06	1.61	
Dissociazione	13-16 anni	475	3.97	1.69	17.627, <0.001, B,C
	17-20 anni	345	4.05	1.81	
	21 anni-oltre	153	3.04	1.62	

Fantasia	13-16 anni	475	4.73	2.05	15.655, <0.001, B,C
	17-20 anni	345	4.44	2.06	
	21 anni-oltre	153	3.42	1.91	
Onnipotenza	13-16 anni	475	5.35	1.54	12.191, <0.001, B,C
	17-20 anni	345	5.36	1.48	
	21 anni-oltre	153	4.49	1.40	
Aggressione passiva	13-16 anni	475	5.24	1.64	23.197, <0.001, B,C
	17-20 anni	345	5.21	1.47	
	21 anni-oltre	153	4.11	1.42	
Proiezione	13-16 anni	475	3.19	1.71	26.632, <0.001, B,C
	17-20 anni	345	3.43	1.70	
	21 anni-oltre	153	2.12	1.22	
Rimozione	13-16 anni	475	4.20	1.70	6.378, =0.002, A,B,C
	17-20 anni	345	4.55	1.73	
	21 anni-oltre	153	3.71	1.85	
Annullamento retroattivo	13-16 anni	475	5.06	1.63	37.565, <0.001, B,C
	17-20 anni	345	4.89	1.54	
	21 anni-oltre	153	3.57	1.93	
Sublimazione	13-16 anni	475	4.93	1.52	0.485, NS
	17-20 anni	345	4.99	1.46	
	21 anni-oltre	153	5.00	1.56	
Conversione	13-16 anni	475	1.49	1.10	2.128, NS
	17-20 anni	345	1.63	1.26	
	21 anni-oltre	153	1.35	0.93	
Somatizzazione	13-16 anni	475	3.40	1.86	0.923 NS
	17-20 anni	345	3.42	1.91	
	21 anni-oltre	153	3.88	1.97	
Ritiro	13-16 anni	475	5.49	2.12	1.074, NS
	17-20 anni	345	5.69	2.06	
	21 anni-oltre	153	5.60	2.08	
Altruismo	13-16 anni	475	6.91	1.47	2.074, NS
	17-20 anni	345	6.85	1.42	
	21 anni-oltre	153	7.22	1.20	
Diniego	13-16 anni	475	4.76 (4.23)	1.56 (1.90)	1.576 (6.435), NS (=0.002) A
	17-20 anni	345	4.61 (3.87)	1.41 (1.76)	
	21 anni-oltre	153	4.34 (4.24)	1.54 (1.65)	
Humour	13-16 anni	475	4.87	1.78	1.826, NS
	17-20 anni	345	4.90	1.65	
	21 anni-oltre	153	5.02	1.79	
Idealizzazione	13-16 anni	475	6.52	1.75	9.113, < 0.001 A,B
	17-20 anni	345	6.12	1.83	
	21 anni-oltre	153	5.90	1.66	
Intellettualizzazione	13-16 anni	475	5.09	1.46	5.294, NS
	17-20 anni	345	4.76	1.45	
	21 anni-oltre	153	4.70	1.34	
Formazione reattiva	13-16 anni	475	4.31	1.62	2.130, NS
	17-20 anni	345	4.11	1.61	
	21 anni-oltre	153	3.93	1.57	

Repressione	13-16 anni	475	4.56 (4.09)	1.62 (2.14)	1.421 (0.703), NS (NS)
	17-20 anni	345	4.56 (4.24)	1.58 (2.02)	
	21 anni-oltre	153	4.66 (4.17)	1.65 (2.16)	
Fattore I	13-16 anni	475	4.31	0.99	29.135, <0.001 B,C
	17-20 anni	345	4.37	0.97	
	21 anni-oltre	153	3.57	1.01	
Fattore II	13-16 anni	475	4.66	1.06	1.322, NS
	17-20 anni	345	4.54	0.96	
	21 anni-oltre	153	4.43	0.94	
Fattore III	13-16 anni	475	6.12	1.11	2.259, NS
	17-20 anni	345	5.99	1.11	
	21 anni-oltre	153	6.04	0.97	

* Vengono qui riportati i contrasti post-hoc di Tuckey che hanno raggiunto la significatività statistica. In particolare, con "A" ci si riferisce al contrasto che oppone 13-16enni con 17-20enni; con "B" a quello che oppone 13-16enni a 21enni e oltre, e con "C" quello che oppone 17-20enni a 21enni e oltre.

Come è possibile osservare, per 10 meccanismi difensivi riconducibili ai tre fattori di REM-71 (sublimazione, conversione, somatizzazione, ritiro, altruismo, idealizzazione, humour, intellettualizzazione, formazione reattiva e repressione), non è stato possibile rilevare un effetto significativo dell'età sui punteggi medi. Per quanto concerne invece i punteggi fattoriali, l'unico test F univariato risultato significativo riguarda il fattore I.

La significatività dei contrasti post-hoc verrà esaminata, per motivi di chiarezza, separatamente per il confronto che oppone adolescenti precoci e tardivi e adolescenti e adulti.

Early e late adolescents

Early- e *late-adolescents* mostrano un assetto difensivo caratterizzato da elevate aree di sovrapposizione; le uniche differenze tra i due gruppi risultate significative al test di Tuckey non riguardano infatti alcuno dei tre punteggi fattoriali ma piuttosto tre specifici meccanismi difensivi: rimozione, diniego (nella sua versione a due item) e idealizzazione.

Per diniego e idealizzazione, i *late-adolescents* ottengono punteggi inferiori rispetto agli *early-adolescents* mentre, per quanto concerne la rimozione, si osserva un trend opposto.

Per quanto concerne il diniego (considerata la sua collocazione sul fattore delle difese intermedie) e l'idealizzazione (che si colloca invece nelle difese mature) questo dato appare in linea con l'ipotesi di un progressivo passaggio, col crescere dell'età, verso l'uso di

meccanismi difensivi più maturi e adattivi e si lega plausibilmente alla fine dell'adolescenza e all'ingresso in età adulta; questo passaggio comporta la necessità di affrontare disillusioni e acquisire una visione della realtà più oggettiva e consapevole. In questo modo, vengono progressivamente abbandonati i tentativi di affrontare situazioni spiacevoli caricandole di un eccessivo valore o negando i loro aspetti conflittuali.

Relativamente alla rimozione, la differenza rilevata tra *early* e *late adolescents* è di difficile spiegazione soprattutto se si considera, in una prospettiva più ampia, l'andamento dei punteggi medi nei tre gruppi di età; ad un incremento del punteggio nel passaggio dalla prima alla seconda adolescenza, segue infatti una drastica riduzione del valore medio nel passaggio all'età adulta. Il dato relativo al confronto tra prima e seconda adolescenza appare in linea con quanto osservato da Feldman e coll. (1996) secondo cui all'incremento dell'età sia possibile osservare un significativo rafforzamento della *repressive defensiveness*. Questo risultato necessita tuttavia di essere sottoposto ad ulteriori approfondimenti e confrontato con quanto emerso in altri gruppi di adolescenti.

I risultati del confronto dei punteggi REM-71 nella prima e nella tardo adolescenza, lasciano supporre che l'assetto difensivo non vada incontro a drastiche trasformazioni ma a limitati "aggiustamenti" in questa fase del ciclo di vita; pertanto, è ragionevole concludere che la configurazione difensiva in dotazione al soggetto all'inizio della pubertà tenda a rimanere per lo più stabile per tutto il corso dell'adolescenza.

In questo senso, tali dati appaiono in linea con quanto osservato da altri autori in campioni di adolescenti estratti dalla popolazione generale, seppure gli studi che comparino direttamente l'assetto difensivo in varie fasi dell'adolescenza siano decisamente limitati.

Alcune evidenze portano inoltre a concludere che, includendo nel campione della prima adolescenza anche soggetti più giovani, la comparazione con un campione di tardo

adolescenti possa permettere di rilevare trend evolutivi più definiti e marcati⁵¹. E' il caso, ad esempio, dello studio di Feldman e coll. (1996) che hanno confrontato due gruppi di adolescenti (11-15 anni) e (16-19 anni) relativamente ai punteggi ottenuti a DSQ-78 mettendo in evidenza che gli adolescenti più giovani erano caratterizzati da un maggior uso dell'aggressione passiva (difese immature) e della formazione reattiva (fattore prosociale), minore del ritiro (difesa immatura) e da più alti punteggi medi nella difesa matura della sublimazione. Anche la differenza nel punteggio medio fattoriale relativo alle difese mature risultava statisticamente significativa al confronto tra i due gruppi di età suggerendo quindi che il normale sviluppo evolutivo si associ ad una riduzione progressiva nell'uso delle difese immature e ad un consolidamento nell'uso di quelle mature.

Adolescenti e adulti

L'effetto dell'età sull'assetto difensivo è stato valutato anche in una prospettiva più ampia, comparando i punteggi medi dei 21 meccanismi difensivi e dei 3 punteggi fattoriali tra ciascuno dei due campioni di adolescenti e quello di adulti non clinici.

Per quanto altri contributi disponibili in letteratura (tra cui lo stesso studio di Steiner e coll., 2001) suggeriscano l'opportunità di un'ulteriore sottocategorizzazione dei soggetti adulti in fasce di età (giovani adulti, adulti, terza età), la ridotta massa campionaria del campione di adulti da noi considerato e la sbilanciata distribuzione tra le varie classi di età, hanno impedito l'adozione di un approccio analogo nella presente ricerca; si è tuttavia ritenuto opportuno proporre il confronto dei dati rilevati nel campione di adolescenti con quelli di un campione di adulti allo scopo di estendere a fasi successive del ciclo di vita le considerazioni sull'andamento evolutivo dell'assetto difensivo.

⁵¹ Bisogna ricordare infatti che, per quanto il range di età dei soggetti inclusi nel campione della prima adolescenza di questa ricerca sia compreso tra 13 e 16, i 13enni sono soltanto dieci e costituiscono meno dell'1% del totale del campione.

Come è possibile osservare in tab. XII, per undici meccanismi difensivi esiste un significativo effetto dello stadio di sviluppo adulto sui punteggi medi; nove di questi appartengono al fattore I (acting out, scissione, spostamento, dissociazione, aggressione passiva, proiezione, fantasia, annullamento retroattivo, rimozione), i restanti due appartengono al fattore II e III (onnipotenza e idealizzazione)⁵².

Per tutte le difese di fattore I, tutti i contrasti che oppongono il gruppo di adulti con i due gruppi di adolescenti sono risultati statisticamente significativi e, in tutti i casi, l'incremento dell'età si associa ad una riduzione progressiva nella pervasività del loro utilizzo.

Per quanto concerne l'onnipotenza (fattore II) si osserva, in perfetta analogia, una riduzione, al crescere dell'età, nell'uso di questo meccanismo difensivo dimostrata ancora una volta dalla significatività di entrambi i contrasti che oppongono il gruppo di adulti a quello degli adolescenti.

Degno di attenzione è anche il caso dell'idealizzazione; per questa difesa, la significatività statistica della differenza di medie riguarda solo il contrasto che oppone *early adolescents* e adulti ma, osservando l'andamento dei punteggi medi, è chiaramente rilevabile una tendenza progressiva alla riduzione nell'uso di questo meccanismo difensivo al crescere dell'età. Se si integra questo dato con quanto già riferito rispetto alle differenze tra *early* e *late adolescents*, vengono ad essere confermate ulteriormente le riflessioni già proposte circa il passaggio, col crescere dell'età, ad una visione più realistica e meno idealizzata degli altri e del mondo. Di fatto, l'idealizzazione presenta un trend evolutivo significativamente diverso rispetto a quello degli altri due meccanismi inseriti nel fattore maturo: essi mostrano infatti, nel passaggio dall'adolescenza all'età adulta, una tendenza a rimanere stabili (come nel caso della sublimazione) o piuttosto a crescere (come nel caso dell'altruismo). Questa osservazione

⁵² Per nove difese non è stato possibile rilevare alcun effetto legato all'età: sublimazione, conversione, somatizzazione, ritiro, altruismo, humour, formazione reattiva, repressione.

supporta la necessità di valutare la collocazione fattoriale di questo meccanismo difensivo in studi eseguiti su ampi campioni di adulti.

Se si tiene in considerazione che il meccanismo difensivo dell'onnipotenza presenta, nella soluzione fattoriale da noi individuata, un carico rilevante anche sul primo fattore, i dati relativi al confronto tra l'assetto difensivo di adulti e adolescenti permettono, nel loro complesso, di concludere che l'ingresso in età adulta (plausibilmente collocabile dopo il compimento del ventesimo anno di età) comporta una drastica riduzione nell'utilizzo dei meccanismi difensivi più disfunzionali e disadattivi.

Ancora una volta, i risultati appaiono in linea con le ricerche disponibili in letteratura.

Nello studio originale di validazione di REM-71 (Steiner et al., 2001), gli adolescenti (13-19 anni) mostravano punteggi più alti rispetto agli adulti in tutte le difese relative al primo fattore con la sola eccezione della somatizzazione. Parallelamente, per le difese di fattore II si osservava un incremento progressivo nei punteggi medi seppure due difese (altruismo e idealizzazione) mostrassero un trend opposto e per una difesa (formazione reattiva) non fosse possibile rilevare alcun effetto legato all'età.

In una delle rare ricerche longitudinali nell'area delle difese, Tuulio Henriksson e coll. (1997) hanno osservato che nel passaggio dalla seconda adolescenza (15-19 anni) alla prima età adulta (20-24 anni), era rilevabile un decremento significativo nell'uso delle difese nevrotiche (altruismo, idealizzazione, formazione reattiva e annullamento retroattivo) e immature (acting out, fantasia autistica, diniego, svalutazione, spostamento, dissociazione, isolamento, aggressione passiva, proiezione, razionalizzazione, somatizzazione, scissione) mentre le differenze non raggiungevano la significatività statistica per il cluster maturo (anticipazione, humour, sublimazione e repressione). Watson & Sinha (1998), utilizzando DSQ-40, hanno confrontato l'assetto difensivo di un gruppo di tardo adolescenti (17-25 anni) con quello di giovani adulti (25-34 anni) mettendo in evidenza un incremento nell'uso delle difese mature

(sublimazione, humour, anticipazione, repressione) e un decremento nell'uso di quelle nevrotiche (annullamento retroattivo, pseudoaltruismo, idealizzazione e formazione reattiva).

Nasserbakht e coll. (1996) comparando l'assetto difensivo di un campione assai ampio (N=737) ed eterogeneo di soggetti in età adolescenziale, con quello di un campione di adulti, hanno rilevato nel primo una frequenza significativamente maggiore nel ricorso alle difese immature e disadattive.

Nello studio di validazione di DSQ-40 (Andrews et al., 1993), è stato rilevato, nel campione estratto dalla popolazione generale (N=50), una progressiva e significativa riduzione dei punteggi medi relativi al fattore immaturo (proiezione, aggressione passiva, acting out, isolamento, svalutazione, fantasia, diniego, spostamento, dissociazione, scissione, razionalizzazione, somatizzazione) nel passaggio dalla classe di età più giovane (18-25 anni) a quella più elevata (oltre 50 anni).

Considerando globalmente i dati relativi alle differenze di età nell'assetto difensivo sono possibili alcune riflessioni. L'assetto difensivo individuale non appare andare incontro a significativi cambiamenti o trasformazioni nel corso dell'adolescenza; soggetti in prima e tarda adolescenza hanno infatti configurazioni difensive altamente comparabile. E' ragionevole pertanto supporre che il corredo difensivo disponibile al termine dell'infanzia rimanga sostanzialmente inalterato almeno fino all'inizio dell'età adulta, fatto salvo per alcuni "aggiustamenti" che contribuiscono tuttavia ad acquisire una visione della realtà più obiettiva e matura. Alcune evidenze empiriche (tra cui, ad esempio, Feldman et al., 1996) suggeriscono tuttavia che l'abbassamento della soglia di età nel campione avrebbe permesso di rilevare configurazioni difensive diverse nei due gruppi e che quindi la fase cruciale per lo sviluppo difensivo sia quella compresa fra gli 11 e i 14 anni; relativamente a tale ipotesi, si rendono tuttavia necessari ulteriori approfondimenti.

Il passaggio dall'adolescenza all'età adulta si caratterizza per lo più per un progressivo e sostanziale ridimensionamento, nell'assetto difensivo individuale, dell'uso delle difese più disadattive e disfunzionali mentre adulti e adolescenti non mostrano differenze significative nel corredo di difese intermedie e mature. Lo sviluppo psicologico sembra quindi procedere soprattutto nel senso di un superamento di modalità difensive disadattive più che nell'acquisizione di meccanismi più funzionali e maturi.

Questi risultati sono in linea con i contributi di Vaillant (1971,1975,1976,1977) e delle sue ricerche longitudinali condotte su un range di 25 anni che hanno dimostrato che, nel corso dell'età adulta, l'utilizzo di difese immature diminuisce progressivamente. Vaillant (1977) inoltre ha osservato che le difese immature (che, nella sua classificazione, erano rappresentate da proiezione, fantasia, ipocondriasi, aggressione passiva e acting out) sono particolarmente presenti nell'infanzia e nell'adolescenza mentre il loro uso da parte degli adulti si associa a franche manifestazioni di disagio psicopatologico; al contrario, le difese mature (altruismo, sublimazione, humour, repressione e anticipazione) sono, secondo l'autore, "comuni nei soggetti sani dall'adolescenza fino alla terza età e possono essere concettualizzate come combinazioni ben articolate delle difese di più basso livello" (p. 138).

RELAZIONE TRA DIFESE E DIMENSIONI PSICOPATOLOGICHE

Allo scopo di accertare se specifici meccanismi di difesa contribuiscano a spiegare una quota significativa della varianza dei punteggi relativi alle dimensioni psicopatologiche esaminate mediante SCL-90-R, sono state eseguite dieci regressioni multiple stepwise⁵³ in cui i 21 meccanismi di difesa rilevati da REM-71 sono stati inseriti quali variabili predittori e i punteggi di ciascuna delle sottoscale sintomatologiche di SCL-90-R quali variabili dipendenti. Alla luce dei risultati di precedenti contributi (Muris et al., 2003; Holi et al., 1999), non è

⁵³ Nove regressioni riguardano le altrettante aree sintomatologiche di SCL-90-R, la decima il punteggio globale GSI.

parso opportuno controllare per il possibile effetto del genere quale variabile che media la relazione tra assetto difensivo e manifestazioni psicopatologiche.

I risultati delle analisi sono presentati in tab. XIII.

Tabella XIII. Risultati della regressione multipla stepwise con i singoli meccanismi difensivi quali predittori e le scale SCL-90-R quali variabili dipendenti (N=533).

Cluster sintomatologici SCL-90-R	Difese REM-71	β	t	p
Somatizzazione R ² =0.275; F(5,528)=40.003; p<0.001	1) Somatizzazione	0.307	7.679	.000
	2) Dissociazione	0.154	3.445	.001
	3) Conversione	0.138	3.430	.001
	4) Proiezione	0.117	2.650	.008
	5) Intellettualizzazione	-0.084	-2.249	.025
Ossessività-compulsività R ² =0.300; F(6,515)=36.809; p<0.001	1) Dissociazione	0.255	5.583	.000
	2) Rimozione	0.131	3.176	.002
	3) Proiezione	0.129	2.871	.004
	4) Annullamento	0.146	3.505	.000
	5) Somatizzazione	0.119	2.989	.003
	6) Idealizzazione	-0.091	-2.358	.019
Sensibilità Interpersonale R ² =0.341; F(9,521)=29.975; p<0.001	1) Proiezione	0.319	7.386	.000
	2) Rimozione	0.131	3.174	.002
	3) Dissociazione	0.111	2.528	.012
	4) Humor	-0.114	-3.049	.002
	5) Altruismo	0.126	3.309	.001
	6) Idealizzazione	-0.145	-3.736	.000
	7) Annullamento	0.107	2.579	.010
	8) Intellettualizzazione	-0.104	-2.816	.005
	9) Ritiro	0.084	2.151	.032
Depressione R ² =0.390; F(13,511)=25.171; p<0.001	1) Dissociazione	0.222	5.118	.000
	2) Proiezione	0.191	4.427	.000
	3) Somatizzazione	0.165	4.340	.000
	4) Humour	-0.109	-2.760	.006
	5) Rimozione	0.124	3.097	.002
	6) Fantasia	0.110	2.758	.006
	7) Diniego	-0.103	-2.653	.008
	8) Annullamento	0.130	3.097	.002
	9) Formazione reattiva	-0.097	-2.533	.012
	10) Spostamento	-0.087	-2.199	.028
	11) Ritiro	0.083	2.135	.033
	12) Idealizzazione	-0.095	-2.507	.012
	13) Altruismo	0.081	2.129	.034
Ansia R ² =0.360; F(8,524)=36.831; p<0.001	1) Dissociazione	0.277	6.412	.000
	2) Somatizzazione	0.229	6.058	.000
	3) Proiezione	0.215	5.252	.000
	4) Diniego	-0.086	-2.202	.028
	5) Annullamento	0.144	3.604	.000
	6) Formazione reattiva	-0.127	-3.340	.001
	7) Altruismo	0.091	2.490	.013
	8) Humour	-0.086	-2.183	.029

Ostilità e rabbia R ² =0.372; F(7,519)=43.922; p<0.001	1) Acting	0.220	5.083	.000
	2) Proiezione	0.198	4.443	.000
	3) Spostamento	0.177	4.298	.000
	4) Formazione reattiva	-0.143	-3.966	.000
	5) Dissociazione	0.161	3.783	.000
	6) Idealizzazione	-0.092	-2.581	.010
	7) Onnipotenza	0.081	2.082	.038
Ansia Fobica R ² =0.187; F(4,528)=30.272; p<0.001	1) Dissociazione	0.185	3.902	.000
	2) Conversione	0.195	4.591	.000
	3) Fantasia	0.126	2.935	.003
	4) Proiezione	0.102	2.163	.031
Ideazione paranoide R ² =0.385; F(9,524)=36.402; p<0.001	1) Proiezione	0.352	8.032	.000
	2) Ritiro	0.113	3.032	.003
	3) Diniego	-0.145	-3.885	.000
	4) Onnipotenza	0.182	4.528	.000
	5) Rimozione	0.108	2.745	.006
	6) Altruismo	0.135	3.700	.000
	7) Dissociazione	0.101	2.476	.014
	8) Intellettualizzazione	-0.079	-2.146	.032
	9) Idealizzazione	-0.078	-2.104	.036
Psicoticismo R ² =0.361; F(8,518)=36.532; p<0.001	1) Proiezione	0.279	6.396	.000
	2) Dissociazione	0.227	5.141	.000
	3) Fantasia	0.091	2.286	.023
	4) Rimozione	0.082	2.075	.038
	5) Somatizzazione	0.103	2.691	.007
	6) Idealizzazione	-0.099	-2.676	.008
	7) Annullamento	0.091	2.217	.027
	8) Aggressione passiva	-0.078	-2.067	.039
Global Severity Index R ² =0.440; F(10,531)=41.801; p<0.001	1) Proiezione	0.257	6.368	.000
	2) Dissociazione	0.236	5.372	.000
	3) Somatizzazione	0.156	4.412	.000
	4) Rimozione	0.113	3.062	.002
	5) Fantasia	0.094	2.524	.012
	6) Intellettualizzazione	-0.102	-3.035	.003
	7) Humour	-0.089	-2.600	.010
	8) Annullamento retroattivo	0.086	2.231	.026
	9) Idealizzazione	-0.098	-2.763	.006
	10) Altruismo	0.077	2.224	.027

Una conclusione generale che può essere tratta dai dati esposti è che, per tutte le dimensioni psicopatologiche esaminate, i meccanismi di difesa sono in grado di spiegare una proporzione significativa della varianza che oscilla tra il 19 (Ansia fobica) e il 39% (Depressione); quando si considera il punteggio relativo al disagio psichico globale (GSI), la quota di varianza spiegata sale al 44%. Tale dato è in linea con quanto osservato da altri autori (Holi et al.,

1999) in ampi campioni di adulti estratti dalla popolazione generale e acquista particolare rilevanza proprio alla luce del fatto che il campione esaminato nella presente ricerca non è stato reclutato in contesti clinici.

Relativamente alle specifiche dimensioni psicopatologiche valutate da SCL-90-R, è possibile osservare quanto segue:

Somatizzazione

I sintomi della sottoscala somatizzazione di SCL-90-R risultano al meglio predetti da cinque meccanismi difensivi: somatizzazione, dissociazione, conversione, proiezione e intellettualizzazione. In tutti i casi, con la sola eccezione dell'intellettualizzazione (unico meccanismo difensivo di fattore II), i coefficienti β risultano positivi ad indicare che l'uso di tali meccanismi difensivi si associa ad alti livelli di disagio sul versante somatico.

Per quanto sia REM-71 che SCL-90-R presentino una sottoscala denominata "somatizzazione", è possibile evidenziare alcune significative differenze. La scala somatizzazione di SCL-90-R riflette infatti il disagio derivante da una percezione soggettiva di disfunzioni corporee riguardanti vari organi e apparati, assumendo che tali sintomi rappresentino la spia di un più generale stato di disagio e di sofferenza; al soggetto viene richiesto di indicare se, nell'ultima settimana, ha presentato i sintomi proposti e, in caso affermativo, quanto ne sia stato disturbato. Al contrario, l'omonima scala di REM-71 si riferisce a casi in cui il sintomo fisico compaia nella gestione di una situazione conflittuale o che procura disagio⁵⁴.

Pertanto, se per SCL-90-R nessun possibile legame viene suggerito tra la comparsa del sintomo e la sua possibile origine psicogena, in REM-71 tale relazione non solo è ipotizzata ma viene anche chiaramente esplicitata.

⁵⁴ Un esempio di item della scala somatizzazione di SCL-90-R è "Nell'ultima settimana, in che misura soffri o hai sofferto di mal di testa?" mentre un esempio di item della scala omonima di REM è "Quando devo fare qualcosa che non mi piace, mi viene il mal di testa".

Di notevole interesse è il rilievo secondo cui le sottoscale somatizzazione, dissociazione e conversione rappresentino i migliori predittori di manifestazioni di disagio fisico; questo risultato è infatti perfettamente in linea con le ipotesi teoriche formulabili sulla base delle teorie psicodinamiche.

Ossessività-compulsività

I migliori predittori della sintomatologia ossessivo-compulsiva risultano la dissociazione, la rimozione, la proiezione, l'annullamento retroattivo, la somatizzazione e l'idealizzazione. Anche in questo caso, il meccanismo difensivo di fattore III (idealizzazione) è l'unico a presentare un coefficiente β negativo ad indicare il suo effetto protettivo sulla sintomatologia ossessiva.

Le difese selezionate come buoni predittori della sintomatologia ossessiva dal disegno di regressione appaiono tuttavia solo parzialmente compatibili con il corredo difensivo tradizionalmente associato a questo quadro psicopatologico e che include isolamento degli affetti, annullamento retroattivo e intellettualizzazione (Gabbard, 2000).

Sensibilità interpersonale

Relativamente alla sensibilità interpersonale, i predittori selezionati dal modello risultano: proiezione, rimozione, dissociazione, humour, altruismo, idealizzazione, annullamento, intellettualizzazione e ritiro. Ancora una volta, tutti i meccanismi di difesa di fattore I presentano indici β di segno positivo mentre quelli appartenenti ai fattori II e III hanno indici di segno opposto, ad indicare il loro ruolo di fattori di protezione.

La dimensione della sensibilità interpersonale rimanda a sentimenti di inadeguatezza personale, inettitudine e inferiorità rispetto ad altre persone, auto-svalutazione, sentimenti di disagio durante le interazioni interpersonali e aspettative negative riguardo alle relazioni interpersonali.

All'interno di questo quadro di ansia sociale, l'utilizzo del meccanismo difensivo della proiezione appare un correlato compatibile con le teorizzazioni psicoanalitiche relative all'eziopatogenesi di questo quadro clinico (Gabbard, 2000).

Depressione

Per quanto concerne la sintomatologia depressiva, sono stati selezionati 13 predittori: dissociazione, proiezione, somatizzazione, humour, rimozione, fantasia, diniego, annullamento, formazione reattiva, spostamento, ritiro, idealizzazione, altruismo. Ancora una volta, i meccanismi difensivi relativi a fattori diversi dall'I presentano indici β di segno negativo, con la sola eccezione dell'altruismo.

Questa sottoscala presenta, al confronto con tutti gli altri domini psicopatologici esaminati, il più alto numero di predittori; tale dato è plausibilmente spiegabile sulla base del fatto che questa dimensione psicopatologica, in una popolazione di adolescenti estratti dalla popolazione generale, può difficilmente essere riconosciuta nelle sue implicazioni cliniche e più facilmente essere ricondotta alle normali oscillazioni del tono dell'umore. In particolare, a ciò potrebbe contribuire anche la richiesta di rispondere riferendosi ad un lasso di tempo molto ristretto come l'ultima settimana.

Se le difese selezionate risultano essere poco compatibili con le aspettative formulate sulla base delle riflessioni teoriche e dei dati della letteratura, appare tuttavia interessante che i primi due meccanismi difensivi selezionati siano proiezione e dissociazione, cioè i migliori predittori del disagio psicopatologico generale (GSI, si veda oltre).

Ansia

La dimensione sintomatologica dell'ansia risulta essere predetta dall'uso di otto meccanismi difensivi: dissociazione, somatizzazione, proiezione, diniego, annullamento, formazione reattiva, altruismo, humour. Relativamente al segno degli indici β , valgono le stesse considerazioni già proposte per la dimensione "depressione".

Ostilità e rabbia

Per quanto riguarda questa dimensione psicopatologica, i migliori predittori selezionati dal modello risultano acting out, proiezione, spostamento, formazione reattiva, dissociazione, idealizzazione e onnipotenza. Tutti i meccanismi di difesa selezionati, con la sola eccezione di formazione reattiva e idealizzazione, presentano indici β positivi.

La propensione all'agito, la tendenza a spostare la propria aggressività su oggetti meno pericolosi e l'onnipotenza, appaiono meccanismi difensivi concettualmente compatibili, in termini psicodinamici, con una dimensione psicopatologica i cui item più rappresentativi rimandano all'aggressività, all'irritabilità e al risentimento.

Item quali “spesso perdo il controllo a tal punto che i miei amici devono aiutarmi a calmarmi” (acting out) oppure “quando qualcuno mi fa arrabbiare, potrei fare a pezzi qualcosa che gli appartiene” (spostamento) esprimono infatti chiaramente una difficoltà nel controllare la rabbia o nell'esprimerla in maniera diretta verso l'oggetto che ne è all'origine.

Ansia fobica

Per quanto riguarda la sintomatologia di natura fobica, i migliori predittori risultano dissociazione, conversione, fantasia, proiezione, tutti con indice β positivo.

Si tratta della dimensione psicopatologica rispetto alla quale i meccanismi di difesa sono in grado di spiegare la percentuale più ridotta di varianza totale. Anche in questo caso, è possibile osservare una scarsa sovrapposizione tra i meccanismi difensivi selezionati dal modello e le ipotesi teoriche che vedono nello spostamento il meccanismo principe alla base della sintomatologia fobica (Gabbard, 2000).

Ideazione paranoide

I migliori predittori di questa dimensione psicopatologica risultano: proiezione, ritiro, diniego, onnipotenza, rimozione, altruismo, dissociazione, intellettualizzazione e idealizzazione. Tutte

le difese con la sola eccezione di diniego, idealizzazione e intellettualizzazione presentano indici β positivi.

La scala “ideazione paranoide” di SCL-90-R si prefigge di cogliere le manifestazioni del comportamento paranoide come modalità patologica di pensiero e le cui caratteristiche principali sono ostilità, sospettosità, grandiosità, paura di perdere l'autonomia fino a quadri di franco delirio persecutorio.

Da questo punto di vista, il meccanismo difensivo della proiezione quale migliore predittore dei punteggi relativi a questa scala risulta perfettamente in linea con le attese teoriche formulate sulla base dei contributi di autori di formazione psicodinamica (Gabbard, 2000).

Psicoticismo

Alla base dello psicoticismo il disegno di regressione multipla seleziona, come migliori predittori, proiezione, dissociazione, fantasia, rimozione, somatizzazione, idealizzazione, annullamento e aggressione passiva. Tutte le difese selezionate presentano indici β positivi con la sola eccezione di idealizzazione e aggressione passiva.

Questa sottoscala di SCL-90-R è stata concepita, nelle intenzioni degli autori, come una dimensione continua; gli item si riferiscono a ritiro e stile di vita schizoide come anche a sintomi di primo rango della schizofrenia quali allucinazioni e trasmissione del pensiero. Questa scala fornisce quindi un continuum graduato che oscilla da manifestazioni moderate di alienazione interpersonale a manifestazioni di franchi disturbi psicotici.

Il profilo difensivo emerso come associato a questa dimensione psicopatologica appare in linea con le attese teoriche soprattutto per quanto riguarda le sue manifestazioni sul versante psicotico (proiezione); di fatto, sembrerebbe non essere colta la dimensione dell'alienazione interpersonale che, in termini difensivi, trova espressione nella difesa del ritiro. Emergono tuttavia altri indici (fantasia) compatibili con l'allontanamento dalle relazioni e dalla realtà e con il rifugiarsi in un mondo fantastico (non è da sottovalutare, ad esempio, che nella

classificazione delle difese di Christopher Perry il meccanismo difensivo della fantasia venga denominato “fantasia schizoide”).

Global Severity Index

Infine, l'indice generale di disagio sul versante psicopatologico risulta predetto da 10 meccanismi difensivi: proiezione, dissociazione, somatizzazione, rimozione, fantasia, intellettualizzazione, humour, annullamento retroattivo, idealizzazione, altruismo.

Tutti i meccanismi difensivi con la sola eccezione di intellettualizzazione, humour e idealizzazione presentano indici β positivi indicativi della loro relazione diretta e positiva con il GSI.

Questo dato lascia ipotizzare la possibilità di riferirsi a proiezione, dissociazione e somatizzazione come possibili *marker* di un disagio psichico in adolescenza; pertanto, il rilievo di punteggi devianti in questi meccanismi difensivi in soggetti adolescenti, potrebbe rappresentare un elemento di rischio rispetto alla presenza di un disagio psicopatologico clinicamente rilevante.

Analogamente ad altri studi (Holi et al., 1999⁵⁵), anche il presente contributo ha mostrato alcune evidenze circa le specifiche connessioni, attese sulla base delle teorizzazioni psicodinamiche, tra difese e quadri sintomatologici con particolare riferimento alla proiezione (associata significativamente all'ideazione paranoide e allo psicoticismo), alla somatizzazione (associata alla somatizzazione) e alla scala acting out (associata all'ostilità).

I migliori predittori statistici della gravità sintomatologica, a prescindere dal quadro clinico prevalente, sono risultati la proiezione e la dissociazione.

Nel contributo di Holi e coll. (1999) che si riferisce ad un'ampia popolazione di adulti non clinici, i migliori predittori del punteggio GSI erano risultate le difese di proiezione e

⁵⁵ Nello studio di Holi e coll. (1999) non sono disponibili dati relativi alla quota di varianza spiegata dai singoli meccanismi difensivi nelle varie dimensioni sintomatologiche nel campione di soggetti non clinici.

spostamento. Nella versione di DSQ utilizzata in quella ricerca, alti punteggi nella scala spostamento indicavano “che il soggetto seda la propria ansia attraverso il ricorso al cibo, all’alcol o a sostanze psicoattive e cerca rifugio nel sogno ad occhi aperti” (Holi et al., 1999; pag. 657)⁵⁶. Si tratta, come è possibile notare, di una scala i cui contenuti sono profondamente incompatibili con la scala omonima di REM-71 e che, di per sé, è da considerarsi di natura chiaramente psicopatologica in quanto rimanda esplicitamente a quadri clinici per i quali esistono criteri standard codificati nei principali manuali internazionali di classificazione nosografica dei disturbi mentali. Rilevare pertanto che un meccanismo difensivo così definito possa essere un buon predittore del disagio psicopatologico generale rappresenta un puro artefatto metodologico; proprio per questo motivo, nella revisione degli item di DSQ che ha portato all’elaborazione di REM-71, item così direttamente riconducibili a fenomeni psicopatologici o devianti sono stati eliminati o accuratamente riformulati.

Il ruolo della proiezione quale meccanismo di difesa predittivo di indici di disagio psichico sembra quindi trovare riscontro in ricerche di impianto metodologico analogo alla presente (Holi et al., 1999). Gli item che costituiscono la scala proiezione indicano la tendenza ad affrontare conflitti emotivi o fonti di stress interne o esterne attribuendo falsamente ad altri i propri impulsi, pensieri o sentimenti inaccettabili; emerge pertanto un tentativo del soggetto di porsi nel ruolo di vittima e di spiegare il proprio disagio spostando l’attenzione da sé agli altri ed evitando quindi il senso di colpa e perdita dell’autostima; tale tendenza è chiaramente espressa da item come “sono tutti contro di me” o “spesso vengo trattato ingiustamente”.

Relativamente alla dissociazione, gli item che compongono la scala si riferiscono alla tendenza ad affrontare conflitti emotivi o fonti di stress interne o esterne attraverso un breakdown nelle funzioni, solitamente integrate, della coscienza, della memoria, della percezione di sé e dell’ambiente, o del comportamento sensori-motorio.

⁵⁶ Gli item che componevano questa scala risultano la sintesi di due differenti meccanismi di difesa presenti nella versione originale di DSQ a 88 item: *consumption* e fantasia autistica.

Allo scopo di approfondire la relazione tra stili difensivi e domini psicopatologici, la stessa tipologia di analisi è stata ripetuta utilizzando questa volta non i singoli meccanismi difensivi ma piuttosto i punteggi fattoriali. I risultati sono esposti in tabella XIV.

Tabella XIV. Risultati della regressione multipla stepwise con gli stili difensivi quali predittori e le scale SCL-90-R quali variabili dipendenti (N=541).

Cluster sintomatologici SCL-90-R	Difese REM-71	β	t	p
Somatizzazione R ² =0.188; F(2,532)=61.402; p<0.001	1) Fattore I	.459	10.865	.000
	2) Fattore II	-.089	-2.105	.036
Ossessività-compulsività R ² =0.253; F(1,522)=176.655; p<0.001	1) Fattore I	.503	13.291	.000
	2) Fattore II			
Sensibilità Interpersonale R ² =0.231; F(2,530)=79.652; p<0.001	1) Fattore I	.517	12.530	.000
	2) Fattore II	-.140	-3.392	.001
Depressione R ² =0.269; F(2,524)=96.448; p<0.001	1) Fattore I	.557	13.855	.000
	2) Fattore II	-.169	-4.207	.000
Ansia R ² =0.269; F(2,532)=98.087; p<0.001	1) Fattore I	.558	13.984	.000
	2) Fattore II	-.179	-4.475	.000
Ostilità e rabbia R ² =0.287; F(2,526)=106.084; p<0.001	1) Fattore I	.525	14.174	.000
	2) Fattore III	-.184	-4.964	.000
Ansia Fobica R ² =0.123; F(1,533)=74.566; p<0.001	1) Fattore I	.350	8.635	.000
	2) Fattore II			
Ideazione paranoide R ² =0.241; F(2,533)=84.694; p<0.001	1) Fattore I	.518	12.733	.000
	2) Fattore II	-.093	-2.274	.023
Psicoticismo R ² =0.264; F(1,527)=189.178; p<0.001	1) Fattore I	.514	13.754	.000
	2) Fattore II			
Global Severity Index R ² =0.351; F(2,539)=145.650; p<0.001	1) Fattore I	.629	16.738	.000
	2) Fattore II	-.125	-3.332	.001

Come è possibile osservare, per tutte le dimensioni psicopatologiche esaminate, gli stili di difesa spiegano una proporzione significativa della varianza compresa tra il 19 (Somatizzazione) e il 29% (Ostilità e rabbia). La percentuale di varianza spiegata sale al 35% quando ci si riferisce al GSI. Questi dati sono, ancora una volta, in linea con quanto osservato in studi analoghi condotti su ampi campioni di adulti non clinici (Holi et al., 1999) e acquistano rilievo alla luce del fatto che si riferiscono a manifestazioni psicopatologiche sotto-soglia e che non raggiungono una significatività in termini clinici.

Per tutte le dimensioni psicopatologiche considerate e per il punteggio globale GSI, le difese di Fattore I vengono sempre selezionate come miglior predittore presentando, in tutti i casi, un coefficiente β positivo indicativo della relazione diretta tra un maggior ricorso a tali meccanismi difensivi e più elevati indici di disagio. In tre casi (ansia fobica, ossessività-compulsività e psicoticismo), il punteggio di Fattore I viene selezionato come l'unico predittore statisticamente significativo.

Per tutte le altre dimensioni psicopatologiche, compreso il GSI e con la sola eccezione di ostilità e rabbia, il secondo predittore estratto è il punteggio di Fattore II che compare sempre con coefficiente β negativo ad indicare il suo ruolo di moderato fattore protettivo nei confronti delle manifestazioni sintomatologiche di disagio psichico.

Infine, per ostilità e rabbia, è possibile osservare, accanto al Fattore I, il ruolo protettivo sulla gravità sintomatologica svolto dal punteggio totale di Fattore III.

Questi dati confermano la stretta associazione tra assetto difensivo e manifestazioni di disagio psichico e in particolare sottolineano la connessione tra l'uso di meccanismi primitivi e disfunzionali (Fattore I) e il rischio psicopatologico. Questo dato appare in linea con precedenti contributi (Andrews et al., 1989; Bond et al., 1983; Spinhoven et al., 1997) e trova supporto in una grande mole di ricerche che hanno stabilito una significativa correlazione tra la gravità psicopatologica e il polo più disfunzionale e meno adattivo del continuum delle difese (Bond et al., 1989; Sammallahti, 1997; Sammallahti et al., 1994; Andrews et al., 1993; Bond et al., 1983; Bond & Sagala Vaillant, 1986; Erickson et al., 1996, 1997; Muris & Merchelbach, 1994, 1996b) anche in campioni di adolescenti. Muris e coll. (2003) hanno ad esempio somministrato ad un ampio campione di adolescenti non clinici la versione a 40 item di DSQ e un questionario finalizzato alla formulazione dei principali quadri clinici dell'età evolutiva previsti dal DSM-IV (A.P.A., 1994). Gli autori hanno rilevato che le difese nevrotiche (che per quella versione di DSQ includono annullamento retroattivo,

pseudoaltruismo, idealizzazione e formazione reattiva) risultavano maggiormente associate ai disturbi d'ansia mentre quelle immature (proiezione, aggressione passiva, acting out, isolamento, svalutazione, fantasia autistica, diniego, spostamento, dissociazione, scissione, razionalizzazione e somatizzazione) a quadri psicopatologici quali il disturbo della condotta, il disturbo oppositivo provocatorio, la schizofrenia e i disturbi da uso di sostanze.

Infine, l'azione "protettiva" svolta dalle difese intermedie e, in seconda istanza, dalle difese mature, trova supporto in altri contributi empirici relativi ad adolescenti e adulti (Tuulio Henriksson et al., 1997; Erickson et al., 1996).

DIFFERENZE DELL'ASSETTO DIFENSIVO IN FUNZIONE DEL SUPERAMENTO DEL VALORE SOGLIA DEL GSI

Un ulteriore approfondimento è stato eseguito allo scopo di valutare la capacità dei punteggi medi REM-71 di discriminare tra soggetti che presentano livelli di disagio psichico che si collocano all'interno del range medio dei valori per età e genere di appartenenza, e soggetti che si collocano agli estremi della distribuzione.

Appurata infatti l'esistenza di una relazione lineare diretta tra uso di meccanismi difensivi primitivi e disagio psichico, è apparso opportuno, al fine di testare le possibili applicazioni di REM-71 quale strumento di screening in adolescenza, valutare la sua capacità di identificare soggetti il cui livello di sofferenza psichica autoriferita permettesse di classificarli come "degni di attenzione clinica".

A tale scopo, è stato preso in considerazione il solo GSI e i valori-soglia sono stati definiti, separatamente per i maschi e per le femmine, riferendosi alle statistiche descrittive fornite in uno studio italiano eseguito con la stessa versione di SCL-90-R in un ampio campione di adolescenti frequentanti le scuole superiori (Miotto et al., 2003); per tutti gli adolescenti del presente studio il cui punteggio GSI si collocasse almeno una deviazione standard al di sopra

del valore medio del proprio sesso, è stata ipotizzata la presenza di un disagio psichico rilevante e degno di attenzione clinica⁵⁷.

I soggetti con valori di GSI al di sopra della soglia (N=96) e quelli al di sotto della soglia (N=441) sono stati quindi sottoposti a confronto rispetto ai punteggi medi ottenuti ai 21 meccanismi difensivi di REM-71 e ai tre punteggi fattoriali. A tale scopo è stata utilizzata un'analisi multivariata della varianza. In questo caso, i due gruppi sono risultati del tutto bilanciati sia per la distribuzione tra i sessi (χ^2 corretto per la continuità=1.211, gl=1, p>0.05), che per l'età media ($t_{536}=-1.778$, p>0.05) e non si è quindi resa necessaria alcuna procedura per il controllo statistico dell'effetto di queste possibili variabili di confondimento.

I risultati delle elaborazioni mettono in evidenza la significatività statistica dell'effetto multivariato della variabile oggetto di indagine (al di sopra della soglia per GSI, al di sotto della soglia per GSI) (Lambda di Wilks=0.739, $F_{23,513}=7.860$, p<0.001).

Le statistiche descrittive relative ai due gruppi, i corrispondenti valori di F e il livello di significatività (corretto mediante la procedura di Bonferroni per i contrasti multipli(0.05/24=0.002)), sono presentati in Tab. XV.

Tabella XV. Confronti dei punteggi medi REM-71 tra soggetti che superano o non superano la soglia per il punteggi GSI.

Difese	Al di sotto della soglia (N=441)	Al di sopra della soglia (N=96)	F(1,535), p value
Acting out	4.46 ± 1.79	5.78 ± 1.84	42.574, <0.001
Scissione	5.85 ± 1.59	6.66 ± 1.56	20.418, <0.001
Spostamento	4.31 ± 1.81	5.23 ± 1.88	19.793, <0.001
Dissociazione	3.85 ± 1.68	5.46 ± 1.58	74.455, <0.001
Fantasia	4.50 ± 1.97	5.94 ± 1.76	43.786, <0.001
Onnipotenza	5.17 ± 1.49	6.05 ± 1.52	27.123, <0.001
Aggressione pass.	5.15 ± 1.58	5.89 ± 1.41	18.142, <0.001
Proiezione	2.98 ± 1.50	4.84 ± 1.75	113.789, <0.001
Rimozione	4.19 ± 1.67	5.36 ± 1.73	37.864, <0.001
Annullamento	4.85 ± 1.62	5.71 ± 1.71	22.049, <0.001
Sublimazione	4.93 ± 1.52	5.33 ± 1.73	5.138, NS
Conversione	1.48 ± 1.03	2.28 ± 1.70	37.258, <0.001

⁵⁷ La legittimità di questa operazione è supportata da diverse ricerche che utilizzano la medesima procedura per rilevare, in ampi campioni *community-based*, soggetti ad alto rischio psicopatologico (Holi et al., 1999; Miotto et al., 2003).

Somatizzazione	3.23 ± 1.75	4.28 ± 2.00	26.424, <0.001
Ritiro	5.48 ± 2.09	6.41 ± 2.01	15.695, <0.001
Altruismo	6.81 ± 1.45	6.82 ± 1.61	0.010, NS
Diniego	4.11 ± 1.77	4.34 ± 2.14	1.201, NS
Humour	4.86 ± 1.77	4.86 ± 1.69	0.000, NS
Idealizzazione	6.47 ± 1.73	5.67 ± 1.96	15.893, <0.001
Intellettualizzazione	4.90 ± 1.43	4.91 ± 1.51	0.001, NS
Formazione reattiva	4.26 ± 1.61	4.65 ± 1.71	4.595, NS
Repressione	4.49 ± 1.63	4.72 ± 1.78	1.472, NS
Fattore 1	4.19 ± 0.90	5.32 ± 0.85	125.929, <0.001
Fattore 2	4.56 ± 1.03	4.90 ± 1.05	8.469, =0.004
Fattore 3	6.07 ± 1.12	5.94 ± 1.19	1.007, NS

Come è possibile osservare, i soggetti il cui disagio psichico si colloca al di sopra dei valori medi mostrano un uso significativamente più massiccio di tutti i 12 meccanismi di difesa più primitivi e di un meccanismo difensivo del fattore intermedio (onnipotenza); inoltre, per una difesa riconducibile al fattore maturo (idealizzazione) si osservano punteggi significativamente minori rispetto a quelli rilevati nel gruppo di controllo.

Tali rilievi si riflettono anche in un valore significativamente maggiore, nel gruppo di soggetti con GSI maggiore della media, a carico del punteggio fattoriale delle difese immature mentre, per quanto concerne le difese intermedie, si osserva solo un trend verso la significatività.

Relativamente all'andamento dei punteggi medi, compatibilmente a quanto già esposto in precedenza, essi si comportano secondo le attese suggerendo che elevati livelli di disagio psichico si associno ad un uso più massiccio di meccanismi difensivi primitivi e, in misura ridotta, di difese intermedie. Le difese mature, in particolare l'idealizzazione, dimostrano il loro ruolo quale fattore protettivo rispetto alla psicopatologia (Tuulio Henriksson et al., 1997). I risultati dei confronti eseguiti appaiono del tutto in linea con la letteratura sull'argomento e confermano il ruolo delle difese più primitive e disadattive nel discriminare tra soggetti in funzione dello status di clinici vs non clinici (Sammallahti, 1997; Bond, 2004).

ASSETTO DIFENSIVO E ANAMNESI POSITIVA PER INTERVENTI PSICOLOGICI O PSICHIATRICI

Allo scopo di accertare ulteriormente il rapporto tra assetto difensivo e disagio psicopatologico, è stata valutata la necessità di considerare, oltre ad indicatori di disagio psichico forniti direttamente dai soggetti coinvolti nella ricerca attraverso il questionario SCL-90-R, anche degli indicatori oggettivi di disagio quali una storia anamnestica positiva per interventi di esperti della salute mentale (psicologi, psicoterapeuti, psichiatri). Informazioni a questo riguardo era infatti esplicitamente richieste nel foglio di raccolta dati allegato a REM-71; sulla base di questi dati sono stati costituiti due gruppi di adolescenti in funzione dell'anamnesi positiva o negativa per interventi psicologici, psicoterapeutici o psichiatrici.

Appare doveroso precisare che, ai fini del presente studio, è stata utilizzata unicamente l'informazione relativa alla richiesta, formulata almeno una volta nella vita, di un consulto con un esperto della salute mentale, a prescindere quindi dall'essere stati sottoposti ad un vero e proprio trattamento farmacologico o psicoterapeutico, dalla sua durata e dal fatto che sia tuttora in corso.

I dati a nostra disposizione (tab. XVI) suggeriscono che, secondo le attese, non esiste una perfetta sovrapposizione tra coloro che hanno un'anamnesi positiva per interventi psicologici o psichiatrici e coloro che superano i valori-soglia per il GSI (χ^2 corretto per continuità=12.239, gl=1, $p<0.001$). Infatti, soltanto 29 (corrispondenti al 32% del totale) degli 89⁵⁸ soggetti che hanno un'anamnesi positiva per interventi di specialisti della salute mentale superano il punteggio soglia; inoltre, 60 soggetti con un'anamnesi positiva per interventi di esperti della salute mentale non presentano nell'attualità indici di disagio psichico significativamente al di sopra dei valori medi.

Inoltre, non bisogna dimenticare che i dati relativi al punteggio soglia GSI sono disponibili solo per un sottogruppo dell'intero campione di adolescenti, molto inferiore rispetto a quello

per cui si dispone dei dati relativi alla storia anamnestica; infatti, se tutti gli adolescenti (N=1090) hanno compilato REM-71 e il foglio anagrafico allegato, solo un sottogruppo (N=745) ha compilato anche SCL-90-R.

Tabella XVI. Associazione tra anamnesi positiva per interventi di esperti della salute mentale e punteggio GSI.

		Al di sotto della media	Al di sopra della media	Totale
Anamnesi per interventi di specialisti della salute mentale	Negativa	381	67	448
	Positiva	60	29	89
Totale		441	96	537

Queste osservazioni legittimano un confronto dell'assetto difensivo rispetto alla storia anamnestica; è stata quindi eseguita un'analisi multivariata della varianza allo scopo di accertare la presenza di differenze nell'assetto difensivo dei due gruppi (anamnesi positiva e negativa) controllando per il possibile effetto di confondimento della variabile genere⁵⁹.

L'effetto multivariato della variabile anamnesi è risultato altamente significativo (Lambda di Wilks=0.936, $F_{23,792}=2.372$, $p<0.001$); l'effetto multivariato del genere è risultato altresì significativo (Lambda di Wilks=0.786, $F_{23,792}=9.355$, $p<0.001$) ma non l'effetto multivariato della loro interazione (Lambda di Wilks=0.964, $F_{23,792}=1.302$, $p>0.05$)

Le statistiche descrittive per ciascuno dei 21 meccanismi difensivi e di tre punteggi fattoriali, il valore di F e il corrispondente livello di significatività (corretto mediante la procedura di Bonferroni per i contrasti multipli) vengono presentati in Tab. XVII.

⁵⁸ Il numero qui riportato di soggetti con anamnesi negativa per interventi psicologici o psichiatrici non corrisponde al valore riportato in precedenza nella descrizione del campione poiché sono stati selezionati solo i soggetti i cui protocolli SCL-90-R fossero completi.

⁵⁹ Non è stato infatti necessario alcun controllo per il possibile effetto di confondimento dell'età ($t_{724}=-1.334$, $p>0.05$)

Tabella XVII. Confronto dell'assetto difensivo di adolescenti con anamnesi positiva per interventi psicologici e psichiatrici e adolescenti con anamnesi negativa per tali interventi.

Difese	Anamnesi	N	Media	Deviazione std.	F _{1,814} , p value
Acting out	Negativa	704	4.54	1.81	11.549, p<0.001
	Positiva	114	5.19	1.99	
Scissione	Negativa	704	5.93	1.64	3.191, NS
	Positiva	114	6.27	1.59	
Spostamento	Negativa	704	4.32	1.86	5.305, NS
	Positiva	114	4.76	1.81	
Dissociazione	Negativa	704	4.00	1.96	13.153, p<0.001
	Positiva	114	4.62	1.73	
Fantasia	Negativa	704	4.53	2.03	8.475, NS
	Positiva	114	5.15	2.09	
Onnipotenza	Negativa	704	5.32	1.53	4.671, NS
	Positiva	114	5.61	1.40	
Aggressione passiva	Negativa	704	5.18	1.57	4.138, NS
	Positiva	114	5.46	1.51	
Proiezione	Negativa	704	3.21	1.65	9.399, p<0.001
	Positiva	114	3.75	1.86	
Rimozione	Negativa	704	4.28	1.71	4.989, NS
	Positiva	114	4.69	1.82	
Annullamento retroattivo	Negativa	704	4.95	1.58	3.733, NS
	Positiva	114	5.29	1.59	
Sublimazione	Negativa	704	4.91	1.47	4.716, NS
	Positiva	114	5.29	1.60	
Conversione	Negativa	704	1.49	1.08	12.460, p<0.001
	Positiva	114	1.88	1.43	
Somatizzazione	Negativa	704	3.30	1.81	17.125, p<0.001
	Positiva	114	4.20	2.20	
Ritiro	Negativa	704	5.55	2.07	0.742, NS
	Positiva	114	5.82	2.26	
Altruismo	Negativa	704	6.89	1.40	0.009, NS
	Positiva	114	6.98	1.64	
Diniego	Negativa	704	4.70 (4.08)	1.51 (1.86)	0.084 (=,086), NS (NS)
	Positiva	114	4.68 (4.07)	1.46 (1.78)	
Humour	Negativa	704	4.92	1.72	2.528, NS
	Positiva	114	4.59	1.74	
Idealizzazione	Negativa	704	6.41	1.77	4.309, NS
	Positiva	114	6.07	1.96	
Intellettualizzazione	Negativa	704	4.95	1.45	0.340, NS
	Positiva	114	4.96	1.55	
Formazione reattiva	Negativa	704	4.21	1.59	0.960, NS
	Positiva	114	4.33	1.70	
Repressione	Negativa	704	4.53 (4.27)	1.58 (2.05)	2.056 (5.570), NS (NS)
	Positiva	114	4.71 (4.92)	1.74 (1.89)	

Fattore I	Negativa	704	4.27	0.95	21.934, p<0.001
	Positiva	114	4.76	1.06	
Fattore II	Negativa	704	4.77	0.95	1.022, NS
	Positiva	114	4.81	0.97	
Fattore III	Negativa	704	6.07	1.10	0.039, NS
	Positiva	114	6.12	1.16	

Come è possibile osservare, gli adolescenti con anamnesi positiva per interventi psicologici e psichiatrici presentano differenze statisticamente significative nei punteggi medi di cinque difese immature quali acting out, dissociazione, proiezione, conversione, somatizzazione. Per tutte queste difese, i soggetti con anamnesi positiva ottengono punteggi medi significativamente maggiori rispetto ai controlli.

Queste differenze si riflettono anche in un valore medio significativamente maggiore a carico del punteggio fattoriale relativo alle difese immature.

Globalmente, i dati suggeriscono che adolescenti che siano venuti all'attenzione clinica presentino, rispetto ai loro coetanei, un livello di sviluppo difensivo più immaturo e disfunzionale che può aver legittimato, in situazioni di particolare stress e sovraccarico emozionale, il ricorso ad uno specialista della salute mentale.

CONFRONTO TRA ADULTI CLINICI E NON CLINICI

Infine, un'ultima indagine relativa al rapporto tra difese e psicopatologia, è stata eseguita allo scopo di accertare la capacità dei punteggi REM-71 di discriminare tra un campione di adulti non clinici e un campione di pazienti psichiatrici.

Considerato che i due gruppi differiscono, come già anticipato, sia per la distribuzione tra i due sessi che per l'età media, è stata eseguita un'analisi multivariata della covarianza in cui sesso ed età sono stati inseriti come possibili variabili di confondimento.

Il test omnibus MANOVA è risultato altamente significativo (Lambda di Wilks=0.705, $F_{23,160}=2.905$, $p<0.001$). Per quanto concerne il ruolo delle possibili variabili di confondimento, sia il sesso che l'età hanno mostrato un effetto multivariato significativo sui

punteggi medi (Sesso: $F_{23,160}=2.850$, $p<0.001$; Interazione: $F_{23,160}=1.986$, $p=0.007$; Età: $F_{23,160}=4.817$, $p<0.001$; Parallelismo: $F_{23,160}=2.112$, $p=0.004$).

Le statistiche descrittive per i due gruppi e i corrispondenti valori di F (il cui livello di significatività è stato corretto mediante la procedura di Bonferroni per i contrasti multipli), sono presentati nella tabella seguente (Tab XVIII).

Tabella XVIII. Confronto dell'assetto difensivo di pazienti psichiatrici adulti e controlli non clinici.

DIFESE	SESSO	N	PUNTEGGI MEDI	DEVIAZIONE STD.	$F_{(1,160)}$, p VALUE
Acting out	Controlli	154	3.64	1.65	15.522, p<0.001
	Clinici	34	4.29	1.82	
Scissione	Controlli	154	5.30	1.66	0.006, NS
	Clinici	34	5.65	2.06	
Spostamento	Controlli	154	3.04	1.59	4.108, NS
	Clinici	34	3.26	1.63	
Dissociazione	Controlli	154	2.99	1.58	4.764, NS
	Clinici	34	4.43	2.03	
Fantasia	Controlli	154	3.42	1.90	2.085, NS
	Clinici	34	4.51	2.13	
Onnipotenza	Controlli	154	4.48	1.39	1.101, NS
	Clinici	34	5.00	2.01	
Aggressione Passiva	Controlli	154	4.11	1.43	8.398, NS*
	Clinici	34	4.63	2.00	
Proiezione	Controlli	154	2.09	1.18	13.016, <0.001
	Clinici	34	3.72	2.15	
Rimozione	Controlli	154	3.69	1.80	0.049, NS
	Clinici	34	4.22	1.46	
Annullamento retroattivo	Controlli	154	3.54	1.90	3.242, NS
	Clinici	34	5.20	1.85	
Sublimazione	Controlli	154	4.99	1.56	0.433, NS
	Clinici	34	5.60	1.69	
Conversione	Controlli	154	1.34	0.90	1.076, NS
	Clinici	34	2.64	1.89	
Somatizzazione	Controlli	154	3.83	1.95	0.095, NS
	Clinici	34	4.20	2.49	
Ritiro	Controlli	154	5.54	2.10	1.794, NS
	Clinici	34	6.66	2.00	
Altruismo	Controlli	154	7.21	1.95	7.340, NS*
	Clinici	34	6.88	1.88	
Diniego	Controlli	154	4.37 (4.27)	1.54 (1.65)	0.107 (0.001), NS (NS)
	Clinici	34	4.73 (4.25)	1.66 (2.11)	
Humour	Controlli	154	5.02	1.77	9.283, NS*
	Clinici	34	4.37	1.86	

Idealizzazione	Controlli	154	5.92	1.65	2.093, NS
	Clinici	34	5.54	2.21	
Intellettualizzazione	Controlli	154	4.70	1.23	0.020, NS
	Clinici	34	5.45	1.82	
Formazione Reattiva	Controlli	154	3.92	1.57	1.117, NS
	Clinici	34	4.99	1.76	
Repressione	Controlli	154	4.66 (4.16)	1.74 (2.15)	1.200 (0.070), NS (NS)
	Clinici	34	5.10 (4.60)	1.91 (2.34)	
Fattore I	Controlli	154	3.54	0.99	11.093, < 0.001
	Clinici	34	4.45	1.15	
Fattore II	Controlli	154	4.52	0.91	1.657, NS
	Clinici	34	4.94	1.13	
Fattore III	Controlli	154	6.04	0.97	2.610, NS
	Clinici	34	5.98	1.39	

L'asterisco () indica un trend verso la significatività*

Come è possibile osservare, il campione di adulti clinici presenta punteggi significativamente maggiori in due difese riconducibili al fattore I: acting out e proiezione.

Inoltre, anche il punteggio relativo al fattore I mostra valori medi significativamente maggiori rispetto a quelli rilevati nel gruppo di controllo. In generale, a prescindere dalla significatività statistica, è possibile osservare che i soggetti clinici ottengono, in tutte le sottoscale facenti capo al fattore I, punteggi più elevati rispetto ai controlli.

Per altre tre difese (aggressione passiva, altruismo e humour) è presente un trend verso la significatività. Se per l'aggressione passiva i soggetti clinici mostrano punteggi maggiori dei controlli, per le altre due difese si osserva una tendenza opposta.

Questi risultati mostrano globalmente, in linea con la letteratura sull'argomento, che in campioni clinici è rintracciabile un assetto difensivo più immaturo e disfunzionale caratterizzato da un peso significativo a carico delle difese più primitive, a parità di uso di quelle mature e adattive (Bond, 2004).

In particolare, colpisce che gli unici due meccanismi difensivi per i quali si siano osservate differenze statisticamente significative tra i due gruppi rimandino in maniera diretta ai due

principali quadri clinici riscontrabili nel campione: l'acting out al disturbo da uso di sostanze e la proiezione ai disturbi psicotici.

Considerata tuttavia l'impossibilità di suddividere il campione clinico in sottogruppi diagnostici a causa della ridotta massa campionaria, ulteriori studi si rendono necessari per accertare la possibilità di discriminare l'assetto difensivo di pazienti affetti da diversi quadri clinici; seppure tale obiettivo, alla luce della ricca letteratura sull'argomento (Bond, 2004), appaia ambizioso, non sono ancora disponibili dati relativi all'utilizzo di REM-71.

DIFESE E BENESSERE

Allo scopo di valutare la relazione tra stili difensivi e il grado di soddisfazione in varie aree del funzionamento generale (scuola/lavoro, relazioni familiari e amicali, tempo libero e soddisfazione generale di sé), sono stati utilizzati cinque disegni di regressione multipla in cui il sesso e l'età sono stati inseriti come possibili fattori di confondimento.

Per queste elaborazioni sono stati utilizzati tutti i protocolli REM disponibili a prescindere dalla classe di età, dal sesso e dallo status di paziente o controllo non clinico.

I risultati sono esposti in tabella XIX.

Tabella XIX. Risultati della regressione multipla stepwise con gli stili difensivi quali predittori e le scale SCL-90-R quali variabili dipendenti (N=1005).

Area di funzionamento	Difese REM-71	β	t	p
Scuola/lavoro R ² =0.292; F(4,987)=22.979; p<0.001	1) Fattore I	-.273	-8.395	.000
	2) Fattore III	.125	3.835	.000
	3) Fattore II	.119	3.468	.001
	4) Sesso	.076	2.349	.019
Relazioni amicali R ² =0.123; F(5,998)=28.119; p<0.001	1) Fattore III	.238	7.495	.000
	2) Fattore I	-.240	-7.552	.000
	3) Età	-.157	-5.270	.000
	4) Sesso	-.080	-2.540	.011
	5) Fattore II	.078	2.325	.020
Relazioni familiari R ² =0.097; F(3,1000)=35.680; p<0.001	1) Fattore III	.253	8.110	.000
	2) Fattore I	-.183	-6.018	.000
	3) Sesso	-.178	-5.755	.000
Tempo libero R ² =0.107; F(5,1000)=23.859; p<0.001	1) Età	-.187	-6.201	.000
	2) Fattore III	.173	5.397	.000

	3) Sesso	-.146	-4.589	.000
	4) Fattore I	-.159	-4.963	.000
	5) Fattore II	.108	3.214	.001
Soddisfazione generale di sè R ² =0.152; F(4,997)=44.128; p<0.001	1) Fattore I	-.314	-10.080	.000
	2) Fattore II	.171	5.214	.000
	3) Sesso	-.180	-5.807	.000
	4) Fattore III	.173	5.527	.000

Come è possibile osservare, gli stili difensivi sono in grado di spiegare una quota di varianza compresa tra il 9 (Relazioni familiari) e il 29% (Scuola lavoro) dei punteggi relativi ai vari domini di funzionamento.

Per tutte le dimensioni prese in esame, con la sola eccezione del tempo libero, gli stili difensivi risultano significativamente associati a indici autoriferiti di adattamento psicologico.

In particolare, l'effetto dello stile difensivo risulta per tutte le dimensioni esaminate (con la sola eccezione del tempo libero) un migliore predittore del grado di soddisfazione rispetto al sesso e all'età.

In ciascuno dei domini presi in considerazione, punteggi più bassi nel fattore I e più alti nei fattori II e III, si associano a maggiori livelli di soddisfazione e adattamento.

Particolare rilievo acquista, relativamente a quest'area di indagine, il fattore III. Se infatti nel predire i punteggi relativi alle diverse aree psicopatologiche tale fattore mostrava un ruolo alquanto limitato, in questo contesto esso viene selezionato come predittore in tutti i domini presi in considerazione e, per quelli che rimandano più direttamente alle relazioni interpersonali (relazioni con i pari e relazioni familiari), rappresenta la prima variabile selezionata.

Questi risultati appaiono del tutto in linea con quanto rilevato nello studio di validazione della versione originale di REM-71 (Steiner et al., 2001) e in altri contributi che mettono in relazione la maturità dell'assetto difensivo (valutato clinicamente o attraverso il ricorso ad autosomministrati) con indicatori oggettivi e soggettivi di soddisfazione, benessere e

adattamento (Perry & Cooper, 1992; Vaillant, 1992, 1977; Erickson et al., 1996; Tuulio-Henriksson et al., 1997).

Infine, nelle tabelle che seguono (XX-XXIII) vengono riportate le norme percentili ricavate per la popolazione adolescenziale separatamente per maschi e femmine.

Tab. XX Norme percentili adolescenti femmine (Fattore I)													
	Fattore I	Acting out	Scissione	Spostamento	Dissociaz.	Fantasia	Agg. Passiva	Proiezione	Rimozione	Ann. Retroattivo	Conversione	Somatizzaz.	Ritiro
Validi N	390	421	423	423	425	421	425	425	424	419	425	421	423
Missing	38	7	5	5	3	7	3	3	4	9	3	7	5
Percentili													
5.0	2.88	1.67	3.33	1.33	1.67	1.33	2.67	1.00	1.33	2.33	1.00	1.00	2.00
10.0	3.33	2.33	3.67	2.00	2.33	1.67	3.00	1.33	2.00	3.00	1.00	1.33	3.00
15.0	3.49	2.67	4.00	2.33	2.67	2.33	3.33	1.33	2.33	3.33	1.00	1.67	3.67
20.0	3.61	3.00	4.67	2.67	3.00	2.67	3.67	1.67	3.00	3.67	1.00	2.00	4.00
25.0	3.75	3.33	5.00	3.00	3.00	3.00	4.00	2.00	3.33	4.00	1.00	2.33	4.33
30.0	3.87	3.67	5.33	3.33	3.33	3.33	4.33	2.33	3.50	4.33	1.00	2.67	4.67
35.0	4.03	4.00	5.67	3.67	3.67	3.67	4.67	2.33	3.67	4.33	1.00	3.00	5.00
40.0	4.18	4.33	5.67	4.00	4.00	4.00	4.67	2.67	4.00	4.67	1.00	3.33	5.33
45.0	4.25	4.33	6.00	4.00	4.00	4.33	5.00	2.67	4.00	5.00	1.00	3.67	5.67
50.0	4.33	4.67	6.33	4.33	4.33	4.67	5.00	3.00	4.33	5.00	1.00	3.67	6.00
55.0	4.47	5.00	6.33	4.67	4.33	5.00	5.10	3.33	4.33	5.33	1.00	4.00	6.33
60.0	4.67	5.00	6.67	5.00	4.67	5.33	5.33	3.67	4.67	5.67	1.00	4.33	6.67
65.0	4.80	5.33	7.00	5.00	5.00	5.67	5.67	3.67	5.00	5.67	1.00	4.67	7.00
70.0	4.94	5.67	7.33	5.33	5.33	5.67	5.67	4.00	5.33	6.00	1.00	5.00	7.33
75.0	5.10	6.00	7.67	5.67	5.67	6.00	6.00	4.33	5.67	6.33	1.33	5.33	7.33
80.0	5.25	6.33	7.67	6.00	6.00	6.33	6.33	5.00	5.67	6.33	2.00	5.67	7.67
85.0	5.44	6.67	8.00	6.33	6.33	7.00	6.67	5.33	6.33	6.67	2.67	6.00	8.00
90.0	5.61	7.00	8.33	7.00	6.67	7.33	7.00	5.80	6.67	7.33	3.33	6.67	8.67
95.0	6.10	7.97	8.67	7.67	7.33	8.00	7.67	6.90	7.33	7.67	4.00	7.67	9.00
100.0	7.42	9.00	9.00	9.00	9.00	9.00	9.00	9.00	9.00	9.00	9.00	9.00	9.00

Tab. XXI Norme percentili adolescenti femmine (Fattori II e III)													
	Fattore II	Diniego	Humour	Intellettualizz	Form. Reat.	Repressione	Omnipotenza	Fattore III	Idealizzaz.	Altruismo	Sublimaz.	Neutri	Lie
Validi N	412	423	422	423	424	427	422	425	419	424	426	424	428
Missing	16	5	6	5	4	1	6	3	9	4	2	4	0
Percentili													
5.0	2.87	2.00 (1.00)	2.00	2.25	1.67	2.00 (1.00)	2.38	1.00	3.33	4.50	2.33	3.20	1.00
10.0	3.18	2.67 (1.50)	2.50	2.75	2.00	2.33 (1.00)	3.10	1.33	4.33	5.25	3.33	3.80	2.90
15.0	3.41	3.00 (2.00)	2.86	3.25	2.33	2.67 (1.50)	3.67	1.33	4.67	6.00	3.67	4.15	3.00
20.0	3.53	3.33 (2.00)	3.00	3.50	2.67	3.00 (2.00)	4.00	1.67	5.33	6.25	3.67	4.40	4.00
25.0	3.71	3.33 (2.50)	3.50	3.75	3.00	3.00 (2.00)	4.33	2.00	5.33	6.50	4.00	4.80	4.00
30.0	3.87	3.67 (2.50)	3.75	4.00	3.33	3.33 (2.50)	4.33	2.33	5.67	6.75	4.33	5.00	5.00
35.0	4.01	3.67 (3.00)	4.00	4.00	3.33	3.67 (3.00)	4.67	2.33	6.00	7.00	4.67	5.20	5.00
40.0	4.14	4.00 (3.00)	4.25	4.25	3.67	3.67 (3.50)	4.67	2.67	6.33	7.00	4.67	5.40	5.00
45.0	4.30	4.00 (3.50)	4.50	4.50	4.00	4.00 (3.50)	5.00	2.67	6.33	7.25	5.00	5.60	5.00
50.0	4.45	4.33 (3.50)	4.50	4.50	4.00	4.33 (4.00)	5.00	3.00	6.67	7.50	5.00	5.80	6.00
55.0	4.56	4.67 (4.00)	4.75	4.75	4.33	4.67 (4.50)	5.33	3.33	7.00	7.50	5.33	5.80	6.00
60.0	4.67	4.67 (4.00)	5.00	5.00	4.67	4.67 (4.50)	5.33	3.67	7.33	7.75	5.33	6.00	6.00
65.0	4.81	5.00 (4.50)	5.50	5.25	5.00	5.00 (5.00)	5.67	3.67	7.33	8.00	5.67	6.20	7.00
70.0	4.97	5.33 (4.75)	5.75	5.25	5.00	5.33 (5.00)	6.00	4.00	7.67	8.00	6.00	6.40	7.00
75.0	5.14	5.33 (5.00)	6.00	5.50	5.33	5.33 (6.00)	6.33	4.33	8.00	8.25	6.00	6.60	7.00
80.0	5.27	5.67 (5.50)	6.25	5.75	5.33	5.67 (6.00)	6.33	5.00	8.00	8.50	6.33	6.80	8.00
85.0	5.43	6.00 (6.00)	6.50	6.00	5.67	6.00 (6.50)	6.67	5.33	8.33	8.75	6.67	7.20	8.00
90.0	5.62	6.33 (6.50)	7.25	6.50	6.33	6.67 (7.00)	7.33	5.80	8.67	8.75	7.33	7.40	8.00
95.0	6.15	7.27 (7.50)	7.50	7.20	7.00	7.33 (8.00)	7.67	6.90	8.67	9.00	7.67	7.95	9.00
100.0	7.62	9.00 (9.00)	9.00	8.50	8.33	9.00 (9.00)	8.67	9.00	9.00	9.00	9.00	9.00	9.00

Tab. XXII Norme percentili adolescenti maschi (Fattore I)													
	Fattore I	Acting out	Scissione	Spostamento	Dissociaz.	Fantasia	Agg. Passiva	Proiezione	Rimozione	Ann. Retroattivo	Conversione	Somatizzaz.	Ritiro
Validi N	508	615	620	619	616	623	620	620	623	625	625	626	618
Missing	144	37	32	33	36	29	32	32	29	27	27	26	34
Percentili													
5.0	2.63	1.67	3.33	1.3	1.00	1.00	2.33	1.00	1.33	2.33	1.00	1.00	1.67
10.0	2.97	2.33	3.67	2.00	1.67	1.67	3.33	1.33	2.00	3.00	1.00	1.00	2.33
15.0	3.31	2.67	4.33	2.33	2.00	2.33	3.67	1.67	2.53	3.33	1.00	1.33	3.00
20.0	3.44	3.00	4.67	2.67	2.33	2.67	4.00	1.67	2.67	3.67	1.00	1.33	3.33
25.0	3.58	3.33	5.00	3.00	2.67	3.33	4.33	2.00	3.00	4.00	1.00	1.67	3.67
30.0	3.69	3.67	5.00	3.33	2.67	3.67	4.67	2.33	3.33	4.00	1.00	2.00	4.00
35.0	3.81	3.67	5.33	3.67	3.00	3.67	4.67	2.33	3.67	4.33	1.00	2.33	4.67
40.0	4.02	4.00	5.67	4.00	3.33	4.00	5.00	2.67	3.67	4.67	1.00	2.33	4.67
45.0	4.14	4.33	5.67	4.00	3.67	4.33	5.33	3.00	4.00	4.67	1.00	2.67	5.00
50.0	4.26	4.67	6.00	4.33	3.67	4.67	5.33	3.33	4.33	5.00	1.00	3.00	5.33
55.0	4.39	4.67	6.00	4.67	4.00	5.00	5.67	3.33	4.67	5.10	1.00	3.00	5.87
60.0	4.48	5.00	6.33	5.00	4.33	5.33	6.00	3.67	4.67	5.33	1.00	3.33	6.00
65.0	4.67	5.33	6.33	5.33	4.67	5.33	6.00	4.00	5.00	5.67	1.33	3.67	6.33
70.0	4.83	5.67	6.67	5.67	4.67	5.67	6.33	4.33	5.33	6.00	1.67	4.00	6.67
75.0	4.99	6.00	7.00	6.00	5.00	6.33	6.33	4.67	5.33	6.33	2.33	4.33	7.00
80.0	5.14	6.33	7.33	6.33	5.33	6.33	6.67	5.00	5.67	6.33	2.67	4.67	7.33
85.0	5.28	6.67	7.33	6.67	6.00	6.67	7.00	5.33	6.13	6.67	3.33	5.00	7.67
90.0	5.53	7.33	7.67	7.00	6.33	7.33	7.33	5.67	6.67	7.00	3.67	5.67	8.00
95.0	5.89	8.00	8.33	7.67	6.67	8.00	8.00	6.67	7.00	7.33	5.00	6.33	8.67
100.0	7.28	9.00	9.00	9.00	9.00	9.00	9.00	9.00	9.00	9.00	9.00	8.67	9.00

Tab. XXIII Norme percentili adolescenti maschi (Fattore II e III)													
	Fattore II	Diniego	Humour	Intellettualizz	Form. Reatt.	Repressione	Onnipotenza	Fattore III	Idealizzaz.	Altruismo	Sublimaz.	Neutri	Lie
Validi N	559	618	616	612	622	618	616	588	618	615	624	616	636
Missing	93	34	36	40	30	34	36	64	34	37	28	36	16
Percentili													
5.0	3.04	2.67 (1.50)	2.00	2.75	1.67	2.00 (1.00)	3.00	3.73	2.67	3.50	2.33	3.00	1.00
10.0	3.42	3.00 (2.00)	2.75	3.25	2.33	2.67 (1.50)	3.67	4.17	3.33	4.50	3.00	3.54	2.00
15.0	3.64	3.33 (2.50)	3.00	3.75	2.67	3.00 (2.00)	4.00	4.45	4.00	5.00	3.33	4.00	3.00
20.0	3.83	3.67 (2.50)	3.50	4.00	3.00	3.33 (2.50)	4.33	4.77	4.33	5.25	3.67	4.20	3.00
25.0	4.08	3.67 (3.00)	3.75	4.25	3.33	3.67 (3.00)	4.33	5.05	5.00	5.50	3.67	4.45	3.00
30.0	4.24	4.00 (3.50)	4.00	4.50	3.67	4.00 (3.00)	4.67	5.22	5.00	5.75	4.00	4.62	4.00
35.0	4.37	4.33 (3.50)	4.25	4.75	3.67	4.00 (3.50)	5.00	5.36	5.33	6.00	4.00	4.80	4.00
40.0	4.51	4.67 (4.00)	4.50	5.00	4.00	4.33 (4.00)	5.00	5.53	5.67	6.25	4.33	5.00	5.00
45.0	4.65	4.67 (4.00)	4.75	5.00	4.33	4.67 (4.00)	5.33	5.69	6.00	6.50	4.67	5.20	5.00
50.0	4.81	5.00 (4.50)	5.00	5.25	4.33	4.67 (4.50)	5.50	5.89	6.33	6.75	4.67	5.40	5.00
55.0	4.89	5.00 (4.50)	5.25	5.50	4.67	5.00 (4.50)	5.67	6.03	6.33	6.75	5.00	5.60	5.00
60.0	5.04	5.33 (5.00)	5.50	5.50	4.67	5.13 (5.00)	6.00	6.14	6.67	7.00	5.00	5.80	6.00
65.0	5.18	5.67 (5.00)	5.75	5.75	5.00	5.33 (5.00)	6.00	6.27	7.00	7.00	5.33	6.00	6.00
70.0	5.35	5.67 (5.50)	6.00	6.00	5.33	5.67 (5.50)	6.33	6.44	7.33	7.25	5.33	6.20	7.00
75.0	5.54	6.00 (5.50)	6.00	6.25	5.67	6.00 (6.00)	6.67	6.58	7.67	7.50	5.67	6.40	7.00
80.0	5.72	6.33 (6.00)	6.50	6.50	6.00	6.00 (6.00)	7.00	6.75	8.00	7.75	6.00	6.60	7.00
85.0	5.89	6.67 (6.50)	6.75	6.75	6.33	6.33 (6.50)	7.00	6.92	8.00	8.00	6.33	6.80	8.00
90.0	6.12	6.67 (6.50)	7.07	7.00	6.67	6.67 (7.00)	7.33	7.19	8.33	8.25	6.67	7.20	8.00
95.0	6.49	7.33 (7.50)	7.75	7.50	7.33	7.67 (8.00)	8.00	7.57	8.67	8.75	7.67	7.60	9.00
100.0	7.76	9.00 (9.00)	9.00	9.00	8.00	8.67 (9.00)	9.00	8.78	9.00	9.00	9.00	9.00	9.00

CAPITOLO 8

CONCLUSIONI, LIMITI E PROSPETTIVE FUTURE

PROPRIETÀ PSICOMETRICHE DI REM-71

Relativamente alle proprietà psicometriche, la versione italiana di REM-71 ha dimostrato di essere uno strumento affidabile e valido per la valutazione dell'assetto difensivo di adulti e adolescenti.

La consistenza interna delle singole sottoscale, per quanto non pienamente soddisfacente secondo i più rigidi criteri psicometrici, è risultata del tutto in linea con i corrispondenti valori della versione originale e si colloca in uno standard assai elevato rispetto ad altri strumenti autosomministrati per la valutazione dell'assetto difensivo.

Per quanto riguarda invece la consistenza interna dei tre punteggi fattoriali, essa appare adeguata e legittima l'utilizzo di questi punteggi anche in un contesto clinico.

Inoltre, l'omogeneità dei singoli meccanismi difensivi è apparsa migliorata a seguito delle modifiche apportate ad alcuni item sulla base dei risultati di uno studio preliminare.

Relativamente alla struttura fattoriale, la soluzione prescelta in questo studio prevede la presenza di tre fattori, in linea con quanto emerso nello studio di validazione originale (Steiner et al., 2001) e con i contributi teorici ed empirici di altri autori che hanno generalmente identificato un numero di cluster difensivi compreso fra tre e sette (Bond, 1995; 2004).

Ulteriori studi sono tuttavia necessari per valutare la stabilità della struttura fattoriale rilevata nella presente ricerca anche in campioni sufficientemente ampi di adulti non clinici; alcuni elementi emersi, quali ad esempio la collocazione della difesa "idealizzazione" nel fattore

maturato e il suo andamento in termini evolutivi, lasciano ipotizzare, in linea con la letteratura sull'argomento (Feldman et al., 1996), la non perfetta sovrapposibilità della struttura degli stili difensivi di adulti e adolescenti. Inoltre, conferme della struttura latente di REM-71 dovrebbero anche riguardare l'inclusione di un più ampio campione di adolescenti e adulti reclutati in contesti clinici.

Un ulteriore elemento che dovrebbe essere oggetto di indagini ad hoc è la stabilità al re-test dei punteggi di REM-71; tale aspetto, che non è stato indagato neppure nel corso dello studio di validazione originale, non è stato preso in considerazione poiché condizione essenziale per ottenere l'autorizzazione alla somministrazione dei questionari nelle scuole contattate era la garanzia di assoluto anonimato. Allo scopo di ottenere dati su questa importante proprietà psicométrica, un campione sufficientemente ampio di soggetti dovrà essere sottoposto a REM-71 per due volte ad un intervallo di tempo compreso (compatibilmente con quanto emerge dalla letteratura) fra uno e tre mesi.

Inoltre, è attualmente in corso un progetto di ricerca per valutare la convergenza tra il profilo difensivo emerso dalla somministrazione di REM-71 e quello valutabile clinicamente sulla base dell'utilizzo della Defense Mechanism Rating Scale (Perry, 1991) a partire dai trascritti di colloqui di soggetti adulti clinici e non clinici. In particolare, per quanto possa apparire irrealistica una convergenza perfetta a livello dei singoli meccanismi difensivi, appare legittimo attendersi una sovrapposibilità dei punteggi fattoriali di REM-71 e il punteggio globale di maturità dell'assetto difensivo della DMRS. I risultati disponibili in letteratura, che riguardano però la somministrazione di DSQ, appaiono incoraggianti (Vaillant et al., 1986).

DIFFERENZE DI GENERE E DI ETÀ NELL'ASSETTO DIFENSIVO

Relativamente alle differenze di genere nell'assetto difensivo, i dati qui presentati appaiono del tutto in linea con la letteratura sull'argomento e confermano la presenza, in adolescenza come in età adulta, di assetti difensivi genere-specifici.

Relativamente all'età, l'assetto difensivo si è dimostrato andare incontro, nel passaggio dall'adolescenza all'età adulta, ad un processo di maturazione che prevede la progressiva riduzione nella pervasività dell'impiego di difese immature nella gestione delle situazioni conflittuali.

In particolare, l'adolescenza (13-20 anni) è emersa come una fase del ciclo di vita relativamente stabile quanto all'assetto difensivo e in cui alcuni limitati "aggiustamenti" si realizzano nella direzione di un'acquisizione di una visione della realtà meno idealizzata. Nel passaggio dall'adolescenza all'età adulta si verifica invece una drastica riduzione nell'uso di meccanismi difensivi immaturi che garantisce un migliore adattamento e si traduce in un più alto livello di funzionamento generale.

Tuttavia, la natura trasversale della presente ricerca e la iniqua rappresentatività di tutte le fasce di età (in particolare il mancato coinvolgimento di soggetti di età inferiore ai 13 anni e il ridotto numero di soggetti ultra-trentenni), impediscono di poter trarre conclusioni più generali sull'andamento evolutivo dell'assetto difensivo in una prospettiva che copra l'intero arco della vita.

E' tuttavia in corso di programmazione un progetto di ricerca che vedrà coinvolti soggetti pre-adolescenti (all'ingresso nella scuola secondaria di primo grado) seguiti in follow-up a cinque anni allo scopo di valutare l'evoluzione dell'assetto difensivo e la sua relazione con la successiva comparsa di manifestazioni psicopatologiche (valutate, a cinque anni dal primo assessment, attraverso il ricorso a interviste cliniche strutturate).

I risultati relativi alle differenze per genere ed età supportano la validità di contenuto di REM-71.

DIFESE E DISAGIO PSICHICO

I dati a nostra disposizione suggeriscono che l'utilizzo di difese immature di Fattore I rappresenti un buon predittore di manifestazioni psicopatologiche e di disagio psichico.

Non solo infatti i punteggi relativi a questo fattore si sono rivelati buoni predittori delle varie aree di disagio psichico esaminate mediante SCL-90-R, ma hanno anche permesso di discriminare tra adolescenti con manifestazioni di disagio in media e al di sopra della media rispetto alla loro classe di età, adolescenti con anamnesi positiva e negativa per interventi di esperti della salute mentale e adulti reclutati in servizi psichiatrici e controlli non clinici.

L'impossibilità di rilevare significative associazioni fra specifici meccanismi difensivi e manifestazioni di disagio psichico, come ipotizzato dagli autori di formazione psicodinamica, trova spiegazione nella fitta letteratura sull'argomento che riconosce la difficoltà nel discriminare, ricorrendo a strumenti autosomministrati per la valutazione delle difese, tra pazienti affetti da varie tipologie di disturbi mentali (Bond, 2004).

Per quanto riguarda gli altri due stili difensivi (intermedio e maturo) quali predittori del disagio psichico, la portata del loro effetto appare notevolmente limitata rispetto a quella del primo fattore e gli stili difensivi II e III sembrano piuttosto agire nella direzione di blandi fattori protettivi.

I dati da noi raccolti sulla relazione tra difese e psicopatologia si prestano tuttavia a differenti possibili interpretazioni.

Una prima interpretazione dei risultati è che i soggetti che fanno maggior ricorso alle difese immature siano più vulnerabili allo sviluppo di manifestazioni conclamate di disagio psichico come i dati ricavati da Vaillant (1977) nelle sue ricerche longitudinali sembrano chiaramente

suggerire. Tuttavia, l'associazione tra difese immature e disagio psichico potrebbe avere una spiegazione alternativa: cioè, in presenza di un disturbo psichiatrico, un soggetto potrebbe andare incontro ad una regressione e fare ricorso ad un repertorio difensivo più immaturo come tentativo di fronteggiare il disagio. In questo senso, il meccanismo difensivo si configurerebbe come un riflesso delle manifestazioni fenomenologiche del disturbo psichico (Holi et al., 1999). Ad esempio, un alto punteggio sulla scala REM-71 "somatizzazione" potrebbe riflettere un equivalente somatico della depressione e quindi potrebbe rappresentare non un antecedente bensì un correlato o un epifenomeno di un determinato disturbo mentale.

Tale seconda interpretazione sembra essere supportata da diversi studi che, attraverso il ricorso a strumenti autosomministrati per la valutazione dell'assetto difensivo, hanno rilevato cambiamenti piuttosto significativi a seguito di interventi terapeutici anche molto brevi in pazienti affetti da varie patologie psichiatriche. Ad esempio, Akkerman e coll. (1992) hanno rilevato che pazienti trattati per depressione maggiore mostravano, al loro ingresso in trattamento, punteggi significativamente maggiori nella scala delle difese immature ma tali punteggi tendevano a diminuire drammaticamente già a sette-nove settimane di ospedalizzazione; in un loro contributo più recente (Akkerman et al., 1999), gli autori concludono che lo stile difensivo possa essere soggetto a cambiamenti significativi nel corso di trattamenti psichiatrici intensivi e che il miglioramento progressivo dello stile difensivo prosegua ben oltre il periodo che si accompagna ai miglioramenti nel quadro sintomatologico. Nello studio di Kneepkens e coll. (1996) un significativo miglioramento nello stile difensivo era apprezzabile entro pochi giorni dall'inserimento in un programma terapeutico residenziale.

Di fatto, la natura *cross-sectional* del presente disegno di ricerca non lo rende adatto a mettere in evidenza relazioni causali tra sintomi psichici e difese. In un recente lavoro di review della letteratura, Michael Bond (2004) ha constatato che, nonostante "l'approccio ideale per

valutare se specifiche difese o stili difensivi possano costituire elementi di vulnerabilità per lo sviluppo futuro di patologie psichiche, sia quello prospettico, longitudinale, che preveda l'assessment delle difese nell'infanzia e nell'adolescenza e in momenti diversi dell'età adulta e indagli la presenza di specifiche correlazioni tra difese pre-esistenti e specifici quadri psicopatologici (...), uno studio simile non è mai stato condotto”.

Un ulteriore limite metodologico di questo contributo riguarda la natura *self-report* di REM-71 e di SCL-90-R.

In particolare, seppure REM-71 abbia mostrato proprietà psicometriche soddisfacenti nel presente studio e una struttura fattoriale del tutto compatibile con quella rilevata nello studio di validazione della versione originale dello strumento, la validità degli autosomministrati per la valutazione dell'assetto difensivo è stata oggetto di critiche e ha alimentato un acceso dibattito tuttora in corso (Davidson & MacGregor, 1998). Per quanto problemi di natura metodologica o teorica sembrano riguardare tutti gli strumenti e tutte le tecniche di valutazione delle difese (Cramer, 1991), sarebbe stato preferibile includere anche, almeno per un sottogruppo dei soggetti coinvolti, una valutazione multi-metodo dell'assetto difensivo che avrebbe potuto, ad esempio, riguardare l'inserimento della Defense Mechanism Rating Scale di Perry (1991); diversi autori hanno infatti suggerito che l'attendibilità della misura delle difese possa giovare della raccolta incrociata di informazioni attraverso il ricorso contemporaneo a più strumenti di assessment (Cramer, 1998a; Davidson & MacGregor, 1998).

Le associazioni rilevate tra le varie sottoscale dei due strumenti potrebbero essere, almeno in parte, riconducibili a varianza di metodo. Una parte delle correlazioni potrebbe essere ad esempio spiegata da contenuti sovrapponibili: entrambi gli strumenti hanno una sottoscala denominata “somatizzazione” seppure, ad un'indagine approfondita, i costrutti misurati non possano considerarsi del tutto equivalenti. Inoltre, secondo alcuni autori (Holi et al., 1999), le

relazioni significative rilevate tra difese e disagio psichico potrebbero riflettere una sottostante comune dimensione di benessere/malessere generale; contro tale conclusioni si possono tuttavia citare le riflessioni di ricercatori autorevoli secondo cui, le correlazioni non perfette tra i due punteggi (o la quota relativamente ridotta di varianza spiegata in disegni di regressione analoghi a quelli condotti nel presente studio), permettono di concludere che “la misura delle difese costituisca un indice diverso dalla pura e semplice valutazione della gravità sintomatologica” (Bond, 2004, pag.12).

Un’ulteriore considerazione di carattere metodologico viene dalle riflessioni di Phoebe Cramer, una delle massime autorità mondiali nell’area dell’assessment dei meccanismi di difesa. Secondo la Cramer (1998a), infatti, l’uso di uno strumento come REM-71 è cruciale nell’interpretazione dei risultati relativi ad un’altra variabile criterio, come in questo caso, il disagio psicopatologico valutato attraverso uno strumento autosomministrato; l’assetto difensivo assume cioè un ruolo determinante nel condizionare il modo in cui il soggetto fornirà informazioni relative alla variabile criterio stessa. Dice la Cramer (1998a, pag. 936)⁶⁰: “se assumiamo che l’uso del diniego (...) sia una tendenza stabile, allora dobbiamo attenderci che le persone che usano il diniego nel presentare se stessi in un’occasione [*ad esempio, rispondendo alle domande di REM-71*], possano utilizzarlo anche in altri casi. Pertanto, soggetti che, per sentirsi meglio, riferiscono di non avere preoccupazioni (diniego), quando successivamente interpellati per riferire di fenomeni di cui potrebbero essere preoccupati [*ad esempio, il loro stato di malessere sul piano psicopatologico*], continueranno a utilizzare le stesse strategie e affermeranno di godere di un benessere psichico superiore rispetto a quanto potrebbe essere rilevato da giudici indipendenti”. La conclusione raggiunta dall’autrice è quindi la necessità, nel dimostrare la presenza di una relazione diretta tra meccanismi di difesa e benessere/disagio psicologico, di ottenere una valutazione indipendente della variabile criterio.

A supporto di questa osservazione, la Cramer (2000) osserva che negli studi in cui le difese sono valutate in maniera indipendente attraverso materiale narrativo, l'uso di difese immature risulta essere correlato con alti punteggi GSI (Hibbard & Porcerelli, 1998; Perry & Hoglend, 1998) e, a livello dell'analisi fattoriale, la misura delle difese risulta una dimensione indipendente rispetto alla valutazione soggettiva della gravità sintomatologica (Perry & Hoglend, 1998), dato che supporta la scelta di un Asse supplementare del DSM per i meccanismi di difesa. Inoltre, il punteggio relativo alle difese emesso dal clinico si è dimostrato un buon predittore del funzionamento globale e interpersonale (Cramer, Blatt, & Ford, 1988; Perry & Cooper, 1992; Vaillant & Vaillant, 1992).

Al contrario, la ricerca sulla relazione tra misure self-report di difese e disagio psichico ha fornito risultati inconsistenti e le risposte fornite a DSQ e a SCL-90 hanno dimostrato, a livello di analisi fattoriale, di collocarsi lungo i due estremi di uno stesso continuum (Perry & Hoglend, 1998). Secondo l'autrice, "il fatto che clinici e ricercatori continuino a fare ricorso a strumenti self-report (per la valutazione del disagio psichico) senza tenere in debita considerazione il contributo che l'assetto difensivo ha nei punteggi osservati, è da considerarsi del tutto opinabile alla luce della mole impressionante di evidenze empiriche che dimostrano come tali misure *self-report* siano affette da bias" (Cramer, 2000; pag. 642).

Non bisogna inoltre trascurare che questo studio ha coinvolto soltanto adolescenti estratti dalla popolazione generale e non in contesti clinici. Pertanto, potrebbe essere appropriato attuare un tentativo di replicazione dei risultati a partire da dati raccolti da adolescenti reclutati in strutture residenziali per l'età evolutiva; in primo luogo, sarebbe opportuno il reclutamento di un congruo campione di adolescenti che si rivolgono all'attenzione clinica per diversi disturbi psichici; la ricerca dovrebbe includere una valutazione del disagio psichico formulata attraverso interviste cliniche standardizzate (quali quelle che rimandano alle categorie nosografiche previste dal manuale diagnostico DSM); in questo modo sarebbe

⁶⁰ Gli incisi in parentesi quadra sono miei.

possibile rilevare punteggi-soglia di attenzione clinica per i diversi meccanismi/stili difensivi che permettano una facile identificazione di adolescenti a rischio di conclamate manifestazioni di disagio psicopatologico.

Di fatto, attraverso un'attenta analisi dei dati anagrafici raccolti è stato comunque possibile identificare un sottogruppo di soggetti con anamnesi positiva per interventi psicologici e psichiatrici e soggetti che, per i livelli di disagio psichico riferito, si collocano significativamente al di sopra di valori medi stabiliti su ampi campioni pareggiati per età e sesso. Inoltre, REM-71 ha dimostrato, seppure non nel campione di adolescenti ma in età adulta, una buona capacità discriminativa tra il profilo difensivo di pazienti psichiatrici e controlli estratti dalla popolazione generale. E' in corso il reclutamento di un più ampio numero di pazienti psichiatrici finalizzato ad incrementare la massa campionaria e replicare i risultati del presente contributo.

Infine, come già anticipato, anche lo strumento utilizzato in questa ricerca per valutare il disagio psicopatologico non è esente da alcuni limiti; essi riguardano in particolare la mancanza di dati empirici sufficienti a giustificare l'utilizzo delle singole sottoscale relative ai diversi quadri psicopatologici. Seppure il disegno prescelto per la valutazione della relazione tra difese e disagio psichico (regressione multipla) sia in assoluto il più adatto per indagare il ruolo specifico di ogni meccanismo/stile difensivo nel contribuire a spiegare una quota della varianza dei punteggi SCL-90-R, i risultati ottenuti possono aver sensibilmente risentito delle ampie correlazioni esistenti tra i punteggi relativi alle differenti scale sintomatologiche.

Nonostante i limiti evidenziati, i dati emersi supportano l'utilizzo di REM-71 quale strumento di screening per il disagio psichico in adolescenza; in particolare, il rilievo di punteggi devianti (valutati mediante le norme percentili proposte) relativi al fattore I o alle difese di proiezione e dissociazione, possono essere considerati buoni predittori della presenza di un

disagio psichico clinicamente rilevante o comunque meritevole di ulteriori approfondimenti diagnostici.

DIFESE E BENESSERE

L'assetto difensivo è risultato un buon predittore del livello di benessere e adattamento riferito dal soggetto in varie aree del funzionamento individuale e sociale.

In particolare, appare rilevante il ruolo delle difese mature che risultano significativamente correlate ad un buon funzionamento in tutte le aree considerate, in particolar modo quelle che chiamano in causa più direttamente le relazioni interpersonali con altri significativi (con i pari e con i familiari).

Per quanto non esente da alcuni limiti di carattere metodologico (valgono infatti le stesse considerazioni della Cramer riportate in precedenza), questo risultato fornisce ulteriore supporto alla validità della soluzione trifattoriale rilevata nella presente ricerca e sottolinea la capacità delle diverse sottoscale di REM-71 di fungere da indicatori di disagio (difese immature) o di possibili risorse e adattamento (difese mature). In questo senso, REM-71 si propone come strumento per la valutazione sia dei fattori di rischio psicopatologico, sia come indice delle risorse individuali permettendo quindi di rilevare un quadro completo delle aree di vulnerabilità e dei punti di forza della personalità dell'adolescente.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Albucher, R. C., Abelson, J. L., & Nesse, R. M. (1998). Defense mechanism changes in successfully treated patient with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, *155*, 558-559.

Akkerman, K., Lewin, T.J., & Carr, V.J. (1999). Long-term changes in defense style among patients recovering from major depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *187*, 80-87.

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd Edition (DSM III). Washington DC: American Psychiatric Association.

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.

American Psychiatric Association. (1994). Global Assessment of Functioning. In Asse V di American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*, 4th edition (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition, Text Revision (DSM IV TR). Washington DC: American Psychiatric Association.

Andreasen, N. C. (1996). Creativity and mental illness: a conceptual and historical overview. In J.J. Schildkraut & A. Otero (Eds.), *Depression and spiritual in modern art: Homage to Miro* (pp. 2-14). New York: Wiley & Sons.

- Andrews, G., Pollock, C., & Stewart, G. (1989). The determination of defense style by questionnaire. *Archives of General Psychiatry*, *46*, 455-460.
- Andrews, G., Singh, M., & Bond, M. (1993). The Defense Style Questionnaire. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *181*, 246-256.
- Araujo, K., Ryst, E., & Steiner, H. (1999). Adolescent defense style and life stressors. *Child Psychiatry and Human Development*, *30(1)*, 19-28.
- Arntz, A., Hoorn, van den M., Cornelis, J., Verheul, R., Bosch van den, W., Bie de, A.J.H.T. (2003). Reliability and validity of the Borderline Personality Disorder Severity Index. *Journal of Personality Disorders*, *17 (1)*, 45-59.
- Balint, M. (1937). Primi stadi dello sviluppo dell'Io. In M. BALINT, (1952), *L'amore primario*. Tr. it. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1990.
- Barron, J.W. (a cura di) (2005). *Dare un senso alla diagnosi*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Battista, J. R. (1982). Empirical test of Vaillant's test of ego function. *American Journal of Psychiatry*, *139*, 356-357.
- Bauer, S. F., & Rockland, L. H. (1995). The inventory of defense-related behaviors: an approach to measuring defense mechanism in psychotherapy: A preliminary report. In H.R. Conte & R. Plutchick (Eds.), *Ego defenses : Theory and measurement* (pp.300-314). New York: John Wiley & Sons.
- Baumeister, R.F., Dale, K., & Sommer, K.L. (1998). Freudian defense mechanisms and empirical findings in modern social psychology: reaction formation, projection, displacement, undoing, isolation, sublimation, and denial. *Journal of Personality*, *66*, 1081-1124.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. E., & Erbaugh, J. K. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, *4*, 561-571.

- Bellak, L., Hurvich, M., & Gediman, H. (1973). *Ego functions in schizophrenics, neurotics and normals*. New York: John Wiley & Sons.
- Bion, W.R. (1957). Criteri differenziali tra personalità psicotica e non psicotica. In W.R. Bion. *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Tr. it., Armando, Roma 1970.
- Bion, W.R. (1959). Attacchi al legame. In W.R. Bion. *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico* (pp. 73-102). Tr. it. Armando, Roma 1970.
- Blaase, H., & Elklit, A. (2001). Psychological characteristics of women with eating disorders: permanent or transient features? *Scandinavian Journal of Psychology*, 42(5), 467-78.
- Blatt, S.J., & Levy K.N. (2005). Un approccio psicodinamico alla diagnosi della psicopatologia. In J.W. Barron (a cura di), *Dare un senso alla diagnosi*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Blum, G.S. (1950). *The Blacky Pictures: A technique for the exploration of personality dynamics*. New York: International Universities Press.
- Blum, G.S. (1954). *Procedure for the assessment of conflict and defense*. Manoscritto non pubblicato. Ann Arbor, University of Michigan, MI.
- Blum, G.S. (1955). Perceptual defense revisited. *Journal of Abnormal Social Psychology*, 51, 24-29.
- Blum, G.S. (1956). Defense preferences in four countries. *Journal of Projective Techniques*, 20, 33-41.
- Bond, M. (1986). Defense Style Questionnaire. In G.E. Vaillant (Ed.), *Empirical studies of ego mechanisms of defense* (pp.146-152). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Bond, M. (1990). Are “borderline” defenses specific to borderline personality disorder?. *Journal of Personality Disorder*, 4, 251-256.

Bond, M. (1995). Development and properties of the Defense Style Questionnaire. In H.R. Conte, & R. Plutchik (Eds.), *Ego defenses: Theory and measurement* (pp. 202-220). New York: John Wiley & Sons.

Bond, M. (2004). Empirical studies of defense style: relationships with psychopathology and change. *Harvard Review of Psychiatry, 12*(5), 263-278.

Bond, M., Gardner, S.T., Christian, J., & Sigal, J.J. (1983). Empirical study of self-rated defense styles. *Archives of General Psychiatry, 40*, 333-338.

Bond, M., Paris, J., & Zweig-Frank, H. (1993). Defense styles and borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 8*, 28-31.

Bond, M., & Perry, J.C. (in press). Long term changes in defense style with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety and personality disorders. *American Journal of Psychiatry*.

Bond, M., Perry, J.C., Gautier, M., Goldenberg, H., Oppenheimer, J., & Simand, J. (1989). Validating the self-report of defense styles. *Journal of Personality Disorders, 3*, 101-112.

Bond, M., & Sagala Vaillant, J. (1986). An empirical study of the relationship between diagnosis and defense style. *Archives of General Psychiatry, 42*, 285-288.

Bonsack, C., Despland, J. N., & Spagnoli, J. (1998). The French version of the Defense Style Questionnaire. *Psychotherapy and Psychosomatics, 67*, 24-30.

Bonyng, E. R. (1993). Unidimensionality of SCL-90-R scales in adult and adolescent crisis samples. *Journal of Clinical Psychology, 49*, 212-215.

Brenner, C. (1981). Defense and defense mechanisms. *Psychoanalytic Quarterly, 50*, 557-569.

Brodman, K., Erdmann, A. J., Wolff, H.G., et al. (1949). The Cornell Medical Index: An adjunct to medical interview. *Journal of the American Medical Association, 140*, 530-534.

- Brophy, C. J., Norvell, N. K. & Kiluk, D. J. (1988). An examination of factor structure and convergent validity of the SCL-90-R in an outpatient clinic population. *Journal of Personality Assessment*, 52, 334-340.
- Buss, A. H., & Durkee, A. (1957). An inventory for assessing different kinds of hostility. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 343-349.
- Calvo, V., & Battistella, M. (2005). Aspetti di validazione della versione italiana della scala SCL-90-R applicata a studenti universitari. In: Atti del X Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana di Psicologia (AIP), Cagliari, 23-24 Settembre 2005.
- Carneiro Leao, I. (1986). Identification and its vicissitudes as observed in adolescence. *International Journal of Psychoanalysis*, 67(Pt 1), 65-75.
- Carrion, V., & Steiner, H. (2000). Trauma and dissociation in delinquent adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(3), 353-359.
- Clark, A. & Friedman, M. J. (1983). Factor structure and discriminant validity of the SCL-90 in a veteran psychiatric population. *Journal of Personality Assessment*, 47, 396-404.
- Cloninger, C.R., Przybeck, T.R., & Svrakic, D.M. (1991). The Tridimensional Personality Questionnaire: U.S. Normative Data. *Psychological Reports*, 69, 1047-1057.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., Przybeck, T. R. (1993). A psychological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50, 975-990.
- Comings, D. E., MacMurray, J., Johnson, P., Dietz G., & Muhleman, D. (1995). Dopamine D2 receptor gene (DRD2) halotypes and the Defense Style Questionnaire in substance abuse, Tourette syndrome and controls. *Biological Psychiatry*, 37, 798-805.
- Compas, B. (1987). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, 101, 393-403.

Conte, H., Apter, A. (1995). The Life Style Index: a self-report measure of ego defenses. In H. Conte, R. Plutchick (Eds.), *Ego defenses: Theory and measurement* (pp. 179-201). New York: John Wiley & Sons.

Conte, H.R., & Plutchik, R. (1993). The measurement of ego defenses in clinical research. In U. Henkschel, G.J.W. Smith, W. Ehlers, & J.G. Draguns (Eds.), *The concept of defense mechanisms in contemporary psychology: Theoretical, research, and clinical perspectives* (pp. 275-289). New York: Springer-Verlag.

Conte, H.R., & Plutchik, R. (Eds.). (1995). *Ego defenses: Theory and measurement*. New York: Wiley.

Conti, L. (2001). *Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria*. Roma: Società Editrice Universo.

Cooper, S. (1989). Recent contributions to the theory of defense mechanisms: A comparative view. *Journal of American Psychoanalysis Association*, 37, 865-893.

Cooper, S. (1992). The empirical study of defensive processes: A review. In J.W. Barron, M.N. Eagle, & D.L. Wolitzsky (Eds.), *Interface of psychoanalysis and psychology* (pp.327-346). Washington DC: American Psychological Association.

Cooper, S. (1998). Changing notions of defense within psychoanalytic theory. *Journal of Personality*, 66(6), 947-964.

Cooper, S. H., Perry, J. C., & Arnow, D. (1988). An empirical approach to the study of defense mechanisms: 1. Reliability and preliminary validity of the Rorschach Defense Scales. *Journal of Personality Assessment*, 52, 187-203.

Craig, A., Franklin, J., & Andrews, G. (1984). A scale to measure locus of control of behavior. *British Journal of Medical Psychology*, 57, 173-180.

Cramer, P. (1979). Defense mechanisms in adolescence. *Developmental Psychology*, 15, 476-477.

Cramer, P. (1987). The development of defense mechanism. *Journal of Personality*, 55, 597-614.

Cramer, P. (1988). The Defense Mechanism Inventory: a review of research and discussion of the scales. *Journal of Personality Assessment*, 52, 142-164.

Cramer, P. (1991). *Development of defense mechanisms: Theory, research and assessment*. New York: Springer-Verlag.

Cramer, P. (1995). Identity, narcissism and defense mechanisms in late adolescence. *Journal of Research in Personality*, 29, 341-361.

Cramer, P. (1997). Identity, personality and defense mechanisms: an observer-based study. *Journal of Research in Personality*, 31, 58-77.

Cramer, P. (1998a). Coping and defense mechanism: What's the difference? *Journal of Personality*, 66(6), 921-946.

Cramer, P. (1998b). Defensiveness and defense mechanisms. *Journal of Personality*, 66(6), 879-894.

Cramer, P. (1999). Ego functions and ego development: defense mechanisms and intelligence as predictors of ego level. *Journal of Personality*, 67, 735-760.

Cramer, P. (2000). Defense mechanisms in psychology today. *American Psychologist*, 55(6), 637-646.

Cramer, P., Blatt, S. J., & Ford, R. Q. (1988). Defense mechanisms in the anaclitic and introjective personality configuration. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 610-616.

Cramer, P., & Block, J. (1998). Preschool antecedents of defense mechanism use in young adults: A longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 159-169.

Cramer, P., & Davidson, K. (Eds.). (1998). Defense mechanisms in contemporary personality research [Special issue]. *Journal of Personality*, 66(6).

Cramer, P., & Gaul, R. (1988). The effects of success and failure on children's use of defense mechanisms. *Journal of Personality*, *56*, 729-742.

Cramer, P., & Kelly, F.D. (2004). Defense mechanisms in adolescent conduct disorder and adjustment reaction. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *192*(2), 139-145.

Crandall, V. C., Crandall, V. J., & Katkovsky, W. (1965). A children's social desirability questionnaire. *Journal of Consulting Psychology*, *29* (1), 27-36.

Crowne, D. P., & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Clinical Consulting Psychology*, *24*, 349-354.

Davey G.C., Hampton, J., Farrell, J., & Davidson, S. (1992). Some characteristics of worrying and anxiety as separate constructs. *Personality and Individual Differences*, *13*, 133-147.

Davidson, K., & MacGregor, M. W. (1996). The reliability of Defense-Q. *Journal of Personality Assessment*, *66*, 624-639.

Davidson, K.W., & MacGregor, M.W. (1998). A critical appraisal of self-report defense mechanism measures. *Journal of Personality*, *66*(6), 965-992.

Davidson, K.W., MacGregor, M.W., Johnson, E.A., Woody, E.Z., & Chaplin, W.F. (2004). The relation between defense use and adaptive behavior. *Journal of Research in Personality*, *38*, 105-129.

Dazzi, N., De Coro, A. (2001), *Psicologia dinamica. Le teorie cliniche*. Bari: Laterza.

Derogatis, L. R. (1983). SCL-90-R. Administration, scoring and procedures manual. Baltimore: Clinical Psychometric Research.

Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Covi, L. (1973). SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale-preliminary report. *Psychopharmacology*, *9*, 13-28.

Derogatis, L. R., Spencer, P. M. (1982). *The Brief Symptom Inventory (BSI) administration, scoring & procedures manual-1*. Baltimore: Johns Hopkins University School of Medicine.

- Devens, M., & Erickson, M. (1998). The relationship between defense styles and personality disorders. *Journal of Personality Disorders, 12*(1), 86-93.
- Diehl, M., Coyle, N., & Labouvie-Vief, G. (1996). Age and sex differences in strategies of coping and defense across the life span. *Psychology and Aging, 11*, 127-139.
- Dubester, K.A., & Braun, B.G. (1995). Psychometric properties of the Dissociative Experiences Scale. *Journal of Nervous and Mental Disease, 183*, 231-235.
- Ebata, A., & Moos, R. (1991). Coping and adjustment in distressed and healthy adolescents. *Journal of Applied Developmental Psychology, 12*, 33-54.
- Ehlers, W., & Czogalik, D. (1984). Dimensionen der klinischen beurteilung von abwehrmechanismen (Dimension of clinical assessment of defense mechanisms). *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik, 29*, 129-138.
- Erickson, E. (1964). Inner and outer space: reflections on womanhood. In R.J. Lifton (Ed.), *The woman in America* (pp. 1-26). Boston: Beacon Press.
- Erickson, S., Feldman, S.S., & Steiner, H. (1996). Defense mechanisms and adjustment in normal adolescents. *American Journal of Psychiatry, 153*, 826-828.
- Erickson, S., Feldman, S.S., & Steiner, H. (1997). Defense reactions and coping strategies in normal adolescents. *Child Psychiatry and Human Development, 28*(1), 45-56.
- Exner, J.E. (2001). Rorschach: compendio per il Sistema Comprensivo. Tr. It. Milano, Franco Angeli, 2003.
- Eysenk, H. J., Eysenk, S. B. G. (1975). *The manual of the Eysenk Personality Questionnaire*. London: Hodder & Stoughton.
- Eysenck, H.J., Eysenck, S.P.B. (1993). Recent advances in the cross-cultural study of personality. In J.N. Butcher, C.D. Spielberger (Eds.), *Advances in Personality Assessment, vol 2*. Hillsdale NJ: Erlbaum.

Farma, T. & Cortinovis, I. (2001). Misurare i meccanismi di difesa attraverso il Defense Style Questionnaire a 40 item. Attendibilità dello strumento e suo utilizzo nel contesto Italiano. *Ricerche di Psicologia*, 24(3-4), 127-144.

Feldman, S.S., Fisher, L., & Ransom, D.C. (1995). Is “what is good for the goose good for the gander?” Sex differences in relationships between adolescent coping and adult adjustment. *Journal of Research in Adolescence*, 5, 333-359.

Feldman, S.S., Araujo, K., & Steiner, H. (1996). Defense mechanisms in adolescents as a function of age, sex, and mental health status. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(10), 1344-1355.

Fenichel, O. (1945). *Trattato di psicoanalisi*. Tr.it. Astrolabio, Roma 1951.

Foreman, S.A., & Marmar, C.R. (1985). Therapist actions that address initially poor therapeutic alliances in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 142, 922-926

Freud, A. (1936). *L'Io e i meccanismi di difesa*. Tr. It. in “Opere”, vol. 1. Bollati Boringhieri, Torino 1978.

Freud, A. (1965). *Normalità e patologia nell'età infantile*. Tr. it. in: *Opere*, vol. 3. Boringhieri, Torino 1979.

Freud, S. (1894), *Le neuropsicosi da difesa*. OSF, vol. 2.

Freud, S. (1905), *Il motto di spirito e la sua relazione con l'inconscio*. OSF, vol. 5.

Freud, S. (1915), *La rimozione*. OSF, vol. 7.

Freud, S. (1925), *Inibizione, sintomo e angoscia*. OSF, vol. 10.

Freud, S. (1933). The psychology of women. In J. Strachey (Ed. and Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol.22, pp.2). London: Hogarth Press.

Freud, S. (1937), *Analisi terminabile e interminabile*. OSF, vol. 11.

- Frydenberg, E., Lewis, R. (1991). Adolescent coping: the different ways in which boys and girls cope. *Journal of Adolescence*, 14, 119-133.
- Gabbard, G. O. (2000). *Psichiatria psicodinamica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Gedo, J.E. & Goldberg, A. (1973). *Modelli della mente*. Tr. it. Astrolabio, Roma 1975.
- Gleser, G.C., & Ihilevich, D. (1969). An objective instrument for measuring defense mechanisms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 51-60.
- Goldberg, D. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford University Press.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleishmann, R. L., Hill, C. L., Heninger, G. R., & Charney, D. S. (1989). The Yale- Brown Obsessive-Compulsive Scale, I: development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Grant, K.E., Compas, B.E., Stuhlmacher, A.F., Thurm, A.E., McMahon, S.D., & Halpert, J.A. (2003). Stressors and child and adolescent psychopathology: Moving from markers to mechanism of risk. *Psychological Bulletin*, 129, 447-466.
- Haan, N. (1963). Proposed model of Ego functioning: Coping and defense mechanisms in relationship to IQ change. *Psychology Monographs*, 77, 1-23.
- Haan, N. (1977). *Coping and defending: Process of self-environment organization*. New York: Academic Press.
- Hackett, T. P., & Casseman N. H. (1974). Development of a quantitative rating scale to assess denial. *Journal of Psychosomatic Research*, 18, 93-100
- Hart, D., & Chmiel, S. (1992). Influence of defense mechanisms on moral development: A longitudinal study. *Developmental Psychology*, 28, 722-730.
- Hauser, S.T., & Bowlds, M.K. (1990). Stress, coping, and adaptation within adolescence: diversity and resilience. In S.S. Feldman & G. Elliott (Eds.), *At the threshold: The developing adolescent*. Cambridge, MA: Harvard University.

Hentschel, U., Draguns, J.G., Ehlers, W., & Smith, G.J.W. (2004). Defense mechanisms: current approaches to research and measurement. In U. Hentschel, G.J.W. Smith, J.G. Draguns, W. Ehlers (Eds.), *Defense mechanisms: Theoretical, research, and clinical perspectives* (pp. 3-42). Amsterdam: Elsevier.

Hentschel, U., Smith, G.J.W., Ehlers, W., & Draguns, J.G. (1993). *The concept of defense mechanisms in contemporary psychology: Theoretical, research, and clinical perspectives*. New York: Springer.

Hessel, A., Schumacher, J., Geyer, M., & Brähler, E. (2001). Symptom-Checkliste SCL-90-R: Testtheoretische Überprüfung und Normierung an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Diagnostica, 47*, 27-39.

Hibbard, S., & Porcerelli, J. (1998). Further validation for the Cramer Defense Mechanism Manual. *Journal of Personality Assessment, 70*, 460-483.

Holi, M.M., Sammallahti, P.R., & Aalberg, V.A. (1998). A Finnish validation study of the SCL-90. *Acta Psychiatria Scandinavia, 97*, 42-46.

Holi, M.M., Sammallahti, P.R., & Aalberg, V.A. (1999). Defense styles explain psychiatric symptoms: an empirical study. *Journal of Nervous & Mental Disease, 187(11)*, 654-660.

Holmes, D.S., & McCaul, K.D. (1989). Laboratory research on defense mechanisms. In R.W.J. Neufeld (Ed.), *Advances in the investigation of psychological stress* (pp. 161-192). New York: Wiley.

Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of event scale. A measure of subjective strength. *Psychosomatic Medicine, 41*, 209-218.

Hyer, S. E., Rieder, R. O., Williams, J. B. W., Spitzer, R. L., Hendler, J., & Lyons, M. (1988). The Personality Diagnostic Questionnaire: Development and preliminary results. *Journal of Personality Disorders, 2*, 229-337.

Jacobson, A. M., Beardslee, W., Hauser S. T., Noam, G.G., & Powers, S.I. (1986a). An approach at evaluating ego defense mechanisms using clinical interviews. In G.E. Vaillant (Ed.), *Empirical studies of the ego mechanisms of defense* (pp. 181-194). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Jacobson, A.M., Beardslee, W., Hauser, S.T., et al. (1986b). Evaluating ego defense mechanisms using clinical interviews: an empirical study of adolescent, diabetic and psychiatric patients. *Journal of Adolescence*, 9, 303-319.

Joffe, P., & Naditch, M.P. (1977). Paper and pencil measures of coping and defense processes. In N. Haan (Ed.), *Coping and defending: Processes of self-environment organization* (pp.280-294). New York: Academic Press.

Johnson, J. G., Bornstein, R. F, Krukonis, A. B. (1992). Defense styles as predictors of personality disorder symptomatology. *Journal of Personality Disorders*, 6(4), 408-416.

Johnson, N.L. & Gold, S.N. (1995). The Defense Mechanism Profile: a sentence completion test. In H.R. Conte & R. Plutchick (Eds.), *Ego Defenses. Theory and Measurement*. New York: J. Wiley.

Karasu, T.B., & Skodol, A.E. (1980). Vith axis for DSM-III: Psychodynamic evaluation. *American Journal of Psychiatry*, 137, 607-610.

Katz, J.L., Weiner, H., Gallagher, T.F., & Hellman, L. (1970). Stress, distress, and ego defenses. *Archives of General Psychology*, 23, 131-142.

Kernberg, O.F. (1975), *Sindromi marginali e narcisismo patologico*. Tr. it. Boringhieri, Torino 1978.

Kernberg, O. (1976). Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 15, 641-685.

Kernberg, O.F. (1984), *Disturbi gravi della personalità*. Tr. it. Boringhieri, Torino 1987.

- Kernberg, O.F. (1992), *Aggressività, disturbi della personalità e perversioni*. Tr. it. Raffaello Cortina Editore, Milano 1993, pp. 185-203
- Kernberg, O.F. (1996), "Teoria psicoanalitica dei disturbi di personalità". In Clarkin, J.F., Lenzenweger, M. (a cura di), *I disturbi di personalità. Le cinque principali teorie* (pp. 107-139). Tr. it. Raffaello Cortina Editore, Milano 1997.
- Kernberg, P. (1994). Mechanisms of defense: development and research perspectives. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 58(1), 55-87.
- Kipper, L., Blaya, C., Teruchkin, B., Heldt, E., Isolan, L., Mezzomo, K. et al. (2004). Brazilian patients with panic disorder: The use of defense mechanisms and their association with severity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(1), 1-7.
- Klein, M. (1927), "Tendenze criminali nei bambini normali". In *Scritti 1921-1958*. Tr.it. Boringhieri, Torino 1978, pp. 197-213.
- Klein, M. (1930), "L'importanza della formazione dei simboli nello sviluppo dell'Io". In *Scritti 1921-1958*. Tr.it. Boringhieri, Torino 1978, pp. 249-264.
- Klein, M. (1946), "Note su alcuni meccanismi schizoidi". In *Scritti 1921-1958*. Tr.it. Boringhieri, Torino 1978, pp. 409-434.
- Klein, M. (1957), *Invidia e gratitudine*. Martinelli, Firenze 1969.
- Koenigsberg, H.W., Harvey, P.D., Mitropoulou, V., New, A.S., Goodman, M., Silverman, J. et al. (2001). Are the interpersonal and identity disturbances in the borderline personality disorder criteria linked to the traits of affective instability and impulsivity. *Journal of Personality Disorders*, 15(4), 358-370.
- Kneepkens, R.G., & Oakley, L.D. (1996). Rapid improvement in the defense style of depressed women and men. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184(6), 358-361.
- Kragh, U. (1985). *Defense Mechanism Test-DMT manual*. Stockholm: Persona.

Kyoon, L., Gunderson, J.G., Phillips, K.A. (1998). Personality dimensions associated with depressive personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 12, 46-55.

Labouvie-Vief, G., Hakim-Larson, J., & Hobart, C.J. (1987). Age, ego level, and the life-span development of coping and defense processes. *Psychology and Aging*, 2, 286-293.

Laor, N., Wolmer, L., & Cicchetti, D.V. (2001). The comprehensive assessment of defense style: Measuring defense mechanisms in children and adolescents. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(6), 360-368.

Laplanche J, Pontalis JB: *The Language of Psychoanalysis*, London, Hogarth Press 1973; p.109; Tr. It. *Enciclopedia della Psicoanalisi*. Bari: Laterza, 2003.

Lazarus, R.S., Averill, J.R., & Opton, E.M. (1974). The psychology of coping: issues of research and assessment. In E.G. Coehlo (Ed.), *Coping and adaptation* (pp. 249-315). New York: Basic Books.

Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

Lenzenweger, M.F., Clarkin, J.F., Kernberg, O.F. & Foelsch, P.A. (2001). The Inventory of Personality Organization: psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a nonclinical sample. *Psychological Assessment*, 13(4), 577-91.

Lerner, P., & Lerner, H. (1980). Rorschach assessment of primitive defenses in borderline personality structure. In H. Kwawer, H. Lerner, P. Lerner & A. Sugarman (Eds.), *Borderline phenomena and the Rorschach Test*, (pp. 257-274). New York: International University Press.

Levine, M., & Spivack, G. (1964). *The Rorschach index of repressive style*. Springfield, IL: C.C. Thomas.

Levit, D.B. (1991). Gender differences in ego defenses in adolescence: sex roles as one way to understand the differences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 992-999.

Lin, X., Hu, J. (2002). Defense mechanisms and related factors in patients with social phobia. *Chinese Mental Health Journal*, 16(3), 191-93.

Lingiardi, V., Lonati, C., Delucchi, F., Fossati, A., Vanzulli, L., & Maffei, C. (1999). Defense mechanism and personality disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(4), 224-228.

Lingiardi, V., Madeddu, F. (1994). *I meccanismi di difesa. Teoria clinica e ricerca empirica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Lingiardi, V., Madeddu, F. (2002). *I meccanismi di difesa. Teoria, valutazione, clinica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Loevinger, J., Wessler, R. (1970). Measuring Ego development. San Francisco, Jossey-Bassey Inc Publisher, vol 1: *Construction and Use of a Sentence Completion Test*.

Loewenstein, R.M. (1967). Defensive organization and autonomous ego functions. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15, 795-809.

Maccoby, E.E. (1990). Gender and relationships: a developmental account. *American Psychologist*, 45, 513-520.

Madeddu, F. (2002). La valutazione. In V. Lingiardi & F. Madeddu. *I meccanismi di difesa. Teoria, valutazione, clinica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Madeddu, F., Delucchi, F., Prunas, A., Di Mattei, V., & Masini, M.G. (2003). Stili difensivi e dipendenza da alcol. *Alcolologia*, 15 (1-2-3), 9-15.

Madeddu, F. & Prunas, A. (2003). Meccanismi di difesa e alcol. Teoria e ricerca empirica. In C. Cerbini, C.M. Biaginti, P.E. Dimauro (a cura di), *Alcolologia oggi. Nuove tendenze tra clinica ed ecologia* (pagg. 55-62). Milano: Franco Angeli.

Madeddu, F., Prunas, A. & Riboldi, S. (2005). La valutazione della gravità nel disturbo borderline di personalità: la versione italiana del Borderline Personality Disorder Severity Index (BPDSI). *Medicina Psicosomatica*, 50(1), 25-32.

- Madeddu, F., Prunas, A., & Sarno, I. (2005). Meccanismi di difesa e malattia fisica in adolescenza. Sottoposto per pubblicazione.
- Martin, J.C. (1977). Choice of defense mechanisms by Indian and White adolescents. *Journal of Clinical Psychology, 33*, 1027-1028.
- McCubbin, H., & Patterson, J. (1983). Stress: Family inventory of life events and changes. In E. Filsinger, *A Sourcebook of marriage and family assessment*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Mehlman, R. & Slane, S. (1994). Validity of self-report measures of defense mechanisms. *Assessment, 1*, 189-197.
- Miller, D.R. & Swason, G.E. (1960). *Inner conflict and defense*. New York: Holt.
- Miotto, P., De Coppi, M., Frezza, M., & Preti A. (2003). Eating disorders and suicide risk factors in adolescents: an Italian community-based study. *Journal of Nervous and Mental Disease, 191(7)*, 437-443.
- Moos, R. (1993). *Coping Response Inventory-Youth Form professional manual*. Odessa FL: Psychological Assessment Resources.
- Moos, R. H., & Moos, B.S. (1981). *Family Environment Scale Manual*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Morgan, C.D. & Murray, H.A. (1935). A method for investigating fantasies: the Thematic Apperception Test. *Archives of Neurology, 34*, 289-306.
- Mulder, R. T., Joyce, P. R, Sullivan, P. F., Bulik, C. M., & Carter, F. C. (1999). The relationship among three models of personality psychopathology: DSM-III-R personality disorder, TCI scores and DSQ defences. *Psychological Medicine, 29*, 943-951.
- Mullen, L. S., Blanco, C., Vaughan, S. C., Vaughan, R. & Roose, S. P. (1999). Defense mechanisms and personality in depression. *Depression and Anxiety, 10*, 168-174.
- Muris, P. & Merckelbach, H. (1994). Defense style, trait anxiety, worry, and bodily symptoms. *Personality and Individual Differences, 16(2)*, 349-351.

- Muris, P. & Merckelbach, H. (1996a). Defence style and behaviour therapy outcome in a specific phobia. *Psychological Medicine*, 26, 635-639.
- Muris, P. & Merckelbach, H. (1996b). The short version of the Defense Style Questionnaire: factor structure and psychopathological correlates. *Personality and Individual Differences*, 20 (1), 123-126.
- Muris, P., Winands, D., & Horselenberg, R. (2003). Defense styles, personality traits, and psychopathological symptoms in non-clinical adolescents. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 771-780.
- Murray, H.A. (1938). *Exploration in personality*. New York: Oxford University Press.
- Nasserbakht, A., Araujo, K., & Steiner, H. (1996). A comparison of adolescent and adult defense styles. *Child Psychiatry and Human Development*, 27(1), 3-14.
- Nathan, P.E. (2005). Il DSM-IV e i suoi predecessori: migliorare la diagnosi sindromica. In J.W. Barron (a cura di), *Dare un senso alla diagnosi*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Nishimura, M. D. (1998). Study of the measurement of defense style using Bond's Defense Style Questionnaire. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 52 (4), 419-424.
- Noam, G.G., & Recklitis, C.J. (1990). The relationship between defenses and symptoms in adolescent psychopathology. *Journal of Personality Assessment*, 54, 311-327.
- Nolen-Hoeksema S. (1990). Sex differences in depression. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Norem, J.K. (1998). Why should we lower our defenses about defense mechanisms? *Journal of Personality*, 66(6), 895-917.
- Parker, G. (1983). *Parental overprotection : A risk factor in psychosocial development*. New York: Grune and Stratton.

Paulhus, D.L., Fridhandler, B., & Hayes, S. (1997). Psychological defense: Contemporary theory and research. In J. Johnson, R. Hogan, & S.R. Briggs (Eds.), *Handbook of Personality Psychology* (pp. 543-579). New York: Academic Press.

Paulhus D.L. & John O.P. (1998). Egoistic and moralistic biases in self-perception : the interplay of self-deceptive styles with basic traits and motives. In P. Cramer, K. Davidson (Eds.), *Defense Mechanisms in Contemporary Personality Research. Journal of Personality, Special Issue, 66-6*, 1025-1060.

Pennebaker, J. (1982). *The psychology of physical symptoms*. New York: Springer Verlag.

Perry, J.C. (1990). *Defense Mechanism Rating Scale. 5th edition*. Versione originale pubblicata in Appendice di Lingiardi, V., Madeddu, F. (1994), *I meccanismi di difesa. Teoria clinica e ricerca empirica*. Milano: Raffaello Cortina.

Perry, J.C. (1991). *Defense Mechanism Rating Scale*. Boston: Cambridge Hospital, Harvard Medical School.

Perry, J.C. (1993a). Defenses and their effects. In N.E. Miller, L. Luborski, J.P. Barber, J.P. Docherty (Eds.), *Psychodynamic Treatment Research. A Handbook for Clinical Practice* (pp. 274-307). New York: Basic Books.

Perry, J.C. (1993b). Longitudinal studies of personality disorders. *Journal of Personality Disorders, 7 suppl.*, 63-85.

Perry, J. C. (2001). A pilot study of defenses in adults with personality disorders entering psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease, 189(10)*, 651-660.

Perry, J. C. & Cooper, S. H. (1986). A preliminary report on defenses and conflicts associated with borderline personality disorder. *Journal of American Psychoanalytic Association, 34(4)*, 863-893.

Perry, J.C., & Cooper, S.H. (1989). An empirical study of defense mechanisms: I. Clinical interview and life vignette ratings. *Archives of General Psychiatry, 46*, 444-452.

Perry, J.C., & Cooper, S. (1992). What do cross-sectional measures of defense mechanisms predict?. In G.E. Vaillant (Ed.), *Ego Mechanisms of Defense: A Guide for Clinicians and Researchers* (pp. 195–216). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Perry, J.C., & Henry, M. (2004). Studying defense mechanisms in psychotherapy using the Defense Mechanism Rating Scale. In U. Hentschel, G.J.W. Smith, J.G. Draguns & W. Ehlers (Eds.), *Defense mechanisms: Theoretical, research, and clinical perspectives* (pp. 165-194). Amsterdam: Elsevier.

Perry, J.C., & Hoglend, P. (1998). Convergent and discriminant validity of overall defensive functioning. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 529-535.

Perry, J. C., Hoglend, P., Shear, K., Vaillant, G. E., Horowitz, M., Kardos, M. E., Bille, H. & Kagan, D. (1998). Field trial of a diagnostic axis for defense mechanisms for DSM-IV. *Journal of Personality Disorders*, 12 (1), 56-58.

Perry, J. C. & Ianni, F. F. (1998). Observer-rated measures of Defense Mechanisms. *Journal of Personality*, 66 (6), 993-1023.

Pieri, P.F. (1998). *Dizionario junghiano*. Torino: Bollati Boringhieri.

Plattner, B., Silvermann, M.A., Redlich, A.D., Carrion, V.G., Feucht, M., Friedrich, M.H. & Steiner, H. (2003). Pathways to dissociation: Intra-familial versus extra-familial trauma in juvenile delinquents. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 781-788.

Poikolainen, K., Kanerva, R. & Lonnqvist, J. (1995b). Social class and defense styles among adolescents. *Journal of Adolescence*, 18, 669-677.

Pollock, C. & Andrews, G. (1989). Defense styles associated with specific anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 146(11), 1500-2.

Porcerelli, J.H., Thomas, S., Hibbard, S. & Cogan, R. (1998). Defense mechanisms development in children, adolescents, and late adolescents. *Journal of Personality Assessment*, 71, 411-420.

Prunas, A., Baio, A., Pozzoli, S., Cioffi, G. & Madeddu, F. (2005). La versione italiana della Response Evaluation Measure-71 (REM-71): risultati preliminari. Sottoposto per pubblicazione, *Ricerche di Psicologia*.

Prunas, A. & Sarno, I. (2005). Difese e malattia fisica in adolescenza. Poster presentato al VII Convegno Nazionale dell'Associazione Italiana di Psicologia (AIP), Sezione di Psicologia Clinica, Cagliari, 23-24 Settembre 2005.

Radloff, L. (1977). The CES-D scale: A self report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.

Rapaport, D., Gill, M. & Schafer, R. (1945). *Diagnostic psychological testing. Volume I*. Chicago: Yearbook.

Rauter, U. K., Leonard, C. E. & Swett, C. P. (1996). SCL-90-R factor structure in an acute, involuntary, adult psychiatric inpatient sample. *Journal of Clinical Psychology*, 52, 625-629.

Reister, G., Manz, R., Tress, W. & Schepank, H. (1989). *Validation of the German version of Bond's Questionnaire on defense style*. III European Conference on Psychotherapy Research. Abstract book, Berna.

Romans, S.E., Martin, J.L., Morris, E. & Herbison, G.P. (1999). Psychological defense styles in women who report childhood sexual abuse: a controlled community study. *American Journal of Psychiatry*, 156(7), 1080-5.

Rorschach, H. (1921). *Psicodiagnostica*. Tr.it. Ed. Kappa, Roma 1981.

Roston, D., Lee, K. & Vaillant, G. E. (1992). A Q-sort approach to identifying defenses. In G.E. Vaillant (Ed.), *Ego mechanisms of defense: A guide for clinicians and researchers* (pp. 217- 232). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Rutherford, M. J., McDermott, P. A., Cacciola, J. S, Alterman A. I. & Mulvaney, F. (1998). A psychometric evaluation of the defense style questionnaire in methadone patients. *Journal of Personality Disorders*, 12(2), 119-125.

Sammallahti, P. (1997). Evaluating defenses with the Defense Style Questionnaire: A review. *Psichiatria Fenica*, 28, 145-47.

Sammallahti, P. & Aalberg, V. (1995). Defense style in personality disorders. An empirical study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183(8), 516-521.

Sammallahti, P., Aalberg, V. & Pentisaari, J.P. (1994). Does defense style vary with severity of mental disorder? An empirical assessment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 290- 294.

Sandler, J. (1985), *L'analisi delle difese. Conversazioni con Anna Freud*. Tr. it. Boringhieri, Torino 1990.

Sandler, J. & Joffe, W.G. (1969). Toward a basic psychoanalytic model. *International Journal of Psychoanalysis*, 50, 79-90.

San Martini, P., Roma, P., Sarti, S., Lingiardi, V. & Bond, M. (2004). Italian version of the Defense Style Questionnaire. *Comprehensive Psychiatry*, 45(6), 483-494.

Sandstrom, M.J. & Cramer, P. (2003). Defense mechanisms and psychological adjustment in childhood. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 487-495.

Schafer, R. (1954). *Psychoanalytic interpretation in Rorschach testing*. New York: Grune & Stratton.

Schafer, R. (1968). The mechanisms of defense. *International Journal of Psychoanalysis*, 49, 49-62.

Schmidt, U., Slone, G., Tiller, J. & Treasure, J. (1993). Childhood adversity and adult defense style in eating disorder patients - a controlled study. *British Journal of Medical Psychology*, 66, 353-62.

Semrad, E. V., Grinspoon, L. & Feinberg, S. E. (1973). Development of an Ego profile scale. *Archives of General Psychiatry*, 28, 70-77.

Shaw, R., Ryst, E. & Steiner, H. (1996). Temperament as a correlate of adolescent defense mechanisms. *Child Psychiatry and Human Development*, 27, 105-114.

Shima, S., Kamba, S., Terada, Y. *et al.* (1991). Bond's defense style questionnaire: A clinical review of its Japanese-translated version. *Psychiat. Neurol. Jap.*, *93*, 1280 (abstract) (in Japanese).

Silverstein, R. (1996). Combat-related trauma as measured by ego development indices of defenses and identity achievement. *Journal of Genetic Psychology*, *157*(2), 169-179.

Simeon, D., Guralnik, O., Knutelska, M. & Schmeidler, J. (2002). Personality factors associated with dissociation: temperament, defenses and cognitive schemata. *American Journal of Psychiatry*, *159*, 489-491.

Sinha, B.D. & Watson, D.C. (1999). Predicting personality disorder traits with Defense Style Questionnaire in a normal sample. *Journal of Personality Disorders*, *13*, 281-6.

Skodol, A.E. & Perry, J.C. (1993). Should an axis for defense mechanisms be included in DSM-IV?. *Comprehensive Psychiatry*, *34*, 108-119.

Smith, G.J.W. (1957). Visual perception: an event over time. *Psychological Review*, *64*, 306-313.

Smith, G.J.W. & Danielsson, A. (1982). *Anxiety and defense strategies in childhood and adolescence*. New York: International Universities Press.

Smith, G.J.W. & Hentschel, U. (2004). Percept-genetic identification of defense. In U. Hentschel, G.J.W. Smith, J.G. Draguns, W. Ehlers (Eds.), *Defense mechanisms: Theoretical, research, and clinical perspectives* (pp. 129-152). Amsterdam: Elsevier.

Soldz, S. & Vaillant, G.E. (1998). A 50-year longitudinal study of defense use among inner city men: a validation of the DSM-IV defense axis. *Journal of the Nervous and Mental Disease*, *186*(2), 104-111.

Spielberger, C.C. (1983). *State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: CA: Consulting Psychologists Press.

Spielberger, C.C., Edwards, C. D., Lushene, R. E., Mountuori, J., & Platzec, D. (1973). *STAIC: Preliminary manual for the state-trait anxiety inventory for children*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, Inc.

Spinhoven, P. & Kooiman, C. (1997). Defense style in depressed and anxious psychiatric outpatients: an explorative study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(2), 87-94.

Steca, P., Accardo, A. & Capanna, C. (2001). La misura del coping: differenze di genere e di età. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 235, 47-56.

Steer, R. A., Clark, D. A. & Ranieri, W. F. (1994). Symptom dimensions of the SCL-90-R: A test of the tripartite model of anxiety and depression. *Journal of Personality Assessment*, 62, 525-536.

Steiger, H. & Houle, L. (1991). Defense styles and object relations disturbances among university women displaying varying degrees of “symptomatic” eating. *International Journal of Eating Disorders*, 10(2), 145-53.

Steiner, H. (1990). Defense style in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 9(2), 141-151.

Steiner, H., Araujo, K. B. & Koopman, C. (2001). The Response Evaluation Measure (REM-71): A new instrument for the measurement of defenses in adult and adolescent. *American Journal of Psychiatry*, 158, 467-473.

Steiner, H., Erickson, S., Araujo, K., Williams, S. & McQuivey, R. (1996). Adaptive style, coping reactions and defense reactions: new findings. Symposium presented at the 1996 meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (abstract S29).

Steiner, H. & Feldman, S. S. (1995). Two approaches to the measurement of adaptive style: comparison of normal, psychosomatically ill, and delinquent adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(2), 180-190.

Steiner, H., Nasserbackht, A. & Feldman, S. (1993). The adaptation of the Defense Style Questionnaire for the use in adolescents. In *Scientific Proceedings*, 40th Meeting of the American Psychiatric Association, p.101.

Steiner, H., Silverman, M. (2001). *Response Evaluation Measure (REM-71). Manual*. Stanford University School of Medicine, Division of Child Psychiatry and Child Development.

Sullivan, P.F., Bulik, C.M., Carter, F.A., Gendall, K.A. & Joyce, P.R. (1996). The significance of a prior history of anorexia in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 10(3), 253-61.

Sun, L. (2000). Relationship between personality, defense style and mental health in high school students. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 8(4), 231-232.

Tan, A.L., Kendis, R.J., Fine, J. & Porac, J. (1997). A short measure of Eriksonian ego identity. *Journal of Personality Assessment*, 41(3), 279-284.

Thienemann, M., Shaw, R. J. & Steiner, H. (1998). Defense styles and family environment. *Child Psychiatry and Human Development*, 28(3), 189-197.

Tordjman, S., Zittoun, C., Ferrari, P., Flament, M. & Jeannet, P. (1997). A comparative study of defense styles of bulimic, anorexic and normal females. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 34(3), 222-7.

Tori, C.D. & Bilmes, M. (2002). Multiculturalism and psychoanalytic psychology. The Validation of a Defense Mechanisms Measure in an Asian Population. *Psychoanalytic Psychology*, 19(4), 701-721.

Trijsburg, R.W., Van T'Spijker, A., Van, H.L., Hesselink, A.J. & Duivenvoorden, H.J. (2000). Measuring overall defensive functioning with the Defense Style Questionnaire. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188 (7), 432-439.

- Tuulio-Henriksson, A.M., Poikolainen, K., Aalto-Setälä, T. & Lonnqvist, J. (1997). Psychological defense styles in late adolescence and young adulthood: a follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(8), 1148-1153.
- Vaillant, G.E. (1971). Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms: a 30 year follow-up of men selected for psychological health. *Archives of General Psychiatry*, 24, 107-118.
- Vaillant, G.E. (1974). Natural history of male psychological health. II. Some antecedents of healthy adult adjustment. In *Archives of General Psychiatry*, 31, 15-22.
- Vaillant, G.E. (1975). Natural history of male psychological health, III: empirical dimensions of mental health. *Archives of General Psychiatry*, 32, 420-426.
- Vaillant, G.E. (1976). Natural history of male psychological health, V: the relation of choice of ego mechanisms of defense to adult adjustment. *Archives of General Psychiatry*, 33, 535-545.
- Vaillant, G.E. (1977). *Adaptation to Life*. Boston, MA: Little, Brown.
- Vaillant, G.E. (1978). Natural history of male psychological health. VI. Correlates of successful marriage and fatherhood. *American Journal of Psychiatry*, 33, 535-545.
- Vaillant, G.E. (1986). *Empirical studies of ego mechanisms of defense*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Vaillant, G.E. (1987). An empirically derived hierarchy of adaptive mechanisms and its usefulness as a potential diagnostic axis. In G. Tischler (Ed.), *Diagnosis and Classification in Psychiatry: A Critical Appraisal of DSM-III (464-476)*. New York: Cambridge University Press.
- Vaillant, G.E. (1992). *Ego mechanisms of defense: A guide for clinicians and researchers*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Vaillant, G.E. (1998). Where do we go from here?. In: P. Cramer, K. Davidson, Defense mechanisms in contemporary personality research. *Journal of Personality*, 66(6), 1147-1157.

- Vaillant, G.E., Bond, M., & Vaillant, C.O. (1986). An empirically validated hierarchy of defense mechanisms. *Archives of General Psychiatry*, *43*, 786-794.
- Vaillant, G.E. & Drake, R.E. (1985). Maturity of ego defenses in relation to DSM III-R Axis II personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, *43*, 597-601.
- Vaillant, G. E. & Vaillant, C. O. (1992). Empirical evidence that defensive styles are independent of environmental influence. In G. E. Vaillant (Ed.), *Ego mechanisms of defense: A guide for clinicians and researchers* (pp. 105-126). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Van der Leeuw, P.J. (1971). On the development of the concept of defense. *International Journal of Psychoanalysis*, *52*, 51-58.
- Wallerstein, R.S. (1967). Panel on development and metapsychology of the defense organization of the ego. *American Psychoanalysis Association*, *15*, 132-149.
- Warren, M. (2002). Defense mechanisms as moderators of trauma symptomatology in maltreated adolescents. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*; 62(9-B).
- Wastell, C. A. (1999). Defensive focus and the Defense Style Questionnaire. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *187*(4), 217-223.
- Watson, D.C. (2002). Predicting psychiatric symptomatology with the Defense Style Questionnaire-40. *International Journal of Stress Management*, *9*(4), 275-286.
- Watson, D.C. & Shina, B.K. (1998). Gender, age, and cultural differences in the Defense Style Questionnaire-40. *Journal of Clinical Psychology*, *54* (1), 67-75.
- Weinberger, D. A. & Schwartz, G. E. (1990). Distress and restraint as superordinate dimension of self-reported adjustment: a typological perspective. *Journal of Personality*, *58*, 381-416.

Weinstein, J., Averill, J.R., Opton, E.M. & Lazarus, R.S. (1968). Defensive style and discrepancy between self-report and physiological indexes of stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 10, 406-413.

Weinstock, A. (1967). Family environment and the development of defense and coping mechanisms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, 67-75.

Westen, D., Shedler, J. & Lingardi, V. (2003). *La valutazione della personalità con la SWAP-200*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Westerlundh, B. (2004). Percept-genesis and the study of defensive processes. In U. Hentschel, G.J.W. Smith, J.G. Draguns, W. Ehlers (Eds.), *Defense mechanisms: Theoretical, research, and clinical perspectives* (pp. 91-106). Amsterdam: Elsevier.

Winston, B., Winston, A., Samstag, L.W. & Muran, J.C. (1994). Patient defense/therapist interventions. *Psychotherapy*, 31, 478-491.

Yasnovsky, J., Araujo, K., King, M., Mason, M., Pavelski, R., Shaw, R. & Steiner, H. (2003). Defenses in school age children: Children's versus parents' report. *Child Psychiatry and Human Development*, 33(4), 307-321.

Yuan, Y., Zhan, X.A. & Wu, A. (2002). Defense mechanisms in comorbid anxiety and depression. *Chinese Mental Health Journal*, 16(2), 86-88

Zack, M., Toneatto, T. & Streiner, D. L. (1998). The SCL-90 factor structure in comorbid substance abusers. *Journal of Substance Abuse*, 10, 85-101.