

Difese e disturbi di personalità: studio clinico di confronto fra tre categorie del Cluster B

Defences and personality disorders: a clinical study comparing three Cluster B disorders

S. Bellino, D. Paradiso, P. Bozzatello, E. Brignolo, F. Bogetto

Centro per i Disturbi di Personalità, Struttura Complessa di Psichiatria 1, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino

Summary

Objectives

Current empirical studies show renewed interest in defence mechanisms and demonstrate the role of defences in development, psychopathology and social functioning. Traditionally, defence mechanisms were considered as unconscious processes to protect individuals from the awareness of unacceptable thoughts, emotions, impulses or wishes. More recent theories have suggested that defence mechanisms maintain self-esteem and control negative emotions in order to restore a more functional state of mind, like the immune system. Defences can be ordered on a continuum, differing in degree of maturity: the less adaptive or immature are associated with personality disorders. Cluster B personality disorders are very difficult to differentiate for their high comorbidity and low discriminant validity. Some authors have tried to describe the defence profile of borderline personality disorder (BPD), indicating a more frequent use of action and image distorting defences. However, comparisons of defences of different Cluster B categories are still limited. The aim of the present study is to search for the differences in defence mechanisms among three Cluster B personality disorders (borderline, narcissistic, and histrionic personality disorder). The second aim is to examine, in a group of BPD patients, the defensive characteristics that are significantly related to clinical response to standard treatment at our centre (mood stabilizers and/or new antipsychotics combined with interpersonal or supportive psychotherapy).

Methods

The hundred forty-four consecutive outpatients who received a DSM-IV-TR diagnosis of borderline (BPD), or narcissistic (NPD), or histrionic personality disorder (HPD) were recruited (55 males and 89 females). Patients were between 18 and 60 years old. All subjects were tested with a semi-structured interview for clinical variables, the Structural Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID II) and the response evaluation measure-71 (REM-71) to evaluate 21 defence mechanisms. Analysis of variance (ANOVA) was used for statistical analysis ($p \leq 0.05$). The subgroup of 66 patients with BPD were tested with a semi-structured interview and the Borderline Personality Disorder Severity Index-IV (BPDSI-IV) at the time of the first visit (T0) and one year later (T1) to assess the difference in severity of clinical symptoms. The 21 defences measured with the REM-71 were

included in a regression model with the change of BPDSI score (T0-T1) as a dependant variable. An intention to treat (ITT) analysis was performed.

Results

Patients with NPD showed more differences in the use of defences compared with the other two Cluster B PDs. Acting out (vs. BPD, $p = 0.009$), dissociation (vs. BPD, $p = 0.008$; vs. HPD, $p = 0.011$) and reaction formation (vs. BPD, $p = 0.027$; vs. HPD, $p = 0.038$) were found to be less frequently used by narcissistic patients. In contrast, patients with BPD and HPD shared most defences: only humour was more expressed by borderline patients than by histrionic patients ($p = 0.023$) (Table I). Multiple regression analysis showed that the change in BPDSI score (T0-T1), which indicates the change of symptom severity, was inversely related to omnipotence ($p = 0.0005$) and withdrawal ($p = 0.013$), and directly related with suppression ($p = 0.032$), sublimation ($p = 0.024$), displacement ($p = 0.0005$) and passive aggression ($p = 0.001$) (Table II).

Discussion

The present study found a noticeable, but not complete overlap of the defences used by patients with different Cluster B personality disorders. A possible explanation is that borderline, narcissistic and histrionic disorders are different clinical pictures derived from the same psychopathology, namely the borderline personality organization described by Otto Kernberg. With regard to the relationship between specific PDs and single defence mechanisms, three defences scored higher in the BPD group than in NPD patients: acting out, reaction formation and dissociation. Consistent with our results, previous studies observed that BPD is related to maladaptive action defences. Significantly higher scores of reaction formation in the borderline group could be imputable to the presence of obsessive-compulsive symptoms (27.3%) in BPD patients. The higher score of dissociation in HPD compared with NPD is a somewhat predictable result, because dissociation is usually considered phenomenon related to hysteric/histrionic personality. Also, reactive formation was more frequently used by histrionic than narcissistic patients. Although they are considered two PDs with a different degree of psychopathological abnormality and clinical severity, BPD and HPD shared almost the same defence profile. Actually, in our sample the two disorders differed only for the defence humour, which was more frequently used by BPD patients. Considering the second aim of the study, some adaptive defences in the BPD

Correspondence

Silvio Bellino, Centro per i Disturbi di Personalità, Struttura Complessa di Psichiatria 1, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino, via Cherasco 11, 10126, Torino, Italia • Tel. +39 0116634848 • Fax +39 011673473 • E-mail: silvio.bellino@unito.it

subgroup (suppression, sublimation, displacement and passive aggression) can be considered as predictors of positive response to standard treatment. However, immature defences like omnipotence and withdrawal appear to be predictive factors of a negative outcome. These results merit further investigation.

Introduzione

Nell'ultimo decennio la ricerca sulle applicazioni cliniche della teoria delle difese ha ricevuto una crescente attenzione da parte di diversi autori. Nonostante le iniziali difficoltà nel definire i meccanismi di difesa e nell'individuare dei criteri di valutazione condivisi, i lavori più recenti hanno proposto definizioni soddisfacenti e misurazioni riproducibili del funzionamento difensivo, producendo risultati attendibili¹. In particolare, è incrementato il numero di studi empirici indirizzati a comprendere il ruolo dei meccanismi di difesa nelle diverse aree del funzionamento psichico e interpersonale, connesse alla psicopatologia della personalità, alla risposta a situazioni di stress e alla salute psichica in generale²⁻⁵.

Il concetto di meccanismo di difesa è stato introdotto in psicologia da Sigmund Freud e nel tempo è divenuto un concetto cardine della psicoanalisi. In *Le neuropsicosi da difesa*⁶ Freud enunciava l'ipotesi secondo cui i soggetti nevrotici o psicotici mettono in atto un'operazione psichica capace di confinare i pensieri e le emozioni intollerabili al di fuori della coscienza (rimozione). Tali soluzioni difensive erano considerate patologiche e l'espressione del loro operare si sarebbe manifestato con la formazione dei sintomi (il ritorno del rimosso). Si stabiliva inoltre un rapporto di causalità lineare tra le diverse difese e i disturbi psichici: secondo questa ipotesi ad ogni meccanismo di difesa poteva conseguire una specifica sindrome clinica^{4,7}.

A partire dagli anni '40 gli psicoanalisti hanno sviluppato una nuova e più estesa accezione di difesa, tuttora sostanzialmente valida⁸⁻¹⁰. I meccanismi di difesa non rappresentano più l'agente patogeno che produce una sindrome clinica, ma sono piuttosto considerati una strategia evoluta che svolge un ruolo cruciale nel mantenere l'omeostasi emozionale e che si esprime in tutta la popolazione come un fattore di moderazione e modulazione dell'esperienza psichica. Come una sorta di sistema immunitario, le difese psicologiche ci proteggono dalle emozioni disturbanti e dagli input negativi operando continuamente senza (quasi mai) giungere all'attenzione/livello della nostra coscienza¹¹⁻¹⁵. In una nozione ancora più generale, sono considerati difese tutti quei processi mentali e quelle operazioni cognitive e relazionali che proteggono il sé da impulsi o desideri inaccettabili¹⁶⁻¹⁹. L'attuale definizione operativa, generalmente condivisa anche da autori di diverso orientamento teorico-concettuale,

Key words

Defences • Personality disorders • Cluster B • Borderline personality disorder • Treatment

è quella proposta nel DSM-IV-TR: la difesa è "una risposta psicologica automatica a eventi stressanti interni o esterni o a un conflitto emotivo"²⁰.

Gli autori contemporanei considerano le difese come il risultato dell'adattamento a nicchie psicoevolutive, presumendo che ciascuna difesa sia adattiva in specifiche circostanze e che il loro sviluppo interagisca con la maturazione del funzionamento mentale^{21,22}. Esiste infatti una gerarchia delle difese in relazione alla loro maturità evolutiva e all'adattamento alla realtà: le più mature (quali umorismo, sublimazione, anticipazione, altruismo e soppressione) determinano una minore distorsione della realtà e consentono di acquisire la consapevolezza delle reazioni agli eventi stressanti; le difese immature (quali scissione, proiezione, idealizzazione, *acting-out*, somatizzazione e ipocondriasi) implicano una distorsione della realtà più pronunciata e sono più frequentemente espresse nei soggetti affetti da disturbi di personalità, poiché non consentono una esperienza di sé completa ed integrata. Pertanto le abilità difensive spaziano da un livello di funzionamento basso (difese primitive) a un livello superiore e altamente adattivo (difese mature)^{1,11-13,23-26}.

Il rapporto tra difese e disturbi di personalità risulta centrale per descrivere la collocazione del funzionamento mentale sul *continuum* tra normalità e patologia e quindi per identificare la presenza di una personalità abnorme. Dai diversi studi che hanno confrontato lo stile difensivo dei pazienti con disturbi di personalità con quello della popolazione generale è emerso che la diagnosi di disturbo di personalità è correlata all'adozione di processi difensivi immaturi^{11,25,27-30}.

La tipizzazione delle difese che caratterizzano i diversi disturbi di personalità può contribuire in modo rilevante a fornire elementi utili alla diagnosi differenziale e alla validazione dei sistemi diagnostici (DSM-IV-TR, *Psychodynamic Diagnostic Manual* [PDM])^{20,31}. I disturbi di personalità appartenenti al Cluster B del DSM-IV-TR (*dramatic cluster*) si presentano spesso in comorbilità fra loro e possono essere clinicamente difficili da distinguere. In particolare, è stata più volte sottolineata la coesistenza e la parziale sovrapposizione fenomenica del disturbo borderline di personalità (DBP) con gli altri disturbi di personalità del Cluster B^{5,32-35}.

Il confronto del funzionamento difensivo nei diversi disturbi di personalità con metodi standardizzati è stato più volte esaminato in letteratura, allo scopo di identificare se esistano specifiche difese che correlano con il nucleo psi-

copatologico dei singoli disturbi di personalità^{5 11 25 36-40}. Da questi studi di confronto sono emerse tre sostanziali alterazioni:

- un deficit nello sviluppo di difese mature comune a tutti i disturbi di personalità;
- una differenza qualitativa che riguarda il tipo di difese utilizzate in correlazione al diverso disturbo di personalità diagnosticato;
- una differenza quantitativa che consiste nel ricorso più frequente all'uso di difese immature nei disturbi di personalità gravi (in genere il DBP).

Quest'ultimo punto appare in stretta relazione con la teoria psicodinamica, secondo cui l'organizzazione borderline di personalità è intesa come una struttura di personalità più primitiva che rappresenta il substrato comune delle differenti categorie del Cluster B⁴¹. A causa di tale origine comune, si suppone che vi sia un certo grado di sovrapposizione, ma non una completa identità, nell'espressione delle difese nei disturbi di personalità istrionico, narcisistico, antisociale e borderline³⁹. Ad esempio, in un recente studio è emerso che nel DBP il profilo difensivo è più immaturo in confronto a quello del disturbo antisociale di personalità (DASP)⁵.

Diversi autori si sono proposti di approfondire lo studio del funzionamento difensivo dei soggetti con DBP: Lerner e Lerner⁴² con il test di Rorschach; Perry e Cooper³⁶ con la scala *Defense Mechanism Rating Scale* (DMRS); Bond^{43 44} con il *Defense Style Questionnaire* (DSQ); Cramer³⁹ con il *Thematic Apperception Test* (TAT). In tutti questi studi è stato rilevato un malfunzionamento difensivo, sia in termini di deficit nello sviluppo di difese di livello maturo, sia sotto l'aspetto del ricorso prevalente a difese che alterano il rapporto con la realtà, condizionando l'adattamento relazionale e la stabilità emotiva. Recentemente Zanarini et al. hanno condotto un'indagine che ha coinvolto 290 pazienti con DBP in uno screening diagnostico: è emerso che elevati punteggi ottenuti alle scale per tre difese specifiche (*acting-out*, ipocondriasi e annullamento) risultano altamente predittivi di una diagnosi di DBP⁴⁰.

Allo stato attuale delle ricerche, il cambiamento dell'assetto difensivo dei pazienti nei contesti di cura è stato misurato soprattutto nel corso di interventi psicoterapici^{28 45}. Un recente studio ha valutato con test neurocognitivi l'influenza che la farmacoterapia con citalopram e con reboxetina può esercitare sull'espressione delle difese¹³. Tuttavia, l'interesse dei ricercatori è rivolto anche a indagare quali difese psichiche possono condizionare l'efficacia del trattamento farmacologico. In letteratura emergono alcune evidenze sulla correlazione tra difese immature e minore risposta ai trattamenti con imipramina e mirtazapina in pazienti con depressione unipolare⁴⁶. Nel disturbo borderline di personalità si è evidenziata una superiorità dei trattamenti che combinano la

psicoterapia interpersonale con la farmacoterapia con inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (*Selective Serotonin Reuptake Inhibitors* [SSRI]), ma non sono state ancora compiute indagini che valutino le difese come fattori predittivi di riposta⁴⁷.

Obiettivi

Lo scopo di questa indagine è di confrontare i meccanismi di difesa adottati da tre gruppi di pazienti con una differente diagnosi di personalità del cluster B (DSM-IV-TR): disturbo istrionico (DIP); disturbo narcisistico (DNP); disturbo borderline (DBP). Lo studio ha inoltre lo scopo di valutare, nel sottogruppo di pazienti con diagnosi di DBP, le caratteristiche difensive correlate in modo significativo e indipendente alla risposta clinica agli interventi terapeutici comunemente applicati nella nostra pratica clinica.

Metodo

Sono stati inclusi in questo studio 144 pazienti (55 maschi, 38,19% e 89 femmine, 61,81%) di età compresa tra 18 e 60 anni (età media \pm DS = 30,54 \pm 11,88) che rispondevano ai criteri diagnostici per i disturbi di personalità istrionico (DIP: 46 pazienti, 31,90%), narcisistico (DNP: 32 pazienti, 22,30%), oppure borderline (DBP: 66 pazienti, 45,80%) del DSM-IV-TR²⁰, afferiti consecutivamente al Centro per i Disturbi di Personalità della Struttura Complessa di Psichiatria 1, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino. La diagnosi è stata eseguita da un clinico esperto (S.B.) e confermata tramite l'Intervista Clinica Strutturata per i Disturbi di Asse II del DSM-IV (SCID II)⁴⁸.

Costituiva criterio di esclusione la diagnosi *lifetime* di:

- delirium, demenza, disturbo amnestico e altri disturbi cognitivi;
- schizofrenia e altri disturbi psicotici;
- disturbi bipolari.

Sono stati inoltre esclusi i pazienti con attuali comorbilità di Asse I e II identificate con SCID I e II^{48 49}.

Le difese sono state valutate attraverso la *Reponse Evaluation Measure-71* (REM-71), un questionario di autovalutazione che individua e misura 21 difese e che prevede; 1) il confronto normativo per classi di età; e 2) il raggruppamento delle difese in due fattori⁵⁰. Il fattore 1 include le difese più immature e disadattive, che comportano una maggiore distorsione della realtà. Il fattore 2 comprende le difese più mature ed adattive, che permettono un livello di funzionamento più adeguato. Ogni difesa è valutata sui punteggi attribuiti a tre o quattro item su una scala Likert a 9 punti. Le scale possiedono una buona coerenza interna (media alpha di Cronbach = 0,56), così come i due fattori di aggre-

gazione (0,84 per il fattore 1 e 0,68 per il fattore 2). La REM-71 ha ricevuto una validazione per tre fasce di età: adolescenti (13-19 anni), giovani adulti (20-39 anni) e adulti (40 anni o più) (*ibidem*). Nel nostro studio abbiamo adottato il confronto tra punteggi assoluti.

Per confrontare i punteggi ottenuti alla REM-71 nei tre sottogruppi diagnostici è stata applicata l'analisi della varianza (ANOVA) con il test *post-hoc* di Bonferroni. Il livello di significatività statistica è $p \leq 0,05$.

Nel nostro campione sono presenti 66 pazienti ambulatoriali consecutivi con diagnosi di DBP (età media \pm DS = 27,80 \pm 9,60; rapporto M/F = 27/39) che sono stati sottoposti ad una intervista semistrutturata, il *Borderline Personality Disorder Severity Index-IV* (BPDSI-IV), per la valutazione della sintomatologia clinica al momento dello screening diagnostico (T0)^{51 52}. L'intervista è stata somministrata una seconda volta dopo 12 mesi (T1), per valutare il decorso e la risposta ai trattamenti. La BPDSI-IV è un'intervista clinica semistrutturata che valuta la frequenza e la gravità delle manifestazioni sintomatologiche del DBP. La BPDSI-IV comprende 9 scale: "abbandono", "relazioni interpersonali", "identità", "impulsività", "comportamento parasuicidiario", "instabilità affettiva", "senso di vuoto", "accessi di rabbia", "sintomi dissociativi e ideazione paranoide". I punteggi sono attribuiti a 70 item valutati su scale Likert a 11 punti (0-10) che indagano la sintomatologia su otto scale. La scala che valuta il senso di identità è formata da cinque punti (0-4) Likert e moltiplicata per 2,5 in modo da restituire un punteggio totale da 0 a 90 punti. La consistenza interna del punteggio totale della BPDSI-IV è molto alta (alfa di Cronbach = 0,96) e, come indicato dagli stessi autori, consente una misura affidabile della risposta ai trattamenti del DBP⁵².

Tutti i pazienti con DBP sono stati trattati nel corso dei 12 mesi con uno dei trattamenti comunemente impiegati per questi pazienti nel nostro centro. Tali terapie comprendono la psicoterapia interpersonale adattata per il disturbo borderline di personalità da Markowitz^{53 54} o la psicoterapia supportiva e i seguenti farmaci antidepressivi, stabilizzatori dell'umore, o antipsicotici di seconda generazione: fluoxetina 20-40 mg/die; valproato 800-1000 mg/die, olanzapina 5-10 mg/die, quetiapina 200-400 mg/die, aripiprazolo 5-15 mg/die.

Il valore predittivo delle difese rispetto alla risposta clinica è stato esaminato con l'analisi di regressione multipla (*stepwise*), in cui è stata adottata la variazione del punteggio BPDSI tra T0 e T1 come variabile dipendente, mentre le variabili indipendenti sono rappresentate dalle 21 difese misurate con la REM-71. Il livello di significatività è $p \leq 0,05$. È stata eseguita un'analisi col metodo *Intention To Treat* (ITT), includendo i casi di interruzione del trattamento e considerando a 12 mesi i punteggi riportati da questi pazienti al momento del *drop-out*.

Risultati

All'analisi della varianza univariata (ANOVA) con correzione di Bonferroni, applicata ai punteggi della REM-71 dei tre disturbi di personalità appartenenti al Cluster B, le differenze significative nell'uso dei meccanismi di difesa riguardano soprattutto il confronto fra disturbo borderline e disturbo narcisistico di personalità. Questi disturbi si differenziano per 3 difese sulle 21 esaminate: in particolare, il DBP si caratterizza per punteggi più alti delle difese di *acting-out* ($p = 0,009$), dissociazione ($p = 0,008$) e formazione reattiva ($p = 0,027$). Per due di queste difese emergono differenze significative anche fra il disturbo istrionico e quello narcisistico: infatti, il disturbo istrionico presenta punteggi più alti di dissociazione ($p = 0,011$) e formazione reattiva ($p = 0,038$). I pazienti con disturbo borderline e quelli con disturbo istrionico nel nostro campione mostrano un profilo difensivo sovrapponibile per 20 difese sulle 21 valutate. L'unica differenza significativa emersa tra questi due gruppi riguarda un punteggio più elevato della difesa umorismo ($p = 0,023$) nei soggetti con DBP (Tab. I).

Dall'analisi di regressione multipla *stepwise* condotta sui 66 pazienti con DBP emerge che la riduzione nel punteggio della BPDSI dopo 12 mesi di trattamento, che indica un miglioramento della sintomatologia, è in relazione inversamente significativa con i punteggi alla REM-71 delle scale onnipotenza ($p = 0,0005$) e ritiro ($p = 0,013$). La riduzione del punteggio della BPDSI tra T0 e T1 è invece in relazione direttamente significativa con i punteggi delle difese repressione ($p = 0,032$), sublimazione ($p = 0,024$), spostamento ($p = 0,0005$) e aggressione passiva ($p = 0,001$) (Tab. II).

Conclusioni

In questo studio, che ha come obiettivo l'approfondimento delle differenze che intercorrono tra i meccanismi difensivi di tre disturbi di personalità del Cluster B, abbiamo ottenuto alcuni risultati che devono essere presi in esame. In primo luogo, dai nostri risultati emerge che, per la maggior parte delle difese, il profilo dei tre disturbi di personalità considerati è sovrapponibile. Da un punto di vista psicopatologico, tale risultato probabilmente rispecchia una comune alterazione nell'organizzazione di personalità dei disturbi appartenenti al Cluster B^{39 41}. Secondo il modello psicodinamico di Kernberg, la personalità narcisistica, istrionica, antisociale e borderline deriverebbero da una matrice comune, definita organizzazione borderline di personalità, caratterizzata dal preminente uso di difese immature che ha origine da una mancata integrazione dell'identità, nell'ambito di un esame di realtà sostanzialmente conservato^{5 11 55}. Anche da un punto di vista clinico non è infrequente che nei

TABELLA I.

Risultati dell'ANOVA: confronto tra le difese della REM-71 nei tre disturbi di personalità del Cluster B (DBP, DIP, DNP). Variabili significative ($p \leq 0,05$). *Results of ANOVA: comparison of defences assessed by REM-71 in three Cluster B personality disorders (BPD, HPD, NPD). Significant variables ($p \leq 0.05$).*

Difese	Disturbo	Media \pm DS	p
Acting-out	DBP	4,93 \pm 1,59	DBP > DNP (0,009)
	DIP	4,33 \pm 1,23	
	DNP	3,82 \pm 1,61	
Dissociazione	DBP	4,79 \pm 2,06	DBP > DNP (0,008) DIP > DNP (0,011)
	DIP	4,83 \pm 2,09	
	DNP	3,24 \pm 1,99	
Umorismo	DBP	4,36 \pm 1,75	DBP > DIP (0,023)
	DIP	3,43 \pm 1,69	
	DNP	3,59 \pm 2,08	
Formazione reattiva	DBP	4,78 \pm 1,88	DBP > DNP (0,027) DIP > DNP (0,038)
	DIP	4,78 \pm 2,28	
	DNP	3,42 \pm 2,16	

REM-71: *Response Evaluation Measure-71*; DBP: disturbo borderline di personalità; DIP: disturbo istrionico di personalità; DNP: disturbo narcisistico di personalità.

TABELLA II.

Risultati della regressione multipla (*stepwise*). Variabile dipendente: differenza fra T0 e T1 del punteggio totale della BPDSI-IV. *Results of multiple regression (stepwise). Dependent variable: change from T0 and T1 of BPDSI total score.*

	Coefficiente	ES	t	p
Repressione	0,72	0,33	2,20	0,032
Sublimazione	0,88	0,38	2,31	0,024
Spostamento	1,96	0,39	5,03	0,0005
Aggressione passiva	1,27	0,37	3,39	0,001
Onnipotenza	-1,59	0,42	-3,80	0,0005
Ritiro	-0,86	0,34	-2,57	0,013

BPDSI-IV: *Borderline Personality Disorder Severity Index-IV*.

pazienti con un disturbo del Cluster B coesistono diverse caratteristiche proprie delle personalità borderline, narcisistica e istrionica³⁹.

Tuttavia, il nostro studio si è svolto con l'obiettivo di verificare empiricamente l'ipotesi di una relazione tra specifiche difese e singoli disturbi di personalità poiché, nonostante l'elevato grado di sovrapposizione tra le difese nei disturbi del Cluster B, non vi è una completa identità fenomenica. Sulla base dei nostri dati, abbiamo riscontrato che le differenze più numerose riguardano il confronto tra disturbo borderline e disturbo narcisistico di personalità. Le tre difese di *acting-out*, dissociazione e formazione reattiva sono risultate significativamente più rappresentate nel DBP. A questo proposito, occorre ricordare che diversi studi precedenti hanno individuato una correlazione specifica tra alcune categorie nosogra-

fiche e adozione delle difese, sottolineando soprattutto la particolare predisposizione dei pazienti affetti da DBP a ricorrere più frequentemente all'uso di difese immature e meno adattive (difese d'azione, quali *acting-out*, ipocondriasi e aggressione passiva, e difese che implicano una maggiore distorsione dell'immagine, quali scissione e identificazione proiettiva), rispetto ai soggetti con un altro disturbo di personalità del Cluster B^{28 36 40 56-58}. In accordo con queste ricerche, nel nostro studio i pazienti con DBP affrontano i conflitti emotivi e gli eventi stressanti attraverso le azioni piuttosto che attraverso la riflessione o i sentimenti (*acting-out*). Tale risultato è in linea con una concezione della psicopatologia borderline che attribuisce all'impulsività il significato di un elemento nucleare del disturbo^{20 59}.

Per quanto riguarda l'alto punteggio della formazione

reattiva nei pazienti con disturbo borderline rispetto ai pazienti con disturbo narcisistico, questa differenza può essere in parte attribuita alla frequente presenza di sintomi ossessivo-compulsivi nel nostro campione di pazienti borderline (27,3% dei casi). Si tratta di un dato in sostanziale accordo con le indicazioni della letteratura, che può essere in relazione con il ricorso a difese tradizionalmente ricondotte alla psicopatologia della nevrosi ossessiva⁶⁰⁻⁶⁴.

Il confronto tra disturbo istrionico e disturbo narcisistico di personalità evidenzia una differenza significativa per due delle difese considerate precedentemente: dissociazione e formazione reattiva sono più rappresentate nel disturbo istrionico. Una maggiore espressione della dissociazione nei pazienti con disturbo istrionico, che è considerato il quadro clinico attuale più prossimo a quelli definiti tradizionalmente come nevrosi isteriche, è un dato in accordo con le indicazioni della psicopatologia psicodinamica e che è stato precedentemente riscontrato in letteratura¹¹⁻³⁹. Come è noto, la dissociazione è considerata un fenomeno isterico, capace di separare in modo "verticale" due stati di coscienza e di compartimentalizzarli, così che i contenuti mentali si esprimono in due dimensioni parallele⁶⁵. È interessante notare che nel nostro campione il ricorso alla dissociazione accomuna il disturbo borderline e quello istrionico e li differenzia entrambi dai pazienti con disturbo narcisistico di personalità. Una ipotesi interessante, prospettata da alcuni autori, ma che noi non abbiamo verificato nei nostri pazienti, riguarda la presenza di eventi di vita traumatici come fattori predisponenti all'uso di questo particolare meccanismo di difesa sia nei pazienti borderline che istrionici⁶⁶⁻⁶⁷.

Complessivamente, nel nostro studio i pazienti borderline ed i pazienti istrionici appaiono connotati da un assetto difensivo molto simile, con una sola differenza: l'umorismo è più rappresentato nel DBP. Questa notevole sovrapposizione dei profili difensivi dei due disturbi di personalità può essere considerata alquanto sorprendente. Infatti, secondo la teoria dello sviluppo delle difese, la personalità istrionica rappresenterebbe il livello evolutivo più elevato, mentre la personalità borderline sarebbe caratterizzata dal più basso livello di funzionamento psichico. Pertanto ci si potrebbe attendere una differenza più marcata tra gli stili difensivi nei due gruppi di pazienti esaminati⁷⁻³⁹. Bisogna comunque considerare che il nostro campione è costituito da pazienti afferenti ad una struttura ospedaliera universitaria specificamente dedicata alla valutazione e al trattamento dei disturbi di personalità. Queste caratteristiche del nostro centro condizionano probabilmente la selezione dei pazienti nel senso di una maggiore gravità psicopatologica e clinica, che potrebbe comportare un *bias* e accentuare le analogie fra istrionici relativamente più gravi e borderline. Dai nostri dati emerge che il disturbo narcisistico

di personalità è quello che presenta un profilo difensivo più caratteristico e con differenze più pronunciate rispetto alle altre categorie del cluster B⁶⁸. È un risultato che deve essere verificato, ma che occorre considerare con attenzione soprattutto nel momento di decidere quali tipi di personalità sono meglio distinguibili sul piano psicopatologico e devono mantenere la loro individualità nella classificazione del DSM-5.

La nostra indagine è stata condotta anche in vista di un secondo obiettivo: verificare quali difese possono essere considerate come fattori predittivi della risposta alla terapia nel gruppo di pazienti con diagnosi di disturbo borderline dopo un anno di trattamento impostato secondo le procedure cliniche standard del nostro centro (si vedano i dettagli nella sezione dei metodi). In particolare, i nostri risultati indicano che alcune caratteristiche difensive di tipo relativamente maturo, repressione, aggressione passiva, sublimazione e spostamento hanno una relazione significativa nel modello di regressione con il miglioramento a un anno della sintomatologia del DBP. Sebbene non sia agevole fornire una spiegazione di tali dati, ne proponiamo una possibile interpretazione: la repressione e l'aggressione passiva sono difese che potrebbero permettere al paziente borderline di esercitare un controllo inibitorio parziale sulle condotte che esprimono un controllo inefficiente dell'impulsività. Ricordiamo che l'aggressione passiva, nonostante sia inclusa nel fattore 1 (difese immature) della REM-71, può risultare adattiva in alcune circostanze (ad esempio sul posto di lavoro, in situazioni di subordinazione) e rivelarsi utile per mantenere un accettabile funzionamento socio-relazionale¹. Altre difese come la sublimazione e lo spostamento consentono invece di modificare il comportamento, attraverso la scelta di vie alternative alla soddisfazione dei bisogni o all'espressione di emozioni negative in contesti in cui non sono considerate appropriate. A questo proposito, occorre rilevare che, in contrasto con la posizione teorica più diffusa nelle scuole di orientamento psicodinamico, lo strumento di valutazione delle difese che abbiamo adottato colloca la sublimazione nel fattore 1, considerandola dunque una difesa immatura e maladattiva. In effetti, la sublimazione è un meccanismo che consiste nella trasformazione di sentimenti e impulsi disturbanti e potenzialmente dannosi in comportamenti ritenuti socialmente e culturalmente apprezzati. Pertanto, non dovrebbe sorprendere che il ricorso più frequente a tale difesa abbia un significato positivo e incida favorevolmente sulla risposta ai trattamenti. Inoltre, altre scale di misurazione delle difese, quali la DMRS, collocano la sublimazione al livello più elevato e quindi maturo della gerarchia delle difese.

Difese evidentemente immature e maladattive quali l'onnipotenza e il ritiro sono invece in rapporto con l'esito negativo del trattamento a un anno. Si può ipotizzare che

questo dipenda dal fatto che il ricorso a questi meccanismi corrisponde all'espressione di sintomi depressivi e di alterazioni cognitive più gravi. L'onnipotenza consiste infatti in un'alterata percezione di sé. Tale difesa implica una distorsione cognitiva così rilevante da poter compromettere talvolta la capacità di esaminare la realtà e per questo motivo è considerata una difesa primitiva¹². In letteratura le difese di distorsione dell'immagine come l'onnipotenza sono risultate predittive sia di sintomi autodistruttivi, come ideazione suicidiaria, tentavi anti-conservativi e autolesionismo, sia di sintomi depressivi⁶⁹. In conclusione, possiamo affermare che la valutazione dei meccanismi di difesa può permettere di raccogliere informazioni di rilevante significato sia per una diagnosi differenziale dei disturbi di personalità basata sul tipo di funzionamento mentale, sia per prevedere in modo attendibile l'efficacia della terapia e poter di conseguenza predisporre percorsi terapeutici più mirati e individualizzati. In mancanza di studi della letteratura con cui sia possibile un confronto puntuale dei nostri dati, sarà necessario replicare questi risultati in successive indagini e con altri strumenti di valutazione.

Bibliografia

- 1 Perry CJ, Bond M. *Funzionamento difensivo*. In: Oldham JM, Skodol AE, Bender DS, editors. *Trattato dei disturbi di personalità*. Milano: Raffaello Cortina Editore 2005, pp. 841-65.
- 2 Vaillant GE. *Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms*. Arch Gen Psychiatry 1971;24:107-18.
- 3 Soldz S, Vaillant GE. *A 50-year longitudinal study of defense use among inner city men: a validation of the DSM-IV defense axis*. J Nerv Ment Dis 1998;186:104-11.
- 4 Lingiardi V, Madeddu F. *I meccanismi di difesa. Teoria, valutazione, clinica*. Milano: Raffaello Cortina Editore 2002.
- 5 Presniak MD, Olson TR, MacGregor MW. *The role of defense mechanisms in borderline and antisocial personalities*. J Pers Assess 2010;92:137-45.
- 6 Freud S. *Le neuropsicosi da difesa*. OSF, vol. 10. Torino: Boringhieri 1894.
- 7 Cramer P. *Defense mechanisms in psychology today: further processes for adaptation*. Am Psychol 2000;55:637-46.
- 8 Ferenczi S. *Psicoanalisi delle nevrosi di guerra*. In: *Opere*, vol. 3. Milano: Raffaello Cortina Editore 1919.
- 9 Freud A. *L'io e i meccanismi di difesa*. Firenze: Martinelli 1936 (1967).
- 10 Hartmann H. *Psicologia dell'io e problema dell'adattamento*. Torino: Bollati Boringhieri 1958.
- 11 Vaillant GE. *Ego mechanisms of defense and personality psychopathology*. J Abnorm Psychol 1994;103:44-50.
- 12 Bowins B. *Psychological defense mechanisms: a new perspective*. Am J Psychoanal 2004;64:1-26.
- 13 Bowins B. *How psychiatric treatments can enhance psychological defense mechanisms*. Am J Psychoanal 2006;66:173-94.
- 14 Bowins B. *Hypomania: a depressive inhibition override defense mechanism*. J Affect Disord 2008;109:221-32.
- 15 Bowins B. *Personality disorders: a dimensional defense mechanism approach*. Am J Psychother 2010;64:153-69.
- 16 Fenichel O. *The psychoanalytic theory of neurosis*. New York: Norton 1945.
- 17 Kohut H. *How does analysis cure?* Chicago: University of Chicago Press 1984.
- 18 Giovacchini PL. *Character disorders and adaptive mechanisms*. New York: Jason Aronson 1984.
- 19 Cooper SH. *Changing notions of defense within psychoanalytic theory*. J Pers 1998;66:947-64.
- 20 American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association 2000.
- 21 Fonagy P, Bateman A. *The development of Borderline Personality Disorder. A mentalizing model*. J Pers Disord 2008;22:4-21.
- 22 Gunderson JG, Lyons-Ruth K. *BPD's interpersonal Hyper-sensitivity Phenotype: a gene-environment developmental model*. J Pers Disord 2008;22:22-41.
- 23 Vaillant GE. *Adaptation to life*. Boston: Little, Brown 1977.
- 24 Kaplan HI, Sadock BJ. *Psichiatria clinica*. Torino: Centro scientifico Int. 1994.
- 25 Lingiardi V, Lonati C, Delucchi F, et al. *Defense mechanisms and personality disorders*. J Nerv Ment Dis 1999;187:224-8.
- 26 Muris P, Winands D, Horselenberg R. *Defense styles, personality traits, and psychopathological symptoms in non-clinical adolescents*. J Nerv Ment Dis 2003;191:771-80.
- 27 Perry JC, Høglend P. *Convergent and discriminant validity of overall defensive functioning*. J Nerv Ment Dis 1998;186:529-35.
- 28 Perry CJ. *A pilot study of defenses in adults with personality disorders entering psychotherapy*. J Nerv Ment Dis 2001;189:651-60.
- 29 Hilsenroth MJ, Callahan KL, Eudell EM. *Further reliability, convergent and discriminant validity of overall defensive functioning*. J Nerv Ment Dis 2003;191:730-7.
- 30 Bond M. *Empirical studies of defense style: relationships with psychopathology and change*. Harv Rev Psych 2004;12:263-78.
- 31 Alliance of Psychoanalytic Organizations. *Manuale Diagnostico Psicodinamico*. Milano: Raffaello Cortina Editore 2008.
- 32 Millon T, Davis RD. *Disorders of Personality: DSM-IV and Beyond*. 2nd ed. New York: John Wiley and Sons 1996.
- 33 Becker DF, Grilo CM, Edell WS, et al. *Comorbidity of borderline personality disorder with other personality disorders in hospitalized adolescents and adults*. Am J Psychiatry 2000;157:2011-6.
- 34 Zanarini MC, Frankenburg FR, Vujanovic AA, et al. *Axis II*

- comorbidity of borderline personality disorder: description of 6-year course and prediction to time-to-remission. *Acta Psychiatr Scand* 2004;110:416-20.
- 35 Bornstein RF, Becker-Matero N, Winarick DJ, et al. *Interpersonal dependency in borderline personality disorder: clinical context and empirical evidence*. *J Pers Disord* 2010;24:109-27.
- 36 Perry JC, Cooper SH. *A preliminary report on defenses and conflicts associated with borderline personality disorder*. *J Am Psychoanal Assoc* 1986;34:863-93.
- 37 Gacono CB, Meloy JR, Berg JL. *Object relations, defensive operations, and affective states in narcissistic, borderline, and antisocial personality disorder*. *J Pers Assess* 1992;59:32-49.
- 38 Hilsenroth MJ, Hibbard SR, Nash MR, et al. *A Rorschach study of narcissism, defense, and aggression in borderline, narcissistic, and cluster C personality disorders*. *J Pers Assess* 1993;60:346-61.
- 39 Cramer P. *Personality, personality disorders, and defense mechanisms*. *J Pers* 1999;67:535-54.
- 40 Zanarini MC, Weingeroff JL, Frankenburg FR. *Defense mechanisms associated with borderline personality disorder*. *J Pers Disord* 2009;23:113-21.
- 41 Kernberg O. *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Aronson 1975.
- 42 Lerner PM, Lerner HD. *Rorschach assessment of primitive defenses in borderline personality structure*. In: Kwawer JS, Lerner H, Lerner P, Sugarman A, editors. *Borderline phenomena and the Rorschach test*. New York: International University Press 1980, pp. 257-74.
- 43 Bond M. *Are "borderline defenses" specific for borderline personality disorders?* *J Pers Disord* 1990;4:251-6.
- 44 Bond M, Paris J, Zweig-Frank H. *The Defense Style Questionnaire in borderline personality disorder*. *J Pers Disord* 1994;8:28-31.
- 45 Carmella AR, Perry CJ, Luborsky L, et al. *Changes in defensive functioning in completed psychoanalysis: the Penn Psychoanalytic Treatment Collection*. *J Am Psychoanal Assoc* 2009;57:399-415.
- 46 Sukul YR, Birkenhäger TK, van den Broek WW, et al. *Trait anxiety and defensive functioning in relation to antidepressant treatment outcome*. *Psychopathology* 2009;42:387-93.
- 47 Bellino S, Rinaldi C, Bogetto F. *Adaptation of interpersonal psychotherapy to borderline personality disorder: a comparison of combined therapy and single pharmacotherapy*. *Can J Psychiatry* 2010;55:74-81.
- 48 First MB, Gibbon M, Spitzer RL, et al. *Structured Clinical Interview for DSM-IV disorders Axis II (SCID-II)*. Washington, DC: American Psychiatric Press 1997.
- 49 First MB, Gibbon M, Spitzer RL, et al. *Structured Clinical Interview for DSM-IV disorders (SCID)*. Washington, DC: American Psychiatric Press 1997.
- 50 Steiner H, Araujo KB, Koopman C. *The response evaluation measure (REM-71): a new instrument for the measurement of defenses in adults and adolescents*. *Am J Psychiatry* 2001;158:467-73.
- 51 Arntz A, van den Hoorn M, Cornelis J, et al. *Reliability and validity of the borderline personality disorder severity index*. *J Pers Disord* 2003;17:45-59.
- 52 Giesen-Bloom JH, Wachters LM, Schouten E, et al. *The Borderline Personality Disorder Severity Index-IV: psychometric evaluation and dimensional structure*. *Pers Individ Dif* 2010;49:136-41.
- 53 Markowitz JC. *Interpersonal therapy of personality disorders*. In: Oldham JM, Skodol AE, Bender BS, editors. *Textbook of personality disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press 2005, pp. 321-34.
- 54 Markowitz JC, Skodol AE, Bleiberg K. *Interpersonal psychotherapy for borderline personality disorder: possible mechanisms of change*. *J Clin Psychol* 2006;62:431-44.
- 55 Kernberg OF. *Severe personality disorders. Psychotherapeutic strategies*. New Haven, CT: Yale University Press 1984.
- 56 Perry JD, Perry JC. *Reliability and convergence of three concepts of narcissistic personality*. *Psychiatry* 1996;59:4-19.
- 57 Paris J, Zweig-Frank H, Bond M, et al. *Defense styles, hostility, and psychological risk factors in male patients with personality disorders*. *J Nerv Ment Dis* 1996;184:153-8.
- 58 Koenigsberg HW, Harvey PD, Mitropoulou V, et al. *Are the interpersonal and identity disturbances in the borderline personality disorder criteria linked to the traits of affective instability and impulsivity?* *J Pers Disord* 2001;15:358-70.
- 59 Bellino S, Rinaldi C, Bozzatello P, et al. *Impulsività e aggressività nel disturbo borderline di personalità: un'indagine clinica*. *Giorn Ital Psicopat* 2008;14:161-9.
- 60 Knight RP. *Borderline status*. In: *Psychoanalytic Psychiatry and Psychology: Clinical and Theoretical Paper*. New York: International University Press 1954.
- 61 Kernberg OF. *Neurosis, psychosis and the borderline states*. In: Kaplan HI, Feedman AM, Sadock BJ, editors. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 3rd ed. Baltimore, MD: Williams & Wilkins 1980, pp. 1079-92.
- 62 Hayashi N. *Neurotic symptoms of borderline patients: a case review study*. *Seishin Shinkeigaku Zasshi* 1992;94:648-81.
- 63 Hayashi N. *Obsessive-compulsive disorder comorbid with borderline personality disorder: a long-term case study*. *Psychiatry Clin Neurosci* 1996;50:51-4.
- 64 Bellino S, Bozzatello P, Paradiso D, et al. *Ossessioni e compulsioni in pazienti con disturbo borderline di personalità: caratteristiche cliniche e insight*. *Giorn Ital Psicopat*, in press.
- 65 Gabbard GO. *La diagnosi di isteria*. *Nóos* 1997;1:21-34.
- 66 Stiglmayr CE, Ebner-Priemer UW, Bretz J, et al. *Dissociative symptoms are positively related to stress in borderline personality disorder*. *Acta Psychiatr Scand* 2008;117:139-47.
- 67 Glaser JP, Van Os J, Thewissen V, et al. *Psychotic reactivity in borderline personality disorder*. *Acta Psychiatr Scand* 2010;121:125-34.
- 68 Shelder J, Beck A, Fonagy P, et al. *Personality Disorders in DSM-5*. *Am J Psychiatry* 2010;167:1026-8.
- 69 Perry JC, Cooper SH. *An empirical study of defense mechanisms. I. Clinical interview and life vignette*. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:444-52.