



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

Facoltà di Medicina e Psicologia

*Dottorato di Ricerca in
Psicologia Dinamica e Clinica*

Tesi di Dottorato di Ricerca

“Depressione e personalità”

Tutor:

Prof. *Vittorio Lingiardi*

Co-tutor:

Prof.ssa *Anna Maria Speranza*

Candidata:

Francesca Straccamore

Anno accademico 2012/2013

Alla mia famiglia

*Ringrazio il Dott. Roberto Bartolini,
il Dott. Luigi Ippedico,
il Dott. Alessandro Grispini,
la Dott.ssa Raffaella Zanardi,
che, con entusiasmo e partecipazione attiva,
hanno consentito il realizzarsi della ricerca.*

*Un ringraziamento particolare
va ai pazienti, che hanno dato
molto più del presente lavoro.*

INDICE

INTRODUZIONE	7
1. CONTRIBUTI PSICOANALITICI ALLA COMPrensIONE DELLA DEPRESSIONE	
1. Introduzione	11
1.1 I primi scritti: il contributo di Karl Abraham	13
1.2 La “parola” di Sigmund Freud.....	16
1.3 Dalla teoria classica alla psicodinamica adattativa: Sandor Rado.....	20
1.4 La centralità dei bisogni narcisistici: Otto Fenichel	22
1.5 La ribalta dell’Io: Edward Bibring.....	25
1.6 Gli Psicologi dell’Io.....	28
1.7 Diggiuno affettivo e depressione anaclitica: René Spitz	29
1.8 Stato ideale del Sé e <i>helplessness</i> : Joseph Sandler e W. G. Joffe.....	32
1.9 La complessa metapsicologia di Edith Jacobson.....	34
1.10 L’ubiquità dell’affetto depressivo: Charles Brenner	38
1.11 I teorici delle relazioni oggettuali. La depressione, <i>turning point</i> dello sviluppo psichico: Melanie Klein	41
1.12 Il gruppo degli Indipendenti	47
1.13 La fase della capacità di preoccuparsi: Donald Woods Winnicott.....	48
1.14 Un bisogno di amore incondizionato: Michael Balint.....	52
1.15 La depressione da una prospettiva etologica: John Bowlby.....	55
1.16 La psicologia del Sé.....	59
2. DISTURBI DEPRESSIVI: INQUADRAMENTO NOSOGRAFICO.....	
2.1 Un inventario di segni e sintomi	69
2.2 DSM: “The boon and the bane of classification”	70
2.3 ICD-10: Sindromi affettive.....	101
2.4 PDM: Verso una nosografia psicoanalitica sistematica.....	107
2.5 Proposta di diagnosi basata sulla comparazione dei prototipi	115

3. PERSONALITÀ E DEPRESSIONE

PARTE I - DUE CONFIGURAZIONI PSICOPATOLOGICHE FONDAMENTALI: IL CONTRIBUTO DI SIDNEY BLATT

3.1 Individuazione, attaccamento e loro interazione dialettica.....	118
3.2 Configurazioni di personalità anaclitica ed introiettiva.....	119
3.3 Esperienze di vita ed esperienze depressive	123
3.4 Un nuovo approccio alle vecchie questioni	125
3.5 Depressione anaclitica	130
3.6 Depressione introiettiva	133
3.7 Polarità delle esperienze: implicazioni diagnostiche	137

PARTE II - PERSONALITÀ E DEPRESSIONE

3.8 Depressione: entità clinica discreta o costellazione personologica emergente?.	140
3.9 Personalità depressiva: cenni storici	141
3.10 “Depressive Personality Disorder: fact or fiction?”	145
3.11 Temperamenti affettivi	147
3.12 Personalità e depressione: modelli esplicativi	150
3.13 Il modello di Blatt: verso una “interactionist perspective”	152
3.14 Disturbi di personalità e disturbi depressivi: quale rapporto?	154
3.15 Uno sguardo alla disforia borderline	158
3.16 Personalità e depressione in trattamento.....	160
3.17 <i>Assessment</i> di personalità durante un episodio depressivo: una questione aperta.....	162

4. ESPERIENZE DEPRESSIVE E STRUTTURE DI PERSONALITÀ: UN'INDAGINE ESPLORATIVA

4. 1. Introduzione	166
4. 2. Metodi	168
4. 2. 1. Soggetti	168
4. 2. 2. Strumenti.....	170
4. 2. 3. Risultati.....	197
4. 3. Conclusioni	208

BIBLIOGRAFIA

APPENDICE	234
<i>Beck Depression Inventory – II</i>	234
<i>Hamilton Depression Rating Scale</i>	236
<i>Depressive Experiences Questionnaire</i>	238
<i>Clinical Diagnostic Interview</i>	242

Introduzione

“Spero che la complessità della materia valga a scusarci del fatto che nessuno dei titoli dei paragrafi corrisponde pienamente al loro contenuto, e che, volendo studiare nuove relazioni, ci rifacciamo continuamente ad argomenti già trattati”.
Freud, 1923, p. 510.

La ricerca esposta nel presente elaborato si propone di approfondire la conoscenza della sindrome depressiva, un'area clinica di notevole complessità che include un ampio gruppo di condizioni psicopatologiche caratterizzate da un quadro clinico dominato da alterazioni del tono dell'umore, sintomi psicomotori, cognitivi e neurovegetativi (Cassano *et al.*, 1999). L'importanza di uno studio sistematico della sindrome depressiva deriva dalla accresciuta consapevolezza del fatto che essa include i disturbi psichiatrici più frequenti e gravi nella popolazione generale, inducendo un elevato grado di disabilità in termini di ridotta funzionalità lavorativa, sociale, relazionale e familiare e costituendo attualmente la quarta causa di disabilità totale dopo le infezioni respiratorie, le condizioni perinatali e l'HIV-AIDS; le previsioni sono ancora più serie se si considera che per l'anno 2020, continuando questo *trend*, la depressione sarà seconda solo alle malattie ischemiche nel determinare “disabilità” (Perini, 2006).

Stime recenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità rivelano un alto tasso di depressione nella popolazione generale in diverse parti del mondo, con un rischio durante il corso della vita che oscilla tra il 7 ed il 12 % tra gli uomini e tra il 20 ed il 25 % tra le donne, indipendentemente da etnia, educazione, reddito o stato civile. Nei paesi occidentali la prevalenza del disturbo depressivo maggiore risulta tra il 3,0 % ed il 10,3 % in 12 mesi e tra il 4,6% ed il 17 % nell'arco della vita. Le donne hanno un maggior rischio di sviluppare depressione con un rapporto di circa 2:1, che, negli studi clinici, può raggiungere il 3-4:1 (Cassano, Tundo, 2007).

La depressione comporta elevati costi diretti ed indiretti per l'individuo e per la società (perdita di giornate lavorative, spese per farmaci, visite mediche ed ospedalizzazioni), alti livelli di sofferenza personale e familiare, compromissione del ruolo sociale, graduale deterioramento del ruolo della vita. I disturbi dell'umore sono spesso complicati dall'abuso di alcol e di sostanze stupefacenti e si associano ad un elevato rischio di mortalità per suicidio o per complicanze dovute a concomitanti malattie internistiche trascurate (*ibidem*).

Approfondire la comprensione di tale costellazione di disturbi rappresenta dunque un'autentica emergenza psichiatrica, un'opera di civiltà.

Negli ultimi anni ha iniziato ad affacciarsi, in maniera sempre più evidente, la consapevolezza di come la comprensione delle patologie psichiatriche necessiti di una conoscenza approfondita delle caratteristiche di personalità in cui tali patologie “si inseriscono” (Zinbarg *et al.*, 2008; Westen *et al.*, 2005; Westen, Shedler, 2000).

I sintomi possono a volte essere considerati emanazioni o espressioni della personalità stessa e la psicopatologia può riflettere l'interazione di strutture e funzioni della personalità stabili; pazienti con stili di personalità simili possono essere organizzati in diversi livelli di patologia in base alla misura in cui la loro patologia è grave, rigida, pervasiva rispetto ai ruoli e alle relazioni e distruttiva rispetto alla capacità di amare, lavorare e gioire nella vita (Westen *et al.*, 2005).

I tentativi di comprensione psicodinamica della dimensione depressiva si sono sempre rivelati consistenti con l'invito di ricollocare i sintomi della patologia nel quadro personologico dell'individuo, dal momento che, all'interno della letteratura psicoanalitica, a partire dai contributi di Freud (1917a; 1932) sino ad arrivare alle più recenti formulazioni di Sidney Blatt (2004), c'è stato un continuo tentativo di collocare tale affetto nel contesto psicodinamico e personologico dell'individuo.

Le numerose ricerche finalizzate ad esplorare il rapporto esistente tra caratteristiche di personalità e depressione hanno avuto come esito quello di generare più incertezze che chiarimenti (Bagby *et al.*, 2008).

Il rapporto esistente tra tratti stabili di personalità o disturbi di personalità e disturbi dell'umore riveste un particolare interesse dal punto di vista clinico, nosografico ma soprattutto terapeutico, facendo slittare il *focus* dell'attenzione dai problemi strettamente legati alla cura dell'episodio a quelli connessi con la riabilitazione e soprattutto con la prevenzione delle ricadute.

L'interesse verso la relazione tra personalità e depressione per la maggior parte dei clinici è motivato quindi da due questioni fondamentali: la necessità di sapere se un paziente con patologia della personalità ha un esito differente rispetto ad un paziente depresso che non presenta tale patologia e l'esigenza, eventualmente, di offrire ai pazienti con depressione e patologia della personalità un trattamento specifico e differente (Mulder, 2008).

Le diverse indagini evidenziano l'urgente necessità di raffinare l'attuale concettualizzazione del rapporto tra personalità e patologie dell'Asse I.

È da queste considerazioni che prende spunto il presente lavoro: dalla constatazione che una sindrome, per essere adeguatamente indagata, deve essere considerata all'interno della struttura di personalità che la ospita (Westen, Shedler, 2000; Westen *et al.*, 2005). Ritenendolo particolarmente coerente con tale tipo di *focus* di osservazione, si terrà in particolare considerazione il modello proposto da Sidney Blatt secondo cui le caratteristiche di personalità possono essere ritenute il terreno fertile su cui, in seguito a specifiche esperienze precipitanti, possono edificarsi precisi stati depressivi (Blatt, Zuroff, 1992; Blatt, Levy, 1998). Blatt utilizza infatti i termini "anaclitico" ed "introiettivo" sia per denotare diverse configurazioni di stati depressivi che per riferirsi a tipologie di personalità che risultano più vulnerabili allo sviluppo di tali stati (Zuroff, Mongrain, 1987). Il suo modello si rivela particolarmente proficuo e potenzialmente utile poiché tende a sottolineare la radice "strutturale" delle tipologie anaclitica ed introiettiva, motivando lo studio delle personalità associate e convalidando la considerazione del sentimento depressivo come caratteristica normale, oltre che come patologia dell'esperienza umana.

I contributi psicoanalitici, il modello proposto da Blatt e la recente classificazione del *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM Task Force, 2006) pongono tutti in primo piano l'interrogativo relativo alla natura del rapporto esistente tra struttura di personalità e sviluppo di vissuti depressivi. Se, infatti, i tratti di personalità consistono in "modi costanti di percepire, rapportarsi e pensare nei confronti dell'ambiente e di se stessi, che si manifestano in un ampio spettro di contesti sociali e personali" (DSM-IV-TR, 2000, p. 730), il modello di Blatt sostiene che le caratteristiche di personalità costituiscono il terreno fertile su cui, in seguito a specifiche esperienze precipitanti, possono edificarsi gli stati depressivi.

Nel primo capitolo si procederà nell'esposizione del modo in cui le principali correnti teoriche psicoanalitiche hanno tentato di comprendere, nella maniera più completa e dinamicamente convincente, il significato che riveste la depressione per l'uomo e per le sue più caratteristiche vicende.

Partendo dai contributi pionieristici di Abraham, Freud, Rado, Fenichel e Bibring, ci si focalizzerà successivamente sulle teorizzazioni fornite da esponenti della psicologia dell'Io, con particolare riferimento a Spitz, Sandler e Joffe e Jacobson, giungendo alle più recenti vedute di Brenner. Ci si soffermerà inoltre sulle fertili idee avanzate da alcuni teorici delle relazioni oggettuali, quali Melanie Klein, Winnicott, Balint e Bowlby, seguite dall'esposizione dell'originale contributo proposto dalla psicologia del Sé.

Nel secondo capitolo verrà illustrato l'inquadramento nosografico delle patologie dell'umore al fine di ottenere una panoramica abbastanza completa ed esaustiva degli aspetti clinici che le caratterizzano. Si farà riferimento prevalentemente ai due principali sistemi di classificazione diagnostica attualmente maggiormente adottati dalla comunità scientifica internazionale, quindi il "Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali" (DSM), a cura dell'Associazione Psichiatrica Americana (APA), giunto alla sua quarta edizione, *Text-Revision*, nel 2000 - che a breve verrà sostituito dal DSM-5, in uscita proprio in questi mesi - e la "Classificazione Internazionale delle Sindromi e dei Disturbi Psichiatrici e Comportamentali" (ICD), a cura dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, giunto alla sua decima edizione nel 1992. Si vedrà come entrambi, giungendo alla formulazione di una diagnosi attraverso l'adozione di un modello descrittivo (Lingiardi, 2001), si siano "ossessivizzati" nello scomporre e nel sottotipizzare indefinitamente le espressioni di quelle che possono essere fondamentalmente ricondotte a variegata manifestazioni di un affetto universale (Brenner, 1991). Verrà inoltre presentato l'inquadramento nosografico delle patologie dell'umore proposto dal "Manuale Diagnostico Psicodinamico" (PDM Task Force, 2006), nosologia che si colloca nell'ambito della cornice teorica della psicoanalisi.

Nel terzo capitolo, nella Parte I verrà presentato il modello delle esperienze depressive formulato da Blatt prendendo spunto dai contributi forniti dagli Autori di derivazione psicoanalitica menzionati nel primo capitolo. Nella Parte II la riflessione verrà invece imperniata direttamente attorno a diversi aspetti concernenti la natura del rapporto esistente tra struttura di personalità e vissuti depressivi.

Nel quarto ed ultimo capitolo sarà esposta la ricerca di carattere esplorativo effettuata dalla candidata finalizzata ad ampliare la conoscenza dei *pattern* personologici caratteristici dello stile anaclitico ed introiettivo in pazienti adulti con una diagnosi di disturbo depressivo unipolare non psicotico. A tal fine, l'indagine si è avvalsa prevalentemente dell'uso dei seguenti strumenti: il *Depressive Experiences Questionnaire* (DEQ, Blatt, D'Afflitti, Quinland, 1976), la *Shedler-Westen Assessment Procedure* (SWAP-200, Westen, Shedler, Lingardi, 2003), congiuntamente ad *Hamilton Depression Rating Scale* (HAM-D, Hamilton, 1960) e *Beck Depression Inventory - II* (BDI-II, Beck, Steer, Brown, 1996), entrambi finalizzati a valutare la severità della sintomatologia depressiva.

Capitolo I

Contributi psicoanalitici alla comprensione della depressione

*“La cosa principale è la tristezza,
ma se se ne parla o ci si sofferma su di essa,
occorre dirne molto di più”.*

Lettera di Dostoevskij a Maitov
[citato in Kristeva, *Sole nero. Depressione e melanconia*, p. 152]

I. MODELLI PSICOANALITICI DELLA DEPRESSIONE

Introduzione

“E se c'erano giornate in cui gioivo all'idea che il mio dolore non avesse mai fine, non potevo comunque sopportare che non avesse un significato. Adesso, in un qualche nascosto meandro della mia natura, trovo qualcosa che mi assicura che nulla al mondo esiste senza significato: meno di tutto il dolore”.
Wilde, da *De Profundis*.

I contributi teorici esposti nel presente capitolo sono accomunati dal tentativo di comprendere nella maniera più completa e dinamicamente convincente il significato che riveste la depressione per l'uomo e per le sue più caratteristiche vicende. Più che un *corpus* teorico omogeneo e completato, essi vanno considerati come diverse tessere di un mosaico che, con impegno conoscitivo, bisogna ricomporre (Fazio, 1984). Rappresentando la depressione un fenomeno altamente complesso, che riflette la complessità dell'uomo, è facilmente comprensibile come la sua esplorazione abbia promosso e richiesto molteplici contributi (*ibidem*). Lo spirito della maggior parte delle teorie psicoanalitiche è d'altronde maggiormente legato alla proposta di un'ipotesi di lavoro piuttosto che ad una formulazione definitiva, presentandosi come un punto di partenza anziché di arrivo (*ibidem*).

È stato proposto che “Se la psicoanalisi è lo studio della *manca* [manque], la depressione può essere considerata come un modo particolare di vivere questa mancanza” (Haynal, 1976, p. 31).

Con il termine “depressione” si fa riferimento ad un insieme di affetti dolorosi e di idee concomitanti con cui l'individuo risponde a esperienze di perdita o al fallimento di determinate aspirazioni (Grinberg, 1971).

La presente indagine psicoanalitica è stata condotta a partire da una prospettiva che ha scelto di assumere come punto di vista privilegiato l'assunzione in base alla quale l'affetto depressivo è intimamente collegato ad un cambiamento negativo, ad una perdita, che può concernere sia un oggetto amato che un investimento del sé e delle proprie capacità.

La depressione può assumere una serie continua di forme che vanno dalla depressione anaclitica, che si esprime in forte bisogno dell'oggetto amato associato al rimpianto per averlo perduto, alla depressione internalizzata o introiettiva (Blatt, 2004), così definita in considerazione del fatto che l'individuo si deprime in rapporto ad un oggetto interiorizzato che lo critica, lo svaluta e lo svilisce, provocando una considerevole diminuzione della sua autostima, del valore e della considerazione di sé, fattori predisponenti lo sviluppo dell'affetto depressivo.

In ogni caso tale affetto, similmente a quello dell'angoscia, si scatena in circostanze determinate, specifiche, sempre in occasione di una perdita, reale o fantasmatica, avvertita come definitiva e tale da comportare un elemento di rassegnazione (Haynal, 1976).

Perdita dell'oggetto e perdita della stima di sé sono stati alternativamente considerati dalla letteratura psicoanalitica fattori eziologici predisponenti lo scatenamento dei vissuti depressivi.

È proprio questo il filo rosso che si è scelto di seguire per il dispiegamento della struttura dell'intero capitolo.

Data la vastità e complessità del tema oggetto d'indagine, in uno scritto come questo, necessariamente ristretto, è stato necessario selezionare gli innumerevoli contributi al riguardo esistenti nella letteratura psicoanalitica riportando solo quelli considerati fondamentali, relativi ai principali esponenti delle preminenti cornici teoriche esistenti. Si è deciso di riportare i diversi lavori ordinandoli in base alle differenti correnti teoriche di appartenenza. Innanzitutto sono stati esposti i pionieristici scritti di Abraham, seguiti dai fondamentali lavori di Freud, Rado, Fenichel e Bibring. Secondariamente si è scelto di presentare le opinioni fornite da alcuni esponenti della psicologia dell'Io, a partire da Spitz, proseguendo con Sandler e Joffe e Jacobson e giungendo alle più recenti vedute di Brenner. In seguito si è pensato di descrivere i lavori dei teorici delle relazioni oggettuali, anzitutto riportando le imprescindibili idee elaborate da Melanie Klein, quindi il pensiero sviluppato da alcuni esponenti del gruppo indipendente, quali Winnicott, Balint e Bowlby. È stato inoltre inserito l'originale apporto fornito dalla psicologia del Sé. In conclusione è stato presentato il modello delle esperienze depressive recentemente elaborato da Blatt che, prendendo spunto dai fertili contributi forniti dai suddetti Autori, ha formulato una teoria tesa ad integrare l'apporto fornito allo sviluppo della depressione sia dalla perdita dell'oggetto che dalla caduta della stima di sé.

Numerosi sono i nodi che questi diversi studiosi, nel corso del tempo e con un notevole impegno, sono riusciti a sciogliere. Non sembra però che l'oscurità nella quale sono ancora immerse estese questioni abbia ricevuto luce alcuna dalle svariate discussioni. La confusione e la sensazione di disorientamento che necessariamente si avvertono avendo a che fare con questo dominante affetto non sembrano diminuire. Si può infatti osservare che "Molte idee e riflessioni punteggiano di luci una notte che non ha perduto tutta la sua oscurità. Alcuni punti di impatto, certi nodi, mi sembra che si possano cogliere, ma altri continuano a sfuggirci. Personalmente, io credo che un ampliamento del problema sulla base del metodo datoci dai pionieri della psicoanalisi, Freud, Abraham, Klein e molti altri, illuminando il patologico attraverso il quotidiano, il sublime attraverso il disperato, l'adulto attraverso il fanciullo – cercando di comprendere il *sensu nascosto dei fenomeni* – potrà, anche in questo campo, dare i suoi frutti..." (Haynal, 1976, p. 174).

1.1. I PRIMI SCRITTI: IL CONTRIBUTO DI KARL ABRAHAM

La psicosi depressiva: un atteggiamento della libido in cui predomina l'odio

“Dove v'è un alto grado di sadismo rimosso vi sarà anche
una corrispondente gravità dell'affetto depressivo”.
Abraham, 1911, p. 38.

Con il suo pionieristico lavoro del 1911, “Note sull'indagine e il trattamento psicoanalitico della pazzia maniaco-depressiva e delle condizioni correlate”, Karl Abraham, si propone di portare i disturbi affettivi nell'ambito della comprensione psicoanalitica (Arieti, Bemporad, 1978), elaborando il primo contributo teorico pubblicato sulla depressione (Haynal, 1976), uno dei pochi argomenti clinici in cui la teoria di base non è stata concepita da Freud (Gaylin, 1968).

L'Autore coglie un legame esclusivo ed una somiglianza strutturale tra quella che definisce *psicosi* depressiva e la nevrosi ossessiva, in cui l'odio e l'amore interferiscono costantemente l'uno con l'altro, non permettendo alla libido di svilupparsi adeguatamente. In entrambe le forme la rimozione della componente sadistica della libido provoca un'inibizione della capacità di amare. Nella psicosi depressiva il conflitto nucleare consiste nel fatto che nell'atteggiamento della libido predomina l'odio; essendo, però, il riconoscimento dell'odio inaccettabile, esso viene rimosso e proiettato all'esterno, facendo sì che il depresso immagini di essere odiato dagli altri, convinzione questa sostenuta dalla razionalizzazione che ciò sia giustificato dalle sue deficienze fisiche e psichiche. In seguito alla rimozione del sadismo sorgono depressione, angoscia ed autorimprovero e, con il rafforzamento delle tendenze masochistiche, il depresso trae piacere dalla sofferenza e dalla polarizzazione su di sé.

La mania, sostiene l'Autore, rappresenta la manifestazione evidente di ciò che era stato rimosso durante la fase depressiva, manifestandosi nel momento in cui la rimozione non è più capace di resistere agli assalti degli istinti rimossi.

Per il trattamento delle psicosi maniaco-depressive, precisa Abraham, l'unica terapia razionale da usarsi è la psicoanalisi, riuscendo questa a superare l'ostacolo della estrema difficoltà con cui tali pazienti, assorbiti completamente dal loro mondo interno, riescono a stabilire un transfert.¹

Con un *insight* brillante ed ingannevolmente semplice, fondato su acute osservazioni cliniche (Gaylin, 1968), Abraham rintraccia all'origine della melanconia una carica inconscia di ostilità e di amore. Avvalendosi delle formulazioni disponibili a quel tempo - quali la rimozione e la proiezione - fedele alla concezione secondo cui ogni malattia rappresenta una regressione a particolari punti di fissazione libidica, riesce a cogliere aspetti fondanti la malattia depressiva, fino ad allora trascurati: la spiccata ambivalenza, l'incapacità di amare gli altri, l'eccessiva preoccupazione per sé, l'utilizzazione del senso di colpa per attirare l'attenzione su di sé e l'ostilità di base che ostacola una adeguata maturazione emotiva (Arieti, Bemporad, 1978).

¹ L'analisi dovrebbe preferibilmente essere iniziata durante un periodo libero, non potendosi essa svolgere “né con pazienti melanconici gravemente inibiti né con pazienti maniacali disattenti” (Abraham, 1911, p. 46).

La fantasia di desiderio cannibalesca

“In contrasto con gli appetiti sadici del nevrotico ossessivo, nel melanconico mi sembra che la tendenza di desiderio inconscia arrivi a compiere questo annientamento divorando l’oggetto d’amore”.
Abraham, 1916, p. 282.

Rendendosi conto dell’aspetto incompiuto della sua prima teorizzazione (Gaylin, 1968), in “Ricerche sul primissimo stadio evolutivo pregenitale della libido” (1916)² Abraham tenta di dimostrare come la depressione si possa leggere alla luce di una regressione ad uno stadio libidico particolare, nello specifico alla primitiva fase psicosessuale, quella orale o cannibalesca. Se Freud aveva indicato che la modalità dominante dei rapporti inconsci degli individui con fissazione orale è caratterizzata dall’introiezione, Abraham sostiene che il depresso “nel suo inconscio volge sul suo oggetto sessuale il desiderio d’incorporazione. Nel profondo del suo inconscio si trova la tendenza a inghiottire l’oggetto, ad annientarlo” (1916, p. 282).

Mentre nel lavoro del 1911 l’Autore interpreta la depressione come funzione della fissazione anale, nei contributi del 1916 e del 1924, riesaminando l’intera teoria, inserisce nello schema la fase sadistico-orale, riconoscendo all’ostilità propria della depressione caratteristiche cannibalesche³.

Erotismo orale e depressione primaria infantile

“È una delusione d’amore che costituisce il preludio di una depressione melanconica”.
Abraham, 1924, p. 317.

Al 1924 risale il saggio “Tentativo di una storia evolutiva della libido sulla base della psicoanalisi dei disturbi psichici”, in cui Abraham evidenzia ancora una volta somiglianze tra la melanconia e la nevrosi ossessiva, osservando che “tutti i malati ciclici rivelano nell’intervallo un’anormale formazione del carattere. E questa coincide in modo inequivocabile con quella del nevrotico ossessivo” (Abraham, 1924, p. 290). Considera la remissione nel nevrotico ossessivo e l’intervallo libero nel maniaco-depressivo momenti di sublimazione riuscita di pulsioni anali e sadiche, riscontrando tuttavia importati differenze per ciò che attiene la fase alla quale la libido regredisce all’erompere della malattia ed il comportamento assunto verso la perdita dell’oggetto, che in entrambe le patologie suscita violente reazioni. Mentre nel nevrotico ossessivo, prevalendo tendenze conservative, quali quella del trattenere e del dominare, l’oggetto viene mantenuto, nel maniaco-depresso, in cui più accentuati sono gli impulsi sadico-anali che mirano ad annientare e ad espellere, l’oggetto viene abbandonato. Nel maniaco-depresso rintraccia un così grave conflitto di ambivalenza che ogni sentimento di amore viene immediatamente minacciato da impulsi opposti ed ogni piccola mancanza da parte dell’oggetto provoca “una violentissima ondata di odio, alla quale soccombono i sentimenti d’amore troppo labili. L’annullamento dell’investimento

² Si tratta del saggio in cui Abraham si propone di fornire una convalida clinica alle teorie esposte da Freud nella terza edizione dei “Tre saggi sulla teoria sessuale”, pubblicata nel 1915.

³ Questo può essere ritenuto il maggior contributo dato da Abraham a “Lutto e melanconia” (Freud, 1917a) (Speziale-Bagliacca, 1985).

positivo conduce in questo caso alla conseguenza più profonda, cioè all'*abbandono all'oggetto*' (Abraham, 1924, p. 306).⁴

Considera i sintomi melanconici caratterizzati da un'espulsione e da un'incorporazione dell'oggetto, il primo valutato dall'inconscio come processo anale, il secondo come processo orale.⁵

Cercando di integrare le ultime teorie di Freud, Abraham rintraccia un nesso tra un'incorporazione riparativa dell'oggetto d'amore ed un successivo rapporto ambivalente con questo oggetto introiettato; essendo considerato l'oggetto perduto come una parte dell'Io, vi è un atteggiamento ambivalente verso il proprio Sé, come emerge dal contrasto tra il tormentoso autodisprezzo e la tendenza all'autodiminuzione durante gli episodi depressivi e i sentimenti di superiorità che si possono riconoscere negli intervalli liberi. Aggiunge che "*in questo atteggiamento ambivalente verso l'Io sta la possibilità dello scambio di stati melanconici e maniacali*" (Abraham, 1924, p. 315) e ancora che nel quadro della melanconia "*le espressioni di un narcisismo positivo e di uno negativo si contrappongono brutalmente e senza alcuna mediazione*" (*ibidem*, p. 317).

L'Autore delinea quindi una serie di fattori che, cooperando, possono predisporre ai fenomeni caratteristici della depressione melanconica, quali:

1. un fattore costituzionale, ovvero una iperaccentuazione dell'eroticismo orale;
2. una fissazione della libido a livello orale;
3. un grave danno al narcisismo infantile per ripetute delusioni nel rapporto d'amore;
4. il verificarsi di una prima fondamentale delusione nel rapporto d'amore antecedente rispetto al superamento dei desideri edipici;
5. il ripetersi della delusione primaria nella vita successiva.

I futuri depressi sono dunque persone dipendenti con alcuni difetti basilari nella stima di sé e nel loro sistema di orgoglio personale (Gaylin, 1968); la vulnerabilità depressiva potrebbe essere dunque caratterizzata dall'incapacità di cambiare investimenti, di distaccarsi dagli ideali infantili e dall'onnipotenza (Haynal, 1976).

La malattia melanconica dura finché, per l'effetto del tempo e per la graduale saturazione del bisogno sadico, è passato il pericolo dell'annientamento per l'oggetto d'amore; è a tal punto, precisa Abraham, che può avvenire la liberazione dell'oggetto, valutata dall'inconscio come un processo di evacuazione, stesso processo di espulsione che conclude il processo del lutto arcaico.

La terapia degli stati maniaco-melanconici, considerati da sempre la categoria di pazienti meno accessibili ed influenzabili, secondo l'Autore dovrebbe proporsi di superare gli impulsi regressivi della libido e di realizzare una progressione della libido fino all'amore oggettuale completo e all'organizzazione genitale.

⁴ È a partire da questa constatazione che postula l'esistenza di due stadi nella fase sadico-anale: nel più tardo prevalgono tendenze conservative, quali quelle del trattenere e del dominare, che permettono di mantenere un contatto con l'oggetto, mentre nel più precoce dominano le aspirazioni ostili all'oggetto, quali quelle dell'annientare e del perdere, che provocano una completa distruzione delle relazioni oggettuali.

⁵ Abraham suppone che anche all'interno della fase orale sia possibile distinguere due momenti, il primo caratterizzato prevalentemente dall'attività del succhiare, che egli definisce preambivalente, libero da conflitti, il secondo, in cui prevale invece l'atto del mordere, è quello al quale regredisce la libido del melanconico dopo che è avvenuta la perdita dell'oggetto e rappresenta l'inizio del conflitto di ambivalenza, nella sua forma più primitiva e quindi particolarmente aspra e forte; in questo stadio, aggiunge, prevalgono impulsi cannibaleschi e l'oggetto viene incorporato e quindi annientato.

1.2. “LA PAROLA” DI SIGMUND FREUD

Introduzione

“[...] ho attraversato una specie di esperienza nevrotica, con strani stati d’animo che non sono comprensibili dalla coscienza: pensieri crepuscolari e dubbi velati, a stento trapela un raggio di luce di quando in quando”.
Lettera di Freud a Fliess, 22 giugno 1987a, p. 286.

Il problema che pone lo stato della melanconia ha preoccupato Freud per l’intero arco della vita ed egli, per quasi mezzo secolo, nei suoi lavori, ha insistito sui diversi aspetti di tale sentimento. Il nucleo concettuale relativo all’esplorazione degli stati melanconici non è distribuito nella sua opera secondo uno schema rigido. *“Si ha, piuttosto, l’impressione che Freud abbia – come più volte gli è accaduto – ‘ragionato con se stesso’, e abbia accompagnato il lettore nelle varie vicende del suo exkursus intellettuale, anziché limitarsi a presentargliene i risultati finali. Ciò rende la lettura più attraente, ma non certo più facile!”* (Servadio, 1961, p. 9).

Freud, per sua stessa ammissione, sperimentò vissuti depressivi (Speziale-Bagliacca, 1997); come riferito da Jones, era turbato da angosce che si esprimevano nella paura di morire e da attacchi di ansia quando doveva prendere il treno (Haynal, 1976). Secondo quanto riferito da Anzieu (1975), iniziò l’autoanalisi al fine di contrastare le proprie tendenze depressive e la stessa formulazione della teoria psicoanalitica può essere considerata, in particolar modo per i suoi aspetti dinamici ed economici, un tentativo di creare difese contro l’angoscia depressiva.

Primi cenni

“Così nella melanconia dovrebbe trattarsi di una perdita, e precisamente una perdita nella vita pulsionale”.
Freud, 1895, p. 29.

L’interesse di Freud verso gli stati melanconici si può rintracciare già in alcune delle *Minute* a Wilhelm Fliess; sin dalla “Minuta A” si chiede quali siano le componenti della depressione periodica, “una forma di nevrosi d’angoscia che, altrimenti, si manifesta sotto forma di fobie o di attacchi d’angoscia” (Freud, 1982, p. 8). Nella “Minuta G” per la prima volta evidenzia l’affinità esistente tra melanconia e lutto, affermando che “la melanconia consiste nel lutto per la perdita della libido” (Freud, 1985, p. 30).⁶ Nei passi successivi sembra che Freud voglia stabilire un sorta di bipolarità tra angoscia ed affetto melanconico e postulare che, in base al tipo di personalità, possa insorgere angoscia o depressione (Haynal, 1976).⁷ In “Nuove osservazioni sulle neuropsicosi da difesa” (Freud, 1986) sostiene che la nevrastenia, o melanconia, periodica spesso si risolve in

⁶ Si può osservare che, se al termine “libido” si sostituisce “oggetto della libido”, si ricava la teoria sviluppata in “Lutto e melanconia” (Freud, 1917a).

⁷ Nelle persone caratterizzate da un basso livello di tensione, osserva, “qualsiasi tipo di nevrosi prende facilmente un’impronta melanconica. Così, mentre i soggetti potenti soffrono facilmente di nevrosi d’angoscia, quelli *impotenti* sono inclini alla melanconia” [corsivo mio] (Freud, 1985, p. 33).

affetti e rappresentazioni ossessive, aspetto da prendere in considerazione dal punto di vista terapeutico.

Un anno dopo, nella “Minuta N” (1897b), Freud afferma che parte integrante delle nevrosi sono gli impulsi ostili verso i genitori, che si rivelano alla coscienza sotto forma di rappresentazioni ossessive: “è una manifestazione del lutto farsi rimproveri per la loro morte (la cosiddetta ‘melanconia’) o punirsi in modo isterico, tramite l’idea della retribuzione, ammalandosi della loro stessa malattia” (Freud, 1897b, p. 64).⁸ Nei due interventi sul suicidio pronunciati nei dibattiti tenuti alla Società psicoanalitica di Vienna il 20 ed il 27 aprile 1910, Freud nuovamente confronta lo stato clinicamente noto della melanconia con l’affetto del lutto.⁹

Dalla perdita dell’oggetto all’impoverimento dell’Io

“L’ombra dell’oggetto cadde così sull’Io”.

Freud, 1917a, p. 108.

Il confronto tra il modello normale del lutto e lo stato patologico della melanconia è ripreso e ampiamente esplorato nell’*“opus princeps sul tema”* (Haynal, 1976, p. 130), *“Lutto e melanconia”*, saggio che ha cambiato il corso della psicoanalisi, il cui primo abbozzo, realizzato nel febbraio del 1915, a causa della guerra, appare solo nel 1917 (Arieti, Bemporad, 1978).¹⁰

In questo scritto Freud esordisce esprimendo perplessità in merito al fatto di scrivere sulla melanconia, presentandosi essa in forme cliniche differenti e potendo caratterizzare una serie di disturbi, alcuni dei quali fanno pensare più ad affezioni di tipo somatico che psicogeno. Osserva che il lutto è la reazione ad una perdita sia reale, di una persona amata, che concernente un’astrazione che ne ha preso il posto. Questi fattori scatenanti, continua, producono in alcuni soggetti, in cui si suppone ci sia una disposizione patologica, la condizione della melanconia in luogo del lutto.

Freud nota che il lutto si differenzia dalla melanconia per la mancanza del disturbo del sentimento di sé, che, invece, tanto contraddistingue il melanconico. Concentrandosi sulla descrizione del lavoro svolto dal lutto, afferma che è possibile che, nei casi estremi, ci siano un estraniamento dalla realtà ed una pertinace adesione all’oggetto che sfociano in una psicosi allucinatoria di desiderio. Freud asserisce che, similmente, la melanconia può seguire la perdita di un oggetto amato, perdita che a volte può essere di natura più ideale. È possibile connettere “la melanconia a una perdita oggettuale sottratta alla coscienza, a differenza del lutto in cui nulla di ciò che riguarda la perdita è inconscio” (Freud, 1917a, pp. 104-5). Il lavoro interiore che assorbe l’Io nella melanconia è lo stesso di quello del lutto. “Nel lutto il mondo si è impoverito e svuotato, nella melanconia impoverito e svuotato è l’Io stesso” (Freud, 1917a, p. 105). Introducendo concetti di cruciale rilievo per la sua successiva teorizzazione del Super-Io, Freud ipotizza che nel melanconico “una parte dell’Io si contrappone all’altra parte,

⁸ In questo passo l’Autore indica un meccanismo che svilupperà più ampiamente in *“Lutto e melanconia”* e stabilisce una relazione con il senso di colpa, senza però nominarlo (Haynal, 1976).

⁹ Degno di nota è il fatto che il riferimento ad un modello normale (il lutto) da cui desumere l’economia e la dinamica della depressione è coerente con il nuovo approccio abbracciato da Freud che vede prossima la malattia e la psicopatologia quotidiana (Speziale-Bagliacca, 1985).

¹⁰ L’elaborazione di questo scritto è favorita sia dalle intuizioni sul tema dell’identificazione presenti in *“Totem e Tabù”* (Freud, 1912-1913) sia dalle riflessioni sull’istanza critica nei casi di paranoia nel saggio sul narcisismo (Freud, 1914) (Haynal, 1976).

la valuta criticamente e la assume, per così dire, quale suo oggetto” (1917a, pp. 106-7).

¹¹ Nella melanconia ritiene che le autoaccuse siano in realtà rivolte ad un oggetto d’amore perduto con il quale l’Io si è identificato, ¹² ragion per cui il melanconico non prova pudore né senso di vergogna e, nonostante le sue dichiarazioni, non agisce come una persona indegna, ma si offende continuamente come se fosse stato trattato con grande ingiustizia. Egli spiega questo meccanismo come una conseguenza della sostituzione di un investimento oggettuale con una identificazione: “L’ombra dell’oggetto cadde così sull’Io”, provocando “un dissidio fra l’attività critica dell’Io e l’Io alterato dall’identificazione” (Freud, 1917a, p. 108). Tenta quindi di rendere comprensibile questo processo intrapsichico di spostamento di un oggetto nell’Io risalendo al modo in cui si è effettuata nel melanconico la scelta oggettuale. Afferma che la libido disinvestita dall’oggetto perduto non viene trasferita ad un altro oggetto, bensì ritirata nell’Io, probabilmente a causa di un tipo di rapporto fondamentalmente narcisistico che, nel momento in cui è soggetti a difficoltà, può regredire al narcisismo. Nell’identificazione narcisistica vi è ancora un oggetto, anche se fuso e confuso con il proprio Sé (Gaylin, 1968); essa diventa quindi un sostituto dell’investimento amoroso e permette, a suo modo, di non abbandonare la relazione d’amore. È così che Freud classifica la melanconia tra le nevrosi narcisistiche (Weiss, 1944).

Con forte riferimento a quanto affermato da Abraham, Freud ricorda che l’identificazione costituisce la fase preliminare di scelta oggettuale ed il primo modo, ambivalente, con cui l’Io evidenzia un oggetto, che, in questa “fase orale o cannibalesca della propria evoluzione, vorrebbe incorporare divorandolo” (1917a, p. 109). Osserva che l’autotormentarsi del melanconico produce una certa quota di godimento poiché, così come avviene nella nevrosi ossessiva, produce il soddisfacimento di tendenze sadiche o di odio che si riversano sul soggetto ma che in realtà si riferiscono all’oggetto perduto. Tale sadismo rende comprensibile l’inclinazione al suicidio che spesso interessa i melanconici. A proposito della mania, sostiene che sia caratterizzata dallo stesso complesso della melanconia, differendo nel modo in questo è affrontato: se nella melanconia l’Io ne è stato sopraffatto, nella mania lo padroneggia. Continuando con il parallelo tra il lavoro del lutto e quello della melanconia, l’Autore sostiene che come il lutto induce l’Io ad abbandonare l’oggetto offrendogli il premio di rimanere in vita, allo stesso modo “ogni singolo conflitto d’ambivalenza allenta la fissazione libidica all’oggetto poiché lo denigra, lo svilisce e, in certo modo, lo distrugge. È possibile che il processo si concluda nell’*Inc*, o dopo che la collera ¹³ si è esaurita o dopo che l’oggetto è stato abbandonato perché privo di valore” (Freud, 1917a, p. 117).

¹¹ Freud estende questa scissione dell’Io anche ad altre circostanze e definisce questa istanza “*coscienza morale*”, inglobandola, insieme alla censura della coscienza e all’esame di realtà, tra le “grandi istituzioni dell’Io” e precisando che “può ammalarsi di per sé” (Freud, 1917a, p.107). La scoperta del Super-Io può essere considerata una delle più importanti caratteristiche di questo scritto (Rosenfeld, 1959) che ha quindi un influsso che si estende molto al di là dei limiti dell’argomento clinico discusso (Gaylin, 1968).

¹² Ciò che Freud non chiarisce in questo scritto è come i rimproveri dell’Io contro l’oggetto e, più tardi, contro l’Io, sono trasferiti al Super-Io, o quando, secondo la sua opinione, la coscienza si sviluppa (Rosenfeld, 1959).

¹³ D’ora in poi la maggior parte delle teorie citerà l’ira come un fattore determinante nello sviluppo della depressione; anche in questa teoria la presenza o meno della collera è fondamentale per distinguere lo sviluppo malato da quello sano (Gaylin, 1968).

Com'è noto, particolarmente degno di nota è il riferimento che Freud in questo saggio fa ai "rapporti oggettuali", piuttosto che alla rimozione, (Arieti, Bemporad, 1978), volgendo il pensiero psicoanalitico in chiave di relazioni oggettuali piuttosto che di livelli istintivi (Fornari, 1959).

L'infierire del Super-Io sull'Io

*"L'Io può prendere come oggetto sé medesimo,
trattarsi come altri oggetti, osservarsi, criticarsi
e fare di sé stesso Dio sa quante altre cose ancora".*
Freud, 1932, p.466.

I concetti introdotti in "Lutto e melanconia" vengono riproposti in "Introduzione alla psicoanalisi (prima serie di lezioni)" (1917b), dapprima in "Teoria della libido e narcisismo", quindi nella lezione ventisettesima, dedicata all'indagine della traslazione, in cui Freud rintraccia un'analogia tra pazienti paranoici, melanconici e affetti da *dementia praecox*, definendo i melanconici imperterriti ed impenetrabili alla terapia psicoanalitica, pur possedendo un elevato grado di consapevolezza della propria sofferenza.

In "Psicologia delle masse e analisi dell'Io" (1921), nel settimo capitolo, l'Autore ribadisce come il processo di identificazione con l'oggetto riguardi la melanconia, che segue la perdita reale o affettiva di un oggetto amato, e in cui una parte dell'Io, che fa coincidere con la coscienza morale, si contrappone e critica aspramente un'altra parte in cui l'Io si è scisso, modificata quest'ultima dall'introiezione ed includente l'oggetto perduto.

Nell'undicesimo capitolo, "Un gradino all'interno dell'Io", in cui Freud si sofferma ancora sull'analisi del rapporto tra Io e Ideale dell'Io, ipotizza che nel maniaco si sia compiuta un'unione tra Io e Ideale dell'Io, che si esprime con uno stato d'animo di trionfo e di contentezza non turbato da alcuna autocritica, inibizione e autorimprovero. Al contrario, aggiunge, il melanconico è devastato da un violento dissidio tra le due istanze dell'Io, in cui l'Io soccombe di fronte alla crudeltà e alla ferocia dell'Ideale dell'Io. Tale formulazione è ulteriormente sviluppata ne "L'Io e l'Es" (1923), in cui Freud sostiene che la melanconia sia la risultante di un violento dissidio tra l'Ideale dell'Io - che in questo scritto fa coincidere con il Super-Io - e l'Io, spiegando la crudeltà del primo facendo riferimento alla teoria dell'istinto di morte, da poco formulata.

In "Introduzione alla psicoanalisi (nuova serie di lezioni)" (1932), nella lezione dedicata allo studio della scomposizione della personalità psichica, soffermandosi sull'analisi del Super-Io, afferma che nell'accesso melanconico "il Super-io diventa esageratamente rigoroso, insulta, umilia, maltratta il povero Io, gli prospetta i più severi castighi, gli muove rimproveri per azioni da molto tempo trascorse [...] impone all'Io inerme, che è in sua balia, criteri morali rigorosissimi; è in generale il rappresentante delle esigenze della moralità" (Freud, 1932, p. 468).

Sono in particolare le prime formulazioni teoriche elaborate da Freud in "Lutto e melanconia" (1917a) ad essere prese maggiormente in considerazione rispetto alle modifiche che ha apportato in un secondo momento alla sua concezione degli stati melanconici.

1.3. DALLA TEORIA CLASSICA ALLA PSICODINAMICA ADATTATIVA: SANDOR RADO

La melanconia: un alto grido disperato che invoca amore

“Il Super-Io è la Bibbia, ma il narcisismo è Dio Onnipotente”.
Grunberger, 1971, p. 99.

Sandor Rado, psicoanalista ungherese, diede un contributo originale e decisivo al completamento della posizione psicoanalitica classica sulla depressione, riuscendo a coglierne aspetti ancora inesplorati studiandoli in un modo eccezionalmente completo e creativo (Arieti, Bemporad, 1978).

Al 1928 risale un suo primo lavoro al riguardo, “uno scritto notevolissimo: fresco, conscio, logico, ordinato, levigato e brillante; riassume la personalità dell’autore” (Gaylin, 1968, p. 16).¹⁴ Ne “Il problema della melanconia” (1928) Rado esordisce riconoscendo la rilevanza che hanno avuto le idee di Freud e di Abraham - suo analista - per la comprensione psicoanalitica della melanconia, focalizzandosi però su un singolarissimo aspetto che caratterizza lo stato depressivo: la caduta dell’autostima e dell’autosoddisfazione.

Nelle persone predisposte all’insorgenza di stati depressivi rintraccia “una brama violenta e intensa di gratificazione narcisistica ed una intolleranza narcisistica molto notevole” (Rado, 1928, p. 62), osservandovi una dipendenza completa dall’oggetto d’amore le cui attenzioni risultano indispensabili per il mantenimento della loro fragile autostima, che si basa esclusivamente sul senso di sicurezza che perviene loro dall’essere amati, stimati, sostenuti, incoraggiati.

L’Autore descrive tali individui come particolarmente abili nel carpire agli altri dimostrazioni d’amore e nello spingere la prova d’amore ai limiti della tolleranza, cambiando drasticamente comportamento nei loro riguardi, dapprima trattando “l’amore devoto della persona amata con sublime noncuranza, come un evento naturale” (Rado, 1928, pp. 63-4), quindi assumendo un atteggiamento progressivamente più possessivo che progredisce gradualmente fino ad un controllo dominante e tirannico dell’oggetto d’amore. Com’è naturale attendersi, questi individui reagiscono con veemenza all’aggressione altrui e alla minaccia di abbandono e “sentono la perdita finale dell’oggetto del loro amore tormentoso come la massima ingiustizia del mondo” (Rado, 1928, p. 64); nel momento in cui questa perdita avviene, cadono inesorabilmente in uno stato depressivo.

Anche alla base dell’autopunizione vi sarebbe il tentativo di guadagnare l’amore dell’oggetto perduto; è in questo senso che descrive la melanconia come “un alto grido disperato che invoca amore” (Rado, 1928, p. 64).

Rado fa notare che il melanconico ha ora “trasferito la scena della lotta per l’amore dell’oggetto ad un palcoscenico diverso. Si è ritirato in maniera narcisistica nel mondo interno della mente ed ora, invece di procurarsi il perdono e l’amore dell’oggetto, tenta di assicurarsi quelli del suo Super-Io” (*ibidem*).

¹⁴ Questo scritto riflette la nuova era della psicoanalisi che prende il via a partire da “L’Io e l’Es” (1923) caratterizzata dall’introduzione della teoria strutturale (Gero, 1962).

Tentando di delineare le origini evolutive di tali processi, Rado riconduce la sequenza colpa-espiazione-perdono alla precedente progressione di rabbia-fame-suzione al seno materno,¹⁵ insistendo molto sul fatto che il desiderio di essere nutrito al seno materno è il fulcro della melanconia e che la sua persistenza inconscia nella vita adulta spiega sia la fissazione orale descritta da Abraham che il bisogno di nutrimento emotivo esterno.¹⁶

Riassumendo, in questo primo contributo Rado mette in risalto i seguenti tre aspetti: il forte desiderio di gratificazione narcisistica e l'accentuato bisogno di essere amate ed approvate tipici delle persone predisposte a sviluppare depressione; la sfera delle emozioni, tra cui *in primis* la rabbia, quindi la colpa; il concetto di espiazione.¹⁷

La depressione: un processo di riparazione mal realizzato

“Il processo espiatorio è governato da un principio di emergenza: quello della riparazione”.
Rado, 1951, p. 82.

Nel 1951 Rado torna a studiare la depressione, interpretando ogni comportamento nevrotico come il prodotto di manovre riparative male indirizzate e considerando il fenomeno depressivo svilupparsi da un inconscio bisogno d'amore, da un'incapacità adattativa e dal timore della perdita d'amore (Speziale-Bagliacca, 1985).

In “Psicodinamica della depressione dal punto di vista eziologico”, esordisce chiarendo il suo proposito di esplorare la “classe di fenotipi ciclo-umoralì, caratterizzata, tra le altre manifestazioni, dall'alta incidenza degli attacchi depressivi” (Rado, 1951, p. 81).

Il quadro che emerge è quello di un individuo dominato da pure emozioni, quali colpa, paura e rabbia (Gaylin, 1968). Nella depressione l'individuo, combattuto tra bramosia e dipendenza, “è tormentato tra la rabbia dominatrice e la paura sottomessa, cosicché si sforza di raggiungere il suo intento immaginario, quello di riottenere l'amore della madre, impiegando contemporaneamente due metodi in conflitto tra loro” (p. 84).¹⁸ Definisce la depressione “un processo di riparazione mal realizzato” (Rado, 1951, p. 84), che costringe il paziente a riattivare l'antico schema adattativo, ora obsoleto, della dipendenza alimentare materna. Tra i tre costituenti primari relativi all'organizzazione motivazionale specifica dell'attacco depressivo individua: la deflessione del tono dell'umore, l'intenso desiderio regressivo proteso verso la sicurezza alimentare, tipico dell'infante, e la lotta tra le violente emozioni di emergenza, paura la rabbia, precisando che solo il terzo di questi tre elementi non è specifico dell'attacco depressivo, poiché rintracciabile anche nel quadro ossessivo e in quello paranoide.

¹⁵ “Dal parossismo della rabbia nel bambino affamato procedono tutte le forme di *reazione aggressiva* alla frustrazione (ad esempio divorare, mordere, colpire, distruggere, ecc.) ed è su questo che l'Io, nel periodo di latenza, concentra tutto il suo senso di colpa” (Rado, 1928, p. 66).

¹⁶ L'Autore aggiunge che, così come la felicità della sazietà segue la fame, allo stesso modo e con la stessa regolarità, la condizione maniacale succede alla fase dell'autopunizione.

¹⁷ Attraverso questi significativi cambiamenti della teoria classica Rado getta le basi per un futuro distacco molto più radicale della teoria freudiana classica.

¹⁸ Pone la lotta tra paura e rabbia alla base della distinzione clinica tra depressione ritardata e depressione agitata, la prima caratterizzata dalla prevalenza della paura colpevole, la seconda dall'emergere della rabbia rivolta direttamente verso l'ambiente.

1.4. LA CENTRALITÀ DEI BISOGNI NARCISISTICI: OTTO FENICHEL

Un modo arcaico di regolare l'autostima

“Se i suoi bisogni narcisistici non sono soddisfatti, la sua autostima diminuisce in modo pericoloso”.

Fenichel, 1945, p. 90.

Otto Fenichel, psichiatra e psicoanalista austriaco, nell'enciclopedico sommario di psicoanalisi, apparso nel 1945, nel capitolo dedicato all'esplorazione del problema posto dalla depressione, pur sottolineando il ruolo dell'introietto patogeno messo in risalto da Freud, l'imprescindibile concetto di fissazione orale evidenziato da Abraham e l'incolmabile fame d'amore descritta da Rado, opera un fondamentale spostamento di prospettiva nell'ambito della comprensione delle dinamiche depressive: non considera più come elemento principale la perdita dell'oggetto amato bensì la perdita dell'autostima connessa a tale evento (Speziale-Bagliacca, 1985; Gaylin, 1968).

In “Depressione e mania” definisce molti atteggiamenti depressivi “condensazioni di ingraziamento e aggressività” (Fenichel, 1945, p. 90), che contraddistinguono persone con una forte dipendenza ed un tipo narcisistico di scelta oggettuale.¹⁹

Specifica che “Le esperienze che fanno precipitare le depressioni rappresentano o una perdita dell'autostima o una perdita di quegli appoggi che il paziente sperava gli avrebbero assicurato o addirittura avrebbero rafforzato la sua autostima” (Fenichel, 1945, p. 94).²⁰ Soffermandosi su questioni relative all'ambivalenza, al senso di colpa, al Super-Io, afferma che nella depressione “la lotta *oggetto contro oggetto introiettato* viene complicata in due modi: in primo piano sta la lotta: *Super-Io contro Io + oggetto introiettato*; ma l'Io, nella sua ambivalenza verso il Super-Io, la cambia anche in una lotta: *Io contro Super-Io + oggetto introiettato*” (Fenichel, 1945, p. 98).

Lutto e introiezione patognomica

“Forse l'Io, attraverso questa introiezione, che è una specie di regressione al meccanismo della fase orale, allevia o facilita la rinuncia all'oggetto. Forse questa identificazione è l'unica condizione che consente all'Es di rinunciare ai propri oggetti”.

Freud, 1923, p. 492.

A proposito della relazione tra lutto e melanconia, Fenichel osserva che se la relazione tra l'oggetto perduto e la persona era caratterizzato da una accentuata ambivalenza, il processo di elaborazione del lutto ne risulta considerevolmente complicato, essendo l'introiezione non solo finalizzata a conservare l'oggetto amato bensì anche a distruggere l'oggetto odiato. Similmente, la depressione rappresenta “un tentativo disperato di costringere un oggetto incorporato oralmente a concedere

¹⁹ “Una grave depressione rappresenta lo stato in cui si trova l'individuo oralmente dipendente quando mancano gli appoggi; una depressione leggera è un anticipo di questo stato a scopo ammonitore” (Fenichel, 1945, p. 92).

²⁰ Interessante l'osservazione secondo cui “Il paziente depresso, che in apparenza è così estremamente sottomesso, in realtà spesso riesce molto bene a dominare tutto il suo ambiente” (Fenichel, 1945, p. 96).

perdono, amore e sicurezza” (Fenichel, 1945, p. 101). Il motivo che mette in moto l’incorporazione è una finalità essenzialmente narcisistica a tutela dell’integrità dell’Io; la stima di sé è in primo piano ma sempre nell’ambito di una teoria pulsionale, essendo le pulsioni di autoconservazione dell’Io ad entrare in gioco (Speziale-Bagliacca, 1985). Fenichel osserva che l’introiezione non è solo un tentativo di fare come se la perdita dell’oggetto amato non fosse mai avvenuta, ma anche di “raggiungere l’*unione mistica* con una persona esterna onnipotente, di diventare il ‘compagno’ della persona perduta, vale a dire il compagno di cibo, diventando sua sostanza e facendolo diventare sostanza propria” (Fenichel, 1945, p. 101).²¹

Io, Super-Io e regressione narcisistica

*“La coscienza morale del paziente
rappresenta tutta la sua personalità”.*
Fenichel, 1945, p. 104.

Fenichel fa notare come nella melanconia l’intera personalità del paziente sembra rappresentata dalla coscienza morale, dal Super-Io, essendo l’Io, alterato dall’introiezione, completamente soggiogato ad essa. Spiega la profondità della regressione narcisistica con la sostituzione delle relazioni oggettuali con le relazioni interne alla personalità, di gran lunga più consistente nelle depressioni psicotiche. Come fattore costituzionale²² nei disturbi maniaco-depressivi l’Autore rintraccia una certa prevalenza dell’erotismo orale, mentre tra le lesioni del narcisismo infantile menziona esperienze di abbandono e solitudine oppure delusioni comuni e inevitabili, frustrazioni o soddisfazioni straordinarie, soprattutto nei casi in cui sia presente una consistente predisposizione costituzionale. Considera dunque lo stato maniaco-depressivo “un’esagerazione morbosa di qualcosa di universalmente presente – cioè delle lotte per conservare l’autostima” (Fenichel, 1945, p. 113),

La condizione maniacale

*“La mania non è una libertà autentica dalla depressione
ma un diniego convulso delle dipendenze”.*
Fenichel, 1945, p. 117.

Approfondendo l’analisi della condizione maniacale, Fenichel osserva che “Sembra che la mania ottenga ciò che la depressione andava cercando; non solo gli appoggi narcisistici, che rendono di nuovo desiderabile la vita, ma si arriva ad una totale vittoria narcisistica” (Fenichel, 1945, p. 114); la mania sarebbe dunque non “una libertà autentica dalla depressione ma un diniego convulso delle dipendenze” (*ibidem*, p.117). Spiega tale capovolgimento di situazione facendo appello all’ambivalenza precipua del

²¹ In particolare in quelle forme di depressione che assumono le caratteristiche della nostalgia il depresso appare mosso dal “sentimento oceanico’ di unione con una madre onnipotente” (Fenichel, 1945, p.111).

²² Menziona la possibilità che sia implicato un fattore organico ancora ignoto e sostanzia la validità di questa sua supposizione citando la presenza nelle psicosi maniaco-depressive di tre fattori che farebbero protendere per tale spiegazione, quali: la rigorosa periodicità a cui sono soggette le alternanze di umore, la spontaneità delle alternanze di umore e la consistente ereditarietà.

paziente maniaco-depressivo nei confronti del proprio Io: mentre nelle fasi di depressione è in risalto l'elemento ostile di questa ambivalenza, nella mania ciò che viene completamente alla ribalta è l'aspetto ad esso opposto, l'estremo amore verso sé. Fa però notare che "L'apparente ipergenitalità del maniacale tipico ha un carattere orale e mira all'incorporazione di tutti [...] Il paziente ha fame di nuovi oggetti, ma sembra se ne libera anche molto rapidamente e li abbandona senza alcun rimorso" (Fenichel, 1945, p. 115).²³

Addentrandosi su tematiche riguardanti le prospettive terapeutiche, l'Autore menziona tre specifici tipi di difficoltà in cui frequentemente ci si imbatte nel lavoro analitico con i pazienti maniaco-depressivi: la profondità della fissazione orale; la scarsa possibilità di stabilire un transfert a causa della natura narcisistica della malattia; l'inaccessibilità all'influenza analitica da parte del paziente grave, dovuta alla dissoluzione dell'Io ragionevole che potrebbe imparare ad affrontare i conflitti durante l'analisi. Fenichel consiglia dunque di intraprendere la terapia con questa tipologia di pazienti durante gli intervalli liberi.

Tale slittamento di prospettiva ha modificato in modo sostanziale la direzione della ricerca psicoanalitica sui disturbi affettivi, accentuando notevolmente il ruolo dell'Io al quale spetta la valutazione della discrepanza tra la condizione reale del Sé e l'Io ideale desiderato, da cui risulta appunto la stima di sé (Arieti, Bemporad, 1978).

In particolare sono tre gli Autori che hanno ripreso e proseguito l'orientamento di Fenichel nello studio della depressione, Bibring, Sandler e Jacobson, le cui vedute continuano ad avere una forte influenza sul pensiero attuale sulla depressione (Arieti, Bemporad, 1978).

²³ Rintraccia nel ciclo biologico di fame e sazietà il precursore del ciclo maniaco-depressivo, sostenendo che esso fa venire nuovamente alla ribalta l'elemento della periodicità.

1.5. LA RIBALTA DELL'IO: EDWARD BIBRING

Analisi del ruolo dell'Io nella letteratura psicoanalitica

“La depressione è un fenomeno di psicologia dell'Io, uno ‘stato dell'Io’, uno stato affettivo”.

Bibring, 1953, p. 127.

Il primo Autore che, pur rimanendo nell'ambito dell'analisi classica, formulò una spiegazione della depressione esclusivamente in termini di psicologia dell'Io, fu Edward Bibring. Espone questo suo slittamento di prospettiva nel saggio “Il meccanismo della depressione”, pubblicato nel 1953, in cui esordisce ricapitolando alcuni dei principali contributi apportati alla comprensione della depressione da Freud²⁴, Abraham²⁵, Rado²⁶, Fenichel²⁷. A proposito delle riflessioni di Edoardo Weiss, ricorda la sua distinzione tra depressione di tipo semplice, o essenziale, e depressione di tipo melanconico, ritenendo la prima “caratterizzata da una diminuzione dell'intensità dell'esperienza di sé dell'individuo” (Bibring, 1953, p. 125), poiché la maggior parte della libido è investita su un oggetto o uno scopo che, pur essendo stato respinto, non può essere abbandonato. La depressione melanconica, continua Bibring, è ritenuta dall'Autore motivata da un odio di sé in conseguenza di una massiccia perdita di autostima, quindi caratterizzata da un sentimento dell'Io non diminuito bensì aumentato. In merito al contributo offerto da Edith Jacobson, ne ricorda la distinzione tra una depressione primaria infantile, scaturita dalla delusione delle immagini genitoriali cui segue la svalutazione del Sé infantile, ed una depressione endogena, leggera, piatta, caratterizzata da un senso di debolezza dell'Io, essendo la maggior parte dell'energia psichica assorbita nei conflitti inconsci.

Bibring evidenzia, dunque, due differenti modalità di accostarsi al problema posto dalla depressione. In base ad una prima impostazione fa notare che si possono differenziare, sia teoricamente che clinicamente, due differenti tipi di depressione: il primo, definito dai vari Autori semplice, essenziale, endogeno, leggero, consiste nella normale reazione al lutto o nella depressione che segue all'esaurimento dell'energia dell'Io; il secondo, nominato grave o melanconico, sarebbe invece causato dalla lesione narcisistica e caratterizzato dal processo dall'identificazione attraverso l'incorporazione e dal conseguente rivolgimento dell'aggressione dall'oggetto al sé. In base a questa

²⁴ Menziona la distinzione operata da Freud tra stato luttuoso e stato melanconico, ricondotta alla differenza tra depressione semplice, che segue un lutto ed ha origine nella libido oggettuale, e depressione di tipo narcisistico, o melanconia, che può insorgere in seguito a ferite, trascuratezze, delusioni, che fanno emergere un'accentuata ambivalenza e che, in seguito all'identificazione dell'Io con l'oggetto perduto emotivamente, provocano un rinforzo dell'investimento dell'Io.

²⁵ Sottolinea l'interesse mostrato da Abraham sia nei confronti dell'esplorazione delle fasi libidiche - non coniugato, però, con alcun riferimento all'aspetto dell'Io - che la sua introduzione del concetto di depressione primaria.

²⁶ Ne ricorda l'analisi del modo in cui le vicissitudini della situazione del lattante influiscono sull'Io infantile, osservando che le sue idee risultano ancora notevolmente influenzate dai concetti elaborati prima dell'approccio strutturale, in base ai quali l'Io era considerato “l'agente” delle pulsioni istintuali, le cui funzioni erano modellate in prevalenza dalle pulsioni e secondo le pulsioni stesse” (Bibring, 1953, p. 124).

²⁷ Ricorda come Fenichel abbia ricondotto sia le forme lievi che melanconiche di depressione alla caduta dell'autostima e considera tali idee le più rappresentative delle concezioni dei vari aspetti della depressione a lui contemporanee.

impostazione, osserva l'Autore, comune denominatore di tutti i tipi di depressione sarebbe proprio una perdita dell'autostima.

La depressione da una tensione interna all'Io

*“La bontà era la luce che a sprazzi e ad istanti
illuminava l'oscuro animo umano [...]*
*Si poteva perciò manifestarsi buoni, tanto buoni,
sempre buoni, e questo era l'importante [...]*
*Curioso! L'eccesso di bontà m'aveva fatto
eccedere nella stima di me stesso e del mio potere”.*
Svevo, *La coscienza di Zeno*.

Bibring esplicita il suo intento di affrontare l'analisi della depressione dal punto di vista della psicologia dell'Io, considerando questo fenomeno uno stato dell'Io, uno stato affettivo, e definendo la depressione “l'espressione (indice) emotiva di uno stato in cui l'Io è inerme e impotente, a prescindere da ciò che può aver causato il collasso dei meccanismi che stabilivano l'autostima” (Bibring, 1953, p. 129). Oltre al senso soggettivo di impotenza, riscontra nelle persone con depressione alcune persistenti aspirazioni narcisistiche che suddivide in tre gruppi principali: “(1) il desiderio di essere degno, di essere amato, di essere apprezzato, di non essere inferiore o indegno; (2) il desiderio di essere forte, superiore, grande, sicuro, di non essere debole e insicuro; (3) il desiderio di essere buono, affettuoso, di non essere aggressivo, carico di odio e distruttivo” (*ibidem*).²⁸

Sostiene che la depressione non risulta da un conflitto tra l'Io da una parte e l'Es o il Super-Io o l'ambivalenza dall'altra, bensì “da una tensione interna all'Io stesso, da un ‘conflitto’ sistemico interno” (Bibring, 1953, p. 130), definendola un “correlato emotivo di un collasso completo o parziale dell'autostima dell'Io, poiché esso si sente incapace di vivere secondo le sue aspirazioni (ideale dell'Io, Super-Io) mentre queste sono fortemente conservate” (*ibidem*). Paragona la depressione ad alcuni stati affettivi che considera ad essa simili, quali la depersonalizzazione, la noia, l'angoscia, l'euforia. Considera la depersonalizzazione “un grave blocco *in statu nascendi* di tensioni incontrollabili (aggressività e altre), *all'interno* dell'Io, che si accompagna a certi cambiamenti della funzione di sentimento dell'Io sperimentati come forme diverse di inibizione” (Bibring, 1953, p. 131); definisce la noia un penoso sentimento determinato dal fatto che, pur essendo avvertito dall'Io il bisogno di attività, poiché gli scopi istintuali sono rimossi, ne risulta un'incapacità di sviluppare una guida direttiva dall'interno e di dirigere il comportamento verso uno scopo. L'angoscia, ulteriore “stato mentale basilare (indipendente) nella gamma delle reazioni dell'Io a stimoli interni o esterni” (Bibring, 1953, p. 135), costituisce secondo Bibring una reazione al pericolo, diversamente dalla depressione in cui l'Io appare paralizzato, incapace com'è di fronteggiare il pericolo. Infine, l'euforia consiste in uno stato in cui l'autostima è ipertrofica, eccitata, dovuto alla realizzazione, reale o immaginaria, delle aspirazioni narcisistiche dell'individuo.

La definizione della predisposizione alla depressione esclusivamente in termini di fissazione orale è dall'Autore considerata insufficiente; precisa che “l'accento non cade sulla frustrazione orale con conseguente fissazione orale, ma sull'esperienza traumatizzante del lattante o del bambino del senso di impotenza e sulla fissazione a questo” (Bibring, 1953, p. 136).

²⁸ Sebbene il primo ed il terzo obiettivo indicati da Bibring siano spesso considerati identici, in realtà non coincidono ed è un bene che egli li distingua (Gaylin, 1968).

Bibring mostra che ad ogni livello, orale, anale e fallico, corrispondono particolari aspirazioni che, se deluse, provocano l'insorgere della depressione.

Le aspirazioni narcisistiche sviluppate a livello orale o su di esse costruite secondariamente, si esprimono con un bisogno di ottenere affetto, amore, cura o, specularmente, con un bisogno difensivo opposto di essere indipendenti ed autonomi. Se l'individuo non si sente amato - o indipendente - può svilupparsi depressione, ogni volta che ciò evoca regressivamente la sensazione primaria di impotenza riguardo alla gratificazione di tali bisogni narcisistici.

Focalizzandosi sull'esplorazione delle caratteristiche assunte dalla depressione nella fase sadistico-anale, osserva come da tale quadro derivi un mutamento delle aspirazioni narcisistiche, ora riferite alla padronanza del corpo, delle pulsioni e degli oggetti e corrispondenti al desiderio di essere buoni e affettuosi, non ostili, di essere puliti, non sporchi. Ne consegue, continua, che la depressione si sviluppa ogni volta che si avverte una mancanza di controllo sui propri impulsi libidici o aggressivi o sugli oggetti, una sensazione di debolezza o sensi di colpa.

Considerato che nell'ambito della situazione edipica le aspirazioni narcisistiche del bambino sono collegate al desiderio di essere ammirati e di essere al centro dell'attenzione, durante la fase fallica la depressione si sviluppa nel momento in cui l'Io si sente sconfitto e ridicolizzato per i propri difetti, per le proprie mancanze, per le proprie debolezze. L'Autore riconduce quindi la consapevolezza dell'Io dell'impotenza circa le proprie aspirazioni alla base della depressione normale, nevrotica e probabilmente anche psicotica, ribadendo che le esperienze traumatiche, che si verificano solitamente nella prima infanzia, stabiliscono "una fissazione dell'Io sullo stato di impotenza" (Bibring, 1953, p. 137). Specifica che suo intento non è invalidare le teorie sul ruolo dell'aggressività o sull'oralità nella depressione ma chiarire che gli accentuati aspetti aggressivi o orali non sono così universali nella depressione come si ritiene generalmente. Interpreta il rivolgimento dell'aggressività su di sé come una conseguenza del crollo dell'autostima, ritenendo che l'Io accetti la punizione del Super-Io a causa del senso di impotenza e della frequente presenza di tendenze masochistiche.

Osserva che la depressione termina per il coinvolgimento delle stesse condizioni che avevano concorso a determinarla, in particolare quando: gli scopi e gli oggetti narcisisticamente importanti sono nuovamente avvertiti come raggiungibili, subiscono una riduzione tanto da apparire realizzabili o vengono abbandonati; l'Io, con il sostegno di diversi meccanismi riparativi, si risolve dal trauma narcisistico guadagnando un po' della sua autonomia; la difesa viene diretta contro l'affetto della depressione, come nel caso dell'apatia, in cui si ha un'inibizione delle emozioni depressive, e dell'ipomania, che considera una formazione reattiva alla depressione, che di solito si presenta congiuntamente al diniego delle sue cause. Espone infine i guadagni secondari, consci e inconsci, derivati a molti pazienti dallo stato depressivo, che consistono sia nell'ottenere gli appoggi narcisistici tanto agognati che nel gratificare impulsi aggressivi verso oggetti esterni. Una delle principali originalità di tale scritto consiste nell'aver considerato la depressione come derivante primariamente dall'interno dell'Io stesso, da un interno conflitto di sistemi ²⁹ e, a tal proposito, ci si potrebbe chiedere se davvero possa esistere un conflitto totalmente internalizzato nel momento in cui si parla di Io, escludendo il contributo dell'ambiente sulla dissoluzione dell'autostima (Arieti, Bemporad, 1978; Gaylin, 1968). La difficoltà scaturisce forse dal tentativo di avvalersi

²⁹ I sintomi della depressione non possono essere considerati riparativi, così come era stato avanzato da Rado e da altri, potendolo invece esserlo altri sintomi che si sviluppano in reazione alla depressione (Arieti, Bemporad, 1978).

dei modelli di una psicologia dell'Es nell'ambito di una psicologia dell'Io (Gaylin, 1968).

1.6. GLI PSICOLOGI DELL'IO

“Analysts starting with Freud’s views expressed in his paper on mourning and melancholia believe that depressive illness is almost always precipitated by an object loss. This object loss may be a severe one such as death, but any illness of or separation from or frustration by a loved object may produce the situation of ‘loss of the loved object’. I have seen for consultation and analysed many cases where the outbreak of a depressive illness was caused by an object loss. In such cases the patients unconsciously believed that their aggression had omnipotently produced the death or illness of the object in question [...]

However, we might ask if it is only a disturbance in an object relation which may mobilize depression. Freud had raised the question early on whether an injury to the ego or to narcissism may alone precipitate depression. I found in some of the patients breaking down with acute depression that they were confronted with a situation which made them aware that they themselves or their lives had been incomplete in certain ways. The patients were overcome by an acute sense of failure. They felt they had fulfilled the promise of their gifts or had not developed their personality sufficiently. They were suddenly overwhelmed by a conviction that it might now be too late for them to find themselves and their purpose in life [...] This depression may be regarded as an awareness that certain parts of the patient’s personality had been split off and denied [...] These parts include not only aggressive features but are related to a capacity of the ego to bear depression, pain, and suffering, which the patient had never dealt with properly before in childhood and later on.

A normal capacity to mourn [...] has to be understood not only from the point of view of object relation, but in terms of ego psychology, namely as a normal important synthetic function of the ego. This function is an important safeguard against a severe outbreak of a depressive illness in later life” (Rosenfeld, 1960, p. 512).

“La mia ipotesi è che questo fenomeno rilevato da Rosenfeld sia presente, in maniera più o meno intensa, in quasi tutte le forme di depressione. L’affermazione di Rosenfeld è importante perché segna il passaggio dell’attenzione di uno dei maggiori clinici del nostro tempo alla psicoanalisi dell’Io e del Sé” (Speziale-Bagliacca, 1985, p. 36).

I contributi di seguito riportati sono accomunati proprio da una maggiore enfasi attribuita al ruolo dell’Io e da una progressiva detronizzazione della tanto enfatizzata perdita dell’oggetto nella patogenesi della depressione.

Si evincerà come tali lavori, con particolare riferimento a Sandler, Joffe, Jacobson, abbiano modificato la teorizzazione psicoanalitica classica sulla depressione, evidenziando la presenza, in tale patologia, della consapevolezza da parte dell’Io di dolorose discrepanze che causa una caduta della stima di sé.

Come accennato, le basi per permettere tale slittamento di prospettiva erano già state gettate nell’ambito della teoria classica prevalentemente da Fenichel e Bibring.

Se Spitz ha continuato a focalizzarsi prevalentemente sulle conseguenze scaturite dalla perdita dell’oggetto, Sandler e Joffe si sono avvalsi delle intuizioni della psicologia dell’Io per semplificare la visione tradizionale della depressione riconducendola ad uno stato esperienziale psicobiologico di base che non può essere spiegato da conflitti intersistemici o ulteriormente ridotto ad essi. Jacobson ha invece elaborato un sistema complesso che si basa prevalentemente su concetti metapsicologici e sulla teoria delle

pulsioni mentre Brenner ha considerato il fenomeno depressivo un affetto spiacevole associato ad un complesso di idee, paragonandolo a quello dell'angoscia.

1.7. DIGIUNO AFFETTIVO E DEPRESSIONE ANACLITICA: RENÉ SPITZ

Le devastanti conseguenze della “mancanza di appoggio”

“Essa giaceva immobile nella sua culla. Quando ci si avvicinava a lei, non sollevava il busto, ma appena, appena la testa per guardare l'esperimentatore con una espressione di profonda sofferenza come quella che si vede negli animali ammalati. Con questa espressione essa esaminava colui che la osservava. Appena l'osservatore incominciava a parlarle o la toccava, essa incominciava a piangere. Questo non era il solito pianto di bambini, pianto che è sempre accompagnato da un certo numero di vocalizzi, per finire in strilli. Era un pianto senza suono, lacrime scorrevano giù per la faccia”.
Spitz, 1946, p. 155.

Il contributo fornito all'indagine della sindrome depressiva da René Arpad Spitz, psicoanalista statunitense di origine austriaca, contrariamente a quello degli Autori che verranno di seguito presentati, riflette sia una notevole considerazione delle idee e del modello freudiano che un'enfasi particolare attribuita alla perdita dell'oggetto.

Proseguendo la tradizione inaugurata da Anna Freud e Dorothy Burlingham, che effettuarono osservazioni più oggettive e sistematiche dei primi stati dello sviluppo del bambino, Spitz ha tentato di estendere l'approccio osservativo alle origini della psicopatologia (Tyson, Tyson, 1990). Intraprende, poco dopo la Seconda Guerra Mondiale, diversi studi osservativi su lattanti abbandonati dalla nascita, residenti in istituti o fondazioni nei quali ricevevano cure fisiche ma pochissimi stimoli o affetti dall'interazione con una figura significativa di riferimento (Mitchell, Black, 1995). Descrive dettagliatamente le caratteristiche e le conseguenze di tale “digiuno affettivo” (Mitchell, Black, 1995, p. 63) in un articolo, apparso nel 1946, realizzato con l'assistenza di Jatherine Maria Wolf, intitolato “Depressione anaclitica: inchiesta sulla genesi delle condizioni psichiatriche nella prima infanzia”. Vi presenta i risultati di una ricerca effettuata su un campione di 123 bambini non selezionati collocati in un Nido in seguito all'allontanamento della loro principale figura di riferimento, osservati per un periodo compreso tra i 12 ed i 18 mesi. Specifica che tali bambini si trovavano nel Nido a partire dal quattordicesimo giorno di età fino alla fine del loro primo anno di vita e, in alcuni casi, fino al diciottesimo mese.³⁰

Spitz rintraccia, in 19 casi in forma conclamata ed in 26 casi in forma apparentemente più lieve, la presenza di una sindrome, nella seconda metà del primo anno di vita, caratterizzata da un comportamento e da un atteggiamento che contrastavano nettamente con le caratteristiche precedentemente mostrate dai bambini. Descrive tale sindrome come contraddistinta dai seguenti sintomi: apprensione, tristezza, pianto seguito da un atteggiamento di disinteresse, isolamento, indifferenza, apparente insensibilità verso le attività e le persone circostanti, inappetenza, perdita di peso, insonnia, maggiore vulnerabilità a contrarre affezioni di tipo psicosomatico, graduale diminuzione del quoziente di sviluppo intellettuale. Precisa che tali sintomi avevano all'incirca una durata di tre mesi trascorsi i quali venivano sostituiti dalle seguenti manifestazioni:

³⁰ Specifica che tali bambini venivano dapprima esaminati attraverso alcuni reattivi, quindi osservati ad intervalli settimanali per un totale di 400 ore per bambino. Precisa che identiche erano le condizioni ambientali ed igieniche in cui essi vivevano e le cure ed il vitto che ricevevano.

diminuzione del pianto, esacerbazione della rigidità inespressiva, ritardo di reazione agli stimoli, lentezza di movimento, abbattimento, stato stuporoso, coniugati talvolta ad attività autoerotiche e ad una difficilmente descrivibile espressione fisionomica.

Tra i fattori che Spitz considera presumibilmente privi di influenza sulla genesi di tale sindrome menziona etnia, sesso, età cronologica (essendosi manifestata in alcuni bambini attorno al sesto mese, in altri verso l'undicesimo), livello di sviluppo mentale ed intellettuale (essendosi presentata sia in bambini caratterizzati da uno sviluppo superiore di due mesi rispetto alla loro età cronologica che in bambini con uno sviluppo ritardato di un mese).

Fa coincidere il fattore eziologico significativo con la separazione dalla madre, considerandola una condizione necessaria, ma non sufficiente, per lo sviluppo della sindrome. Specifica che in tutti i casi nei quali si era sviluppata la sindrome tale separazione, che ebbe luogo per ragioni esterne di forza maggiore, era avvenuta fra il sesto e l'ottavo mese, per un periodo ininterrotto di tre mesi, durante il quale il bambino non poté vedere la madre o, al massimo, riuscì ad incontrarla una sola volta a settimana. Sottolinea però che, mentre tale sindrome non si sviluppò in nessuno di quei bambini la cui madre non si allontanò, non si presentò in tutti i bambini deprivati della madre.

L'Autore considera la perdita dell'oggetto d'amore il fattore che assume un significato eziologicamente decisivo, collocandosi in tal modo in linea con le descrizioni della malinconia elaborate da Abraham e da Freud. Fa notare come la sindrome da lui descritta si differenzi dalla malinconia per l'assenza della sensazione di non essere amati, dell'incapacità di amare, degli autorimproveri e delle tendenze suicide, ritenendo ciò dovuto alle minori risorse del bambino e alle differenze esistenti tra la sua struttura psichica e quella dell'adulto. Precisa che mentre nell'adulto è presente un'organizzazione stabile, caratterizzata da Es, Io e Super-Io, nel bambino di un anno sono presenti solo l'Es ed un Io ancora debole, nascente. Argomenta così che, se nell'adulto gravi traumi possono venir fronteggiati da una solida e completa organizzazione dell'Io, costringendolo alla regressione ed alla fissazione su un punto precedentemente raggiunto, nel bambino essi determineranno invece un disturbo nello sviluppo dell'Io che può manifestarsi, ad esempio, attraverso un ritardo, una deformazione o una paralisi della sua evoluzione, dando luogo, di conseguenza, a diversi quadri clinici. Allo stesso tempo, però, essendo l'organizzazione dell'Io in via di sviluppo, arguisce l'Autore, con maggiore facilità e rapidità è possibile il recupero di un danno che non sia irreparabile.

Spitz sostiene quindi di soffermarsi sul quadro clinico descritto da Fenichel come depressione semplice e da Abraham come paratimia primaria, precisando però di preferire per essa la definizione suggerita da R. M. Kaufman di "depressione anaclitica".³¹

In merito alla prognosi, l'Autore sostiene che, attraverso la manipolazione ambientale, quindi il ritorno della madre dal bambino, la sindrome scompariva; in particolare sottolinea il recupero improvviso del quoziente evolutivo, che, in alcuni casi, superava del 36,6 % quello delle misurazioni precedenti. Specifica però che, non avendo potuto seguire i bambini oltre i 18 mesi, non è in grado di sapere se il trauma

³¹ Tale definizione rimanda all'espressione "per appoggio", tradotta da Strachey in "anaclitico", introdotta per la prima volta da Freud in "Introduzione al narcisismo" (1914) per riferirsi al fatto che in un primo momento le pulsioni sessuali si appoggiano al soddisfacimento delle pulsioni dell'Io, rendendosi da esse indipendenti solo secondariamente; in particolare si riferisce al fatto che "tale 'appoggio' continua a esser testimoniato dal fatto che sono assunti come primi oggetti sessuali le persone che hanno a che fare con la nutrizione, la cura e la protezione del bambino, cioè in primo luogo la madre o chi ne fa le veci" (Freud, 1914, p. 457).

dell'abbandono si è manifestato in qualche altro modo nel corso successivo della vita di questi bambini.

Diversamente, nel caso in cui non si verifica alcuna manipolazione ambientale, la sindrome mostrava di avere una natura progressiva che, dopo aver raggiunto un punto critico dello sviluppo, sembrava divenire irreversibile. Riporta nell'Orfanotrofio un elevato tasso di mortalità, nonostante le soddisfacenti condizioni igieniche ed asettiche, a causa di malattie che potrebbero far pensare a complicazioni psicosomatiche.

L'Autore specifica che le conseguenze del quadro depressivo infantile dipendono dal successo ottenuto nel dare al bambino un oggetto d'amore sostitutivo, puntualizzando che la depressione è più frequente e grave nel caso in cui ci sia una buona relazione madre-bambino, dal momento che, nei casi di cattiva relazione, ogni sostituto può mostrarsi almeno altrettanto buono della madre vera.

Spitz afferma che, mentre nella malinconia il compito di modificare o migliorare il Super-Io si rivela estremamente laborioso, lungo e dall'esito incerto, nei casi da lui osservati "la gravità dei quadri clinici dipende dalla capacità dell'istituto di consentire ai bambini, privati del loro oggetto d'amore, uno sfogo nella forma di locomozione e di oggetti d'amore sostitutivi" (1946, p. 176).

In Appendice riporta alcune considerazioni relative alle ipotesi della teoria psicoanalitica e alla loro verifica, sostenendo che, in considerazione dell'organizzazione elementare e relativamente semplice delle prime strutture psichiche infantili, non si presentano le manifestazioni orali o sadico-anali descritte dalla letteratura psicoanalitica che ci si potrebbe aspettare. Precisa che l'unico sintomo orale comune a tutti i bambini fu la perdita di appetito, concomitante ad una tendenza a portare in bocca ogni cosa e all'accentuarsi dell'abitudine di succhiarsi le dita, specificando che le attività del mordere non furono mai evidenti durante la depressione bensì dopo la sua scomparsa.

Prosegue sostenendo che le manifestazioni sadico-anali, invece, similmente all'attività del mordere, erano presenti solo in alcuni casi ma, contrariamente a queste, potevano essere osservate anche durante il periodo depressivo. Menziona a tal proposito giochi fecali accompagnati, nella maggior parte dei casi, da masturbazione.

Oltre a documentare la perturbazione dei rapporti oggettuali, Spitz dimostrò, dunque, la presenza di insufficienze pulsionali, egoiche, cognitive e dello sviluppo motorio, e provò che, in casi estremi la deprivazione materna porta il lattante alla morte (Tyson, Tyson, 1990). Quella effettuata da Spitz potrebbe essere considerata la prima ricerca psicoanalitica sulle relazioni oggettuali tra neonati e adulti di riferimento, realizzata attraverso uno studio sistematico su larga scala a partire da osservazioni dirette controllate di neonati e delle loro madri per un periodo di tempo prolungato, anche avvalendosi di osservazioni, filmati, che nel 1947 costituivano sicuramente una rarità, ridefinendo dalle fondamenta il concetto centrale per la psicoanalisi di oggetto libidico, che, per Spitz non è solo il mezzo per un fine, ovvero la scarica libidica, e neppure la conseguenza dell'interiorizzazione difensiva, ma acquista un'importanza fondamentale di per sé, procurando il legame umano essenziale all'interno del quale avviene tutto lo sviluppo psicologico (Mitchell, Black, 1995). Il suo percorso teorico può quindi essere collocato a metà strada tra la teoria pulsionale di Freud e le teorie delle relazioni oggettuali; mentre infatti la psicoanalisi dell'Io rappresenta lo sfondo teorico delle sue teorizzazioni, la sfera dei rapporti con gli oggetti e le gratificazioni che la madre ed il bambino derivano dal loro rapporto ne rappresentano le tematiche centrali (Caprara, Gennaro, 1999).

1.8. STATO IDEALE DEL SÉ E *HELPLESSNESS*:
JOSEPH SANDLER E W. G. JOFFE

La depressione: una risposta affettiva di base psicobiologica

“Textbook descriptions of this entity are stereotyped accounts which have been copied from book to book and repeated from generation to generation... This is all the more strange since the term depression is a description of a predominating affect and gives no clue to the underlying processes, the nature of the patient’s problems, the predisposing factors, or the precipitating causes. As an affect which may dominate the mood of individual patients, depression may be a symptom of a wide variety of psychological problems and accompany almost any clinical nosological entity”.
Grinker et al., 1961.

Joseph Sandler, psicoanalista inglese di origine sudafricana, e W. G. Joffe in “Notes on Childhood Depression” (1965a) riportano le osservazioni ricavate da una ricerca effettuata su un ampio numero di bambini di tutte le età, trattati con la terapia psicoanalitica intensiva presso l’Hampstead Child-Therapy Clinic, che mostravano quelle che sarebbero potute essere definite reazioni depressive.

Gli Autori considerano lo stato depressivo una manifestazione di una basilare reazione affettiva psico-biologica che, similmente all’angoscia, può divenire anormale quando si presenta in circostanze inappropriate, persiste per una durata eccessiva e quando il bambino è incapace di realizzare un adattamento ad essa adeguato al suo livello di sviluppo.

Osservano che un aspetto essenziale della reazione depressiva consiste nella sensazione di aver perso, o di essere stato incapace di ottenere, qualcosa ritenuto essenziale per la propria integrità narcisistica. Se è vero che la perdita potrebbe coinvolgere un oggetto, altrettanto vero potrebbe essere che essa riguardi un precedente stato del Sé: con la perdita dell’oggetto ciò che si perde è lo stato di benessere implicito, sia a livello psicologico che biologico, nella relazione con tale oggetto.

La risposta depressiva può dunque essere collegata alla sensazione di essere stati privati di uno stato ideale. Gli Autori specificano che non tutti i tipi di infelicità si possono considerare reazioni depressive bensì solo quelle caratterizzate da un sentimento di impotenza, *helplessness*, coniugati ad un atteggiamento di passiva rassegnazione. Osservano che, oltre all’influenza esercitata dal Super-Io, sono sicuramente diversi i fattori che concorrono a determinare il tipo di risposta del bambino alla frustrazione o al dolore mentale, tra cui, affermano, sicuramente un importante ruolo è rivestito dalla disposizione costituzionale.

Sandler e Joffe propongono quindi di considerare le formulazioni da loro avanzate un ponte tra la classica teoria della melanconia e le visioni della depressione proposta da Bibring (1953) e da altri Autori. Se per la teoria classica della melanconia vi è una perdita dell’oggetto ambivalentemente amato, secondo la loro concettualizzazione ciò che è perso è lo stato ideale del Sé incarnato dalla relazione con l’oggetto perduto. Ciò che Bibring definisce perdita della stima di sé è da loro concettualizzato come sentimento di incapacità nell’ottenere uno stato ideale del Sé altamente desiderato.

Successivi approfondimenti: relazione con il dolore e ruolo dell'oggetto

*“[...] l'Io ha emanato gli investimenti oggettuali libidici.
L'Io si impoverisce e a vantaggio di questi investimenti
e a vantaggio dell'ideale dell'Io; e torna ad arricchirsi
se ottiene soddisfacimento in relazione agli oggetti
e se raggiunge il suo ideale”.*

Freud, 1914, p. 470.

Nei saggi “Note sul dolore, la depressione e l'individuazione” (1965b) e “Sul concetto di dolore, con particolare riferimento alla depressione e al dolore psicogeno” (1967), Sandler e Joffe considerano la reazione depressiva non una costellazione clinica bensì, circoscrivendone il senso, una risposta affettiva fondamentale che deve essere immaginata come una “risposta *particolare*” (Sandler, Joffe, 1965b, p. 143) che può svilupparsi di fronte al dolore o alla sua anticipazione, caratterizzata da un sentimento di impotenza, rassegnazione, disperazione, incapacità a ripristinare una situazione desiderata, congiunti ad un atteggiamento che essenzialmente è di capitolazione e ritirata.

Gli Autori precisano che, entro tale quadro, l'oggetto è considerato un veicolo per il raggiungimento dello stato ideale di benessere. Fanno notare che se ciò è più evidente nel momento in cui le relazioni oggettuali sono di tipo anaclitico, improntate al soddisfacimento del bisogno, solo ad una indagine superficiale si potrebbe pensare che, raggiunta la situazione di costanza d'oggetto, l'amore per l'oggetto sia veramente altruistico; ciò non si verifica mai del tutto, essendo il valore di ogni oggetto sempre direttamente connesso alla relazione genetica e funzionale che ha con il Sé.

Nel momento in cui avviene il passaggio alla fase della costanza d'oggetto si assiste ad una evoluzione dei bisogni: “La costanza d'oggetto, perciò, riflette non soltanto gli investimenti pulsionali dell'Es, ma comporta inoltre l'esistenza di un bisogno secondario (dell'Io) per un oggetto *particolare*” (Sandler, Joffe, 1965b, p. 146).

Quando si subisce una perdita dell'oggetto amato, non è solo l'oggetto in sé ad esser perso, bensì anche l'“aspetto oggettuale complementare del Sé e dello stato affettivo di benessere che è così intimamente collegato con esso” (*ibidem*, p. 147); per tale ragione l'investimento affettivo di valore sull'oggetto aumenta considerevolmente e l'attenzione viene circoscritta quasi del tutto all'oggetto, necessario per ripristinare il perduto stato del Sé.

Similmente a Bibring, Sandler e Joffe credono che l'iniziale reazione depressiva psicobiologica susciti difese e non proceda necessariamente ed inevitabilmente verso un episodio depressivo clinico e che anzi potrebbe sortire anche un effetto salutare simile a quello che Freud postulò per l'ansia come segnale.

È possibile evincere come la concezione di questi Autori si avvicini a quella di Bibring (1953) anche quando considerano la depressione l'espressione emotiva di uno stato di debolezza dell'Io che deriva dalla consapevolezza dell'Io della sua impotenza riguardo le proprie aspirazioni; poiché ritengono la depressione una risposta di natura biologica legata al dolore, opposta allo stato di benessere, pretendono di distaccarsi da Bibring che invece si avvale del più elaborato concetto di “autostima” (Haynal, 1976); credono infatti che il concetto della perdita della stima di sé sia troppo elaborato ed intellettuale per indicare la natura primaria di questa reazione (Arieti, Bemporad, 1978).

1.9. LA COMPLESSA METAPSIKOLOGIA DI EDITH JACOBSON

Alle origini della depressione: le rappresentazioni del Sé

“la tenebra del cattivo umore e la luminosità intensa del buon umore sembrano assorbire e annullare le lievi sfumature dell’umore”.

Jacobson, 1971, p. 96.

Edith Jacobson, psicoanalista statunitense di origini tedesche, essendosi occupata per lungo tempo e a più riprese dell’indagine dei processi depressivi ha estesamente affrontato tale problematica scrutandola da molteplici e differenti punti di vista.

Ha proposto il maggior contributo all’argomento in un volume, realizzato nel 1971, dedicato all’esplorazione degli stati depressivi caratterizzanti gli stati normali, nevrotici e psicotici, includente numerosi saggi concernenti un’ampia varietà di argomenti. Nell’affrontare il fenomeno depressivo, l’Autrice si scopre a studiare la formazione del Sé e lo sviluppo del senso di identità.³²

Nell’ampia sezione che dedica alla disquisizione circa gli umori normali e patologici, definisce gli umori “una sezione trasversale dell’Io nella sua totalità, che presta una particolare colorazione uniforme a tutte le sue manifestazioni per un periodo di tempo più o meno lungo” (Jacobson, 1971, p. 84); dal momento che essi non sono “collegati ad uno specifico contenuto o oggetto, ma trovano espressioni in particolari qualità connesse a tutti i sentimenti, pensieri ed azioni, possono venir definiti come *barometro dello stato dell’Io*” [corsivo mio] (*ibidem*)³³. Gli umori motivati inconsciamente, come quelli degli stati depressivi, non determinano un successo economico finale poiché le fissazioni infantili non consentono un adeguato esame di realtà che permette una vera liberazione dell’energia psichica dalla sua originaria posizione fissata. In tali pazienti la scarica affettiva è centripeta, riversata all’interno. Nel momento in cui l’individuo comincia a reinvestire energia psichica nel mondo l’umore riacquista una valida funzione economica.

L’Autrice si accosta allo studio della depressione avvalendosi del punto di vista della psicologia dell’Io, quindi con riferimento ai sentimenti di stabilità, di depressione e di euforia che però non considera stati fondamentali dell’Io bensì “stati caratteristici di un equilibrio narcisistico normale o disturbato” (Jacobson, 1971, p. 207).

Rintraccia alla base di tutti gli stati depressivi un conflitto fondamentale, narcisistico, scaturito dalla percezione della discrepanza tra l’immagine auspicata del Sé e l’immagine fallimentare del Sé che provoca una caduta dell’autostima.

In base all’intensità dell’ostilità, alla gravità della frustrazione ed alla sua durata si delinea una precisa natura della condizione umorale.

In caso di perdita prematura dell’oggetto, il processo depressivo fondamentale consiste nel fatto che l’assetto narcisistico della personalità fa sì che ogni nuova delusione deteriori il fragile sistema di relazioni e conduca ad una denigrazione dell’oggetto che ingloba anche l’immagine del Sé.

³² Nella sua opera “il fenomeno depressivo sembra riacquistare molti di quegli ampi territori che la psichiatria classica gli aveva assoggettato. Con questa autrice assistiamo a una sorta di Restaurazione” (Speziale-Bagliacca, 1985, p. 51), che si manifesta, ad esempio, nel suo far riferimento ad eminenti psichiatri del passato, come Kraepelin, Bleuler e alle descrizioni fenomenologiche di Lange.

³³ Precisa che un’esperienza è capace di provocare un cambiamento dell’umore solo se si rivela in grado di apportare modificazioni qualitative nelle rappresentazioni del Sé e del mondo oggettuale.

“L'amore è ossigeno per me”.
Jacobson, 1971, p. 321.

Jacobson (1971) dedica ampio spazio all'esplorazione della depressione ciclotimica.³⁴ “La mancata o insufficiente separazione tra le rappresentazioni del Sé e le rappresentazioni degli oggetti, fa sì che il ciclotimico, fissato agli oggetti infantili, valuta se stesso e gli oggetti in base a criteri di valore arcaici che oscillano tra i poli assoluti della onnipotenza e della nullipotenza” (Fornari, 1959, p. 215).

Tra le caratteristiche della personalità maniaco-depressiva Jacobson evidenzia la ricchezza delle sublimazioni nei periodi che precedono il crollo o negli intervalli liberi. La debolezza dell'Io di tali individui traspare in una particolare vulnerabilità ed intolleranza alla frustrazione, alla delusione, all'offesa.

Appaiono contraddistinti da un tipo particolare di dipendenza narcisistica infantile, alla costante ricerca di affetto da un oggetto d'amore sopravvalutato, che può coincidere con una persona, con un ideale o con un'organizzazione di cui fanno parte.

Tali individui riescono a mantenere un duraturo iperinvestimento dell'immagine dell'oggetto amato solo attraverso meccanismi di diniego, negando sia il proprio valore che la debolezza dell'oggetto reale. Con il sopraggiungere di un fallimento o di una delusione, si può assistere o ad un crollo dei meccanismi di diniego oppure ad un loro rafforzamento che determina l'insorgenza di uno stato ipomaniacale.³⁵

Un aumento di valore di sé parallelo ad un disinvestimento libidico dell'oggetto d'amore provoca un concentrarsi di carica aggressiva sull'oggetto che non può venir tollerata e crea immediatamente la necessità di capovolgere la situazione, ripristinando le condizioni iniziali, attraverso il meccanismo del diniego. Il quadro si chiude nel momento in cui l'aggressività diretta all'oggetto d'amore viene retroflessa ed indirizzata all'immagine di Sé; nel frattempo, però, l'intero processo può aver impoverito a tal punto il paziente di libido da non consentirgli un sufficiente investimento né del Sé né dell'oggetto, con una risultante svalutazione di entrambi. Tali pazienti possono mostrarsi pervasi da un generale pessimismo, disillusione ed assenza di interesse per sé e per la vita, contraddistinti cioè da quello che denomina *disturbo depressivo primario*, facendolo quindi rientrare nell'ambito della depressione semplice (Speziale-Bagliacca, 1985). Jacobson prospetta anche un'altra possibilità per tali pazienti: delusi dal mondo esterno rivelatosi incapace di aiutarli, possono ritirarsi dal mondo oggettuale attraverso un'internalizzazione del conflitto e lo sviluppo di una chiara depressione psicotica.³⁶

Descrive gli intervalli di sanità dei soggetti maniaco-depressivi come contraddistinti da oscillazioni di umore e di funzionalità, durante i quali l'individuo tenta di recuperare il suo equilibrio narcisistico inizialmente aggrappandosi a reali oggetti d'amore, quindi ritirandosi temporaneamente in una pseudo autosufficienza e ricorrendo ai modelli del proprio Super-Io. Precisa che la personalità maniaco-depressiva, diversamente da quella coatta, si appoggia, contemporaneamente o in successione, ad un oggetto d'amore idealizzato e al proprio Super-Io, soffrendo di una mescolanza di pseudo indipendenza e di dipendenza che invece non si riscontra nei veri coatti.

³⁴ È opportuno precisare che, contrariamente ad Autori come Abraham, Fenichel e Klein che considerano gli intervalli tra gli episodi psicotici strutturali e compensati con meccanismi ossessivi, Jacobson ritiene che quella ciclotimica sia una personalità a sé stante (Fornari, 1959).

³⁵ Considera la condizione maniacale uno stato in cui il Sé ha la sensazione di partecipare all'immaginaria onnipotenza dell'oggetto d'amore; in tale quadro, in cui il diniego ha cancellato l'esistenza del dispiacere e della distruzione ed il mondo appare come una fonte interminabile di piacere.

³⁶ In questa descrizione Jacobson appare molto vicina a quella di Rado (1928) (Haynal, 1976).

Incastro inconscio tra partner maniaco-depressivi

“Questa personalità congiunta o integrata permetteva a ciascuna metà di riscoprire gli aspetti perduti dei propri rapporti oggettuali primari, che essi avevano scisso o represso, e che nel coinvolgimento col coniuge sperimentavano di nuovo attraverso l’identificazione proiettiva”.

Dicks, 1967, p. 99.

Focalizzandosi sulle scelte oggettuali dei soggetti maniaco-depressivi, Jacobson (1971) mette in luce che, fin quando non manifestano la loro patologia, tali individui attraggono fortemente i loro partner, mostrandosi buoni, sentimentalmente coinvolgenti, capaci di offrire calore umano, sensibilità sessuale e con una capacità straordinaria di sublimazioni. Quella che, però, ad una osservazione superficiale potrebbe apparire una relazione assai intensa, intima, ad una analisi approfondita si scopre essere di carattere simbiotico, rivelandosi i due partner estremamente reciprocamente dipendenti.

Può accadere che l’apparente intimità celi una estesa mancanza di comuni interessi: “I membri della coppia hanno un grande bisogno l’uno dell’altro ma non hanno niente da dirsi, anche se ciascuno di loro isolatamente può avere un Io ricco e pieno di risorse e in effetti ha una quantità di argomenti su cui esprimersi” (Jacobson, 1971, p. 327). L’Autrice descrive entrambi i partner come caratterizzati da una struttura di personalità fissata a livello preedipico, anche se spesso a stadi diversi. Ribadisce che molti depressi sono fortemente masochistici nella loro scelta del compagno, che per loro rappresenta prevalentemente una figura superegoica; afferma che tendono a sopravvalutare il loro oggetto d’amore, investendolo della intera quantità di amore di cui sono provvisti: “il partner è, per il maniaco-depressivo, il tramite attraverso il quale egli vive e di cui ha bisogno per mantenere il proprio equilibrio mentale” (Jacobson, 1971, p. 328).

Dal canto suo, tale partner può essere un egoista, con un carattere passivo, esigente, che, pur mostrando gratitudine ed ammirazione all’altro per il modo con cui è trattato, spesso non converte in un atto pratico questo suo atteggiamento teorico.

La situazione coniugale può incrinarsi nel momento in cui il paziente si ribella, rifiutando il ruolo da lui assunto fino a quel momento nel gioco di coppia.

L’Autrice fa notare che “l’altro membro della coppia avverte invariabilmente i rimproveri e le istanze ostili sottostanti agli atteggiamenti autopunitivi del paziente malinconico. In altre parole, *il depressivo non fallisce mai nel dare al partner, spesso a tutti coloro che lo circondano e soprattutto ai figli la sensazione di essere profondamente colpevoli, spingendoli inoltre in uno stato di depressione crescente*” [corsivo mio] (Jacobson, 1971, p. 331). Per tale ragione sovente il partner “erroneamente ritenuto sano” diventa notevolmente aggressivo e addirittura violento verso il paziente, ferendolo profondamente proprio nel punto in cui egli è più vulnerabile.

Anche lo stato maniacale o ipomaniacale del paziente può essere disturbante per il partner, a volte in misura superiore rispetto alla condizione depressiva, implicando frequentemente reazioni aggressive, evasioni sessuali o un’eccessiva prodigalità.

Jacobson fa poi un rapido cenno a quelli che definisce “matrimoni ‘di contrasto’” (1971, p. 332), ovvero fra individui maniaco-depressivi e schizofrenici, evidenziando come si tratti di relazioni estremamente precarie, non durature.

Considerazioni relative alla gestione dei problemi del transfert

*“Con questi pazienti ci troviamo sempre fra l’incudine
e il martello, e questa situazione è inevitabile”.*

Jacobson, 1971, p. 336.

Jacobson (1971) rivolge infine la sua attenzione ad alcune considerazioni pratiche relative al modo in cui affrontare le difficoltà tecniche create dai problemi del transfert di pazienti gravemente depressi. Non condivide la tendenza prevalente mostrata dalla maggior parte degli analisti ad incontrare quotidianamente i pazienti gravemente depressi, osservando che la qualità emotiva delle risposte dell’analista ha una maggiore rilevanza rispetto alla quantità delle sedute.

Ricordando ancora quanto sostenuto da Abraham, in base al quale è possibile effettuare l’analisi propriamente detta solo negli intervalli liberi, Jacobson ritiene invece essa possa procedere anche durante il periodo depressivo, in presenza di un grave rallentamento, a condizione che l’analista si mostri sufficientemente paziente e comprensivo per adattarsi ai rallentati processi emotivi e di pensiero del paziente. L’Autrice sottolinea che “Vi deve essere un continuo, sottile e intimo legame fra l’analista ed il suo paziente depresso” (Jacobson, 1971, p. 335) e che questi pazienti hanno soprattutto bisogno di “una quota sufficiente di spontaneità e di flessibile adattamento al loro livello di umore, una calda comprensione e soprattutto un fermo rispetto, atteggiamenti che non devono essere confusi con gentilezza eccessiva, comprensione, rassicurazione” (*ibidem*, p. 336).

È evidente come, nel trattamento con questi pazienti, Jacobson non ponga l’accento sul potere dell’interpretazione corretta né sul contenuto delle parole dell’analista, bensì sul ruolo cruciale della risonanza emotiva (Mitchell, Black, 1995).

L’Autrice osserva che, anche se con alcuni pazienti depressi si rivela letteralmente impossibile, i risultati terapeutici più completi e persistenti si ottengono nel momento in cui il profondo materiale fantasmatico, le fantasie e gli impulsi preedipici sono evidenziati, compresi ed elaborati analiticamente.

L’irrealizzabilità del tentativo ideale di Jacobson

Quanto esposto non può rendere giustizia alla complessità delle vedute di Jacobson circa la regolazione dell’umore e della stima di sé. Si avverte un tentativo di conciliare la psicologia dell’Io e la teoria delle pulsioni con la sua visione personale della teoria dei rapporti oggettuali che, però, a volte, non risulta possibile fino in fondo quando, uscendo da un contesto puramente teorico, ci si addentra nella reale esperienza clinica. Pur descrivendo la depressione in termini di spostamenti di investimento di energia aggressiva e libidica tra le rappresentazioni del Sé e quelle dell’oggetto e di fusione delle strutture intrapsichiche, ritiene che la regolazione della stima di sé sia il problema centrale della depressione (Arieti, Bemporad, 1978).

Si potrebbe osservare che la sua analisi potrebbe essere notevolmente arricchita prendendo in considerazione gli eventi intrapsichici, come, ad esempio, il risultato dell’azione delle parti psicotiche o perverse del Sé sulle parti sane; “l’analisi del Sé della Jacobson finisce col non considerare proprio quanto per altri è centrale: *il destino delle parti scisse*” (Speziale-Bagliacca, 1985, p. 54).

1.10. L'UBIQUITÀ DELL'AFFETTO DEPRESSIVO: CHARLES BRENNER

Il dispiacere, un elemento del conflitto psichico

“angoscia e sentimento depressivo sono fra le componenti di qualunque conflitto e sempre partecipano alla combinazione e fusione delle altre sue componenti”.

Brenner, 1982, p. 180.

Charles Brenner, psicoanalista statunitense contemporaneo, recentemente scomparso, riprendendo una delle primissime scoperte di Freud, ha approfondito estesamente il concetto di conflitto psichico, proponendone una modifica sostanziale. Fa rientrare la riflessione sulla depressione in seno alla più ampia teoria degli affetti da lui elaborata, ritenendola non una malattia etichettabile secondo una precisa categoria diagnostica, bensì un affetto ubiquitario, di qualità spiacevole, associato alla consapevolezza che qualcosa di negativo è accaduto. Ha elaborato una teoria dell'affetto depressivo più comprensiva e, per alcuni aspetti, lungimirante rispetto alle classiche concezioni che interpretano tale fenomeno intimamente connesso a qualche singolo, circoscritto, fattore eziologico. Sebbene abbia esposto le sue opinioni al riguardo a più riprese, in diversi lavori, si è scelto di prenderne in considerazione prevalentemente due in cui sono condensati i concetti principali da lui elaborati.

La depressione: un affetto dalle molteplici origini

“La depressione è un affetto, non una malattia”.

Brenner, 1991, p. 454.

In “Depressione, angoscia e teoria dell'affetto” (1974), passando in rassegna alcune delle formulazioni classiche sulla depressione, Brenner ricapitola in particolare due aspetti emersi: anzitutto il fatto che la depressione è pressoché unanimemente considerata un'utile categoria diagnostica, precisa entità patologica, sindrome facilmente identificabile, ed inoltre che i pazienti che soffrono di depressione sono per lo più descritti come contraddistinti da una psicopatologia uniforme, con riferimenti a conflitti di tipo orale ed una psicopatogenesi omogenea, come fissazioni orali, traumi o entrambi. L'Autore afferma che le sue esperienze cliniche depongono a favore dell'inadeguatezza della considerazione della depressione come entità diagnostica, precisando che, coerentemente con quanto messo in luce da Jacobson, il contenuto e le fantasie dei conflitti associati all'affetto depressivo non sono uniformi e che quindi la depressione non rappresenta un'utile entità diagnostica ma solo un gruppo sintomatico. Secondo la sua esperienza clinica i principali conflitti inconsci associati agli affetti depressivi, sebbene possano variare, sono nella maggior parte dei casi associati alla fase fallica, edipica, dello sviluppo.³⁷

Sostiene che gli affetti depressivi, rappresentati dalla tristezza, dalla disperazione, dal rimorso e da stati d'animo simili, acquistano una notevole importanza clinica in virtù della loro frequenza, della loro qualità dolorosa e della loro considerevole associazione

³⁷ Precisa che la modalità istintuale tramite la quale desideri o fantasie sono espressi non è un indice sicuro del periodo della sua origine nello sviluppo infantile.

con la compromissione del normale funzionamento mentale, similmente all'affetto dell'angoscia.

Brenner propone di suddividere gli affetti in base alla loro qualità, piacevole o spiacevole, e al tipo di pensieri e idee ad essi associati, rivendicando dunque la centralità del contenuto ideativo per la comprensione dell'affetto. Precisa che un affetto - come il dispiacere, il dolore, la tristezza - non deriva semplicemente da una tensione istintuale, implicando anche funzioni dell'Io, quali, ad esempio, la percezione, la memoria, l'anticipazione.

A proposito dei pazienti definiti depressi, sostiene che i contenuti ideativi di dispiacere che li opprimono e le calamità alle quali stanno reagendo sono differenti per ciascuno, sia in considerazione dei pensieri coscienti ma soprattutto in riferimento ai desideri, ai conflitti inconsci ed ai traumi infantili a partire dai quali essi scaturiscono.

L'Autore asserisce quindi che l'affetto depressivo costituisce la risultante di molte forze, alcune delle quali rappresentano derivati istintuali, altre sono di tipo difensivo, altre ancora scaturiscono dalle tendenze dell'Io e del Super-Io ed altre, infine, riflettono influenze esterne. L'affetto depressivo è sempre una reazione alla memoria inconscia di una calamità verificatasi nell'infanzia e alla fantasia o convinzione inconscia che un simile disastro si stia ripresentando nel presente; le caratteristiche del disastro al quale il paziente sta reagendo possono però variare grandemente, potendo coincidere con la perdita dell'oggetto, con ferite narcisistiche, con colpa o con disperazione.

La disperata infelicità: una condizione sine qua non del conflitto psichico

“Il sentimento depressivo e l'angoscia, come elementi di una formazione di compromesso patologica, sono versioni difensivamente alterate dell'angoscia e del sentimento depressivo che entrano come componenti nel conflitto di cui quella formazione di compromesso è conseguenza”.

Brenner, 1982, p. 186.

Ne “La depressione secondo una prospettiva psicoanalitica”, dopo aver definito gli affetti “una combinazione di due elementi: una sensazione o esperienza di piacere o di dispiacere, e un'idea, o più idee” (Brenner, 1991, p. 454), l'Autore precisa che gli affetti sgradevoli - tra i quali, fa notare, il più studiato è stato quello dell'angoscia - scatenano il conflitto psichico; nel momento in cui il dispiacere si associa all'anticipazione, conscia o inconscia, di una disgrazia o di un pericolo, l'affetto viene denominato “angoscia”³⁸, che può variare in base all'intensità del dispiacere ed alle peculiarità del contenuto ideativo ad esso associato. Se, invece, il dispiacere si associa all'idea che una calamità si sia già verificata, l'affetto che ne deriva consiste in una “infelicità profonda” che sceglie di definire “affetto depressivo per la sua relazione con la cosiddetta malattia depressiva di una successiva fase della vita” (Brenner, 1991, p. 455).³⁹

³⁸ Riprendendo le formulazioni elaborate da Freud (1926), Brenner propone di denominare “angoscia” l'affetto spiacevole connesso all'anticipazione del dolore, corrispettivo dell’“ansia segnale” di Freud, riservando invece il termine “dispiacere” all'affetto associato allo stato traumatico.

³⁹ Per esemplificare quanto sostenuto, riporta la differenza esistente tra l'angoscia di separazione, che rappresenta una sensazione di dispiacere associata all'idea, o al *set* di idee, di dover essere abbandonato, e l'affetto depressivo riferito alla separazione, che consiste nel dispiacere concomitante all'idea, o al complesso di idee, di essere stati già abbandonati.

Nel momento in cui compaiono angoscia o affetto depressivo di sufficiente intensità associati alla gratificazione di un derivato pulsionale scaturisce un conflitto psichico, composto da quattro componenti: derivati pulsionali, dispiacere - che può consistere nell'angoscia o nell'affetto depressivo - difesa e manifestazioni superegoiche.

Tali componenti interagiscono guidate dal principio di piacere/dispiacere realizzando una formazione di compromesso che può essere normale o patologica.

L'Autore specifica che il dispiacere fa sempre parte del conflitto, rappresentandone "anzi una condizione *sine qua non*: se non c'è dispiacere non c'è difesa e non c'è conflitto [...] l'affetto depressivo ha un ruolo nei conflitti di tutti i pazienti; ciò che varia è il ruolo dell'affetto depressivo nella risultante formazione di compromesso patologica" (Brenner, 1991, p. 460).

Asserisce che "l'affetto depressivo, come l'angoscia, può scaturire da un qualsiasi evento negativo che colpisca il soggetto nell'infanzia. Non è esclusivamente o primariamente associata alla perdita dell'oggetto" (Brenner, 1991, p. 463); specifica che l'affetto universale, normale, associato alla depressione patologica, rappresenta una varietà di dispiacere che può anche non avere nessuna connessione con le catastrofi infantili. Non crede, quindi, che sia il lutto, inteso come reazione alla perdita d'oggetto⁴⁰, l'esperienza affettiva universale, normale, sempre connessa alla depressione patologica, bensì l'affetto depressivo - che, precisa, avrebbe anche potuto denominare "disperata infelicità" - ad essere associato alla depressione patologica.

Ribadisce che un termine come malattia depressiva non informa sulle formazioni di compromesso sviluppate dal paziente, sulla natura e sull'efficacia delle difese di cui egli si è avvalso e, concludendo, suggerisce, nel trattamento di un paziente con affetto depressivo, di dedurre, interpretare, svelare, la natura e gli elementi dei conflitti, tentando di ricostruirne l'origine e lo sviluppo a partire dall'infanzia, dal momento che "La depressione come tratto della malattia psichica è la *disperata infelicità dell'infanzia* tradotta nel presente e attiva nel presente in quanto parte della psicopatologia adulta" [corsivo mio] (Brenner, 1991, p. 471).

⁴⁰ "L'oralità e la perdita oggettuale sono universali: compaiono in pazienti non depressi quanto in pazienti che lo sono" (Brenner, 1991, p. 471). Per l'Autore non è corretto chiedersi se essi siano presenti nei pazienti in cui l'affetto depressivo è predominante ma, piuttosto, se siano in tutti i casi le fonti di disturbo in tali pazienti.

1.11. I TEORICI DELLE RELAZIONI OGGETTUALI

LA DEPRESSIONE, *TURNING POINT* DELLO SVILUPPO PSICHICO: MELANIE KLEIN

Un'impavida ricerca delle emozioni distruttive precoci

“Nasciamo folli e diventiamo sani”.
Money-Kyrle, 1969,
citata in Spillius, 1988, p. 216.

Nata fra controversie infuocate, l'opera di Melanie Reizes Klein, psicoanalista inglese di origine austriaca, può essere a pieno titolo annoverata tra le realizzazioni più feconde e più significative della psicoanalisi (Geets, 1971). Secondo la sua biografa, Phyllis Grosskurth (1987), Melanie Klein soffrì di gravi depressioni e visse intensi momenti di crescente instabilità, abbattimento e stati accompagnati da attacchi di pianto e di disperazione; tali suoi stati furono aggravati dalla relazione soffocante con la madre e da una vita matrimoniale profondamente insoddisfacente e fallimentare che “la lasciò in preda a una depressione grave *grazie alla quale* trovò la sua strada verso la psicoanalisi” [corsivo mio] (Rodman, 2003, p. 113). Avendo iniziato un'analisi con Ferenczi - che le fece notare il suo interesse per i bambini e la sua straordinaria capacità di comprenderli, incoraggiandola all'idea di dedicarsi all'analisi, in particolare dei bambini - immediatamente conquistata dal concetto di inconscio, si mise ad inseguire il suo potente richiamo, arrivando a profondità speculative davanti alle quali Freud stesso aveva esitato (Grosskurth, 1987). Pensatrice piena di immaginazione, originale, provocatoria, mai monotona, ha edificato un sistema autonomo di interpretazione psicodinamica, organizzatosi in un gruppo distinto di discepoli, genericamente denominato scuola inglese di psicoanalisi (Gaylin, 1968; Arieti, Bemporad, 1978). Sino alla sua morte, avvenuta il 22 settembre 1960, dopo una rapida malattia, fu sempre attiva, lucida ed incredibilmente creativa (Segal, 1964).

Rifuggendo dal linguaggio e dall'orientamento adottati dalla psicologia dell'Io, torna ad addentrarsi profondamente nel modello di base della psicologia dell'Es, che considera ogni nevrosi derivata da una regressione ad un punto di fissazione che ha rappresentato uno stadio precedentemente normale dello sviluppo, elaborando teorie che possono apparire a prima vista atavistiche (Gaylin, 1968). Essendo entrata in contatto diretto col pensiero di Abraham, con il quale fece una breve analisi (Mitchell, Black, 1995), ed avendo maturato una vasta esperienza clinica con bambini gravemente disturbati, il suo interesse si è concentrato prevalentemente sugli stadi più precoci della vita psichica e sulla rilevante funzione rivestita dall'ambivalenza nella psicopatologia (Arieti, Bemporad, 1978). “Frequentemente il suo pensiero appare oscuro, il linguaggio scioccante, l'interpretazione ardita e dissacratoria” (Caprara, Gennaro, 1999, p. 165). “Il suo approccio consiste in una penetrazione fallica, che non lascia spazio al non senso, della patologia mentale (e la verità per lei consiste essenzialmente in fantasie distruttive)” (Rodman, 2003, p. 113).

Ha influenzato la psicoanalisi attuale in misura maggiore rispetto a qualsiasi altro Autore dopo Freud, elaborando una teoria fondata prevalentemente sulla fantasia intrapsichica inconscia e retrodatando al primo anno di vita le tappe evolutive della teoria classica. Le sue concettualizzazioni della posizione depressiva e della posizione schizoparanoide costituisce il contributo più importante e duraturo fornito da Melanie Klein allo sviluppo del pensiero psicoanalitico (Mitchell, Black, 1995).

Le posizioni: due modalità di generare l'esperienza

*“È nella fantasia che il lattante scinde l'oggetto e il Sé,
ma tale fantasia ha effetti oltremodo reali poiché determina
sentimenti e rapporti (e più tardi processi di pensiero)
che sono scissi gli uni dagli altri nella realtà”.*
Klein, 1946, p. 414

Con il termine “posizione” Melanie Klein fa riferimento ad una specifica costellazione - includente un particolare tipo di rapporto con l'oggetto, specifiche angosce e caratteristici meccanismi di difesa - che può ripresentarsi, a più riprese, lungo tutto il corso della vita. Attraverso tale termine ha trasmesso “l'idea di un processo va e vieni tra l'una e l'altra posizione, molto più flessibile di quella che normalmente si presuppone quando si fa riferimento a una regressione a specifici punti di fissazione nelle fasi evolutive” (Hinshelwood, 1989, p. 564). Ha in tal modo gettato le basi per sottolineare l'alternanza, insita nell'attività di pensiero, tra momenti di disintegrazione, destrutturazione, persecuzione e frustrazione, e momenti di integrazione, sollievo dalla tensione, accompagnati da un momento depressivo (Neri, 2004). Ha posto le fondamenta affinché il funzionamento mentale sano e patologico potesse essere concepito come risultante da una interazione dialettica tra fondamentali forme strutturali della mente, modalità produttrici di esperienza che “stanno in relazione dialettica l'una con l'altra, ciascuna attivando, conservando e negando le altre”⁴¹ (Ogden, 1989, p. 26).

In “Note su alcuni meccanismi schizoidi” (1946), dopo aver già esposto le sue riflessioni a proposito della posizione depressiva, Melanie Klein elabora il concetto di “*paranoid-schizoid position*” attingendo alla descrizione che Fairbairn aveva offerto della “posizione schizoide”, da lui considerata una primissima fase dello sviluppo. Durante i primi tre o quattro mesi di vita l'Io, labile, immaturo, non organizzato, è immediatamente esposto ad angosce di natura primitiva - derivate sia dal conflitto tra istinto di vita e istinto di morte che dall'impatto con la realtà esterna - alle quali risponde con difese primitive. Deflessione e proiezione⁴² dell'istinto di morte, scissione - dicotomica o frammentante - dell'Io e dell'oggetto, introiezione⁴³, idealizzazione, identificazione proiettiva⁴⁴ operano per creare strutture rudimentali costituite da oggetti idealizzati, tenuti separati da quelli persecutori. L'angoscia prevalente è di tipo paranoide e la preoccupazione fondamentale riguarda la tutela e la conservazione dell'Io.

Circa nei secondi tre mesi del primo anno di età si compie un notevole passo nell'integrazione, con l'introeiezione dell'oggetto totale, che comporta mutamenti di grande rilievo nelle relazioni oggettuali (Klein, 1946).

⁴¹ Thomas Ogden designa “l'organizzazione psicologica costitutiva del più primitivo stato del nostro essere col termine di *posizione contiguo-autistica*” (1989, p. 53), una forma presimbolica, a dominante sensoriale, di costruzione dell'esperienza, più primitiva sia della posizione schizo-paranoide che di quella depressiva.

⁴² Può succedere anche che l'Io proietti ciò che è buono per non farlo distruggere da ciò che è cattivo dentro di Sé, introiettando ciò che è cattivo al fine di tentare di controllarlo.

⁴³ “L'introeiezione dell'oggetto buono, innanzitutto del seno materno, costituisce un presupposto dello sviluppo normale. Ho già detto che esso diventa un punto focale nell'Io e che ne favorisce la coesione” (Klein, 1946, p. 418).

⁴⁴ “A questo punto gran parte dell'odio nei confronti di parti del Sé si indirizza alla madre. Ciò determina una forma particolare di identificazione che costituisce il prototipo delle relazioni oggettuali aggressive” (Klein, 1946, p. 417). Tale meccanismo può essere considerato una primissima forma di empatia ed è alla base della formazione del simbolo (Segal, 1964).

La posizione depressiva: una melanconia in statu nascendi

“Vorrei che tu capissi che il bene che ha fatto, il vero bene, è nato dal suo rimorso. A volte penso che tutte le sue buone azioni, dallo sfamare i mendicanti, al costruire l’orfanotrofio, all’offrire denaro agli amici che ne avevano bisogno, non fossero altro che il suo modo per redimersi. E io ritengo, Amir jan, che ci sia vera redenzione solo quando la colpa spinge a fare del bene”.
Hosseini, da *Il cacciatore di aquiloni*.

In “Contributo alla psicogenesi degli stati maniaco-depressivi” (1935)⁴⁵, dopo aver sperimentato lei stessa dolore per la morte del figlio, avvenuta nel 1933 (Grosskurth), Melanie Klein esplicita il suo proposito di accostarsi alla problematica degli stati depressivi “in rapporto alla paranoia da un lato e alla mania dall’altro” (Klein, 1935, p. 298); riprendendo quanto messo in luce da Freud e da Abraham, approfondisce il tema del ruolo assunto dalla perdita dell’oggetto nel processo della melanconia.

Nella paranoia - momento di massimo sadismo che il bambino attraversa nei primissimi mesi di vita - l’Io non è ancora coordinato strutturalmente, la sua capacità di identificarsi con gli oggetti è ancora scarsa, gli oggetti introiettati sono per lo più parziali, le difese dirette prevalentemente ai persecutori e l’angoscia concernente per lo più la tutela della salvaguardia dell’Io. Divenendo l’Io progressivamente meglio strutturato, le imago interiorizzate diventano più aderenti alla realtà ed è possibile una più completa identificazione dell’Io con gli oggetti buoni. È a questo punto che “si produce un cambiamento di somma importanza: dalla relazione con oggetti parziali si passa alla relazione con oggetti totali. Con questo passo l’Io perviene a una posizione nuova, che costituisce il presupposto basilare della situazione definita ‘perdita dell’oggetto amato’ ” (Klein, 1935, p. 299)⁴⁶. Compaiono nuovi contenuti di angoscia, mutano i meccanismi di difesa, si accrescono gli impulsi libidici, rafforzandosi, in particolare, il meccanismo dell’introiezione dell’oggetto buono. Il bambino “manifesta un affetto ingordo e la brama di divorare l’oggetto, per cui il meccanismo dell’introiezione si rafforza” [corsivo mio] (*ibidem*).

L’Io, che si identifica completamente con gli oggetti buoni introiettati, ben presto diviene consapevole della sua incapacità di proteggere questi oggetti dagli oggetti persecutori interni e dall’Es e questa è “una delle situazioni che sono alla base dell’angoscia e del processo propri della “perdita dell’oggetto amato”. *Finché l’oggetto non è amato come oggetto totale non se ne può sentire la perdita come perdita totale*” [corsivo mio] (Klein, 1935, p. 300). In aggiunta alle difese primitive⁴⁷, parallelamente ad un maggior uso dell’introiezione dell’oggetto buono come difesa, compare un nuovo meccanismo di importanza cruciale, la riparazione dell’oggetto, qualcosa di più rispetto ad una semplice formazione reattiva. L’identificazione con l’oggetto buono fa sì che l’Io si senta spinto a rimediare a tutte le aggressioni sadiche rivolte verso tale oggetto. L’Io avverte continuamente la pericolosità insita nel custodire gli oggetti buoni introiettati: “Sia in bambini che in adulti affetti da depressione, io ho portato alla luce il

⁴⁵ Questo articolo e quello ad esso posteriore di qualche anno, relativo al problema del lutto nella sua relazione con gli stati maniaco-depressivi, rappresentano sicuramente le realizzazioni più riuscite e più brillanti dell’opera di Melanie Klein (Geets, 1971).

⁴⁶ “Così appena nato, l’oggetto fa sorgere nel bambino l’angoscia di perderlo. *Questa angoscia esprime in tal modo una specie di radicale capovolgimento del centro di gravità di tutto il mondo infantile*” [corsivo mio] (Fornari, 1959, p. 219).

⁴⁷ L’angoscia adesso sperimentata è mista: le angosce paranoide precedenti non scompaiono ma rimangono come retroterra importante, dando una coloritura particolare alla posizione depressiva (Hinshelwood, 1989).

timore di albergare dentro di sé oggetti morenti o morti (specie genitori) nonché identificazioni dell'Io con oggetti siffatti" [corsivo mio] (Klein, 1935, p. 301).

Per il melanconico, le esigenze degli oggetti buoni, che egli si sforza di soddisfare, sono avvertite come rigorosissime anche perché tali oggetti sono rappresentati come "*sommamente perfetti*" (Klein, 1935, p. 304), in contrapposizione a quelli rigorosamente cattivi, quindi ritenuti, sotto molti aspetti, notevolmente morali ed esigenti. La persecuzione da parte degli oggetti cattivi sembra porsi alla base delle primissime esperienze intimidatorie della coscienza morale.

Nel depresso l'angoscia e la sofferenza derivano dal timore che gli oggetti buoni, e l'Io con essi, possano essere distrutti o trovarsi in stato di disintegrazione a causa del disastro compiuto dal proprio sadismo. Dunque "l'Io giunge a rendersi conto del proprio amore per un oggetto buono, un oggetto totale e per di più reale, provando contemporaneamente un *opprimente senso di colpa nei suoi riguardi*"⁴⁸. L'identificazione con l'oggetto, basata sull'attaccamento libidico prima al seno e poi a tutta la persona, si accompagna ad angoscia (a paura della disintegrazione dell'oggetto), a sentimenti di colpa e di rimorso, al senso di responsabilità circa il salvaguardare l'integrità dell'oggetto dagli attacchi dei persecutori e dell'Es, e alla *tristezza connessa all'aspettativa della sua perdita, sempre incombente*. Questi sentimenti, consci o inconsci, costituiscono, a mio modo di vedere, gli elementi essenziali e fondamentali di ciò che chiamiamo amore" [corsivo mio] (Klein, 1935, p. 306). Il tentativo di salvare, riparare, restaurare l'oggetto amato è un fattore decisivo di tutte le sublimazioni e dell'intero sviluppo dell'Io.

Lo stato depressivo rappresenta quindi "il prodotto di un miscuglio di angosce paranoide e dei contenuti d'angoscia, dei sentimenti di sofferenza e delle difese legati all'incombere della perdita dell'oggetto totale d'amore" (Klein, 1935, p. 311).⁴⁹

Melanie Klein precisa che "Se in questo periodo dello sviluppo il lattante non riesce a insediare saldamente l'oggetto d'amore nell'Io, questa prima e fondamentale perdita *esterna* di un oggetto d'amore reale, sperimentata nella perdita del seno sia prima che durante lo svezzamento⁵⁰, non potrà che portare, più avanti nella vita, a uno stato depressivo" (Klein, 1935, p. 323). Il bambino riuscirà a superare la posizione depressiva se potrà stabilire un rapporto felice con la *madre reale*⁵¹, in base alla sua capacità di risolvere il conflitto tra l'amore da una parte e l'odio ed il sadismo dall'altra.

Definisce la posizione depressiva infantile la posizione fondamentale nello sviluppo del bambino; "Lo sviluppo normale del bambino e la sua capacità di amare poggerebbero in grandissima parte sulla riuscita elaborazione di questa posizione centrale da parte dell'Io" (Klein, 1935, p. 325).

⁴⁸ León Grinberg (1971) distingue tra una *colpa persecutoria*, sperimentata nei confronti dell'oggetto e dell'Io, che determina la comparsa del lutto patologico, ed una *colpa depressiva*, che, depurata dalle sue componenti persecutorie, crea la possibilità di una autentica riparazione del Sé e degli oggetti.

⁴⁹ Entro tale quadro la mania è considerata un tentativo dell'Io di rifuggire non solo dalla melanconia ma anche dalla situazione paranoica, diretta ad evitare la rischiosa dipendenza dagli oggetti amati e ad annullare il timore degli oggetti cattivi e dell'Es. Melanie Klein ne descrive il senso di onnipotenza, il diniego - anzitutto della realtà psichica -, il dominio e il controllo degli oggetti, coniugati allo svilimento dell'importanza degli oggetti e ad un dispregio per essi, paralleli ad un accrescimento della forza dell'Io.

⁵⁰ Susan Isaacs precisa che quando il bambino si accorge della mancanza di sua madre "si comporta 'come se non dovesse rivederla mai più' [...] il dolore per la perdita è una esperienza totalizzante, una vera e propria condizione- qualità di 'mai assoluto'" (Isaacs, 1948, p. 165).

⁵¹ "[...] solo da quando ne sappiamo di più sulla natura e sui contenuti delle prime angosce, nonché sul costante interagire dei vissuti reali con la vita di fantasia, siamo completamente in grado di capire *perché* il fattore esterno sia tanto importante" (Klein, 1935, p. 321, in nota 19).

Esperienze dolorose e posizione depressiva infantile

“nel lutto il soggetto attraversa e supera una variante di uno stato maniaco-depressivo temporaneo, rivivendo, benché in circostanze e con manifestazioni diverse, processi che il bambino attraversa regolarmente nelle prime fasi dello sviluppo”.
Klein, 1940, p. 337.

Nello scritto “Il lutto e la sua connessione con gli stati maniaco-depressivi” (1940) Melanie Klein riprende, elaborandoli ulteriormente, i temi presentati nello scritto del 1935, proponendosi di chiarire la connessione tra lutto normale da una parte e lutto anormale e stati maniaco-depressivi dall'altra.⁵²

Specificando che “ogni dolore causato da esperienze infelici di qualsiasi natura ha qualcosa in comune con il lutto” (Klein, 1940, p. 344), sostiene che durante il lutto normale ed anormale e negli stati maniaco-depressivi si ha un riattivarsi della posizione depressiva e, specularmente, che nell'infanzia il bambino vive stati maniaco-depressivi e di lutto temporanei che si superano con il risolversi della nevrosi infantile. Diversamente da quanto accade nel lutto normale, in cui il soggetto reinsedia dentro sé i propri genitori buoni e la persona perduta, ricostruendo il proprio mondo interno e riacquisendo un senso di tranquillità interiore e di pace, il lutto anormale ed il maniaco-depressivo sono accomunati dal fatto di non essere riusciti a superare la posizione depressiva infantile, quindi di non aver insediato dentro sé oggetti buoni, non acquisendo sicurezza nel proprio mondo interiore: “come il bambino piccolo che attraversa la posizione depressiva si dibatte penosamente nell'impresa di costruire e integrare il proprio mondo interiore così la persona in lutto soffre la pena di ricostruirlo e reintegrarlo” (Klein, 1940, p. 337). Tale quadro è complicato dalla sensazione di trionfo⁵³, quindi di colpa, che può derivarne, essendo la morte della persona amata parzialmente avvertita come una vittoria sui propri oggetti primitivi.

Precisa che “Se nel soggetto del lutto prende il sopravvento l'odio, in una delle sue varie espressioni, per l'oggetto d'amore perduto, non solo questo si trasforma in un persecutore, ma la fiducia del soggetto nei suoi buoni oggetti interni viene a esserne scossa” (Klein, 1940, p. 338). Se invece il soggetto riacquista una maggiore sicurezza nel mondo interiore, coniugata ad una maggiore vitalità dei sentimenti e degli oggetti interni, in seguito all'alternarsi dei sentimenti che costituiscono la posizione depressiva, possono comparire i processi creativi: “quando l'odio rifluisce, l'amore diventa prorompente” ed è a questo punto che “la sofferenza può diventare produttiva. Ci è ben noto che talvolta le esperienze penose di vario genere stimolano le sublimazioni” (Klein, 1940, p. 343).

L'elaborazione riuscita del lutto consiste dunque nella ricostruzione del mondo interiore; il soggetto “*ripete l'acquisizione* di ciò che aveva acquisito nell'infanzia” (Klein, 1940, p.346) e ciò fa sì che egli riesca a superare il cordoglio, a riacquistare un senso di sicurezza e a pervenire ad un'autentica armonia e ad una vera pace.

⁵² Nel saggio precedentemente discusso l'Autrice coglie già che “il timore della perdita dell'oggetto “buono” introiettato diventa una fonte perenne di angoscia per la possibile morte della madre reale. Inversamente, ogni esperienza che susciti l'idea della perdita dell'oggetto amato reale risveglia il timore di perdere anche quello introiettato” (Klein, 1935, p. 302).

⁵³ Contrariamente a quanto avanzato da Freud, l'Autrice considera il senso di trionfo sul defunto parte integrante del lutto normale e responsabile di aumentare considerevolmente le difficoltà ed il dolore di colui che soffre.

Sulla plausibilità del processo psicotico all'inizio della vita psichica

“Affermare che tutto lo sviluppo psichico umano è determinato da una ‘posizione depressiva’ nell’infanzia ha altrettanto poco senso come affermare che la locomozione eretta dell’uomo è determinata da una frattura o lussazione avvenuta nell’infanzia”.

Spitz, 1946, p. 164.

Come visto, per Melanie Klein la psiche del bambino e dell’adulto è perennemente instabile, fluida, costantemente impegnata ad allontanare angosce psicotiche (Mitchell, Black, 1995), poste all’inizio della vita psichica. Secondo Melanie Klein lo stato di salute mentale non coincide con un livello evolutivo da raggiungere e mantenere bensì con una posizione che viene continuamente perduta e riconquistata. Se per Freud ognuno di noi è in continua lotta contro desideri arcaici, timori di punizioni e sensi di colpa, ella ritiene che le angosce più terrificanti oscillino tra profondi terrori di annichilimento e di abbandono assoluto. È riuscita a mostrare egregiamente la complessità e l’instabilità del fenomeno depressivo, considerando il momento depressivo il cardine del processo maturativo, che riflette la trasformazione del modello della relazione dell’individuo con l’oggetto (Speziale-Bagliacca, 1985), molto più di un semplice prolungamento genetico della posizione paranoide, cui subentra verso il sesto mese, bensì la posizione centrale dello sviluppo infantile, chiave di volta dell’intero edificio psichico umano, normale e patologico (Fornari, 1959), cambiamento netto dell’intero clima del pensiero (Segal, 1964), nodo stradale che, in direzioni diverse e divergenti, conduce alla configurazione psichica globale (Klein, 1935).

Se la relazione tra lo stato infantile e la depressione adulta è stata messa in risalto da Freud, Rado ed Abraham, a Melanie Klein va attribuita la scoperta della relazione tra lo stato depressivo infantile e la depressione adulta (Rosenfeld, 1959).

La componente distruttiva, accentuata notevolmente da Melanie Klein, fa pensare ad un Io molto più primitivo rispetto alle teorizzazioni freudiane ed è propria dell’organismo impotente-dipendente (Caprara, Gennaro, 1999).

Tra le varie critiche avanzate nei confronti del sistema teorico elaborato da Melanie Klein ⁵⁴ ricorre quella di essersi soffermarsi approfonditamente sull’evolversi innato dei processi istintuali e sulle vicissitudine tra oggetti interiorizzati, a scapito dell’interesse nei confronti dell’ambiente. Si può ipotizzare, però, che Melanie Klein sia riuscita a penetrare tanto profondamente nel mondo psichico del bambino proprio per il fatto di aver escluso quello della madre: “ha quindi codificato nella sua teoria la ribellione contro sua madre, ribellione che forse era necessaria per restare sana. Non stupisce che quando parla di ciò che una madre dà al bambino non nomini neppure l’amore. Questa era stata la sua esperienza” (Rodman, 2003, p. 133).

⁵⁴ È accusato soprattutto: di estrema reificazione (evidente nel suo riferirsi a ipotetici oggetti interni come fossero entità concrete reali); di assegnare un’importanza eccessiva alla patologia del comportamento quotidiano; (Arieti, Bemporad, 1978); di aver adultomorfizzato l’infanzia; di aver attribuito fenomeni che si presentano in lattanti e in bambini piccoli a strutture, funzioni o meccanismi che non esistono ancora (Tyson, Tyson, 1990); di aver posto un’enfasi eccessiva sull’istinto di morte e sulla fantasia (Gabbard, 2000); di aver implicitamente affermato che il bambino si relaziona all’oggetto come entità psicologica, possedendo una consapevolezza della vita mentale che oggi sappiamo emergere circa alla fine del secondo anno di vita (Fonagy, Target, 2003).

1.12. IL GRUPPO DEGLI INDIPENDENTI

La centralità del primo ambiente affettivo del bambino

“*Ma le cattive madri esistono davvero*”.
Bowlby, citato da Mitchell, Black, 1995, p. 140.

I contributi riportati di seguito sono accomunati dal fatto di essere stati realizzati da eminenti esponenti del “gruppo degli Indipendenti” che, com’è noto, si è creato all’inizio degli anni quaranta, dopo decenni di accese discussioni che hanno condotto alla divisione della “British Psychoanalytic Society” in tre gruppi: quelli che accettavano completamente le innovazioni apportate da Melanie Klein nella teoria e nella tecnica, coloro che rimanevano fedeli ai concetti e alla pratica della tradizione freudiana - tra i quali confluivano gli psicologi dell’Io - ed infine un gruppo di mezzo, o “indipendente”, che fece propria la concezione avanzata da Melanie Klein secondo cui il bambino è programmato per interagire con gli altri esseri umani, rompendo però con la sua premessa dell’aggressività innata originata dalla pulsione di morte, preferendo considerare il bambino come predisposto a sviluppare un’interazione armoniosa e lo sviluppo come non traumatico bensì frustrato da cure genitoriali inadeguate (Mitchell, Black, 1995).

Le figure di tale gruppo, dunque, pur ispirandosi fortemente all’opera di Melanie Klein, spostano il *focus* della loro attenzione dai conflitti tra pulsioni e difese alla creazione ed al mantenimento delle relazioni con gli altri, elaborando ognuno teorie originali. Nato dal lavoro di una cerchia di singoli analisti che non fa riferimento ad un caposcuola o ad un pensatore, l’ampiezza di vedute di tale gruppo ha fatto sì che esso apportasse alle idee psicoanalitiche un contributo senza eguali.

Seppur non caratterizzato dalla coerenza teorica dei gruppi maggiormente coesi - avendo formulando teorie tutt’altro che omogenee - è accomunato da alcune importanti tematiche, tra cui: l’analisi dello sviluppo infantile, in particolar modo dell’impatto dell’ambiente nell’influenzare il percorso di crescita del bambino dall’iniziale dipendenza assoluta alla completa indipendenza; lo studio delle vicissitudini delle relazioni oggettuali interne; il trattamento di pazienti con disturbi gravi, di pari passo con una più profonda comprensione degli stati mentali primitivi; la necessità di formulare una teoria del *deficit* oltre che una teoria del conflitto; la concezione secondo cui le nuove esperienze hanno la potenzialità di modificare le relazioni oggettuali del paziente; l’enfaticizzazione della tendenza innata del bambino verso la realizzazione di sé (Gabbard, 2000; Fonagy, Target, 2003)

Di seguito verranno presi in considerazione alcuni contributi forniti da Winnicott e da Balint che, in modo differenti, riprendono ed elaborano ulteriormente il concetto di posizione depressiva. Saranno inoltre esposte alcune formulazioni presentate da Bowlby, la cui posizione all’interno del gruppo degli indipendenti, seppur possa essere considerata minoritaria, riveste comunque una notevole importanza per aver dato il via ad una linea di ricerca e di pensiero sul legame madre-bambino che ha avuto sviluppi considerevoli (Mitchell, Black, 1995). In tale elaborato, però, il suo contributo viene riportato soprattutto per il fatto di essersi soffermato sul ruolo assunto dalla perdita dell’oggetto nello scatenamento della risposta depressiva.

1.13. LA FASE DELLA CAPACITÀ DI PREOCCUPARSI: DONALD WOODS WINNICOTT

Winnicott e Klein: un buon incontro

*“Let down top root
to the center of your soul
Suck up the sap
from the infinite source
of your unconscious
And
Be evergreen”.*

Winnicott, *Sleep*,
citato da Winnicott C., 1978, p. 108.

Come premesso, è ben noto che dalla teoria di Freud presero il via due filoni di ricerche successive, uno che si concentrò sugli elementi “demoniaci” ed “irreali” della mente - tra cui può essere ricondotto il contributo di Melanie Klein - e l'altro che si soffermò invece sull'influenza delle altre persone, in particolar modo su madre ed analista (Rodman, 2003). “Winnicott, che in genere viene identificato come uno dei rappresentanti di questo secondo filone, in realtà li combina entrambi. Questa forse è una delle ragioni per cui attrae sempre più analisti” (*ibidem*, p. 136).

Pur essendo stato un sostenitore di Melanie Klein per circa venti anni, come studente prima, quindi come collega ed analista del figlio Eric, Winnicott ci teneva a precisare di non essere mai stato un “kleiniano scelto” (Rodman, 2003), seppur lo stile dei suoi primi contributi appaia chiaramente kleiniano (Mitchell, Black, 1995).

“E nella relazione con la Klein, Winnicott recitò ancora una volta il ruolo dell'amato figlio di una madre psicoanalitica depressa e creativa, un figlio che alla fine scoprirà di aver bisogno di esprimere i propri punti di vista personali, quelli che lo differenziavano da lei” (Rodman, 2003, p. 111). Ella suscitò in lui intensi sentimenti, sia perché sapeva nutrire quella sua parte che era interessata professionalmente ai bambini, sia perché la mascolinità della sua teoria permetteva a lui di accedere in qualche modo al padre che aveva a lungo desiderato, ovvero Freud (Rodman, 2003).

Pediatra prima, analista poi, dopo aver trascorso un'enorme quantità di tempo ad osservare i bambini e le loro madri, Winnicott elaborò teorie straordinariamente innovative e notevolmente stimolanti sul modo in cui le cure materne sono in grado di influenzare lo sviluppo del bambino, portando alla ribalta l'importanza della madre, concepita come figura esterna e reale nello sviluppo della psiche del bambino (Mitchell, Black, 1995). Senza il fertile incontro che ebbe con Melanie Klein, però, sicuramente non avremmo mai avuto il Winnicott che conosciamo (Rodman, 2003).

Secondo Clare Winnicott (1978), sua seconda moglie, seppur Winnicott non vivesse in stati di euforia continua, avendo sperimentato spesso momenti in cui trovava difficile vivere e si sentiva scoraggiato, depresso, arrabbiato, con il trascorrere degli anni riuscì, in modo del tutto personale, ad elaborare queste esperienze e a liberarsi dal peso del risentimento e dei pregiudizi. Sostiene che “Donald era, nel più profondo di se stesso, un essere autenticamente felice e la sua capacità di trarre piacere è stata sempre tale da trionfare sulle delusioni e i disinganni che egli ha incontrato” (Winnicott C., 1978, p. 101), caratteristica questa che si riflette profondamente sui concetti e sulle teorizzazioni da lui elaborate, che, in confronto a quelle aspre e pungenti elaborate da Melanie Klein, appaiono estremamente dolci, calde, benevole.

Un tentativo di affrontare la depressione materna: la falsa riparazione

*“Sotto mamma sta piangendo
piangendo
piangendo
In questo modo la conoscevo*

*Una volta, steso sul suo grembo
come ora sto su albero morto
Imparai a farla sorridere
a fermare le sue lacrime
ad annullare la sua colpa
a guarire la morte che aveva dentro
Il rallegrarla era la mia ragione di vita”.*
Winnicott, *L'albero*,
citato da Adam, 1988, p. 38.

Diversamente da Melanie Klein, che aveva posto la capacità depressiva al centro del proprio lavoro, Winnicott inizia a considerare gli effetti della depressione materna sul bambino, concependo la psicopatologia strettamente collegata al modo in cui il neonato, o il bambino, si adatta alle richieste dell'ambiente (Adam, 1988).

Nello scritto “La riparazione in funzione della difesa materna organizzata contro la depressione”, Winnicott (1954) si occupa dell'impatto che i sentimenti materni possono avere sul bambino e sulle distorsioni evolutive che costituiscono una conseguenza degli sforzi che egli deve compiere al fine di gestire l'umore della madre.

Chiarisce di volersi soffermare su quei casi che si incontrano nella pratica clinica che rappresentano una falsa riparazione, non specificamente collegata alla colpa del paziente bensì conseguente all'identificazione del paziente con la madre, in cui il fattore dominante coincide con la difesa organizzata della madre contro la propria depressione e la propria colpa inconscia. Fa riferimento, nello specifico, ad alcuni bambini che risultano particolarmente piacevoli, dotati, contraddistinti da una vivacità contagiosa e stimolante, descritti, però, spesso dalla madri come irritabili, d'umore instabile, talvolta depresso. In questi casi la depressione del bambino può costituire un riflesso di quella della madre ed una scappatoia dalla propria depressione; il bambino opera in tal modo una falsa restituzione e riparazione in relazione alla madre che impedisce lo sviluppo di una capacità di riparazione personale, non essendo questa collegata al suo senso di colpa.

Winnicott specifica che il bambino in questi casi ha un oneroso compito, che probabilmente non riuscirà mai a portare a termine, ovvero affrontare l'umore della madre: “riuscire ad assolvere questo compito significa soltanto riuscire a creare un'atmosfera in cui poter *cominciare una propria vita*” (Winnicott, 1954, p. 114). Ritiene che il bambino possa approfittare di questa situazione per fuggire dall'assunzione di responsabilità personale che è parte fondamentale dello sviluppo.

Afferma che, in questi casi, lo psicoanalista consegue i migliori successi sostituendo un genitore buono ma depresso; argomenta che è necessario che egli non sia depresso e che il paziente riesca a scoprire sé procedendo al ritmo che gli è proprio. Solo in tal modo, continua, il bambino può scoprire il proprio amore, quindi anche le complicazioni in esso insite, ovvero l'aggressività, la colpa e, di conseguenza, il desiderio di riparazione e di restituzione.

Secondo Winnicott, dunque, il figlio di una madre depressa può vivere solo reattivamente, non potendo soddisfare i propri desideri, dovendosi prendere cura della madre nella speranza di poter finalmente trovare la madre di cui ha bisogno; “É come dire che la vita possa essere vissuta in stato comatoso” (Adam, 1988, p. 102).

Dalla spietatezza all'apprensione

“La capacità di preoccuparsi non è solamente un punto nodale della maturazione, ma la sua esistenza dipende anche da un ambiente affettivo che sia stato sufficientemente buono per un certo periodo di tempo”.
Winnicott, 1962, p. 100.

In un saggio letto alla British Psychological Society nel 1954 e pubblicato l'anno successivo, intitolato “La posizione depressiva nello sviluppo emozionale normale”, Winnicott si propone di fornire un contributo personale all'esplorazione del concetto di posizione depressiva elaborato da Melanie Klein.

Tra i prerequisiti per la realizzazione della posizione depressiva, Winnicott menziona: il riuscito superamento delle fasi precedenti; l'acquisizione di un senso di interezza che consente al bambino di rapportarsi con una madre intera; la conseguente capacità del bambino di vivere nel suo corpo; la presenza di una madre in grado di reggere la situazione. Specifica che “Il termine posizione depressiva sembra indicare che i bambini sani attraversano una fase di depressione o malattia dell'umore. In realtà, non è questo che s'intende” (Winnicott, 1955, p. 316). Propone una nuova definizione per indicare lo stesso fenomeno, ovvero “*la fase della capacità di preoccuparsi*”. Per l'Autore, infatti, la posizione depressiva riflette il fondamentale passaggio dell'individuo dalla fase della “pre-compassione” a quello della compassione, o preoccupazione, durante il quale egli, guardandosi indietro, può cogliere tutta la spietatezza insita nella tensione istintuale propria dello stadio precedente.

Sostiene che, in condizioni favorevoli, si assiste ad un'intensificazione dell'esperienza istintuale e delle relative elaborazioni immaginative, con conseguente incremento del senso di colpa da cui deriva un arricchimento del mondo interno ed una crescita della capacità di donare; specifica che il bambino sano vede nascere il senso di colpa da una fonte personale e non a partire da un insegnamento morale o religioso.

Precisa che le depressioni generalmente non sono del tipo associato alla posizione depressiva bensì collegate alla depersonalizzazione o all'assenza di speranza nei riguardi delle relazioni oggettuali, oppure ad un senso di inutilità conseguente allo sviluppo di un falso Sé; riconduce tali fenomeni ad epoche precedenti rispetto alla posizione depressiva.

Illustra diversi tipi di difese che possono presentarsi contro l'angoscia depressiva, menzionando, in particolare, la difesa maniacale, una vacanza dalla depressione, formazione reattiva nei suoi confronti, e l'inibizione che determina una diminuzione quantitativa delle esperienze istintuali.

Asserisce che la posizione depressiva “*dipende dallo sviluppo di un senso del tempo, dal riconoscimento della differenza tra realtà e fantasia, e soprattutto dall'integrazione dell'individuo. È molto difficile tener conto di tutte queste cose, vedere la madre che regge la situazione ed il bambino abbastanza grande da giocare a lasciar cadere gli oggetti*”⁵⁵ [corsivo mio] (Winnicott, 1955, p. 328).

Argomenta che, se la posizione depressiva è stata raggiunta e completamente stabilita, l'individuo reagisce alla perdita con dolore o tristezza, se, invece, non è stata completamente realizzata, produce depressione.

⁵⁵ Nel saggio del 1955, precedentemente menzionato, Winnicott osserva che, con l'epoca dello svezzamento, il bambino evidenzia la capacità di giocare a lasciar cadere gli oggetti, abilità che riflette la sua crescente abilità di dominare la perdita, costituendo un'indicazione per lo svezzamento, dietro cui si trova la delusione.

Ritiene che il lutto rifletta un'alterazione dell'equilibrio delle forze del mondo interno, con un rafforzamento degli elementi persecutori a spese delle forze benigne e di sostegno, che fa sì che l'oggetto introiettato sia esposto all'odio.

In tale quadro considera la posizione depressiva un meccanismo di guarigione che consente alle difese ed all'elaborazione di entrare progressivamente in gioco.

In linea con la sua tendenza a tracciare continuamente un ponte tra l'esperienza infantile e la situazione analitica, Winnicott sostiene che la posizione depressiva comunemente non viene raggiunta prima che il soggetto vada in analisi. Ritiene sia impossibile da conquistare per le persone più schizoidi e per la popolazione dell'ospedale psichiatrico che non è mai riuscita a raggiungere una vera vita o una vera espressione del Sé, affermando che "essa rimane necessariamente per questi malati come il colore per i daltonici" (Winnicott, 1955, p. 331). Osserva che un discorso a parte merita il gruppo dei maniaco-depressivi - in cui fa rientrare la maggior parte delle persone cosiddette normali - poiché per esse la posizione depressiva rimane "*problema di vita* almeno fin quando non viene raggiunta" (*ibidem*).

Alcuni dei temi discussi in questo contributo sono da Winnicott ripresi ed ulteriormente esplorati in particolare in altri due lavori, l'uno letto in una conferenza nell'ambito del centenario della nascita di Freud nel 1956, dal titolo "La psicoanalisi e il senso di colpa", l'altro presentato alla Società Psicoanalitica di Topeka nel 1962, intitolato "Lo sviluppo della capacità di preoccuparsi".

É possibile constatare come sia Winnicott che Melanie Klein considerino la posizione depressiva un traguardo evolutivo, prevalentemente caratterizzato dalla capacità di intrattenere rapporti con l'oggetto totale e dall'ambivalenza verso l'oggetto (Sandler, Joffe, 1965b). Winnicott, però, sembra pensare più ad una fase propria di un determinato momento piuttosto che ad una posizione simile a quella teorizzata da Melanie Klein (Haynal, 1976).

1.14. UN BISOGNO DI AMORE INCONDIZIONATO: MICHAEL BALINT

Amore oggettuale primario e narcisismo secondario

“A mio vedere, una fase molto precoce- molto probabilmente la più precoce della vita mentale extrauterina – non è narcisistica; essa è diretta verso gli oggetti ed è altresì una relazione oggettuale passiva. In breve la sua meta è questa: sarà amato e soddisfatto senza alcun obbligo di ricambiare nessuno”.
Balint, 1937, p. 87.

Michael Balint, psicoanalista inglese di origine ungherese, similmente a Winnicott, può essere considerato uno degli esponenti più significativi confluiti nel gruppo “indipendente” della British Psychoanalytic Society.

Anche lui si ispirò profondamente all’opera di Melanie Klein, spostando la sua attenzione dai conflitti tra pulsioni e difese alla creazione e al mantenimento delle relazioni.

Analizzato da Sándor Ferenczi, sotto diversi punti di vista il suo contributo può essere considerato una continuazione ed ulteriore elaborazione (Mitchell, Black, 1995).⁵⁶

Sottolineò le componenti relazionali della situazione analitica, spostando l’attenzione sulla coppia terapeutica nel suo complesso, interessandosi particolarmente alle fasi primitive della vita psichica ed al problema del narcisismo (Galimberti, 1999), mettendo in discussione il concetto di narcisismo primario elaborato da Freud nel 1914 (Fonagy, Target, 2003).

La depressione: una profonda ferita narcisistica

“La depressione è causata dalla sensazione che l’ambiente ci mostri una palese indifferenza (o, come qualcuno mi disse di recente, “non è fatto per noi”) e che noi dobbiamo rinunciare a determinati desideri se vogliamo ottenere da quello qualche favore”.
Balint, 1952, p. 223.

Nel saggio intitolato “‘Nuovo ciclo’ e sindromi paranoide e depressive”, pubblicato per la prima volta nel 1952 nella rivista “*International Journal of Psycho-Analysis*”, in un numero speciale dedicato al settantesimo compleanno di Melanie Klein, Balint riprende i concetti di posizione paranoide e posizione depressiva applicandoli alla situazione terapeutica.

Esplicita il suo proposito di chiarire il modo in cui le idee di Melanie Klein lo abbiano aiutato a superare un’*impasse* del suo lavoro.

Riportando alcune peculiari caratteristiche da lui riscontrate durante una fase particolare del trattamento analitico di alcuni pazienti, sostiene che, verso la fine del

⁵⁶ Ferenczi fu un innovatore sia dal punto di vista teorico che sotto l’aspetto della tecnica clinica; coerentemente con i suoi interessi teorici, che vertevano prevalentemente sul trauma cronico precoce e sulle esperienze sessuali precoci, dal punto di vista clinico sottolineò l’importanza che riveste la capacità dell’analista di fornire al paziente una certa quota di amore e di affetto. Queste idee indubbiamente influenzarono il dispiegarsi del pensiero di Balint il quale riteneva che i pazienti, soprattutto quelli più gravi, desiderassero riottenere nella relazione analitica l’“amore oggettuale primario” di cui erano stati privati nell’infanzia (Mitchell, Black, 1995).

trattamento, tali pazienti iniziano a desiderare e a sollecitare alcune modeste gratificazioni, specialmente, ma non esclusivamente, da parte del loro analista.

Balint riconduce tale situazione alla natura sostanzialmente primitiva dei desideri dei pazienti, a volte caratterizzati da profondi disturbi o da alterazioni dello sviluppo dell'Io conseguenti a traumi precoci. Asserisce che, se analista e paziente riescono a comprendere e progressivamente ad adattare maggiormente alla realtà le rigide strutture dell'Io, i tratti del carattere, i meccanismi di difesa e le forme patologiche, abitudinarie ed automatiche di relazioni oggettuali, è possibile che si giunga al termine dell'analisi vero e proprio, denominando tali fenomeni "nuovo ciclo" (Balint, 1952, p. 212).

Con la protezione costituita dal transfert analitico, il paziente può pian piano rinunciare alle sue difese e regredire ad uno stadio indifeso, pretraumatico, al fine di ricominciare da capo ad amare e odiare dapprima in modo primitivo, quindi progressivamente in modo più maturo, appropriato e, nella misura in cui risulti possibile, non nevrotico. L'Autore precisa: "Considero tale periodo di *amore oggettuale primitivo o arcaico* (all'inizio, sull'esempio di Ferenczi, usavo il termine *amore oggettuale passivo*) la *fons et origo* dello sviluppo della libido umana. La meta originaria e costante di tutte le relazioni oggettuali è il desiderio primitivo: devo essere amato senza alcun obbligo da parte mia e senza la pretesa che io debba ricambiare" (Balint, 1952, p. 212).

Balint traccia un nesso tra la condizione in cui si trovano quei pazienti profondamente sospettosi che non riescono a creare una necessaria atmosfera di fiducia e le caratteristiche tipiche della posizione paranoide descritte da Melanie Klein ed asserisce che, nell'eventualità in cui sia possibile, attraverso un processo molto lento e costellato da numerose ricadute, liberare i pazienti da questo stato paranoide, può prendere il via un nuovo stadio definito "depressione". In questa fase i pensieri dei pazienti si diramano su un doppio binario: da una parte essi si considerano indegni di essere amati, auspicando per sé un diverso comportamento al fine di rendersi migliori e più piacenti; dall'altra, come riflesso di una profonda ferita narcisistica, sono notevolmente dispiaciuti per non essere amati per quello che sono, sentendosi criticati. Da tale convinzione, prosegue Balint, facilmente possono regredire allo stato paranoide.

A partire da questo momento, continua, "inizia un processo molto doloroso in cui una parte della personalità del paziente, la parte sana del suo Io, deve opporsi all'altra parte dell'Io e al vecchio Super-io, sfruttando, eventualmente, l'aiuto fornitogli dall'analista" (Balint, 1952, p. 217). Precisa che la necessità di rinunciare consapevolmente ai desideri arcaici favorisce il presentarsi della sindrome descritta come melanconia o depressione, dichiarandosi d'accordo con Melanie Klein che fa riferimento alla situazione ed alle angosce depressive piuttosto che allo stato melanconico.

Propone di utilizzare il termine melanconia per il meccanismo indagato da Abraham e da Freud, considerandolo differente rispetto al concetto di "depressione", avente invece un'accezione più vasta, alla quale potrebbero essere ricondotte la melanconia classica, i primitivi stadi descritti da Melanie Klein ed i quadri da lui osservati.

Ipotizza che la caratteristica patognomica di ogni depressione consista in "uno sdoppiamento molto doloroso della personalità, che induce una parte a respingere l'altra e, contemporaneamente, a eliminarla e persino ad annientarla" (Balint, 1952, p. 218).

Balint precisa di seguito che nel lutto, nel processo di adattamento quotidiano alla realtà, nella melanconia classica ed in ogni forma di depressione sono presenti aspetti accentuati di narcisismo secondario, che si presenta come un amaro risentimento per un torto immeritato e che fa sviluppare un insieme di meccanismi paranoidei e depressivi. Tutto ciò, specifica, differisce notevolmente dagli stati depressivi che precedono il nuovo ciclo, nei quali, seppur presente quella che considera la preconditione di ogni depressione - lo scontro tra una parte e l'altra della personalità - il proposito non

consiste nell'aggravare la scissione bensì nell'evitarla, riuscendo a rendere il paziente "unito con se stesso" (Balint, 1954, p. 219).

Balint definisce dunque il nuovo ciclo come "la disponibilità a una relazione oggettuale non sospettosa, fiduciosa, passiva e rilassata" (Balint, 1952, p. 221). Presupposti necessari affinché esso si sviluppi sono l'abbandono dell'atteggiamento paranoide, dopo aver compreso che le relative angosce erano infondate ed esagerate e l'accettazione di un certo grado di depressione come un'inevitabile esperienza di vita, fiduciosi che se ne possa uscire migliorati.

Distanziandosi dalle formulazioni di Melanie Klein, si ritiene scettico di fronte alla possibilità che la prima fase extrauterina dell'individuo sia caratterizzata da un atteggiamento paranoide al quale segue uno stato depressivo. Crede piuttosto che "l'innocente, ingenuo, arcaico amore oggettuale si possa ritenere la prima fase postatale nello sviluppo della personalità umana. È questo il punto centrale da cui si irradiano tutti gli sviluppi successivi" (Balint, 1952, p. 227).

Sostiene che, a partire dall'amore oggettuale primario, possano svilupparsi il narcisismo oppure la depressione e l'atteggiamento paranoico, atteggiamenti questi che ritiene strettamente interrelati, presentando, ad esempio, le posizioni paranoide e depressiva notevoli elementi narcisistici e, specularmente, essendo caratterizzati i pazienti narcisistici veri e propri da gravi manifestazioni paranoide e depressive.

Ipotizza dunque l'esistenza di una profonda influenza tra amore oggettuale arcaico e normale depressione, che considera però ben lungi dall'essere chiarita, arrivando addirittura a supporre che la posizione depressiva possa essere considerata più fondamentale e più primitiva di quella paranoide.

Si può osservare come, anche se il concetto di amore primario comporta per Balint l'esistenza originaria di una relazione oggettuale, molte delle sue formulazioni sono espresse in termini che fanno riferimento a stati del Sé, come la depressione, e non la melanconia, che è descritta come una profonda e dolorosa ferita narcisistica (Sandler, Joffe, 1965b).

1.15. LA DEPRESSIONE DA UNA PROSPETTIVA ETOLOGICA: JOHN BOWLBY

Al di là della stanza d'analisi

“È ormai troppo tempo che l'analista sta rinchiuso nel suo studio. Gli anni di isolamento furono anni di introspezione, di fruttuose deduzioni sull'interno dell'uomo, ma lo studio dell'Io ora richiede un uomo in azione- che reagisce e che interagisce- e riporta lo psicoanalista in un ambiente più aperto”.
Gaylin, 1968, p. 27.

Un ulteriore Autore del “gruppo di mezzo” è John Bowlby, psicologo e psicoanalista inglese che ha contribuito notevolmente a concettualizzare la relazione tra la psicoanalisi e altre discipline come la biologia, l'antropologia, l'etologia, l'informatica e la ricerca sul bambino e sulla famiglia (Mitchell, Black, 1995).

Ha utilizzato un'ampia rassegna di studi empirici sulla separazione e sulla perdita negli animali e negli uomini al fine di dimostrare che la perdita precoce ha come risultato un vero e proprio lutto, riflettendo la fondamentale importanza del legame del bambino con la propria madre, da lui definito *attaccamento* (Gaylin, 1968).

Ha affrontato la depressione da una prospettiva etologica che enfatizza i disturbi dell'attaccamento madre-bambino, enfatizzando il modo in cui la precoce separazione del bambino dalla madre può condurre a sentimenti di depressione e di disperazione che, in alcuni casi, possono persistere per l'intera vita (Gabbard, 1995).

Similmente agli scritti di Spitz, i contributi di Bowlby non includono nuove ipotesi o radicali cambiamenti della teoria; entrambi gli Autori, però, si discostano dall'approccio originariamente elaborato da Freud (Gaylin, 1968). Contrariamente a Spitz, invece, Bowlby considera la reazione depressiva come solo una delle possibili conseguenze della perdita d'oggetto, non ritenendo che lo specifico evento della perdita dell'oggetto sia l'unica causa della depressione, né cercando di elaborare una teoria capace di spiegare tutte le reazioni depressive (Sandler, Joffe, 1965b).

Dalla disorganizzazione alla riorganizzazione: la funzione adattiva della depressione

“Se questa teoria generale della depressione è giusta, la fase depressiva del lutto va considerata un caso particolare della depressione che nasce in conseguenza della disorganizzazione degli schemi di comportamento determinata dalla perdita nel mondo esterno di un oggetto o di uno scopo importanti”.
Bowlby, 1961, p. 235.

Nello scritto “Il processo del lutto”, Bowlby (1961) esplicita la sua tesi principale secondo cui, una volta che il bambino ha instaurato un legame con la figura materna, che normalmente si stabilisce verso la metà del primo anno, una rottura dello stesso provoca angoscia di separazione e dolore che innescano processi di lutto, potenzialmente capaci di far incrinare lo sviluppo della personalità e di predisporre alla malattia psichiatrica. L'Autore studia il dolore ed il lutto in sé, riferendosi in particolare al decorso che presentano nell'infanzia e nel bambino, discostandosi dalla maggior parte del pensiero psicoanalitico che ha affrontato lo studio di essi attraverso l'indagine della malattia depressiva e della melanconia negli adulti.

Bowlby analizza criticamente, in parte distanziandosene, i contributi formulati da Freud e Melanie Klein a proposito del lavoro del lutto, argomentando che l'importanza dell'urgenza di richiamare l'oggetto perduto non ha ricevuto adeguata attenzione nella letteratura psicoanalitica, seppur tale osservazione si adatti al quadro della melanconia descritto da Rado (1928) come un grido esasperato di amore.

Approfondendo il ruolo della collera, argomenta che "Considerata come mezzo che in altre circostanze favorisce il ricupero dell'oggetto perduto e la conservazione dell'unione con esso, la collera caratteristica del lutto può essere vista come biologicamente utile" (Bowlby, 1961, p. 210), diretta sia verso l'oggetto perduto, sempre ritenuto in qualche modo responsabile, che contro chi sembra impedire la riunione. Coerentemente con l'approccio di Lindermann, che considera i processi morbosi del lutto esagerazioni e caricature dei processi normali, Bowlby ipotizza che la maggior parte di coloro che soffrono di lutto patologico si siano fissati nella prima fase del processo del lutto e che, senza accorgersene, stiano ancora sforzandosi di recuperare l'oggetto perduto. La persona in lutto sarebbe caratterizzata da uno stato di squilibrio biologico causato da un improvviso cambiamento ambientale.

Esplorando il comportamento di lutto tra gli animali ⁵⁷, vi osserva caratteristiche simili a quelle riscontrate negli uomini, tra cui: protesta quando viene perso un oggetto amato, tentativo di recuperarlo, manifestazioni di ostilità verso l'esterno, ritiro e rigetto di un nuovo oggetto potenziale, apatia, irrequietezza e, a volte, riorganizzazione del proprio comportamento in riferimento ad un nuovo oggetto. Ritene che specifica dell'uomo sia la tendenza ad identificarsi con l'oggetto perduto.

L'Autore esplora la sequenza comportamentale che si attiva con la perdita dell'oggetto d'amore, sostenendo che essa è, in certa misura, prevedibile, e che negli esseri umani è concomitante ad una sequenza di esperienze soggettive quali dapprima angoscia e collera, quindi pena e disperazione e infine speranza.

Ritiene le tre fasi caratteristiche del lutto rispettivamente contraddistinte da:

1. *urgenza di recuperare l'oggetto perduto*: anche se consapevole dell'irrecuperabilità della perdita, pensieri, sentimenti e comportamenti dell'individuo si organizzano per una successiva riunione con la persona perduta. Pianto e collera esprimono in questa fase l'urgenza di recuperare l'oggetto;

2. *disorganizzazione e riorganizzazione come processi adattativi*: progressivamente diminuiscono, fino ad estinguersi, gli schemi di comportamento basati sull'assunto che il partner perduto sia ancora presente; poiché il comportamento non viene più focalizzato sull'oggetto perduto, mancando un oggetto verso il quale esso possa organizzarsi, esso si disorganizza e compare disperazione. Contrariamente alla malattia depressiva, più complessa, la depressione rappresenta l'aspetto soggettivo di tale stato di disorganizzazione. "L'individuo depresso di qualsiasi età e specie, è un individuo il cui comportamento non è più organizzato e autosufficiente" (Bowlby, 1961, p. 234), specifica. Sentimenti di irrequietezza, apatia, angoscia e depressione sono avvertiti finché non si siano organizzati nuovi schemi di scambio verso un nuovo oggetto o scopo. Entro tale quadro, i comportamenti concomitanti alla depressione hanno una funzione adattiva poiché "l'individuo, ogni volta che resta in lutto o che abbandona uno scopo principale, deve accettare la distruzione di una parte della personalità se intende riorganizzarla da capo per un nuovo oggetto o scopo" (Bowlby, 1961, pp. 235-6). Possono crearsi i presupposti per lo sviluppo della malattia depressiva nel momento in cui l'individuo non riesce a sopportare la disorganizzazione, rimane orientato verso

⁵⁷ Fa riferimento in particolare a due specie di uccelli (cornacchie ed oche), una di mammiferi inferiori (cane domestico) e due specie di scimmie antropoidi (orangutan e scimpanzé).

l'oggetto perduto, vive nel passato, nutre un desiderio irroso di riunione e di rimproverare l'oggetto.

3.*distacco*: vi è una progressiva discriminazione tra schemi di comportamento appropriati ed inadeguati; si acquisiscono valori e scopi associati alla persona perduta, che possono essere mantenuti senza falsificare la realtà.

Tali fasi, precisa Bowlby, possono essere riscontrate a qualsiasi età, anche se ritiene che il decorso del lutto nei giovani con maggiore facilità possa prendere un corso patologico.

Esperienze infantili, strutture di personalità e depressioni

“Per capire a fondo la reazione di un individuo a una perdita è indispensabile tener conto non solo della struttura della personalità di quell'individuo ma anche dei modelli d' interazione che lo legavano alla persona estinta”.

Bowlby, 1980, p. 257.

Nel terzo volume di “Attaccamento e perdita”, intitolato “La perdita della madre”, pubblicato nel 1980, Bowlby presenta delle osservazioni dapprima in merito al tema concernente i tipi di personalità predisposti a sviluppare i disturbi depressivi o un lutto patologico, quindi più strettamente concernenti la tristezza e la depressione e il legame intercorrente tra esperienze infantili e lo sviluppo di disturbi depressivi.

L'Autore delinea tre tipologie di individui maggiormente esposte al rischio di un lutto patologico, ovvero:

1. individui caratterizzati da una tendenza a stabilire rapporti contraddistinti da un attaccamento ansioso associato ad un'ambivalenza manifesta o celata. Avendo sperimentato discontinuità nelle cure parentali o rifiuto da parte dei genitori, tali bambini sviluppano una profonda ansia di essere trascurati ed abbandonati, richiedendo continuamente attenzione ed affetto, rifiutando di essere lasciati soli e reagendo a tale evenienza con proteste colleriche;

2. persone che mostrano una disposizione a prendersi coattivamente cura di altri (oblatività), “descritte come nervose, iperdipendenti, appiccicose, caratteriali, o addirittura come nevrotiche” (Bowlby, 1980, p. 246). Tali persone reagiscono alla minaccia di una perdita o alla perdita stessa occupandosi in modo frenetico, eccessivo, del benessere di qualche altra persona, invece di vivere il proprio dolore e cercare sostegno negli altri. Tra le esperienze infantili di queste persone che manifestano possono esserci cure materne intermittenti ed inadeguate o la perdita della principale figura di riferimento. Su tali persone si è spesso esercitata una forte pressione a prendersi cura di un genitore ammalato, ansioso ed ipocondriaco, a volte perché indotte dagli altri a ritenersi responsabili delle cattive condizioni di salute del genitore;

3. soggetti che manifestano uno strenuo tentativo di sostenere la propria autosufficienza ed indipendenza da qualsiasi tipo di legame affettivo. Alla base di questo tipo di persone possono rintracciarsi due tipi molto diversi di esperienze infantili: la perdita di un genitore durante l'infanzia in seguito alla quale il bambino ha dovuto cavarsela da sé ed un atteggiamento critico di un genitore nei confronti dei naturali desideri del bambino di essere amato.

Bowlby specifica che gli individui di tutte e tre le categorie tendono a stabilire rapporti contrassegnati da una forte ambivalenza, manifesta o latente, nonostante non necessariamente reagiscano ad una perdita con lutto patologico.

Osserva che è probabile che ci siano altre categorie di individui, ancora non identificate, inclini a sviluppare forme di lutto “con complicazioni”.

A suo avviso, “il fatto che la reazione sia o no patologica sembra essere determinato in misura molto elevata dal modo in cui viene trattato il bambino durante e dopo il periodo di separazione” (Bowlby, 1980, p. 260).

Esplicita le sue perplessità nei confronti di due assunzioni tipiche della teoria tradizionale, ovvero quella secondo cui se un’ipotesi è valida per il disturbo depressivo deve necessariamente esserlo anche per i disturbi relativi al processo del lutto e quella, risultante da un processo deduttivo, che considera i disturbi depressivi sviluppati a causa di una fissazione avvenuta durante il primo anno di vita.

In un diverso capitolo del volume, Bowlby si sofferma sull’indagine concernente la tristezza, la depressione ed i disturbi depressivi. Definisce la tristezza una reazione sana e normale, che può seguire qualsiasi difficoltà o sfortuna, che spinge spesso l’individuo a cercare aiuto ed in cui la speranza può essere mantenuta. Al contrario, specifica, la depressione è contraddistinta da una diminuzione dell’organizzazione del comportamento spesso conseguente ad una perdita. Ribadisce le potenzialità adattive insite in tale disorganizzazione e stato d’animo, poiché possono essere smantellati i vecchi modelli di comportamento per costruirne diversi, organizzati in vista di nuove interazioni.

Cercando di comprendere i sentimenti di disperazione e di impotenza che caratterizzano gli individui con disturbi depressivi, si rifà al concetto di “impotenza appresa” elaborato da Martin Seligman, ritenendolo affine alla teoria da lui proposta.

Afferma che, nella maggior parte delle forme di disturbo depressivo, tra cui il lutto cronico, la persona, a causa di esperienze sperimentate nella sua famiglia d’origine, si sente impotente in relazione alla sua capacità di mantenere rapporti affettivi.

Ritiene che le formulazioni da lui elaborate presentino similarità con la teoria cognitiva dei disturbi depressivi elaborata da Aaron T. Beck, presupponendo, entrambi gli Autori, che gli individui inclini alle depressioni possiedono schemi cognitivi caratterizzati da aspetti insoliti e caratteristici che fanno sì che il soggetto consideri gli eventi della sua vita in un modo particolare. Precisa che le due teorie divergono per il fatto che Beck non tenta, come lui, di spiegare il modo in cui tali schemi si costruiscono risalendo alle probabili esperienze vissute nell’infanzia.

In merito alla descrizione dello stato d’animo del depresso grave in termini di perdita dell’autostima, puntualizza che, a suo parere, tale termine si rivela inadeguato a mettere in luce che la bassa valutazione di sé deriva da uno o più giudizi negativi concernenti sé, come quello di non riuscire a modificare positivamente una situazione, quello di esserne responsabile, di essere non amabile ed incapace di stabilire o mantenere un rapporto affettivo. Ritiene che il termine “scarsa autostima” non renda adeguatamente evidenti tali implicazioni.

1.16. LA PSICOLOGIA DEL SÉ

Narcisismo e amore oggettuale: un binomio inscindibile

“Siamo abituati a pensare alla relazione tra narcisismo e amore oggettuale in un modo che corrisponde all’immagine dei livelli di liquido in un tubo a U. Se il livello del liquido sale a una estremità, scende dall’altra. Non vi è amore dove c’è un mal di denti; non vi è dolore dove c’è un amore appassionato”.
Kohut, 1972, p. 127.

L’approccio teorico della Psicologia del Sé, originato dal pensiero di Heinz Kohut, psicoanalista statunitense di origine austriaca, si è sviluppato a partire dal suo studio di pazienti non ospedalizzati caratterizzati prevalentemente da disturbi narcisistici (Gabbard, 2000), precedentemente considerati inaccessibili al trattamento (Greenberg, Mitchell, 1983).

Influenzato dalla psicoanalisi dell’Io, dalla teoria delle relazioni oggettuali e dalla psicologia dinamica interpersonale, pur avendo mantenuto il concetto tradizionale di pulsione, Kohut ha accentuato fortemente la centralità delle relazioni interpersonali e dell’autonomia nello sviluppo del Sé, intendendo quest’ultimo il nucleo originale e centrale della personalità, il cui sviluppo consiste in una progressiva trasformazione di un narcisismo infantile onnipotente in un narcisismo maturo e realistico (Caprara, Gennaro, 1999). Si suole affermare, che, contrariamente all’uomo “colpevole” tratteggiato da Freud, lacerato da profondi sensi di colpa a causa di desideri proibiti, l’uomo delineato da Kohut è chiaramente “tragico”, poiché vive un’esistenza priva di significato, percependola come un lavoro faticoso, non riuscendone ad apprezzare i successi, tormentato da montagne russe emotive in cui si alternano esplosioni di creatività e dolorosi sentimenti di inadeguatezza scaturiti dalla percezione del fallimento e teso ad un’avida ricerca delle relazioni che vengono però continuamente abbandonate, determinando una sempre crescente sfiducia nella possibilità di riuscire ad ottenere ciò di cui si ha bisogno dall’altro (Mitchell, Black, 1995).

Pur non essendosi soffermato specificamente sull’esplorazione dei fenomeni depressivi, si è ritenuto opportuno riportare comunque il contributo fornito da tale orientamento teorico, avendo favorito l’approfondimento dei temi connessi sia alla stima di sé che al bisogno innato delle relazioni da parte dell’individuo. In tal senso dalle osservazioni di Kohut si può dire che nasca una proposta assai articolata per la comprensione della depressione (Speziale-Bagliacca, 1985).

Contrariamente a quanto avanzato da Freud, secondo cui il soggetto dovrebbe gradualmente emergere dalle tendenze narcisistiche sviluppando contemporaneamente una maggiore preoccupazione nei confronti dei bisogni altrui, Kohut ha affermato che i bisogni narcisistici, seguendo uno sviluppo parallelo a quello del campo dell’amore oggettuale, permangono durante l’intero corso della vita (Gabbard, 2000).

I processi da lui descritti lasciano pensare che egli abbia tracciato un percorso di sviluppo che va da uno stato di dipendenza obbligata ad uno stato di maggiore stabilità ed indipendenza, volendo far intendere che, anche se il bisogno degli altri resta immutato, è la qualità del bisogno a subire un’evoluzione (Fonagy, Target, 2003).

La crescita e la maturazione, infatti, fanno sì che il bisogno di oggetti-Sé arcaici venga progressivamente sostituito dalla capacità di utilizzare oggetti-Sé più maturi ed adeguati, ma l’esigenza di ricevere risposte convalidanti ed empatiche da parte degli altri è necessaria durante tutta la vita per mantenere la stima che si ha di sé (Gabbard, 2000).

“Le eccessive richieste narcisistiche espresse apertamente da questi pazienti, e quella che sembra essere una tendenza eccessiva all’autoaffermazione, sono un insieme di sintomi *strettamente incastonati nel carattere*” [corsivo mio].
Kohut, 1978, p. 183.

Tra gli scritti di Kohut è possibile rintracciare qualche riferimento in merito al tema della depressione nel più vasto ambito della disquisizione concernente le diverse tipologie di disturbi narcisistici, concepiti in termini di difetti del Sé (Fonagy, Target, 2003), causati da fallimenti da parte delle figure genitoriali (Gabbard, 2000) e quindi da deficienze ambientali (Greenberg, Mitchell, 1983). Entro la cornice concettuale della Psicologia del Sé, infatti, la psicopatologia viene più profondamente compresa, più accuratamente interpretata e più efficacemente elaborata se considerata come la riattivazione di bisogni narcisistici frustrati durante lo sviluppo, anziché essere ricondotta nel quadro concettuale delle pulsioni e letta come una riattivazione di un conflitto strutturale irrisolto (Paparo, 1982).

In “Pensieri sul narcisismo e sulla rabbia narcisistica”, articolo di teoria clinica scritto con la collaborazione di Ernest Wolf, Kohut definisce l’etiologia, la psicopatologia e la sintomatologia dell’oggetto-Sé, proponendo una sorta di caratterologia del Sé danneggiato e riassumendo le particolarità del trattamento dei disturbi narcisistici del comportamento e della personalità.

Riferendosi a pazienti contraddistinti da una specifica vulnerabilità consistente in una labilità particolarmente insolita della loro autostima ed in un’accentuata sensibilità a fallimenti, delusioni e offese, definiti come caratterizzati da un “*disturbo narcisistico della personalità*”, rintraccia al centro del loro disturbo un Sé indebolito, difettoso, sviluppato in seguito ad interazioni difettose tra il bambino ed i suoi oggetti-Sé⁵⁸ (Kohut, Wolf, 1978). Precisa che il Sé adulto, in base alle diverse esperienze intrattenute con i diversi oggetti-Sé nell’infanzia, può essere caratterizzato da livelli più o meno elevati di consistenza, vitalità ed armonia funzionale.

I “disturbi del Sé” seguono ingenti fallimenti nel tentativo di raggiungere coesione, vigore ed armonia o possono consistere in una perdita di tali qualità nel momento in cui si erano già provvisoriamente consolidate. L’Autore distingue i disturbi del Sé secondari da quelli primari, considerando i disturbi secondari del Sé “reazioni di un Sé strutturalmente non compromesso dalle vicissitudini della vita” (Kohut, Wolf, 1978, p. 166), facendovi rientrare reazioni del Sé a malattie fisiche o alla compromissione del funzionamento costituita da una nevrosi strutturale o ancora relative a strati non danneggiati del Sé alle conseguenze dei disturbi primari.

Nei disturbi primari del Sé, Kohut annovera, invece, quadri differenti per estensione, gravità, natura. Menziona anzitutto le psicosi, descrivendole come contraddistinte da un difetto del Sé pervasivo e permanente in cui le esperienze difensive non riescono ad avere alcun ruolo. Definisce quindi *depressione “vuota”* il quadro in cui il Sé, pur avendo raggiunto un certo grado di coesione, a causa della convergenza di fattori

⁵⁸ Dopo aver specificato che con il termine oggetti-Sé fa riferimento a oggetti esperiti come parte del proprio Sé, ne delinea prevalentemente due tipi: il primo, definito “oggetto Sé speculare”, esprime e conferma il senso innato di vigore, grandezza e perfezione del bambino, il secondo, invece, nominato “imago parentale idealizzata”, coincide con coloro che il bambino può ammirare, con i quali si può confondere come immagini di calma, infallibilità ed onnipotenza.

organici innati e di una massiccia mancanza di risposte entusiasmanti alla sua esistenza ed al suo farsi avanti, è fortemente deprivato di autostima e di vitalità.

Kohut specifica che, nei periodi cruciali della sua formazione, il Sé può arrivare ad essere quasi del tutto deprivato dell'esperienza di fusione con un oggetto-Sé idealizzato; aggiunge che, con la concomitante influenza di fattori biologici innati, può accadere che al centro dell'organizzazione del Sé persista un grave punto debole che può coincidere sia con una tendenza non dominata all'espansione dell'accettazione di sé eccessivamente gonfiata, determinando il quadro della mania, che con una tendenza al rifiuto ed all'accusa di sé, che caratterizza invece il quadro della *depressione "colpevole"*. Si sofferma quindi sugli "stati limite", condizioni in cui una rottura, un indebolimento ed un caos funzionale del Sé nucleare sono permanenti e protratti ma concomitanti ad elaborate difese, quindi sui "disturbi del comportamento narcisistico", che rintraccia negli individui che mostrano perversione, delinquenza e tossicomania, ma la cui frammentazione, indebolimento o grave alterazione del Sé sono solo temporanei ed in cui, in seguito alla comprensione delle radici genetiche e della meta dinamica del loro comportamento disfunzionale, è possibile sostituire questo tipo di comportamento con sostegni più maturi e realistici per la loro autostima. Specifica che quest'ultimo tipo di disturbi è strettamente associato ai "disturbi narcisistici della personalità"⁵⁹ in cui il disturbo sottostante del Sé è temporaneo ed i sintomi concernono prevalentemente lo stato psicologico dell'individuo, anziché le sue azioni ed intenzioni. Menziona tra i sintomi di questo disturbo la depressione, insieme all'ipocondria, all'ipersensibilità alle offese ed alla mancanza di ardore.

Al fine di indagare l'etiologia della patologia del Sé, l'Autore presenta dapprima la sua concezione relativa allo sviluppo normale del Sé, secondo cui il Sé nasce in seguito all'interazione tra la dotazione innata del bambino e le risposte selettive degli oggetti-Sé, che incoraggiano alcune potenzialità scoraggiandone altre. In conseguenza di tale processo selettivo, emerge, circa durante il secondo anno di vita, un Sé nucleare, definito "una struttura bipolare, dove le ambizioni nucleari arcaiche formano un polo, gli ideali nucleari arcaici l'altro. L'arco di tensione tra questi due poli favorisce lo sviluppo delle abilità e dei talenti nucleari del bambino" (Kohut, Wolf, 1978, p. 170).

Fa notare che, esercitando la personalità degli oggetti-Sé un'influenza determinante sullo sviluppo del Sé, si possono rintracciare le radici genetiche dei disturbi del Sé in un'atmosfera cronicamente malsana scaturita da atteggiamenti profondamente radicati negli oggetti-Sé, piuttosto che in uno specifico e circoscritto evento traumatico, che, specifica, potrebbe invece essere affrontato in un ambiente capace di fornire un sostegno sano.

Kohut volge quindi la sua esplorazione su alcuni tipi di patologia del Sé che si sviluppano in seguito a fallimenti evolutivi, precisando che possono facilmente essere riscontrati in combinazione o in successione nello stesso paziente.

Illustra quindi:

1) il "*Sé sottostimolato*": una condizione cronica del Sé, sviluppata in seguito ad una mancanza prolungata di risposte stimolanti da parte dell'oggetto-Sé nella prima infanzia, contraddistinta da: carenza di vitalità; sensazione di essere noiosi ed apatici, sperimentata sia dal soggetto che da coloro che lo circondano; tendenza ad avvalersi di diversi stimoli per creare uno pseudoeccitamento finalizzato a placare gli ingenti

⁵⁹ Specifica che, tra tutti i disturbi primari del Sé, solo i disturbi narcisistici del comportamento e della personalità sono analizzabili, implicando la capacità di tollerare le frustrazioni dei bisogni narcisistici riattivati del loro Sé vulnerabile cui sono esposti nel processo analitico, senza che ciò determini una protratta frammentazione o indebolimento del Sé.

sentimenti di morte, tra cui menziona, negli adolescenti una masturbazione eccessiva o un'attività frenetica negli adolescenti, negli adulti attività promiscue contraddistinte da dipendenza o diverse perversioni, oppure il gioco d'azzardo, l'abuso di sostanze ed uno stile di vita contraddistinto da un eccessivo grado di socievolezza. Kohut specifica che “Se l'analista è capace di penetrare oltre la facciata difensiva mostrata da queste attività, troverà invariabilmente la depressione vuota” [corsivo mio] (Kohut, Wolf, 1978).

2) il “*Sé che si frammenta*”: una condizione ricorrente del Sé scaturita in seguito alla mancanza di risposte integranti da parte degli oggetti-Sé dirette al Sé nascente nella sua globalità durante la prima infanzia;

3) il “*Sé iperstimolato*”: conseguenza di risposte da parte degli oggetti-Sé dell'infanzia troppo poco empatiche o non adeguate alla fase di sviluppo del bambino che possono essere indirizzate alle attività del polo grandioso-esibizionistico del Sé del bambino o alle attività del polo degli ideali guida o, ancora, ad entrambe;

4) il “*Sé sovraccarico*”: rappresentato da un Sé che non ha potuto fondersi con la tranquillità di un oggetto-Sé onnipotente, avendo subito il trauma dell'emotività non condivisa.

Consapevole dei limiti che possono derivare dalla costruzione di una caratterologia, Kohut presenta alcuni tipi di comportamento caratteristici del Sé danneggiato, invitando ad esplorare terreni psicologici ancora non adeguatamente sondati.

Presenta i seguenti tipi di personalità narcisistica che possono svilupparsi in seno ad un Sé disturbato:

- “*personalità affamate di rispecchiamento*”: caratterizzano i soggetti che, mossi da un profondamente radicato senso interno di indegnità, di mancanza di autostima e di vergogna, cercano continuamente risposte di attenzione, conferma, ammirazione, accettazione da parte degli oggetti-Sé;

- “*personalità affamate di ideali*”: contraddistinguono le persone che riescono a sentirsi degne, dotate di prestigio, potere, bellezza, talento, intelligenza o rigore morale solo se in relazione con oggetti-Sé ammirati;

- “*personalità affamate di alter ego*”: si riscontrano negli individui che necessitano della relazione con un oggetto-Sé che, omologandosi all'aspetto, alle opinioni ed ai valori del Sé, confermi l'esistenza e la realtà del Sé.

Kohut specifica che quelle appena descritte non dovrebbero essere considerate forme patologiche di tipologie caratteriali, contrariamente ai due tipi che seguono che, invece, fa rientrare nell'ambito delle diverse manifestazioni del narcisismo patologico:

- “*personalità affamate di fusione*”: caratterizzano coloro che avvertono la necessità di controllare i propri oggetti-Sé al fine di realizzare il loro bisogno di struttura. Il limite tra questi soggetti e gli altri cui tendono ad esser fusi appaiono sorprendentemente fluidi, interferendo con la loro capacità di discriminare i propri pensieri, desideri ed intenzioni da quelli dell'oggetto-Sé;

- “*personalità che evitano il contatto*”: rappresentano il quadro speculare delle personalità precedentemente descritte. Il bisogno degli altri è talmente spiccato che tali persone tendono ad isolarsi; ipersensibili al rifiuto, soffrono intensamente, inconsciamente preoccupate “che i residui del loro Sé nucleare saranno inghiottiti e distrutti dall'unione agognata che tutto include” (Kohut, Wolf, 1978, p. 182). La descrizione di tale tipo di personalità per certi aspetti ricorda il tipico atteggiamento distaccato e vagamente sprezzante dei soggetti schizoidi che tendono a ritirarsi in una isolata superiorità al fine di difendersi dalle delusioni relazionali e dalla propria bisognosa insaziabilità (Lingiardi, 2001).

Kohut si concentra dunque su considerazioni relative al trattamento di disturbi narcisistici del comportamento e della personalità, specificando che, al di sotto della clamorosa tendenza all'autoaffermazione di questi individui, celati da un muro di

vergogna e vulnerabilità, si trovano i bisogni narcisistici durante la loro infanzia insoddisfatti.

Uno sguardo su vergogna, colpa e depressione

“D'altra parte, la vergogna sorge quando l'Io è incapace di fornire una scarica adeguata alle esigenze esibizionistiche del Sé narcisistico”.

Kohut, 1966, p. 93.

Dalle considerazioni esposte è possibile accorgersi di come esista un intimo legame tra ferite narcisistiche, sentimenti di inadeguatezza e di vergogna e vissuti di depressione. Nei pazienti con patologia narcisistica la vergogna rappresenta un affetto centrale che riflette gran parte della loro patologia caratteriale (Morrison, 1984).

Secondo Kohut (1966) la propensione alla vergogna è tipica di quelle personalità contraddistinte da una idealizzazione difettosa del Super-Io e da una concentrazione di libido narcisistica sul Sé narcisistico. È proprio la persona ambiziosa, desiderosa di ottenere successo, caratterizzata da una combinazione di un concetto poco integrato del Sé grandioso e di intense tensioni esibizionistico- narcisistiche ad essere maggiormente esposta a sperimentare sentimenti di vergogna. La “depressione vuota” da lui tratteggiata risulta dal fallimento del Sé nella realizzazione delle proprie ambizioni e dei propri ideali (Morrison, 1984).⁶⁰

Il punto di vista di Kohut rimanda alla considerazione della depressione proposta da Bibring (1953), secondo cui tale patologia risulta dal fallimento nell'ottenere ambizioni ed ideali associato ad un collasso completo o parziale dell'autostima.

Volendo gettare uno sguardo sulla clinica, Michael Franz Basch, in un lavoro intitolato “Un ritiro depressivo dei sentimenti” (Basch, 1988), riporta un caso concernente la dolorosa situazione di un uomo che, dietro una apparentemente inalterabile corazza di impenetrabilità, ostilità, contrarietà e sgarbatezza, celava profondi ed amari sensi di solitudine, depressione, disperazione ed impotenza, causati per lo più da un intenso ed intollerabile sentimento di vergogna. Basch fa notare che “la sua rabbia poteva, in un certo senso, essere sana, in quanto rappresentava la sua lotta contro la disperazione e contro una soluzione depressiva” (Basch, 1988, p. 179).

Potrebbe essere utile soffermarsi sul concetto di vergogna per differenziarla da un altro affetto, tipicamente depressivo, con cui essa è frequentemente confusa e sovrapposta, il senso di colpa, al fine di mettere meglio in luce le specificità di entrambe e chiarire il rapporto tra di esse intercorrente.

Dopo Freud (1932), che riconduce il senso di colpa e il sentimento di inferiorità alla tensione tra Io e Super-Io, collegando il primo alla coscienza morale, il secondo all'Ideale dell'Io e precisando che essi sono solo difficilmente separabili, è Hermann Nunberg (1932) uno dei primi Autori a soffermarsi sulla vergogna, ritenendola una formazione reattiva contro l'esibizionismo inconscio e facendo notare come la frequenza con cui vergogna, ripugnanza, compassione, angoscia e senso di colpa vengono confusi rispecchia il loro essere strettamente associati. Nunberg ritiene che la vergogna e la ripugnanza, similmente alla colpa, abbiano una radice comune, poiché si sviluppano “dall'inibizione di determinati impulsi istintuali eccessivi, e costituiscono formazioni reattive dell'Io contro queste manifestazioni degli istinti” (Nunberg, 1932, p.

⁶⁰ È opportuno precisare che, là dove Kohut parla di depressione vuota, in cui i sensi di colpa e/o le autoaccuse non svolgono un ruolo significativo, altri analisti avrebbero probabilmente preferito riferirsi a vissuti schizoidi (Speziale-Bagliacca, 1985).

171). Heinz Hartmann e Rudolph M. Loewenstein (1961) espongono il loro punto di vista al riguardo commentando il libro "Shame and Guilt" (Pier, Singer, 1953), in cui la vergogna è ricondotta alla tensione tra Ideale dell'Io ed Io ed il senso di colpa alla tensione tra gli altri aspetti del Super-Io e l'Io. Gli Autori considerano tale distinzione corretta in termini descrittivi ma difficilmente spiegabile in termini di psicologia analitica, poiché ritengono sia impossibile distinguere, come il libro propone, in termini di sanzione esterna o interna, quindi collegare la vergogna alla paura di abbandono ed il senso di colpa alla paura di castrazione. Gli Autori credono che tale distinzione potrebbe meglio adattarsi al periodo evolutivo; considerano entrambi i sentimenti "reazioni al pericolo della perdita d'amore, al ridicolo, all'ira" (Hartmann, Loewenstein, 1961, p. 188). Evidenziano come la questione della loro contrapposizione sia in realtà imperniata attorno alla distinzione tra l'Ideale dell'Io dalle altre componenti del Super-Io, da loro non accolta favorevolmente. La visione di Hartmann e Loewenstein è stata rivisitata e parzialmente criticata da Jacobson (1964) che, invece, per ragioni cliniche e teoriche, giustifica la distinzione tra vergogna e conflitti di colpa. Sostiene che la vergogna insorge piuttosto precocemente come reazione alle tendenze pregenitali (orali e soprattutto anali) e fallico-esibizionistiche ed è rinforzata, nelle bambine, dal conflitto di castrazione. Afferma che essa compare nel momento in cui sono svelati agli altri una perdita di controllo istintuale, difetti fisici (come la castrazione) ed insuccessi. Saggiunge che presto tali reazioni divengono un conflitto interiorizzato, precisando che esse "hanno una base molto più ampia dei sentimenti di colpa e, a causa delle loro precoci origini infantili pregenitali- narcisistiche, possono derivare da molte fonti e conflitti, che coinvolgono tutti gli attributi della persona e non solo quelli morali" (Jacobson, 1964, p. 146).

Un altro Autore che ha dedicato particolare attenzione al rapporto tra vergogna e colpa è Jacques Goldberg (1985) il quale apre tale discussione sostenendo che questi sentimenti possono essere considerati i più importanti rispetto a tutte le altre forme di tensione intrapsichiche, sia per la loro permanenza che per la suscettibilità degli altri sentimenti a trasformarsi in colpevolezza, vergogna o inferiorità. Dopo aver specificato che colpevolezza e vergogna "non soltanto non sono necessariamente legate, ma possono addirittura contrapporsi l'una all'altra" (Goldberg, 1985, p. 65), puntualizza che può comunque esserci una commistione tra loro o un passaggio dall'una all'altra. Propone una distinzione tra una "*vergogna libidica*", che si situa in prossimità della fonte delle pulsioni e dei fantasmi primordiali ed una "*vergogna di inferiorità*", assai vicina alla colpevolezza-inferiorità. Definisce in tal modo la vergogna: legata al disvelamento dei fantasmi primordiali, quindi a precise immagini includenti una rappresentazione di ciò che provoca vergogna; non contraddistinta da tutte le sfumature, sottigliezze e spostamenti della colpevolezza, presentandosi piuttosto con un carattere rigido e massivo; non passibile di ragionamento, di simbolizzazione o di spostamento ma solo di annullamento; caratterizzata da un "afflusso pulsionale subitaneo" (*ibidem*, p. 81); in rapporto con lo sguardo (diversamente dalla colpevolezza, dell'ordine di un rapporto e di quello della voce). L'Autore pone la colpevolezza all'origine dell'etica, considerando invece il linguaggio della vergogna povero e da situarsi a livello del corpo. Supportato dalle osservazioni di Bela Grunberger (1971), asserisce che i pazienti parlano più volentieri e con maggiore facilità della loro colpevolezza piuttosto che della loro vergogna. Tali considerazioni contribuiscono a mettere ulteriormente in risalto l'ubiquità dell'affetto della vergogna, frequentemente associato al sentimento di colpa, in tutti i vissuti depressivi, con particolare riferimento a quelli precipitati in seguito a fallimenti nel raggiungimento di un'immagine desiderata del Sé, che implicano un necessario, doloroso ed intollerabile disvelamento del proprio Sé difettoso, quindi deprecabile.

Riflessioni conclusive

“Voi avete avuto molte e grandi tristezze, che se ne sono andate. E dite che anche quel loro andarsene fu per voi difficile e irritante. Ma vi prego, riflettete se quelle grandi tristezze non siano piuttosto passate attraverso di voi. Se molto in voi non si sia trasformato, se in qualche parte, in qualche punto del vostro essere non vi siate mutato, mentre eravate triste. Pericolose e maligne sono quelle tristezze soltanto, che si portano tra la gente, per soverchiarle col rumore; come malattie, che vengono trattate superficialmente e in maniera sconsiderata, fanno solo un passo indietro e dopo una breve pausa erompono tanto più paurosamente; e si raccolgono nell’intimo e sono vita non vissuta, avvilita, perduta, di cui si può morire. [...] Ché sono esse i momenti in cui qualcosa di nuovo è entrato in noi, qualcosa di sconosciuto; i nostri sentimenti ammutoliscono in casta timidezza, tutto in noi indietreggia, sorge una calma, e il nuovo, che nessuno conosce, vi sta nel mezzo e tace” [corsivo mio].

Rilke, *Lettere a un giovane poeta*, pp. 55-6.

Uno dei maggiori meriti che va attribuito a pieno titolo all’indagine psicoanalitica consiste nell’aver messo in rilievo le potenzialità insite nell’affetto depressivo; esso, come del resto l’angoscia, per quanto possa essere violento e temporaneamente inibente, non deve essere valutato unicamente alla luce delle sue implicazioni patologiche.

Si è visto come l’acquisizione della capacità di tollerare angoscia e depressione debba essere intesa come una conquista evolutiva, un processo essenziale alla maturazione ed alla capacità di mantenersi sani di mente, dal momento che il lavoro depressivo riguarda il processo creativo e le capacità progettuali dell’individuo. È dunque fondamentale sottolineare gli aspetti emancipatori che nascono dal superamento della posizione depressiva centrale in ogni forma di depressione, superamento che necessariamente implica l’aver attraversato la tempesta ed il dolore malinconico (Speziale-Bagliacca, 1985). La depressione ha quindi anche un carattere positivo, favorendo il passaggio dell’uomo dal mondo della colpa a quello della redenzione, della riparazione e dell’assunzione di responsabilità (Volterra, 1984).

Si è visto come la maggior parte degli Autori si sia concentrata prevalentemente sull’esplorazione di alcuni dei molteplici aspetti relativi all’affetto depressivo, tra cui: i fattori predisponenti, “costituzionali”, che fanno da sfondo allo sviluppo di una patologia depressiva; la rilevanza delle prime relazioni oggettuali e delle precoci fasi evolutive; il fondamentale ruolo assunto dall’aggressività e dall’ambivalenza; il problema dell’oralità; il ruolo del narcisismo e quello del Super-Io (Rosenfeld, 1959).

A conclusione di questa sintetica esposizione delle idee relative alla depressione formulate dai diversi Autori, si possono avanzare delle ipotesi concernenti più specificamente la tipologia di prestrutturazione intrapsichica di forze, difese e relazioni oggettuali che rappresentano un terreno fertile sul quale, in conseguenza di determinate esperienze precipitanti, possono svilupparsi vissuti depressivi.

Entro il *frame work* teorico- clinico delineato, il singolo episodio depressivo, lungi dall’essere considerato un momento isolato, impreveduto ed imprevedibile, è concepito come “un evento morboso pienamente inserito in una vicenda complessa e unitariamente correlata di cui è possibile ricostruire i nessi, le concatenazioni e la continuità dinamica prima e dopo l’episodio psicopatologico conclamato” (Giberti, 1985, p. 15).

Tutti i contributi psicoanalitici esposti, sebbene abbiano proposto modelli talora assai differenti, hanno riscontrato nelle personalità predisposte a sviluppare depressione la

presenza di forti bisogni di gratificazione, di riconoscimento di valore e di stima da parte di persone, condizioni o situazioni idealizzate, associati ad un intenso legame di dipendenza narcisistica con caratteristiche orali, che spiegano le qualità dell'attaccamento affettivo straordinariamente ricco di possessività, ossessività e tenacia.

È stato sottolineato come tali tipi di persone risultino fortemente motivate e particolarmente sensibili al successo, frequentemente contraddistinte da una apparente e facile socievolezza, riflesso del bisogno di intrattenere relazioni gratificanti o compensatorie e nella maggior parte dei casi caratterizzate da consistenti problemi nella gestione e neutralizzazione delle proprie istanze aggressive.

La maggior parte degli Autori menzionati ha riscontrato in tali individui la presenza dei seguenti tipi di caratteristiche:

- *una straordinaria sensibilità alle perdite oggettuali*, che possono essere di qualsiasi tipo, consce, inconse, reali o simboliche, il cui valore critico può essere rivelato solo grazie all'esplorazione psicoanalitica che consente di far emergere le strutture o potenzialità patogene già predisposte nell'infanzia;

- *il peculiare modo in cui il futuro depresso vive l'aggressività*, intesa come problema di ostilità non risolto, che può alternativamente essere posta al servizio di un Super-Io estremamente esigente ed impositivo o al conseguimento di ideali grandiosi e perfezionistici. L'aggressività rende comprensibili i comportamenti competitivi indirizzati all'ottenimento di successi e all'evitamento del senso di colpa, spiegando altresì gli atteggiamenti di intensa dipendenza aggressiva nei confronti dell'oggetto amato, come tentativo di conservare un rapporto considerato salvifico e non distruttivo, come scelta oggettuale sia narcisistica che anaclitica. Tale aggressività è repressa, inibita, negata e distorta, potendosi esprimere sia in tecniche sadomasochistiche all'interno di un episodio malinconico conclamato che nel classico aspetto cordiale ed estroverso che classicamente distingue la personalità del maniaco-depressivo nella "fase libera da episodi", contraddistinta anche dalla mancanza di consapevolezza della propria invidia e collera inconse come possibili fattori scatenanti la futura depressione;

- *la particolare tipologia di strutturazione del mondo interno di molti futuri depressi*, in cui si possono rintracciare consistenti e duraturi tratti, oggetti, peculiarità di tipo schizoide, tra cui: il mantenimento di una scissione delle parti cattive del sé e degli oggetti; l'aggressività e gli impulsi distruttivi indirizzati agli oggetti cattivi; la paura di perdere o compromettere gli oggetti buoni; la qualità rigida ed eccessivamente autoritaria del Super-Io; il tentativo di tenere a bada oggetti particolarmente temuti come aggressivi o vendicativi. Gran parte delle qualità sociali apprezzate delle persone che sviluppano depressione, infatti, quali ad esempio la tendenza al sacrificio, la capacità di meditazione, l'assunzione eccessiva di responsabilità, spesso illuminate psicoanaliticamente e poste in rapporto all'inconscia tendenza autopunitiva ed espiatoria, risultano in particolar modo collegate ad atteggiamenti e movimenti diretti a placare oggetti interni temuti poiché vissuti come danneggiati, quindi irati, a causa delle tendenze incorporative e possessive di un amore oralmente onnipotente (Giberti, 1985).

È stato ampiamente messo in luce come gli individui depressi appaiano emotivamente sensibili a causa di un disturbo dello sviluppo risalente ai legami conflittuali con i loro oggetti primari. Si è visto come tali conflitti consistano prevalentemente in un deficit del contatto affettivo con la madre o con le figure di riferimento primarie, che non si sono dimostrate capaci di contenere adeguatamente le proiezioni derivate dalla sofferenza mentale del bambino. Le potenziali conseguenze negative di tali precoci vicende affettive sono state esacerbate dalla presenza, nel bambino, di una scarsa tolleranza alla frustrazione e alla separazione dell'oggetto,

capaci di fungere per tali individui da presupposto per lo scatenamento di intense esperienze depressive (Grinberg, 1971).

Nello sviluppo di vissuti depressivi l'interdipendenza tra la perdita dell'oggetto ed il mutamento della considerazione di sé è avvalorata dalla considerazione secondo cui ogni volta che il soggetto subisce una perdita deve anche affrontare la minaccia di perdere funzioni egoiche e parti del Sé che all'oggetto perduto erano legate.

È in tal senso che la depressione può essere considerata una risposta generale dell'Io alla perdita dell'oggetto, internamente percepita come perdita del Sé, nel momento in cui la perdita dell'oggetto viene sentita come prodotta dall'individuo stesso che la subisce (Fornari, 1959).

Si è visto che ogni perdita, sia di un oggetto che di aspetti egoici, può far nascere la convinzione che il desiderio di recuperare l'oggetto sia irrealizzabile. Da tale sentimento depressivo scaturisce il crollo dell'amore verso se stessi, o amore narcisistico, che si associa a sentimenti di mancanza, abbandono e caduta dell'autostima che determinano quella che viene denominata una "ferita narcisistica" che fa sì che anche lo sviluppo dell'amore oggettuale ne risulti danneggiato. Ne consegue che, sia nei confronti dell'oggetto che del proprio Io, in luogo dell'amore, si sviluppano sentimenti di ostilità e colpa (Grinberg, 1971).

Se inoltre, come ampiamente evidenziato, è presente un tipo di narcisismo inquadrabile nell'ambito di un'organizzazione patologica in cui predominano sentimenti di invidia e desideri di aggressione nei confronti dell'oggetto e del Sé, la ferita narcisistica si intensifica ulteriormente ed aggrava la patologia, provocando una netta diminuzione dell'autostima, la comparsa di affetti distruttivi e persecutori, umiliazione, denigrazione e senso di abbandono che l'individuo può tentare di neutralizzare attraverso l'onnipotenza e la megalomania. Nella depressione narcisistica, ancora, l'altro amato riveste comunque un'importanza fondamentale, dal momento che il soggetto, non potendo realizzare le aspirazioni del proprio Ideale dell'Io, non può mantenere l'autostima perdendo l'amore e l'ammirazione dell'oggetto. Altre volte, invece, può esserci un rafforzamento dell'organizzazione narcisistica patologica infantile che provoca un'intensificazione degli aspetti onnipotenti e distruttivi del Sé che attaccano ogni legame libidico con l'oggetto e tendono alla sua svalutazione (*ibidem*).

Ancora, è possibile affermare che ogni depressione, indipendentemente dal fattore prevalente che l'ha scatenata, mette in moto motivi abbandonaci e sentimenti di fallimento in riferimento a talenti non sfruttati. Spesso infatti talenti inespressi e potenzialità più o meno consistenti non possono essere riconosciute e utilizzate a causa di severissime istanze superegoiche che pongono alle parti più sane del Sé richieste smisurate, impossibili da esaudire (*ibidem*).

Dall'insieme di tali considerazioni è possibile evincere come la tanto dibattuta diatriba relativa alla preminenza della perdita dell'oggetto o della caduta dell'autostima nello scatenamento di vissuti depressivi sia in realtà il riflesso dell'imprecisione con cui probabilmente il quesito è stato impostato: non ci si trova in presenza di fattori mutuamente esclusivi bensì di condizioni che, contornate da uno specifico *background* personologico sviluppatosi in seguito a precise esperienze infantili relative a particolari ambienti affettivi, rappresentano sovente elementi predisponenti l'emergere di episodi depressivi che rivestono sempre un ruolo specifico e si influenzano necessariamente a vicenda, ponendosi più che altro in interazione dialettica, anche se il loro peso relativo può variare, a seconda dei casi, maggiormente su un versante piuttosto che su un altro. Considerando tali fattori come i due lati di una stessa medaglia si potrebbe rendere ancor più giustizia alla ricchezza ed alla nodosità di tale questione che riflette la complessità dell'uomo e concerne uno dei fenomeni che più squisitamente lo contraddistinguono.

Capitolo II

Disturbi depressivi: inquadramento nosografico

*“All’inizio non credetti di dovermi mettere in allarme,
dato che il cambiamento era quasi impercettibile.
Ma non potei fare a meno di notare che le cose intorno a me
tendevano certe volte ad assumere sfumature insolite:
le ombre del tramonto sembravano più cupe, i risvegli mattutini
meno allegri, le passeggiate in campagna non più così invoglianti
e, soprattutto, c’era un momento nella mia giornata di lavoro,
il tardo pomeriggio, in cui senza preavviso mi sentivo invadere
da una strana ondata di angoscia mista a panico.
La cosa durava pochi minuti ed era accompagnata da
una sensazione fisica di nausea. In effetti,
un malore del genere era quantomeno allarmante”.*
Styron, *Un’oscurità trasparente*, p. 53.

Un inventario di segni e sintomi

“L’umore dell’ammalato è abbattuto, angosciato, fastidioso, triste; di quando in quando egli ha impetuosi scatti emotivi con tentativi di suicidio, azioni violente, attentati contro chi lo circonda. Gli ammalati sono malcontenti, caparbi; mormorano, rifiutano il cibo. Per lo più sono molto dimagriti, il loro sonno è breve, inquieto e spesso per lungo tempo perdono orine e feci”.
Kraepelin, 1904, p. 23.

Le principali manifestazioni che caratterizzano la sindrome depressiva erano già state individuate agli inizi del secolo scorso da Kraepelin, il quale, avendo focalizzato la sua attenzione sulla descrizione ed il raggruppamento in diverse categorie cliniche delle entità psicopatologiche, considerate come unità discrete, può essere considerato il precursore dell’attuale orientamento clinico-nosografico in psichiatria (Ammaniti, Sergi, 2002). Il suo grande contributo alla psichiatria fu quello di mettere ordine nel caos nosologico che era esistito prima di lui (Arieti, Bemporad, 1978). Insieme a Eugen Bleuler, Kraepelin ha infatti dato un importante contributo nell’organizzazione in sindromi dei diversi sintomi psichiatrici, proponendosi di identificare le diverse entità diagnostiche, le loro cause ed i trattamenti più efficaci ma creando un sistema di classificazione tendente alla stasi ed alla reificazione (Barron, Lingiardi, 1998). Non a caso il suo contributo viene riportato all’inizio di questo paragrafo in cui, per addentrarsi più agevolmente nell’esplorazione dell’ampia dimensione clinica dei Disturbi dell’Umore, verrà illustrato il loro inquadramento nosografico al fine di ottenere una panoramica relativamente completa degli aspetti clinici manifesti che caratterizzano tali disturbi e di precisare il significato dei termini che verranno utilizzati.

Si farà riferimento prevalentemente ai due principali sistemi di classificazione diagnostica attualmente più adottati dalla comunità scientifica internazionale, quindi il “Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali” (DSM), a cura dell’Associazione Psichiatrica Americana (APA), giunto alla sua quarta edizione, *Text-Revision*, nel 2000, e la “Classificazione Internazionale delle Sindromi e dei Disturbi Psichiatrici e Comportamentali” (ICD), a cura dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), giunto alla sua decima edizione nel 1992. Entrambi, giungendo alla formulazione di una diagnosi attraverso l’adozione di un modello descrittivo (Lingiardi, 2001) forniscono i principali elementi osservabili (segni e sintomi) di tale dimensione clinica.

Verrà inoltre presentato l’inquadramento nosografico delle patologie dell’umore proposto dal “Manuale Diagnostico Psicodinamico” (PDM), nosologia che, realizzata nel 2006 dalla collaborazione delle principali organizzazioni di professionisti della salute mentale statunitensi psicoanaliticamente orientati, si colloca nell’ambito della cornice teorica della psicoanalisi.

DSM: “*The boon and the bane of classification*”

“Lì dove avete pensato che i vostri amici avessero
semplicemente problemi comuni, gli estensori della
bibbia diagnostica dell’American Psychiatric Association
sollevano la possibilità che siate circondati da malati mentali.
Per quanto la cosa vi possa turbare, voi potreste essere fra loro”.
Kutchins, Kirk, 1997, p. 24.

Alle soglie della pubblicazione del DSM-5, può risultare utile ricordare il motivo per cui tale classificazione diagnostica costituisce un imprescindibile punto di riferimento per la comunità scientifica internazionale, l’utilizzo che se ne può fare e le cautele ed i particolari accorgimenti con cui sarebbe preferibile accostarsi ad esso. Questi ultimi, in particolare, sono giustificati dall’aumentata consapevolezza dei limiti insiti nella impostazione diagnostica adottata dal manuale, che ha suscitato lo sviluppo di una pletora di critiche e controversie che sicuramente hanno avuto come esito il ridimensionamento dell’importanza e delle potenzialità del manuale, ma anche il desiderio da parte dei clinici e dei ricercatori di cercare di sopperire alle mancanze dello stesso, sia pensando a nuovi possibili modi di essere del manuale, sia estendendo la valutazione diagnostica al di là delle categorie del DSM, considerando la consultazione del testo come solo uno dei diversi e molteplici passi da seguire all’interno di un più globale e completo processo diagnostico. È in tal senso che Luyten e Blatt (2007, p. 85), facendo riferimento in particolare alla concettualizzazione dei disturbi depressivi proposta dal DSM, definiscono tale manuale diagnostico “*the boon and the bane of classification*”, allo stesso tempo un beneficio ed uno svantaggio.

Di seguito verranno sinteticamente elencate alcune tra le principali critiche avanzate alla formulazione diagnostica effettuata attraverso i criteri del DSM:

- adozione di un approccio:

1) *ateoretico*, finalizzato a identificare e categorizzare i fenomeni senza metterli in relazione ad una teoria sovraordinata del funzionamento mentale psicoanalitica o di altro tipo (PDM, 2006). Tale approccio si è rivelato riduzionistico, incapace di differenziare tra tratti e stati e di porre adeguata attenzione alla patogenesi, al conflitto ed alle difese psicologiche (Vaillant, McCullough, 1998); esso inoltre esclude la possibilità di effettuare diagnosi di tipo strutturale o relative all’organizzazione della personalità (Lingiardi, Del Corno, 2008);

2) *descrittivo*, con eccessivo interesse per i segni e i sintomi manifesti (Blatt, Levy, 1998), tendenza ad evitare inferenze sui significati dei diversi comportamenti (McWilliams, 1998) e propensione a considerare le esperienze dolorose o le difficoltà comportamentali come qualcosa da eliminare e non da comprendere (Smith, 1998);

3) *categoriale*, che, dicotomizzando variabili continue “in natura”, penalizza la lettura dimensionale della personalità (Lingiardi, 2001), capace invece di ampliare lo spettro di valutazione a tutte le dimensioni del funzionamento individuale e di preservare una maggior quantità e una migliore qualità delle informazioni (Ammaniti, Sergi, 2002); la lettura categoriale comporta quindi un frazionamento di disturbi mentali complessi in entità discrete distribuite nel primo e nel secondo Asse, creando un *gap* tra la realtà clinica e le categorie pure del manuale, che corrispondono a categorie patologiche ideali tese a rispondere più a esigenze epidemiologiche e di ricerca che alle necessità dei clinici;

- elevata *comorbidità* e sovrapponibilità tra i vari disturbi, sia all’interno dello stesso Asse che tra Assi diversi, da cui derivano frequentemente diagnosi multiple (Ammaniti, Sergi, 2002; Lingiardi, 2001; Blatt, Levy, 1998); poiché sono state differenziate in modo artificiale condizioni spesso interrelate, i sintomi che possono risultare

interconnessi dal punto di vista fenomenologico o contestuale vengono considerati problemi differenti che coesistono in modo più o meno accidentale nella stessa persona (PDM, 2006).

- frequente *politeticità* della diagnosi, nel senso che spesso viene assegnato lo stesso peso ai diversi criteri; possono così essere etichettati con la stessa sigla soggetti con caratteristiche anche molto diverse tra loro (Lingiardi, 2001), avendo le categorie diagnostiche un'alta eterogeneità interna (Ammaniti, Sergi, 2002);
- considerazione solo dei disturbi più gravi a scapito di quelli meno gravi ma probabilmente maggiormente diffusi (Lingiardi, Del Corno, 2008);
- demarcazione forzata tra normalità e patologia e soglie e *cut-off* arbitrari per porre diagnosi (Ammaniti, Sergi, 2002; Blatt, Levy, 1998) che spesso costituiscono il risultato di decisioni arbitrarie dei comitati anziché di conclusioni tratte sulla base delle migliori prove scientifiche a disposizione (PDM, 2006);
- “etichettamento” del soggetto, connotazione patologizzante delle diagnosi, con criteri che configurano solo disturbi, assenza di valutazione delle risorse (Lingiardi, Del Corno, 2008);
- eccessivo interesse per l'attendibilità a spese della validità (Blatt, Levy, 1998; Vaillant, McCullough, 1998);
- assenza di considerazioni relative alle questioni dell'eziologia (Blatt, Levy, 1998), alle condizioni di attivazione delle caratteristiche cognitive, emotive e motivazionali del soggetto e mancanza di indicazioni circa l'orientamento terapeutico e la scelta del tipo di relazione indicata a seconda del tipo di paziente (problema del “*So what?*”) (McWilliams, 1998);
- formulazione diagnostica in base ad una prospettiva “*from the top down*” (Achenbach, McConaughy, 1997), metodologia valutativa che parte da un quadro diagnostico frutto del lavoro di un comitato di esperti, delineato in precedenza, per identificare la presenza o l'assenza di un determinato disturbo nel soggetto, invece di avvalersi di un paradigma empirico “*from the ground up*”, a partire dal basso, dall'osservazione concreta, per risalire verso l'alto e arrivare all'inquadramento del problema all'interno di un sistema sindromico.

Le critiche avanzate al DSM nascono prevalentemente dalla difficoltà insita nell'operationalizzare il concetto di malattia mentale, che rappresenta un costrutto, un'idea astratta condivisa, derivata dalla sempre crescente tendenza propria della nostra società a medicalizzare problemi che non sono medici, a trovare una psicopatologia dove c'è semplicemente *pathos* e a fingere di capire i fenomeni attribuendogli una definizione ed un codice. Osservato a partire da questo punto di vista, il DSM può essere quindi considerato un compendio di costrutti, rappresentando le sue categorie invenzioni, pure creazioni (Kutchins, Kirk, 1997). “Il DSM accoglie l'ipotesi che la malattia mentale esista e la codifica secondo i parametri normativi del tempo in cui si pone” (Colombo, 2003, p. X).

Le categorie del manuale tendono a perdere la visione d'insieme del paziente, unità globale che è molto più della somma dei singoli disturbi e a non considerare adeguatamente le variabili aggiuntive che possono influenzare la strutturazione della patologia mentale individuale, come quelle storiche, personali, familiari ed ambientali che nel processo diagnostico effettuato attraverso il DSM rappresentano solo un altro codice che si aggiunge alla somma già ottenuta degli altri singoli elementi (Colombo, 2003). “La persona nella sua interezza è diventata dunque meno visibile dei costrutti relativi ai diversi disturbi su cui i ricercatori possono trovare un accordo” (PDM, 2006, p. LVII).

A partire dalla sua seconda edizione, pubblicata nel 1968, il DSM si è allontanato progressivamente dalla nosografia psicoanalitica favorendo lo sviluppo di una frattura

progressivamente più profonda tra l'approccio categoriale sempre più centrato su dati osservazionali e l'indagine psicoanalitica di ricordi, di fantasie e della verità da cercare nei vissuti dei pazienti anziché nei fatti (Lingiardi, Del Corno, 2008). Il DSM si è così sviluppato al servizio della scienza e come reazione ai metodi non sistematici ed eccessivamente soggettivi del passato, discostandosi in tal modo da quella che invece sarebbe stata la soluzione migliore, ovvero un fertile accostamento tra gli aspetti migliori della saggezza clinica ed il rigore empirico (Shedler, Westen, 2008).

Problematica, per ammissione degli stessi Autori, si è rivelata l'applicazione del DSM alla clinica poiché spesso vengono poste diagnosi senza l'ausilio degli strumenti esplicitamente ideati a tal fine (Lingiardi, Del Corno, 2008).

Indubbiamente, però, qualche tipo di classificazione si rivela necessaria, poiché per capire e trattare la malattia mentale occorre saperla innanzitutto descrivere e riconoscere nel momento in cui essa si manifesta.

In questo senso il DSM, similmente all'ICD, può essere considerato un sistema diagnostico sistematico, condiviso e comparabile la cui impostazione ha seguito l'esigenza di una maggiore chiarezza nella definizione dei disturbi e la necessità di obiettività clinica (Cammarella, Lucarelli, 2002). Si può affermare che tali strumenti si sono finora rivelati adeguati per ciò che concerne la creazione di un linguaggio diagnostico condiviso e lo scambio tra clinica e ricerca (Lingiardi, Del Corno, 2008). Un utilizzo ragionato di tali manuali, quindi, può essere d'aiuto nella pratica clinica e nei progetti di ricerca.

Evoluzione dei Disturbi dell'Umore dal DSM III al DSM-5

A partire dalla terza edizione del DSM, pubblicata nel 1980, fino ad arrivare all'attuale DSM-IV-TR, notevoli sono state le modificazioni apportate alla estremamente comprensiva categoria dei Disturbi dell'Umore. Verranno di seguito prese in considerazione le principali variazioni apportate a tale dimensione diagnostica nelle diverse edizioni del sistema diagnostico.

Cambiamenti possono essere rintracciati già nel passaggio dal DSM-III (1980) al DSM-III-R (1987). Anzitutto è stato preferito il termine più descrittivo "Disturbi dell'Umore" in luogo del precedente "Disturbi Affettivi". C'è stata una riorganizzazione della classificazione che ha determinato il raggruppamento dei *Disturbi Bipolari* (includenti il *Disturbo Bipolare* e la *Ciclotimia*) e i *Disturbi Depressivi* (ovvero la *Depressione Maggiore* e la *Distimia*).

Il *Disturbo Bipolare*, che nel DSM-III rientrava nei *Disturbi Affettivi Maggiori*, nel DSM-III-R rimane suddiviso in tipo misto, maniaco o depressivo, seppur ulteriormente definito dal criterio in base al quale occorre specificare se esso è di tipo stagionale.

È stata elevata la soglia per la diagnosi dell'*Episodio Maniacale*, introducendo i criteri della marcata compromissione delle attività sociali od occupazionali o del bisogno di ospedalizzazione.

Anche i criteri relativi alla *Depressione Maggiore* sono stati precisati; nel DSM-III-R occorre infatti specificare se l'episodio singolo o quello ricorrente sono di tipo cronico, melanconico o ad andamento stagionale. Sono state apportate modifiche ai criteri per la *melanconia* al fine di migliorare la validità di questa distinzione. Nessun criterio rappresenta un requisito indispensabile ed essi assumono la forma di una lista di sintomi. Tra i criteri corretti sono stati inclusi alcuni elementi non sintomatologici.

Viene utilizzato il termine "cronico" per riferirsi all'eventualità in cui una sindrome sia persistita, in parziale remissione o a livello dei criteri, per più di due anni.

Con l'espressione "ad andamento stagionale" si fa riferimento ad una relazione temporale tra un Disturbo dell'Umore ed un periodo particolare dell'anno di 60 giorni. Tra quelli che nel DSM-III venivano definiti *Altri Disturbi Affettivi Specifici*, il *Disturbo Ciclotimico* subisce sia una modificazione nel nome, che nel DSM-III-R diventa *Ciclotimia* che una semplificazione dei criteri; similmente, appartenente alla stessa categoria, al *Disturbo Distimico* si preferisce il termine *Distimia*, richiedendo di specificare se sia primaria o secondaria, al fine di distinguere quei casi che si sono sviluppati prima o in assenza di un altro disturbo cronico sull'Asse I e se sia ad insorgenza precoce o tardiva, ritenendo che l'insorgenza precoce caratterizzi un gruppo maggiormente omogeneo. Ancora, il *Disturbo bipolare atipico* diviene *Disturbo bipolare NAS* (Non Altrimenti Specificato), richiedendo di specificare se sia ad andamento stagionale.

Anche la precedente definizione di *Bipolare II* viene ricondotta nella categoria del *Disturbo Bipolare NAS*. Infine la *Depressione atipica* del DSM-III viene convertita in *Disturbo Depressivo NAS* che richiede anch'esso di specificare se sia ad andamento stagionale. Nell'Appendice A, tra le categorie diagnostiche proposte che necessitano ulteriore studio, viene incluso il *Disturbo disforico della tarda fase luteinica*, "una versione rigorosamente definita di quella che spesso viene definita come 'Sindrome Premestruale'" (DSM-III-R, 1987, p. 508).

Ulteriori modifiche vengono apportate nella quarta edizione del manuale, pubblicata nel 1994.

Per ciò che concerne l'*Episodio Depressivo Maggiore*, nel DSM-IV sono aggiunti due criteri per definire meglio il significato clinico dei sintomi e per chiarirne i confini con il Lutto.

L'*Episodio Maniacale* torna ad avere una durata di una settimana, come nel DSM-III e si considera la possibilità che possa essere Indotto da Sostanze, non rientrando così nella diagnosi di *Disturbo Bipolare I*.

L'*Episodio Misto* non è più considerato un sottotipo del *Disturbo Bipolare* ed ottiene uno specifico set di criteri.

Analogo destino viene riservato all'*Episodio Ipomaniacale*, che non viene più incluso nei criteri di un *Episodio Maniacale*, essendo ad esso riservata una serie distinta di criteri.

Il *Disturbo Distimico* non viene più differenziato in primario e secondario considerata la difficoltà con cui questa distinzione veniva effettuata.

I *Disturbi Bipolari* sono stati ulteriormente suddivisi in *Disturbi Bipolari I* e *Disturbi Bipolari II*. Il *Disturbo Bipolare I* è stato suddiviso in: *Episodio Maniacale Singolo*, *Più Recente Episodio Ipomaniacale*, entrambi nuovi per il DSM-IV, *Più Recente Episodio Misto*, modificato nel DSM-IV, *Più Recente Episodio Non Specificato*, anch'esso nuovo nel DSM-IV.

Il *Disturbo Bipolare II* comprende quello che nel DSM-III-R era incluso nel *Disturbo Bipolare NAS*.

Quello che nel DSM-III veniva chiamato *Disturbo Organico dell'Umore*, nel DSM-IV (1994) viene rinominato includendo sia il quadro del *Disturbo dell'Umore Dovuto ad una Condizione Medica Generale* che quello del *Disturbo dell'Umore Indotto da Sostanze*.

A proposito delle specificazioni, ne vengono introdotte di nuove, tra le quali quelle relative: alla presenza di Manifestazioni Catatoniche, alla presenza di Manifestazioni Atipiche, all'Esordio nel Postpartum, alla Specificazione del Decorso Longitudinale, al presentarsi di Cicli Rapidi. Sono mantenute con modifiche solo lievi quella relativa alle Manifestazioni Melanconiche e all'Andamento Stagionale.

Anche nel DSM-IV-TR (2000) sono stati apportati dei cambiamenti. Hanno subito delle variazioni alcune sezioni o sottosezioni dell'*Episodio Depressivo Maggiore*, del *Disturbo Depressivo Maggiore*, del *Disturbo Distimico* e del *Disturbo Bipolare I e II*. Aggiornamenti, ampliamenti, sostituzioni e correzioni sono state effettuate anche alle Manifestazioni Melanconiche, alle Manifestazioni Atipiche, alla specificazione relativa all'Esordio nel Postpartum ed a quella relativa ai Cicli Rapidi.

In merito alla classificazione dei Disturbi Dell'Umore proposta dal DSM-5, che verrà pubblicato a breve, un elemento di novità, che ha già suscitato diverse critiche e diversi studi tesi ad indagarne l'affidabilità (Fox, Dayle, 2013; Zisook *et al.*, 2012), è rappresentato dall'eliminazione del criterio diagnostico che impedisce di porre diagnosi di Disturbo Depressivo Maggiore in presenza di un lutto (criterio comparso per la prima volta nel DSM-III), da cui può derivare un aumentato rischio di diagnosticare come sindromi depressive, quindi di medicalizzare, alcune reazioni di lutto normali. Kendler (2010) sostiene tale scelta affermando che non esiste un corrispettivo di tale criterio nell'*International Classification of Diseases*, che la reazione al lutto può essere considerata assimilabile a quella che si ha rispetto ad altri eventi stressanti - tra cui menziona gli esempi dell'essere fisicamente aggredito o violentato - rispetto ai quali non si pone una diagnosi di Disturbo Depressivo, che la maggior parte delle persone che vivono il lutto non sviluppano depressione. Più condivisibile risulta quanto sostenuto da Allen Frances (2012), secondo cui l'idea di medicalizzare una normale reazione al lutto consiste in una "silly and unnecessary proposal" che incoraggia a porre diagnosi di Disturbo Depressivo quando, in seguito ad una perdita significativa, l'individuo può fisiologicamente mostrare sintomi affini a quelli di un Disturbo Depressivo Maggiore.

DSM-IV-TR: Disturbi dell'Umore

Condizione imprescindibile per procedere in modo adeguato nella presentazione delle caratteristiche cliniche proprie dei Disturbi dell'Umore è quella di fare un po' di chiarezza nell'ambito della vasta terminologia adottata all'interno della discussione relativa a tale sindrome.

Anzitutto è opportuno precisare che, con il termine "umore" si fa riferimento ad un'emozione pervasiva e prolungata che colora la percezione del mondo [...] una 'atmosfera' emotiva più pervasiva e durevole" dell'*affetto* (DSM IV-TR, 2000, p. 876); "l'umore sta all'affetto come il clima sta al tempo" (DSM III, 1980, p. 401).

Il DSM IV-TR distingue i seguenti tipi di umore:

- *disforico*: umore spiacevole (ad esempio tristezza, ansia, irritabilità);
- *esaltato*: sentimento accentuato ed esagerato di benessere, euforia, esaltazione;
- *espansivo*: assenza di controllo e inibizione nell'esprimere i propri sentimenti, spesso associata ad una sopravvalutazione della propria importanza o significato;
- *eutimico*: umore nei limiti del "normale", con assenza di depressione o esaltazione;
- *irritabile*: sentimento interno di tensione associato alla facilità ad irritarsi e alla suscettibilità ad arrabbiarsi.

Con il termine "affetto" invece il DSM-IV-TR intende una "modalità di comportamento rilevabile all'osservazione che è espressione di una condizione di sentimento soggettivamente sperimentata (emozione)" (2000, p. 867). È evidente come il manuale proponga una definizione descrittiva dell'affettività, basata solo su ciò che l'osservazione può osservare e non su ciò che il soggetto stesso comunica (Siracusano, Rubino, 2007).

Il manuale precisa che vi è una notevole variabilità nella gamma normale delle espressioni dell'affetto, sia all'interno delle diverse culture che da una cultura all'altra, ed elenca una serie di alterazioni dell'affettività, quali:

- *appiattimento*: assenza completa o parziale dei segni di espressione affettiva;
- *inadeguatezza*: affetto chiaramente discordante dal contenuto del discorso o dall'ideazione della persona;
- *labilità*: espressione emotiva caratterizzata da cambiamenti ripetuti, rapidi ed improvvisi;
- *restringimento o coartazione*: lieve o chiara riduzione dello spettro espressivo e dell'intensità degli affetti;
- *spegnimento*: marcata riduzione nella intensità dell'espressione emotiva.

È bene inoltre ricordare che con il termine "sindrome" il DSM-IV-TR fa riferimento ad un "raggruppamento di segni e sintomi, basato sulla loro frequente concomitanza, che può suggerire una sottostante patogenesi, un decorso, una familiarità, e una indicazione di trattamento comuni" (p. 875). Il DSM-IV-TR specifica ancora che, mentre il segno è considerato una "manifestazione obiettiva di una condizione patologica" (*ibidem*) osservata dall'esaminatore, il sintomo consiste in una "manifestazione soggettiva di una condizione patologica" (*ibidem*) riferita dall'individuo.

Tale sindrome è classificata sull'Asse I del DSM-IV-TR che include i disturbi clinici ed altre condizioni che possono destare attenzione clinica. Le differenti categorie diagnostiche che essa comprende verranno di seguito presentate rispettando la suddivisione adottata dal DSM-IV-TR.

Episodi di alterazione dell'umore

Vi sono inclusi: l'*Episodio Depressivo Maggiore*, l'*Episodio Maniacale*, l'*Episodio Misto* e l'*Episodio Ipomaniacale*.

Di ognuno di essi verranno presentati i relativi criteri diagnostici, le particolari caratteristiche associate, i relativi reperti di laboratorio, le peculiarità collegate a cultura, età e genere, il decorso e la diagnosi differenziale.

Episodio Depressivo Maggiore

A. È caratterizzato essenzialmente da depressione dell'umore o perdita di interesse e di piacere per quasi tutte le attività, che rappresentano un cambiamento rispetto al precedente livello di funzionamento, per un periodo di almeno due settimane. Affinché venga diagnosticato è necessario che siano presenti almeno cinque dei sintomi che verranno elencati. Almeno uno dei sintomi deve coincidere con il criterio 1) o 2). È bene sottolineare che non devono essere inclusi sintomi dovuti ad una condizione medica generale o deliri o allucinazioni incongrui all'umore.

1) umore depresso, triste, senza speranza per la maggior parte del giorno, quasi quotidianamente. Gli individui possono lamentarsi di non avere sentimenti, di sentirsi "spenti" o ansiosi; possono lamentare lamentele somatiche o accentuare l'irritabilità e l'instabilità, come frequentemente si riscontra in bambini e adolescenti. È possibile constatare la presenza dell'umore depresso attraverso la mimica ed il comportamento dell'individuo;

2) marcata diminuzione di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività per la maggior parte del giorno, quasi quotidianamente, come riportato dal soggetto ed osservato dagli altri.

Gli individui riferiscono di trarre meno piacere nel conseguire gli hobby o le attività precedentemente considerate stimolanti. Possono subire una diminuzione dei precedenti livelli sessuali o di desiderio sessuale. I familiari possono accorgersi del ritiro sociale del soggetto o del suo disinteresse nei confronti delle attività precedentemente favorevolmente intraprese;

3) consistente perdita di peso, non conseguente a diete, o aumento di peso o significative variazioni dell'appetito quasi quotidiane. I bambini solitamente non riescono a raggiungere il peso previsto;

4) insonnia, che può essere di tipo iniziale, centrale o terminale, o, meno frequentemente, ipersonnia. Indubbiamente l'insonnia è il disagio più frequentemente associato all'*Episodio Depressivo Maggiore* ed il motivo più frequente per cui gli individui richiedono il trattamento;

5) alterazioni psicomotorie, quali agitazione o rallentamento, quasi ogni giorno, abbastanza gravi da poter essere osservate e non semplicemente percepite soggettivamente;

6) riduzioni dell'energia, astenia, faticabilità quasi ogni giorno. Il soggetto può riferire di sentirsi stanco senza aver svolto attività fisica; può compiere uno sforzo considerevole nell'eseguire i più piccoli compiti o effettuarli in modo non efficiente;

7) eccessivi e spropositati sentimenti di colpa quasi ogni giorno in concomitanza a valutazioni negative irrealistiche del proprio valore, a ruminazioni su piccoli errori passati e ad un esagerato senso di responsabilità riguardo ad eventi sfavorevoli. Tali preoccupazioni possono assumere proporzioni deliranti. Spesso l'individuo si rimprovera di essere malato e conseguentemente di non riuscire ad assumersi responsabilità lavorative o interpersonali;

8) compromissione della capacità di pensare, concentrarsi o prendere decisioni quasi ogni giorno, come percepito soggettivamente ed osservato dagli altri. L'individuo può apparire facilmente distraibile o può lamentare disturbi mnestici, soprattutto se anziano ("pseudodemenza"). Nei bambini può esserci una drastica riduzione dei voti scolastici;

9) frequenti pensieri di morte, ideazione suicidaria o tentativi di suicidio. Frequenza, tipologia, intensità e letalità di questi pensieri possono variare consistentemente ma in ogni caso non è possibile prevedere con esattezza se o quando un individuo affetto da depressione tenterà il suicidio. Questo atto estremo può essere mosso sia dal desiderio di rinunciare ad affrontare gli ostacoli percepiti come insormontabili che dal desiderio di porre fine ad uno stato di estremo dolore percepito come interminabile.

B. I sintomi non devono soddisfare i criteri per un *Episodio Misto*.

C. Il grado di compromissione associato ai sintomi, pur potendo variare, deve comportare disagio clinicamente significativo o qualche tipo di interferenza nell'ambito sociale, lavorativo o in altre importanti aree del funzionamento.

D. I sintomi non devono essere conseguenza degli effetti fisiologici diretti di una sostanza, come una droga di abuso o un medicamento, né di una condizione medica generale.

E. Se i sintomi si presentano nei due mesi successivi rispetto alla perdita di una persona cara e non perdurano oltre questo periodo vengono solitamente considerati effetti del lutto, ad eccezione del caso in cui si presentino associati ad una significativa compromissione funzionale o includano pensieri di svalutazione, ideazione suicidaria, sintomi psicotici o rallentamento psicomotorio.

Alcune tra le più frequenti caratteristiche e disturbi mentali associati all'*Episodio Depressivo Maggiore* sono: facilità al pianto, irritabilità, tendenza a rimuginare e ruminazione ossessiva, ansia, fobie, eccessiva preoccupazione per la salute fisica, lamentele somatiche, *Attacchi di Panico* di entità tale da soddisfare i criteri per il *Disturbo di Panico*, ansia di separazione nei bambini, difficoltà nelle relazioni strette o nel funzionamento sessuale, problemi coniugali, occupazionali o scolastici, Abuso di Alcool o di Altre Sostanze, tentativo di suicidio o suicidio, il cui rischio aumenta notevolmente negli individui che presentano manifestazioni psicotiche o con una storia familiare di suicidio o di uso di sostanze.

Nessun dato di laboratorio è stato identificato come patognomico di un *Episodio Depressivo Maggiore*. Tuttavia sono emersi diversi dati anormali di laboratorio, alcuni dei quali influenzati dalla presenza o dall'assenza di sintomi depressivi, che possono precedere l'esordio dell'episodio o persistere dopo la sua remissione. Si sono riscontrate in particolare: anomalie EEG del sonno; disregolazione di alcuni neurotrasmettitori, quali prevalentemente serotonina, norepinefrina, dopamina, acetilcolina e i sistemi dell'acido gamma-amminobutirrico; alterazione di alcuni neuropeptidi; alterazioni ormonali; alterazioni nel flusso ematico e nel metabolismo cerebrale.

La specificità etnica e culturale può influenzare l'esperienza e la comunicazione dei sintomi della depressione e condurre a sottodiagnosi o a diagnosi erranee. In ogni cultura la depressione può esprimersi in modi peculiari ed attraverso canali preferenziali. Tra di esse può esserci anche una notevole variabilità sull'importanza di esperire o esprimere disforia.

Seppur i sintomi nucleari possano essere gli stessi per bambini e adolescenti, l'importanza dei sintomi caratteristici può cambiare con l'età. I bambini possono presentare prevalentemente lamentele somatiche, irritabilità e ritiro sociale e meno frequentemente rallentamento psicomotorio, ipersonnia e deliri. In bambini e adolescenti frequente è la comorbidità con altri disturbi.

Le donne hanno un rischio significativamente più elevato di sviluppare tale episodio in qualche momento della loro vita; tale rischio emerge durante l'adolescenza e può perpetuarsi successivamente nel periodo che precede l'esordio delle mestruazioni. Nelle donne la frequenza degli episodi depressivi è doppia rispetto agli uomini.

I sintomi possono svilupparsi nel corso di giorni o settimane ed il periodo prodromico, che può includere sintomi di ansia e di depressione lieve, può perdurare per settimane o mesi. La durata dell'episodio è altrettanto variabile. La maggior parte delle volte si assiste ad una remissione completa dei sintomi con un ritorno ai livelli premorbosi di funzionamento. Nel 20-30% dei casi possono persistere per mesi o anni sintomi insufficienti per soddisfare pienamente i criteri per l'episodio comunque associati a qualche tipo di menomazione o disagio.

Un'accurata diagnosi differenziale dovrebbe essere posta con i seguenti quadri: *Disturbo dell'Umore dovuto ad una Condizione Medica Generale*, se, in base alla storia, ai dati di laboratorio o all'esame fisico il disturbo dell'umore è la conseguenza fisiologica di una condizione medica generale specifica; *Disturbo dell'Umore Indotto da Sostanze*, nell'eventualità in cui una sostanza (ad esempio una droga, un farmaco o una tossina) sia eziologicamente in relazione con il disturbo dell'umore; *demenza*, soprattutto nelle persone anziane; *Episodi Maniacali* con umore irritabile o *Episodi Misti*, con un'attenta valutazione clinica della presenza di sintomi maniacali; *Disturbo da Deficit dell'Attenzione/Iperattività*, in cui è presente un'alterazione dell'umore contraddistinta da irritabilità e non da tristezza o perdita degli interessi; *Disturbo dell'Adattamento Con Umore Depresso*; semplici periodi di tristezza; *Disturbo Depressivo Non Altrimenti Specificato*.

Episodio Maniacale

A. Un periodo di umore anormalmente e persistentemente elevato, espanso, insolitamente buono o allegro o irritabile della durata di almeno una settimana o di qualsiasi durata se è necessaria l'ospedalizzazione. Il disturbo predominante dell'umore può essere l'irritabilità se i desideri della persona vengono ostacolati.

B. Persistenza ad un livello significativo di almeno tre dei seguenti sintomi o quattro se l'umore è solo irritabile:

1) autostima ipertrofica, che va da una acritica fiducia in sé alla grandiosità marcata e può raggiungere proporzioni deliranti;

2) ridotto bisogno di sonno;

3) logorrea o continua spinta a parlare; eloquio pressante, ad alta voce, rapido, difficile da interrompere, caratterizzato da scherzosità, giochi di parole. L'individuo può divenire teatrale; se il suo umore è più irritabile che espansivo l'eloquio consiste in lamentele e commenti ostili;

4) fuga delle idee, che si riflette in un flusso dell'eloquio accelerato, che può divenire disorganizzato e incoerente, con bruschi cambiamenti di argomento;

5) distraibilità ed incapacità di inibire gli stimoli esterni non pertinenti;

6) aumento del coinvolgimento in attività finalizzate, con eccessiva pianificazione e partecipazione ad attività multiple, o agitazione psicomotoria; aumento dei desideri e dei comportamenti sessuali; aumento della socievolezza;

7) eccessivo coinvolgimento in attività ludiche che hanno un alto potenziale di conseguenze spiacevoli, come eccessi nel comprare, guida spericolata, comportamento sessuale insolito.

C. I sintomi non devono soddisfare i criteri per l'*Episodio Misto*.

D. Il disturbo è grave al punto da causare una consistente compromissione nel funzionamento sociale o lavorativo o da rendere necessaria l'ospedalizzazione o è caratterizzato dalla presenza di manifestazioni psicotiche.

E. L'episodio non deve essere causato dagli effetti fisiologici diretti di una droga di abuso, un medicamento o altri trattamenti somatici della depressione o dell'esposizione ad una tossina o da una condizione medica generale.

Spesso gli individui che soddisfano i criteri per l'*Episodio Maniacale* non riconoscono di essere malati e si oppongono al trattamento. La scarsa capacità di giudizio, l'ottimismo ingiustificato e la grandiosità possono provocare conseguenze spiacevoli. Possono essere presenti gioco d'azzardo, comportamenti antisociali; possono essere trascurati i principi etici e può comparire ostilità o minaccia fisica nei confronti degli altri. Nel momento della remissione dell'episodio la maggior parte degli individui prova rammarico per i comportamenti adottati. È possibile che il soggetto riferisca una maggiore acuità olfattiva, visiva ed uditiva. In presenza di sintomi catatonici si può aggiungere la specificazione Con Manifestazioni Catatoniche. L'umore può velocemente oscillare tra la rabbia e la depressione. I sintomi depressivi possono durare da momenti a giorni. Frequentemente compaiono simultaneamente ai sintomi maniacali. Spesso vi è un aumento nell'uso di alcool o di stimolanti.

Seppur nessun dato di laboratorio risulti patognomico di tale episodio, sono stati riscontrati diversi dati anormali, tra i quali: anomalie polisonnografiche; aumento della secrezione di cortisolo e assenza di non-soppressione con desametasone; anormalità dei sistemi neurotrasmettitoriali, in particolar modo di norepinefrina, serotonina, acetilcolina, dopamina o acido gamma-amminobutirrico.

Per tali episodi sono pertinenti le considerazioni culturali esposte per gli *Episodi Depressivi Maggiori*. È più frequente che negli adolescenti siano presenti manifestazioni psicotiche associate ad assenteismo scolastico, comportamento antisociale ed uso di sostanze. Alcuni adolescenti sono caratterizzati da una storia di problemi comportamentali di vecchia data che non si sa se rappresentino un prodromo prolungato del Disturbo Bipolare o un disturbo indipendente.

Mediamente l'esordio coincide con l'inizio del primo ventennio, anche se è possibile che si presenti nell'adolescenza o dopo i 50 anni. Solitamente in seguito ad eventi stressanti, tali episodi iniziano improvvisamente e vedono un rapido intensificarsi dei sintomi nell'arco di pochi giorni. Possono durare da alcune settimane a diversi mesi. Sono più brevi ed improvvisi rispetto agli *Episodi Depressivi Maggiori*. In circa il 50-60% dei casi questi ultimi episodi precedono o seguono immediatamente un *Episodio Maniacale*, in assenza di un periodo intercorrente di eutimia.

È possibile che esso si presenti nei periodi di postpartum; in tali casi si richiede la specificazione Con Esordio nel Postpartum.

Un'accurata diagnosi differenziale dovrebbe essere posta con i seguenti disturbi: *Disturbo dell'Umore Dovuto a una Condizione Medica Generale*, specialmente se l'esordio dell'episodio è tardivo; *Disturbo dell'Umore Indotto da Sostanze*, come droghe, trattamenti antidepressivi, terapia elettroconvulsivante, light therapy; *Episodi Ipomaniacali*; *Episodi Depressivi* con umore irritabile predominante; *Episodi Misti*; *Disturbo da Deficit dell'Attenzione/Iperattività*, che può essere individuato poiché caratterizzato da un esordio precoce (prima dei sette anni), un decorso cronico e non episodico, non ha esordi o remissioni nette né un umore esageratamente espanso o manifestazioni psicotiche.

Episodio Misto

A. Un periodo di tempo di almeno una settimana in cui risultano soddisfatti i criteri sia per l'*Episodio Maniacale* che per l'*Episodio Depressivo Maggiore* quasi ogni giorno.

B. Rapide alternanze di umore, che può oscillare dalla tristezza all'irritabilità all'euforia. Il disturbo può divenire sufficientemente grave da causare una marcata compromissione del comportamento sociale o lavorativo o da richiedere l'ospedalizzazione o è caratterizzato dalla presenza di manifestazioni psicotiche.

C. Il disturbo non è dovuto agli effetti fisiologici diretti di una sostanza o ad una condizione medica generale.

Devono essere esclusi quegli episodi simil-misti indotti da trattamento somatico antidepressivo.

Le caratteristiche principali di tale episodio includono, in diversa proporzione, elementi dell'*Episodio Maniacale* e dell'*Episodio Depressivo*. Frequenti sono: agitazione, insonnia, disregolazione dell'appetito, manifestazioni psicotiche, ideazione suicidaria, disorganizzazione del pensiero e del comportamento. Durante tale episodio gli individui possono essere spinti a cercare aiuto, provando più disforia rispetto a quelli che stanno attraversando un *Episodio Maniacale*.

Sebbene i reperti di laboratorio associati non siano stati ben studiati, sono stati riscontrati dati fisiologici ed endocrini simili a quelli verificati negli *Episodi Depressivi Maggiori* gravi.

Per tali episodi sono pertinenti le considerazioni culturali esposte per gli *Episodi Depressivi Maggiori*. Più frequentemente essi si riscontrano negli individui più giovani

ed in quelli ultrasessantenni con *Disturbo Bipolare*. Sono più frequenti nei maschi che nelle femmine.

Possono comparire in seguito ad un *Episodio Maniacale* o ad un *Episodio Depressivo Maggiore* o possono insorgere ex novo. Possono durare da settimane a mesi, attenuarsi notevolmente oppure evolvere in un *Episodio Depressivo Maggiore*.

Un'accurata diagnosi differenziale deve essere posta con i seguenti disturbi: *Disturbo dell'Umore Dovuto a una Condizione Medica Generale*; *Disturbo dell'Umore Indotto da Sostanze*; *Episodi Depressivi Maggiori con umore irritabile predominante*; *Episodi Maniacali con umore irritabile predominante*; *Disturbo da Deficit dell'Attenzione/Iperattività*, che condivide con l'*Episodio Misto* il fatto di essere caratterizzato da attività eccessiva, comportamento impulsivo, scarsa capacità di giudizio, negazione di problemi.

Episodio Ipomaniacale

A. Un periodo distinto di almeno quattro giorni in cui l'umore è anormalmente e persistentemente elevato, espanso o irritabile.

B. Durante tale periodo di alterazione dell'umore devono essere presenti almeno tre degli stessi sintomi aggiuntivi riportati per l'*Episodio Maniacale*, con la differenza che non possono esserci deliri o allucinazioni. Se l'umore è solo irritabile sono necessari almeno quattro sintomi.

C. Si evidenzia un chiaro cambiamento nel funzionamento, significativamente differente rispetto al funzionamento abituale dell'individuo.

D. I cambiamenti nell'umore e nel funzionamento devono essere osservati dagli altri, quindi di frequente è richiesta l'intervista ad altri informatori.

E. Tale episodio non è grave al punto da causare una marcata compromissione del comportamento sociale o lavorativo o da richiedere l'ospedalizzazione, né presenta manifestazioni psicotiche.

F. I sintomi non dipendono dall'azione fisiologica diretta di una sostanza o da una condizione medica generale.

Devono essere esclusi episodi simil-ipomaniacali indotti da un trattamento somatico antidepressivo.

Le manifestazioni associate a tale episodio sono simili a quelle di un *Episodio Maniacale*. Possono essere predominanti sintomi irritabili o depressivi rispetto all'euforia.

Per tali episodi sono pertinenti le considerazioni culturali esposte per gli *Episodi Depressivi Maggiori*. Negli adolescenti è possibile riscontrare, in concomitanza a tali episodi, assenteismo da scuola con una riduzione del profitto, comportamento antisociale, uso di sostanze.

Tipicamente tale episodio inizia in modo improvviso, con un rapido accentuarsi dei sintomi nell'arco di uno o due giorni. Possono durare settimane o mesi e sono caratterizzati da un esordio più brusco e da una durata minore rispetto agli *Episodi Depressivi Maggiori*. Dal 5 al 15% degli individui con *Ipomania* sviluppa un *Episodio Maniacale*.

Un'accurata diagnosi differenziale deve essere posta con i seguenti disturbi: *Disturbo dell'Umore Dovuto ad una Condizione Medica Generale*; *Disturbo dell'Umore Indotto da Sostanze*; *Episodi Maniacali*; *Disturbo da Deficit dell'Attenzione/Iperattività*.

Disturbi Depressivi

All'interno di tale categoria sono inclusi: il *Disturbo Depressivo Maggiore*, il *Disturbo Distimico* ed il *Disturbo Depressivo Non Altrimenti Specificato*.

Si imposterà la loro descrizione seguendo il modello utilizzato per gli *Episodi di Alterazione dell'Umore*.

Disturbo Depressivo Maggiore, Episodio Singolo o Ricorrente.

A. Presenza di un *Episodio Depressivo Maggiore* per il *Disturbo Depressivo Maggiore, Episodio Singolo*. Presenza di due o più *Episodi Depressivi Maggiori* per il *Disturbo Depressivo Maggiore, Ricorrente*. Gli episodi vengono considerati separati se tra di essi intercorre un intervallo di almeno due mesi consecutivi durante il quale non risultano soddisfatti i criteri per l'*Episodio Depressivo Maggiore*.

B. L'episodio non deve risultare come meglio giustificato da un *Disturbo Schizoaffettivo* e non è sovrapposto a *Schizofrenia, Disturbo Schizofreniforme, Disturbo Delirante* o *Disturbo Psicotico Non Altrimenti Specificato*.

C. Non deve esserci una storia di *Episodi Maniacali, Misti* o *Ipomaniacali*, a meno che episodi simil-maniacali, simil-misti o simil-ipomaniacali non siano indotti da sostanze o da un trattamento o siano causati dagli effetti fisiologici diretti di una condizione medica generale.

Lo stato dell'episodio attuale o più recente può essere codificato come: Lieve; Moderato; Grave Senza Manifestazioni Psicotiche; Grave Con Manifestazioni Psicotiche; In Remissione Parziale/ In Remissione Completa; Non Specificato.

Occorre specificare se lo stato dell'episodio attuale o più recente è: Cronico; Con Manifestazioni Catatoniche; Con Manifestazioni Melanconiche; Con Manifestazioni Atipiche; Ad Esordio nel Postpartum.

Nel caso di un *Disturbo Depressivo Maggiore, Ricorrente*, per indicare l'andamento degli episodi e la presenza sintomatologica tra di essi vengono utilizzate le seguenti specificazioni: Specificazione del decorso longitudinale (Con o Senza Risoluzione Interepisodica Completa); Ad Andamento Stagionale.

Tale disturbo è associato ad un elevato tasso di mortalità; nel 15% dei casi gli individui muoiono per suicidio e nei soggetti di oltre cinquantacinque anni di età la frequenza di morte aumenta di quattro volte. Sono associati a più dolori, malattie fisiche e ridotto funzionamento fisico, sociale e di ruolo.

Tale disturbo può essere preceduto da un *Disturbo Distimico* nel 10% dei casi in campioni epidemiologici e nel 15-25% dei casi in campioni clinici. Ogni anno circa il 10% degli individui con *Disturbo Distimico* sviluppa un primo *Episodio Depressivo Maggiore*.

Questo disturbo può comparire in comorbidità con altri disturbi, quali, ad esempio: *Disturbi Correlati a Sostanze, Disturbi di Panico, Disturbo Ossessivo-Compulsivo, Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa, Disturbo Borderline di Personalità*.

Si riscontrano in tale disturbo gli stessi dati anormali di laboratorio evidenziati nell'*Episodio Depressivo Maggiore*. Nei soggetti con Manifestazioni Psicotiche o con episodi più gravi o con Manifestazioni Melanconiche più frequentemente si rintracciano alterazioni neurobiologiche come elevati livelli di glucocorticoidi ed alterazioni dell'EEG. La maggior parte delle anomalie di laboratorio si presenta quando sono presenti i sintomi depressivi, quindi risultano stato dipendenti. Tuttavia anomalie EEG possono sia precedere la comparsa di un *Episodio Depressivo Maggiore* che persistere in seguito alla sua remissione clinica.

Gli individui con condizioni mediche generali croniche o gravi, come ad esempio diabete, infarto del miocardio, carcinomi, ictus, sono più soggetti a sviluppare il *Disturbo Depressivo Maggiore*. Se quest'ultimo è presente, risulta più difficile il trattamento della condizione medica generale e meno favorevole la prognosi. Specularmente, anche la prognosi del *Disturbo Depressivo Maggiore* è negativamente influenzata da concomitanti condizioni mediche generali croniche.

Per tale disturbo sono pertinenti le considerazioni culturali espone per gli *Episodi Depressivi Maggiori*. Secondo studi epidemiologici vi sono significativi effetti di coorte nel rischio per la depressione. Frequentemente le Manifestazioni Atipiche sono state riscontrate nelle persone giovani, contrariamente alle Manifestazioni Melanconiche, più comuni nelle persone anziane.

Tale disturbo nelle femmine adolescenti e adulte è frequente il doppio rispetto ai maschi adolescenti e adulti. In età prepubere, invece, non c'è differenza tra sesso maschile e femminile.

In campioni di comunità il rischio nel corso della vita di sviluppare tale disturbo varia dal 10% al 25% per le donne e dal 5% al 12% per gli uomini. In adulti in campioni di comunità la prevalenza di tale disturbo varia dal 5% al 9% per le donne e dal 2% al 3% per gli uomini. Gli indici di prevalenza di tale disturbo non appaiono in correlazione con etnia, educazione, reddito, stato coniugale.

Tale disturbo può esordire ad ogni età, mediamente intorno ai venticinque anni. Sembra che, per gli individui nati recentemente, l'età di esordio stia diminuendo. Il decorso del *Disturbo Depressivo Maggiore, Ricorrente* è variabile. È possibile che si presentino episodi isolati non seguiti da sintomi, oppure gruppi di episodi o ancora un incremento degli episodi con l'aumentare dell'età. All'inizio del decorso del disturbo i periodi di remissione hanno una durata maggiore. Il numero degli episodi precedenti predice la possibilità di sviluppare un successivo *Episodio Depressivo Maggiore*. Il 60% e oltre degli individui con un *Disturbo Depressivo Maggiore, Episodio Singolo*, può avere un secondo episodio. Se gli individui hanno avuto due episodi hanno una probabilità pari al 70% di averne un terzo; gli individui che invece hanno avuto tre episodi hanno una probabilità pari al 90% di averne un quarto. Dal 5% al 10% dei soggetti con *Disturbo Depressivo Maggiore, Episodio Singolo* sviluppano successivamente un *Episodio Maniacale*.

Gli *Episodi Depressivi Maggiori* in circa due terzi dei casi si risolvono completamente, mentre in circa un terzo dei casi si risolvono solo parzialmente o non si risolvono. Un utile valore prognostico può essere fornito dalle specificazioni per il decorso longitudinale. Alcuni individui presentano un *Disturbo Distimico* antecedente all'esordio del *Disturbo Depressivo Maggiore, Episodio Singolo*. Tali individui sono caratterizzati da: un maggior rischio di avere altri *Episodi Depressivi Maggiori*, uno scarso recupero tra gli episodi, una necessità di un trattamento più prolungato della fase acuta e di un lungo trattamento per cercare di raggiungere uno stato di eutimia che sia completo e di lunga durata.

La persistenza di un *Episodio Depressivo Maggiore* è influenzata dalla sua gravità all'esordio e dalla presenza di condizioni mediche generali croniche. Studi naturalistici di follow-up hanno evidenziato che, a distanza di un anno dalla diagnosi di tale episodio, il 40% degli individui continua a presentarne chiari sintomi, il 20% continua ad avere sintomi sottosoglia per porre diagnosi ed il 40% non presenta più sintomi.

Frequentemente gravi eventi psicosociali stressanti possono far precipitare un *Disturbo Depressivo Maggiore*; essi rivestono un ruolo più significativo nell'insorgenza del primo o del secondo episodio ed hanno meno importanza per gli episodi successivi. L'insorgenza o l'esacerbazione di un *Disturbo Depressivo Maggiore* può essere influenzata anche dalla *Dipendenza da Sostanze*.

Un successivo sviluppo di *Disturbo Bipolare* a partire da un primo episodio di *Disturbo Depressivo Maggiore* non è facilmente prevedibile. Tuttavia un decorso bipolare può essere più frequente se l'esordio di una depressione grave è acuto e se sono presenti manifestazioni psicotiche e rallentamento psicomotorio in una persona giovane che non ha presentato psicopatologia in età prepuberale. La storia familiare di *Disturbo Bipolare* può sicuramente orientare verso uno sviluppo analogo.

Tale disturbo è 1,5-3 volte più frequente tra i familiari di primo grado di soggetti con questo disturbo rispetto alla popolazione generale. Nei familiari biologici di primo grado vi è un maggior rischio di *Dipendenza Alcolica* ed una più elevata incidenza di un *Disturbo d'Ansia* o di un *Disturbo da Deficit dell'Attenzione/Iperattività*.

Per ciò che concerne la diagnosi differenziale, si può far riferimento alle indicazioni espresse per l'*Episodio Depressivo Maggiore*. La diagnosi di *Disturbo Depressivo Maggiore* è preclusa nell'eventualità in cui siano presenti *Episodi Maniacali*, *Misti* o *Ipomaniacali*. Un'accurata diagnosi differenziale va posta con i seguenti disturbi: *Disturbo dell'Umore Dovuto ad una Condizione Medica Generale*; *Disturbo dell'Umore Indotto da Sostanze*; *Disturbo Distimico*, con il quale la diagnosi differenziale può risultare particolarmente difficile da effettuare, condividendo i due disturbi sintomi simili ed essendo difficilmente valutabili retrospettivamente le differenze di esordio, durata e gravità. Distinzioni devono essere fatte anche con il *Disturbo Schizoaffettivo*, la *Schizofrenia*, il *Disturbo Delirante* o il *Disturbo Psicotico Non Altrimenti Specificato* e la *demenza*, specialmente nei soggetti anziani.

Disturbo Distimico

A. Umore cronicamente depresso, per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno, per almeno due anni, come riferito dal soggetto ed osservato dagli altri. Nei bambini l'umore è irritabile e la durata minima richiesta è solo di un anno.

B. Presenza di almeno due dei sintomi addizionali:

- 1) iporessia o iperfagia;
- 2) insonnia o ipersonnia;
- 3) ridotta energia o affaticabilità, astenia;
- 4) bassa autostima;
- 5) scarsa capacità di concentrazione o difficoltà nel prendere decisioni;
- 6) sentimenti di disperazione.

C. Nel corso del periodo di due anni (un anno per bambini e adolescenti), gli intervalli liberi dai sintomi non hanno mai superato i due mesi.

D. Un *Episodio Depressivo Maggiore* non si è presentato durante i primi due anni di malattia (un anno per bambini e adolescenti), quindi il disturbo non può essere ricondotto ad un *Disturbo Depressivo Maggiore Cronico* o ad un *Disturbo Depressivo Maggiore, In Remissione Parziale*.

È possibile che prima dell'insorgenza del *Disturbo Distimico* si sia presentato un *Episodio Depressivo Maggiore* che però deve essere stato seguito da una totale remissione, quindi da un'assenza di segni e sintomi per due mesi. Ancora, se dopo due anni (uno per bambini e adolescenti) di *Disturbo Distimico* si sviluppano anche episodi di *Disturbo Depressivo Maggiore* vengono poste entrambe le diagnosi (*depressione doppia*).

E. Non deve essersi sviluppato un *Episodio Maniacale*, *Misto* o *Ipomaniacale* né devono essere stati soddisfatti i criteri per il *Disturbo Ciclotimico*.

F. Il disturbo non si manifesta esclusivamente durante il decorso di un *Disturbo Psicotico cronico*, come *Schizofrenia* o *Disturbo Delirante*.

G. I sintomi non sono causati dagli effetti fisiologici diretti di una sostanza né da una condizione medica generale.

H. I sintomi devono causare disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o in altre importanti aree.

Specificazioni possono essere utilizzate per indicare l'età dell'esordio e l'andamento caratteristico; esse sono:

- Esordio Precoce: se i sintomi esordiscono prima dei ventuno anni; in tali individui è più frequente che si sviluppino successivamente *Episodi Depressivi Maggiori*.

- Esordio Tardivo: se i sintomi si presentano da ventuno anni in poi.

- Con Manifestazioni Atipiche: se Manifestazioni Atipiche hanno caratterizzato l'andamento dei sintomi negli ultimi due anni del disturbo.

Le manifestazioni più frequentemente associate al *Disturbo Distimico* sono le stesse riscontrate nell'*Episodio Depressivo Maggiore*. I sintomi spesso diventano parte integrante dell'esperienza quotidiana dell'individuo al punto tale che l'individuo ritiene di essere sempre stato così e non li riporta di sua iniziativa, necessitando che l'intervistatore lo interroghi al proposito.

Frequenti e massicci sono i sentimenti di inadeguatezza, i sentimenti di colpa, le ruminazioni sul passato, i sentimenti soggettivi di irreparabilità o la rabbia eccessiva. Rispetto agli *Episodi Depressivi Maggiori*, si riscontrano meno sintomi vegetativi.

L'insorgenza di questo disturbo rappresenta un fattore di rischio per lo sviluppo di un *Disturbo Depressivo Maggiore*, che, negli ambienti clinici, è sviluppato nell'arco di cinque anni fino al 75% degli individui con *Disturbo Distimico*.

Tale disturbo frequentemente è associato ai seguenti *Disturbi di Personalità: Borderline, Istrionico, Narcisistico, Evitante e Dipendente*. Poiché nel *Disturbo Distimico* i sintomi cronici dell'umore possono comportare problemi interpersonali o essere associati ad una percezione di sé distorta, risulta difficile in tali individui intravedere le caratteristiche di un *Disturbo di Personalità*.

Tale disturbo può presentarsi associato ad altri disturbi cronici diagnosticati sull'Asse I o ad eventi psicosociali stressanti.

Nei bambini può presentarsi in comorbidità con i seguenti quadri: *Disturbo da Deficit dell'Attenzione/Iperattività, Disturbo della Condotta, Disturbi d'Ansia, Disturbi dell'Apprendimento, Ritardo Mentale*.

Dal 25% al 50% degli adulti con *Disturbo Distimico* sono presenti alcune delle caratteristiche polisonnografiche riscontrate in alcuni soggetti con *Disturbo Depressivo Maggiore*. In tali individui spesso è presente una storia familiare positiva per *Disturbo Depressivo Maggiore* e si riscontra una migliore risposta ai trattamenti antidepressivi.

Nei bambini il *Disturbo Distimico* sembra presentarsi allo stesso modo in entrambi i sessi, causando compromissione delle prestazioni scolastiche e delle interazioni sociali. Bambini ed adolescenti appaiono prevalentemente irritabili ed eccentrici, caratterizzati da bassa autostima, scarse capacità sociali, pessimismo. Tra gli adulti le donne hanno una probabilità doppia rispetto agli uomini di sviluppare tale disturbo.

La prevalenza di questo disturbo nel corso della vita è orientativamente del 6%, mentre la prevalenza in un dato momento è del 3%.

Il suo esordio è precoce ed insidioso, il decorso cronico. Negli ambienti clinici più frequentemente i soggetti con questo tipo di disturbo hanno un *Disturbo Depressivo Maggiore* sovrapposto. Se è seguito da tale disturbo, con minore probabilità il *Disturbo*

Distimico subisce un completo recupero interepisodico spontaneo tra gli *Episodi Depressivi Maggiori* e più frequenti risultano i successivi episodi.

Il decorso è sicuramente migliore con un trattamento attivo poiché i tassi di remissione spontanea raggiungono circa il 10% di casi all'anno. In seguito al trattamento il suo decorso è simile a quello degli altri *Disturbi Depressivi*, indipendentemente dalla compresenza di un *Disturbo Depressivo Maggiore*.

Tale disturbo è più frequente nei consanguinei di primo grado di soggetti con *Disturbo Depressivo Maggiore* e, specularmente, il *Disturbo Distimico* ed il *Disturbo Depressivo Maggiore* sono più frequenti nei parenti di primo grado dei soggetti con *Disturbo Distimico*.

Per ciò che concerne la diagnosi differenziale, si può far riferimento alle indicazioni esposte per il *Disturbo Depressivo Maggiore*. Un'accurata diagnosi differenziale deve essere posta con i seguenti disturbi: *Disturbo Depressivo Maggiore*; *Disturbi Psicotici cronici*; *Disturbo dell'Umore Dovuto ad una Condizione Medica Generale*; *Disturbo dell'Umore Indotto da Sostanze*.

Frequentemente si evidenzia un coesistente *Disturbo di Personalità* tale da giustificare entrambe le diagnosi.

Nell'Appendice B, all'interno della categoria "Criteri e Assi utilizzabili per ulteriori studi", che include "una serie di proposte di nuove categorie e assi che sono stati indicati per un possibile inserimento nel DSM-IV" (DSM-IV-TR, 2000, p. 805) che necessitano però di alcune prove a conferma prima di essere incorporate nella definizioni ufficiali del manuale, è inserito il Criterio B alternativo del *Disturbo Distimico*. Esso richiede che, nei periodi di depressione, siano presenti almeno tre dei seguenti sintomi:

- 1) bassa autostima o fiducia in sé, sentimenti di inadeguatezza;
- 2) sentimenti di pessimismo, disperazione, rovina;
- 3) perdita generalizzata di interesse o di piacere;
- 4) ritiro sociale;
- 5) fatica o stanchezza cronica;
- 6) sentimenti di colpa, rimuginazioni sul passato;
- 7) sentimenti soggettivi di instabilità o di rabbia eccessiva;
- 8) diminuzione dell'attività, del rendimento e della produttività;
- 9) difficoltà nel pensare, deficit di concentrazione, calo della memoria, incapacità di prendere decisioni.

Disturbo Depressivo Non Altrimenti Specificato

In tale categoria sono inclusi i disturbi con manifestazioni depressive che non soddisfano i criteri per il *Disturbo Depressivo Maggiore*, il *Disturbo Distimico*, il *Disturbo dell'Adattamento con Umore Depresso*, il *Disturbo dell'Adattamento con Ansia e Umore Depresso* o il *Disturbo d'Ansia Non Altrimenti Specificato*.

Vi rientrano quindi:

1. il *Disturbo disforico premestruale*: durante l'ultimo anno nella maggior parte dei cicli i sintomi si sono presentati regolarmente durante l'ultima settimana della fase luteinica con remissione entro pochi giorni dall'inizio delle mestruazioni. Tali sintomi, gravi al punto da interferire significativamente con lavoro, scuola, attività abituali, sono assenti per almeno una settimana dopo le mestruazioni;

2. il *Disturbo depressivo minore*: per almeno due settimane sono presenti meno di cinque sintomi richiesti per il *Disturbo Depressivo Maggiore*;
3. il *Disturbo depressivo breve ricorrente*: episodi depressivi da due giorni a due settimane, almeno una volta al mese per almeno dodici mesi;
4. il *Disturbo depressivo postpsicotico della Schizofrenia*: un *Episodio Depressivo Maggiore* che compare durante la fase residua della *Schizofrenia*;
5. un *Episodio Depressivo Maggiore* sovrapposto ad un *Disturbo Delirante, Disturbo Psicotico Non Altrimenti Specificato* o fase attiva della *Schizofrenia*.
6. un *Disturbo Depressivo* di cui il clinico non riesce a riconoscere la natura primaria o secondaria ad una condizione medica generale o all'uso di sostanze.

Disturbi Bipolari

All'interno di questa sezione sono inclusi: il *Disturbo Bipolare I*, il *Disturbo Bipolare II*, la *Ciclotimia* ed il *Disturbo Bipolare Non Altrimenti Specificato*.

Disturbo Bipolare I

Vi rientrano sei set di criteri separati:

Episodio Maniacale Singolo

- A. Si è presentato un unico *Episodio Maniacale* in assenza di precedenti *Episodi Depressivi Maggiori*;
 - B. Tale episodio non può essere ricondotto nell'ambito di un *Disturbo Schizoaffettivo*, né può essere sovrapposto a *Schizofrenia, Disturbo Schizofreniforme, Disturbo Delirante* o *Disturbo Psicotico Non Altrimenti Specificato*.
- Lo stato dell'episodio attuale o più recente deve essere codificato come: Lieve/ Moderato/ Grave Senza Manifestazioni Psicotiche; Grave con Manifestazioni Psicotiche; In Remissione Parziale/ In Remissione Completa.
- Si deve specificare se esso è: Misto; Con Manifestazioni Catatoniche; Ad Esordio nel Postpartum.

Più recente Episodio Ipomaniacale

- A. Presenza di un *Episodio Ipomaniacale* attualmente o recentemente.
 - B. Precedente presenza di almeno un *Episodio Maniacale* o di un *Episodio Misto*.
 - C. I sintomi provocano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.
 - D. Tali episodi non possono essere ricondotti nell'ambito di un *Disturbo Schizoaffettivo*, né possono essere sovrapposti a *Schizofrenia, Disturbo Schizofreniforme, Disturbo Delirante* o *Disturbo Psicotico Non Altrimenti Specificato*.
- Occorre avvalersi di alcune specificazioni: Specificazioni del decorso longitudinale (Con e Senza Recupero Interepisodico); Ad Andamento Stagionale; A Cicli Rapidi.

Più Recente Episodio Maniacale

- A. Presenza attuale o recente di un *Episodio Maniacale*.
- B. Precedente presenza di almeno un *Episodio Depressivo Maggiore*, un *Episodio Maniacale* o di un *Episodio Misto*.
- C. Tali episodi non possono essere ricondotti nell'ambito di un *Disturbo Schizoaffettivo*, né possono essere sovrapposti a *Schizofrenia*, *Disturbo Schizofreniforme*, *Disturbo Delirante* o *Disturbo Psicotico Non Altrimenti Specificato*.

Lo stato dell'episodio attuale o più recente deve essere codificato come: Lieve/ Moderato/ Grave Senza Manifestazioni Psicotiche; Grave con Manifestazioni Psicotiche; In Remissione Parziale/ In Remissione Completa.

Si deve specificare se esso è: Con Manifestazioni Catatoniche; Ad Esordio nel Postpartum; Specificazioni del decorso longitudinale (Con e Senza Recupero Interepisodico); Ad Andamento Stagionale; A Cicli Rapidi.

Più Recente Episodio Misto

- A. Presenza attuale o recente di un *Episodio Misto*.
- B. Precedente presenza di almeno un *Episodio Depressivo Maggiore*, un *Episodio Maniacale* o di un *Episodio Misto*.
- C. Tali episodi non possono essere ricondotti nell'ambito di un *Disturbo Schizoaffettivo*, né possono essere sovrapposti a *Schizofrenia*, *Disturbo Schizofreniforme*, *Disturbo Delirante* o *Disturbo Psicotico Non Altrimenti Specificato*.

Occorre avvalersi delle seguenti specificazioni: Gravità/ Psicotico/ Specificazione di Remissione; Con Manifestazioni Catatoniche; Ad Esordio nel Postpartum; Specificazioni del decorso longitudinale (Con e Senza Recupero Interepisodico); Ad Andamento Stagionale; A Cicli Rapidi.

Più Recente Episodio Depressivo

- A. Presenza attuale o recente di un *Episodio Depressivo*.
- B. Precedente presenza di almeno un *Episodio Maniacale* o di un *Episodio Misto*.
- C. Tali episodi non possono essere ricondotti nell'ambito di un *Disturbo Schizoaffettivo*, né possono essere sovrapposti a *Schizofrenia*, *Disturbo Schizofreniforme*, *Disturbo Delirante* o *Disturbo Psicotico Non Altrimenti Specificato*.

Lo stato dell'episodio attuale o più recente deve essere codificato come: Lieve/ Moderato/ Grave Senza Manifestazioni Psicotiche; Grave con Manifestazioni Psicotiche; In Remissione Parziale/ In Remissione Completa.

Si deve specificare se tale episodio è: Cronico; Con Manifestazioni Catatoniche; Con Manifestazioni Melanconiche; Con Manifestazioni Atipiche; Ad Esordio nel Postpartum; Specificazioni del decorso longitudinale (Con e Senza Recupero Interepisodico); Ad Andamento Stagionale; A Cicli Rapidi.

Più Recente Episodio Non Specificato

A. Attualmente o recentemente sono soddisfatti i criteri, ad eccezione per la durata, per un *Episodio Maniacale, Ipomaniacale, Misto o Depressivo Maggiore*.

B. Precedente presenza di almeno un *Episodio Maniacale* o un *Episodio Misto*.

C. I sintomi provocano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.

D. Tali episodi non possono essere ricondotti nell'ambito di un *Disturbo Schizoaffettivo*, né possono essere sovrapposti a *Schizofrenia, Disturbo Schizofreniforme, Disturbo Delirante o Disturbo Psicotico Non Altrimenti Specificato*.

E. I sintomi non sono causati dagli effetti fisiologici diretti di una sostanza o di una condizione medica generale.

Occorre avvalersi delle seguenti specificazioni: Specificazioni del decorso longitudinale (Con e Senza Recupero Interepisodico); Ad Andamento Stagionale; A Cicli Rapidi.

È importante precisare che la ricorrenza è indicata da un passaggio di polarità dell'episodio o da un intervallo di almeno due mesi senza sintomi maniacali tra gli episodi. Se un *Episodio Depressivo Maggiore* evolve in un *Episodio Maniacale* o in un *Episodio Misto* o, ancora, se un *Episodio Maniacale* o un *Episodio Misto* evolvono in un *Episodio Depressivo Maggiore* si può parlare di passaggio di polarità (gli *Episodi Maniacali, Ipomaniacali* o *Misti* sono considerati dello stesso polo); se invece un *Episodio Ipomaniacale* evolve in un *Episodio Maniacale* o in un *Episodio Misto*, o viceversa, si parla di episodi singoli.

Dal 10% al 15% degli individui con questo tipo di disturbi compie suicidi. Con maggiore probabilità tali gesti si manifestano quando il soggetto è in uno stato depressivo o misto. Nel corso di *Episodi Maniacali* gravi o con gravi manifestazioni psicotiche l'individuo può adottare comportamenti violenti ed antisociali, assentarsi da scuola, avere insuccessi lavorativi e divorziare. Se l'esordio di tale disturbo è precoce più frequentemente possono esserci concomitanti problemi di uso di alcool o di altre sostanze, associato ad un maggior numero di ricoveri e ad un decorso peggiore della malattia. In comorbidità possono presentarsi diversi disturbi, quali, ad esempio: *Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa, Disturbo da Deficit dell'Attenzione/Iperattività, Disturbo di Panico, Fobia Sociale, Disturbi Correlati a Sostanze*.

Non sono state riscontrate caratteristiche di laboratorio diagnostiche specifiche per questo tipo di disturbi, ad eccezione di un aumento di percentuali di lesioni dell'emisfero destro o lesioni bilaterali sottocorticali o periventricolari.

Se il primo *Episodio Maniacale* si presenta dopo i quaranta anni si dovrebbe indagare la possibilità che esso costituisca una conseguenza di una condizione medica generale o dell'uso di sostanze. Nei soggetti con un preesistente *Disturbo dell'Umore* l'ipertiroidismo attuale o passato può peggiorare i sintomi maniacali o favorire Cicli Rapidi.

Razza ed etnia non sembrano influire sulla prevalenza del disturbo. Circa il 10-15% degli adolescenti che presenta *Episodi Depressivi Maggiori Ricorrenti* può sviluppare un *Disturbo Bipolare I*. Negli adolescenti e nei giovani sembrano essere più frequenti *Episodi Misti*.

Il genere non sembra influire sulla prevalenza del disturbo bensì sul numero e sul tipo di *Episodi Maniacali* o *Depressivi Maggiori*. Negli uomini il primo episodio più frequentemente è un *Episodio Maniacale*, contrariamente alle donne che possono invece presentare un *Episodio Depressivo Maggiore*.

Ancora, gli uomini presentano un maggior numero di *Episodi Maniacali*, mentre nelle donne predominano gli *Episodi Depressivi Maggiori* ed il tipo Cicli Rapidi. Le donne, inoltre: sono più soggette a sviluppare sintomi depressivi o misti, possono presentare l'episodio Con Esordio nel Postpartum (nelle prime quattro settimane dopo il parto) e possono subire un inasprimento del disturbo in coincidenza del periodo premestruale.

In campioni di comunità la prevalenza varia dallo 0,4% all'1,6%.

Indipendentemente dal genere il disturbo mediamente insorge attorno ai venti anni. È un disturbo fortemente ricorrente; individui che hanno sviluppato un *Episodio Maniacale Singolo* nel 90% dei casi presentano episodi futuri. Nel 60-70% dei casi gli *Episodi Maniacali* possono svilupparsi prima o dopo un *Episodio Depressivo Maggiore*, in base all'andamento peculiare dello specifico soggetto. Nel *Disturbo Bipolare I* il numero di *Episodi Maniacali* o *Depressivi Maggiori* è superiore rispetto a quelli del *Disturbo Depressivo Maggiore, Ricorrente*. Con l'aumentare dell'età la durata interepisodica tende a subire una diminuzione. Gli episodi possono essere favoriti o esacerbati da alterazioni del ritmo sonno-veglia. Nel periodo interepisodico nel 20-30% dei soggetti persistono labilità emotiva e sintomi residui dell'umore; il 60% degli individui fra gli episodi acuti presenta difficoltà croniche interpersonali o lavorative. Possono svilupparsi, durante un *Episodio Maniacale* o *Misto*, sintomi psicotici.

Tra i parenti di primo grado degli individui con questo tipo di disturbo si può riscontrare, con una età di esordio più precoce: nel 4-24% dei casi un *Disturbo Bipolare I*, nel 1-5% dei casi un *Disturbo Bipolare II*, nel 4-24% dei casi un *Disturbo Depressivo Maggiore*.

Studi sui gemelli e sulle adozioni propendono a favore di un'influenza genetica per questo tipo di disturbo.

Un'accurata diagnosi differenziale deve essere posta con i seguenti disturbi: *Disturbo dell'Umore Dovuto ad una Condizione Medica Generale*; *Disturbo dell'Umore Indotto da Sostanze*; *Disturbo Depressivo Maggiore*; *Disturbo Distimico*; *Disturbo Bipolare II*; *Disturbo Ciclotimico*; *Disturbi Psicotici*; *Disturbo Bipolare Non Altrimenti Specificato*.

Disturbo Bipolare II

A. Almeno un *Episodio Depressivo Maggiore* attuale o in anamnesi.

B. Almeno un *Episodio Ipomaniacale* attuale o in anamnesi.

C. Nessun precedente *Episodio Ipomaniacale* o *Episodio Misto*.

D. I sintomi non possono essere ricondotti nell'ambito di un *Disturbo Schizoaffettivo*, né può essere sovrapposto a *Schizofrenia*, *Disturbo Schizofreniforme*, *Disturbo Delirante* o *Disturbo Psicotico Non Altrimenti Specificato*.

E. I sintomi provocano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.

Occorre specificare se l'episodio attuale o più recente è di tipo: Ipomaniacale; Depressivo.

Se l'*Episodio Depressivo* è il tipo di episodio attuale o più recente occorre specificare: Gravità/Psicotico/Specificazioni di Remissione; Cronico; Con Manifestazioni Catatoniche; Con Manifestazioni Melanconiche; Con Manifestazioni Atipiche; Ad Esordio nel Postpartum; Specificazioni del decorso longitudinale (Con e Senza Recupero Interepisodico); Ad Andamento Stagionale; A Cicli Rapidi.

Gli individui con questo tipo di disturbo possono considerare non patologici gli *Episodi Ipomaniacali* e non ricordare tali periodi durante un *Episodio Depressivo Maggiore*. Al contrario, il comportamento ipomaniacale può colpire parenti ed amici il cui aiuto può rivelarsi cruciale per la raccolta di notizie anamnestiche.

Il 10-15% dei soggetti con questo tipo di disturbo va incontro a suicidio. Possono essere inoltre presenti: assenteismo scolastico, insuccesso lavorativo o divorzio. In comorbidità possono presentarsi: *Abuso o Dipendenza da Sostanze*, *Anoressia Nervosa*, *Bulimia Nervosa*, *Disturbo da Deficit dell'Attenzione/Iperattività*, *Disturbo di Panico*, *Disturbo Borderline di Personalità*.

Non sono stati riscontrati reperti di laboratorio associati a questo specifico tipo di disturbo.

Se il primo *Episodio Ipomaniacale* si presenta dopo i quaranta anni si dovrebbe indagare la possibilità che esso costituisca una conseguenza di una condizione medica generale o dell'uso di sostanze. Nei soggetti con un preesistente *Disturbo dell'Umore* l'ipertiroidismo attuale o passato può peggiorare i sintomi ipomaniacali o favorire Cicli Rapidi.

Può presentarsi più frequentemente nelle donne rispetto agli uomini. Il genere sembra influire sul numero e sul tipo di *Episodi Ipomaniacali* o *Depressivi Maggiori*. Gli uomini presentano un maggior numero di *Episodi Ipomaniacali*, mentre nelle donne predominano gli *Episodi Depressivi Maggiori* ed il tipi Cicli Rapidi. Le donne, inoltre: sono più soggette a sviluppare sintomi depressivi o misti e possono presentare l'episodio Con Esordio nel Postpartum.

La prevalenza di questo disturbo è di circa lo 0,5%.

Nel 60-70% dei casi gli *Episodi Ipomaniacali* possono svilupparsi prima o dopo un *Episodio Depressivo Maggiore*, in base all'andamento peculiare dello specifico soggetto. Nel *Disturbo Bipolare II* il numero di *Episodi Ipomaniacali* o *Depressivi Maggiori* è superiore rispetto a quelli del *Disturbo Depressivo Maggiore, Ricorrente*. Con l'aumentare dell'età la durata interepisodica tende a subire una diminuzione. Nel 5-15% dei soggetti con questo tipo di disturbo si presentano nel corso di un anno episodi di alterazione dell'umore; in tali casi si utilizza la specificazione A Cicli Rapidi. Nel periodo interepisodico nel 15% dei soggetti persistono labilità emotiva e difficoltà interpersonali o lavorative. Possono svilupparsi, durante un *Episodio Maniacale* o *Misto*, sintomi psicotici. Gli episodi possono essere favoriti o esacerbati da alterazioni del ritmo sonno-veglia.

Nell'arco di cinque anni il 5-15% degli individui con questo disturbo può sviluppare un *Episodio Maniacale*.

Rispetto alla popolazione generale, i parenti di primo grado degli individui con questo disturbo presentano una maggiore probabilità di sviluppare *Disturbo Bipolare II*, *Disturbo Bipolare I* e *Disturbo Depressivo Maggiore*.

Un'accurata diagnosi differenziale deve essere posta con i seguenti disturbi: *Disturbo dell'Umore Dovuto ad una Condizione Medica Generale*; *Disturbo dell'Umore Indotto da Sostanze*; *Disturbo Depressivo Maggiore*; *Disturbo Distimico*; *Disturbo Bipolare I*; *Disturbo Ciclotimico*; *Disturbi Psicotici*.

Disturbo Ciclotimico

A. Presenza, per un periodo di almeno due anni, di numerosi *Episodi Ipomaniacali* e di diversi periodi con sintomi depressivi che non soddisfano la diagnosi di un *Episodio Depressivo Maggiore*. In bambini ed adolescenti la durata è di almeno un anno.

B. Nel corso di questi due anni (uno per bambini e adolescenti) il soggetto non è mai stato libero da sintomi per più di due mesi per volta.

C. Nei primi due anni del disturbo (uno per bambini e adolescenti) non si è presentato un *Episodio Depressivo Maggiore, Maniacale o Misto*.

Trascorsi i primi due anni del disturbo (uno per bambini e adolescenti), è possibile che si sovrappongano *Episodi Maniacali o Misti* (si pone a questo punto la doppia diagnosi di *Disturbo Bipolare I e Disturbo Ciclotimico*), o *Episodi Depressivi Maggiori* (si pone la doppia diagnosi di *Disturbo Bipolare II e Disturbo Ciclotimico*).

D. I sintomi non possono essere ricondotti nell'ambito di un *Disturbo Schizoaffettivo*, né può essere sovrapposto a *Schizofrenia, Disturbo Schizofreniforme, Disturbo Delirante o Disturbo Psicotico Non Altrimenti Specificato*.

E. I sintomi non sono causati dagli effetti fisiologici diretti di una sostanza o da una condizione medica generale.

F. I sintomi provocano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.

È frequente che tale disturbo esordisca precocemente e per tale ragione si è ipotizzato che possa riflettere una predisposizione temperamentale ad altri *Disturbi dell'Umore*, in particolar modo ai *Disturbi Bipolari*.

In campioni di comunità tale disturbo è ugualmente comune negli uomini e nelle donne, differentemente dall'ambito clinico in cui esso è invece più riscontrato nelle donne.

Nel corso della vita la prevalenza di tale disturbo varia dallo 0,4% all'1%, mentre negli ambulatori oscilla tra il 3% ed il 5%.

Solitamente tale disturbo esordisce nell'adolescenza o precocemente nella vita adulta. Se più tardivo può essere dovuto ad una condizione medica generale. Il suo esordio è insidioso, il decorso cronico. Nel 15-50% dei casi tale disturbo può evolvere in un *Disturbo Bipolare I o II*.

Rispetto alla popolazione generale, i parenti di primo grado degli individui con questo disturbo presentano una maggiore probabilità di sviluppare *Disturbo Bipolare II, Disturbo Bipolare I e Disturbo Depressivo Maggiore*. Può esserci un maggior rischio familiare di *Disturbi Correlati a Sostanze*.

Un'accurata diagnosi differenziale deve essere posta con i seguenti disturbi: *Disturbo dell'Umore Dovuto ad una Condizione Medica Generale; Disturbo dell'Umore Indotto da Sostanze; Disturbo Bipolare I, A Cicli Rapidi; Disturbo Bipolare II, A Cicli Rapidi; Disturbo Borderline di Personalità*, anch'esso associato a netti cambiamenti di umore.

Disturbo Bipolare Non altrimenti Specificato

Vi rientrano disturbi con caratteristiche bipolari che non soddisfano i criteri per nessun tipo specifico di *Disturbo Bipolare*. Seguono alcuni esempi:

1. Rapide alternanze (nell'arco di giorni) di sintomi maniacali e depressivi che non hanno una durata tale da soddisfare i criteri dell'*Episodio Maniacale* o dell'*Episodio Depressivo Maggiore*.
2. Ricorrenti *Episodi Ipomaniacali* in assenza di sintomi depressivi intercorrenti.
3. Sovrapposizione di un *Episodio Maniacale* o *Misto* ad un *Disturbo Delirante*, *Schizofrenia Residua* o *Disturbo Psicotico Non Altrimenti Specificato*.
4. *Episodi Ipomaniacali* in concomitanza a sintomi depressivi cronici che però non sono frequenti al punto tale da giustificare la diagnosi di *Disturbo Ciclotimico*.
5. Un *Disturbo Bipolare* la cui natura, primaria o secondaria ad una condizione medica generale o all'uso di sostanze, risulta difficilmente individuabile per il clinico.

Altri Disturbi dell'Umore

Disturbo dell'Umore Dovuto ad una Condizione Medica Generale (Indicare la Condizione Medica Generale)

A. Rilevante e persistente alterazione dell'umore contraddistinta da almeno uno dei seguenti sintomi:

- 1) umore depresso o consistente riduzione degli interessi o della capacità di provare piacere per la maggior parte delle attività;
- 2) umore elevato o irritabile.

B. L'alterazione, come accertato dall'anamnesi, dall'esame fisico o da dati di laboratorio, è la conseguenza fisiologica diretta di una condizione medica generale.

C. L'alterazione non può essere ricondotta ad un altro disturbo mentale.

D. L'alterazione non si verifica solo durante il decorso di un delirium.

E. I sintomi provocano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.

Si deve codificare se il tipo è: Con Manifestazioni Depressive; Con Episodio Simil-Depressivo; Con Manifestazioni Maniacali; Con Manifestazioni Miste.

Per porre tale diagnosi il clinico deve stabilire che l'alterazione dell'umore è eziologicamente correlata con la condizione medica generale attraverso un meccanismo fisiologico e, a tal fine, è necessaria una accurata e puntuale valutazione di una molteplicità di fattori.

Tale disturbo, ugualmente distribuito tra i due sessi, sembra aumentare il rischio di tentativi di suicidio e di suicidio.

Tra le condizioni mediche generali si possono includere: condizioni neurologiche degenerative, condizioni metaboliche, condizioni autoimmuni, infezioni virali o di altro tipo e alcuni tipi di cancro.

Le stime della prevalenza di questo disturbo sono limitate alle forme con manifestazioni depressive. Una consistente alterazione in senso depressivo può presentarsi nel 25-40% degli individui con certe condizioni neurologiche.

Un'accurata diagnosi differenziale deve essere posta con i seguenti quadri: *delirium*; *Demenza Vascolare*; *Disturbo Dell'Umore Indotto da Sostanze*; *Disturbo Depressivo Maggiore*; *Disturbo Bipolare I e II*; *Disturbo dell'Adattamento con Umore Depresso*; *Disturbo dell'Umore Non Altrimenti Specificato*.

Disturbo dell'Umore Indotto da Sostanze

A. Rilevante e persistente alterazione dell'umore contraddistinta da almeno uno dei seguenti sintomi:

- 1) umore depresso o consistente riduzione degli interessi o della capacità di provare piacere per la maggior parte delle attività;
- 2) umore elevato o irritabile.

B. L'anamnesi, l'esame fisico o dati di laboratorio indicano che:

- 1) i sintomi si sono presentati durante o entro un mese dall'*Intossicazione* o *Astinenza da Sostanze*;
- 2) l'uso del farmaco risulta eziologicamente correlato al disturbo.

C. Il disturbo non può essere ricondotto nel quadro del *Disturbo dell'Umore* non indotto da sostanze, poiché i sintomi: non precedono l'inizio dell'uso della sostanza o del farmaco; non perdurano in seguito alla fine dell'astinenza acuta o dell'intossicazione grave; non sono in eccesso rispetto a quanto ci si attenderebbe considerando la quantità di sostanza utilizzata o la durata del suo utilizzo.

D. L'alterazione non si verifica solo durante il decorso di un *delirium*.

E. I sintomi provocano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.

Tale diagnosi va posta esclusivamente quando i sintomi sono più intensi rispetto a quelli di solito associati alla sindrome da intossicazione o da astinenza e quando sono gravi al punto da richiedere una specifica attenzione clinica.

Occorre codificare il tipo di sostanza che ha indotto il disturbo.

Si deve specificare il tipo di disturbo: Con Manifestazioni Depressive; Con Manifestazioni Maniacali; Con Manifestazioni Miste; Ad Esordio Durante l'Intossicazione; Ad Esordio Durante l'Astinenza.

I *Disturbi dell'Umore* possono essere causati da stati di intossicazione con le seguenti classi di sostanze: alcool; amfetamine e sostanze correlate; cocaina; allucinogeni; inalanti; oppioidi; fenciclidina e sostanze correlate; sedativi; ipnotici ed ansiolitici; altre diverse sostanze sconosciute.

Tali disturbi possono essere anche associati all'astinenza dalle seguenti classi di sostanze: alcool; amfetamine e sostanze correlate; cocaina; sedativi; ipnotici ed ansiolitici; altre diverse sostanze sconosciute. Alterazioni dell'umore possono essere anche indotte da alcuni farmaci e da metalli pesanti e tossine.

Un'accurata diagnosi differenziale deve essere posta con i seguenti quadri: *Intossicazione* o *Astinenza da Sostanze*; *delirium*; quadri indotti da sostanze che comprendono un insieme di diversi tipi di sintomi (come sintomi di alterazione dell'umore, psicotici e di ansia); *Disturbo dell'Umore* primario; *Disturbo dell'Umore dovuto ad una Condizione Medica Generale*; *Disturbo Depressivo Non Altrimenti Specificato*; *Disturbo Bipolare Non Altrimenti Specificato*.

Disturbo dell'Umore Non Altrimenti Specificato

Vi rientrano quei disturbi caratterizzati da sintomi di alterazione dell'umore che non soddisfano i criteri per nessuno specifico *Disturbo dell'Umore* e per i quali risulta difficile scegliere tra *Disturbo dell'Umore Non Altrimenti Specificato* e *Disturbo Bipolare Non Altrimenti Specificato*.

Specificazioni per descrivere l'episodio più recente

Le specificazioni utilizzate per descrivere i *Disturbi dell'Umore* si propongono di aumentare la specificità diagnostica, creare sottogruppi più omogenei, orientare la scelta del trattamento, migliorare la formulazione della prognosi. Si procederà ad una loro sintetica descrizione.

Specificazioni di Gravità/Psicotico/Remissione per l'Episodio Depressivo Maggiore

Lieve: pochi sintomi di quelli richiesti per fare diagnosi che provocano solo una compromissione lieve nel funzionamento lavorativo, nella attività sociali e nelle relazioni interpersonali.

Moderato: sintomi e compromissione del funzionamento tra il livello lieve e quello grave.

Grave senza Manifestazioni Psicotiche: diversi sintomi in eccesso rispetto a quelli richiesti per fare diagnosi che compromettono in modo significativo il funzionamento.

Grave con Manifestazioni Psicotiche: presenza di deliri o allucinazioni.

Si possono ulteriormente differenziare:

Manifestazioni Psicotiche Congrue all'Umore: il contenuto di deliri e allucinazioni è coerente con i temi depressivi. Possono rientrarvi: deliri di colpa; delirio di meritare una punizione; deliri nichilistici; deliri somatici; deliri di rovina. Le allucinazioni, per la maggior parte delle volte transitorie e non elaborate, possono consistere in voci che rimproverano la persona per difetti o peccati.

Manifestazioni Psicotiche Incongrue all'Umore: il contenuto di deliri e allucinazioni non è coerente con i temi depressivi. Possono includere: deliri persecutori; deliri di inserzione del pensiero; deliri di influenzamento. In presenza di questo tipo di manifestazioni la prognosi è più sfavorevole.

In Remissione Parziale: sono presenti solo alcuni sintomi di un *Episodio Depressivo Maggiore* che però non sono sufficienti per porre questa diagnosi, oppure vi è un periodo senza sintomi significativi dell'*Episodio Depressivo Maggiore* che dura meno di due mesi dalla fine di tale episodio.

In Remissione Completa: assenza di segni e sintomi del disturbo negli ultimi due mesi.

Non Specificato.

Specificazioni di Gravità/Psicotico/Remissione per l'Episodio Maniacale

Lieve: tre o quattro sintomi di quelli richiesti per fare diagnosi.

Moderato: aumento dell'attività o compromissione della capacità di giudizio.

Grave senza Manifestazioni Psicotiche: l'individuo deve essere tenuto continuamente sotto controllo per evitare che danneggi sé o gli altri.

Grave con Manifestazioni Psicotiche: presenza di deliri ed allucinazioni.

Si può ulteriormente specificare in:

Manifestazioni Psicotiche Congrue all'Umore: il contenuto di deliri e allucinazioni è coerente con i temi maniacali di senso ipertrofico del proprio valore, potere, sapere, identità o relazioni speciali con una divinità o un personaggio famoso.

Manifestazioni Psicotiche Incongrue all'Umore: il contenuto di deliri e allucinazioni non è coerente con i temi maniacali, come nei deliri persecutori, nei deliri di inserzione del

pensiero, nei deliri di trasmissione del pensiero e nei deliri di influenzamento. Tali manifestazioni depongono per una prognosi più sfavorevole.

In Remissione Parziale: sono presenti solo alcuni sintomi di un *Episodio Maniacale* che però non sono sufficienti per porre questa diagnosi, oppure vi è un periodo senza sintomi significativi dell'*Episodio Maniacale* che dura meno di due mesi dalla fine di tale episodio.

In Remissione Completa: assenza di segni e sintomi del disturbo negli ultimi due mesi.

Non Specificato.

Specificazioni di Gravità/Psicotico/Remissione per l'Episodio Misto

Lieve: tre o quattro sintomi di quelli richiesti per fare diagnosi di *Episodio Maniacale* o di *Episodio Depressivo Maggiore*.

Moderato: sintomi e compromissione del funzionamento tra il livello lieve e quello grave.

Grave senza Manifestazioni Psicotiche: l'individuo deve essere tenuto continuamente sotto controllo per evitare che danneggi sé o gli altri.

Grave con Manifestazioni Psicotiche: presenza di deliri ed allucinazioni.

Si può ulteriormente specificare in:

Manifestazioni Psicotiche Congrue all'Umore: il contenuto di deliri e allucinazioni è coerente con i temi maniacali o depressivi.

Manifestazioni Psicotiche Incongrue all'Umore: il contenuto di deliri e allucinazioni non è coerente con i temi maniacali o depressivi.

In Remissione Parziale: sono presenti solo alcuni sintomi di un *Episodio Misto* che però non sono sufficienti per porre questa diagnosi, oppure vi è un periodo senza sintomi significativi dell'*Episodio Misto* che dura meno di due mesi dalla fine di tale episodio.

In Remissione Completa: assenza di segni e sintomi del disturbo negli ultimi due mesi.

Non Specificato

Specificazione di Cronicità per l'Episodio Depressivo Maggiore

Cronico: i criteri per l'*Episodio Depressivo Maggiore* sono soddisfatti in modo continuativo da almeno gli ultimi due anni.

Specificazione riguardante le Manifestazioni Catatoniche

Questo tipo di specificazione è applicata quando il quadro clinico è caratterizzato da un disturbo psicomotorio marcato. Devono essere presenti almeno due dei seguenti sintomi:

- 1) immobilità, catalessia (inclusa la flessibilità cerea) o stupor;
- 2) eccessiva attività motoria apparentemente afinalistica e non influenzata da stimoli esterni;
- 3) negativismo estremo, con assunzione di una postura rigida o resistenza a tutte le istruzioni, o mutacismo;
- 4) peculiarità dei movimenti volontari, come ad esempio assunzione volontaria di posture inappropriate o bizzarre, movimenti stereotipati, manierismi, smorfie vistose;
- 5) ecolalia ed ecoprassia.

In tale quadro l'individuo può aver bisogno di un'attenta sorveglianza per evitare di danneggiare sé o gli altri; potrebbe provocarsi malnutrizione, indebolimento, iperpiressia o lesioni.

Specificazione riguardante le Manifestazioni Melanconiche

A. L'*Episodio Depressivo Maggiore*, durante il periodo di maggior gravità, è caratterizzato da uno dei seguenti sintomi:

- 1) perdita di piacere per tutte, o quasi tutte, le attività;
- 2) perdita di reattività agli stimoli solitamente piacevoli.

B. Almeno tre dei seguenti sintomi:

- 1) una qualità particolare di umore depresso, esperito come differente rispetto al sentimento sperimentato in seguito alla morte di una persona cara;
- 2) depressione più marcata al mattino;
- 3) risveglio precoce al mattino, anticipato di almeno due ore rispetto al momento del risveglio abituale;
- 4) significativo rallentamento motorio o agitazione;
- 5) anoressia marcata o perdita di peso;
- 6) eccessivi e spropositati sensi di colpa.

Gli individui caratterizzati da questo quadro hanno meno probabilità di presentare un *Disturbo di Personalità* premorboso, un chiaro fattore precipitante e di rispondere ad un trattamento con placebo. Per tale ragione si ritiene necessario un trattamento con antidepressivi efficaci.

Tali manifestazioni hanno una modesta tendenza a ripresentarsi in altri episodi nello stesso individuo e si sviluppano più frequentemente nei pazienti ricoverati, in quelli con un *Episodio Depressivo Maggiore* grave e nei quadri con manifestazioni psicotiche. Si riscontrano più frequentemente negli individui più anziani.

Queste manifestazioni sono associate, oltre che ad altri reperti di laboratorio, anche ad elevati livelli di concentrazione di cortisolo nel plasma, nell'urina e nella saliva e ad alterazione dei profili EEG di sonno.

Specificazione riguardante le Manifestazioni Atipiche

Questo tipo di specificazione rimanda alla "depressione atipica" che riveste un significato storico; il termine "atipico", proponendosi di sottolineare che il quadro si differenzia dalla depressione "endogena" classica, non è quindi finalizzato ad indicare un quadro clinico insolito, non comune.

Seguono i relativi criteri.

A. Reattività dell'umore che si manifesta nella capacità di rallegrarsi in risposta ad eventi positivi attuali o potenziali.

B. Almeno due delle seguenti caratteristiche:

- 1) marcato incremento ponderale o aumento dell'appetito;
- 2) ipersonnia, che si può esprimere sia attraverso un prolungamento del tempo di sonno diurno che nei riposi pomeridiani, raggiungendo un sonno totale di almeno 10 ore di sonno al giorno, o, comunque, almeno due ore in più rispetto a quando l'individuo non è depresso;
- 3) "paralisi plumbea", ovvero sensazione di pesantezza e di sovraccarico soprattutto alle braccia ed alle gambe, per almeno un'ora al giorno;
- 4) persistente ipersensibilità al rifiuto interpersonale.

Quest'ultimo criterio rappresenta un tratto che ha un esordio precoce e che persiste per la maggior parte della vita adulta. La sensibilità al rifiuto non è limitata agli episodi

di alterazione dell'umore anche se durante questi può essere esacerbata. Può provocare relazioni interpersonali tumultuose ed incapacità di sostenere le relazioni più durature, con evitamento delle relazioni per il timore di un rifiuto interpersonale.

Tali quadri con maggiore probabilità sono associati a *Disturbi di Personalità*, come il *Disturbo Evitante di Personalità* ed a *Disturbi d'Ansia*.

Sono due o tre volte più frequenti nelle donne. Negli individui che presentano tali manifestazioni gli *Episodi Depressivi* presentano: un'età di esordio più precoce, che, ad esempio, può coincidere con l'età scolastica; un decorso cronico e meno episodico; un recupero interepisodico solo parziale. Tale tipo di manifestazioni è più frequentemente riscontrata negli individui più giovani ed è più probabile che risponda meglio ad un trattamento con inibitori delle monoaminossidasi piuttosto che con antidepressivi triciclici.

Specificazione riguardante l'Esordio nel Postpartum

Tale specificazione si applica nel caso in cui l'esordio dell'episodio si collochi nelle quattro settimane successive ad un parto. Sintomi comuni sono: fluttuazioni dell'umore, labilità dell'umore, preoccupazione per il benessere del neonato (che può variare dall'ipercoinvolgimento a veri e propri deliri), gravi ruminazioni e pensieri deliranti concernenti il neonato che possono costituire un consistente fattore di rischio per il suo benessere.

Gli episodi di alterazione dell'umore possono presentarsi con o senza manifestazioni psicotiche. In presenza di episodi psicotici postpartum può verificarsi un infanticidio nel caso in cui si sviluppino allucinazioni che ordinano di uccidere il bambino o deliri di possessione demoniaca del bambino; tuttavia esso può verificarsi anche in presenza di gravi episodi di alterazione dell'umore che non siano caratterizzati da deliri o allucinazioni specifiche.

Gli episodi di alterazione postpartum con manifestazioni psicotiche possono verificarsi da 1 su 500 fino a 1 su 100 parti, più frequentemente nelle primipare. Nelle donne con precedenti episodi di alterazione dell'umore postpartum, in quelle con una storia di *Disturbi dell'Umore*, in particolar modo di *Disturbo Bipolare I* ed in quelle con familiarità per *Disturbo Bipolare*, vi è un maggior rischio di sviluppare episodi postpartum con manifestazioni psicotiche. Se esso si presenta una volta, il rischio di ricaduta ad ogni parto successivo varia tra il 30% ed il 50%.

Tali episodi vanno differenziati sia dal *delirium* del periodo postpartum, caratterizzato invece da un ridotto livello di coscienza e di attenzione, che dalla "baby blues", che interessa fino al 70% delle donne nei 10 giorni che seguono il parto, è transitoria e non compromette il funzionamento.

Le donne con *Episodi Depressivi Maggiori* nel postpartum spesso presentano grave ansia ed *Attacchi di Panico*. Tali donne possono mostrare nei confronti del bambino un'ampia gamma di comportamenti, come: disinteresse, timore di rimanere sole con lui, iperintrusività.

Sintomi di alterazione dell'umore o di ansia durante la gravidanza e lo stesso "baby blues" aumentano il rischio di sviluppare un *Episodio Depressivo Maggiore* nel postpartum. Tale rischio è aumentato anche nei casi in cui ci sia un'anamnesi personale o familiare di *Disturbi dell'Umore*.

Per gli episodi di alterazione dell'umore ad insorgenza nel postpartum i fattori di rischio, i tassi di ricorrenza ed i sintomi sono simili a quelli che non si verificano nel postpartum.

Tale periodo manifesta la sua particolarità nel grado di alterazione neuroendocrina e delle modificazioni sociali, nell'impatto che può avere l'allattamento sulla pianificazione del trattamento e nelle implicazioni a lungo termine che questo disturbo può avere sulla successiva pianificazione familiare.

Specificazioni riguardanti il decorso degli episodi ricorrenti

Similmente a quelle appena descritte, tali specificazioni si propongono di aumentare la specificità diagnostica, creare sottogruppi più omogenei, orientare la scelta del trattamento, migliorare la formulazione della prognosi. Si procederà ad una loro sintetica descrizione.

Specificazioni del Decorso Longitudinale (Con e Senza Recupero Interepisodico Completo)

Tale tipo di specificazione aiuta a caratterizzare il decorso della malattia. Il recupero interepisodico viene definito completo nel caso in cui è raggiunta una remissione completa tra i due *Episodi dell'Umore* più recenti.

Sono stati delineati quattro decorsi prototipici, ovvero:

- A. Ricorrente, con recupero interepisodico completo, senza Disturbo Distimico.
- B. Ricorrente, senza recupero interepisodico completo, senza Disturbo Distimico.
- C. Ricorrente, con recupero interepisodico completo, sovrapposto a Disturbo Distimico.
- D. Ricorrente, senza recupero interepisodico completo, sovrapposto a Disturbo Distimico.

È più probabile per gli individui con una storia Senza Remissione Interepisodica Completa la persistenza di tale andamento tra gli episodi successivi. Tali soggetti, inoltre, sembrano più inclini a presentare più *Episodi Depressivi Maggiori* rispetto a quelli con recupero interepisodico completo.

Il *Disturbo Distimico*, se precedente al primo episodio del *Disturbo Depressivo Maggiore*, può far propendere per una successiva mancanza di recupero interepisodico completo.

Specificazione riguardante l'Andamento Stagionale

Tale specificazione si applica se sono soddisfatti i seguenti criteri:

- A. Il presentarsi dell'esordio degli *Episodi Depressivi Maggiori* si ha in particolari periodi dell'anno, come in autunno o in inverno.

Non si possono includere in questa categoria i casi in cui è presente un chiaro effetto di fattori psicosociali stressanti stagionali, come la disoccupazione stagionale o gli impegni scolastici.

- B. Le remissioni complete si hanno in particolari periodi dell'anno, come in primavera.
- C. Tale andamento deve essersi verificato durante gli ultimi due anni in assenza di episodi non stagionali frapposti in questo periodo.
- D. Gli *Episodi Depressivi* stagionali devono essere più frequenti rispetto a quelli non stagionali.

Più raramente gli *Episodi Depressivi* ricorrono in estate. Sintomi che si presentano in tali quadri possono essere: marcata anergia; ipersonnia; iperfagia; aumento ponderale; desiderio di carboidrati.

Tra i *Disturbi Bipolari* tale andamento è più frequente nel *Disturbo Bipolare II* rispetto al *Disturbo Bipolare I*.

La light therapy utilizzata per il trattamento può favorire l'insorgenza di *Episodi Maniacali* o *Ipomaniacali*.

La latitudine, l'età ed il sesso possono influenzare la prevalenza dell'andamento stagionale di tipo invernale. Vi è una maggiore prevalenza nelle latitudini più alte; le persone più giovani sono più a rischio per *Episodi Depressivi* invernali e le donne rappresentano il 60-90% dei soggetti con questo andamento.

Tale specificazione può essere adeguata anche per descrivere il quadro clinico di soggetti con sintomi depressivi invernali che però non soddisfano i criteri per un *Episodio Depressivo Maggiore*.

Specificazione riguardante i Cicli Rapidi

Tale specificazione si riferisce alla presenza di almeno quattro episodi di alterazione dell'umore nei 12 mesi precedenti che soddisfano i criteri per un *Episodio Depressivo Maggiore*, *Maniacale*, *Misto* o *Ipomaniacale*. Gli episodi devono essere demarcati da una remissione parziale o completa per almeno 2 mesi o da uno slittamento verso un episodio di polarità opposta.

Gli episodi che presentano tali caratteristiche non presentano differenze rispetto agli episodi che non presentano questo andamento, ad eccezione ovviamente della frequenza. Non sono inclusi in questa categoria gli episodi causati direttamente da una sostanza o da una condizione medica generale.

Nel 5-15% delle persone con *Disturbo Bipolare* nelle cliniche per i *Disturbi dell'Umore* è presente una rapida ciclicità, che si sviluppa nel 70-90% dei casi nelle donne. La rapida ciclicità non risulta associata a qualche fase del ciclo mestruale né alla menopausa.

Questo andamento può svilupparsi in qualsiasi momento nel corso del *Disturbo Bipolare* e può apparire e scomparire, in particolar modo se associata all'uso di antidepressivi; tali farmaci possono provocare un'accelerazione del ritmo della ciclicità in alcuni individui.

In ogni caso tale andamento depone per una prognosi a lungo termine più sfavorevole.

Disturbo Depressivo di Personalità

Tale disturbo è incluso nella categoria "Criteri e Assi utilizzabili per ulteriori studi" ed in particolare fa parte dei *Disturbi di Personalità Non Altrimenti Specificati*.

È bene ricordare che il DSM-IV-TR con il termine *Disturbo di Personalità* intende "un modello di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente rispetto alle aspettative della cultura dell'individuo, è pervasivo e inflessibile, esordisce nell'adolescenza o nella prima età adulta, è stabile nel tempo, e determina disagio o menomazione" (2000, p. 729). Si ricorda che, assieme al *Ritardo Mentale*, i *Disturbi di Personalità* sono inseriti nell'Asse II del DSM-IV-TR.

Con *Disturbo di Personalità Non Altrimenti Specificato* si riferisce invece ad "una categoria a disposizione per due situazioni: 1) il quadro personologico dell'individuo soddisfa i criteri generali per un *Disturbo di Personalità*, e sono presenti tratti di vari

Disturbi di Personalità; oppure 2) il quadro personologico dell'individuo soddisfa i criteri generali per un *Disturbo di Personalità*, ma l'individuo viene considerato affetto da un *Disturbo di Personalità* non incluso nella Classificazione" (pp. 729-30); il *Disturbo Depressivo di Personalità* fa parte di quest'ultima categoria.

Seguono i relativi criteri:

A. Un quadro pervasivo di convinzioni e comportamenti depressivi, che insorge verso la prima età adulta e che si manifesta in una varietà di contesti. Almeno cinque dei seguenti elementi devono essere presenti:

- 1) umore abituale caratterizzato da abbattimento, malinconia, mancanza di allegria, di gioia e di felicità;
- 2) idea di sé incentrata su convinzioni di inadeguatezza, di scarso valore e di bassa autostima;
- 3) severità eccessiva nel giudicare se stessi; atteggiamento critico e rinunciatario;
- 4) tendenza a rimuginare e a preoccuparsi, fissandosi su pensieri negativi e infelici;
- 5) tendenza a giudicare gli altri con la stessa severità con la quale si giudica se stessi e a concentrarsi più sui fallimenti che sugli attributi positivi altrui, risultando maldisposti e critici nei loro confronti;
- 6) pessimismo;
- 7) accentuati sentimenti di colpa e di rimorso.

Tale quadro non si presenta solo durante gli *Episodi Depressivi Maggiori* e non risulta meglio spiegabile con un *Disturbo Distimico*.

Questi individui risultano eccessivamente seri, incapaci di gioire e di rilassarsi, mancano di ironia, credono di non meritare di divertirsi o di essere felici, vedono sia il futuro che il presente negativi, aspettandosi sempre il peggio da ogni situazione. Appaiono quieti, introversi, con poca grinta ed iniziativa. Non vi è differenza nella frequenza di questo quadro tra i due sessi; tali soggetti risultano maggiormente predisposti a sviluppare il *Disturbo Distimico* e, a volte, il *Disturbo Depressivo Maggiore*. Considerando ciò si potrebbe ipotizzare l'esistenza di uno spettro in cui tale disturbo potrebbe essere considerato la variante caratteriale, persistente e ad esordio precoce del *Disturbo Depressivo*. È stato riscontrato che tra i familiari dei soggetti con un *Disturbo Depressivo Maggiore* vi è una maggiore prevalenza del *Disturbo Depressivo di Personalità* e viceversa.

Un'accurata diagnosi differenziale dovrebbe essere posta con il *Disturbo Distimico*, dal quale differisce per l'enfasi attribuita ai tratti di personalità cognitivi, interpersonali e intrapsichici e con gli *Episodi Depressivi Maggiori*, dai quali si differenzia per l'andamento pervasivo e per il disagio marcato o la compromissione del funzionamento sociale o lavorativo che può provocare.

Inoltre, ancora completamente da chiarire è il rapporto intercorrente tra tale disturbo sia con alcune categorie proposte nella stessa appendice, come il *Disturbo depressivo minore*, il *Disturbo depressivo breve ricorrente*, il *Disturbo ansioso-depressivo misto* ed il *Disturbo Distimico* caratterizzato dai criteri alternativi forniti in questa appendice, sia con gli altri *Disturbi di Personalità*. Si ipotizza, comunque, che tra tali quadri clinici esistano importanti aree di sovrapposizione.

ICD-10: Sindromi affettive

Tale sistema diagnostico, adottato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, contrariamente al DSM, più vicino agli orientamenti della psichiatria americana, recupera alcuni concetti diagnostici tipici della tradizione psichiatrica europea; può essere considerato un sistema diagnostico maggiormente flessibile di cui ci si può avvalere sia nella pratica di routine che nella ricerca epidemiologica (Lingiardi, 2001). Anche se esistono diversi gradi di concordanza tra il DSM-IV e l'ICD-10, quest'ultimo, anziché fornire, allo stesso modo del DSM, criteri specifici ed operazionalizzati, indica delle linee guida maggiormente flessibili, presenta categorie miste e non incoraggia diagnosi multiple (Ammaniti, Sergi, 2002).

Con il passare del tempo, nelle sue diverse edizioni, ha dedicato un'attenzione sempre maggiore alla sezione relativa ai disturbi psichici ed alle malattie mentali che, in un primo momento, occupava solo uno spazio circoscritto all'interno di tale classificazione (Lingiardi, 2001).

La sua decima edizione che, come anticipato, è stata pubblicata nel 1992, include una sezione per i disturbi mentali intitolata "The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines", la cui realizzazione è la risultante di un lavoro durato circa dieci anni di oltre 600 esperti di 52 Paesi; essa contiene cento categorie che rappresentano nosografie descrittive con fondamento empirico.

In questa sezione, che coincide con il Capitolo quinto del sistema di classificazione, è inclusa la descrizione delle *Sindromi affettive*, che di seguito verrà sinteticamente esposta. Con il termine sindrome l'ICD-10 fa riferimento ad "un gruppo di sintomi o di comportamenti clinicamente riconoscibili, che nella maggior parte dei casi si associa ad una sofferenza e ad una interferenza con il funzionamento dell'individuo" (p. 6).

L'ICD precisa che tale categoria diagnostica deve essere considerata una proposta, non essendo ancora sufficientemente chiara e non avendo ottenuto l'approvazione generale. È immediatamente evidente come tale classificazione sia meno precisa e particolareggiata rispetto al DSM; la parte dedicata a queste sindromi è più breve e concisa ed i suoi concetti appaiono più generici.

Anche in questo sistema diagnostico il disturbo fondamentale di queste sindromi è considerato l'alterazione del tono dell'umore, per lo più nel senso della depressione o dell'esaltazione; tale sintomo viene considerato associato ad un mutamento del livello globale di attività da cui consegue la maggior parte degli altri sintomi, considerata ad essa secondaria. La maggior parte delle sindromi è caratterizzata da un decorso ricorrente e da un esordio concomitante a eventi o situazioni stressanti.

In questa sezione devono essere codificate le sindromi di tutte le età.

Sono stati distinti gli episodi singoli dalle sindromi bipolari o con episodi multipli ed è stata posta particolare attenzione alla gravità, rilevante per il trattamento e la scelta delle modalità di assistenza.

Si specifica che i sintomi denominati "biologici" indicano quelli "melanconici", "vitali" o "endogeni" la cui validità scientifica deve essere ancora verificata; per tale ragione la loro registrazione non è considerata necessaria. Tra tale tipo di sintomi rientrano: la perdita di interesse e di piacere nelle attività che normalmente procurano piacere; la mancanza di reattività emotiva nei confronti degli stimoli piacevoli; il risveglio precoce; l'intensificazione mattutina della depressione; il rallentamento o l'agitazione psicomotoria; la perdita dell'appetito; la diminuzione di peso; la riduzione della libido.

Episodio maniacale

Se ne presentano tre livelli di gravità che condividono i sintomi dell'esaltazione del tono dell'umore e dell'aumento della quantità e della rapidità dell'attività fisica e mentale.

Include la sindrome bipolare ed il singolo episodio maniacale.

Ipomania

Come nel DSM-IV-TR, è considerata una sindrome meno grave della *mania*. Rispetto ai criteri del DSM-IV-TR sono presenti due item addizionali, quali aumentata energia sessuale ed aumentata socievolezza, mentre sono assenti gli item concernenti l'incremento dell'autostima e la fuga delle idee. Ancora, in questo sistema non è richiesto che l'alterazione dell'umore sia osservata dagli altri.

È considerata come quel quadro che copre la gamma dei disturbi dell'umore e del livello di attività compresa tra la *ciclotimia* e la *mania*.

Un'accurata diagnosi differenziale deve essere posta con i seguenti quadri: *ipertiroidismo*; *anoressia nervosa*; fasi precoci di una *depressione agitata*, specialmente in età presenile; gravi sintomi ossessivi.

Mania senza sintomi psicotici

Rispetto al DSM-IV-TR, sono presenti due item addizionali rappresentati da marcata energia sessuale o indiscrezione e perdita delle normali inibizioni sociali; probabilmente in tale sistema diagnostico la diagnosi per questo tipo di episodi risulta maggiormente inclusiva.

Mania con sintomi psicotici

È questo un quadro clinico più grave rispetto al precedente che può includere deliri ed idee di persecuzione, che possono essere specificati come congrui o incongrui all'umore. Con il termine incongrui si fa riferimento a deliri ed allucinazioni affettivamente neutri.

Include lo stupore maniacale.

Un'accurata diagnosi differenziale deve essere posta con il quadro della *schizofrenia*. Tra gli *Episodi maniacali* sono inclusi anche l'*Episodio maniacale di altro tipo* e l'*Episodio maniacale non specificato*.

Sindrome affettiva bipolare

Questa definizione, rispetto a quella del DSM-IV-TR, oltre ai differenti criteri diagnostici proposti per l'*Episodio Maniacale* e per l'*Episodio Depressivo Maggiore*, non effettua una distinzione tra *Disturbo Bipolare I* e *Disturbo Bipolare II*.

Consiste in una sindrome caratterizzata da almeno due episodi ripetuti in cui il tono dell'umore ed i livelli di attività del soggetto sono significativamente disturbati. La remissione dei sintomi tra gli episodi viene descritta come solitamente completa e l'incidenza nei due sessi come molto più simile rispetto alle altre sindromi affettive.

Gli *episodi maniacali* insorgono bruscamente ed hanno una durata media di quattro mesi; gli *episodi depressivi* durano invece mediamente sei mesi.

Seppur entrambi i tipi di episodi possano essere conseguenti ad eventi di vita stressanti o a traumi psichici, la presenza degli stress non è ritenuta essenziale per porre diagnosi. La prima comparsa dell'episodio può verificarsi in qualsiasi età, le remissioni tendono a durare meno con il passare del tempo e gli *episodi depressivi* tendono a divenire più frequenti e di maggiore durata dopo la quinta decade di vita.

Un sinonimo di *sindrome bipolare* è il concetto di “psicosi maniaco-depressiva”, anche se esso inizialmente includeva solo pazienti che soffrivano di depressione. Vi rientrano i seguenti quadri: *Sindrome affettiva bipolare, attuale episodio ipomaniacale*; *Sindrome affettiva bipolare, attuale episodio maniacale senza sintomi psicotici*; *Sindrome affettiva bipolare, attuale episodio maniacale con sintomi psicotici*; *Sindrome affettiva bipolare, attuale episodio depressivo lieve o di media gravità*; *Sindrome affettiva bipolare, attuale episodio depressivo grave senza sintomi psicotici*; *Sindrome affettiva bipolare, attuale episodio depressivo grave con sintomi psicotici*; *Sindrome affettiva bipolare, attuale episodio misto*; *Sindrome affettiva bipolare, attualmente in remissione*; *Sindrome affettiva bipolare di altro tipo*; *Sindrome affettiva bipolare non specificata*.

Episodio depressivo

I criteri diagnostici per tale episodio contengono alcuni item diversi rispetto a quelli del DSM-IV-TR; il calo dell'autostima è separato dai sentimenti di colpa inappropriati. Sono qui forniti set di criteri separati per ogni livello di gravità di tale episodio: quattro sintomi su dieci definiscono un livello Lieve, sei sintomi su dieci definiscono il grado Moderato, otto sintomi su dieci lo qualificano come Grave. Sono richiesti inoltre almeno due dei seguenti tre sintomi: umore depresso, perdita di interesse e ridotta energia, per gli episodi Lievi e Moderati, e tutti e tre per gli episodi Gravi. Gli episodi con manifestazioni psicotiche escludono sintomi di primo rango e deliri bizzarri.

Se i sintomi si presentano per meno di due settimane ma sono comunque particolarmente gravi o ad esordio rapido viene comunque posta una diagnosi di tale episodio.

Include: singoli episodi di *depressione maggiore* senza sintomi psicotici, *reazione depressiva*, *depressione psicogena* o *depressione reattiva*.

A questa categoria appartengono i seguenti quadri:

Episodio depressivo di gravità lieve, ulteriormente distinto in base alla presenza o all'assenza di sintomi “biologici”;

Episodio depressivo di media gravità, anch'esso ulteriormente distinto in base alla presenza o all'assenza di sintomi “biologici”;

Episodio depressivo grave senza sintomi psicotici, nel quale si presume che la sindrome “biologica” sia quasi sempre presente, che comporta rischio di suicidio e che include il singolo episodio di *depressione agitata*, la *melanconia* o la *depressione vitale* senza sintomi psicotici;

Episodio depressivo grave con sintomi psicotici, in cui sono presenti deliri, allucinazioni o stupore depressivo e che include episodi singoli di *depressione maggiore* con sintomi psicotici, *depressione psicotica*, *psicosi depressiva psicogena* e *psicosi depressiva reattiva*;

Episodio depressivo di altro tipo, che include *depressione atipica* ed episodi singoli di *depressione “mascherata” non altrimenti specificata*;

Episodio depressivo non specificato, che include depressione non altrimenti specificata e sindrome depressiva non altrimenti specificata.

Sindrome depressiva ricorrente

Consiste in ripetuti *episodi di depressione* di grado lieve, medio o grave, non intervallati da *episodi maniacali* indipendenti. Si applica invece questa categoria nel caso in cui un *episodio depressivo* sia immediatamente seguito da un *episodio ipomaniacale*. Vi è un'ampia variabilità nell'età di esordio, nella durata e nella frequenza degli *episodi depressivi*. Il primo episodio mediamente compare tardivamente, nella quinta decade. I sintomi hanno una durata media di sei mesi ma, rispetto alla *sindrome bipolare*, ricorrono meno frequentemente. Anche se solitamente la remissione interepisodica è completa, una minoranza di pazienti può sviluppare una depressione persistente, specialmente se in età avanzata. I singoli episodi solitamente seguono eventi di vita stressanti e si presentano con una frequenza doppia nelle donne rispetto agli uomini. Può presentarsi un *episodio maniacale* che determina il cambiamento della diagnosi in *sindrome affettiva bipolare*.

Include: episodi ricorrenti di *reazione depressiva*, *depressione psicogena*, *depressione reattiva*, *sindrome depressiva stagionale*, episodi ricorrenti di *depressione endogena*, *psicosi maniaco-depressiva* tipo depressivo, *depressione vitale*, *depressione maggiore*, *depressione psicotica*, *psicosi depressiva psicogena* o *reattiva*.

A questa categoria appartengono i seguenti quadri:

Sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale lieve, ulteriormente distinta in base alla presenza o all'assenza di sintomi "biologici";

Sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di media gravità, ulteriormente distinta in base alla presenza o all'assenza di sintomi "biologici";

Sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale grave senza sintomi psicotici;

Sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale grave con sintomi psicotici, che può essere ulteriormente descritta in base alla qualità congrua o incongrua all'umore dei deliri e delle allucinazioni;

Sindrome depressiva ricorrente, attualmente in remissione;

Sindromi depressive ricorrenti di altro tipo;

Sindrome depressiva ricorrente non specificata, che include la *depressione unipolare non altrimenti specificata*.

Sindrome affettive persistenti

Vi sono inclusi quei quadri caratterizzati da un disturbo persistente e fluttuante dell'umore in cui i singoli episodi non sono mai gravi al punto da poter essere descritti come *ipomaniacali* o *depressivi lievi*. Potendo persistere anche per la maggior parte della vita del soggetto, causano notevole sofferenza e disabilità. È possibile, però, che a tale sindromi si sovrappongano *episodi ricorrenti* o *singoli* di *mania* o di *depressione lieve* o *grave*.

È specificato che tali sindromi sono classificate in questa sezione, e non nei disturbi di personalità, per il fatto che risultano geneticamente in relazione con le sindromi affettive e poiché a volte rispondono agli stessi trattamenti utilizzati per esse.

Quando è opportuno, occorre distinguere tra varietà ad esordio precoce e ad esordio tardivo della *ciclotimia* e della *distimia*.

Ciclotimia

Consiste in una persistente instabilità del tono dell'umore con numerosi periodi di lieve depressione e lieve esaltazione che non soddisfano nessuna delle categorie descritte per l'*episodio depressivo* o per l'*episodio maniacale*.

Solitamente si sviluppa precocemente, nella prima vita adulta ed ha un decorso cronico, anche se a volte l'umore può essere normale e stabile per mesi. Per porre questa diagnosi sono necessari lunghi periodi di osservazione ed informazioni dettagliate sul comportamento precedente del soggetto.

Dal momento che le oscillazioni dell'umore sono lievi ed i periodi di leggera esaltazione possono risultare piacevoli, è frequente che la *ciclotimia* non giunga all'osservazione medica.

Quando necessario si può specificare l'esordio, se nella tarda adolescenza o nella terza decade di vita o se tardivo.

Include il *disturbo di personalità affettivo, cicloide e ciclotimico*.

Distimia

Consiste in una depressione del tono dell'umore che persiste alcuni anni, a volte indefinitamente, che non è mai, o solo raramente, abbastanza grave da rispondere ai criteri per la *sindrome depressiva ricorrente di gravità lieve o media*.

Solitamente esordisce precocemente nell'età adulta e, quando invece si sviluppa più tardivamente, spesso segue un *episodio depressivo* discreto o è associata ad un lutto o ad un evento stressante. Include: *depressione ansiosa persistente, nevrosi depressiva, disturbo di personalità depressivo, depressione nevrotica* che abbia una durata superiore a due anni.

Sindromi affettive persistenti di altro tipo

Vi rientrano alcune forme di depressione precedentemente definite "nevrotiche" che non soddisfano i criteri per la *ciclotimia*, la *distimia* o un *episodio depressivo di gravità lieve o media*.

Sindrome affettiva persistente non specificata

Altre sindromi affettive

Episodi affettivi singoli di altro tipo, in cui è incluso l'*episodio affettivo misto*, che consiste in un episodio affettivo della durata di almeno due settimane caratterizzato da un insieme, o da una rapida oscillazione, in genere nell'arco di poche ore, di sintomi ipomaniacali o maniacali e depressivi.

Sindromi affettive ricorrenti di altro tipo, in cui è inclusa la *sindrome depressiva breve ricorrente*, in cui *episodi depressivi ricorrenti brevi* si sono verificati per circa una volta al mese durante l'anno precedente, per una durata di circa due o tre giorni con remissione completa. E' possibile che tali episodi si verifichino in relazione con il ciclo mestruale.

Altre sindromi affettive specifiche

Sindrome affettiva non specificata

È una categoria che va utilizzata solo nell'eventualità in cui non sia possibile avvalersi di nessun altro termine.

Include la psicosi affettiva non altrimenti specificata.

“Adesso, però, è tempo di osservare realmente i fenomeni con cui abbiamo a che fare, e di adattare i nostri metodi ai fenomeni, anziché il contrario”.

PDM, 2006, p. LIX

Lo *Psychodynamic Diagnostic Manual (Manuale Diagnostico Psicodinamico, PDM)* è stato realizzato nel 2006 dalla collaborazione delle principali organizzazioni di professionisti della salute mentale statunitensi psicoanaliticamente orientati, quali: l'American Psychoanalytic Association, l'International Psychoanalytical Association, la Division of Psychoanalysis (39) of the American Psychoanalytical Association, l'American Academy of Psychoanalysis ed il National Membership Committee on Psychoanalysis in Clinical Social Work.

Finalizzato a rinvigorire il legame tra diagnostica descrittiva, ricerca empirica e contributo psicodinamico, è uno strumento diagnostico assolutamente innovativo che rappresenta il prodotto dei dissidi e dei tentativi di confronto che nel corso degli anni hanno costellato e delineato il rapporto tra psichiatria e psicoanalisi. È una nosologia che si colloca esplicitamente all'interno della cornice teorica della psicoanalisi, proponendosi di esplorare l'intera gamma del funzionamento mentale in tutta la sua profondità e che si basa sulle neuroscienze contemporanee, sulle ricerche sugli obiettivi delle terapie e su altre indagini di carattere empirico. Costituisce quindi il primo consistente tentativo di realizzare una nosografia psicoanalitica sistematica e riflette il graduale e progressivo processo di evoluzione del DSM e, contemporaneamente, di apertura del modello psicoanalitico a esigenze di ricerca e di comunicazione (Lingiardi, Del Corno, 2008).

Il PDM deve essere considerato, per scopo e per struttura, ortogonale al DSM, proponendosi di integrarlo in chiave psicoanalitica; anziché essere una tassonomia di patologie o di disturbi mentali, come il DSM, può essere considerato una tassonomia di persone che, seppur prevedendo il riferimento a categorie, implica considerazioni di tipo dimensionale, proponendo, per ogni categoria, un *continuum* che include la descrizione di un'organizzazione caratteriale predominante nell'ambito di un funzionamento normale, nevrotico e psicotico.

Indicando il suo utilizzo per la diagnosi clinica, la formulazione dei casi e la progettazione degli interventi, il PDM, come anticipato, si presenta come una nosologia alternativa rispetto a quella dal DSM (Dazzi, 2008); esso riprende da questo l'impostazione multiassiale, la categorizzazione dei disturbi di personalità e la nomenclatura di diversi quadri patologici, aggiungendovi però alcuni assi che si interessano alle modalità di funzionamento mentale e di esperienza soggettiva, aspetti generalmente esplorati dall'approccio psicoanalitico (Lingiardi, Del Corno, 2008).

Tra i pregi di questo strumento nosografico vanno menzionati: l'attribuire importanza ad una valutazione dimensionale delle capacità mentali di base e del funzionamento globale della personalità; il porre attenzione alle risorse dei pazienti; il presentare specifiche categorie per i disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza; il considerare la comorbidità tra disturbi clinici e di personalità e tra i diversi disturbi di personalità una caratteristica specifica del funzionamento mentale; il concepire le diverse sindromi come *Gestalt* e non assemblaggi di criteri; il valutare basandosi sulla somiglianza del funzionamento di un paziente con il modello dei diversi disturbi; il conferire valore alla soggettività del clinico e del paziente.

Contrariamente al DSM, quindi, che può essere considerato un sistema di valutazione diagnostica multiassiale, categoriale e politetico, il PDM rappresenta uno strumento multiassiale, multidimensionale e prototipico (Lingiardi, Del Corno, 2008).

Come accennato, è finalizzato ad indagare l'intera gamma del funzionamento mentale di un individuo, a partire dagli aspetti più superficiali sino a giungere a quelli più profondi dei suoi pattern emotivi, cognitivi e sociali, esplorando sia le variazioni individuali che gli elementi comuni.

Per ciò che concerne la diagnosi degli adulti, prevede che essa si snodi in tre passi che corrispondono a tre assi, quali: l'Asse P, che consente di valutare i *pattern e i disturbi di personalità*, quindi l'Asse M, che valuta il *funzionamento mentale* ed infine l'Asse S, rivolto alla valutazione dell'esperienza soggettiva dei *pattern sintomatici* dei vari disturbi clinici.

Per comprendere appieno il modo in cui tale sistema diagnostico inquadra le patologie dell'umore è opportuno preliminarmente presentare nei loro aspetti essenziali le categorie all'interno delle quali tali disturbi sono ricondotti, quindi quelle concernenti l'Asse P e l'Asse S.

I pattern ed i disturbi di personalità valutati dall'Asse P sono disposti lungo un *continuum* di organizzazioni della personalità che riprende il modello di Otto Kernberg, andando da un livello sano di funzionamento, passando per uno nevrotico e giungendo infine ad uno borderline.

Anzitutto è bene precisare che il PDM definisce la personalità "ciò che si è, non ciò che si ha" (p. 7), riferendosi ad essa come ad "un insieme di pattern relativamente stabili di pensare, sentire, comportarsi e mettersi in relazione con gli altri" (pp. 7-8). Il manuale non traccia una linea di demarcazione tra tipo di personalità e disturbo di personalità, sottolineando che il funzionamento umano si dispone lungo un *continuum*. Riporta inoltre l'interessante osservazione in base alla quale anche gli individui con personalità stabili e ben funzionanti hanno diverse caratteristiche precipue dei tipi patologici di personalità.

L'Asse P delinea diversi tipi di personalità ed è composto da una serie di categorie che solo in parte si sovrappongono a quelle dell'Asse II del DSM e che frequentemente vengono ulteriormente suddivise in sottotipi (Lingiardi, Del Corno, 2008).

La collocazione della personalità sulla dimensione della gravità si valuta considerando le seguenti capacità: identità, relazioni oggettuali, tolleranza degli affetti, regolazione degli affetti, integrazione del Super-io, dell'Io ideale e dell'ideale dell'Io, esame di realtà, forza dell'Io e resilienza.

Se la personalità sana, che non presenta disturbi di personalità, è caratterizzata da una flessibilità tale da adattarsi in modo adeguato alle sfide della realtà, quella di tipo nevrotico è contrassegnata dalla tendenza a reagire agli stress con una certa rigidità, con una gamma limitata di difese e di meccanismi di coping ed infine quella che ricade nell'area borderline è contraddistinta dal fatto che le prime quattro capacità elencate sono compromesse, a volte con una seria limitazione anche della quinta, potendo anche presentare, nei casi più estremi, problemi transitori nell'esame di realtà.

Mentre a livello nevrotico vengono collocati il disturbo di personalità depressivo o depressivo-masochistico, il disturbo di personalità isterico e quello ossessivo e/o compulsivo, a livello borderline sono comunemente associati i seguenti disturbi di personalità: paranoide, psicopatico, narcisistico, sadico, sadomasochistico, ipomaniacale, somatizzante e dissociativo.

Per ogni disturbo vengono presentati i seguenti aspetti: descrizione generale, implicazioni terapeutiche, pattern costituzionali maturativi, tensione o preoccupazione prevalente, affetti principali, credenze patogene caratteristiche relative a sé e agli altri, tipici meccanismi di difesa.

Di impronta psicoanalitica è sia l'idea in base alla quale possono coesistere nello stesso disturbo manifestazioni comportamentali apparentemente opposte, riflettendo espressioni polarizzate delle stesse problematiche di base, sia la declinazione in sottotipi dello stesso disturbo (Lingiardi, Del Corno, 2008).

La decisione di collocare la dimensione relativa ai pattern ed ai disturbi di personalità per prima deriva dalla accresciuta consapevolezza del fatto che è necessario dapprima cogliere la vita mentale complessiva di una persona per poter comprendere, valutare e trattare i suoi sintomi e problemi. A tal proposito il PDM osserva, a ragione, che l'umore depresso può manifestarsi in modo del tutto differente in una persona che teme le relazioni ed evita di sperimentare ed esprimere i suoi sentimenti e in una persona che invece non rifugge le relazioni bensì tenta di coinvolgersi in esse; il manuale specifica infatti che non esiste un'unica presentazione clinica di un fenomeno che, isolato in modo artificiale, è stato etichettato come depressione.

L'Asse S è dedicato alla valutazione dell'esperienza soggettiva dei diversi pattern sintomatici connessi alle diverse sindromi dell'Asse I; in particolare vengono presi in considerazione gli stati affettivi, i pattern cognitivi e relazionali e le esperienze somatiche più frequenti. I cluster di sintomi vengono esplicitamente considerati descrittori utili se considerati punto di partenza per fare maggiore chiarezza sulla sofferenza mentale ed emotiva dell'individuo. Il PDM specifica che la comprensione di questi pattern può avvenire solo nel contesto della struttura complessiva della personalità di un paziente e del profilo del suo funzionamento mentale. Tali pattern, infatti, secondo un'ottica psicodinamica, rappresentano espressioni esplicite dei modi attraverso i quali il paziente affronta le esperienze, piuttosto che rappresentare disturbi a sé stanti.

Il manuale tende a conferire importanza anche a considerazioni concernenti le componenti biologiche di tali pattern, che possono favorire un'indagine dei correlati biologici di molti disturbi mentali. Anche se viene riconosciuta l'esistenza di componenti biologiche alla base di molti disturbi mentali, al concetto di comorbidità tra diversi disturbi viene preferita l'idea in base alla quale le differenti manifestazioni sintomatiche sono espressione di un unico, complesso, disturbo di base del funzionamento mentale. Ancora, si osserva che, essendovi un'interazione tra aspetti evolutivi e variabili di personalità nei pattern sintomatici degli adulti, la formulazione e la pianificazione del trattamento dovrebbero prendere in adeguata considerazione le differenze connesse all'età.

Infine viene precisato che i pattern sintomatici di ogni persona, pur condividendo caratteristiche con pattern simili presenti in altri soggetti, contemporaneamente se ne differenziano per loro specifiche peculiarità.

Disturbi depressivi di personalità

I *Disturbi depressivi di personalità*, collocati nell'Asse P, sono stati suddivisi in *Introiettivo*, *Anaclitico*, *Manifestazione opposta: disturbi ipomaniacali di personalità*.

I tipi introiettivo ed anaclitico rappresentano le due configurazioni psicopatologiche sviluppate in seno alla modellistica psicopatologica proposta da Sidney Blatt.

Il PDM afferma che la versione introiettiva di questi disturbi, che fa coincidere con quella che un tempo veniva denominata malinconia, è caratterizzata da senso di colpa, tendenza all'autocritica e perfezionismo, mentre quella anaclitica concerne sentimenti di

vergogna, alta reattività alla perdita ed al rifiuto, sentimenti aspecifici di inadeguatezza e di vuoto.

Mentre il tipo introiettivo di disturbo depressivo viene descritto come contraddistinto da preoccupazioni relative a temi concernenti la definizione di sé ed il valore di sé, oltre che da pensieri autocritici, quello anaclitico è delineato da preoccupazioni imperniate attorno ad aspetti relativi alla dimensione relazionale, al tema della fiducia ed al mantenimento delle relazioni di attaccamento. Viene precisato che si può parlare di *disturbo depressivo di personalità* nel momento in cui le dinamiche introietive invadono l'intera personalità; se invece sono prevalenti le dinamiche anaclitiche, in base alle capacità relazionali della persona si deve scegliere la diagnosi prendendo in considerazione anche le diagnosi di *disturbo dipendente* o di *disturbo narcisistico di personalità*.

Il PDM sostiene che studi empirici effettuati da Shedler e Westen hanno dimostrato che quella depressiva è il tipo di personalità che si incontra più comunemente nella pratica clinica.

È caratterizzata dalla tendenza a provare un affetto cronicamente disforico e da una disposizione a sentirsi in colpa e a provare vergogna.

Contrariamente al DSM III, III-R e IV che hanno omesso questo tipo di personalità, collocando tutti i fenomeni disforici all'interno della vasta categoria dei *Disturbi dell'Umore*, il PDM ritiene che questo tipo di diagnosi non debba essere abolita sia per il fatto che non tutti coloro che hanno un carattere depressivo possono ricevere una diagnosi di *Disturbi dell'Umore*, sia perché nelle persone che hanno mitigato i loro sintomi depressivi per mezzo della terapia farmacologia continuano a persistere specifiche problematiche depressive che possono essere influenzate positivamente con la psicoterapia. Viene sottolineato, infatti, che i farmaci antidepressivi e gli stabilizzatori dell'umore, pur potendo alleviare la sofferenza associata alle patologie depressive, sortiscono un effetto minimo sulla disforia cronica delle persone con carattere depressivo e sugli atteggiamenti autopunitivi degli individui con un *disturbo di personalità di tipo introiettivo*. Il PDM propone quindi di differenziare gli individui con personalità depressiva da quelli con una patologia depressiva maggiore, ritenendo i primi contraddistinti da un intensificarsi degli stessi temi di personalità sotto stress, mentre i secondi contrassegnati da più evidenti sintomi vegetativi e dall'intensità dell'affetto disforico.

Le persone con un *disturbo di personalità di tipo introiettivo* mostrano la tendenza a ritenere se stesse responsabili delle loro esperienze dolorose; nel momento in cui subiscono un maltrattamento, un rifiuto o un abbandono, si pongono in una posizione difettuale, credendo di essere nel torto. Tale atteggiamento viene interpretato dal PDM come risultante della credenza tipica dei bambini cresciuti in famiglie difficili, con caregiver che abusavano di loro o che li trascuravano, che fa sì che essi attribuiscono la sofferenza alla propria cattiveria, manovra questa che consente loro di porsi in posizione attiva rispetto alla situazione al fine di tentare di modificarla. Ne consegue che tali individui si preoccupano di essere sempre buoni non riuscendo però mai a sentirsi soddisfatti. Le loro tensioni principali riguardano problemi concernenti il senso del proprio valore anziché problematiche di tipo relazionale.

Negli individui con *disturbo di personalità di tipo anaclitico*, invece, la sofferenza si sviluppa in seguito ad esperienze di perdita e di separazioni. Le preoccupazioni principali vertono attorno a temi relativi alla relazione, agli affetti, alla fiducia, all'intimità, al calore. Tali individui frequentemente sperimentano sentimenti di vuoto, incompletezza, solitudine, *helplessness* (termine difficilmente traducibile che indica la condizione di chi si sente incapace di difendersi, crede di non aver controllo sulla situazione e ritiene che ogni cosa che fa sia destinata a rivelarsi inutile), debolezza ed

una disperazione esistenziale, in cui predomina la sensazione che la vita sia vuota e priva di significato.

Generalmente le persone con *disturbi depressivi di personalità* risultano “carine” e tendono a dare ai terapeuti l'impressione di essere piacevoli ed ammirevoli. Nella cura dei pazienti introiettivi è importante far sì che essi esplicitino i loro sentimenti negativi, in particolar modo l'ostilità e le critiche, poiché hanno la tendenza ad idealizzare il terapeuta, a provare ad essere dei bravi pazienti e a ritenere l'accettazione acritica del terapeuta conseguenza del fatto che egli non si è ancora accorto della loro cattiveria.

Il PDM riporta le indicazioni terapeutiche proposte da Blatt (Blatt, Levy, 1998) per i due tipi di depressione; egli consiglia per i pazienti introiettivi, per i quali l'interpretazione e l'*insight* sono fondamentali per avere un miglioramento terapeutico, la psicoanalisi intensiva a lungo termine, mentre per quelli anaclitici, in cui è preminente l'esperienza dell'affidabilità della relazione terapeutica, una psicoterapia *vis-à-vis* ed interventi a breve termine.

In ogni caso, contrariamente alla patologia depressiva, i disturbi depressivi di personalità di entrambi i tipi rispondono meglio ad una terapia intensiva a lungo termine. Il PDM elenca poi le caratteristiche precipue di questi tipi di disturbi di personalità, in particolare:

Pattern costituzionali-maturativi: possibile predisposizione genetica alla depressione.

Tensione/preoccupazione principale: bontà/cattiveria o solitudine/relazionalità.

Affetti principali: tristezza, senso di colpa, vergogna.

Credenza patogena caratteristica relativa a se stessi: c'è qualcosa di intrinsecamente cattivo o inadeguato in me.

Credenza patogena caratteristica relativa alle altre persone: le persone che mi conosceranno davvero mi rifiuteranno.

Modi principali di difendersi: introiezione, capovolgimento, idealizzazione degli altri, svalutazione di sé.

Sottotipi: introiettivo; anaclitico.

Manifestazione opposta: disturbi ipomaniacali di personalità

Sicuramente meno frequenti rispetto ai *disturbi depressivi di personalità* appena discussi, i *disturbi ipomaniacali di personalità* sono la risultante dell'azione della difesa maniacale teorizzata da Melanie Klein (1935) che si esplica nel diniego delle sottostanti potenti dinamiche depressive e che ha come conseguenza la presenza di uno stato di umore stabilmente elevato, la mancanza di senso di colpa ed una stima irrazionalmente positiva di sé. Tali individui, che potrebbero essere definiti “controdepressivi”, pur essendo contraddistinti da un'energia considerevole, da prontezza intellettuale e da fascino, intrattengono relazioni superficiali avendo un'inconscia paura del legame.

Questi disturbi si differenziano da un *episodio maniacale* o *ipomaniacale* per la differente qualità, durata e stabilità del senso di energia, del dinamismo e della pienezza di sé.

Tali tipi di persone possono inizialmente essere percepite dai terapeuti stimolanti ma questi presto iniziano a sentirsi disorientati, eccessivamente stimolati e tenuti a distanza. A causa della loro paura di essere abbandonati in una relazione in cui si sta sviluppando un attaccamento, questi individui oppongono resistenza alla terapia, frequentemente gestendo questo loro terrore inconscio abbandonando per primi il trattamento. Queste

persone infatti, contrariamente ai soggetti con un'organizzazione depressiva di personalità, possono essere ricondotte per lo più nell'area borderline, potendo mostrare reazioni improvvise e difficilmente contenibili.

Sovente i terapeuti cercano di rendere consapevoli i pazienti del fatto che la loro vita è stata costellata e punteggiata da fughe improvvise e tentano di stipulare un accordo con loro per prevenire la possibilità che tale dinamica si ripresenti nel processo terapeutico.

Il PDM elenca poi le caratteristiche precipue di questi tipi di disturbi di personalità, in particolare:

Pattern costituzionali-maturativi: probabile alto livello di energia;

Tensione/preoccupazione principale: ignorare il dolore/soccombere al dolore.

Affetti principali: euforia, rabbia, tristezza e dolore inconsci.

Credenza patogena caratteristica relativa a se stessi: se smetto di correre e mi avvicino a qualcuno, sarò traumaticamente abbandonato; per questo me ne vado per primo.

Credenza patogena caratteristica relativa alle altre persone: posso affascinare gli altri in modo tale da non permettere loro di vedere le qualità che inevitabilmente li porterebbero a rifiutarmi.

Modi principali di difendersi: diniego o difesa maniacale (Klein, 1935), idealizzazione di sé, svalutazione degli altri.

Disturbi dell'Umore

Come anticipato, il PDM riprende la categorizzazione dei *Disturbi dell'Umore* proposta dal DSM-IV-TR, specificando però che nella maggior parte dei casi i pazienti sperimentano una gamma di pattern maniacali, depressivi e maniaco-depressivi.

Collocandoli nell'Asse S, il PDM si sofferma dapprima sull'esposizione delle caratteristiche dei *disturbi depressivi*, quindi sulla presentazione degli aspetti principali dei *disturbi bipolari*.

Disturbi depressivi

La depressione viene descritta come una sindrome diffusa, che, pur potendosi sviluppare a qualsiasi età, generalmente si presenta in età adulta ed è caratterizzata da sintomi che possono persistere per giorni o settimane. È specificato che il 50% delle persone che presenta un singolo *episodio depressivo* ne sviluppa un altro. Tale sindrome viene considerata differente da uno stato di estrema tristezza, poiché influenza la mente ed il corpo, il sistema immunitario ed il sistema nervoso periferico e compromette il normale funzionamento lavorativo, scolastico e relazionale.

È descritta come diversa anche rispetto al dolore, essendo costante ed oppressiva e rispetto al lutto normale, dal momento che nelle persone depresse il senso di vuoto e di cattiveria non è collocato all'esterno, come nelle persone in lutto, bensì rivolta verso sé.

Viene specificato che, essendo la depressione uno stato affettivo la cui intensità può variare da relativamente leggera a profonda, da un'esperienza sfumata a un disturbo clinico gravemente disabilitante, è importante prendere in considerazione la qualità, l'intensità e la natura dei sintomi che rappresentano gli elementi più rilevanti dal punto di vista clinico. Ancora è aggiunto che essa può costituire una risposta appropriata, pur potendo essere eccessiva, ad una adeguata comprensione della realtà, oppure, al contrario, può essere basata su gravi distorsioni di quest'ultima.

Vengono esposte le principali caratteristiche della *depressione maggiore*, della *distimia*, del *disturbo bipolare*, della *depressione psicotica*, del *disturbo affettivo stagionale* e della *depressione post partum*.

Di seguito sono menzionate alcune componenti che possono risultare utili nella valutazione del rischio suicidario, quali: presenza di ideazione, intenti o piani omicidi o suicidi; facile accesso a mezzi tramite i quali ci si può suicidare e carattere letale di questi mezzi; presenza di sintomi psicotici, soprattutto di allucinazioni ingiuntive; presenza di un grave abuso di alcool o di altre sostanze; storia e gravità dei precedenti tentativi autolesivi; storia familiare di – o recente esposizione a - suicidi.

Il manuale si sofferma quindi sull'indagine dell'*esperienza interna* nei *disturbi depressivi*.

Per ciò che concerne gli *stati affettivi* tipici degli individui con depressione, viene posta una distinzione facendo nuovamente riferimento ai pattern depressivi individuati da Blatt.

La depressione anaclitica, frequentemente conseguente alla rottura della relazione con il caregiver primario, è caratterizzata da: sentimenti di *helplessness*, debolezza, inadeguatezza, vuoto; paura di essere abbandonati, non amati; tentativi di mantenere un contatto fisico diretto con una persona che gratifica i propri bisogni; desiderio di essere protetti, nutriti, aiutati, confortati; difficoltà nel tollerare il rinvio e le posticipazioni; tendenza a valorizzare i caregiver per la loro capacità di fornire gratificazioni di cui si abbisogna.

La depressione introiettiva è invece contraddistinta dalle seguenti peculiarità: persistenti autocritiche severe e punitive; sentimenti di inferiorità, mancanza di valore e colpa; sensazione di non riuscire a vivere all'altezza delle proprie aspettative e dei propri standard; paura di perdere la considerazione, il riconoscimento e l'amore delle persone ritenute significative; carente autostima.

I *pattern cognitivi* della patologia depressiva concernono una convinzione della propria colpa concomitante a fantasie di perdita di approvazione, riconoscimento, amore, accentuata indecisione, poco rispetto di sé, idee suicidarie, compromissione della memoria. Si puntualizza che nella depressione introiettiva tali sintomi cognitivi si presentano in modo più accentuato e che nella depressione anaclitica riguardano per lo più preoccupazioni concernenti il modo in cui l'individuo può fare in modo che gli altri si prendano cura di sé. In ogni caso è precisato che nella depressione l'intensità dei pensieri può raggiungere un grado tale da divenire seriamente disturbante.

Tra gli *stati somatici* caratteristici di questi disturbi non riconducibili ad alcuna patologia fisica nota sono inclusi essenzialmente i sintomi vegetativi presentati nel DSM, quali: la perdita del desiderio sessuale; alterazione dell'attività motoria; dolori di testa, di schiena o muscolari; palpitazioni; svenimenti; costipazione. Possono essere inoltre presenti: uso o abuso di sostanze al fine di tentare di diminuire i sintomi disforici; cambiamenti dell'appetito, con conseguente perdita o aumento di peso; rallentamento psicomotorio che spesso la persona non associa alla sofferenza emotiva; insonnia o ipersonnia.

Infine, i *pattern relazionali* possono essere contraddistinti da bisogni insaziabili e/o ostilità esigente e da sentimenti di non essere degni di amore o di essere privi di valore che possono far sì che le persone si leghino eccessivamente, si ritirino o si mettano in opposizione alle persone con cui in passato avevano intrattenuto relazioni positive.

Disturbi bipolari

Come per i *disturbi depressivi*, anche per i *disturbi bipolari* sono presi in considerazione gli stessi criteri diagnostici adottati dal DSM-IV-TR.

Per tale ragione si procederà direttamente all'esposizione del contributo apportato alla comprensione di tali disturbi dal PDM, consistente nella presentazione dell'*esperienza interna* tipica degli stati maniacali.

In merito agli *stati affettivi*, vengono riportati sentimenti di intenso piacere o euforia, accentuata irritabilità, angoscia transitoria, agitazione, sensibilità eccessiva a - o attesa di - offese e rifiuto.

Gli individui possono avvertire un'energia eccessiva che può sia disorganizzare e distrarre che conferire un senso di infinito potere, abilità e creatività. Sovente può svilupparsi un aumentato desiderio, che può divenire anche un disperato bisogno, delle altre persone, frequentemente concomitante ad un intenso desiderio sessuale e a disinibizione sociale.

Parallelamente agli improvvisi, imprevedibili ed incontrollabili cambiamenti del tono dell'umore possono presentarsi altrettanto veloci fluttuazioni del senso di sé, quindi le persone con questo tipo di disturbi possono sentirsi frammentate ed ansiose e, un attimo dopo, complete ed esaltate.

Nel momento in cui termina lo stato maniacale possono svilupparsi consistenti sentimenti di perdita ed un accentuato desiderio di intensità emotiva, estasi e produttività; a volte l'individuo può far ricorso a droghe eccitanti, quali ad esempio la cocaina o le metamfetamine, per ripristinare il precedente stato di euforia.

A proposito dei *pattern cognitivi*, frequenti sono: fantasie di potere illimitato e di talento eccezionale; desiderio di fama ed adorazione; difficoltà a pensare in modo chiaro, logico e lineare dal momento che tali persone possono sentirsi disorientate dalla fugacità e dall'inafferrabilità dei propri pensieri, oppure possono provare al riguardo sentimenti liberatori e gioiosi. Sovente parlano senza che alcun tipo di censura o inibizione filtri i loro pensieri.

Tra gli *stati somatici* si riscontrano prevalentemente irrequietezza ed insonnia, poiché tali persone possono considerare il dormire un'inutile perdita di tempo, associate ad un consistente senso di forza e di attività e ad un intenso desiderio sessuale. Ne consegue che l'individuo può andare incontro ad un serio pericolo di eccessivo affaticamento fisico che può costituire un fattore di rischio per una depressione suicidaria.

Infine, i *pattern relazionali*, com'è naturale attendersi, risultano imprevedibili, caotici, impulsivi e sessualizzati. Si osserva che gli individui con tendenze maniacali possono ispirare seguaci e protetti che possono sperimentare un'elevazione del tono dell'umore per il solo fatto di poter condividere i grandiosi progetti della persona maniacale.

Proposta di diagnosi basata sulla comparazione dei prototipi

Westen e colleghi (2012) propongono un sistema, empiricamente derivato e clinicamente utile, per diagnosticare i disturbi dell'umore.

Si propongono di utilizzare un metodo rigoroso per quantificare le osservazioni di clinici esperti e, allo stesso tempo, applicare tecniche statistiche di aggregazione dei dati per identificare dimensioni e categorie clinicamente significative, teoricamente coerenti ed empiricamente fondate.

Dopo aver chiesto a 187 clinici di descrivere un loro paziente, casualmente scelto, avvalendosi del "Mood Disorder Diagnostic Questionnaire" (MDDQ) - questionario composto da 79 item che includono una combinazione tra attuali criteri diagnostici previsti per i disturbi depressivi, descrizioni basate sulle osservazioni cliniche e ricavate dalla teoria di Beck e da quella di Blatt - hanno applicato una analisi fattoriale su tale strumento, identificando tre dimensioni, clinicamente, oltre che empiricamente, distinte, di disturbi dell'umore, consistenti con i principali disturbi dell'umore inclusi nel DSM e nell'ICD (disturbo depressivo maggiore, disturbo distimico e mania), con in più un indice di rischio suicidario.

Le scale ricavate hanno mostrato una elevata consistenza interna, un'alta validità discriminante ed una correlazione moderata, suggerendo che i disturbi dell'umore possono essere considerati disturbi indipendenti all'interno di un più ampio spettro internalizzante. A partire dalle affermazioni confluenti in tali scale gli Autori hanno ricavato dei prototipi diagnostici per le dimensioni ricavate, proponendo, per porre diagnosi di disturbo depressivo, di avvalersi di un metodo basato sulla comparazione con dei prototipi che possono fungere da termine di paragone rispetto a un dato paziente per stabilirne il grado di somiglianza.

Lo schema seguente illustra il prototipo diagnostico, empiricamente ricavato, per il disturbo depressivo maggiore:

Figura: diagnosi dimensionale e categoriale del disturbo depressivo maggiore attraverso un approccio basato sulla comparazione dei prototipi (da Westen *et al.*, 2012, p. 179).

For each diagnosis, please form an overall impression of the symptom presentation of the patient. Then rate the extent to which the patient's presentation matches or resembles the prototype.

5 very good match (patient exemplifies this disorder; prototypical case)	Diagnosis
4 good match (patient has this disorder; diagnosis applies)	
3 moderate match (patient has significant features of this disorder)	Features
2 slight match (patient has minor features of this disorder)	
1 no match (description does not apply)	

Major depression

Summary statement: Individuals with major depression tend to be sad and despondent in a way that differs from their normal mood state, to derive little pleasure from life and their usual interests and activities, and to have somatic signs of depression such as disturbances in sleep and appetite.

Patients who match this prototype look or report feeling depressed or despondent. Their mood seems qualitatively different from their normal state (or from ordinary sadness), as if a cloud has descended on them. They are consistently depressed, and do not respond except perhaps momentarily to efforts to "cheer them up". Their depressed state is likely to have a serious impact on their ability to function at work, school, etc. Individuals who match this prototype have trouble enjoying themselves, derive little pleasure from life, and feel hopeless about the future. They are unable to enjoy their usual interests and activities and tend to lose interest in friends, acquaintances, and other relationships. They feel fatigued, tired, or lacking in energy, so that everyday activities may require enormous effort. Their arms and legs may feel "heavy" or leaden, and they may appear slowed down in their thought, speech, movement, etc. Depression or uncharacteristic agitation may interfere with their ability to concentrate (e.g., they may have trouble reading or sustaining a conversation). They may feel emotionally paralyzed and have trouble making everyday decisions. Individuals who match this prototype tend to have somatic changes alongside their depressed mood and lethargy, such as diminished appetite or a loss of interest in food. They may have diurnal variation in their symptoms, with depression noticeably worse in the morning. They experience a range of sleep disturbances, such as waking up in the middle of the night, having trouble staying or falling asleep, and waking up early in the morning and being unable to go back to sleep.

Tale procedura, basata sulla comparazione con modelli prototipici (nel quale il clinico paragona il paziente alla configurazione o *Gestalt* del modello) potrebbe sostituire l'approccio finora usato nel quale la diagnosi posta con il "count-and-cutoff approach" (Westen, 2012, p. 16), permettendo di evitare i problemi legati alla natura categoriale della classificazione diagnostica prevista dal DSM.

Attraverso tale metodo sembra possibile valutare induttivamente il grado di somiglianza tra un paziente ed il prototipo, categorizzando questa somiglianza come: *assenza* di disturbo, presenza di alcune o molte *caratteristiche* di un dato disturbo, o infine *presenza* conclamata del disturbo. Una diagnosi basata sulla comparazione di prototipi, allo stesso tempo scientificamente fondati e clinicamente utili, sembra presentare vari vantaggi rispetto a quella finora proposta dai principali manuali diagnostici in uso, tra cui:

1. adattarsi meglio al modo in cui le persone pensano e classificano, in modo naturale, stimoli nuovi e complessi;
2. risultare clinicamente utile, attendibile e facile da usare nella pratica clinica quotidiana;
3. facilitare le diagnosi sia dimensionali che categoriali
4. ridurre il tasso di comorbidità;
5. permettere ai clinici di porre classificazioni ricche, empiricamente derivate e culturalmente rilevanti;
6. ridurre il *gap* tra criteri di ricerca e conoscenza clinica.

Capitolo III

Parte Prima

Due configurazioni psicopatologiche fondamentali: il contributo di Sidney Blatt

“this body of research suggests that theoretical formulations that focus on interpersonal relatedness and self-definition as central coordinates in personality development and psychopathology provide a comprehensive conceptual paradigm for future research in psychology and psychiatry exploring the interactions among neurobiological, psychological, and sociocultural factors in adaptive and disrupted personality development across the life span”.
Luyten, Blatt, 2013, p. 172

*“Dopo aver distinto, dobbiamo lasciar confluire
di nuovo assieme quanto è stato separato”*

Freud, 1932, p. 484.

A partire da un modello che, integrando in modo fecondo idee ed osservazioni provenienti dal contributo psicoanalitico, in particolar modo dalla psicologia dell'Io, dalla teoria dello sviluppo cognitivo e dalla psicologia clinica, è riuscito a creare un qualcosa di genuinamente originale ed interdisciplinare, Sidney Jules Blatt, professore di psichiatria e direttore della sezione di Psicologia presso l'Università di Yale nel New Haven, assieme ai suoi collaboratori, si è accostato allo studio della depressione assumendo come punto di osservazione privilegiato due dei principali aspetti che la caratterizzano, ovvero la natura delle esperienze depressive ed il tipo di meccanismi che ad esse conducono (Blatt, 1990, 2004, 2008).

Le concezioni di Blatt al riguardo possono essere adeguatamente comprese solo se inserite nel più vasto modello evolutivo da lui elaborato, che concettualizza lo sviluppo e l'organizzazione della personalità come risultanti delle vicissitudini di due grandi linee evolutive, quella introiettiva e quella anaclitica. Mentre la prima linea evolutiva è centrata sulla definizione di sé e volta allo sviluppo di un'identità del sé consolidata, realistica, prevalentemente positiva, differenziata ed integrata, la seconda, connessa alla relazionalità, è indirizzata alla capacità di stabilire relazioni interpersonali stabili, intime, mature e reciprocamente soddisfacenti. Tali due linee evolutive, di fondamentale importanza per l'intero corso della vita, in un processo evolutivo sano, si sviluppano in interazione dialettica ed interdipendente, in modo coordinato, interattivo, reciprocamente bilanciato ed integrato, facilitando, il progresso di una linea evolutiva, lo sviluppo dell'altra. Se infatti lo sviluppo di un concetto di sé sufficientemente coeso necessariamente dipende dalla capacità di stabilire relazioni interpersonali positive, specularmente, la possibilità di mantenere rapporti soddisfacenti è profondamente condizionata dalla presenza di un'identità matura e adeguatamente consolidata. Individuazione e attaccamento sembrerebbero quindi essere i due poli attraverso cui si sviluppa la singolare personalità dell'individuo (Blatt, Blass, 1990; Blatt *et al.*, 2001; Blatt, Levy, 1998; Blatt, Shichman, 1983; Fonagy, 2004).

Entro tale modello evolutivo, la psicopatologia è concepita da Blatt come la risultante dell'alterazione dell'equilibrio interdipendente e dinamico tra tali due linee evolutive. Se nello sviluppo normale le dimensioni della comunione e dell'autonomia progrediscono in maniera integrata in modo tale che l'individuo, in condizioni ideali, sviluppa un coinvolgimento attivo alla relazionalità e contemporaneamente un adeguato, differenziato e maturo senso di sé, nell'eventualità in cui tali processi vengano interrotti, intaccati o disturbati da fattori quali, ad esempio, le predisposizioni biologiche e gli eventi ambientali negativi, imprevisti, gravi e ripetuti, si può determinare un'enfaticizzazione di una delle due linee evolutive - e dei relativi aspetti - con conseguente evitamento difensivo dell'altra (Blatt, Levy, 1998).

Anche quando l'equilibrio tra tali due dimensioni di personalità non è particolarmente sbilanciato a favore della relazionalità o del senso di sé, presentando normali oscillazioni, la maggior parte degli individui enfatizza in modo privilegiato una delle due dimensioni rispetto all'altra (Blatt, 2008).

Tale concezione dinamica dello sviluppo, enfatizzando l'idea secondo cui le differenti configurazioni psicopatologiche possono derivare da un'interruzione di normali processi dello sviluppo, si contrappone in modo deciso alla considerazione - meccanicistica ancor prima che semplicistica - secondo cui le diverse forme di psicopatologia devono

essere concepite entità psicopatologiche isolate, indipendenti, derivanti da distorsioni di processi fondamentalmente neurobiologici. Le costellazioni psicopatologiche sono dunque considerate l'esito di meccanismi di *coping* disfunzionali che si pongono in continuità con processi di sviluppo normali (Blatt *et al.*, 1982).

Questa formulazione teorico-clinica sostiene infatti che nel momento in cui l'individuo, influenzato da predisposizioni biologiche e temperamentali, da fattori culturali o attinenti al genere, da *pattern* familiari e individuali, al fine di compensare interruzioni o deficit dello sviluppo si concentra sulle relazioni o sul senso di sé, può essere favorita un'interruzione del processo di sviluppo normale e dialettico in un determinato momento del ciclo di vita che fa sì che, in assenza di circostanze ed esperienze positive, quel determinato tipo di *pattern* venga acquisito, continuamente ripetuto, riproposto e consolidato come preferenziale modalità di adattamento distorta. Le varie declinazioni psicopatologiche, intese come l'esagerazione dei compiti di ciascuna delle due linee fondamentali dello sviluppo, considerate modalità di adattamento interconnesse ed organizzate a diversi livelli evolutivi all'interno delle due configurazioni di base, possono essere differenziate, anziché facendo riferimento ad un ateoretico sistema diagnostico fondato su sintomi manifesti, il DSM, avvalendosi di considerazioni di tipo psicodinamico, quali:

- le differenze nel *focus* pulsionale primario (libidico o aggressivo);
- il tipo di organizzazione difensiva;
- lo stile caratteriale predominante (l'orientamento su sé o sugli altri);
- la centralità rispettivamente degli affetti o della cognizione.

Configurazioni di personalità anaclitica ed introiettiva

Tentando di rintracciare delle origini evolutive alla base dell'interruzione dell'equilibrio interdipendente tra le due linee di sviluppo individuate, relazionalità e senso di sé, Blatt (2004) specifica che qualora le relazioni con le figure di riferimento primarie siano state deprivanti, rifiutanti, incoerenti, imprevedibili o eccessivamente indulgenti, è più probabile che i conflitti principali dell'individuo vertano attorno a tematiche libidiche, dunque su preoccupazioni concernenti cura, attenzioni, affetto, sessualità. In tal caso i sentimenti nei confronti di sé sono definiti principalmente in base alla qualità delle esperienze interpersonali e lo sviluppo del senso di sé è trascurato a favore del tentativo di ottenere relazioni interpersonali soddisfacenti. Il desiderio fondamentale di tali persone diventa quello di essere amate.

Individui contraddistinti da uno stile di personalità anaclitico, nella sua declinazione più funzionale, tendono ad essere accomodanti e possono stabilire relazioni costruttive e supportive. Poiché di solito sono persone concilianti, remissive, docili, orientate verso gli altri e alla ricerca di supporto sociale, le loro relazioni possono essere stabili, sicure, armoniose.

Blatt e Shichman (1983) sintetizzano nel seguente modo le caratteristiche che contraddistinguono tale configurazione di personalità:

<i>Processi di pensiero:</i>	Pensiero figurativo, impressionistico, focalizzato sui sentimenti, sulle relazioni interpersonali, sugli affetti. Enfasi sui processi visivi, figurativi; focalizzazione sulle immagini e sugli affetti; pensiero simultaneo piuttosto che sequenziale. Evitamento delle contraddizioni e delle analisi critiche dei fenomeni.
<i>Focus cognitivo:</i>	Sintetico, basato sulla tendenza a cercare la riconciliazione, l'integrazione, la coesione, l'armonia, l'integrazione, la fusione. Focus sui sentimenti, sugli affetti, sulle implicazioni emotive delle situazioni.
<i>Stile cognitivo:</i>	Campo dipendente (esperienza e giudizi influenzati principalmente da fattori ambientali piuttosto che interni). Livellatore, tendente a minimizzare le differenze e le contraddizioni.
<i>Relazioni oggettuali:</i>	Caratterizzate dal desiderio di mantenere la vicinanza e l'intimità; sospensione del giudizio critico; stile di attaccamento ansioso-preoccupato.
<i>Focus istintuale:</i>	Sessualità al servizio dell'affetto, dell'intimità, della relazionalità.
<i>Difese prevalenti:</i>	Prevalentemente incentrate sull'evitamento del riconoscimento di aspetti relativi alla conflittualità interpersonale, come il diniego e la repressione.
<i>Stile caratteriale:</i>	Sensibilità a temi interpersonali; distraibilità; intuitività; passività; dipendenza; ingenuità emotiva; eccessiva fiducia; ancorato al presente; sensualità.

Qualora, invece, le figure di riferimento primarie siano state controllanti, intrusive, punitive, eccessivamente critiche, giudicanti, elicitando continui sforzi per conquistare la separazione, la definizione e l'indipendenza, è più probabile che le preoccupazioni dell'individuo si condensino attorno a tematiche relative allo sviluppo di un senso di sé accettabile, a scapito dello sviluppo di relazioni interpersonali gratificanti. Il desiderio centrale di tale individuo diventa quello di essere riconosciuto, rispettato, ammirato.

Seguono le caratteristiche che maggiormente contraddistinguono tale configurazione di personalità nella sua forma pura, prototipica, ideale:

<i>Processi di pensiero:</i>	Pensiero letterale, critico, focalizzato sui comportamenti manifesti, logico, coerente, causale. Enfasi sui processi linguistici, pensiero sequenziale piuttosto che simultaneo.
<i>Focus cognitivo:</i>	Analitico, preciso, lineare, basato sulla tendenza a valutare criticamente i dettagli e gli elementi separati. Enfasi sulle differenze e sulle contraddizioni.
<i>Stile cognitivo:</i>	Campo indipendente (esperienza e giudizi primariamente influenzati da fattori interni piuttosto che ambientali).
<i>Relazioni oggettuali:</i>	Caratterizzate da assertività, controllo, autonomia, potere, prestigio. Enfasi sulla separazione e sull'individualità; relazioni interpersonali ambivalenti, superficiali, distanti, poco emotivamente coinvolgenti, ostili, fredde,

<i>Focus istintuale:</i>	contraddistinte da diffuse aspettative negative, sfiducia, mancanza di intimità; criticità nei confronti delle idee degli altri; stile di attaccamento evitante. Sacrificate la spontaneità e la sensibilità, essendo enfatizzati il potere ed il controllo.
<i>Difese prevalenti:</i>	Aggressività al servizio della definizione di sé. Prevalentemente incentrate sull'antagonismo, finalizzate a trasformare o ad alterare gli impulsi invece che a negarli o a rimuoverli. Frequenti la proiezione, l'esternalizzazione, il fare e disfare, l'inversione, l'intellettualizzazione, l'annullamento retroattivo, la formazione reattiva, l'introiezione e l'ipercompensazione.
<i>Stile caratteriale:</i>	Organizzato, critico, costante, responsabile, attendibile, distaccato emotivamente, prudente, metodico, non spontaneo, con un'enfasi sul controllo, sulla ragione e sulla pianificazione del futuro.

Tali organizzazioni di personalità sono associate a specifici modi di selezionare, creare, mantenere e vivere le relazioni interpersonali.

Entrambi gli stili di personalità risultano connessi a modelli di attaccamento insicuro; in particolare la configurazione di personalità introiettiva risulta associata ad uno stile di attaccamento insicuro- evitante, quella analitica ad uno stile di attaccamento insicuro preoccupato (Blatt, 2004, 2008; Blatt, Homann, 1992; Blatt, Levy, 2003; Zuroff, Fitzpatrick, 1995).

Mentre i disturbi che ricadono entro la configurazione anaclitica implicano prevalentemente problemi concernenti le relazioni interpersonali, come l'accudimento, la fiducia, l'intimità e la sessualità, quelli inclusi nella configurazione introiettiva hanno a che fare per lo più con lo stabilirsi ed il mantenimento di un senso di sé stabile.

Gli studi che hanno tentato di identificare difese che potessero essere considerate tipiche delle due configurazioni di personalità hanno messo in luce che un consistente uso di difese immature può esacerbare la vulnerabilità a sviluppare depressione sia in soggetti anaclitici che introiettivi e che individui introiettivi e anaclitici sembrano mostrare difese simili, non differendo nell'uso di diniego, proiezione, identificazione (Campos, Besser, Blatt, 2011; Cramer *et al.*, 1988).

Differenti tipi di esperienze precoci o relazioni di attaccamento possono creare particolari sensibilità e vulnerabilità nei confronti di diverse circostanze di vita; specifici tipi di *life events* stressanti possono rappresentare una *vulnerabilità* rispetto allo sviluppo di disturbi confluenti nella configurazione di personalità anaclitica o introiettiva (Blatt, Zuroff, 1992).

Blatt riscontra delle differenze di genere nel modo in cui tipicamente il soggetto reagisce ad interruzioni gravi del processo dialettico (Blatt, 2004; Blatt, Homann, 1992; Blatt, Shichman, 1983; Cramer *et al.*, 1988).

È più frequente che siano le donne ad iniziare ad investire eccessivamente sulle relazioni a danno dello sviluppo del sé, sviluppando, nel caso in cui la distorsione evolutiva avvenga precocemente, un "carattere infantile" contraddistinto da una eccessiva preoccupazione per la gratificazione dei propri bisogni e da un costante desiderio di essere sostenuto, curato, nutrito ed accudito, mentre, nell'eventualità in cui l'interruzione avvenga più tardivamente, un tipo maggiormente organizzato di disturbo isterico, in cui le preoccupazioni vertono prevalentemente attorno a tematiche quali l'essere amato, l'intrattenere una relazione intima e vicina all'altro e l'essere capace di dare e ricevere amore.

Blatt precisa che, mentre nel carattere infantile, in cui il meccanismo di difesa fondamentale consiste nel diniego, le preoccupazioni sono essenzialmente di natura diadica, ricordando l'intenso desiderio di essere curato ed amato il bisogno che il bambino ha della madre, al livello superiore, isterico, dello sviluppo, la difesa principale coincide con la rimozione e le preoccupazioni concernenti l'amare e l'essere amato sono più intimamente connesse a configurazioni triadiche e a temi edipici, come il desiderio di ricevere amore e attenzione di un genitore in competizione con un altro.

In entrambi i livelli evolutivi i problemi concernono prevalentemente l'attaccamento libidico e le difese sono prevalentemente di evitamento; naturalmente, collocandosi i due disturbi agli estremi del *continuum* della patologia anaclitica, nella maggior parte dei casi, gli individui, piuttosto che presentare in forma pura uno dei due disturbi, mostrano un misto di caratteristiche infantili ed isteriche.

Gli uomini, invece, specifica Blatt, reagiscono alle deviazioni evolutive prevalentemente mettendo in atto tentativi esagerati di consolidare un senso di sé; nei casi più gravi tali sforzi possono sfociare nello sviluppo di disturbi a carattere paranoide e ossessivo-compulsivo, nella depressione incentrata sul senso di colpa - quindi introiettiva - e nel narcisismo fallico. Se il paranoico si sforza di effettuare una primitiva e rigida definizione di sé come entità separata, autosufficiente, al fine di difendersi dai propri vissuti di inadeguatezza, inutilità, colpa e vergogna, il paziente ossessivo-compulsivo è assorbito da tutta una serie di preoccupazioni eccessive concernenti il sé, mentre nell'individuo con depressione introiettiva il pensiero dominante riguarda il valore di sé ed infine, nel narcisismo fallico, il soggetto si espone per tentare di ricevere lodi ed approvazioni al fine di compensare i consistenti sentimenti di colpa, vergogna ed autosvalutazione. Viene da sé che anche in questo caso, trattandosi di precisando modalità di adattamento interconnesse piuttosto che di entità patologiche separate, un paziente, pur potendo funzionare prevalentemente ad uno specifico livello evolutivo, più frequentemente è caratterizzato da una complessa miscela di questi disturbi poiché, in seguito a varie circostanze, può progredire o regredire lungo il *continuum* introiettivo e presentare caratteristiche peculiari dei disturbi associati allo specifico livello di sviluppo.

A partire dalla formulazione delle due principali configurazioni psicopatologiche, Blatt propone un modello dello sviluppo normale e patologico che individua due tipologie di pazienti borderline, un tipo anaclitico, contraddistinto da caratteristiche prevalentemente infantili ed isteriche, ed un tipo introiettivo, caratterizzato da qualità per lo più paranoide ed ossessive.

Questo modello suggerisce, inoltre, di considerare la personalità borderline e quella schizotipica come due tipi diversi di fenomeni borderline che si presentano rispettivamente nella configurazione anaclitica e in quella introiettiva.

Tale concezione della psicopatologia può avere interessanti implicazioni per lo studio non solo della patologia borderline ma anche dei disturbi psicotici, prevedendo essa la distinzione tra una schizofrenia non paranoide, contraddistinta da amorfie e diffuse qualità caratteristiche della patologia anaclitica, ed una schizofrenia paranoide, contraddistinta da un funzionamento rigido e frammentato maggiormente tipico della psicopatologia introiettiva.

Entro tale modello, le differenze principali tra disturbi nevrotici, borderline e psicotici derivano dal livello raggiunto dalla costanza d'oggetto. Se l'individuo schizofrenico ha difficoltà nel mantenere dei confini tra sé e l'oggetto, l'individuo borderline non riesce a mantenere un senso di continuità e di contatto con un altro durante la sua assenza, mentre la persona nevrotica non riesce ad integrare le esperienze conflittuali positive e negative, avendo difficoltà a raggiungere una realistica ed integrata immagine di sé e dell'altro.

Questa concettualizzazione dialettica dello sviluppo della personalità e delle configurazioni psicopatologiche consente di spiegare le differenti forme di psicopatologia in termini di distorsioni dei normali processi di sviluppo, invece che facendo riferimento a una serie di *cluster* di sintomi manifesti piuttosto arbitrari. Di seguito ci si soffermerà sulle interessanti implicazioni formulate da Blatt a proposito della depressione a partire da questo fertile e singolare *background* teorico di riferimento.

Esperienze di vita ed esperienze depressive

“E tuttavia sono fermamente convinto che non solo l'eccesso di coscienza, ma addirittura qualsiasi coscienza è una malattia”.
Dostoevskij, da *Memorie dal sottosuolo*.

Particolarmente suggestivo è accorgersi, ancora una volta, di quanto le esperienze di vita, oltre ad influenzare profondamente il corso dello sviluppo individuale, siano spesso capaci di indirizzare verso la predilezione e lo sviluppo di una particolare sensibilità ed interesse nei confronti di quelle specifiche tematiche che tanta importanza hanno rivestito nell'ambito del proprio sentiero di crescita.

Blatt sembra essere entrato precocemente in contatto con drammatiche esperienze connesse ad intensi affetti di tipo depressivo, prevalentemente osservandoli sviluppare nelle figure significative della sua vita, la madre e io padre, in seguito alla perdita dei relativi genitori.

Nell'introduzione del contributo in cui egli riassume, integrandole, ricerche empiriche ed osservazioni cliniche condotte in almeno trenta anni di studio e di lavoro incentrati sui sottotipi della depressione, culminante in un modello generale della psicopatologia, Blatt (2004) riporta una serie di vivide memorie risalenti alla sua infanzia e giovinezza che egli ritiene abbiano contribuito notevolmente allo sviluppo del suo interesse nei confronti del ruolo assunto dalla perdita dell'oggetto nella comparsa della depressione. Afferma infatti di ricordare che, già all'età di tre o quattro anni, soleva accompagnare il padre al cimitero per far vista alla tomba di sua madre deceduta ad un'età molto precoce, assistendo a scene di dolore e sconforto nelle quali egli, tenendogli le mani, cercava di consolare il padre in preda al pianto.

All'età di tredici anni risale invece un ricordo analogo, consistente nel momento in cui la madre aveva ricevuto una telefonata che la informava del fatto che il padre era stato colto da un attacco di cuore; anche in quell'occasione Blatt aveva tentato di rassicurare e consolare la madre, notevolmente addolorata.

Profondamente segnato da tali accadimenti, Blatt si è buttato a capofitto nello studio delle esperienze depressive, giungendo a delineare, coerentemente con il modello evolutivo da lui elaborato ed a partire da una prospettiva eminentemente fenomenologica - quindi non basata sui sintomi depressivi bensì sulle esperienze di vita che risultano centrali nelle esperienze depressive - essenzialmente due tipologie di *pattern* depressivi, differenziati per lo più in base al tipo di orientamento che caratterizza la persona, diretto agli altri oppure rivolto verso il sé (Fonagy, 2004).

In base alla qualità e alla natura delle relazioni oggettuali, quindi alle precoci esperienze di vita e ai conflitti inconsci, ha così concettualizzato un tipo di depressione, definita *anaclitica*, basata su un profondo sentimento di perdita, abbandono e solitudine e scaturita dalla rottura di relazioni interpersonali gratificanti, ed un altro tipo di depressione, denominata *introiettiva*, contraddistinta da intensi sentimenti di mancanza di valore e svalutazione di sé e conseguente alla distruzione di un senso di sé efficace e

prevalentemente positivo, precisando però che tali tipi di depressione possono essere interrelate e collocate lungo un *continuum* piuttosto che artificialmente distinte in modo rigido (Blatt, 1974; Blatt, 2004; Blatt *et al.*, 2001; Blatt, Maroudas, 1992).

È bene precisare, però, che la distinzione di tali dimensioni di esperienze depressive deve essere sempre considerata all'interno di un modello interazionista, dialettico e dinamico secondo cui, se i soggetti con tratti di dipendenza possono sperimentare stati depressivi di tipo introiettivo, probabilmente associati alla preoccupazione di non essere degno d'amore, gli individui con caratteristiche introiettive, che interpretano un'ampia varietà di eventi come un'evidenza della propria inadeguatezza, possono sviluppare stati depressivi in risposta sia ad esperienze di fallimento che di rotture relazionali, reagendo, rispetto a queste, incolpandosi e criticandosi (Zuroff, Mongrain, 1987).

Il valore dell'approccio di Blatt consiste prevalentemente nell'aver rivolto lo sguardo, tentando di illuminarlo e di farsi illuminare da esso, sul mondo soggettivo della persona che sperimenta una sofferenza di tipo psicologico, al fine di delinearne i sottostanti meccanismi, l'eziologia e la possibile risposta al trattamento. Ha enfatizzato il modo in cui pazienti a cui viene generalmente assegnata una stessa diagnosi possono differire nelle loro caratteristiche peculiari, nel motivo per cui periodicamente divengono profondamente depressi e nel modo in cui è possibile aiutarli (Fonagy, 2004).

Nella disquisizione del suo pensiero si procederà dapprima alla presentazione del modo in cui, nella formulazione delle sue opinioni, egli attinge, rielaborandoli, ai principali contributi psicoanalitici che si sono occupati della depressione, con particolare riferimento alle teorizzazioni degli Autori indagati nel primo capitolo, quindi ci si soffermerà sulle peculiari caratteristiche che contraddistinguono le due tipologie di depressione, in termini di precoci esperienze di vita predisponenti, esperienze precipitanti, preoccupazioni prevalenti, manifestazioni cliniche, struttura di personalità preesistente, qualità delle rappresentazioni mentali del sé e dell'altro e risposta al trattamento. In merito a quest'ultimo aspetto, Blatt ritiene che pazienti anaclitici ed introiettivi differiscano grandemente nel tipo di transfert che sviluppano durante il trattamento e nella reazione di controtransfert che suscitano nella relazione terapeutica. Il suo approccio si avvicina molto al punto di vista adottato dalla teoria delle relazioni oggettuali che considera che un sintomo o una sindrome come la depressione possono essere il prodotto di molti diversi tipi di dinamiche di relazioni oggettuali ed un appropriato trattamento richiede un'attenzione particolare a tali dinamiche (Westen *et al.*, 2005).

Sebbene Blatt abbia studiato le peculiarità che contraddistinguono le due configurazioni depressive nell'età adulta e nell'adolescenza, l'esposizione si soffermerà esclusivamente sulla depressione negli adulti, coerentemente con il taglio che si è deciso di dare all'intero elaborato.

Un nuovo approccio alle vecchie questioni

L'intento di Blatt (Blatt, 1994, 2004; Blatt, Maroudas, 1992) di ripercorrere i diversi approcci tramite i quali Autori di matrice psicoanalitica hanno intrapreso l'indagine della patologia depressiva è mosso dalla sua convinzione che, sin dai primi scritti realizzati al riguardo da Freud, sia possibile rintracciare, seppur in germe, le osservazioni che forniscono una base per l'articolazione delle due principali dimensioni fenomenologiche della depressione da lui proposte. Precisa che, nella letteratura psicoanalitica, seppur presenti sin dall'inizio considerazioni relative al ruolo centrale sia della perdita dell'oggetto che della distruzione di un adeguato senso di sé nello scatenamento della depressione, non si è proceduto ad un tentativo di differenziare precisamente l'esatto ruolo di questi due meccanismi né di indagare la serie di questioni ad essi associate.

Come anticipato, Blatt considera dapprima il contributo fornito da Freud, soffermandosi in particolar modo sul saggio "Lutto e melanconia" (1917a).

Si dichiara disorientato e perplesso dal tentativo che Freud ha fatto di elaborare una concettualizzazione unica della melanconia, integrando i differenti processi che concernono sia la fase orale-incorporativa dello sviluppo libidico, che precede la scelta dell'oggetto ed in cui la consapevolezza del bambino è centrata sulla gratificazione che la madre è in grado di fornire, che una maggiormente avanzata e complessa fase dello sviluppo psichico parallela alla formazione del Super-Io, all'inizio della risoluzione del complesso di Edipo, in cui i pensieri dell'infante sono prevalentemente focalizzati sulla madre stessa, da cui derivano sentimenti di colpa, autorimproveri ed autopunizioni. Avvalorando le sue idee attraverso una serie di osservazioni tratte dall'esperienza clinica, Blatt avanza l'ipotesi secondo cui già negli scritti di Freud sia possibile identificare due fondamentali esperienze nella depressione che consentono di differenziare due tipi di vissuti depressivi, l'uno focalizzato prevalentemente su questioni interpersonali, come la dipendenza, sentimenti di impotenza, di perdita e di abbandono, l'altro derivante da un rigido e punitivo Super-Io e caratterizzato da preoccupazioni relative al valore di sé, sentimenti di fallimento e colpa.

Blatt fa riferimento successivamente sia al contributo di Abraham (1911, 1916, 1924), sottolineandone prevalentemente l'enfasi attribuita alla presenza di preoccupazioni di tipo orale nella melanconia e la similarità rintracciata tra questo quadro e le nevrosi ossessive, che a quello di Edith Jacobson (1971), incentrato invece per lo più sulla patologia dell'Io ideale e sul ruolo delle autocritiche del Super-Io e quindi sulla profonda perdita della stima di sé. Afferma che Jacobson (1971), similmente ad altri Autori psicoanalitici classici, ha individuato una forma semplice di depressione, definita "primaria" o "endogena", contraddistinta da preoccupazioni relative alla madre, con predominanti paure di essere abbandonato, non amato e con un minor grado di esperienze di colpa, dalla natura orale e collegata a precoci reazioni infantili alle ferite narcisistiche, alla perdita di amore ed alla paura di impoverimento e di morire di fame.

Del lavoro di Rado (1928) Blatt ricorda la sequenza da lui avanzata di "colpa-espiazione-perdono", mentre, a proposito delle formulazioni kleiniane, menziona prevalentemente la fertilità del concetto di "posizione depressiva".

A proposito delle concettualizzazioni elaborate da Fenichel (1945) e da Bibring (1953), fa notare come entrambi gli Autori, seppur abbiano considerato la depressione un fenomeno unitario, in realtà hanno effettuato una distinzione tra i differenti livelli di sviluppo nei quali la depressione può presentarsi. Sostiene che Fenichel (1945), concentrato sul ruolo della diminuzione della stima di sé, ha delineato un primo tipo di depressione dalla natura orale scaturito dalla mancanza dell'oggetto e dei suoi

rifornimenti narcisistici ed un altro tipo che compare ad un livello più avanzato dello sviluppo ed include la perdita della stima di sé come una funzione delle vicissitudini della risoluzione del complesso di Edipo, implicando sentimenti di inferiorità e di colpa. Similmente, argomenta Blatt, Bibring (1953) ha interpretato la depressione prevalentemente come la conseguenza della consapevolezza dell'Io di essere impotente di fronte alle proprie aspirazioni; precisa però che, poiché tale sentimento di impotenza per Bibring può svilupparsi a livello orale, anale o fallico, interessando quindi differenti stadi di sviluppo dell'Io, delle relazioni oggettuali e delle rappresentazioni del sé e degli altri, può essere esperito come dipendenza, colpa o fallimento.

Blatt suggerisce che nella letteratura psicoanalitica classica sulla depressione questi differenti tipi di esperienze sono stati accomunati e denominati depressione per il fatto che includono sentimenti di tristezza e disforia. Dalle teorizzazioni indagate, però, asserisce Blatt, in particolare da quelle di Fenichel (1945) e di Bibring (1953), si può evincere come la depressione non debba venir considerata solo un disturbo clinico, così come descritto nella letteratura psicoanalitica classica, bensì come un normale, basilare ed effettivamente necessario stato affettivo, che può variare da una risposta disforica relativamente appropriata e transitoria ad eventi di vita avversi ad un severo e persistente disturbo che può implicare serie distorsioni della realtà.

Per ciò che concerne invece le teorie psicologiche contemporanee della depressione, Blatt rintraccia elementi di somiglianza tra le formulazioni da lui elaborate e prevalentemente altri tre contributi principali, forniti rispettivamente da Bowlby, da Arieti e Bemporad ed infine da Beck, i quali, basandosi su diverse assunzioni teoriche ed avvalendosi di differenti terminologie, hanno individuato una depressione che scaturisce in seguito alla rottura di relazioni interpersonali ed una che è invece una conseguenza della distruzione della stima di sé.

A proposito del contributo di Bowlby (1980) all'indagine della depressione, Blatt sottolinea che, sebbene egli non si sia soffermato sui differenti tipi di depressione, ha presentato diversi tipi di personalità predisposti a sviluppare lutto "con complicazioni" o un disturbo depressivo.

Blatt rintraccia una somiglianza tra le persone descritte da Bowlby come caratterizzate da una disposizione a stabilire rapporti ansiosi ed ambivalenti ed i soggetti con depressione anaclitica.

Intravede forti elementi di dipendenza anche negli individui descritti da Bowlby come disposti a prendersi coattivamente cura degli altri.

Riprendendo la descrizione di Bowlby degli individui contraddistinti da un attaccamento ansioso-evitante, che si tengono a distanza dagli altri mostrando poco apprezzamento o investimento nelle relazioni oggettuali come forma di difesa dalla sensazione di non essere amati e di sentirsi isolati, Blatt, dopo aver ricordato come Bowlby abbia ritenuto tali individui simili alla descrizione di Winnicott del Falso Sé ed alla tradizionale personalità narcisistica, scorge similarità tra questi tipi di soggetti e le persone che presentano una depressione introiettiva. Egli ricorda inoltre come Bowlby si sia soffermato nella descrizione dei tipi di esperienze infantili che creano una predisposizione a sviluppare vulnerabilità nei confronti della depressione.

In merito all'interessante contributo fornito da Silvano Arieti e Jules Bemporad a partire da una prospettiva interpersonale, Blatt evidenzia come il loro pensiero possa essere considerato per molti aspetti vicino alla teoria dell'attaccamento elaborata da Bowlby, dal momento che entrambi i modelli, anziché distinguere i vari tipi di depressione facendo riferimento alle classificazioni psichiatriche, hanno preferito considerare la depressione grave e lieve in termini di esperienze infantili e differenze nella struttura di personalità.

Blatt fa però notare che Arieti e Bemporad hanno sottolineato maggiormente il rapporto tra alcuni aspetti della personalità adulta ed i tipi di depressione piuttosto che il ruolo delle precoci relazioni infantili.

Ricorda che, secondo gli Autori, è l'“ideologia” degli individui a determinare il modo in cui essi interpretano o affrontano i particolari eventi della loro vita; Blatt sostiene che, seppur essi non abbiano negato il ruolo dell'ereditarietà e dei fattori biologici nella depressione, si sono maggiormente orientati verso l'indagine dei fattori psicologici.

Espongono i tre tipi di ideologie predisponenti allo sviluppo della depressione individuati da Arieti e Bemporad (1978), differenziati in base alla presenza di diversi pattern di conflitti, difese ed esperienze interpersonali precipitanti: l'altro dominante, lo scopo dominante e quello che Blatt definisce l'autodiniogo.

Secondo Arieti e Bemporad l'individuo con una personalità altro dominante riesce a mantenere un precario equilibrio prevalentemente o esclusivamente in rapporto ad una persona che deve compiacere. Si sviluppa un rapporto di sottomissione da parte del soggetto e di dominazione da parte dell'altro complicato da concomitanti sentimenti di affetto, attaccamento, amore, amicizia, rispetto e dipendenza. L'individuo riesce ad accettarsi o a lodarsi solo se ritiene che l'altro lo accetti e lo approvi; il rapporto è caratterizzato da disuguaglianza dei ruoli e dal fatto che il soggetto è legato a tal punto all'altro dominante da non riuscire a stabilire un rapporto profondo o completo con nessun altro. Gli Autori specificano che l'altro dominante fornisce all'individuo la prova che è possibile ricevere da almeno una persona accettazione, amore, rispetto e riconoscimento del proprio valore umano e del significato della propria vita. Sostengono che, nella maggior parte dei casi, esso è rappresentato dal coniuge, precisando che l'altro dominante è prevalentemente l'uomo mentre il coniuge sottomesso più spesso è la donna. L'altro dominante, proseguono gli Autori, può anche essere rappresentato dalla madre, da un figlio adulto, da una sorella, dal padre o, ancora, dall'azienda in cui l'individuo lavora, da un'istituzione sociale, come la chiesa, un partito politico, l'esercito, un club e via dicendo. In ogni caso, specificano, esso simboleggia “la madre che una volta dava e poi non dà più” (Arieti, Bemporad, 1978). La depressione per questi tipi di personalità si sviluppa per lo più in seguito a morte, divorzio o separazione dall'altro dominante da cui conseguono ingenti sentimenti di colpa, disperazione, rabbia ed impotenza.

Blatt rintraccia una somiglianza tra questo tipo di personalità, le caratteristiche del soggetto con depressione anaclitica e gli individui con attaccamento ansioso-ambivalente delineati da Bowlby.

A proposito della personalità scopo-dominante, Arieti e Bemporad sostengono che essa caratterizza l'individuo che è guidato nella maggior parte delle sue azioni da uno scopo dominante onnipotente, solitamente molto ambizioso, che rispecchia l'immagine megalomane che il soggetto ha di sé. Tale scopo, asseriscono gli Autori, è cosciente nonostante la persona non sia consapevole dell'importanza della sua funzione e di tutte le sue ramificazioni. L'individuo, proseguono, fa di tutto per conseguirlo, agendo con la massima efficienza, non rinviando e mostrando quella che potrebbe apparire una sete di gloria. Gli Autori specificano che, nella maggior parte dei casi, ciò di cui va veramente in cerca il soggetto è l'amore, asserendo che “A livello inconscio il paziente pensa che sarà degno di amore da parte degli altri o di se stesso soltanto se riesce a raggiungere lo scopo dominante. Spesso anche a livello cosciente la ricerca dello scopo dominante coincide con la ricerca dell'amore perfetto” (Arieti, Bemporad, 1978, p. 168). Ritengono che tale tipo di personalità sia più frequente negli uomini, contrariamente a quella precedentemente descritta che, come accennato, si riscontra maggiormente nelle donne.

Blatt fa notare che questo tipo di personalità è coerente con la sua descrizione della personalità che sviluppa una depressione introiettiva ed è simile all'attaccamento ansioso-evitante descritto da Bowlby. Sostiene che questi individui sovente presentano anche caratteristiche ossessive e che la loro depressione si sviluppa in seguito alla consapevolezza che uno specifico scopo non può essere, o non è stato, raggiunto.

Arieti e Bemporad descrivono anche un tipo di individuo in cui la depressione rappresenta un tratto del carattere; tale persona, specificano, inibisce qualsiasi forma di gratificazione, non sviluppa relazioni intime e, mantenendosi lontana dagli avvenimenti quotidiani, avverte sentimenti di disperazione e di vuoto. Ancora, proseguono gli Autori, appare moralista, particolarmente dura con sé e con gli altri ed ipocondriaca. Specificano che, in conseguenza di un considerevole cambiamento nella sua vita, può insorgere depressione grave.

Blatt specifica che, similmente alle persone predisposte a prendersi cura coattivamente degli altri descritte da Bowlby, tali individui mostrano la tendenza a stabilire pattern di accudimento degli altri durante l'intero corso della vita associati a forme di diniego di sé.

Blatt fa notare che Arieti e Bemporad, similmente a Bowlby, rintracciano la causa delle distorsioni cognitive, che tanta importanza rivestono nello sviluppo della psicopatologia, nelle precoci esperienze infantili che conducono ad un'ideologia e ad uno stile di vita maladattivi.

Blatt si sofferma infine sull'originale contributo fornito da Aaron Temkin Beck, che, a partire da una prospettiva cognitivo-comportamentale, si è soffermato sui fattori presenti nel qui ed ora invece che sull'intero corso della vita ed ha enfatizzato il primato dei fattori cognitivi nello scatenamento della depressione. Blatt ricorda che il modello cognitivo della depressione elaborato dall'Autore ritiene che i segni ed i sintomi della depressione siano conseguenze dell'attivazione di modelli cognitivi negativi riassunti nel concetto di triade cognitiva, che consiste in tre principali modelli cognitivi che inducono il paziente a considerare sé, il suo futuro e le sue esperienze in modo idiosincratico.

Beck (1979) ritiene che il primo elemento della triade ruoti intorno alla visione negativa che il soggetto ha di sé, sentendosi egli malato, difettoso, inadeguato o privato di qualcosa. Il secondo elemento consiste invece nella tendenza della persona a interpretare le proprie esperienze attuali in modo negativo, credendo che il mondo gli faccia richieste esorbitanti o che gli presenti ostacoli insuperabili per raggiungere gli obiettivi della sua vita. Il terzo elemento della triade, infine, è rappresentato dalla tendenza dell'individuo ad avere una visione negativa del futuro, credendo che le sue difficoltà continueranno indefinitamente e che non riuscirà a realizzare uno specifico compito nell'immediato futuro.

Dopo aver riportato le caratteristiche peculiari delle formulazioni di Beck ed il modo in cui sono state da lui rivedute nel corso degli anni, Blatt (2004) espone i contributi di tale Autore che maggiormente si avvicinano ai tipi di personalità con depressione da lui descritti, facendo riferimento alle due principali dimensioni di personalità descritte da Beck (1983), definite "socialità" ed "individualità". Per Beck la socialità, o modo socialmente dipendente, caratterizza le persone che enfatizzano le relazioni positive con gli altri, inclusi i bisogni di intimità, dipendenza e sostegno. Ritiene che tale personalità si riscontri più frequentemente nelle donne e che sia caratterizzata dalle seguenti peculiarità: continua ricerca di aiuto, supporto, assicurazione; sentimenti di solitudine; preoccupazioni circa le preoccupazioni personali e sociali; timore e ansia di perdere la gratificazione che può essere ottenuta solo nel rapporto con l'altro. Specifica che le distorsioni cognitive ruotano attorno al tema dell'irreversibilità della perdita ed al senso

di indesiderabilità sociale. Tali tipi di depressione, afferma, precipitano frequentemente in seguito alla perdita di una figura significativa, la sua morte o il suo rifiuto.

Al contrario, continua Beck, l'individualità, o modo autonomo, fa riferimento ad un'enfasi sull'indipendenza e sull'ottenimento dei propri obiettivi. Puntualizza che caratterizza più frequentemente gli uomini che possono mostrarsi assertivi, direttivi, insensibili nei confronti dei bisogni o dei giudizi altrui, sebbene possano spesso giudicare se stessi molto duramente paragonandosi agli altri. Tale individuo, specifica Beck, può apparire isolato, pessimista, non reattivo nei confronti degli eventi ambientali, ritirato dalle altre persone per mantenere la propria autonomia, con una tendenza a rifiutare l'aiuto e ad incolparsi per le proprie difficoltà, con un alto grado di autocritica ed un costante stato d'animo depresso. Le distorsioni cognitive di tale personalità, precisa Beck, ruotano attorno a temi di difetti e fallimenti a causa della propria incompetenza. Arguisce che per tali tipi di individui risulta maggiormente difficile identificare gli eventi precipitanti associati alla comparsa della depressione dal momento che essa spesso segue esperienze interne come ad esempio il sentimento di aver fallito nel vivere all'altezza dei propri standard e delle proprie aspettative.

Blatt fa notare che il punto più controverso della teoria di Beck consiste nel fatto che egli ritiene che l'individuo possa oscillare tra la modalità sociotropica e quella autonoma in funzione delle circostanze di vita, anche se generalmente contraddistinto prevalentemente da una delle due inclinazioni; tale osservazione, fa notare Blatt, non si concilia con le teorie di personalità che ritengono ci sia un qualche grado di stabilità nei tratti individuali della personalità.

Similmente a Blatt, Beck formula una teoria secondo cui alcune caratteristiche, in questo caso di tipo cognitivo, in presenza di specifici eventi di vita, conferiscono una vulnerabilità rispetto allo sviluppo di depressione (Zuroff *et al.*, 1999).

È bene precisare che, nonostante il modello proposto da Blatt possa apparire prototipico, tipologico, aspira ad essere dimensionale (Zuroff *et al.*, 2004).

È possibile rintracciare considerevoli elementi di somiglianza tra le concezioni di Beck e le formulazioni di Blatt, Bowlby ed Arieti e Bemporad. Blatt fa però notare che, coerentemente con il suo approccio comportamentale che non si interessa dei possibili fattori predisponenti alla strutturazione di diversi tipi di personalità, Beck si differenzia dalle formulazioni degli altri Autori menzionati per il fatto che la sua indagine non conduce verso differenti tipi di personalità, considerando invece le risposte depressive conseguenza di presenti esperienze di vita avverse.

Depressione anaclitica

*“A momenti, come le onde disperate
si infrangono nelle scogliere indifferenti,
un desiderio tumultuoso di abbracciare qualcosa”.*
Van Gogh

Con il termine *depressione anaclitica* Blatt (2004) si propone di far riferimento ad un concetto considerato in senso lato rispetto a ciò che è stato inizialmente proposto da Spitz e Wolf (Spitz, 1946), i quali sono stati coerenti con l'uso che Freud ha fatto del termine anaclitico, derivante dal greco *anaclitas* (Blatt, 2004, p. 29), intendendo un atteggiamento di appoggio o di dipendenza, per descrivere il tipo più infantile di scelta oggettuale nel quale la madre è cercata per procurare conforto e cure.

Afferma che tale tipo di depressione, che caratterizza i soggetti prevalentemente orientati all'esterno, alle relazioni e dipendenti, deriva dal precoce deterioramento della relazione di attaccamento con l'oggetto d'amore primario, causato da deprivazioni, incongruenze o eccessiva indulgenza genitoriali e fa scaturire la sensazione di non essere amati né accettati, di essere trascurati ed abbandonati. Ritiene che in tale quadro siano dominanti la paura di essere abbandonati ed il senso di impotenza (Blatt, Levy, 1988; Blatt, Zuroff, 1992)

Secondo Blatt tale tipologia di depressione si sviluppa ogni qualvolta vi è una interruzione di relazioni interpersonali gratificanti, come la perdita di una figura significativa, anche se precisa che in realtà è stato osservato che gli individui con depressione anaclitica ed introiettiva incoscientemente concorrono attivamente a generare le circostanze contestuali sociali ed interpersonali che contribuiscono ad incrementare le loro sofferenze, anche se non possono essere ritenuti responsabili della loro depressione (Westen *et al.*, 2005; Blatt, 2004; Blatt, Levy, 1998; Blatt, Zuroff, 1992); le persone, infatti, spesso evocano o elicitano i fattori patogeni ambientali a cui poi sono esposti (Westen, Shedler, 2000).

L'asserzione di Blatt che lega l'evento perdita ad una conseguente depressione è avvalorata dalla scoperta che la perdita di un genitore, subita prima degli undici anni, aumenta più della media, nell'adulto, il rischio di sviluppare depressione. È stato ipotizzato che le perdite e le separazioni subite in età precoce sensibilizzano i neurorecettori che, conseguentemente, produrrebbero una maggiore vulnerabilità alla depressione nell'adulto; le persone che crescono con questa maggiore vulnerabilità possono risultare particolarmente sensibili a immagini o idee legate agli stati depressivi in modo tale che vi è la possibilità di uno scatenamento della depressione anche in assenza di una corrispondente, catastrofica, perdita esterna (Gabbard, 1995).

Blatt sostiene che sentimenti prevalenti di questo tipo di depressione sono solitudine, impotenza, debolezza e che le relazioni oggettuali di tali individui, come colto da Freud (1917), Abraham (1924), Fenichel (1945), Klein (1935) e Rado (1928) sono prevalentemente di tipo incorporativo, relativamente indifferenziate, basate sulla soddisfazione del bisogno (Blatt, 2004; Blatt, Zuroff, 1992). In termini psicoanalitici classici si può sostenere che questi soggetti sembrano contraddistinti da un carattere orale, mostrando una maggiore tendenza a divenire depressi quando i loro bisogni di dipendenza non vengono soddisfatti (Westen *et al.*, 2005).

Blatt (2004) afferma che il loro desiderio di essere curati, nutriti e protetti riflette una dipendenza infantile che si può manifestare attraverso pianti per amore, sentimenti di rabbia, desideri orali, scarsa capacità di tollerare le frustrazioni, difficoltà a tollerare ritardi e posticipazioni, tentativi disperati di trovare fonti alternative di gratificazioni e sentimenti di soddisfazione e pace.

Osserva che queste persone hanno un disperato bisogno di mantenere uno stretto contatto fisico con coloro che gratificano i loro bisogni, essendoci stata una minima internalizzazione delle esperienze di gratificazione o delle qualità degli individui che procurano soddisfazione e non essendo stato stabilito alcun sentimento interno di essere stato amato o di essere amabile. Fa notare che, dipendendo il loro stato di benessere da continui rifornimenti di amore e sicurezza da parte degli altri, mostrano una grande difficoltà nell'esprimere rabbia per timore di distruggere l'oggetto, fonte di gratificazione e di supporto (Blatt, 2004; Blatt, Zuroff, 1992).

Secondo Blatt (1998, 2008) tali tipi di persone risultano meno riflessive, con limiti nell'articolazione delle emozioni e dei propri conflitti ed una tendenza ad esprimere la loro sofferenza attraverso un'ampia gamma di disagi fisici; afferma infatti che tali soggetti possono presentare disturbi alimentari, abuso di anfetamine, alcolismo, comportamenti antisociali, stanchezza cronica e fatica; ritiene avvertano la necessità di essere continuamente stretti, o trattenuti da, qualcuno; aggiunge che possono presentare promiscuità sessuale derivante non da un'assenza di standard morale bensì da un intenso desiderio di essere calmati e confortati da qualcuno ed effettuare gesti o tentativi suicidi, ad esempio per mezzo di un'overdose di farmaci antidepressivi. I loro tentativi di suicidio risultano prevalentemente dimostrativi, con uno scarso livello di letalità ed un'elevata possibilità di essere scoperti, rappresentando quindi un estremo grido di aiuto e di richiesta di attenzioni (Fazaa, Page, 2003).

Blatt (2004) sostiene che questi individui possono avvalersi di un diniego primitivo o dell'evitamento di aspetti spiacevoli della realtà. Evidenzia che tali soggetti appaiono imprevedibili, impulsivi ed emotivamente labili, a causa dell'instabilità del loro attaccamento, dal momento che considerano il bisogno di gratificazione più importante rispetto al loro impegno in una relazione.

In merito alla qualità delle loro relazioni oggettuali, Blatt afferma che, negli individui con depressione anaclitica, esse risultano polarizzate, o positive o negative e che la loro forza e stabilità è insufficiente per fornire loro un supporto tale da rendere tollerabili la separazione e la perdita.

La rappresentazione dell'oggetto, specifica, è primariamente focalizzata su esperienze di frustrazione e gratificazione o di beata unione o di totale deplezione, dipendendo dalla diretta disponibilità dell'oggetto. Argomenta che la separazione e la perdita sono affrontate con difese di tipo primitivo come il diniego, una costante richiesta della visibilità e della presenza fisica dell'oggetto ed una frenetica ricerca di sostituti. Aggiunge che, concernendo la rappresentazione dell'oggetto primariamente sequenze di azioni relative alle esperienze di gratificazione o frustrazione, questi individui hanno la tendenza a descrivere i loro genitori utilizzando un linguaggio egocentrico ed avvalendosi di termini sensomotori-preoperazionali, riferendosi a ciò che i genitori fanno o mancano di far loro (Blatt, 1974). Il *caregiver* non è riconosciuto come un individuo separato ed indipendente, e le descrizioni che il soggetto ne fornisce sono centrate sul valore che la persona assume per lui (Blatt, Homann, 1992).

Blatt (2004) chiarisce quindi che il fallimento nello stabilire buone relazioni ed un adeguato livello di internalizzazione e di rappresentazione determinano una suscettibilità a sviluppare depressione ogni volta che emerge una reale, apparente o fantasticata perdita dell'oggetto.

Avendo rintracciato alla base di questo tipo di depressione cure genitoriali inconsistenti, insufficienti, incapaci di procurare sostegno o supporto, suggerisce che, in assenza di uno stabile e consolidato modello mentale interno relativo alla relazione di cura e dipendenza, il bambino ha difficoltà nel credere che le relazioni interpersonali possano persistere in assenza dell'altro o che le esperienze di amore e cura possano continuare

oltre il momento immediato. Ne consegue che l'individuo cerca incessantemente conferme di amore e di considerazione da parte dell'altro (Blatt, Zuroff, 1992).

Blatt (2004, 2008) ritiene che questo tipo di depressione sia stata esplorata dalla letteratura psicoanalitica in misura minore rispetto alla depressione introiettiva, maggiormente focalizzata sulle manifestazioni del Super-Io e sui sentimenti di colpa, mancanza di valore ed inutilità. Crede che ciò sia da motivare anche al fatto che gli adulti con depressione anaclitica, come accennato, sono di solito meno riflessivi rispetto alle loro personali esperienze e sentimenti, prediligendo l'azione alla verbalizzazione delle loro esperienze affettive e facendo sì che i clinici si concentrino maggiormente sulle loro esperienze somatiche.

L'Autore rintraccia delle similarità tra le peculiarità della depressione anaclitica e le caratteristiche del *Disturbo Dipendente di Personalità* (DPD) (DSM-IV, 1994), contraddistinto da: eccessivo bisogno di essere accuditi, comportamento sottomesso e dipendente, timore della separazione, difficoltà ad esprimere disaccordo nei confronti degli altri per timore di perdere supporto o approvazione, sentimenti di impotenza e disagio quando si è soli, urgente ricerca di una nuova relazione nel momento in cui se ne termina una, preoccupazioni irrealistiche di essere lasciati soli a provvedere a sé. Blatt precisa che i soggetti con DPD possono non effettuare alcuna selezione nella scelta dei partner, legandosi velocemente ed intensamente a compagni grossolanamente inattendibili, inaffidabili e talvolta abusanti. Il senso di sé debole ed inefficace di questi soggetti, congiuntamente al loro estremo bisogno di piacere agli altri, contribuisce notevolmente ad un'ampia gamma di difficoltà interpersonali (Blatt, 1974, 2004). Sia la depressione anaclitica che il DPD si presentano più frequentemente nelle donne (Blatt, 2004).

In merito al processo terapeutico, Blatt considera il trattamento e la relazione terapeutica capaci di mettere in moto un processo riparativo che permette agli individui di riprendere il processo di sviluppo precedentemente deteriorato per muoversi verso una maggiore differenziazione, integrazione e livello di soddisfazione personale concernente la relazionalità e la definizione di sé.

Blatt (Blatt, 1992; Blatt, Levy, 1998; Blatt, Shahar, 2004) afferma che i pazienti anaclitici sono maggiormente responsivi alla qualità della relazione terapeutica piuttosto che all'attività interpretativa del terapeuta; in particolare, presentando livelli di perfezionismo non elevato, rispondono meglio a forme di trattamento brevi ed alla psicoterapia *vis-à-vis*, che si propone di effettuare cambiamenti che coinvolgono le dimensioni interpersonali, quali in particolare il comportamento e le rappresentazioni delle figure umane. Il transfert ed il controtransfert caratteristici di tali pazienti ruotano attorno alle dimensioni affettive di cura ed intimità, esprimendosi in una relazione terapeutica che verte intorno a questioni di attendibilità, fiducia e affetto del terapeuta ed in paure di separazione, perdita e abbandono. In tali casi, il miglioramento terapeutico è riflesso, a livello linguistico, in un aumento di espressioni che fanno riferimento a esperienze relazionali descritte come intime, affidabili, mutualmente soddisfacenti, segno di un'evoluzione nella qualità delle rappresentazioni mentali di sé e dell'altro (Fertuck *et al.*, 2004).

Con l'espressione *depressione introiettiva* Blatt si propone di enfatizzare la relazione esistente tra questo tipo di depressione, la formazione del Super-Io ed il meccanismo dell'introiezione in questa fase predominante.

Afferma che tale tipo di depressione, diretta prevalentemente all'interno e scatenata dalla perdita di un senso di sé efficace ed essenzialmente positivo, è caratterizzata da autocritica, sentimenti di mancanza di valore, inferiorità, fallimento, colpa e perdita del controllo (Blatt 2004, 2008; Blatt, Levy, 1998; Blatt, Zuroff, 1992).

Questo tipo di depressione, argomenta Blatt (2004), si sviluppa più probabilmente durante la fase fallica, edipica, non in seguito ad esperienze di abbandono e trascuratezza, bensì a causa di relazioni bambino-genitore marcatamente ambivalenti, esigenti, sprezzanti ed ostili che determinano l'internalizzazione o l'introiezione dei valori e degli atteggiamenti aspramente critici, severi e punitivi delle figure genitoriali. Secondo Blatt i genitori di questi individui hanno esercitato un'eccessiva autorità contrassegnata da controllo, critica e disapprovazione e finalizzata ad ostacolare i tentativi del bambino di affermarsi ed individuarsi. Questa identificazione con le critiche dei genitori possono anche servire a mantenere un contatto diretto con loro (Blatt, Zuroff, 1992).

In termini psicoanalitici classici si può affermare che tali soggetti sembrano contraddistinti da un carattere anale, mostrando una maggiore probabilità di divenire depressi a causa del fallimento nel raggiungere rigidi standard interni (Westen *et al.*, 2005).

Secondo Blatt (2004) i tratti primari di questo tipo di depressione consistono essenzialmente in: ideali eccessivamente elevati; eccessive pretese di perfezione; Super-Io smisuratamente rigido ed inflessibile; spiccato senso della moralità; tendenza ad assumere colpe e responsabilità; sensazione di essere incapaci di ottenere approvazione e riconoscimento; intenso impegno in attività per compensare i sentimenti di inferiorità, indegnità, colpa e svalutazione di sé. Colui che reagisce alle avversità colpevolizzandosi necessariamente sviluppa una maggiore probabilità di essere vulnerabile alla depressione (Westen *et al.*, 2005). Tale configurazione depressiva può interessare anche la tipologia di persone descritte da Freud (1916) come “coloro che soccombono al successo”, attanagliate da massicci sensi di colpa dovuti ad una coscienza morale dura ed oltremodo esigente. Blatt (2004) sostiene che la colpa deriva da tentativi e da pensieri di trasgressione, spesso collegati a tematiche edipiche e che la sensazione di aver fallito a vivere secondo le proprie aspettative ed i propri standard fa sì che il soggetto creda che sarà disapprovato e criticato. Afferma che standard intensi ed esasperati, frequentemente attribuiti a figure esterne, associati a continue preoccupazioni concernenti la disapprovazione e la punizione, fanno sì che si sviluppino sentimenti ambivalenti ed ostili nei confronti dell'oggetto, che comunque rappresentano tentativi per mantenere un contatto con l'oggetto (Blatt, 1974). In questo tipo di depressione, specifica, la presenza dell'altro si rivela importante non come mezzo per soddisfare i propri bisogni di gratificazione, bensì per ottenere approvazione e riconoscimento. L'enfasi sulla separazione e sull'individualità rendono le loro relazioni interpersonali superficiali, distanti e poco emotivamente coinvolgenti (Blatt, Zuroff, 1992).

Le tematiche prevalenti, infatti, vertono attorno allo sviluppo del Super-Io ed ai processi di identificazione sessuale e di definizione del sé che, a volte, possono esprimersi attraverso lotte e competizioni.

Blatt specifica che, poiché tutti gli sforzi sono diretti a raggiungere o ad ottenere approvazione, al fine di compensare i sentimenti di fallimento ed inadeguatezza, la capacità di provare piacere risulta seriamente compromessa.

Ritiene che la depressione introiettiva sia associata ad un livello di sviluppo psicologico superiore rispetto alla depressione anaclitica, necessitando di una maggiore capacità di internalizzazione; asserisce che il meccanismo di difesa principale consiste nell'introiezione o nell'identificazione con l'aggressore, associato ad una tendenza ad assumere responsabilità e colpa e ad essere critici con se stessi. Osserva inoltre che la capacità di provare colpa presuppone lo sviluppo di un senso del sé, la capacità di essere riflessivo, l'apprezzamento delle sequenze della causalità, sia per ciò che concerne l'assunzione di responsabilità per le proprie azioni che in merito alla considerazione di strategie alternative per l'espiazione e la riparazione. Specifica però che la regressione può condurre l'individuo a rivivere e a sperimentare nuovamente i precoci conflitti e livelli di organizzazioni.

Ribadisce che le relazioni con l'oggetto, pur andando oltre l'immediatezza della soddisfazione del bisogno e risultando indipendenti dalla gratificazione e dalla frustrazione, sono contraddistinte da un'intensa ambivalenza che rende la persona incapace di integrare e risolvere i sentimenti contraddittori. Quindi, precisa Blatt, le rappresentazioni dell'oggetto e del sé, pur essendo maggiormente differenziate, sono basate su interazioni stereotipate, motivo di tristezza ed aggressività e su proprietà di aspetti contraddittori e caratteristiche degli altri. Precisa che le rappresentazioni includono aspetti delle relazioni ambivalenti, ostili ed aggressivi e che necessariamente la loro internalizzazione determina sentimenti di dubbio, autocritica e colpa. Blatt ritiene che le continue sentenze negative espresse su di sé ed i sentimenti di colpa, allo stesso modo delle esagerate ed esasperate rappresentazioni, siano tutti finalizzati a mantenere un rapporto con l'oggetto in un modo vivido ed iperinvestito, seppur ambivalente.

Blatt (2004, 2008) asserisce che la depressione introiettiva è associata ad un'ampia gamma di fenomeni clinici, tra cui menziona in particolar modo il suicidio.

Tale gesto estremo, argomenta, può essere favorito dal fatto che questi individui, poiché vogliono mantenere un'immagine pubblica di forza e perfezione, si mettono continuamente alla prova, sono vulnerabili a qualsiasi segno di fallimento o critica e di solito sono incapaci di ricorrere agli altri, anche ai più stretti confidenti, per chiedere loro aiuto o per confidare le proprie angosce. Tali tentativi di suicidi sono caratterizzati da un'elevato grado di letalità e da una bassa possibilità di essere scoperti dagli altri (Fazaa, Page, 2003).

Blatt (2004) aggiunge che un altro elemento di considerevole importanza nella depressione è rappresentato dal perfezionismo, un costrutto multidimensionale associato sia al normale funzionamento adattivo che ai disturbi psicologici.

Riporta le conclusioni ricavate da una ricerca effettuata da Hewitt e Flett (1990), i quali hanno individuato tre tipi di perfezionismo: orientato verso gli altri; orientato sul sé; di tipo sociale.

Il perfezionismo orientato verso gli altri concerne richieste che gli altri vadano incontro a standard esagerati ed irrealistici.

Il perfezionismo orientato verso il sé consiste in un attivo sforzo di essere impeccabile e si riflette in standard autoimposti esigenti ed irrealistici, in un'intensa attività di auto-osservazione ed autocritica e nell'incapacità di accettare debolezze, difetti o fallimenti. Tale tipo di perfezionismo può condurre ad attività adattive e costruttive ed al

raggiungimento della realizzazione di sé ma anche allo sviluppo della depressione in risposta ad esperienze di fallimento, divenendo un perfezionismo nevrotico. Questo può essere associato a disturbi dell'alimentazione, depressione, suicidio, disturbi di personalità, disturbo ossessivo-compulsivo, ansia ed attacchi di panico, disturbi psicosomatici, come ad esempio emicranie e disfunzioni sessuali. Il perfezionismo di tipo nevrotico porta a ritenere nulla di ciò che si è fatto abbastanza buono, impedendo di trarre soddisfazione da quello che potrebbe essere considerato un lavoro ben realizzato o da una performance riuscita. Nessuno sforzo produce gratificazione e qualsiasi compito è valutato negativamente prima di essere realizzato, durante il suo compimento e dopo averlo terminato. Blatt fa notare che gli individui caratterizzati da elevati livelli di autocritica e perfezionismo tendono a reagire ad esperienze di fallimento aumentando l'intensità della loro depressione e, talvolta, sviluppando ideazioni suicidarie, eventualità che interferisce significativamente con la realizzazione e l'attualizzazione di sé.

Il perfezionismo sociale, invece, concerne la convinzione che gli altri nutrono aspettative irrealistiche e spropositate che sono difficili, se non impossibili, da soddisfare. Gli elevati standard, essendo avvertiti come esterni, sono percepiti come incontrollabili potendo determinare sentimenti di fallimento, angoscia, rabbia, impotenza, mancanza di speranza, spesso associati a depressione o a tentativi suicidi.

Blatt fa notare che gli individui perfezionisti sperimentano un tipo di depressione incentrato su questioni di valore di sé ed autocritica; asserisce che tali individui si rimproverano, si criticano e si attaccano continuamente, provando intensi sentimenti di colpa, vergogna, mancanza di valore e fallimento. Ritiene che tale tipo di perfezionismo derivi dall'interiorizzazione di una relazione bambino-genitori nella quale i genitori esaminavano intensamente il comportamento del bambino.

La relazione osservata tra il perfezionismo e la depressione sembra avvalorare il modello diatesi- stress secondo cui i tratti di personalità predispongono l'individuo allo sviluppo di esperienze depressive, consentendo, il livello di perfezionismo, di predire l'entità del cambiamento terapeutico in caso di depressione (Hawley *et al.*, 1996). Pazienti che presentano elevati livelli di perfezionismo e caratteristiche del disturbo depressivo di personalità sembrano rispondere peggio al trattamento (Shahar *et al.*, 2003).

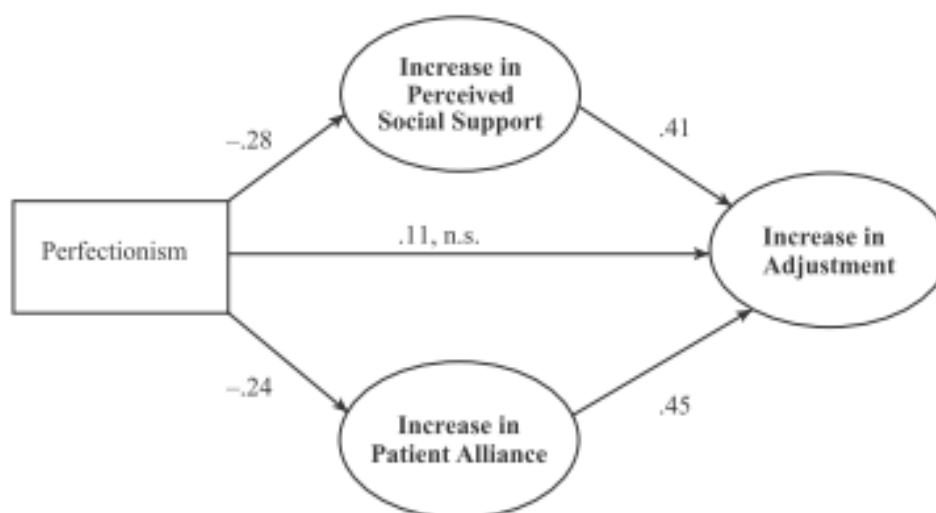
A proposito delle implicazioni terapeutiche, Blatt afferma infatti che sono soprattutto gli individui che presentano elevati livelli di perfezionismo che non riescono a beneficiare di un trattamento terapeutico (Blatt, Quinlan, Pilkonis, 1996; Blatt, Pilkonis, Shea, 1995a; Blatt, 1995). Tali individui sembrano trarre un minor senso soggettivo di soddisfazione dal trattamento, sperimentando la propria esperienza con il terapeuta come deludente e presentando bassi livelli di miglioramento al termine della terapia e ad un *follow-up* di 18 mesi, se valutati soggettivamente e attraverso il giudizio clinico del terapeuta (Blatt *et al.*, 1988).

Oltre a favorire la comparsa di ideazioni suicidarie (Blatt *et al.*, 1995a), elevate quote di perfezionismo predicono infatti una peggiore risposta al trattamento (Blatt *et al.*, 1996) riflesso da indici quali: una minore soddisfazione nelle relazioni interpersonali, una maggiore presenza di strategie di *coping* disfunzionali, una minore capacità nel riconoscere i propri sintomi depressivi, minori cambiamenti nelle loro attitudini depressive, una persistenza di un atteggiamento autocritico (Blatt *et al.*, 1988).

Tali effetti sembrano mediati dalla difficoltà nello sviluppare una buona alleanza terapeutica e nel costruire relazioni interpersonali soddisfacenti all'esterno del contesto terapeutico, a conferma dell'ipotesi secondo cui individui altamente autocritici e perfezionisti tendono a creare relazioni interpersonali disfunzionali (Zuroff *et al.* 2000; Shahar *et al.*, 2004).

In Figura è possibile osservare come elevati livelli di perfezionismo siano negativamente correlati sia con il miglioramento dell'alleanza terapeutica che con l'aumento nella percezione del supporto sociale, elementi che invece presentano una correlazione positiva con il miglioramento delle condizioni di vita dell'individuo.

Figura: ruolo del supporto sociale percepito e dell'aumento dell'alleanza terapeutica nell'*outcome* di individui che presentano elevati livelli di perfezionismo (tratto da Blatt *et al.*, 2010).



Alla luce di ciò, stabilire una costruttiva e collaborativa relazione terapeutica è dunque il primo obiettivo che il terapeuta deve porsi per facilitare l'identificazione e sfidare le disadattive convinzioni perfezionistiche. Solo nell'ambito di un clima terapeutico collaborativo il paziente riuscirà a temere meno un giudizio o un rifiuto da parte del terapeuta (Hawley *et al.*, 1996).

In merito ai pazienti con depressione introiettiva, Blatt sostiene che un trattamento breve, farmacologico o psicologico, si rivela inefficace a causa di un Super-Io violento, critico e giudicante e di cognizioni negative relative al sé ed agli altri (Blatt, 1992; Blatt, Levy, 1998; Blatt, Shahar, 2004; Fertuck *et al.*, 2004). Poiché tali soggetti si sono identificati con figure genitoriali dure, giudicanti, talvolta sprezzanti, e caratterizzate da un insieme di *standard* esageratamente elevati, il trattamento deve proporsi l'obiettivo di favorire in questi individui lo sviluppo di nuove identificazioni o la modificazione di quelle esistenti in modo da farli entrare in contatto con gli aspetti più benevoli ed accuditivi degli introietti genitoriali. Blatt ritiene a questo scopo più adeguata una psicoterapia intensiva a lungo termine al fine di permettere cambiamenti che solitamente sono collegati alla presentazione del sé ed a processi cognitivi.

Tali cambiamenti, argomenta Blatt, necessitano di un tempo cospicuo per essere ottenuti, corrispondente al periodo di tempo in cui questi pazienti permettono a se stessi di entrare in una relazione terapeutica ed iniziare a cambiare le proprie rappresentazioni mentali negative di sé e degli altri. Questi individui possono quindi intraprendere un trattamento intensivo a lungo termine poiché possiedono le risorse intellettuali e le capacità autoriflessive necessarie e perché risultano sensibili all'*insight* ed all'interpretazione.

Blatt (2004) ritiene che il transfert ed il controtransfert tipici della relazione terapeutica di questi pazienti siano caratterizzati da questioni relative alla definizione ed al valore di sé, da preoccupazioni circa il potere, l'autonomia, il controllo, la critica, la competizione e la rabbia.

Polarità delle esperienze: implicazioni diagnostiche

Il modello dello sviluppo normale e psicopatologico proposto da Blatt ha il pregio di riuscire a leggere un'ampia gamma di fenomeni clinici, in particolare ridistribuendo in modo sistematico ed economico i vari disturbi di personalità all'interno dei due principali *cluster* maggiori che coincidono con la differenziazione tra disturbi anaclitici ed introiettivi. Come sintetizzato nel prospetto sottostante, si è infatti osservato che tematiche di tipo anaclitico prevalgono nel disturbo borderline, istrionico o dipendente, mentre problematiche di tipo introiettivo caratterizzano principalmente il disturbo schizoide, schizotipico, paranoide, narcisistico, antisociale ed ossessivo (Blatt, Levy, 1998; Fonagy, 2004; Lingiardi, Del Corno, 2008).

Secondo Blatt, inoltre, il modello delle configurazioni di personalità da lui elaborato può avere rilevanti implicazioni per la considerazione di un ampio *range* di psicopatologia; egli ha infatti proposto una redistribuzione sistematica dei vari disturbi di personalità all'interno di due principali cluster, anaclitico ed introiettivo nel seguente modo.

Tabella: Ridistribuzione dei vari disturbi di personalità all'interno dei cluster anaclitico ed introiettivo (Blatt, Levy, 1998).

Cluster Anaclitico	Cluster Introiettivo
Disturbo borderline di personalità	Disturbo schizoide di personalità
Disturbo istrionico di personalità	Disturbo schizotipico di personalità
Disturbo dipendente di personalità	Disturbo paranoide di personalità
	Disturbo narcisistico di personalità
	Disturbo antisociale di personalità
	Disturbo ossessivo di personalità

Il modello elaborato da Blatt può avere delle implicazioni di considerevole portata poiché implica che varie entità diagnostiche attualmente incluse nell'Asse I - tra cui i disturbi dell'umore, i disturbi d'ansia, i disturbi del comportamento alimentare, i disturbi somatoformi - possano essere concepiti come alterazioni, temporanee o permanenti, in seno alla dimensione relativa al senso di sé o a quella della relazionalità (Blatt, 2008; Zuroff *et al.*, 2004).

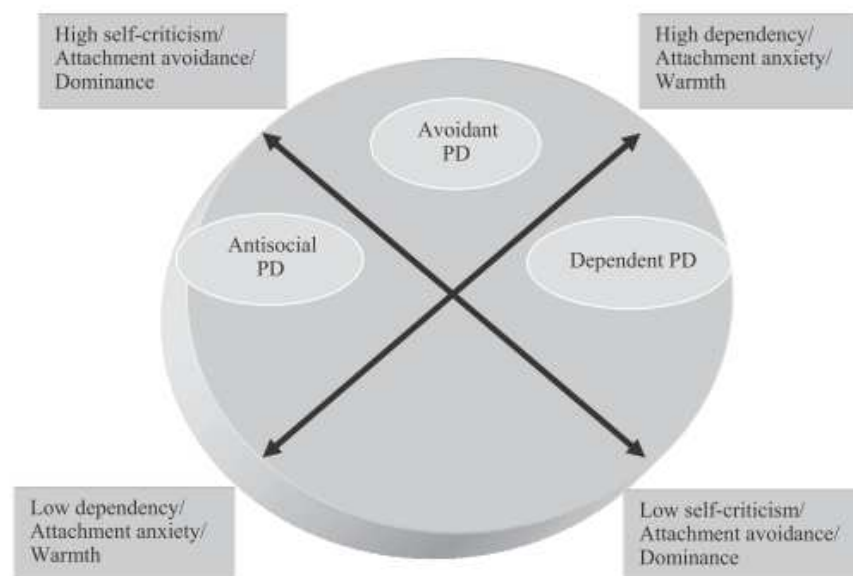
Recentemente, Luyten e Blatt (2013) propongono di considerare il versante maggiormente disadattivo di entrambe le dimensioni come "*transdiagnostic vulnerability factors*" che possono, in parte, spiegare l'elevata comorbidità tra disturbi di personalità e sintomi di Asse I. Tale punto di vista può avere ripercussioni di enorme portata sul modo di concepire, pensare ed attuare il trattamento, non più considerato specifico per specifici disturbi bensì fondato su sottostanti dimensioni personologiche comuni, trasversali rispetto ai vari disturbi, di Asse I e di Asse II.

Tale tipo di *background* teorico, dunque, anziché essere basato su un approccio centrato sui disturbi, intesi come il raggiungimento di un arbitrario *cut off* di sintomi predeterminati, fissi e statici, propone una concezione della psicopatologia che deriva dai tentativi di raggiungere un equilibrio in risposta all'interruzione di sviluppo di una

delle due dimensioni evolutive fondamentali e che si riflette attraverso un'esagerazione o una distorsione rispettivamente della sfera della relazionalità o della definizione di sé. Com'è possibile evincere dalla Figura, disturbi di personalità o *cluster* di tratti di personalità che presentano elevate similarità o consistenti aree di sovrapposizione, entro un modello che prevede l'esistenza di due dimensioni, potrebbero essere più efficacemente concepiti considerandoli come caratterizzati da simili difficoltà nella relazionalità e nel senso di sé, nonostante la loro espressione sintomatologica possa variare grandemente. In tal senso, la loro distinzione diventerebbe meno marcata, come potrebbe essere nel caso dei disturbi di personalità istrionico, dipendente e borderline di tipo analitico.

Figura: Approccio ai disturbi di personalità basato sui modelli che prevedono due polarità (tratto da Luyten, Blatt, 2013, p. 174).

A Prototype Approach to Personality Disorder (PD) Based on Two-Polarities Models



Note. This approach is based on the work of Luyten and Blatt (2011), Pincus (2005), Meyer and Pilkonis (2005), and Horowitz et al. (2006).

La concezione secondo cui lo sviluppo, normale e patologico, rappresenta la risultante dell'interazione dialettica di due principali dimensioni e polarità esperienziali aspira a realizzare un approccio interdisciplinare, a partire dal quale è possibile esplorare l'interazione tra fattori biologici, psicologici, sociali e ambientali nello sviluppo di personalità normale e patologica (Luyten, Blatt, 2013).

PARTE SECONDA

Personalità e depressione

*“Dare ad ogni emozione una personalità,
ad ogni stato d’animo un’anima”.*
Pessoa, *Il libro dell’inquietudine*, p. 33.

Depressione: entità clinica discreta o costellazione personologica emergente?

*“Se gettiamo per terra un cristallo, questo si frantuma
ma non in modo arbitrario; si spacca secondo le sue linee
di sfaldatura in pezzi i cui contorni, benché invisibili, erano
tuttavia determinati in precedenza dalla struttura del cristallo”.*
Freud, 1932, pp. 466-7.

Il modello psicopatologico proposto da Blatt pone in primo piano l'interrogativo concernente la natura del rapporto esistente tra la struttura di personalità e le varie declinazioni dei vissuti depressivi. Come detto, secondo tale modello, osservando le peculiari caratteristiche personologiche dell'individuo è possibile rintracciare, in embrione, lo sviluppo di futuri episodi di alterazione dell'umore.

Riflettendo sulla definizione di personalità come “una modalità strutturata di pensiero, sentimento e comportamento che caratterizza il tipo di adattamento e lo stile di vita di un soggetto e che risulta da fattori temperamentali, dello sviluppo e dell'esperienza sociale” (Lingiardi, 2001, p.21), è facile comprendere come la sua struttura, la sua composizione e le relative caratteristiche diventano il fondamento della capacità individuale di esprimersi in modo più o meno patologico e più o meno adatto alle richieste dell'ambiente e della cultura circostanti (Lingiardi, 1996).

Se i tratti di personalità consistono in “modi costanti di percepire, rapportarsi e pensare nei confronti dell'ambiente e di se stessi, che si manifestano in un ampio spettro di contesti sociali e personali” (DSM-IV-TR, 2000, p. 730) e se nei disturbi dell'umore tali tratti possono cristallizzarsi e subire un'intensificazione ed un'esacerbazione di una portata talmente considerevole, e talvolta invalidante, da poter invadere l'intera persona, non si potrebbe avanzare l'ipotesi secondo cui tratti di personalità e disturbi dell'umore, più che essere considerati e posti su due piani differenti, potrebbero, al contrario, essere distribuiti ai due poli di un *continuum*?

Cosa ci comunica il modello di Blatt se non che le caratteristiche di personalità costituiscono il terreno fertile su cui, in seguito a specifiche esperienze precipitanti, possono edificarsi distinti vissuti depressivi? È clinicamente vantaggioso considerare, similmente all'approccio adottato dal DSM e dall'ICD, il *background* personologico e le esperienze di sofferenza che su di esso si stagliano realtà cliniche differenti che, in momenti poco prevedibili e a causa di circostanze non sempre precisamente definite, salgono alla ribalta congiuntamente, a volte apparentemente improvvisamente, venendo diagnosticate come condizioni in comorbidità? Non sembrerebbe maggiormente plausibile considerare il concetto di comorbidità “una conseguenza necessaria, e profondamente banale, della reificazione di confini netti che non esistono se non nella mente di coloro che hanno elaborato la classificazione in questione?” (Carson, 1991, 1994).

Tali riflessioni risultano particolarmente appropriate se sotto la lente d'ingrandimento poniamo la sindrome depressiva: una persona con un sintomo o una sindrome come la depressione non può essere compresa senza un'adeguata considerazione della sua impalcatura caratteriale; colui che avverte un intenso bisogno di legarsi agli altri ed ha una minima capacità di regolare gli affetti o gli impulsi, tendenzialmente intreccia relazioni tumultuose e di breve durata, divenendo quindi necessariamente vulnerabile alla depressione (Westen, Shedler, 2000; Westen *et al.*, 2005).

Il presupposto secondo cui le sindromi esistano indipendentemente dalle personalità che le ospitano è un assunto concettualmente ed empiricamente problematico dal momento che non prende in adeguata considerazione il fatto che un fattore di stress può produrre sintomi di Asse I anche in virtù di una vulnerabilità sottostante, quale può essere appunto una condizione di Asse II (Westen, Shedler, 2003).

Ne deriva che, se si vogliono comprendere i sintomi, si deve conoscere qualcosa che riguarda la persona che li ospita; i sintomi, comprensibili solo se inseriti all'interno della struttura della personalità dell'individuo, possono a volte essere considerati emanazioni o espressioni della stessa personalità (Westen *et al.*, 2005).⁶¹

Nonostante le diverse ricerche tese ad esplorare il rapporto esistente tra caratteristiche di personalità e depressione abbiano generato più incertezze che chiarimenti - anche per l'eterogeneità dei disegni di ricerca implementati, da una parte, e dei campioni studiati, dall'altra - un punto essenziale che emerge dalla letteratura al riguardo è la convinzione secondo cui la considerazione delle caratteristiche di personalità risulta necessaria per la comprensione della depressione e potenzialmente considerevolmente utile nell'ottimizzazione del suo trattamento (Bagby *et al.*, 2008).

Di seguito si tenterà di individuare punti cardinali capaci di orientare in questa tematica.

Personalità depressiva: cenni storici

*“noi intendiamo per typus melanconico il modo di essere,
che s'incontra empiricamente, costituito
da una certa struttura, che, per le sue possibilità,
inclina verso il campo gravitazionale della Melancolia”.*
Tellenbach, 1974, p. 90.

Nonostante l'apparente diffuso consenso relativo a ciò che comunemente siamo soliti definire *tipo melanconico*, che questa costellazione personologica sia tutt'oggi dai confini ancora labili, indefiniti, lo testimoniano le numerose etichette ideate per descrivere tale dimensione clinica, alternativamente denominata *personalità depressiva*, *disturbo depressivo di personalità*, *depressione caratteriale*, *carattere depressivo*, e talvolta confusa con il concetto di *temperamento depressivo*.

Leitmotiv della maggior parte di queste etichette sembra essere una analoga costellazione di tratti di personalità, tra cui il primato sembra spettare a: tristezza, introversione, passività, mancanza di assertività, atteggiamento critico nei confronti di sé e degli altri, pessimismo, colpa, rimorso, coscienziosità, auto-disciplina, sentimenti di inadeguatezza, mancanza di autostima, propensione al rimuginio.

Che il *tipo depressivo di personalità* rappresenti una realtà teorico-clinica di rilievo lo aveva già notato Emil Kraepelin, che, nel volume “Psichiatria Speciale” (1904), definisce la “depressione costituzionale” per alcuni aspetti affine alla psicosi maniaco-depressiva, ponendo l'una rispetto all'altra ai due estremi di una serie ininterrotta di gradazioni: “Ambedue sono fenomeni di degenerazione, e la depressione costituzionale può portare in sé, in date condizioni, il germe per lo sviluppo di una vera psicosi maniaco depressiva” (Kraepelin, 1904, p.621).

Tra i tratti patognomonicamente di tali “personalità morbose”, l'Autore rintraccia:

- un perenne tono emotivo triste, in ogni caso della vita;
- un grande talento - oppure uno sviluppo intellettuale ritardato - che può coesistere con una particolare facilità alla stanchezza, o, al contrario, far sì che nel campo intellettuale venga svolto un lavoro soddisfacente o persino importante;

⁶¹ Le persone spesso sviluppano modi di regolare le proprie emozioni che diventano abituali ed inconsci, divenendo meno abili ad affrontare situazioni nel corso del tempo, al punto tale che la soluzione diventa il problema (Westen *et al.*, 2005).

- distraibilità, congiunta a smemoratezza, incertezza nelle proprie attività, tendenza ad un sofisticare infruttuoso, talvolta ipocondriaco;
- umore, in generale, durevolmente depresso, scoraggiato;⁶²
- tendenza a tormentarsi durevolmente per un certo “sentimento di colpa” o per auto rimproveri;
- tendenza a vivere penosamente l’eccitazione sessuale;
- presenza di una delicata suscettibilità, che spesso coesiste con spiccate capacità artistiche ed estetiche;
- ansietà, indecisione, minuziosità;
- pensieri di suicidio, mali nervosi.

“Anche nelle epoche migliori gli ammalati vengono descritti come individui originali, timidi, tranquilli, spiacevoli, scortesii, ottusi, avari. ‘Io posso dire di essere nato nell’angoscia’ diceva uno di questi ammalati” di cui Kraepelin ha fatto esperienza (1904, p. 620).

Ernst Kretschmer condivide il punto di vista secondo cui i disturbi affettivi rappresentano forme esagerate, distorte, di temperamenti normali.

In “*Psyche and Character*”, in seno alla discussione relative al temperamento cicloide, afferma che “the pure typical circular depressives have some soft quality in their moodiness” (Kretschmer, 1925, p. 124), aggiungendo: “in the case of such individuals, it is not the temperament itself that is sad, but it is only more easily roused by sad conditions” (*ibidem*, p. 126).⁶³ Descrive tale individuo come caratterizzato da un “soft temperament”, che può oscillare tra gli estremi dell’allegria e dell’infelicità. “Colpisce il fatto che la designazione dei tipi è prevalentemente ordinata secondo una qualità: *lo stato d’animo*” (Tellenbach, 1974, p. 97).

Diversamente, Kurt Schneider non individua un rapporto di continuità tra personalità depressiva e disturbi affettivi. In “*Le personalità psicopatiche*” sostiene che, nonostante “in casi rari, può essere difficile, e qualche volta impossibile, stabilire una diagnosi differenziale tra una parte della personalità, le reazioni abnormi e la ciclotimia dall’altra parte [...] la depressione ciclotimica tuttavia non si può dedurre caratteriologicamente, soprattutto nella sua formazione” (1950, p. 68).⁶⁴ Specifica: “I disturbi fondamentali

⁶² “Gli ammalati hanno *fino dalla gioventù*, una speciale sensibilità di fronte alle occupazioni, alle fatiche, alle delusioni della vita. Essi risentono tutto profondamente ed in ogni avvenimento rimangono impressionati più fortemente dalle piccole contrarietà che dalle più alte soddisfazioni, o dai godimenti più attraenti; ogni momento di gioia viene loro avvelenato dal ricordo di ore tristi, da rimproveri a se stessi ed ancor più da timori per l’avvenire, dipinto a foschi colori [...] Ogni dovere sta loro dinanzi come una montagna: la vita, l’attività sono un peso che essi portano *per abitudine*, con doverosa abnegazione, senza venir compensati dalla gioia di esistere, di agire. Gli ammalati non hanno alcuna fiducia nelle forze proprie; essi disperano sempre in ogni lavoro e *sono presi facilmente dall’angoscia e dallo scoraggiamento*; si sentono inutili al mondo, buoni a nulla, nervosi, ammalati” [corsivo mio] (Kraepelin, 1904, pp. 616-7).

⁶³ “And what is particularly significant is this: in difficult, responsible positions, when there is any danger, in thorny, exasperating situations, and in a sudden precarious crisis in business, they are not nervous, irritated, or agitated, like the average man, and particularly like a great many schizophrenes. But they are *unhappy*. They cannot see any distance ahead, everything stands like a mountain in front of them” (Kretschmer, 1925, p. 126).

⁶⁴ “*Ci sembra pertanto non rilevante ammettere dei semplici passaggi tra le personalità con le loro reazioni e oscillazioni di fondo e le fasi ciclotimiche. Vi si aggiunge qualcosa di nuovo, di morboso*” (Schneider, 1950, p. 67).

della depressione ciclotimica sono neutri sul piano caratterologico benché la loro coloritura particolare dipenda forse dalla personalità, soprattutto se appariva in precedenza depressiva (schwermutig) calma, passiva, elegiaca, oppure disforica (missmutig), irritabile, scontrosa (murrish)” (*ibidem*). L’Autore differenzia gli “psicopatici ipertimici”⁶⁵, contraddistinti da un “umore di fondo gaio” ed un ottimismo indistruttibile (Schneider, 1950, p. 71), dagli “psicopatici depressivi”, individui che guardano alla vita in modo cronicamente pessimistico, scettico, precisando: “Nel suo fondo la vita è negata, anche se spesso contornata da una sorta di amore infelice. Tutto viene preso a cuore, la capacità di gioire senza preoccupazioni fa invece difetto [...] Le esperienze tristi sono avvertite profondamente e portano a crisi, d’altra parte miserie reali sono anche capaci di farli uscire dalle loro rimuginazioni piagnucolose” (Schneider, 1950, p. 80). Nota che, talvolta, oltre alle incessanti rimuginazioni, alle preoccupazioni ipocondriache, all’atteggiamento dispersivo e dubbioso, all’inesauribile severità, può esservi, in tali individui, la tendenza alla presunzione: rappresentando per loro la sofferenza qualcosa di distinto, considerano sé, poiché sofferenti, aristocratici. Accenna una distinzione tra:

- depressivi melanconici, descritti come cupi, teneri, buoni, sensibili, comprensivi;
- depressivi disforici, freddi, egoisti, brontoloni, rabbiosi, irritabili, recriminativi;
- depressivi maggiormente caratterizzati da sfumature paranoidei.

Dopo aver passato in rassegna alcune delle concezioni elaborate sulla melanconia, Hubertus Tellenback (1974) si interroga sulla struttura essenziale del *Typus melancholicus* e sul significato condizionante per lo sviluppo della situazione premelanconica.

Tra le peculiarità essenziali del *typus melanconico* - ricavate dall’esame a posteriori di tutti i pazienti ricoverati per Melanconia nell’anno 1959 nella clinica di Heidelberg - evidenzia:

- l’essere ancorato all’ordinatezza; diligenza, scrupolosità, coscienza del dovere, solidità, prontezza nell’aiuto; “*un’elevata pretesa, al di sopra della media, dalle proprie prestazioni*. Questo si riferisce alla *qualità*, ma pure all’aspetto *quantitativo*” (p. 107);
- l’ordinatezza nel mondo del lavoro, evidente sin dai tempi della scuola; un “non-potersi distrarre” (p. 113) e l’essere incapace di rilassamento che possono causare sovraccarico;
- una grossa pretesa da sé;
- relazioni “del tipo di un Essere-per-gli-altri nella forma dell’Operare-per-gli-altri” (p.117), caratterizzate da sollecitudine, apprensione, da cui può derivare una situazione critica nel momento in cui l’allontanamento di una figura significativa procede con una sensazione di perdita di vicinanza. “Il rapporto con il prossimo ha successo nella *prestazione*” perché il melanconico “*non conosce il puro e semplice esserci per gli altri, senza prestarsi tangibilmente*” (p. 119). Ciò vale nonostante la *paura della solitudine* che rappresenta l’essenza di questo tipo di rapporto umano: “il melanconico non può stare solo perché egli non può stare-per-sé” (*ibidem*).
- un legame tra il modo in cui si aderisce all’ordine e lo si vive - in particolare “*l’ordine dello stare-insieme-nell’amore*” (p. 124) – e il fatto che a questo è legata l’autorealizzazione;

⁶⁵ “In realtà una personalità ipertimica assomiglia molto di più ad un ipomaniacale di quanto una personalità depressiva di questo tipo ad un depresso endogeno” (Schneider, 1950, p. 83).

- coscienziosità ⁶⁶, meticolosità, precisione talvolta portate all'estremo; una sensibilità al di sopra della media ed una peculiare tendenza a incolparsi di qualcosa; una intolleranza contro mancanze di altri, anche se queste non sono realmente tali;
- oppressione e conflitti di coscienza a causa di "un'agglutinazione di colpa" (p. 133), anche per cose che risalgono molto tempo addietro.

È evidente come, entro la struttura delineata del *typus melanconico*, il principio formale largamente comprensivo sia quello dell'ordine. Tellenbach precisa che "L'esperienza ha dimostrato che, eccettuata una minoranza di casi, i pazienti, *durante* la Melancolia, raramente possono fare dichiarazioni che siano di chiarimento, da una parte per la loro indole e, dall'altra, per illuminare la situazione premelancolica. I melancolici non "sanno" più cosa è determinante. Di regola essi sono così assorbiti dalla presenza della loro afflizione che non possono rivolgersi con sufficiente attenzione all'epoca premelancolica" (Tellenbach, 1974, p. 105).

Autori di diversi orientamenti teorico- clinici negli anni hanno sostenuto l'esistenza di una personalità con caratteristiche depressive e il concetto di tipo melanconico è stato progressivamente sostituito da quello di carattere depressivo (Phillips *et al.*, 1990).

Glen O. Gabbard (1995) sembra riuscire a distinguere tra:

- una *depressione caratteriale*, contraddistinta da un pervasivo vissuto di solitudine, vuoto, associato alla percezione che gli altri non rispondano ai propri bisogni emotivi;
- un *carattere depressivo*, forma di depressione cronica affine alla distimia, contraddistinta da pervasivi vissuti di colpa e da relazioni oggettuali caratterizzate da dipendenza, bassa stima di sé, tendenza ad essere autopunitivo, auto-svalutante, ipercritico.

Otto Kernberg (1988) fa rientrare il disturbo di personalità depressivo- masochistico nell'ambito dell'organizzazione di personalità di alto livello - nevrotica - insieme ai disturbi di personalità ossessivo- compulsivo ed isterico.

Definisce tale disturbo di personalità contraddistinto da:

- tratti che riflettono una eccessiva severità del Super- Io, evidente, ad esempio, nella tendenza ad assumere un atteggiamento particolarmente serio, a mancare di senso dell'umorismo, ad essere responsabile, esageratamente scrupoloso, coscienzioso, particolarmente affidabile ed attendibile, incline ad auto criticarsi aspramente, a lavorare alacremente e a porsi obiettivi e standard smisuratamente elevati. Occasionalmente, diversamente da un comportamento tipicamente diplomatico e discreto, si può evidenziare un atteggiamento particolarmente giudicante verso gli altri, motivato da cause che fanno riferimento ad una indignazione morale.
Vissuti depressivi possono insorgere nel momento in cui l'individuo si rende conto di non riuscire a vivere all'altezza delle proprie aspettative e dei propri elevati standard, anche se, inconsciamente il soggetto può creare o perpetuare le condizioni che giustificherebbero la sua sensazione di essere maltrattato, umiliato, mortificato e che precipiterebbero la comparsa di sintomi depressivi più marcati;
- tratti che riflettono una spiccata dipendenza e ricerca di sostegno, affetto e riconoscimento da parte degli altri, coniugati ad una eccezionale vulnerabilità alle delusioni relazionali e a marcati sforzi per ottenere comprensione e amore

⁶⁶ Riflessa, ad esempio, in affermazioni del tipo "Il sole non deve tramontare sopra una lite". (Tellenbach, 1974, p. 128).

- altrui. Vissuti di rifiuto e la tendenza a far sentire gli altri in colpa possono elicitare reali rotture relazionali, a loro volta capaci di predisporre la comparsa di episodi depressivi connessi alla perdita dell'oggetto amato;
- un "alterato metabolismo" dell'aggressività che fa sì che il soggetto sperimenti sentimenti depressivi in condizioni che, solitamente, produrrebbero irritazione e rabbia.

Il discorso concernente la personalità depressiva assume una particolare importanza soprattutto in considerazione del fatto che tale costellazione personologica può rivestire un ruolo fondamentale nelle condizioni depressive croniche, ricorrenti e ad esordio precoce (Klein *et al.*, 2011).

"Depressive Personality Disorder: fact or fiction?"

È con questo provocatorio interrogativo che Philipps e Gunderson (1999) intitolano un loro contributo al dibattito concernente la validità diagnostica del disturbo depressivo di personalità (DDP). Dopo essersi concentrati su alcune delle principali controversie che ruotano attorno a questa discussa entità nosologica - tra cui, in particolare, la possibilità di considerarla alla stregua di un disturbo distimico, oppure l'eventualità che presenti eccessive sovrapposizioni con altri disturbi di personalità - gli Autori convengono sull'idea secondo cui il DDP rappresenti una categoria clinicamente rilevante nonché utile, che si differenzia rispetto al disturbo distimico per una maggiore presenza di caratteristiche personologiche, cognitive e psicologiche e per una minore quantità di sintomi somatici (Phillips *et al.*, 1990; Phillips, Gunderson, 1999).

L'ampio dibattito sviluppatosi attorno al discorso relativo alla collocazione nosografica del DDP, in particolare in merito alla possibilità di differenziarlo adeguatamente dagli altri disturbi di personalità da una parte e dai disturbi dell'umore dall'altra (Saulsman *et al.*, 2006), è scaturito in seguito al riscontro di sostanziali sovrapposizioni tra il DDP ed il disturbo depressivo maggiore, considerato che alcuni criteri diagnostici del DDP sembrano far riferimento a caratteristiche di stato attribuibili agli episodi depressivi (come, per esempio, l'umore triste e la tendenza a rimuginare), piuttosto che a caratteristiche di tratto (Hartlage *et al.*, 1998). Una delle questioni maggiormente controverse concerne dunque l'estesa sovrapposizione e comorbidità tra il DDP e gli altri disturbi di personalità, il disturbo distimico ed il disturbo depressivo maggiore (Bagby *et al.*, 2008; Ørstavik *et al.* 2007).

Uno studio che si è proposto di esaminare le fonti genetiche ed ambientali della sovrapposizione tra DDP e disturbo depressivo maggiore in un campione di gemelli norvegesi ha rilevato che una sostanziale parte della covariazione tra i due disturbi è spiegata dai geni ma anche che il disturbo depressivo maggiore è influenzato da fattori genetici non condivisi dal DDP (Ørstavik *et al.* 2007).

Non includendo alterazioni neurovegetative né un'enfasi sulla centralità del disturbo dell'umore, il DDP può essere distinto sia dal disturbo distimico che dal disturbo depressivo maggiore (McDermut *et al.*, 2003). Tuttavia il DDP sembra rappresentare un fattore di rischio per lo sviluppo di un disturbo distimico (Shahar *et al.*, 2003) e, in effetti, le persone che rispondono ai criteri del DDP possono avere una maggiore probabilità di soddisfare i criteri del disturbo distimico (Ryder *et al.*, 2006). È pur vero che, potendo comparire entrambi precocemente, il DDP può talvolta essere solo difficilmente distinguibile dal disturbo distimico (Angst, 1998), nonostante essi possano essere empiricamente distinti (Ryder *et al.*, 2006). Tra i familiari di primo grado di

pazienti con disturbo distimico ad esordio precoce si riscontrano tratti di personalità depressiva e di DDP (Klein, 1999b).

Una crescente letteratura a supporto della validità di costruito del DDP (Laptook *et al.*, 2006; McDermut *et al.*, 2003) sottolinea che un orientamento persistentemente negativo verso sé e la propria esperienza è adeguatamente concettualizzabile come un disturbo di personalità, supportando la validità del DDP come categoria diagnostica attendibile e clinicamente utile, definibile da una specifica costellazione di processi di personalità (Huprich, 1998, 2012).

Degno di nota è che la gran parte delle difficoltà concernenti la possibilità di distinguere il DDP in particolare dal disturbo distimico non differisce da quelle riscontrate per altri disturbi di personalità che presentano similarità rispetto a disturbi di Asse I.

Sono infatti note le affinità tra il disturbo di personalità evitante e la Fobia Sociale (Alden *et al.* 2002), il disturbo di personalità borderline ed i disturbi dell'umore, il disturbo di personalità antisociale e i disturbi da uso di sostanze (Widiger, Shea, 1991).⁶⁷

In uno studio longitudinale della durata di 10 anni, Laptook e colleghi (2006) hanno osservato che la diagnosi di DDP tende ad essere moderatamente stabile nel tempo - nonostante l'intensità dei tratti subisca una diminuzione - e che la presenza di tale diagnosi ha implicazioni prognostiche sfavorevoli per il decorso del disturbo depressivo di Asse I, in particolare per il disturbo distimico.

Come messo in luce da Westen e Shedler (2000; 1999b), un'ampia percentuale di pazienti incontrati nella pratica clinica sembra ricadere entro la categoria diagnostica da loro definita *disturbo disforico di personalità* che include individui comunemente diagnosticati come depressi, o con disturbi di personalità dipendente, evitante, auto-frustrante, borderline, che tendono a sperimentare diversi tipi di disagio, vissuti di inadeguatezza, vergogna, colpa, depressione, ansia, paura del rifiuto e dell'abbandono. Gli Autori riescono a ricavare empiricamente, attraverso l'uso della *Shedler-Westen Assessment Procedure* (SWAP-200, Westen, Shedler, Lingardi, 2003) l'esistenza di un gruppo diagnostico contraddistinto da una struttura caratteriale disforica o depressiva, che può essere ulteriormente suddiviso al suo interno in ben cinque sottogruppi che differiscono tra loro per le condizioni che attivano la disforia e per i tentativi messi in atto per regolarla, pur condividendo le caratteristiche centrali dell'affetto disforico e della condanna di sé [vedi Appendice].

Il disturbo depressivo di personalità è spesso associato ai disturbi di personalità evitante, borderline e ossessivo-compulsivo; tale comorbidità, potendo variare tra il 19 ed il 95% nei diversi studi, si assesta, in media, al 50 % (Huprich *et al.*, 2006; Huprich, 2012).

Legittimare l'esistenza del DDP potrebbe essere considerevolmente vantaggioso in particolar modo a livello terapeutico. Ryder e collaboratori (2010), per esempio, riscontrano che tratti del DDP sembrano essere associati ad una più povera risposta al trattamento nel caso di terapia interpersonale ma non nel caso di terapia cognitivo comportamentale o di trattamenti farmacologici, lasciando ipotizzare che le caratteristiche interpersonali del DDP, più che in altri disturbi di personalità, influenzino negativamente gli elementi fondanti la terapia interpersonale (Ryder *et al.*, 2010).

⁶⁷ Lo stesso rapporto non può essere più individuato tra il disturbo di personalità schizotipico e la schizofrenia, avendo prove empiriche dimostrato le basi genetiche della schizotipia, meglio definibile non più come un disturbo di personalità bensì come una sindrome clinica - *come* la schizofrenia - definita da un unico tratto (un disturbo del pensiero di lieve entità) (Westen, Shedler, 1999b).

Temperamenti affettivi

La complessità del discorso relativo alla personalità depressiva viene ulteriormente intensificata nel caso in cui siano presi in considerazione i contributi apportati allo sviluppo della personalità da concetti con essa spesso confusi e sovrapposti, come quelli di carattere e temperamento.

È bene ricordare che, se con il termine carattere si intende “quella combinazione di componenti psichiche individuali che riflette gli elementi di base dell’organizzazione e dello stile di personalità di un dato soggetto” (Lingiardi, 2001, pp. 34-5) - concezione che implica un’accentuazione delle connotazioni di valore che inducono a descrivere la persona ad esempio come buona o come cattiva - con il concetto di temperamento, invece, si fa riferimento ad “un insieme di disposizioni comportamentali presenti sin dalla nascita, le cui caratteristiche impostano le differenze individuali nella risposta all’ambiente e riflettono una variabilità biologica” (Lingiardi, 2001, p. 36), esercitando un’influenza biologica ereditaria sulla personalità.

È noto che il temperamento affettivo, in genere evidente fin dall’infanzia, si connota per i livelli di energia, per la qualità dell’umore abituale, per l’intensità con cui le emozioni vengono vissute ed espresse, per il grado di risonanza affettiva nei confronti di avvenimenti interni ed esterni.

L’esistenza di un temperamento affettivo come substrato personologico dei disturbi dell’umore è ormai tradizionalmente riconosciuta e le caratteristiche temperamentali sono state considerate fattori capaci di modificare gli episodi di malattia sia nell’espressione clinica che nella prognosi. Occorre prestare una particolare attenzione ai tratti temperamentali predisponenti, che possono rappresentare precursori sub-affettivi degli episodi maggiori, differenziandoli dalle modificazioni della personalità post-affettive, che risultano invece dalla combinazione del disadattamento sociale a breve termine con lo stesso temperamento “premorbo” (Dell’Osso *et al.* 1992).

Già Ippocrate, nel IV secolo a.C., aveva individuato quattro tipi di temperamento capaci di predisporre ai diversi disturbi mentali, ovvero quello collerico, melanconico, sanguigno e flemmatico, credendo che, se un umore avesse preso il sopravvento sugli altri fluidi, sarebbe sopraggiunto in eccesso al sistema nervoso centrale modificandone lo stato in quello a lui proprio (Roccatagliata, 1999; Tellenbach, 1974).

Attualmente, un significativo sostenitore del punto di vista neo- kraepeliano sui disturbi affettivi (Klein, 1999; Stanghellini *et al.*, 2006), che enfatizza il ruolo del temperamento nel mediare tra umore normale e patologico, è Hagop S. Akiskal (1983, 1989, 1995, 2000), che propone di concepire i disturbi dell’umore come espressioni diversificate collocabili lungo un *continuum* di instabilità affettiva risultante dalle sottostanti disposizioni temperamentali⁶⁸. In base a questo punto di vista la personalità

⁶⁸ La concettualizzazione neo- kraepeliana dei temperamenti affettivi come predisponenti i disturbi dell’umore costituisce un *background* privilegiato per una più approfondita esplorazione del concetto di “tipo melanconico”, ripreso da Stanghellini e collaboratori (2006), contraddistinto dalle seguenti caratteristiche: 1) “Ordeliness”: fissazione nell’armonia nelle relazioni interpersonali, definita da affermazioni quali: “La mia felicità dipende dalla felicità delle persone che mi circondano”, “Non sono capace di essere in disaccordo con gli altri”; 2) “Conscientiousness”: impegno nel prevenire sensi di colpa, riflesso in affermazioni come: “La cosa più importante per me è avere la coscienza pulita”, “Per evitare critiche, faccio sempre il mio lavoro e, se necessario, anche quello degli altri”; 3) “Hypernomia” (esagerato adattamento alla norma) ed “heteronomia” (ricettività alla norma), riflesso in affermazioni come “Posso sbagliare ma provo sempre ad essere coerente”, “Mi sento responsabile per i miei doveri e le mie responsabilità sociali”; 4) “Intolerance of ambiguity”: incapacità di conciliare a livello emotivo e cognitivo sentimenti e caratteristiche, relative ad un oggetto, una persona o una situazione, opposte; affermazioni tipiche possono essere: “Avere dei dubbi a proposito di qualcosa mi disturba”, “Se qualcosa fa vacillare le mie certezze, posso facilmente andare in crisi” (Stanghellini *et al.*, 2006, p. 165).

depressiva sarebbe dunque geneticamente fondata - a livello temperamentale - e antecedente rispetto ai disturbi affettivi, quindi capace di predisporre a forme più severe di disturbo dell'umore.

La differenza tra personalità depressiva, disturbo distimico e depressione maggiore cronica risiederebbe in una questione di intensità di umore disforico (Klein, 1999a; McDermut *et al.*, 2003).

Di seguito sono sinteticamente esposte alcune delle caratteristiche più frequentemente attribuite al *temperamento depressivo* (Akiskal, 1995; Blazer, 1995; Cassano, 1982) e a quello ipertimico (Akiskal, 1995; Tundo, Cassano, 2007):

TEMPERAMENTO DEPRESSIVO	TEMPERAMENTO IPERTIMICO
- Umore e livello di energia stabilmente bassi;	- Umore e livello di energia stabilmente elevati;
- scetticismo, pessimismo;	- vivacità, esuberanza, entusiasmo, ottimismo;
- sentimenti di colpa, sensi di inadeguatezza e fallimento, scarsa autostima, autocritica;	- elevata autostima;
- introversione e coartazione della vita sociale;	- assertività, intraprendenza;
- passività, dipendenza, ipersensibilità;	- estroversione, loquacità, espansività;
- coscienziosità, puntualità, scrupolosità;	- resistenza alla fatica fisica ed intellettuale;
- abitualmente grande dormitore.	- disinibizione, impulsività;
	- irritabilità, aggressività, litigiosità;
	- abitualmente breve dormitore.

Il *temperamento ipertimico*, tra cui si annoverano personalità di successo in vari campi, può contraddistinguere individui permeati da una sensazione di potenza, perfezione, superiorità, invulnerabilità, che possono ottenere risultati straordinari nelle prestazioni cui si dedicano. Tuttavia tale tipologia temperamentale può talvolta determinare un adattamento compromesso da uno stile di vita discontinuo, favorendo ripetuti fallimenti lavorativi, sentimentali e familiari e caratterizzando individui dediti all'abuso di sostanze (Dell'Osso *et al.*, 1992). L'ipertimia, infatti, generalmente vissuta come ego sintonica, non sempre favorisce un buon adattamento sociale e lavorativo. In alcuni soggetti possono prevalere superficialità e scarsa tenacia, mentre in altri l'eccessiva stima di sé, la disinibizione, l'impulsività possono portare a errori di valutazione nell'intraprendere azioni rischiose o illegali.

Il *temperamento ciclotimico*, invece, contraddistinto da un'alternarsi di tristezza ed euforia, è stato frequentemente riscontrato negli individui di talento; già Aristotele, che aveva considerato alcuni tipi di follia un dono degli dei (Aliverti, 2003), attribuì a questo temperamento doti creative in campo artistico, filosofico, poetico e politico (Siracusano, Niolu, 2007; Tellenbach, 1974).⁶⁹

Il rischio associato a tali temperamenti è che possano sbilanciarsi eccessivamente in una direzione, nell'altra o in entrambe. Akiskal (1983) sottolinea quanto la struttura

⁶⁹ Citando Aristotele, Tellenbach (1974, p. 29) scrive: "Perché tutti gli uomini straordinari nella filosofia o nella politica o nella poesia o nelle arti sono chiaramente melanconici; ed una parte di loro in modo tale da essere colpiti da manifestazioni morbose che derivano dalla bile nera...?".

caratteriale, che fa coincidere con i tratti temperamentali, possa modificare l'espressione sintomatologica del disturbo dell'umore, determinare la prognosi, oltreché la *compliance* al trattamento, giocare un ruolo eziopatogenetico indiretto favorendo il presentarsi di eventi che precipitano la depressione in individui vulnerabili o creando le circostanze interpersonali che alimentano la cronicità della depressione.⁷⁰

Sul piano prognostico, mentre il rilievo di una patologia temperamentale di entrambe le polarità assume una notevole importanza, risultando generalmente correlata ad un'insorgenza precoce e ad una elevata tendenza alle ricadute, i tratti temperamentali depressivi risultano invece correlati ad una evoluzione verso la cronicità con riflessi negativi sul piano dell'adattamento sociale (Soriani et al., 1992).

Ricerche su gemelli o di tipo longitudinale sarebbero necessarie per verificare l'adeguatezza del modello secondo cui la personalità depressiva possa essere concettualizzata come l'esacerbazione di una tipologia temperamentale e per determinare se sia capace di favorire lo sviluppo di disturbi dell'umore (Klein, 1999). Non è facile, infatti, comprendere se attributi associati alla depressione unipolare, come il nevroticismo, l'introversione o la tendenza ad essere ansiosi, o l'estroversione, riscontrata frequentemente nelle depressioni bipolari, vadano considerati tratti di personalità o una sintomatologia affettiva minore (Akiskal *et al.*, 2006).

La maggior parte delle indagini tese ad individuare i correlati temperamentali dei disturbi depressivi si sono avvalse del "Five-Factor Model", mettendo in luce che gli individui con tendenze depressive presentano elevati livelli di nevroticismo, emotività negativa, affettività negativa ed evitamento del danno e mostrano un'aspecifica vulnerabilità per fattori come autocritica, dipendenza e perfezionismo (Beck, 1983; Blatt *et al.*, 1976; Cox B.J. et al. 2004).

⁷⁰ "The obsessional woman, overwhelmed by fear of loss of control, presented an agitated and more severe depression than the hysteroid character, whose demanding and seductive stance made her appear less depressed than she actually was. One prediction from this observation is that, contrary to the clinical stereotype, persons with histrionic characters may suffer from unrecognized severe depressions and even commit suicide" (Akiskal, 1983, p. 804).

Personalità e depressione: modelli esplicativi

Per tentare di illuminare la relazione esistente tra personalità e depressione sono stati elaborati diversi modelli, né esaustivi né mutuamente esclusivi, tesi a rintracciare il fattore ritenuto casualmente responsabile per la comorbidità tra caratteristiche di personalità e depressione maggiore.

In Figura è riportata una schematica sintesi dei principali modelli (Kelly *et al.*, 2011).

MODELLO	RELAZIONE INDIVIDUATA TRA PERSONALITÀ E DEPRESSIONE
<i>Causa comune</i>	Una eziologia condivisa tra personalità e depressione ne spiega l'associazione osservata. Caratteristiche di personalità e disturbo depressivo non sono entità direttamente correlate bensì distinte, la cui associazione è mediata da una terza variabile.
<i>Continuum/ Spettro</i> ⁷¹	Una sottostante dimensione, o <i>continuum</i> , accomuna personalità e disturbi depressivi che, dunque, si sviluppano da un insieme di fattori causali simili ma non identici. L'associazione è discretamente specifica e non lineare.
<i>Precursore</i>	La personalità predice l' <i>onset</i> depressivo, essendo una manifestazione precoce, o "forma atipica", del disturbo depressivo. I tratti di personalità diventano maggiormente evidenti prima della comparsa del disturbo depressivo.
<i>Predisposizione</i>	La personalità predice l' <i>onset</i> depressivo ed ha un effetto causale sulla comparsa e sul mantenimento della depressione; i processi sottostanti alla personalità differiscono rispetto a quelli che favoriscono la comparsa di depressione. <i>Es. del modello diatesi- stress</i> , secondo cui la personalità coincide con la diatesi, mentre lo stress rappresenta il moderatore - che precipita la comparsa del disturbo depressivo - oppure il mediatore - in cui specifici tratti di personalità maggiormente disfunzionali favoriscono la comparsa di esperienze negative che, a loro volta, aumentano la probabilità di sviluppo di un episodio depressivo).
<i>Patoplasticità</i>	La personalità predice variazioni nella presentazione o nell' <i>outcome</i> della depressione. Ha un'influenza causale sull'espressione del disturbo depressivo piuttosto che sulla sua comparsa. La struttura di personalità può influenzare la presentazione clinica, la severità sintomatologica, la risposta al trattamento.
<i>Concomitante (stato dipendente)</i>	La depressione ha un'influenza causale sulla personalità. La personalità è alterata nel corso di un episodio depressivo ma torna ad assumere le caratteristiche iniziali in seguito alla remissione dell'episodio.
<i>Complicazione/ segno</i>	La depressione ha un'influenza causale sulla personalità. La personalità è alterata durante un episodio depressivo e in seguito alla sua remissione. Gli episodi depressivi determinano un cambiamento della personalità di tipo transitorio, stato- dipendente ("complicazione") o permanente, duraturo ("segno").

⁷¹ I modelli continuum/spettro e precursore sembrano adattarsi maggiormente a forme di depressione cronica piuttosto che episodica (Kelly *et al.*, 2011).

Possibili disegni di ricerca tesi a verificare l'adeguatezza di tali modelli potrebbero essere (Kelly *et al.*, 2011):

- studi familiari, che consentirebbero di dimostrare le differenze di personalità tra soggetti che non presentano episodi depressivi e soggetti che hanno presentato disturbi depressivi; studi su gemelli o genetici (in particolare per i modelli "causa comune", "continuum/spettro", "precursore");
- studi longitudinali di soggetti che hanno presentato un episodio depressivo (in particolare per i modelli "precursore" e "predisposizione");
- studi longitudinali di persone con disturbi depressivi, esaminando l'associazione tra tratti di personalità e caratteristiche cliniche, corso e risposta al trattamento del disturbo depressivo (nello specifico per il modello "patoplastico");
- studi di tipo "cross sectional" che paragonano persone con una diagnosi di disturbo depressivo con persone che hanno presentato episodi depressivi e con soggetti che non hanno mai presentato tali episodi (per il modello "concomitante");
- studi su soggetti prima e dopo un primo episodio depressivo (per il modello "complicazione segno").

È evidente che la considerazione del rapporto tra personalità e depressione attualmente risulta non ben definita (Mulder, 2008). D'altronde, come tutti i modelli elaborati per descrivere una realtà tanto dinamica quanto plastica come quella psichica, anche in questo caso è più utile pensare che i disturbi depressivi e le caratteristiche di personalità possono reciprocamente influenzarsi in una varietà di modi estremamente più complessi rispetto a quelli qui schematicamente riportati, ed in una molteplicità di direzioni.

Anche se sono necessarie ulteriori ricerche, i dati esistenti sono ampiamente coerenti con i modelli della vulnerabilità, patoplastico, a spettro e della causa comune (Bagby *et al.*, 2008).

Per testare la plausibilità di tali modelli ed elaborare un'adeguata concettualizzazione dell'interfaccia tra depressione e personalità sarebbe opportuno integrare i risultati di almeno tre tipi di ricerche, concernenti rispettivamente (Kelly *et al.*, 2011; Overholser *et al.*, 1989):

- la personalità "premorboza", ovvero i fattori di personalità antecedenti rispetto alla comparsa dell'episodio depressivo;
- fattori di personalità valutati durante l'episodio depressivo, intesi sia come caratteristiche di personalità che possono consistere in varianti meno gravi dei sintomi depressivi che come fattori di personalità capaci di esercitare un effetto sull'espressione sintomatica o relativa all'andamento della depressione;
- a personalità *post*-depressiva, ovvero gli eventuali cambiamenti di personalità che possono comparire in seguito alla remissione dell'episodio depressivo.

Sarebbe fondamentale tentare di indagare se e come il ruolo della personalità si modifica in funzione delle diverse diagnosi di disturbo depressivo (es. disturbo depressivo maggiore, disturbo distimico), del relativo sottotipo (es. psicotico, melanconico, atipico), delle caratteristiche cliniche (es. età di esordio, ricorrenza, cronicità). Se tale eterogeneità non è presa in dovuta considerazione, si corre il rischio di non individuare importanti associazioni tra personalità e depressione (Klein *et al.*, 2011). È in questo senso che la personalità può rappresentare la base per identificare sottogruppi omogenei – o meglio simili – all'interno dei disturbi depressivi.

Il modello delle esperienze depressive di Blatt: verso una “interactionist perspective”

Come precedentemente accennato, il modello delle esperienze depressive elaborato da Blatt può essere descritto come un modello della vulnerabilità, o di tipo *diatesi-stress*, in cui la personalità coincide con la diatesi.

Individui che presentano alcune “predisposizioni personologiche” possono essere a rischio di sviluppare depressione in seguito al verificarsi di “matching experiences” (Coyne, Whiffen, 1995, p. 358) - eventi negativi “congruenti” con tali predisposizioni personologiche (Adams *et al.*, 2009; Bulmash *et al.*, 2009). Come detto, dipendenza ed autocritica sono state proposte come dimensioni di personalità che conferiscono una vulnerabilità allo sviluppo di esperienze depressive (Mongrain, Leather, 2006).

Quella che segue è una schematica rappresentazione di tale modello (tratto da Zuroff, 1992).

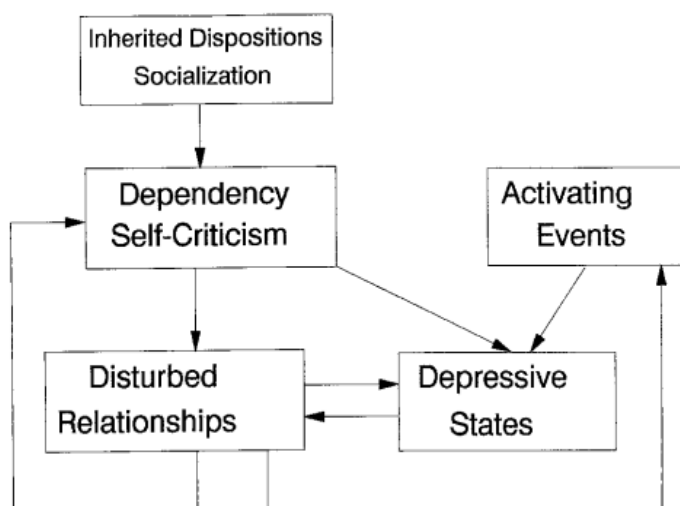


Figura: un *framework* dinamico “interazionista” per studiare la depressione (da Zuroff, 1992, p. 276).

Alla base di tale “interactionist framework” possono essere rintracciati (Zuroff, 1992):

- una componente tradizionale di Vulnerabilità X Stress, secondo cui individui dipendenti o autocritici sono contraddistinti da *pattern* cognitivo- affettivi relativamente stabili che fanno sì che loro reagiscano sviluppando una quantità esagerata di affetti negativi in risposta ad eventi attivanti;
- una componente interpersonale basata sul modello proposto da Coyne (1976), secondo cui relazioni interpersonali disfunzionali e affetti disforici si influenzano reciprocamente;
- una componente derivante da un ipotetico nesso tra tali due fattori, tratta dalla letteratura.

Questo modello include tre ulteriori traiettorie, ovvero:

- quella che va dalla dipendenza e dall'autocritica alle relazioni disfunzionali, a voler riflettere l'idea secondo cui individui analitici ed introiettivi selezionano, richiamano e scelgono differenti contesti interpersonali;

- quella che va dalle relazioni interpersonali disturbate alla dipendenza e all'autocritica, ad indicare che l'essere immersi in contesti relazionali disadattivi può mantenere o intensificare la dipendenza e l'autocritica, confermando le rappresentazioni negative di sé e dell'altro;
- quella che va dalle relazioni disfunzionali agli eventi precipitanti, ad indicare che le relazioni disfunzionali possono favorire il presentarsi di eventi precipitanti, come, ad esempio, rotture e discussioni relazionali, difficoltà lavorative.

A partire da questo *framework*, emerge soprattutto quanto segue in merito ai fattori di vulnerabilità:

- possono influenzare non solo il modo in cui l'individuo interpreta gli eventi ma anche il tipo di interazioni ed eventi a cui egli si espone;
- possono essere mantenuti dalle conseguenze ambientali che essi stessi provocano.

Lo schema appena discusso è stato rivisitato nel seguente modo (tratto da Zuroff *et al.*, 2004):

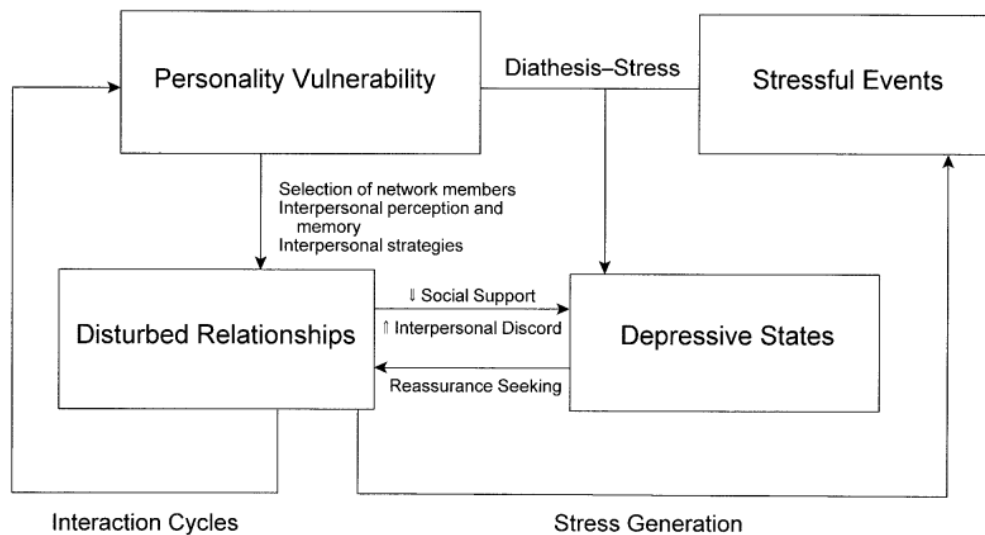


Figura: diagramma di un modello dinamico “interazionista” della vulnerabilità alla depressione (da Zuroff *et al.*, 2004, p. 496).

Entro tale “interactionist perspective”, l'individuo e le situazioni sono considerati come reciprocamente influenzantesi nel corso della vita. Il contesto sociale che le persone selezionano e creano servono a mantenere e, talvolta, a modificare, le loro personalità.

Tale schema prova a rispondere al seguente quesito: dei molti possibili modi attraverso cui la personalità può influenzare le relazioni e generare stress e dei molti possibili modi in cui le relazioni e gli eventi possono influenzare la personalità, quali sono quelli fondamentali? Lo schema suggerisce di focalizzare l'attenzione sui processi correlati alla selezione e alla creazione dei contesti sociali, delle cognizioni a proposito degli stessi, delle strategie comportamentali utilizzate dai “depression-prone individual” e dall'impatto di tali strategie sulle relazioni (Zuroff *et al.*, 2004). È implicito che, lungi dall'essere lineare, l'interazione tra personalità e stress può evidenziarsi solo in determinate condizioni, quando lo stress ha raggiunto precisi livelli.

Ulteriore elemento di complessificazione del discorso è che tali caratteristiche di personalità, non essendo indipendenti - così come risulta particolarmente evidente nei

“mixed patients” - possono esercitare un effetto sinergico aumentando la vulnerabilità allo stress e quindi allo sviluppo di depressione clinica (Coyne, Whiffen, 1995).

Tale modello, che potrebbe essere anche definito “Structure X Activating Event framework” (Zuroff, Mongrain, 1987, p. 21), dovrebbe poter rispondere ai seguenti quesiti:

- in che modo le strutture cognitivo- affettive degli individui vulnerabili allo sviluppo della depressione differiscono da quello meno vulnerabili;
- quali sono gli specifici meccanismi di azione che attivano tali strutture cognitivo- affettive.

La vulnerabilità potrebbe infatti dipendere dai seguenti fattori:

- la facilità di attivazione delle strutture cognitivo- affettive dell'individuo;
- l'intensità di tratti analitici e/o introiettivi che contraddistinguono l'individuo;
- l'intensità degli affetti associati a tali strutture.

Blatt e Homann (1992) precisano che, oltre alle tradizionali formulazioni relative al modello diatesi- stress, è fondamentale prendere in considerazione le gerarchie di fattori che favoriscono la comparsa di depressione, tra cui menzionano alcune qualità temperamentali e biologiche che influenzano il modo in cui l'individuo si predispone nei confronti dell'ambiente.

Disturbi di personalità e disturbi depressivi: quale rapporto?

Esistendo una elevata *comorbidità* e sovrapponibilità tra i vari disturbi del DSM, sia all'interno dello stesso Asse che tra Assi diversi, da cui derivano frequentemente diagnosi multiple (Lingiardi, 2001; Blatt, Levy, 1998), l'argomento relativo alle diagnosi di disturbo di personalità più frequentemente riscontrate nei pazienti con disturbi depressivi non varrebbe neppure la pena di essere affrontato (Mulder, 2008) se non per il fatto che il rapporto esistente tra tratti stabili di personalità o disturbi di personalità e disturbi dell'umore riveste un particolare interesse dal punto di vista clinico, nosografico (Soriani *et al.*, 1992) ma soprattutto terapeutico, facendo slittare il *focus* dell'attenzione dai problemi strettamente legati alla cura dell'episodio a quelli connessi con la riabilitazione e soprattutto con la prevenzione delle ricadute.

Per la maggior parte dei clinici l'interesse verso la relazione tra personalità e depressione è motivato da due questioni fondamentali: la necessità di sapere se un paziente con patologia della personalità ha un esito differente rispetto ad un paziente con depressione che non presenta tale patologia e l'esigenza, eventualmente, di offrire ai pazienti con depressione e patologia della personalità un trattamento specifico e diverso (Mulder, 2008).

Sebbene sia un dato di fatto che gli individui con depressione maggiore presentano una maggiore prevalenza di disturbi di personalità se confrontati con gruppi di controllo senza disturbi dell'umore, l'estensione ed il *pattern* di questa comorbidità non risulta ancora chiara e tale incertezza può derivare sia dalla diversità dei disegni di ricerca impiegati che dalla limitata attendibilità e validità della diagnosi stessa di disturbo di personalità (Bagby *et al.*, 2008).

Nonostante siano stati effettuati diversi studi in proposito, ampie incertezze continuano a sussistere in merito ai tassi di comorbidità tra disturbi dell'umore e disturbi di personalità, ai tratti e/o disturbi di personalità più frequentemente associati ai disturbi dell'umore, alla natura della relazione tra di loro esistente (Skodol *et al.*, 1999).

Il primo episodio di alterazione dell'umore sembra essere più strettamente correlato al sottostante carattere dell'individuo (Soriani *et al.*, 1992), essendo il più “puro”, non essendo stato influenzato da ulteriori interventi, quali, ad esempio, di tipo farmacologico

o psicoterapeutico (Sayin *et al.* 2007). Ben diverso è il caso degli stati cronici di depressione maggiore, distimia e depressione doppia, in cui distinguere le caratteristiche di personalità dal disturbo dell'umore può essere considerevolmente difficile (Hirschfeld, 1999), ragion per cui interpretazioni concernenti tratti di personalità stabili dovrebbero essere poste con particolare cautela durante un episodio depressivo conclamato (Hirschfeld *et al.*, 1983a). Tale stato clinico sembra infatti influenzare alcune aree relative alla percezione che l'individuo ha di sé, come la passività, la resilienza, l'estroversione e la dipendenza (Hirschfeld *et al.*, 1983b).

La presenza di un disturbo di personalità può aumentare il rischio che il disturbo depressivo maggiore da episodico diventi cronico e che il disturbo depressivo minore subisca un'evoluzione in un disturbo distimico (Angst, 1998); può inoltre determinare una maggiore probabilità di tentativi suicidari e autolesivi. Disturbi di personalità gravi possono essere associati ad una maggiore severità della sindrome depressiva (Hirschfeld *et al.*, 1989). Come detto, l'esperienza protratta di una depressione grave può alterare permanentemente la percezione che l'individuo ha di sé ed i suoi *pattern* relazionali; tratti quali il pessimismo e la dipendenza possono divenire caratteristiche permanenti in seguito a prolungati episodi depressivi (Hirschfeld, 1999), talvolta rappresentando forme esasperate di tratti preesistenti.

Quanto più un episodio depressivo maggiore è severo, tanto più è probabile che sia associato a disturbi di personalità borderline, dipendente, depressivo (Skodol *et al.*, 1999). Ulteriore elemento di complessificazione del discorso è che variabili quali il sesso e l'età possono influenzare la presentazione clinica dei disturbi di personalità, da una parte, (Hirschfeld *et al.*, 1983a) e dei disturbi dell'umore, dall'altra.

I disturbi di personalità evitante, dipendente, borderline e ossessivo-compulsivo sembrano essere preferenzialmente associati ai disturbi dell'umore, in particolare a quelli depressivi (Skodol *et al.*, 1999). Tale associazione risulta particolarmente elevata in presenza di episodi di depressione maggiore gravi e di un numero consistente di recidive.⁷² In pazienti con diagnosi di disturbo depressivo, se i disturbi di personalità istrionico e borderline possono essere sovrarappresentati, per via dei tentativi suicidari e della frequenza di ospedalizzazioni, la presenza dei disturbi di personalità evitante e schizoide potrebbe, invece, venire meno alla luce per una probabile maggiore difficoltà di tali soggetti nel chiedere un trattamento (Zimmerman *et al.*, 1991).

Sembra che il 42% delle persone con disturbo depressivo maggiore ed il 51 % dei pazienti con distimia abbia una contemporanea diagnosi sull'Asse II (Gabbard, 1995). Dopo aver effettuato una attenta rassegna delle ricerche sul tema, Corruble e collaboratori (1996) stimano che, tra i pazienti con disturbo depressivo maggiore, un disturbo di personalità si presenta in comorbidità tra il 20 ed il 50% dei pazienti ricoverati e tra il 50 e l'85% dei pazienti ambulatoriali; nonostante l'eterogeneità degli stili di personalità riscontrati, si evidenzia in particolare la presenza dei disturbi di personalità del Cluster B (Corruble *et al.*, 1996). Il "Gruppo di studio per la formulazione di linee guida per la depressione" (1996) sostiene che, in pazienti con diagnosi di disturbo depressivo, la prevalenza dei disturbi di personalità è del 45 – 65%, assestandosi su una media del 35% in pazienti ambulatoriali e del 72% in pazienti psichiatrici ricoverati. Differenze nei campioni presi in considerazione e negli impianti

⁷² Il rilievo della presenza del disturbo dipendente di personalità può far riflettere anche sulla relazione tra sintomatologia depressiva e gli effetti che questa esercita sulla struttura di personalità, sia per un'alterazione della sfera cognitiva che per la possibilità che quadri di lunga durata modificano in qualche modo l'atteggiamento ed il comportamento dell'individuo, riducendone l'assertività e sottolineandone la condizione di *helplessness* (Armani *et al.*, 1992).

metodologici implementati fanno sì che la prevalenza di comorbidità tra disturbi di Asse II e disturbi depressivi vari, nei diversi studi, dal 9.3 al 100% (Farabaugh *et al.*, 2005). Inoltre, molti di tali studi sono stati condotti in centri di ricerca specializzati che possono richiamare una proporzione più ampia di pazienti con disturbi dell'umore che presentano anche disturbi di personalità. Ad ogni modo, la prevalenza di disturbi di personalità sembra essere maggiore nei casi in cui il disturbo depressivo si sia manifestato precocemente (primo episodio prima dei 18 anni) piuttosto che più tardivamente (primo episodio dai 18 anni in poi) (Fava *et al.*, 1996). Specularmente, sembra esserci un'associazione lineare tra il numero degli episodi depressivi e la gravità delle disfunzioni di personalità (Gorwood *et al.*, 2010).

La personalità sembra giocare un ruolo privilegiato nella distimia, ancor più che nel disturbo depressivo maggiore (Klein *et al.*, 2011). Se in alcuni studi il disturbo distimico, soprattutto se "ad esordio precoce", sembra essere associato ai disturbi di personalità evitante, depressivo, dipendente e schizoide (Skodol *et al.*, 1999), in altri risulta associato ai disturbi di personalità borderline, evitante, istrionico, paranoide, auto-frustrante e dipendente, così come concettualizzati dal DSM III (APA, 1987) (Pepper *et al.*, 1995) o, più genericamente, ai disturbi di personalità dei Cluster B e C (Angst, 1998). È pur vero che, nei casi in cui la distimia persista per diversi anni, può essere considerevolmente difficile distinguere il disturbo dell'umore dal funzionamento abituale dell'individuo (Hirschfeld, 1999).

La coesistenza del disturbo distimico e del disturbo depressivo maggiore sembra predire la presenza dei disturbi di personalità borderline e, come anticipato, depressivo (Skodol *et al.*, 1999).

Individui con una diagnosi di disturbo depressivo maggiore possono presentare in comorbidità i disturbi di personalità schizotipico, antisociale, narcisistico, ossessivo-compulsivo, paranoide, borderline (Carter *et al.*, 1999).

Una ricerca di Johnson e collaboratori (2005) mostra come la presenza, dai 14 ai 22 anni, di tratti relativi ai disturbi di personalità antisociale, borderline, dipendente, depressivo, istrionico e schizotipico può essere associata al rischio, a 33 anni, di sviluppare il disturbo distimico o il disturbo depressivo maggiore.

Essendo il disturbo depressivo maggiore largamente diffuso, necessariamente può trovarsi in comorbidità con molti altri disturbi, di Asse I ancor prima che di Asse II, ragion per cui la sua associazione con singoli disturbi di personalità risulta aspecifica, variabile nei vari studi, non puntuale (Skodol *et al.*, 1999).

Qualora in comorbidità con un episodio depressivo ci sia almeno un disturbo d'ansia, è più probabile che siano presenti disturbi di personalità appartenenti ai *cluster* A e C; in tali casi, sono in particolare i disturbi del *cluster* C a risultare relativamente stabili in seguito alla remissione dell'episodio depressivo (Farabaugh *et al.*, 2005).

Per ciò che concerne i disturbi bipolari, è stata individuata una associazione con il disturbo di personalità antisociale e quello istrionico (Skodol *et al.*, 1999); tra gli individui che, in particolare, presentano un disturbo depressivo bipolare di tipo II si riscontrano frequentemente tratti di personalità borderline, istrionici e schizotipici (Joyce *et al.*, 2004). In pazienti con episodi misti sembra esserci una maggiore percentuale di disturbi di personalità rispetto a quelli con "pura" mania (Rottig *et al.*, 2007).⁷³

⁷³ Nonostante non sia stata riscontrata una specifica personalità "premorboza" associata allo sviluppo dei disturbi bipolari (Gabbard, 1995), individui con tale tipo di disturbi sono decritti come particolarmente passivi, indisciplinati, intolleranti, insensibili ed opportunisti nelle relazioni sociali (Sayin *et al.*, 2007).

Come accennato, la variabilità dei risultati esposti può essere attribuita ancor più all'impostazione categoriale del sistema diagnostico che a errori nei disegni di ricerca o nei campioni studiati. La distribuzione dei disturbi di personalità nei pazienti con diagnosi di disturbo depressivo, infatti, non supporta la concezione secondo cui le categorie di personalità rappresentino entità diagnostiche distinte e separate (Mulder, 2008).

Evidenze empiriche relative, invece, all'associazione tra specifici tratti di personalità ed esito del trattamento attualmente risultano inconsistenti. Alcuni studi hanno fatto riferimento al "Neuroticism, Extraversion and Other – Five-Factor Inventory (NEO-FFI), il modello dimensionale della personalità attualmente maggiormente accettato che include i seguenti cinque fattori: nevroticismo, estroversione, apertura all'esperienza, gradevolezza e coscienziosità (Costa, McCrae, 1990). Il nevroticismo, o emotività negativa, rappresenta una tendenza a vedere il mondo come minaccioso (Duggan, 2003) ed è caratterizzato da ansietà, insicurezza, instabilità e vulnerabilità emotiva. L'estroversione, o emotività positiva, è caratterizzata da attività, assertività, ricerca di stimoli e sensazioni, predilezione per la compagnia di altre persone e calore nelle relazioni interpersonali. L'apertura all'esperienza indica fantasia, originalità, creatività e curiosità intellettuale. La gradevolezza include la fiducia negli altri, l'altruismo, la schiettezza, la scarsa aggressività e l'empatia. Infine, la coscienziosità comprende il senso del dovere, l'autodisciplina, l'ordine e l'organizzazione, la perseveranza, la scrupolosità e la ponderatezza (Lingiardi, 2001).

Pazienti gravemente depressi mostrano elevati livelli di Nevroticismo e basse quote di Estroversione, Apertura all'esperienza, Coscienziosità, così come misurate dal French NEO Personality Inventory – Revised version (NEO PI-R, Rolland, 1998).

Nevroticismo, affettività negativa ed i costrutti ad essi correlati risultano associati ad un esito negativo del trattamento in generale (Mulder, 2002), anche se tali tratti non sembrano indirizzare verso una prognosi negativa nel caso della farmacoterapia ma solo per la psicoterapia, mentre l'estroversione risulta consistentemente associata con un più favorevole esito al trattamento in generale (Bagby *et al.*, 1995; Ogrodniczuk *et al.*, 2003, citati in Bagby *et al.*, 2008).

Ricerche empiriche dimostrano ripetutamente che gli individui depressi presentano elevati livelli di nevroticismo ed affettività negativa congiuntamente a ridotti livelli di estroversione e coscienziosità (Bagby *et al.*, 2008). Individui con elevato livello di nevroticismo possono risultare troppo disregolati emotivamente per riuscire a reclutare le risorse psicologiche richieste per poter intraprendere i tentativi terapeutici (*ibidem*). Nonostante le positive associazioni riscontrate, la relazione tra nevroticismo e depressione è stata criticata dal momento che si è osservato che lo stato di depressione influenza il riferire il tratto del nevroticismo e che l'associazione potrebbe essere un artefatto della misurazione dal momento che il nevroticismo ed i sintomi depressivi condividono una serie di item (Duggan *et al.*, 2003).

Uno sguardo alla disforia borderline

Tentare di mettere maggiormente a fuoco le costellazioni di personalità associate ai disturbi depressivi assume invece un particolare senso nel momento in cui c'è la possibilità di inferire, a partire dal *background* personologico, la qualità dell'esperienza depressiva vissuta, dunque la relativa natura e i tentativi messi in atto per regolarla. Come esempio prototipico di ciò può essere menzionato il disturbo borderline di personalità (BDP), classicamente associato ad una peculiare variabilità del tono dell'umore, ad una rapida ciclicità, ad un andamento continuo o sub continuo, ad un'insorgenza precoce del disturbo depressivo (Armani *et al.*, 1992; Skodol *et al.*, 1999). È noto che rapidi cambiamenti nello stati d'animo, come nel BDP, e veloci oscillazioni - come nei sottotipi del disturbo bipolare - sembrano essere correlati a caratteristiche solitamente disadattive per l'individuo (Sayin *et al.*, 2007).

Per inciso è curioso ricordare che il nome originale proposto per quello che poi è stato denominato disturbo borderline di personalità, nel DSM-II era "disturbo da mancanza di controllo delle emozioni", dal momento che le caratteristiche patognomiche di tale disturbo sono proprio gli stati affettivi intensi - inclusa la depressione - e scarsamente modulati, associati all'onnipresente disforia e a tentativi disperati per modularla (Westen, Shedler, 1999a).

I pazienti con BDP che presentano nella storia clinica precedenti disturbi dell'umore è più probabile che abbiano ricadute rispetto a pazienti che presentano altri disturbi di personalità con precedenti disturbi dell'umore (Gunderson *et al.*, 2008).

È interessante notare che l'esperienza soggettiva di disagio dei pazienti con BPD, se valutata con *self-report*, come ad esempio il "Beck Depression Inventory" (Beck *et al.*, 1961), sembra essere più intensa - soprattutto nei soggetti di sesso maschile -, rispetto a quanto valutata dai clinici, ad indicare che il disturbo dell'umore in pazienti con BDP sembra essere caratterizzato da un *pattern* di sintomi affettivi qualitativamente distinto (Stanley, Wilson, 2006). Pazienti con BDP e depressione maggiore riportano infatti la loro esperienza depressiva più intensamente rispetto a quelli con diagnosi di disturbo depressivo ma che non presentano in comorbidità un BDP.

Westen e collaboratori (1992), somministrando il "Depressive Experiences Questionnaire" (Blatt *et al.*, 1976) ad un campione di 47 pazienti composto da 33 soggetti con diagnosi di BDP (di cui 16 presentavano in comorbidità un disturbo depressivo) e 14 con diagnosi di disturbo depressivo maggiore, individuano una depressione qualitativamente differente caratteristica dei pazienti con BDP, fenomenologicamente diversa da quella di altri individui con depressione unipolare, contraddistinta da vissuti di vuoto, solitudine, preoccupazioni concernenti l'abbandono o possibili rifiuti interpersonali, struggimento in relazione alle figure di attaccamento, emotività negativa labile e diffusa, senso di sé spregevole, cattivo (Westen *et al.*, 1992)⁷⁴.

Gunderson e Phillips (1991) notano che la solitudine sperimentata dagli individui con BDP riflette l'origine intrinsecamente interpersonale del loro vissuto depressivo, associato ad un duraturo e profondo senso di alienazione e di insoddisfazione del

⁷⁴ Anche la disregolazione affettiva dei soggetti borderline sembra essere qualitativamente diversa da quella degli individui con depressione unipolare, tendendo ad essere meno episodica, a riguardare la totalità degli affetti negativi - piuttosto che solamente quelli depressivi -, ad essere più direttamente correlata alla mancanza di regolazione degli impulsi (Westen *et al.*, 1992).

desiderio di un profondo attaccamento. Pazienti con diagnosi di disturbo depressivo ma senza BPD è più probabile che si ritirino dagli altri e, nonostante possano gradire legami di tipo supportivo, raramente riferiscono pervasivi e duraturi vissuti di solitudine ed abbandono. Gli Autori, schematicamente, sintetizzano in tal modo le caratteristiche condivise e non condivise dalla depressione unipolare e dal BPD:

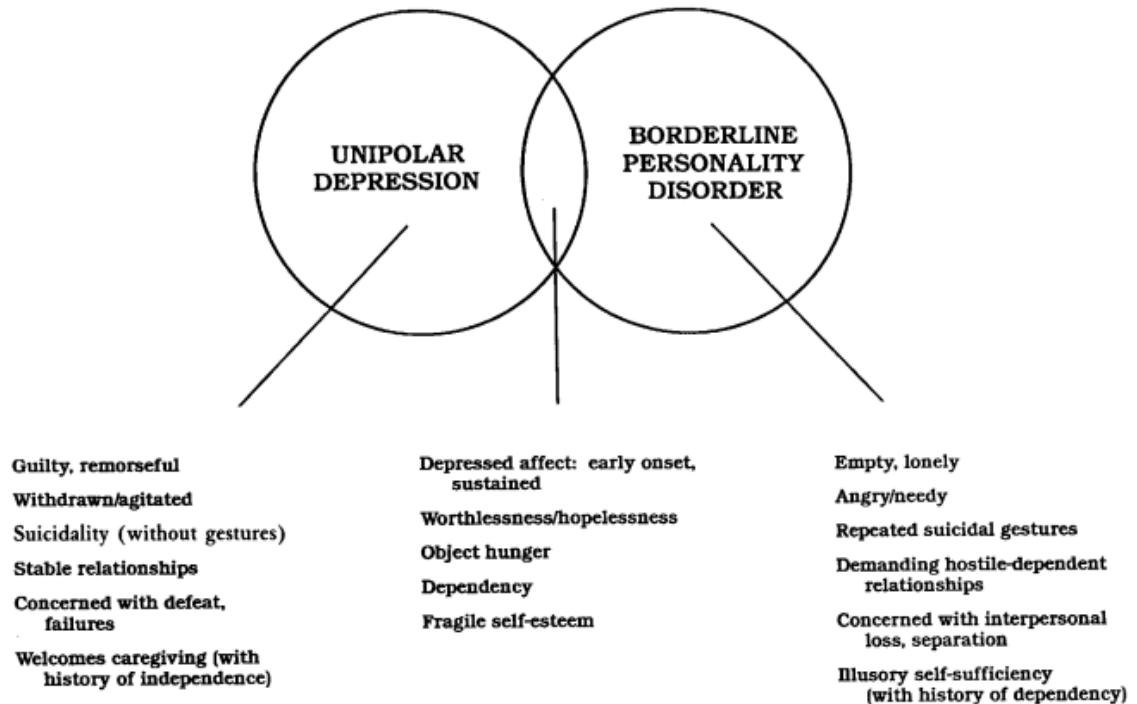


Figura: caratteristiche condivise e non condivise dalla depressione unipolare e dal disturbo borderline di personalità (da Gunderson, Phillips, 1991, p. 969).

Riuscire a collocare e a riconoscere con maggiore precisione l’esperienza soggettiva del paziente, differenziandola da vissuti solo illusoriamente simili, non rappresenta di certo un *nonsense*, potendo risultare di fondamentale importanza ai fini delle implicazioni terapeutiche. Essendo i vissuti depressivi nei soggetti con BPD meno responsivi alle terapie farmacologiche - suggerendo l’esistenza di un differente substrato neurobiologico -, presentando diversità fenomenologiche, patogenetiche, concernenti la storia familiare e la risposta terapeutica, si dovrebbe porre una particolare attenzione nella distinzione tra la disforia, frequentemente commista a rabbia, tipica dei pazienti con BPD, dalle depressioni maggiormente “prototipiche” di Asse I (Gunderson, Phillips, 1991).

Molti pazienti etichettati come “treatment resistant depression” potrebbero dunque soffrire di una forma di disforia cronica erroneamente interpretata come non responsiva al trattamento per il disturbo dell’umore, per questo talvolta affrontata con trattamenti somatici particolarmente aggressivi, potendo includere, oltre alla terapia elettroconvulsivante, ripetute stimolazioni magnetiche transcraniche e stimolazioni del nervo vago in seguito ad intervento chirurgico (Silk, 2010; Franzini *et al.*, 2008).

Personalità e depressione in trattamento

Come anticipato, quella relativa alla risposta al trattamento può essere considerata una delle aree in cui differenziare adeguatamente tra Asse I e Asse II assume maggior senso e rilevanza (Zinbarg *et al.*, 2008).

La capacità del disturbo di personalità in generale di predire l'esito del trattamento in pazienti con disturbo depressivo maggiore sembra essere stata comprovata (Ryder *et al.*, 2010). Nonostante alcuni studi sostengano che, relativamente all'esito del trattamento in presenza di disturbi di personalità, sembra esserci una visione maggiormente ottimistica, nel senso che si ritiene che il loro impatto non sia così negativo sulla prognosi come precedentemente ritenuto (Bagby *et al.*, 2008; Mulder, 2008), altre ricerche affermano invece che una peggiore risposta al trattamento in pazienti con disturbi depressivi che presentano disturbi di personalità in comorbidità è riscontrabile sin dal primo episodio depressivo (Bock *et al.*, 2010), ragion per cui tale tipo di pazienti necessita di periodi di trattamento più lunghi (Shea *et al.*, 1990; Shea *et al.*, 1992).

Dopo una accurata disamina della letteratura in merito, Shea e collaboratori (1992) sostengono che i pazienti che presentano disturbi di personalità risultano meno responsivi rispetto alla maggior parte delle forme di trattamento (ad eccezione della terapia cognitiva) così come alla farmacoterapia. Gli Autori osservano che è possibile che, in presenza di disturbi di personalità, il disturbo depressivo sia qualitativamente differente, oppure che i *pattern* emotivi, cognitivi e comportamentali influenzino negativamente sia le circostanze di vita, con particolare riferimento alle relazioni interpersonali, sia la capacità e la volontà del paziente nell'aderire al trattamento.

È noto che un precoce esordio depressivo è associato ad un *outcome* più sfavorevole rispetto ad un esordio più tardivo, soprattutto nei casi di depressione cronica (Robinson *et al.*, 2009); per tale ragione dati quali l'età di esordio e la cronicità del disturbo depressivo dovrebbero sempre essere tenuti in considerazione - e statisticamente controllati - al fine di considerare l'effetto di eventuali disturbi di personalità sull'*outcome* (Mulder, 2002).⁷⁵

In un campione di 61 pazienti, Robinson e collaboratori (2009) si chiedono se i tratti di personalità associati ad un precoce esordio depressivo siano diversi rispetto a quelli associati a depressione cronica. Rivelano che bassi livelli di tratti di personalità adattivi sono associati alla cronicità depressiva, mentre elevati livelli di caratteristiche di personalità disfunzionali sono associati ad un esordio depressivo precoce; tali associazioni rimangono stabili se valutate ad un *follow-up* di 6 mesi.

Levenson e colleghi (2012) sostengono che livelli più elevati di patologia della personalità siano correlati a tempi più lunghi di remissione dalla depressione, in particolar modo nel caso in cui sia presente un disturbo di personalità borderline.

Similmente, Gunderson e collaboratori (2008) dimostrano che avere in comorbidità disturbi di personalità conferisce un significativo effetto negativo sul corso del disturbo depressivo maggiore; in particolare riscontrano che il disturbo borderline di personalità

⁷⁵ In merito all'associazione tra gravità della sintomatologia depressiva ed età, Weber e colleghi (2012) osservano che, nonostante generalmente i pazienti più anziani ricevano punteggi più bassi al test "Hamilton Depression Rating Scale" (Hamilton, 1960), le differenze nella relazione tra personalità e patologia dell'umore si possono attribuire principalmente all'intensità della sintomatologia depressiva piuttosto che all'età dei pazienti.

aumenta considerevolmente il rischio di ricaduta, mentre gli altri disturbi di personalità sembrano essere maggiormente predittivi di nuovi esordi.

Il trattamento della depressione sembra invece essere associato ad un miglioramento dei disturbi di personalità (Hirschfeld, 1999), nonostante non sia da escludere l'eventualità che, talvolta, il miglioramento dello stato depressivo influenzi la percezione che il clinico ha del disturbo di personalità del paziente (Shea *et al.*, 1990).

In uno studio teso ad osservare l'impatto del disturbo distimico sull'*outcome* dei disturbi di personalità borderline, evitante, schizotipico e ossessivo-compulsivo, Hellerstein e collaboratori (2010) osservano un *outcome* peggiore - valutato ad un *follow-up* di due anni - tra i pazienti con disturbo distimico che presentano in comorbidità tali disturbi di personalità, piuttosto che tra i pazienti che presentano disturbi di personalità in assenza di disturbo distimico. Gli Autori ne derivano che tali pazienti potrebbero trarre maggior beneficio da trattamenti più "aggressivi" che prevedono una combinazione di psicoterapia e terapia farmacologica.

Dopo aver passato in rassegna ben 50 indagini sul tema, Mulder (2002) sostiene che l'affermazione più accurata che si può formulare in merito è che la patologia di personalità non migliora l'*outcome* in pazienti che ricevono un trattamento per depressione maggiore; l'Autore non rintraccia, infatti, differenze significative nell'*outcome* tra individui con disturbi di personalità e individui che non presentano disturbi di personalità.

In una ricerca finalizzata ad esaminare la stabilità dei disturbi di personalità ed il relativo cambiamento in risposta al trattamento per depressione maggiore, Mulder e colleghi (2010) evincono che i disturbi di personalità non sono né particolarmente stabili né resistenti al trattamento; l'intensità di alcuni tratti disfunzionali di personalità sembra diminuire anche nei pazienti la cui risposta al trattamento per i sintomi depressivi risulta modesta o povera.

In questa indagine, dunque, il trattamento dei sintomi depressivi sembra essere accompagnato ad un miglioramento delle caratteristiche disfunzionali associate ai disturbi di personalità ad un *follow-up* di 18 mesi. Gli Autori propongono una serie di motivazioni che potrebbero spiegare questa osservazione:

- avanzano l'idea secondo cui i disturbi di personalità, a dispetto della definizione datane dal DSM-IV-TR, siano caratterizzati da una bassa stabilità;⁷⁶
- ipotizzano che la metodologia di *assessment* impiegata possa sottostimare la stabilità dei disturbi di personalità;
- osservano che lo stato umorale può avere un effetto confondente sull'*assessment* di personalità;
- chiariscono che può esserci una sovrapposizione tra sintomi depressivi e tratti di personalità;
- non escludono l'eventualità che, per alcuni pazienti, il disturbo di personalità sia più manifesto - "smascherato" - in coincidenza dell'alterazione dello stato umorale;
- prendono in considerazione la possibilità che il trattamento farmacologico e/o la psicoterapia sortiscano un effetto positivo sul trattamento dei disturbi di personalità.

⁷⁶ Dopo aver passato in rassegna alcuni studi sul tema, Grilo e collaboratori (2000) arrivano a sostenere che i disturbi di personalità dimostrano solo un moderato grado di stabilità e che, nonostante siano associati ad un insieme di *outcomes* negativi, possono mostrare un miglioramento nel tempo, se valutati ad un *follow-up* dai 6 ai 24 mesi.

Diversamente, Bagby e colleghi (2008) hanno osservato un elevato grado di stabilità delle dimensioni di personalità anche nell'ambito di un cambiamento acuto della sintomatologia depressiva.

Agosti e collaboratori (2009) individuano alcuni fattori che aumentano la probabilità di remissione dell'episodio depressivo, tra cui l'assenza del disturbo di personalità, l'aver più anni di educazione e l'intrattenere una relazione sentimentale stabile e, tra i disturbi di personalità predittori di mancata remissione dell'episodio segnalano quello paranoide e quello ossessivo-compulsivo, avendo però escluso dalla loro indagine i disturbi di personalità borderline, narcisistico e schizotipico.

Certo è che, in alcuni casi, la forte correlazione tra severità dei disturbi di personalità e della sintomatologia depressiva fa sì che sia difficile stabilire l'effetto indipendente del disturbo di personalità sull'*outcome* (Kelly *et al.*, 2009).

Infine, in merito alla personalità depressiva, alcuni studi sostengono che essa eserciti un effetto patoplastico sul corso del disturbo depressivo, predicendo una peggiore risposta al trattamento (Laptook *et al.*, 2006; Ryder *et al.*, 2010). Ad ogni modo affermare che l'*outcome* peggiora dipende da ciò che si intende per personalità, dalle caratteristiche dei soggetti trattati, dunque dei campioni presi in considerazione, dal modo in cui il trattamento è condotto e, *last but not least*, da come l'*outcome* è definito.

Assessment di personalità durante un episodio depressivo: una questione aperta

In merito alla possibilità di porre diagnosi di disturbo di personalità, tipicamente sono stati dibattuti due ordini di problemi, uno relativo alla discutibile validità degli strumenti *self-report*, capaci di ottenere un elevato numero di falsi-positivi, l'altro concernente la possibilità di effettuare un *assessment* di personalità nel corso di un episodio depressivo.

In condizioni ideali, la personalità dovrebbe essere indagata antecedentemente rispetto alla comparsa degli episodi di alterazione dell'umore, ad esempio studiando individui ad elevato rischio di *onset* depressivo - come i familiari di primo grado di soggetti con disturbo depressivo - oppure particolari tipi di personalità considerati inclini a sviluppare depressione. Gli epidemiologi, però, raramente hanno avuto l'opportunità di valutare la personalità prima dell'insorgenza del disturbo depressivo; come accennato, se essa è valutata durante un episodio depressivo, gli stessi sintomi depressivi possono mascherare alcuni tratti della personalità ed esaltarne altri, mentre, quando un individuo è stato colpito ed è guarito da un episodio depressivo, l'impatto della depressione sulla personalità può rendere alquanto difficile una accurata valutazione della personalità "premorboza" (Blazer, 1995; Hirschfeld *et al.*, 1983a, 1983b, 1989).

Nonostante l'*assessment* di personalità durante un episodio depressivo possa risultare, per i motivi citati, impreciso, anche quando esso è effettuato durante un episodio di eutimia non si deve escludere la possibilità che eventuali trascorsi episodi di alterazione dell'umore abbiano alterato aspetti di personalità, quali, ad esempio, la mancanza di fiducia verso sé, la sensazione di impotenza, la dipendenza (Akiskal, 1983).

Avendo osservato che le diagnosi di Asse II possono essere considerate stato-dipendenti in una buona proporzione di pazienti gravemente depressi, Stuart e colleghi (1992) sostengono che, idealmente, per diagnosticare adeguatamente un disturbo di personalità durante un episodio depressivo minimizzando la possibilità di identificare falsi positivi, è necessario valutarne i seguenti aspetti:

- stabilità della diagnosi in seguito al trattamento;

- correlazione rispetto alle storie riportate dai pazienti, come, ad esempio, un maggior numero di episodi depressivi, età di esordio precoce, un maggior numero di rotture relazionali;
- minore presenza di segni di depressione endogena, riflessi, ad esempio, in indici alterati nel tracciato elettroencefalografico durante il sonno;
- *outcome* peggiore, come evidenziato da una incompleta risposta alla terapia o da un maggior rischio di ricaduta in seguito alla remissione dell'episodio.

In un campione di 68 pazienti, Peselow e colleghi (1994) osservano che lo stato depressivo può avere una significativa influenza sull'*assessment* dei disturbi di personalità appartenenti al *cluster* I ed al *cluster* III (così come concettualizzati dal DSM-III-R, 1987), avendo osservato una diminuzione di tratti di personalità relativi a tali *cluster* associata alla remissione depressiva. Gli Autori osservano che alcuni dei tratti personologici che mostrano una riduzione in seguito alla guarigione, come la freddezza emotiva coniugata al distacco tipici dei pazienti schizoidi, la scarsa sicurezza di sé delle personalità dipendenti, il ritiro sociale della personalità evitante, possono essere associati maggiormente a caratteristiche di stato piuttosto che a durature, stabili caratteristiche di tratto.

Costa e colleghi (2005), considerando la personalità emergente da basi biologiche, affermano che, quando tali basi subiscono alterazioni, in seguito alla comparsa di un disturbo o come effetto di un trattamento farmacologico, i *pattern* di pensiero, sentimenti e azioni possono risultare a loro volta influenzati. Sostengono che potrebbe essere rischioso diagnosticare tratti stabili di personalità sulla base di informazioni ottenute da pazienti gravemente depressi, ma che, allo stesso tempo, si potrebbe andare incontro ad un errore sacrificando preziose informazioni relative al paziente che potrebbero essere ottenute somministrando test di personalità.

Santor e collaboratori (1997c) sostengono che l'entità del cambiamento nella personalità è moderato e che potrebbe essere spiegato da diversi fattori, tra cui l'effetto della cura farmacologica, e l'effetto che la depressione ha su importanti variabili, tra cui i contesti interpersonali, che possono moderare o mediare la relazione tra personalità e depressione.

L'utilizzo di interviste tese ad effettuare l'*assessment* di personalità è risultato meno sensibile agli effetti di stato della depressione rispetto alle misurazioni *self-report* (Zimmerman *et al.*, 1991). Mulder (2002) specifica che, sebbene sia evidente che strumenti finalizzati ad ottenere presentazioni di sé possono far ottenere dati distorti, oltre che incompleti, quando i soggetti sono depressi, l'utilizzo di interviste strutturate non garantisce una obiettiva valutazione dei disturbi di personalità. Per tentare di ovviare a questo problema, l'Autore suggerisce di avvalersi di un approccio pragmatico alla questione: se l'*assessment* di personalità fornisce informazioni coerenti che possono favorire previsioni in merito alla scelta del trattamento o all'*outcome*, allora possono considerarsi in ogni caso utili. Fa notare che è più interesse dei ricercatori, piuttosto che dei clinici, tentare di capire se tali misurazioni hanno a che fare più con caratteristiche di tratto piuttosto che di stato; un clinico, intenzionato a fare previsioni e a pianificare il trattamento, prenderà in attenta considerazione le valutazioni di personalità anche nell'eventualità in cui queste possano essere, in parte, alterate dalla patologia dell'umore.

Passando in rassegna parte della letteratura al riguardo, Michels (2010) sostiene che un adeguato *assessment* personologico, indispensabile per ogni paziente con disturbo depressivo, può essere effettuato nel corso dello stato depressivo, risultando rilevante per fare previsioni sulla prognosi e sulla risposta al trattamento; l'Autore, a ragione, osserva che clinici capaci di effettuare diagnosi di personalità dovrebbero esserlo anche in presenza di un disturbo depressivo.

Avvalendosi dei dati ricavati dal “Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study”, Morey e collaboratori (2010) affermano che i disturbi di personalità borderline, schizotipico, ossessivo- compulsivo ed evitante presentano simili tassi di comorbidità con i disturbi depressivi, aggiungendo che, in tali pazienti, l’umore sembra essere maggiormente correlato a caratteristiche di tratto piuttosto che di stato. Osservando che sia i tratti disadattivi di personalità che i sintomi depressivi tendono a rimanere stabili nel tempo, se valutati ad un *follow-up* di 6 anni, gli Autori suggeriscono che la frequente osservazione della presenza di disturbi di personalità in comorbidità con disturbi depressivi non rappresenta un artefatto risultante dallo stato umorale, riflettendo un aumentato rischio di sviluppare depressione per i pazienti con tratti disadattivi di personalità. Gli Autori concludono che, più che rappresentare un semplice *bias*, la reciproca interazione tra caratteristiche di stato e di tratto nell’*assessment* e nella diagnosi di personalità e di patologia depressiva, può aiutare a chiarire il processo cardine che giace alla base di una delle situazioni più comunemente affrontate dai clinici.

Capitolo IV

Esperienze depressive e strutture di personalità: un'indagine esplorativa

“Subsequent research is also needed to examine whether the Dependency and Self-criticism factors (and the formulation of anaclitic and introjective dimensions of depression) are associated with aspects of cognitive, affective, and interpersonal functioning [...] Are these two dimensions of depression also related to functions such as field dependence-independence and to more general cognitive styles, personality typologies, or character structures?”.

Blatt, D'Afflitti, Quinlan, 1976, p. 389.

Introduzione

La ricerca descritta nel presente capitolo si ispira al modello delle esperienze depressive proposto da Blatt (Blatt 1974, 1990, 2004, 2008; Blatt *et al.*, 1976, 1982, 2001; Blatt, Maroudas, 1992) e prende spunto dalla constatazione secondo cui una sindrome, per essere adeguatamente compresa, indagata e trattata deve essere considerata all'interno della struttura di personalità che la ospita (Westen *et al.*, 2005; Westen, Shedler, 2000).

Come detto nei precedenti capitoli, sebbene ci sia stato, a partire dai tentativi di comprensione psicodinamica, sino alla recente classificazione del *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM Task Force, 2006), un continuo tentativo di ricollocare i sintomi della patologia depressiva nel quadro personologico dell'individuo, i numerosi studi finalizzati ad esplorare il rapporto esistente tra caratteristiche di personalità e depressione hanno avuto come esito quello di generare più incertezze che chiarimenti (Bagby *et al.*, 2008; Farabaugh *et al.*, 2005; Klein *et al.*, 2011; Mulder, 2008; Ørstavik *et al.*, 2007; Skodol *et al.*, 1999).

Si è scelto di tenere in particolare considerazione il modello formulato da Blatt poiché in linea con il *focus* di osservazione dell'intero elaborato, dal momento che concepisce le caratteristiche di personalità come il terreno fertile su cui, in seguito a specifiche esperienze precipitanti, possono edificarsi precisi stati depressivi (Blatt, 2004; Blatt, Zuroff, 1992; Blatt, Levy, 1998).

Come detto, egli si avvale dei termini *anaclitico* ed *introiettivo* sia per denotare diverse configurazioni di stati depressivi che per riferirsi a tipologie di personalità che risultano più vulnerabili allo sviluppo di tali stati (Zuroff, 1992; Zuroff *et al.*, 2004; Zuroff, Mongrain, 1987). Il suo modello si rivela dunque particolarmente proficuo e potenzialmente utile poiché tende a sottolineare la radice "strutturale" delle tipologie anaclitica ed introiettiva, motivando lo studio delle personalità associate e convalidando la considerazione del sentimento depressivo come caratteristica normale, oltre che come patologia dell'esperienza umana.

L'indagine descritta nel presente capitolo si è proposta di esplorare l'associazione rispettivamente tra dimensioni di personalità, anaclitica ed introiettiva, severità delle sintomatologia depressiva e *background* personologico.

Obiettivi dello studio

Lo studio, rivolto ad un campione di soggetti adulti con diagnosi di Disturbo Depressivo unipolare non psicotico, si è proposto i seguenti obiettivi:

1. Approfondire l'associazione tra stile analitico ed introiettivo rispettivamente con misure relative alla severità della sintomatologia depressiva e con specifici stili e/o disturbi di personalità.

In linea con quanto sostenuto dalla letteratura (Blatt *et al.*, 1974, 2001; Blatt 2004, 2008), ci si aspetta che la dimensione introiettiva, rispetto alla dimensione anaclitica, presenti una associazione più consistente con misure tese ad indagare la gravità depressiva.

Coerentemente con quanto emerso dagli studi al riguardo (Blatt 2004, 2008; Blatt, Levy, 1998), ci si aspetta che tratti di tipo introiettivo siano associati a stili e/o disturbi di personalità schizoide, schizotipico, paranoide, narcisistico, ossessivo e che caratteristiche di tipo anaclitico si trovino in associazione a stili e/o disturbi di personalità confluenti nell'area dipendente, borderline, istrionica.

2. Esplorare la presenza di eventuali differenze di genere nell'associazione con stili e/o disturbi di personalità e nella presentazione di specifici *pattern* sintomatologici depressivi.

Ci si aspetta quanto segue:

- che le donne mostrino una prevalenza di tratti analitici, mentre gli uomini presentino una predominanza di caratteristiche introietive, in linea con quanto emerso dalla letteratura (Blatt, 2004, 2008; Blatt, Levy, 1998; Blatt, Shichman, 1983; Chevron *et al.*, 1987; Zuroff *et al.*, 1990);
- che le donne, coerentemente con la suddetta ipotesi e con la constatazione secondo cui specifici stili e/o disturbi di personalità sono associati rispettivamente alla configurazione anaclitica e a quella introiettiva (Blatt 2004, 2008; Blatt, Levy, 1998), mostrino una maggiore presenza di tratti di personalità relativi all'area borderline, istrionica e dipendente, e che gli uomini presentino una prevalenza di caratteristiche personologiche associate all'area schizoide, paranoide, antisociale, narcisistica, ossessiva;
- che le donne riportino una maggiore presenza di sintomi depressivi di tipo somatico rispetto agli uomini, e che questi ultimi mostrino invece una accentuazione di sintomi depressivi di tipo cognitivo (Blatt, 2004; Viglione *et al.*, 1990; Silverstein *et al.*, 2013).

Metodi

Soggetti

Il campione reclutato è composto da 51 soggetti contraddistinti dalle seguenti caratteristiche:

- età media di 51,59 anni ($SD = 11,68$);
- prevalenza di soggetti di sesso femminile ($n = 34$; 66,7 %) su quelli di sesso maschile ($n = 17$; 33,3%);
- diagnosi primaria (posta dai clinici curanti) al momento della valutazione di un disturbo depressivo, in particolare di Disturbo Depressivo Maggiore ($n = 46$; 90,2 %), di Disturbo Distimico ($n = 4$; 7,8 %) e di Depressione Doppia ($n = 1$; 2 %), secondo la definizione datane dal DSM-IV-TR (APA, 2000);

Criteri di esclusione dei pazienti sono stati:

- età inferiore ai 18 anni;
- presenza di Ritardo Mentale;
- presenza di disturbi psichiatrici con sintomi psicotici di Asse I;
- presenza di un Disturbo dell'Umore Grave con Manifestazioni Psicotiche;
- presenza di un Disturbo dell'Umore Dovuto a una Condizione Medica Generale;
- presenza di un Disturbo dell'Umore Indotto da Sostanze;
- presenza di un Disturbo Bipolare, attuale o in anamnesi.

Dal campione sono stati esclusi 11 pazienti, in particolare:

- 5 soggetti con un Disturbo Depressivo secondario rispetto ad un Disturbo del Comportamento Alimentare;
- 1 soggetto con un Disturbo Depressivo secondario rispetto ad un Disturbo da Uso di Sostanze;
- 2 soggetti perché hanno riferito, durante la valutazione, precedenti Episodi Maniacali o Ipomaniacali;
- 1 soggetto perché ha sviluppato sintomi psicotici;
- 2 soggetti perché hanno scelto di interrompere lo studio.

I 51 soggetti facenti parte del campione definitivo sono stati reclutati presso le seguenti strutture:

- *Centro di Salute Mentale* di Via Monte Santo⁷⁷ della ASL Roma E ($n = 21$);
- *Centro di Salute Mentale* di Via Plinio⁷⁸ della ASL Roma E ($n = 6$);
(in entrambe le strutture previa autorizzazione alla ricerca da parte del Comitato Etico della ASL RM E)

⁷⁷ Con la collaborazione del Dott. Roberto Bartolini, del Dott. Luigi Ippedico e del Dott. Angelo Codispoti.

⁷⁸ Con la collaborazione del Dott. Alessandro Grispi e del Dott. Giuseppe Martini.

- *Centro di Salute Mentale e Comunità Terapeutica Riabilitativa di Ceccano*⁷⁹ (ASL di Frosinone) (*n* = 5);
- *Centro di Salute Mentale di Civita Castellana*⁸⁰ (ASL di Viterbo) (*n* = 1);
(*previa autorizzazione alla ricerca da parte del Comitato Etico della ASL di Viterbo*)
- *Ospedale San Raffaele Turro di Milano*⁸¹ (Reparto di Disturbi dell'Umore) (*n* = 11);
- *Centro Psico- Sociale (CPS) di Milano* (ad opera del Professor Osman Oasi) (*n* = 4);
- in attività terapeutica privata a Milano (ad opera del Dott. Roberto Viganoni) (*n* = 3).

CARATTERISTICHE DEL CAMPIONE

VARIABILI	N	%
Sesso		
Maschi	17	33,3
Femmine	34	66,7
Età		
21-31	4	7,8
32-43	9	17,6
44-55	20	39,2
56-72	18	35,3
Stato civile		
<i>Single</i>	10	19,6
Sentimentalmente impegnato/a	5	9,8
Coniugato/a	19	37,3
Separato/a o divorziato/a	15	29,4
Vedovo/a	2	3,9
Figli		
0	21	41,2
1	11	21,6
2	14	27,5
3	5	9,8
Scolarizzazione		
Elementare/medie inferiori	16	31,4
Medie Superiori	23	45,1
Laurea	12	23,5
Lavoro		
Sì	14	27,5
No (disoccupato/a)	30	58,8
In pensione	5	9,8
Licenziato/a	2	3,9
Livello socio economico		
Basso	15	29,4
Medio	30	58,8
Alto	6	11,8
Nazionalità		
Italiana	50	99,98
Estera (Ucraina)	1	0,02

⁷⁹ Con la collaborazione del Dott. Renato Certosino e del Dott. Fausto Russo.

⁸⁰ Con la collaborazione della Dott.ssa Maria Grazia Manfredonia.

⁸¹ Con la collaborazione della Dott.ssa Raffaella Zanardi e della Dott.ssa Cristina Colombo.

Diagnosi		
Disturbo Depressivo Maggiore	46	90,2
Disturbo Distimico	4	7,8
Depressione Doppia	1	2,0
Numero Episodi depressivi		
1	7	13,7
Almeno 2	9	17,6
Almeno 3	35	68,6
Farmaci		
Sì	47	92,2
No	4	7,8
Ospedalizzazioni		
Mai	34	66,7
Almeno una precedentemente	6	11,8
Al momento della valutazione	11	21,6

A tutti i soggetti – ad eccezione di quelli reclutati ad opera del Prof. Oasi e del Dott. Viganoni – l'intero protocollo di ricerca è stato proposto dalla candidata in prima persona.

Il reclutamento dei soggetti ha previsto che ogni paziente fosse dapprima invitato dal proprio clinico curante a partecipare alla ricerca, quindi, in caso di un positivo riscontro, contattato telefonicamente dalla candidata al fine di prendere un primo appuntamento in cui il soggetto è stato informato dalla stessa circa le caratteristiche della ricerca.

Tutti i partecipanti hanno ricevuto dalla candidata informazioni relative allo studio in forma sia orale che scritta (tramite il “foglio informativo per il paziente e dichiarazione del consenso informato”). Ad ogni paziente è stato riferito che lo studio si poneva un duplice fine, di ricerca e di approfondimento diagnostico, ragion per cui l'indagine avrebbe potuto fornire informazioni utili anche in riferimento al suo caso specifico.

Il protocollo di ricerca ha previsto che, con ogni paziente, la candidata effettuasse, in media, dai tre ai quattro incontri, ognuno della durata di almeno un'ora.

Strumenti

Nel corso degli incontri, sono stati proposti i seguenti strumenti (nell'ordine in cui sono elencati):

- *Beck Depression Inventory – II* (Beck, Steer, Brown, 1996);
- *Depressive Experiences Questionnaire* (Blatt, D'Afflitti, Quinland, 1976);
- *Clinical Diagnostic Interview* (Westen, Muderrisoglu, 2003).

Dopo aver somministrato la *Clinical Diagnostic Interview*, è stata effettuato la *Shedler-Westen Assessment Procedure-200* (Westen, Shedler, Lingardi, 2003).

Al clinico curante è stato invece chiesto di compilare il test *Hamilton Depression Rating Scale* (Hamilton, 1960).

Di seguito sarà descritto ognuno degli strumenti menzionati (di cui è possibile trovare una copia nell'Appendice, ad eccezione della SWAP-200 che consiste in un programma computerizzato).

Beck Depression Inventory – II (BDI II)

Il Beck Depression Inventory-II (BDI-II, Beck, Steer & Brown, 1996) è un test *self-report* teso a valutare la severità della sintomatologia depressiva in adolescenti e adulti. Il BDI-IA (Beck, Steer, 1993; Beck *et al.*, 1996) e la sua versione rivisitata, il BDI-II, rappresentano gli strumenti più diffusamente utilizzati per valutare la gravità dei sintomi depressivi, essendo stati ampiamente accettati ed utilizzati in oltre 2000 studi, in un'ampia varietà di contesti, con diversi tipi di soggetti, *in una moltitudine di campioni clinici e non clinici* (Brantley *et al.*, 2004; Brouwer *et al.*, 2013; Lehman *et al.*, 1997; Shafer, 2006; Smarr, Keefer, 2011). Viene frequentemente utilizzato nella pianificazione del trattamento, nelle decisioni diagnostiche, nei dibattiti teorici e come misura dei risultati del trattamento (Durr, Sherry, 2012).

È composto da 21 item, ognuno dei quali rappresenta uno dei sintomi depressivi inclusi dal DSM-IV tra i criteri diagnostici previsti per il disturbo depressivo maggiore. Può essere somministrato ad individui che abbiano un'età almeno pari a 13 anni e, per la compilazione, necessita di circa 5- 10 minuti⁸². Nel caso in cui sia somministrato oralmente, sono necessari invece circa 15 minuti.

Al rispondente è chiesto di indicare l'affermazione che meglio riflette il modo in cui si è sentito nelle ultime due settimane incluso il giorno della compilazione del questionario (anche questo criterio è stato scelto affinché corrispondesse all'arco temporale richiesto dal DSM-IV per poter porre diagnosi di disturbo depressivo maggiore).

Il punteggio degli item varia da 0, che indica *assenza di quel sintomo* a 3, che riflette una *severa e persistente espressione di quel sintomo*.

Il punteggio totale è ottenuto sommando il punteggio assegnato ad ogni item.

Facendo riferimento allo *scoring* dei punteggi proposto da Beck e collaboratori (1996), i punteggi soglia riferiti a pazienti con diagnosi di depressione maggiore variano nel seguente modo:

- da 0 a 13 per indicare una sintomatologia depressiva di entità *normale- minima*;
- da 14 a 19 per indicare una sintomatologia depressiva di entità *media- moderata*;
- da 20 a 28 per indicare una sintomatologia depressiva di entità *moderata- grave*;
- da 29 a 63 per indicare una sintomatologia depressiva di entità *grave- estremamente grave*.

Al di là del punteggio totale ottenuto, Beck e colleghi (1996) raccomandano i clinici di prestare una particolare attenzione al contenuto di ogni singolo item, ad esempio suggerendo di considerare l'item relativo al "pessimismo" un indice efficace nel prevedere l'intenzione suicidaria.

Effettuando una analisi fattoriale esplorativa sui dati ricavati da un campione clinico di 500 soggetti, Beck e colleghi (1996) individuano la presenza di due fattori obliqui che consentono di raffinare l'interpretazione del punteggio totale, nello specifico:

- il fattore *Somatico- Affettivo*, che include 12 item tesi ad indagare le manifestazioni somatico- affettive della sintomatologia depressiva, tra cui: perdita

⁸² Tale *range* temporale, in soggetti che presentano una diagnosi di disturbo depressivo, può subire ampie variazioni.

di piacere, pianto, agitazione, perdita di interessi, indecisione, perdita di energia, alterazioni del sonno e dell'appetito, irritabilità, concentrazione, fatica, interesse verso il sesso;

- il fattore *Cognitivo*, che raccoglie 9 item finalizzati a valutare il versante cognitivo della sintomatologia depressiva, in particolare: tristezza, pessimismo, fallimento, senso di colpa, sentimenti di punizione, autostima, autocritica, suicidio, senso di inutilità.

Facendo riferimento alla standardizzazione italiana dello strumento, ad opera di Marta Ghisi, Giovanni Battista Flebus, Antonella Montano, Ezio Sanavio e Claudio Sica, il punteggio soglia per evidenziare la presenza di una sintomatologia depressiva è pari, invece, a 12. Lo *scoring* proposto dall'adattamento italiano prevede che i punteggi grezzi - relativi al punteggio totale e ai punteggi attribuiti ad entrambi i fattori - vengono trasformati in valori percentili, differenziati nei due sessi, al fine di rendere più puntuale l'interpretazione dei risultati.

Effettuando un'ulteriore analisi fattoriale esplorativa su un campione di 120 studenti universitari, Beck e colleghi (1996) individuano la presenza di un fattore *Somatico*, definito da 5 item, tra cui "perdita di energia", "affaticabilità", "alterazioni del sonno", "alterazioni dell'appetito", "difficoltà di concentrazione", e di un fattore *Cognitivo-Affettivo*, di cui gli item più rappresentativi sono "mancanza di speranza" e "tristezza". Con la nomenclatura di Beck, se il primo modello presentato è denominato "*somatico-affettivo e cognitivo*" (SA-C), il secondo può essere descritto come "*cognitivo-affettivo e somatico*" (CA-S). Quest'ultima tipologia di fattori è stata riscontrata in qualcuno (Al-Turkait, Ohaeri, 2010), ma in tutti i campioni di studenti universitari indagati. In generale, in diversi campioni clinici, e, in particolare, in pazienti con diagnosi di disturbo depressivo, il modello SA-C si è rivelato maggiormente adeguato (Ward, 2006).

Prendere in considerazione solamente il punteggio totale dello strumento può oscurare importanti differenze tra le due dimensioni sintomatologiche individuate: individui con uno stesso punteggio complessivo possono differire significativamente in riferimento all'intensità rispettivamente della sintomatologia somatico-affettiva e di quella cognitiva, informazione che può avere importanti ricadute sul piano diagnostico oltre che terapeutico (Bedi *et al.*, 2001).

In merito alla struttura fattoriale sottesa al BDI-II non esiste ancora un chiaro consenso (Al-Turkait, Ohaeri, 2010; Brouwer *et al.*, 2013; Quilty *et al.*, 2010; Ward, 2006). Nonostante gli studi abbiano generalmente individuato la presenza di due fattori che rappresentano le componenti somatiche e cognitive della depressione, gli item facenti parti di tali fattori risultano variabili (Ward, 2006).

Steer e colleghi (1999) supportano l'esistenza delle due dimensioni, somatico-affettiva e cognitiva nei pazienti con diagnosi di disturbo depressivo maggiore. Fanno notare che il fattore cognitivo può rivelarsi particolarmente utile nei casi in cui si sospetti che le lamentele somatiche siano maggiormente attribuibili ad una condizione medica piuttosto che alla depressione in sé. Gli Autori notano che le donne riferiscono una sintomatologia depressiva più severa rispetto agli uomini (con una media di 4 punti in più rispetto agli uomini) e che la severità depressiva, così come descritta da tale strumento, aumenta gradualmente durante la giovinezza fino a circa 38 anni, per decrescere invece con l'avanzare dell'età.

Prendendo spunto dall'osservazione di Beck e collaboratori (1996) secondo cui alcuni sintomi - con particolare riferimento a quelli denominati "affettivi", tra cui "tristezza" e

“pianto” - possono rientrare alternativamente nella dimensione somatica oppure in quella affettiva in base al campione preso in considerazione, Ward e collaboratori (1996), dopo aver effettuato una analisi fattoriale confermativa sui dati ottenuti da alcuni studi in merito, sostengono che i punteggi relativi alle due sottoscale, basate sui due fattori obliqui, necessariamente risultano difficili da interpretare, essendo la maggior parte della varianza di ogni sottoscala spiegata da un fattore da loro denominato “G”, relativo al punteggio generale delle dimensione depressiva.

Analizzando i dati ottenuti da un campione di 404 soggetti clinici e di 695 adulti non clinici, Vanheule e colleghi (2008, p. 183) osservano, invece, che “the G factor is difficult to interpret: Is it negative affect, general distress, neuroticism, or rather a tendency to complain that it assesses? This remains unclear in Ward’s (2006) model” e suggeriscono di non dare per garantita l’esistenza di tale fattore latente alla base del BDI-II.

Altresi, gli Autori criticano il modello fattoriale ricavato da Beck e collaboratori (1996), sostenendo che ciò che il test misura non è un singolo, unidimensionale costruito, suggerendo una struttura a tre fattori – *Cognitivo*, *Affettivo* e *Somatico* – ricavata da una versione abbreviata dello strumento, in grado di eliminare parte della sovrapposizione esistente tra alcuni item.

Effettuando una analisi delle componenti principali sui dati ottenuti da un campione di 259 pazienti adulti con depressione maggiore, Brown e collaboratori (2005) ricavano alla base del BDI 5 fattori, ovvero: *Polarizzazione negativa su di sé* (“Negative Self-Focus”), includente item come senso di fallimento, sentimento di punizione, colpa, pensieri suicidi, autoaccusa, autorimproveri; *Anedonia e perdita di efficienza*, includente item come indecisione, insoddisfazione, perdita di interessi sociali, irritabilità, fatica, difficoltà lavorative; *Alterazioni del sonno/ipocondria*, *Perdita di peso*, *Diminuzione della libido*.

In una meta-analisi della struttura fattoriale della versione originale del BDI, Shafer (2006) ricava che, in base al metodo di estrazione dei fattori, la media del numero dei fattori estratti è 4 (con una *range* che va da 2 a 7) e che mediamente la varianza spigata è del 46%. Rintraccia alla base del BDI un fattore più generale di “Depressione” o “Affetto negativo”, il cui item principale è rappresentato dall’item relativo all’“umore depresso” o “tristezza”.

Osman e collaboratori (2008), passando in rassegna i modelli fattoriali del BDI-II, avvalendosi dei dati di un campione non clinico di 414 adolescenti, concludono che la maggior parte degli item è correlata in modo moderato o elevato al fattore generale rappresentato dalla depressione, che spiega la maggior parte di varianza comune in un modello di tipo bifattoriale. In un modello bi fattoriale, infatti, ogni item satura su un fattore generale e, allo stesso tempo, su uno dei due o più fattori ortogonali individuati. Coerentemente con la letteratura, gli Autori riscontrano differenze di genere nei punteggi totali, presentando le donne punteggi significativamente più elevati rispetto agli uomini.

In un campione di 624 studenti, Al-Turkait e Ohaeri (2010) riscontrano che il punteggio totale ottenuto dal BDI-II rappresenta un indicatore adeguato della severità della sintomatologia depressiva e che il modello bifattoriale può essere considerato quello maggiormente capace di riflettere l’eterogeneità con cui la depressione si presenta. Secondo gli Autori, mentre il fattore generale del modello bifattoriale rappresenta il tratto comune condiviso da tutti gli item dello strumento, le due sottoscale sono fonti indipendenti della varianza comune che riflettono una coerenza all’interno di particolari tipologie di sintomi. Questo strumento può dunque essere concettualizzato come una misura di un singolo, più elevato fattore generale di depressione, che, a un livello più basso misura un numero di specifici sintomi depressivi che confluiscono nei

fattori. Gli Autori replicano i risultati che indicano che il test, grazie alla sua buona coerenza interna, si rivela adeguato a livello psicometrico in diverse culture. Infine, ponendosi in linea con Shafer (2006), Al-Turkait e Ohaeri (2010) sostengono che i modelli fattoriali ricavati dagli studi sul BDI-II possono non essere mutualmente esclusivi, riflettendo piuttosto diversi aspetti relativi allo stesso modello più generale, potendo contenere, il costrutto della depressione, elementi che si pongono tra di loro in modo gerarchico e dimensionale.

Al fine di valutare l'adeguatezza di alcuni dei modelli proposti sulla struttura fattoriale del BDI-II, Quilty e collaboratori (2010) effettuano una analisi fattoriale confermativa sui dati ottenuti da un campione di 425 pazienti con diagnosi di disturbo depressivo maggiore - popolazione per la quale il test è stato originariamente ideato. Gli Autori, convenendo con quanto sostenuto da Ward (2006), ne derivano che, nei campioni di soggetti con disturbo depressivo maggiore suddividere il punteggio totale del BDI-II in sottoscale può non essere la soluzione più adeguata e supportano l'utilizzo e l'utilità del punteggio totale del BDI-II.

Recentemente, Brouwer e collaboratori (2013, p. 137) pongono il seguente quesito: "how should we analyze a clinical instrument that measures one thing (depression) and at the same time measures the same thing in a slightly different way (somatic, cognitive, or affective elements of depression)?" Avvalendosi dei dati ricavati da un campione di 1530 pazienti ambulatoriali, gli Autori suggeriscono di prestare particolare attenzione a prendere in considerazione i punteggi delle sottoscale del BDI-II, risultando esse altamente correlate al più generale costrutto di depressione, ponendosi in linea con i risultati di Al-Turkait e Ohaeri (2010), Quilty e collaboratori (2010) e di Ward (2006).

Il BDI-II mostra una buona coerenza interna (α di Cronbach = .91), una buona attendibilità test- retest ($r = .93$), una buona validità di contenuto, convergente e di criterio (Beck *et al.*, 1996; Smarr, Keefer, 2011; Durr, Sherry, 2012).

Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D, o HDRS o HRSD)

Nello scritto in cui presenta per la prima volta la scala da lui ideata per valutare l'entità della sintomatologia depressiva, Max Hamilton esordisce nel seguente modo:

“The appearance of yet another rating scale for measuring symptoms of mental disorder may seem unnecessary, since there are so many already in existence and many of them have been extensively used. Unfortunately, it cannot be said that perfection has been achieved, and indeed, there is considerable room for improvement” (Hamilton, 1960, p. 56).

A più di 50 dalla sua comparsa questo test è divenuto uno degli strumenti *observer – rated* più diffusamente utilizzati per misurare la severità della sintomatologia depressiva (Rogers *et al.*, 2010; Ross *et al.*, 2003; Shafer, 2006; Trajković *et al.*, 2011; William, 2001).

Hamilton (1960) raccomanda di avvalersi di tale scala per valutare pazienti cui sia stato già diagnosticato un disturbo depressivo.

Passando in rassegna gli item da lui presi in considerazione, avverte di prestare una particolare attenzione nella distinzione della triade di sentimenti depressivi, ovvero umore depresso, colpa e tendenze suicide, al fine di evitare l'“effetto alone” che si potrebbe ottenere attribuendo automaticamente a questi item un punteggio simile.

La versione originale dello strumento è composta da 21 item, di cui solo 17 contribuiscono al punteggio totale; lo stesso Hamilton (1960) ha suggerito, infatti, di non includere in tale punteggio i valori attribuiti agli ultimi 4 item (facenti riferimento a: variazioni diurne, depersonalizzazione/derealizzazione, sintomi paranoidi e sintomi ossessivi compulsivi), non essendo, a suo avviso, così frequenti come gli altri item presi in considerazione.

Nonostante sia comunemente utilizzata la versione del test composta da 17 item, anche nei casi in cui ci si avvalga della versione a 21 item, il punteggio totale è quindi ottenuto sommando il valore attribuito solo ai primi 17 item della scala; i rimanenti 4 item possono rivelarsi utili per identificare il sottotipo di disturbo depressivo. Molti studi, però, hanno riportato il punteggio totale basato su tutti i 21 item e, per l'interpretazione dei punteggi, sono stati identificati diversi tipi di *cut off* (Williams, 2001).

Esiste una versione del test composta da 24 item includente i seguenti sintomi aggiuntivi: impotenza, mancanza di speranza, senso di inutilità.

Alcuni studi si sono avvalsi dell'utilizzo di tal strumento al fine di valutare la remissione dei sintomi depressivi (Franzini *et al.*, 2008; Romera *et al.*, 2011; Ross *et al.*, 2003).

Passando in rassegna l'evoluzione storica di tale strumento, Williams (2001) fa notare come le diverse versioni ideate - tra cui forme autosomministrate, forme che prevedono interviste strutturate e forme computerizzate - tese a standardizzare la somministrazione della scala, hanno finito con il rendere poco confrontabili i diversi studi, nei quali che non sempre è esplicitata la versione del test di cui si avvalgono (vedi tabella).

Tabella: alcune delle versioni pubblicate del test HDRS (da Williams, 2001, p. II/7).

	Hamilton (1960)	Bech et al. (1986)	Potts et al. (1991)	Carr et al. (1981)	Reynolds and Kobak (1995)	Unknown (Riskind et al. 1987)	Miller et al. (1985)	Gelenberg et al. (1990)	Williams et al. (2000)	Unknown (Roberts et al. 2001)	Paykel (1985)
Item	17/21	17/11	14	18	23	24	25	27	29	31	36
1 Depressed mood	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2 Feelings of guilt	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3 Suicide	X	X	X	X (4 Q)	X	X	X	X	X	X	X
4 Insomnia early	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5 Insomnia middle	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6 Insomnia late	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
7 Work and activities	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
8 Psychomotor retardation	X	XX (separate items for motor and verbal)		X	X	X	X	X	X	X	X
9 Psychomotor agitation	X	X			X	X	X	X	X	X	X
10 Anxiety, psychic	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
11 Anxiety, somatic	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
12 Somatic sxs, GI	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X
13 Somatic sxs, General	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X
14 Genital sxs	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
15 Hypochondriasis	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
16 Loss of weight	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
17 Insight	X	X			X	X	X	X	X	X	
18 Diurnal variation	X			X		X	X	X	X	X	X
19 Depers/dereal	X			X	X	X		X	X	X	X
20 Paranoid	X					X		X	X	X	X
21 O-C sxs	X					X		X	X	X	X
22 Social withdrawal							X	X			
23 Weight gain							X	X	X	X	X
24 Appetite increase								X	X	X	X
25 Increased eating									X		
26 Carbohydrate craving								X	X		
27 Hypersomnia					X			X	X	X	X
28 Fatigability								X	X		
29 Helplessness					X	X	X			X	
Hopelessness					X	X	X			X	X
Worthlessness					X	X	X			X	
Hypersomnia – early bedtime											
Hypersomnia – oversleeping										X	
Hypersomnia – napping										X	
Psychic retardation										X	
Motoric retardation										X	
Indecisiveness					X						
Diurnal variation (afternoon slumps)									X		X
Interests and functioning – loss of interest							X				
Distinct quality to mood							X			X	
Lack of reactivity							X				
Insomnia general		X									
Intellectual retardation		X									
Emotional retardation		X									
Reactivity to social environment											X
Panic attacks											X
Phobic anxiety											X
Avoidance, main phobia											X
Irritability											X
Depressive delusions											X
Self-pity											X
Over-emphasis of sxs											X
Hysterical sxs											X
Hostility											X
Depressed appearance											X

Williams (2001) fa riferimento ad un “consensus (“GRID”) scoring system” del test, che aspira a proporre un metodo di *scoring* standardizzato, in cui sia l’ intensità che la frequenza di un sintomo sono prese in considerazione, al fine di giungere, per ogni item, ad una valutazione della severità globale che sia al tempo stesso categoriale e dimensionale.

Tabella: esempio di item valutato secondo il “GRID *scoring system* (da Williams, 2001, p. II/10)

	FREQUENCY			
1. Depressed mood This item assesses feelings of sadness, hopelessness, helplessness, and worthlessness. <i>Note:</i> this is not a global rating of depressive illness.	Absent or clinically insignificant	Occasional	Much of the time	Almost all the time
Symptom intensity				
Absent	0			
Mild (Feelings of sadness, discouragement, low self-esteem, pessimism)	0	1	1	2
Moderate (Clear nonverbal signs of sadness, feelings of hopelessness, helplessness, or worthlessness about some aspects of life)		1	2	3
Severe (Intense sadness, hopelessness about most aspects of life, feelings of complete helplessness or worthlessness)		2	3	4
Very severe (Extreme sadness; intractable hopelessness or helplessness)		3	4	4

Frequency is based on the past 7 days

Absent Not occurring or clinically insignificant; *Occasional* Infrequent; less than 3 days; up to 30 % of the week; *Much of the time* Often; 3 – 5 days; 31 – 75 % of the week; *Almost all the time* Persistent; 6 – 7 days; more than 75 % of the week

Licht e colleghi (2005) ritengono la versione del test composta da 17 item non adeguata per stimare la severità depressiva, preferendo l’ utilizzo di una versione del test più abbreviata, composta da soli 6 item, parte di una sottoscala del test, che riflette un’ unica dimensione e che include item che fanno riferimento all’ umore depresso, all’ ansia psichica, alla colpa, al lavoro e agli interessi, alla stanchezza, al rallentamento motorio.

Nonostante lo strumento sia stato considerato, per un periodo, il *gold standard* (Shafer, 2006) tra gli strumenti finalizzati a valutare la severità della sintomatologia depressiva, come accennato, l’ utilizzo di questo test ha sofferto della mancanza di standardizzazione nella somministrazione e nello *scoring* dei punteggi (vedi tabella). Per alcuni aspetti, dunque, la scala può essere considerata vittima del suo successo e, soprattutto, di un suo utilizzo inappropriato (Corruble *et al.*, 2005).

Tabella: livelli della severità depressiva ricavata dal test HDRS a seconda di diversi criteri di riferimento (da Kriston, Wolff, 2011, p. 175)

		Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) score																															
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	≥31
Bech 1996		not depressed					minor					less than major					major					severe											
APA 2000		not depressed					mild					moderate					severe	very severe															
Furukawa 2007		not depressed	asymptomatic		mild					moderate					severe																		
NICE 2009		not depressed					subthreshold					mild					moderate	severe															
Baer 2010		not depressed					mild					moderat					severe																

Only first authors are listed.

Lo strumento è stato criticato per la sua natura multidimensionale: nonostante sia ottenuto un unico punteggio totale, ha rivelato di essere composto da diversi fattori distinti (Ross *et al.*, 2003).

Hamilton (1960) ha identificato alla base del test tre fattori: un fattore generale di *Depressione* o *Severità dei sintomi*, un fattore *Agitazione verso Rallentamento* e *Insonnia*.

Le varie ricerche tese ad indagare la struttura fattoriale della scala hanno individuato dai 3 ai 7 fattori, di cui uno, solitamente il primo estratto, riflette la severità della sintomatologia depressiva, ed un altro, che potrebbe essere considerato una variabile di tipo bipolare, che riflette per un versante la depressione ansiosa, agitata, reattiva, per un altro la depressione endogena con caratteristiche di rallentamento (Brown *et al.*, 2005).

Rogers e collaboratori (2010), osservando che la maggior parte degli studi tesi ad indagare la struttura fattoriale di tale strumento hanno preso in considerazione la relativa versione a 17 item, avvalendosi dei dati ottenuti da un campione di soggetti con diagnosi di disturbo depressivo maggiore, rilevano la presenza di 5 fattori che spiegano il 66,17% della varianza. L'affidabilità di tale modello fattoriale si è rivelata elevata (α di Chronbach = .92). I fattori ricavati sono:

1. *Depressione e Ansia*, che include sintomi come umore depresso, sentimenti di colpa, insonnia iniziale e centrale, lavoro e interessi, ansia psichica, sintomi somatici generali, variazioni diurne;
2. *Rallentamento psicomotorio e cognitivo*, tra cui rallentamento psicomotorio, ipocondria, sintomi ossessivi- compulsivi, impotenza;
3. *Sintomi fisici atipici*, tra cui insonnia ritardata, agitazione psicomotoria, depersonalizzazione e de realizzazione;
4. *Appetito e Sesso*, tra cui sintomi somatici gastrointestinali, sintomi genitali, perdita di peso.

Un importante contributo alla letteratura concernente l'affidabilità di questo strumento è fornito da uno studio di Trajković e collaboratori (2011) che effettuano una meta analisi prendendo in considerazione le ricerche sullo strumento pubblicate dal 1960 al 2008 al fine di valutarne coerenza interna, attendibilità *inter-rater* e test- retest. Gli Autori concludono che l'uso di questo test si rivela attendibile in contesti clinici - con pazienti che presentano disturbi depressivi come diagnosi primaria o in comorbidità - che esso presenta un buon livello di coerenza interna e che valuta in modo attendibile la sintomatologia depressiva in misurazioni ripetute.

Negli anni l'utilizzo di tale strumento ha contribuito ad aumentarne i livelli di attendibilità *inter-rater*⁸³ che sono soddisfacenti (Trajković *et al.*, 2011). L'associazione positiva tra tale tipo di attendibilità e gli anni di pubblicazione (studi più recenti riportano indici di attendibilità più elevati) potrebbe essere attribuita ad un miglior *training* dei valutatori e ad una accumulata esperienza clinica con questo strumento negli anni. L'utilità di tale test dipende infatti interamente dalle capacità di colui che lo effettua.

Diversi studi hanno paragonato la sintomatologia depressiva valutata rispettivamente dal BDI e dall'HDRS (Bailey, Coppen, 1976; Schneibel *et al.*, 2012).

In un campione di 259 pazienti adulti con depressione maggiore, Brown e collaboratori (2005) osservano che i coefficienti di correlazione tra BDI e HDRS diventano più elevati con l'aumentare del periodo di osservazione, variando tra .70 ad un mese a .85 a otto mesi. Avvalendosi di una analisi delle componenti principali, gli Autori ricavano 6 fattori alla base dell'HDRS, ovvero: *Ansia; Perdita di peso; Colpa, umore depresso, suicidio; Ipocondria e perdita di insight; Anedonia ed Energia*. Gli Autori concludono sostenendo che i due strumenti si focalizzano su aspetti differenti della depressione, ottenendo però una simile valutazioni della sintomatologia depressiva.

Mentre il test HDRS valuta primariamente aspetti somatici e neurovegetativi della depressione, il BDI enfatizza l'esperienza soggettiva di tale sindrome, focalizzandosi maggiormente su dimensioni cognitive e affettive (Brown *et al.*, 1995; Schneibel *et al.*, 2012). La correlazione talvolta modesta riscontrata tra i due test può essere attribuita: a differenze nel contenuto degli item; alla diversità tra *rating scale* basate sul giudizio del clinico e *self-report* (prospettiva "oggettiva" *versus* "soggettiva"); a variabili di tipo demografico, clinico e personologico del paziente (Schneibel *et al.*, 2012). Relativamente a quest'ultimo aspetto, l'Introversione - così come misurata dal "NEO Five- Factor Inventory" (Costa, McCrae, 1992) - risulta associata ad una sopravvalutazione dei sintomi depressivi riferiti (Schneibel *et al.*, 2012).

Individui che presentano elevati livelli di Nevroticismo sembrano essere predisposti a sovra- riportare la loro sintomatologia depressiva. Coloro che tendono ad esperire frequenti ed intensi affetti negativi hanno punteggi più elevati su misure *self-report* - come il BDI - rispetto alle misure *observer-rated*, come il test HDRS, essendo i loro sintomi depressivi percepiti da un osservatore esterno meno severi rispetto a come da loro riportati (Duberstein & Heisel, 2007).

HDRS e BDI dovrebbero essere considerati strumenti complementari piuttosto che ridondanti, soprattutto nei pazienti particolarmente gravi (Schneibel *et al.*, 2012).

⁸³ L'item relativo alla "diminuzione di insight" sembra essere il meno attendibile del test, necessitando di essere rivisitato (Trajković *et al.*, 2011).

Depressive Experiences Questionnaire (DEQ)

Il *Questionario sulle esperienze depressive* (Blatt, D'Afflitti, Quinland, 1976) è uno strumento *self-report* composto da 66 item tipo Likert (da 1 = forte disaccordo, a 7 = forte accordo) tesi a valutare un'ampia gamma di esperienze frequentemente associate allo sviluppo della depressione ma non direttamente considerate sintomi depressivi (Blatt *et al.*, 1976). Piuttosto, sono item formulati per indagare atteggiamenti, pensieri e sentimenti nei confronti del sé e delle relazioni interpersonali (Welkowitz *et al.*, 1985; Santor *et al.*, 1997b).

Gli studi, effettuati nel corso degli ultimi trent'anni, che hanno impiegato il DEQ (Adams *et al.*, 2009; Blatt *et al.*, 1992, 1995; Bulmash *et al.*, 2009; Campos *et al.*, 2011, 2012; Cramer *et al.*, 1998; Dunkley *et al.*, 2006; Desmet *et al.*, 2007; Fertuck *et al.*, 2004; Hawley *et al.*, 1996; Luyten *et al.*, 2007a; Ouimette *et al.*, 1994; Shahar *et al.*, 2003a, 2003b, 2004; Zuroff *et al.*, 1999, 2000) hanno evidenziato come questo strumento sembrerebbe valutare primariamente tratti di personalità stabili piuttosto che caratteristiche di stato o sintomi depressivi (Blatt, 2004).

Un'analisi delle componenti principali con rotazione di tipo varimax effettuata sul DEQ ha evidenziato la presenza di tre fattori ortogonali (Blatt *et al.*, 1976):

- *Dipendenza*: include item prevalentemente diretti alle relazioni interpersonali e che concernono temi imperniati attorno all'essere abbandonato, indifeso, sentimenti di solitudine, desiderio di essere strettamente legato agli altri e dipendente da loro. Tali item riflettono preoccupazioni circa l'essere rifiutato, il ferire o l'offendere gli altri, l'aver difficoltà nel gestire la rabbia e l'aggressività per paura di perdere qualcuno. Gli item più rappresentativi di questo fattore sono (Blatt, 2004): "Penso spesso al pericolo di perdere qualcuno che mi è vicino"; "Dopo un litigio mi sento molto solo"; "Sono molto sensibile ai segnali di rifiuto da parte degli altri"; "Essere solo non mi preoccupa minimamente" (punteggio invertito); "Mi preoccupo molto di ferire od offendere qualcuno che mi è vicino".

- *Autocritica*: composto da item che riflettono sentimenti di colpa, sensazioni di vuoto, disperazione, insoddisfazione, insicurezza, paura del cambiamento e indicano la sensazione di aver fallito nel raggiungere le proprie aspettative e i propri standard, di essere incapace di assumere responsabilità, sentimenti ambivalenti circa il sé e gli altri e la tendenza ad essere critici verso se stessi.

Gli item più rappresentativi di questo fattore sono (Blatt, 2004): "C'è una notevole differenza tra come sono ora e come vorrei essere"; "Spesso mi sento colpevole"; "Il modo in cui mi sento varia frequentemente: ci sono volte in cui mi sento estremamente bene e altre volte in cui vedo solo il cattivo in me e mi sembra un totale fallimento"; "Spesso sento di aver deluso gli altri"; "Spesso mi scopro a non vivere secondo i miei standard o ideali".

- *Efficacia*: include item che indicano una sensazione di sicurezza circa le proprie risorse e capacità, imperniati attorno a tematiche che riflettono elevati standard ed obiettivi personali, senso di responsabilità, forza interna, sentimenti di indipendenza, soddisfazione e fierezza per i propri raggiungimenti.

Gli item più rappresentativi di questo fattore sono (Blatt, 2004): "Ho molte risorse interne (capacità, energie)"; "Le altre persone hanno delle aspettative elevate su di me"; "Colloco i miei personali scopi e standard il più in alto possibile"; "Sono una persona molto indipendente"; "Ciò che faccio o dico ha un impatto molto forte su quelli che mi sono intorno".

Il DEQ non è stato ideato per valutare le dimensioni anaclitica ed introiettiva della depressione bensì per indagare le tipologie di esperienze di vita degli individui che presentavano questo tipo di alterazione dell'umore (Blatt *et al.*, 1976; Blatt, 2004).

I 66 item di cui è composto sono stati infatti selezionati a partire da una matrice di 150 affermazioni costruite sulla base della letteratura clinica sulla depressione e di casi clinici di pazienti con disturbi dell'umore (Blatt, 2004).

L'analisi fattoriale effettuata sullo strumento ha messo in luce come i fattori *Dipendenza* ed *Autocritica* valutano rispettivamente la dimensione anaclitica ed introiettiva della personalità, risultando consistenti e rivelandosi coerenti con le osservazioni cliniche e le formulazioni teoriche effettuate da Blatt circa la possibilità che tali dimensioni possano rappresentare fonti primarie della depressione (Blatt *et al.*, 1976; Lehman *et al.*, 1997; Blatt, 2004).⁸⁴ Nonostante tali due fattori siano stati originariamente identificati in uno studio condotto su soggetti non clinici (Blatt *et al.*, 1976), risultano validi ed utili nella comprensione di vari aspetti di soggetti con diagnosi di disturbo depressivo (Blatt *et al.*, 1992). Il DEQ si rivela infatti capace di stimare adeguatamente la dimensione soggettiva della depressione in campioni clinici e non clinici; *Dipendenza* ed *Autocritica* sono risultati associati al disturbo depressivo maggiore, alla relativa severità e a specifici sintomi depressivi (Luyten *et al.*, 2007).

La maggior parte delle ricerche effettuate con il DEQ ha cercato di indagare il rapporto intercorrente tra i fattori *Dipendenza* ed *Autocritica*, la sofferenza psichica ed il funzionamento psicologico (Santor *et al.*, 1997b).

I dati raccolti hanno evidenziato che il fattore *Dipendenza* presenta basse correlazioni con le tradizionali misure della depressione e ciò sembra indicare il fatto che valuta dimensioni della depressione non solitamente enfatizzate dalle misure tradizionali (Blatt *et al.*, 1976). Tale fattore è correlato con un investimento nelle relazioni interpersonali (Blatt, Zuroff, 1992) che può essere di tipo più o meno maturo, potendo variare da un'immatura forma di dipendenza, di sottomissione e di compiacenza nei confronti dell'altro a più evolute manifestazioni di cooperazione e di valorizzazione della vicinanza emotiva, fino a giungere ad espressioni di mutualità, reciprocità ed intimità (Blatt, 2004). Queste ultime, in particolare, sono le forme attraverso le quali tale fattore si esprime nei campioni non clinici (Blatt, Zuroff, 1992); nei campioni clinici, invece, la *Dipendenza* si esprime attraverso un cospicuo ed invalidante senso di apprensione o di risentimento a causa di esperienze di perdita, trascuratezza, deprivazione ed abbandono da parte di figure significative. Mentre nei campioni non clinici i soggetti dipendenti tentano di stabilire e mantenere relazioni interpersonali positive e mature, nei campioni clinici essi risultano preoccupati a causa di passate, presenti e probabili future interruzioni o distruzioni dei rapporti interpersonali (*ibidem*). Questo tipo di dipendenza infantile che si riscontra nei campioni clinici è diretta espressione di un desiderio, destinato a rimanere inesaudito, di essere continuamente curati, nutriti e protetti, al fine di regolare il proprio stato emotivo attraverso la comprensione e l'accettazione da parte dell'altro (Blatt, 2004); tale forma immatura di dipendenza non risulta quindi finalizzata alla costruzione di un rapporto maturo e reciprocamente soddisfacente, capace di far crescere ed arricchire entrambi i membri coinvolti nella relazione (*ibidem*).

Il fattore *Autocritica*, contrariamente al fattore *Dipendenza*, si è dimostrato correlato con le misure della depressione e ciò può riflettere il fatto che tali tipologie di misurazione possono risultare sensibili primariamente a colpa ed autorimprovero, una

⁸⁴ I costrutti di dipendenza ed auto-critica sono stati empiricamente validati, oltre che dal DEQ, da strumenti quali: il "Dysfunctional Attitudes Scale" (Weissman, Beck, 1978), il "Sociotropy- Autonomy Scale" (Beck, 1983), il "Personal Styles Inventory" (Robinson *et al.*, 1994).

costellazione di sentimenti tradizionalmente considerati centrali nella depressione (Blatt *et al.*, 1976).⁸⁵

Tale fattore, sia nei campioni clinici che in quelli non clinici, risulta consistentemente correlato ad una negativa percezione di sé e degli altri (Blatt, Zuroff, 1992).

Gli individui che presentano un elevato livello di tale fattore, enfatizzando la separazione e l'individualità, sviluppano relazioni interpersonali superficiali, distanti, meno emotivamente coinvolgenti e caratterizzate da rabbia e risentimento (*ibidem*).

Tali soggetti, considerandosi un fallimento dal punto di vista personale e sociale, risultano spesso socialmente isolati, molto più concentrati e coinvolti nel lavoro piuttosto che nelle relazioni (*ibidem*). Sviluppano rapporti interpersonali di tipo ambivalente poiché desiderano approvazione, rispetto ed ammirazione ma temono la disapprovazione e la perdita del controllo e dell'autonomia (Zuroff, Fitzpatrick, 1995).

Le ricerche hanno messo in luce che, mentre il fattore *Dipendenza* correla con sintomi di tipo somatico e vegetativo⁸⁶, il fattore *Autocritica* è concomitante ad una bassa stima di sé ed il fattore *Efficacia* è associato significativamente ad una sensazione di fiducia ed ottimismo (Viglione *et al.*, 1990).

A partire dall'iniziale identificazione del fattore *Dipendenza* del DEQ, le indagini e gli studi effettuati al riguardo hanno rilevato la presenza di differenti livelli di sviluppo delle relazioni interpersonali, che variano da una dipendenza immatura a forme maggiormente evolute di mutualità ed interdipendenza (Blatt *et al.*, 1995b; Blatt, 2004). Per testare la possibilità di individuare delle sottoscale all'interno del fattore *Dipendenza*, è stato applicato un approccio derivato dalla teoria alla ricerca empirica (*facet theory*), che permette di definire potenziali subcostrutti o aspetti entro un set di dati ed una procedura di *scaling* multidimensionale (MDS) chiamata *Smallest Space Analysis* (SSA; Guttman, 1968; Canter, 1985). È stato in tal modo possibile rintracciare all'interno del fattore *Dipendenza* la presenza di due differenti sottoscale che riflettono diversi livelli di sviluppo delle relazioni interpersonali, l'una definita *bisogno* (*neediness* o *dependence*), l'altra *relazionalità* (*relatedness*) (Blatt *et al.*, 1995b) (vedi tabella).

La sottoscala relativa al *bisogno* include item che esprimono sentimenti di disperazione, paura ed apprensione per le separazioni ed i rifiuti, preoccupazioni intense rispetto ad una possibile perdita non correlata ad una particolare relazione ed una generalizzata ed indifferenziata dipendenza dagli altri; il versante della *relazionalità*, invece, concerne item che riflettono sentimenti di perdita e solitudine in conseguenza della rottura della relazione con una persona in particolare (Blatt *et al.*, 1995b). Mentre quindi l'aspetto del *bisogno* indica un'immatura, indifferenziata ed aspecifica necessità di intrattenere relazioni con gli altri associata ad un intenso timore di perdere tali relazioni, l'aspetto della *relazionalità* implica la presenza di un senso di interesse, coinvolgimento e preoccupazione nei confronti di una particolare persona e quindi di una specifica relazione, riflettendo in tal modo un livello di sviluppo più evoluto delle relazioni sociali.

L'aspetto del *bisogno* presenta correlazioni significativamente più elevate con le misure della depressione, suggerendo che può rappresentare un indice più efficace per stimare

⁸⁵ Diversamente, da una ricerca effettuata da Luyten e collaboratori (2007a) emerge che la dipendenza risulta essere specificamente collegata al disturbo depressivo maggiore mentre l'autocritica potrebbe essere implicata in un più ampio *range* di psicopatologia.

⁸⁶ Alcune ricerche rilevano che il fattore *Dipendenza* non è specificatamente associato ai sintomi depressivi somatici così come misurati dal Fattore Somatico- Affettivo del BDI-II (Beck *et al.*, 1996) (Desmet *et al.*, 2006), contrariamente al fattore *Autocritica* che invece mostra una forte associazione sia con i sintomi somatici che con quelli cognitivi (Desmet *et al.*, 2007).

la disforia e la depressione associata alle rotture nelle relazioni interpersonali, in particolar modo nelle donne (Blatt *et al.*, 1995b).

La correlazione del fattore *Dipendenza* del DEQ con misure della depressione sembra quindi essere ridotta dagli item che confluiscono nella sottoscala *relazionalità*, che, al contrario, sembra valutare una forma maggiormente adattiva delle relazioni interpersonali, che correla maggiormente con misure di un generale benessere psicologico, in special modo per le donne (*ibidem*).

La differenziazione dell'aspetto del *bisogno* e della *relazionalità* all'interno del fattore *Dipendenza* consentirebbe quindi non solo di stimare con maggior precisione la disforia associata a rotture nelle relazioni interpersonali, ma anche di valutare una capacità più matura di intrattenere relazioni interpersonali. La *relazionalità* valuta infatti sentimenti di perdita e solitudine nel contesto della distruzione di una relazione con una specifica persona, mentre la sottoscala *bisogno* stima un livello meno maturo di relazioni interpersonali, includendo item che riflettono sentimenti di essere indifeso, paure circa la separazione ed il rifiuto, intense preoccupazioni circa la perdita e generiche esperienze di frustrazione senza un nesso con una particolare relazione.

Gli item più rappresentativi della sottoscala *bisogno* sono (Blatt, 2004): “Senza il sostegno delle persone che mi sono vicine mi sentirei indifeso”; “Mi spavento quando mi sento solo”; “Ho difficoltà a troncare una relazione che mi rende infelice”; “Penso spesso al pericolo di perdere qualcuno che mi è vicino”; “Non sono così preoccupato di come le altre persone reagiscono verso di me” (punteggio invertito); “Sono molto sensibile ai segnali di rifiuto da parte degli altri”; “Anche se la persona che mi è più vicina mi abbandonasse, potrei ‘farcela da solo’” (punteggio invertito); “Sono una persona molto indipendente” (punteggio invertito); “La rabbia mi spaventa”; “Dopo aver avuto un conflitto con un amico devo riparare il prima possibile”.

Gli item indicativi della sottoscala *relazionalità* sono (Blatt, 2004): “La mancanza di stabilità nelle relazioni umane non mi preoccupa” (punteggio invertito) ; “Se perdessi un amico molto stretto mi sentirei come se avessi perso un'importante parte di me stesso”; “Tento costantemente, molto spesso sbagliando, di piacere o aiutare le persone a cui sono vicino”; “Trovo molto difficile dire ‘No’ alle richieste degli amici”; “Mi preoccupo molto di offendere o ferire qualcuno che mi è vicino”; “Se qualcuno a cui tengo si arrabbiasse con me avrei paura che potrebbe lasciarmi”; “Dopo un litigio, mi sento molto solo”; “Essere solo non mi preoccupa minimamente” (punteggio invertito).

Il fattore *Dipendenza* include quindi due sottoscale che stimano diversi livelli di sviluppo raggiunti dalle relazioni interpersonali e correlano diversamente con le misure della depressione (Dunkley *et al.*, 2006; Blatt, 2004). Come sottolinea lo stesso Blatt (2004), tuttavia, valutando un ampio *range* di relazioni interpersonali, questo fattore potrebbe essere più appropriatamente denominato *Preoccupazioni Interpersonali* piuttosto che *Dipendenza*.

Similmente a quanto effettuato da Blatt e collaboratori (1995b), Rude e Burnham (1995) hanno proposto una scomposizione del fattore *Dipendenza* in due componenti: *bisogno* (*neediness*) e *connessione* (*connectednes*) (vedi tabella). Mentre il primo rappresenta una forma disadattiva di dipendenza caratterizzata da paure ansiose circa le relazioni ed i rifiuti, il secondo consiste in una forma meno disadattiva di dipendenza rispetto al *bisogno* (McBride *et al.*, 2006). Entrambe risultano associate ad un attaccamento di tipo ansioso. Congiuntamente, questi fattori possono piuttosto essere considerati differenti gradi di dipendenza disadattiva.

In particolare il *bisogno* sembra essere un tratto di personalità che conferisce una vulnerabilità alla depressione (*ibidem*).

I due costrutti condividono temi concernenti la sensibilità al rifiuto, preoccupazioni circa cosa gli altri pensano ed un bisogno di intimità emotiva (*ibidem*).

Mentre l'individuo caratterizzato da elevati livelli di bisogno è infelice, vorrebbe essere curato e protetto dagli altri ma si aspetta di essere ferito nelle relazioni reagendo con disforia nei momenti di stress e percependo perdite interpersonali o abbandoni, il soggetto con elevati livelli di *connessione* risulta moderatamente disforico apparendo insicuro e adottando un atteggiamento caldo ed intimo nelle relazioni al fine di fortificarle. Degno di nota è che, secondo tali Autori, il versante della *connessione* non riflette un livello più maturo di sviluppo delle relazioni interpersonali bensì una forma meno disadattiva – comunque non funzionale – di relazionalità rispetto al *bisogno* (McBride *et al.*, 2006). Tali sottoscale rintracciate entro il fattore *Dipendenza* in soggetti non clinici sembrano presentare una peculiare associazione con i meccanismi di difesa. La sottoscala *bisogno* risulta associata al rivolgimento dell'aggressività verso sé e correla negativamente con difese che evocano, rispetto a conflitti interpersonali ed oggetti frustranti, risposte positive o neutrali in luogo di quelle negative. Questo risultato, contrario alle aspettative, può riflettere il fatto secondo cui gli individui maggiormente inclini a sviluppare forme di dipendenza più immature possono tendere a sperimentare maggiori sentimenti negativi ed ostili verso gli altri. La sottoscala *connessione* sembra invece essere correlata con meccanismi di difesa più maturi (Campos, Besser, Blatt, 2011).

Tabella

Caratteristiche delle sottoscale *bisogno e relazionalità/connessione* all'interno del fattore *Dipendenza* (Blatt *et al.*, 1995b; Rude, Burnham, 1995).

<i>Bisogno</i>	<i>Relazionalità</i>
(Blatt <i>et al.</i> , 1995b)	
Indica una forma immatura di dipendenza.	Indica una forma maggiormente evoluta di mutualità ed interdipendenza.
Include item che riflettono sentimenti di essere indifeso, paure circa la separazione ed il rifiuto, intense preoccupazioni circa la perdita e generiche esperienze di frustrazione senza un nesso con una particolare relazione.	Include item che valutano sentimenti di perdita e solitudine nel contesto della distruzione di una relazione con una specifica persona.
Correla con le misure della depressione. Può rappresentare un indice più efficace per stimare la disforia e la depressione associata alle rotture nelle relazioni interpersonali, in particolar modo nelle donne.	Correla con misure di un generale benessere psicologico, in particolar modo nelle donne.

<i>Bisogno</i>	<i>Connessione</i>
(Rude, Burnham, 1995)	
Rappresenta un tratto di personalità che conferisce una vulnerabilità alla depressione.	Rappresenta una forma meno disadattiva – comunque non funzionale - di relazioni interpersonali.
Attaccamento di tipo ansioso Sensibilità al rifiuto Preoccupazioni circa cosa gli altri pensano Bisogno di intimità emotiva	

Per ciò che concerne il fattore *Autocritica*, si è osservato che la maggior parte degli item che compongono questo fattore sembrano valutare esperienze associate ad un livello di definizione di sé piuttosto articolato, mentre non viene preso in considerazione un livello di sviluppo inferiore che si può esprimere, per esempio, attraverso terrori di annichilimento, una sensazione di frammentazione ed una mancanza di definizione di sé (Blatt, 2004). È stato constatato, tuttavia, che, similmente al fattore *Dipendenza*, si può considerare il livello della dimensione relativa alla definizione di sé disposto lungo un *continuum* ai cui estremi possono essere collocati, da una parte il fattore *Autocritica*, (che ne rappresenta un grado meno evoluto) e dall'altra il fattore *Efficacia*, che invece consiste in un livello più maturo della stessa (Blatt, 2004) (vedi tabella). Mentre infatti il fattore *Autocritica* stima prevalentemente preoccupazioni associate ad una sensazione di mancanza di valore, inferiorità, indegnità e fallimento nel raggiungere i propri obiettivi ed ideali, il fattore *Efficacia* valuta un senso di competenza, fierezza e fiducia nei confronti di sé, delle proprie realizzazioni e del proprio futuro (*ibidem*). Diversamente dai fattori *Dipendenza* ed *Autocritica*, però, il fattore *Efficacia* sembra assumere una connotazione diversa nei campioni clinici ed in quelli non clinici; in un contesto clinico, infatti, tale fattore sembra riflettere un diniego ipomaniacale delle difficoltà, particolarmente di quelle relative a tematiche concernenti la dipendenza (Blatt *et al.*, 1982).

Autocritica ed *Efficacia* sembrerebbero quindi stimare differenti livelli di sviluppo raggiunti dalla dimensione del sé (*ibidem*). Interessante è il fatto che, mentre un senso di sé disadattivo, espresso dal fattore *Autocritica*, correla prevalentemente con l'aspetto meno evoluto della dimensione interpersonale rappresentata dal *bisogno*, l'*Efficacia* correla positivamente con una dimensione delle relazioni interpersonali più matura, ovvero la *relazionalità* e negativamente con l'aspetto del *bisogno* (*ibidem*). Com'è naturale immaginare, infatti, un adeguato senso di sé e del proprio valore è strettamente associato a relazioni interpersonali maggiormente mature e soddisfacenti.

Besser e Priel (2005) hanno osservato che in un campione di soggetti sani dai 65 ai 75 anni le caratteristiche adattive di *Connessione* ed *Efficacia* controbilanciano gli aspetti disadattivi di *Bisogno* e *Autocritica*.

Nei campioni clinici, però, il fattore *Efficacia* può essere un indicatore di diniego, risultando significativamente correlato con la scala della mania del Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) (Blatt *et al.*, 1982).

Tabella: caratteristiche dei fattori *Autocritica* ed *Efficacia* (Blatt, 2004).

<i>Autocritica</i>	<i>Efficacia</i>
Rappresenta un grado meno evoluto dello sviluppo della definizione di sé.	Rappresenta un livello maggiormente evoluto dello sviluppo della definizione di sé.
Include item che stimano prevalentemente preoccupazioni associate ad una sensazione di mancanza di valore, inferiorità, indegnità, insoddisfazione, fallimento nel raggiungere i propri obiettivi ed ideali, sentimenti ambivalenti circa sé e gli altri e la tendenza a sentirsi in colpa e ad essere critici verso se stessi e gli altri.	Include item che valutano un senso di competenza, responsabilità, fierezza, forza interna, indipendenza, fiducia nei confronti di sé, delle proprie realizzazioni e del proprio futuro. Tali item riflettono elevati standard ed obiettivi personali ed un senso di sicurezza nei confronti delle proprie risorse e delle proprie capacità.
Correla positivamente con la sottoscala <i>bisogno</i> e negativamente con la sottoscala <i>relazionalità</i> .	Correla positivamente con la sottoscala <i>relazionalità</i> e negativamente con la sottoscala <i>bisogno</i> .

È possibile quindi affermare, conclude Blatt (2004), che il DEQ è uno strumento in grado di stimare le dimensioni adattive e disadattive sia della relazionalità che del senso di sé.

Tabella

Dimensioni adattive e disadattive della relazionalità e del senso di sé valutate dai fattori e dalle sottoscale del DEQ (Blatt, 2004).

<i>Dimensioni valutate dal DEQ</i>	<i>Fattori o sottoscale</i>	
	<i>Polo meno evoluto</i>	<i>Polo più evoluto</i>
Relazionalità	<i>Bisogno</i>	<i>Relazionalità</i>
Definizione di sé	<i>Autocritica</i>	<i>Efficacia</i>

Particolarmente interessante è l'osservazione secondo cui il DEQ valuta primariamente caratteristiche di personalità stabili piuttosto che uno stato d'animo depresso o altre caratteristiche di stato (Blatt, 2004). Più precisamente, si è già visto come Blatt utilizzi i termini anaclitico ed introiettivo sia per denotare diverse configurazioni di stati depressivi che per riferirsi a tipologie di personalità che risultano più vulnerabili allo sviluppo di tali stati (Zuroff, Mongrain, 1987).

Gli stati anaclitici ed introiettivi sono così considerati da Blatt esperienze universali e, poiché le personalità anaclitica ed introiettiva si differenziano per la relativa predominanza di strutture cognitivo-affettive che concernono i temi anaclitici ed introiettivi, le due configurazioni depressive possono essere concepite come una conseguenza dell'attivazione di differenti strutture (*ibidem*). La depressione anaclitica e quella introiettiva rappresentano quindi radicate predisposizioni a manifestare la depressione diversamente (Viglione *et al.*, 1990).

Ne consegue che, coerentemente con quanto messo in luce da Blatt (2004), la depressione può essere considerata non solo un disturbo clinico bensì un necessario e naturale stato affettivo la cui intensità può variare da una esperienza disforica transitoria, lieve ed appropriata ad un disturbo del carattere duraturo sino ad uno stato clinico intenso e disabilitante. Egli sottolinea che, sebbene la severità della depressione nei campioni clinici possa enfatizzare alcuni aspetti, i sintomi manifesti possono anche mascherare elementi più impercettibili delle esperienze depressive (Blatt *et al.*, 1976).

Tali ricerche sottolineano quindi la radice "strutturale" delle tipologie anaclitica ed introiettiva, da una parte motivando lo studio delle personalità associate, dall'altra convalidando la considerazione del sentimento depressivo come caratteristica normale, oltre che come patologia dell'esperienza umana.

È stato riscontrato un elevato grado di stabilità della struttura fattoriale del DEQ, replicata in diversi campioni non clinici in differenti Paesi, inclusi Belgio, Canada, Germania, Israele, Portogallo (Blatt *et al.*, 1976; Blatt, 2004) e Cina (Yao *et al.*, 2009). Le proprietà psicometriche del fattore *Dipendenza* e del fattore *Autocritica* sono risultate soddisfacenti, con un'alta coerenza interna (indice α di Cronbach $> .75$) ed una elevata attendibilità test-retest ($r = .79$) a distanza di 12 mesi (Zuroff *et al.*, 1990). Si è rilevato un moderato grado di correlazione tra il fattore *Dipendenza* ed *Efficacia*, che nei diversi campioni varia da $-.30$ a $-.49$, mentre la congruenza tra il fattore *Autocritica* e gli altri si è rivelata minima (Blatt, 2004). Soluzioni fattoriali separate per uomini e donne sono risultate altamente congruenti e la coerenza interna dei tre fattori raggiunge livelli accettabili (Blatt *et al.*, 1976). Anche le sottoscale del *bisogno* e della *relazionalità* rintracciate entro il fattore I del DEQ hanno dimostrato di possedere una ragionevole attendibilità e coerenza interna sia negli uomini che nelle donne (Blatt *et al.*, 2004).

Nel contesto italiano tale strumento è stato proposto da Falgares, Lo Coco e Scrima dapprima ad un campione di soggetti non clinici (2011), quindi ad un ampio campione di soggetti clinici (2012). Ispirati da uno studio di Desmet e collaboratori (2007) ed interessati a studiare le caratteristiche psicometriche dello strumento, in particolare la relativa struttura fattoriale, le relazioni tra i fattori e la sua validità di costruito e concorrente, dopo aver effettuato una analisi fattoriale confermativa al fine di confrontare tre modelli presenti in letteratura, gli Autori sottolineano l'adeguatezza del "Theoretical Depressive Experiences Questionnaire" a 21 item (TDEQ-21) ideato da Viglione e collaboratori (1995). Sostengono infatti che i due fattori estratti, *Dipendenza* e *Sé critico*, risultano correlati ($p \leq .001$) con segno positivo, spiegando il 43 % della varianza, con un indice alpha pari a $.78$ per il fattore *Dipendenza* e a $.76$ per il fattore *Sé critico*. Gli Autori non trovano nei dati raccolti una conferma del fattore *Efficacia*.

In merito alla validità convergente, riscontrano una positiva correlazione ($p \leq .001$) sia con i punteggi di BDI-II (e delle relative sottoscale) (Beck *et al.*, 1996) che con gli stili relazionali di tipo "Socialmente inibito", "Anassertivo", "Eccessivamente Accomodante" indagati dall'*Interpersonal Problems* di Horowitz e collaboratori (2000).

In ogni caso, sebbene il DEQ sia stato utilizzato in molti studi, prove della attendibilità e validità dello strumento sono state variabili e ciò lascerebbe pensare che, anche se concettualmente avanzate, le scale dei fattori *Dipendenza* ed *Autocritica* siano

ancora psicometricamente limitate (Viglione *et al.*, 1995). Repliche della validità fattoriale del DEQ sono state a volte inconsistenti e ricerche indipendenti ne hanno riportato valori insoddisfacenti nei campioni non clinici e bassi in quelli clinici (*ibidem*). Le limitazioni di tipo psicometrico del DEQ concernono in particolar modo la distinzione dei fattori (Viglione *et al.*, 1990)⁸⁷. Mentre infatti nei campioni non clinici i fattori *Dipendenza* ed *Autocritica* risultano ortogonali, nei campioni clinici tali due fattori appaiono altamente correlati (Blatt, 2004). Se alcune ricerche sostengono che tali correlazioni sembrano risultare maggiori se si usano *scoring systems* modificati, mentre se si fa riferimento a quello per primo utilizzato da Blatt (cfr. Blatt *et al.*, 1976), gli indici di correlazione tra tali due fattori tendono a diminuire (Zuroff *et al.*, 2004), altri studi sostengono che *Dipendenza* ed *Autocritica* sono chiaramente non ortogonali (Coyne, Whiffen, 1995; Desmet *et al.*, 2007). In campioni clinici i due fattori individuati sembrano integrarsi in un'unica misura più globale che indica depressione (Blatt, 1990).

Tuttavia, poiché molti degli studi condotti in popolazioni cliniche mancano di un campione sufficientemente esteso per ricavare conclusioni generalizzabili ed affidabili, tale questione potrebbe mettere in discussione la validità del DEQ nella popolazione clinica. In realtà alcune di queste incongruenze potrebbero chiarirsi considerando che è stato dimostrato che questi due fattori associati alla comparsa di esperienze depressive, anziché essere mutuamente esclusivi, possono emergere in forma combinata risultando in una particolare tipologia di depressione che include caratteristiche sia della dimensione anaclitica che di quella introiettiva (Blatt *et al.*, 1976). Le forme più severe di depressione risultano da una combinazione di tali due fattori che invece tendono a mantenersi indipendenti in campioni non clinici; la commistione di caratteristiche proprie dell'*Autocritica* e della *Dipendenza* può quindi esitare in un livello depressivo molto intenso, altamente resistente (Blatt *et al.*, 1982), caratterizzato da una varietà di sintomi, considerevoli difficoltà nel funzionamento cognitivo e nel test di realtà, un minore uso di meccanismi di difesa maturi (Shahar *et al.*, 2003).

Tale osservazione confermerebbe la considerazione in base alla quale la depressione è un fenomeno continuo, suggerendo però che, nel momento in cui raggiunge un'intensità clinicamente rilevante, può delinarsi come una sindrome distinta (Viglione *et al.*, 1990).

In uno studio teso a confrontare l'esperienza depressiva tra soggetti con disturbo di personalità borderline e soggetti con diagnosi di disturbo depressivo maggiore, Westen e collaboratori (1992), avvalendosi del DEQ, sottolineano come tale strumento consenta di indagare dimensioni delle relazioni oggettuali rilevanti per la depressione (come l'attaccamento insicuro, la mancanza di stabilità e di integrazione delle rappresentazioni oggettuali, la labilità emotiva). Gli Autori riescono a isolare 10 item di tale strumento in grado di cogliere la tipologia di esperienza depressiva che maggiormente sembra contraddistinguere i pazienti con BDP. Alcuni degli item che fanno rientrare nel

⁸⁷Per preservare le proprietà psicometriche del DEQ, in particolar modo l'ortogonalità dei fattori *Dipendenza* ed *Autocritica*, sono stati effettuati diversi tentativi di revisione dello strumento, tra cui il più riuscito è sicuramente la realizzazione della scala McGill (Santor *et al.*, 1997a). Lo studio di Santor *et al.* (1997a) ha permesso di effettuare un'analisi più dettagliata degli item del DEQ tesa alla costruzione di misure di *Dipendenza* ed *Autocritica* capaci di preservare le proprietà psicometriche dello strumento originale, tra cui il più importante è il grado di ortogonalità tra le misure dei fattori.

Per la revisione McGill del DEQ l'indice α di Cronbach era uguale a .72 per la *Dipendenza* e pari a .69 per l'*Autocritica*. Questi risultati sono incoraggianti perché suggeriscono che, con appropriate tecniche analitiche, la lunghezza dello strumento può essere ridotta preservando al tempo stesso le principali proprietà psicometriche proprie delle scale originali. I risultati ottenuti con la revisione McGill del DEQ offrono una valida stima della relazione tra i costrutti di dipendenza, autocritica ed altri costrutti ad essi correlati, come l'umore depresso (Santor *et al.*, 1997b).

Borderline Depression Factor sono: “Senza il supporto delle persone che mi stanno più vicine sarei senza speranza”, “Ci sono momenti in cui mi sento vuoto”, “Mi spavento quando mi sento solo”, “Sono molto sensibile ai segnali di rifiuto degli altri”, “Non mi sento mai veramente sicuro in una relazione intima”, “Il modo in cui mi sento varia frequentemente: a volte mi sento estremamente bene, altre volte, quando vedo solo il lato cattivo di me, mi sento un totale fallimento” (Westen *et al.*, 1992).

Clinical Diagnostic Interview
(Intervista clinica diagnostica per la valutazione con la SWAP-200)

La *Clinical Diagnostic Interview* (CDI, Westen, 2002; Westen, Muderrisoglu, 2003) è un'intervista clinica sistematica che utilizza un approccio differente rispetto alle classiche interviste strutturate, dal momento che, sebbene includa alcune domande dirette (ad esempio relative al caratteristico stato umorale o ai disturbi del pensiero subclinici), non prevede che venga chiesto direttamente ai pazienti di descrivere le loro personalità. Piuttosto, viene chiesto di produrre delle narrazioni a proposito delle loro vite che consentono all'intervistatore di crearsi dei giudizi relativi ai tipici modi del paziente di pensare, sentire, regolare le emozioni, fare esperienza di sé e degli altri.

È un'intervista, dunque, che si basa in gran parte sulle narrazioni prodotte dal paziente, richiedendo di fare delle inferenze a partire da ciò che il soggetto dice e non dice, che è implicito nelle sue comunicazioni.

L'intervista non fa riferimento ai criteri diagnostici dei disturbi di personalità contemplati dal DSM-IV perché, dopo averla completata, a partire dalle informazioni ricavate, prevede si effettui una descrizione *Q-sort* della personalità del paziente avvalendosi della *Shedler-Westen Assessment Procedure* (descritta di seguito).

È un'intervista che può essere utilizzata per finalità cliniche e di ricerca e che dovrebbe essere condotta come un colloquio clinico. La sua adeguatezza dipende interamente dalle competenze cliniche e dall'empatia di colui che la propone. Di solito può essere svolta nel corso di circa tre incontri, ognuno della durata di 50 minuti ognuno.

Le domande che prevede sono intese a standardizzare e sistematizzare il colloquio, non a vincolare chi lo conduce a un modello rigido. Gli intervistatori devono infatti sentirsi liberi di cambiare, in parte, la formulazione delle domande per adattarla allo stile del colloquio.

L'intervista prevede che, in un contesto clinico, l'intervistatore esordisca chiedendo al paziente il motivo per il quale ha cominciato il trattamento e che indaghi sui problemi attuali e passati, al fine di farsi un'idea sufficientemente completa relativa alla storia clinica del soggetto. Per ogni problema emerso, l'intervistatore dovrebbe riuscire a farsi un'idea dell'angoscia soggettiva, della severità, della frequenza, della durata, quindi della storia dei trattamenti e della storia familiare dei disturbi psichiatrici.

L'intervistatore pone poi al paziente diverse domande concernenti un'ampia varietà di esperienze di vita, passate e presenti (relative, ad esempio, allo sviluppo, agli anni scolastici, alla storia lavorativa), e concernenti esperienze relazionali significative (tra cui quelle genitoriali, amicali, sentimentali, sessuali, terapeutiche, lavorative).

Per ognuna delle esperienze e delle relazioni indagate, l'intervistatore chiede al paziente di fornire due o più esempi che possano sostanziare quanto da lui riferito. Per ogni esempio, l'intervistatore deve fare in modo di ottenerne un quadro generale, chiedendo al paziente cos'è che ha portato a quell'evento, quali sentimenti ed emozioni ha suscitato in tutte le persone coinvolte, e quale è stato il suo esito.

Al paziente è poi chiesto di descrivere il modo in cui tende a reagire rispetto a situazioni o eventi che ritiene particolarmente difficili, stressanti, al fine di indagarne le relative strategie di *coping*. L'intervistatore indaga quindi lo stato di salute generale del paziente; pone una serie di domande riguardo al tipico modo in cui egli vede e sente sé stesso, circa il suo umore, le sue emozioni e i suoi modi caratteristici di pensiero (al fine di sondare la presenza di disturbi del pensiero subclinici).

Westen e Muderrisoglu (2003), hanno chiesto ad un campione di 24 clinici di proporre questa intervista ad alcuni dei loro pazienti. L'obiettivo di questo studio era duplice:

- stimare l'affidabilità con cui due clinici, colui che effettua l'intervista e colui che ne osserva la videoregistrazione, effettuano diagnosi di personalità attraverso la SWAP-200 avvalendosi delle osservazioni ottenute dalla CDI;
- valutare il grado di accordo tra questo tipo di *assessment*, basato sui dati ottenuti dalle CDI, e le descrizioni SWAP-200 effettuate dai clinici curanti degli stessi pazienti (tutti i valutatori - colui che effettuava l'intervista, colui che la effettuava ed il clinico curante - erano all'oscuro delle diagnosi poste dagli altri).

Il grado di accordo dei due giudici indipendenti (colui che effettua l'intervista e colui che ne osserva la videoregistrazione), sia in riferimento alle diagnosi di personalità contemplate dall'Asse II del DSM-IV che a quelle dei fattori di personalità empiricamente derivati, è stato elevato, assestandosi intorno ad $r > .80$.

Similmente, il grado di convergenza tra i giudizi dei due intervistatori che hanno visto il paziente solo in occasione dell'intervista e i clinici curanti dei pazienti si è posto attorno ad $r > .80$ ($p < .001$).

Questo metodo ha il vantaggio di consentire di effettuare valutazioni di personalità attendibili e valide, richiedendo ai clinici di fare sofisticate inferenze ma non di aggregare tali inferenze per porre diagnosi (con particolare riferimento a quelle categoriali). I dati ottenuti consentono, infatti, di massimizzare l'attendibilità e la validità delle diagnosi cliniche non sacrificando il livello di inferenza clinica richiesto bensì traducendo e quantificando tale inferenza attraverso l'ausilio di strumenti psicometrici (Westen, Muderrisoglu, 2003; Westen, Weinberger, 2004).

Nell'indagine esposta in questo capitolo, effettuata su soggetti che presentano una diagnosi di disturbo depressivo, l'utilizzo di un'intervista, in luogo di strumenti *self report*, per diagnosticare la personalità si rivela ancor più vantaggiosa, essendo risultate, le interviste tese ad effettuare *assessment* di personalità, meno sensibili agli effetti di stato del disturbo depressivo rispetto agli strumenti autosomministrati (Zimmerman *et al.*, 1991). Le informazioni ottenute da strumenti *self report* tesi ad indagare aspetti di personalità possono infatti essere influenzate dallo stato umorale e da un limitato *insight* del paziente (Chmielewsky, Watson, 2009); la relazione riscontrata tra personalità e depressione può essere significativamente alterata nei casi in cui sia lo stesso individuo a fornire dati concernenti sia la personalità che la depressione (Klein *et al.*, 2011).

Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200)

La *Shedler-Westen Assessment Procedure* (SWAP-200) è uno strumento che si presenta come una nuova procedura diagnostica della personalità integrativa e non alternativa rispetto a quella del DSM (Barron, Lingiardi, 1998).

Tale strumento, basato su un metodo Q-sort, è composto da 200 affermazioni descrittive sia delle più importanti caratteristiche dei pazienti con disturbi della personalità che di punti di forza psicologici e delle peculiarità tipiche di funzionamento sano ed adeguato. La SWAP-200 fornisce quindi un “vocabolario standard” che permette ai clinici di esprimere le loro osservazioni ed inferenze in una forma sistematica e quantificabile, rappresentando un tentativo di integrare i dati della clinica con quelli della ricerca (Shedler, Westen, Lingiardi, 2003).

Gli item, derivati dalla letteratura più recente sulla personalità e i suoi disturbi e selezionati durante sette anni di lavoro, sono espressi attraverso un linguaggio semplice, quotidiano, privo di gergalismi e di ambiguità; risultano facilmente comprensibili e condivisibili da clinici di orientamenti diversi e minimizzano la possibilità di salti interpretativi idiosincratici ed inaffidabili (Westen, Shedler, 1999a)

Le affermazioni valutano diverse e molteplici sfere del funzionamento, includendo pattern caratteristici di pensiero, emozione, motivazione e comportamento (Westen, Shedler, 1999b). Attraverso la SWAP-200 si possono quindi effettuare descrizioni della personalità più ricche e dettagliate, che includono aspetti della vita mentale ampiamente trascurati dal DSM, quali, ad esempio, conflitti, difese, pattern interpersonali ed esperienza di sé (Shedler, Westen, Lingiardi, 2003).

I 200 item sono assegnati a otto categorie alle quali è attribuito un valore da 0 a 7. Nella categoria 0 vanno collocate le affermazioni ritenute dai clinici irrilevanti o inapplicabili al paziente o quelle rispetto alle quali non si hanno informazioni; nelle categorie intermedie sono poste le affermazioni che descrivono parzialmente e in diversi gradi il paziente ed infine nella categoria 7 si inseriscono le asserzioni altamente descrittive del soggetto. La metodologia Q-sort prevede che il clinico segua una distribuzione fissa, assegnando ad ogni categoria un numero ben definito, prefissato, di item (*ibidem*).

Tale vincolo è teso al superamento di alcuni problemi statistici, come, ad esempio, la tendenza personale del valutatore ad assegnare punteggi solamente estremi o esclusivamente moderati, indipendentemente dalle reali caratteristiche del soggetto valutato. La distribuzione fissa degli item della SWAP-200 è approssimabile alla metà destra di una distribuzione normale dal momento che 100 item ricevono il valore 0 e solo a 8 affermazioni viene assegnato il punteggio 7 (Westen, Shedler, 1999a).

Tramite la SWAP-200 è possibile ottenere una diagnosi della personalità dei pazienti che segue la categorizzazione dell’Asse II del DSM-IV con in più una categoria per il funzionamento sano ed anche una diagnosi degli stili e/o disturbi della personalità che si rifà a categorie empiricamente derivate dagli Autori (Barron, Lingiardi, 1998). Quest’ultima sottotipizzazione della personalità, sebbene necessiti di ulteriori studi, sembra più precisa e comprensiva rispetto a quella del DSM, dal momento che i relativi prototipi diagnostici sembrano descrivere meglio le categorie esistenti “in natura”, appaiono più fedeli ai dati clinici e sostengono un sistema diagnostico dimensionale, rilevante sul piano psicoanalitico, empiricamente fondato e capace di sostituire, affiancare ed arricchire quello categoriale del DSM. Se si vuole fare una diagnosi di personalità seguendo i criteri del DSM-IV, tramite la SWAP-200 si può ottenere un punteggio *Personality Disorder (PD)* per ciascun disturbo di personalità incluso nel DSM, mentre se si preferisce far riferimento alle categorie empiricamente derivate dagli Autori ci si può avvalere dei *fattori Q* (Shedler, Westen, Lingiardi, 2003). In entrambi i casi la diagnosi può essere sia di tipo categoriale che di tipo dimensionale.

La diagnosi dei disturbi di personalità del paziente è basata su un processo di comparazione dei prototipi, che consiste nel valutare il grado di correlazione, e quindi di “somiglianza”, tra la descrizione SWAP-200 del paziente ed i prototipi dei diversi disturbi di personalità.

I *punteggi di disturbi della personalità* (PD) consistono in coefficienti di correlazione tra la descrizione SWAP-200 del paziente ed i prototipi diagnostici corrispondenti ai dieci disturbi della personalità contemplati dal DSM, con in aggiunta un prototipo di personalità sana, ad alto funzionamento (*ibidem*). Più questo punteggio sarà alto e maggiore sarà la somiglianza del paziente reale al prototipo. Per semplificare l'interpretazione dei dati, i punteggi grezzi dei disturbi di personalità sono stati trasformati in punti T, che hanno media 50 e deviazione standard 10; un paziente medio avrà un punteggio di 50 per ogni disturbo della personalità e più il punteggio T supererà 50 e maggiore sarà la somiglianza tra paziente e prototipo diagnostico. Un punteggio T di 60 o superiore è un *cut-off* appropriato per fare una diagnosi categoriale di un disturbo di personalità usando le categorie dell'attuale Asse II.

Mossi dall'insoddisfazione per la natura “non empirica” della classificazione della personalità proposta dal DSM-IV, Westen e Shedler (1999b), dopo aver chiesto a più di settecento psicologi e psichiatri esperti di avvalersi della SWAP-200 per descrivere un loro paziente reale che avesse ricevuto una diagnosi di disturbo della personalità secondo i criteri dell'Asse II, hanno effettuato una “Q-factor analysis”, o analisi Q, al fine di identificare gruppi di pazienti riscontrabili in natura con caratteristiche comuni che li differenziano da altri gruppi di pazienti. In tal modo, come anticipato, gli Autori dello strumento hanno rintracciato gruppi di persone simili, denominati *fattori Q*, che rappresentano categorie diagnostiche empiricamente derivate, teoricamente e clinicamente significative, che si propongono come una possibile futura alternativa alla classificazione dell'Asse II.

Ogni fattore è definito dall'intera configurazione dei 200 item ma, com'è facilmente intuibile, solo le prime 15-20 affermazioni sono quelle che maggiormente lo caratterizzano (Westen, Shedler, 2000). Tali fattori dovrebbero essere considerati stili di personalità che non necessariamente hanno una connotazione patologizzante e che consistono in pattern stabili di pensiero, emozione, comportamento e motivazione. Tali stili di personalità si configurano più propriamente come disturbi di personalità nel momento in cui sono presenti due condizioni: lo stile di personalità ad alto funzionamento non è pari o maggiore ad una deviazione standard superiore alla media, quindi al punto T di 60 ed il profilo del soggetto si avvicina molto ad uno o più prototipi SWAP-200 di stile di personalità, con un punteggio in punti T pari o superiore a 60. Se il punteggio è invece compreso tra 55 e 60 si può parlare di “forti tratti” del relativo disturbo.

Gli Autori hanno inizialmente identificato sette fattori-Q ortogonali, ma, dopo aver constatato che la percentuale più ampia dei pazienti, che nel loro campione corrispondeva al 20%, ricadeva nel primo fattore-Q, una categoria non contemplata dal DSM, denominato *disturbo disforico della personalità*, hanno pensato di effettuare su tale fattore una seconda analisi-Q, rintracciando al suo interno altre cinque sottocategorie che hanno dimostrato di presentare una elevata coerenza interna (Westen, Shedler, 1999b). Tali sottocategorie si differenziano tra loro per le condizioni che attivano la disforia e per i tentativi messi in atto per regolarla. L'assenza nel DSM-IV di un disturbo di personalità disforico/depressivo potrebbe esser compreso considerando che l'Asse II potrebbe aver dato troppa importanza alla disfunzionalità sociale dei pazienti non riuscendone a cogliere adeguatamente la sofferenza.

Un'altra scoperta di notevole interesse rilevata tramite questi fattori consiste nell'aver riscontrato che i pazienti attualmente diagnosticati come borderline rientrano in almeno

tre categorie: istrionici, disforici emotivamente disregolati e disforici dipendenti masochistici (Westen, Shedler, 1999b). È emerso inoltre un unico fattore Q schizoide che include molti pazienti attualmente diagnosticati come schizoidi o schizotipici ed un sottogruppo di pazienti normalmente diagnosticati come evitanti (*ibidem*). Ciò sembra indicare che la schizotipia non rappresenta un disturbo di personalità bensì una specifica sindrome clinica definita da un tratto, consistente in un disturbo del pensiero di grado lieve, che sarebbe preferibile diagnosticare sull'Asse I (*ibidem*). Ancora, il disturbo ossessivo di personalità evidenziato con la SWAP-200 appare meno disturbata rispetto a quello inclusa nel DSM-IV, presentando tratti simili a quelli che Shapiro (1965) fa rientrare nello stile nevrotico ossessivo, lasciando pensare che i criteri previsti dal DSM per il disturbo ossessivo-compulsivo portino i clinici a confondere una sindrome dell'Asse I con un disturbo della personalità (Westen, Shedler, 1999b). Sembra inoltre confermata l'esistenza di un unico disturbo narcisistico di personalità, in cui rientrano sia gli individui arroganti, invadenti, che si mettono sempre al centro dell'attenzione che quelli schivi, silenziosamente grandiosi, estremamente sensibili al rifiuto, timidi, ipersensibili, inibiti e caratterizzati da un senso di vergogna e paura (Lingiardi, 2001). Infine, i fattori Q narcisistico, ossessivo e disforico-depressivo (nevrotico) di alto funzionamento presentano le correlazioni più alte con il fattore di alto funzionamento (Westen, Shedler, 1999b). Sebbene molte delle categorie risultino simili a quelle del DSM-IV, i fattori Q hanno il notevole vantaggio di massimizzare le differenze minimizzando la comorbidità (Westen, Shedler, 1999b).

I punteggi Q, che rappresentano i coefficienti di correlazione tra la descrizione SWAP-200 di ogni paziente ed ogni prototipo diagnostico, tesi a valutare il grado di somiglianza tra ciascun paziente ed ogni fattore-Q, hanno dimostrato di possedere una buona validità convergente ed un'elevata validità discriminante, mostrando correlazioni elevate con le valutazioni cliniche per diagnosi simili dell'Asse II e non essendo correlati con valutazioni per diagnosi diverse (*ibidem*).

La SWAP-200 si propone quindi di colmare la lacuna che spesso separa nell'ambito della patologia della personalità l'approccio clinico da quello empirico dal momento che le categorie ed i relativi criteri hanno validità clinica, derivando da osservazioni cliniche e soddisfano gli standard per la validità psicometrica (Westen, Shedler, 1999b). Tale metodo permette di fornire una descrizione narrativa delle caratteristiche più salienti del paziente, procedura che può rivelarsi utile per scrivere la formulazione del caso di un paziente (Westen, Shedler, 1999a), consente di misurare i cambiamenti di personalità nel corso della terapia, può essere utilizzato nella ricerca e crea i presupposti per realizzare un nuovo sistema diagnostico, maggiormente fondato nella clinica e nella ricerca empirica (Shedler, Westen, Lingiardi, 2003). Le ricerche hanno sostenuto la validità e l'affidabilità di questo strumento che propone un approccio alla valutazione ed alla classificazione della personalità più utile clinicamente ed empiricamente (Westen, Shedler, 2000).

Segue una breve descrizione dei fattori Q (tratta da Lingiardi, Gazzillo, 2003, pp. 29-32):

Il *fattore-Q disforico*, caratterizzato da affermazioni della SWAP-200 che indicano (in ordine decrescente di importanza diagnostica) una tendenza a sentirsi inadeguato/a, inferiore, fallito/a, infelice, depresso/a o abbattuto/a; a provare vergogna o imbarazzo ad accusarsi o sentirsi responsabile per le cose negative che accadono; a sentirsi in colpa; a essere sensibili ai rifiuti o agli abbandoni; a sentirsi debole e impotente; a essere bisognoso/a o dipendente; a ingraziarsi gli altri o a essere sottomesso/a; o a essere passivo/a e poco assertivo/a.

Il *fattore-Q antisociale-psicopatico*, caratterizzato da item che indicano una tendenza a essere disonesto/a; ad approfittarsi degli altri e avere un investimento minimo nei valori morali; a non provare alcun rimorso per il danno o le ferite provocate ad altre persone; a essere arrabbiato/a od ostile; ad agire in modo impulsivo senza riguardo per le conseguenze delle proprie azioni; a manipolare le emozioni degli altri per ottenere ciò che vuole; ad avere poca empatia; e a non essere preoccupato/a per le conseguenze delle proprie azioni.

Il *fattore-Q schizoide*, definito da affermazioni che indicano una tendenza a non avere amicizie o relazioni strette; ad avere una gamma di emozioni limitata o ristretta; a non avere capacità sociali; ad avere un modo di fare e un aspetto strano o peculiare; a essere timido/a o riservato/a in situazioni sociali; a essere inibito/a o coartato/a (ad avere difficoltà a riconoscere o esprimere desideri e impulsi), ad avere difficoltà nel comprendere il senso del comportamento altrui (a fraintenderlo, interpretarlo in modo scorretto o a essere confuso/a dalle azioni e dalle reazioni altrui); a essere incapace di descrivere gli altri importanti in modo da trasmettere il senso di che tipo di persone siano (cioè, descrizioni degli altri bidimensionali e povere); ad avere poco insight psicologico rispetto alle proprie motivazioni, ai propri comportamenti ecc.; e a pensare in termini concreti e interpretare le cose in modo letterale (cioè, ad avere una capacità limitata di apprezzare le metafore, le analogie, le sfumature).

Il *fattore-Q paranoide*, caratterizzato da item che indicano una tendenza a tenere il broncio; a sentirsi incompreso/a, maltrattato/a o vittimizzato/a; a essere pronto/a a pensare che gli altri vogliono danneggiarlo/a o approfittarsi di lui/lei; a esprimere una rabbia intensa e inappropriata rispetto alla situazione; a coinvolgersi in scontri di potere; a essere arrabbiato/a od ostile; a vedere alcune persone come “tutte cattive” e a perdere la capacità di percepire qualsiasi loro qualità positiva; a essere arrogante o moralistico, e a reagire alle critiche con sentimenti di rabbia e umiliazione.

Il *fattore-Q ossessivo*, definito da un misto di caratteristiche adattive e disadattive che includono una tendenza a essere coscienzioso/a e responsabile; a essere articolato/a; ad avere standard morali ed etici; a essere capace di usare i propri talenti, le proprie abilità e le proprie energie in modo efficace e produttivo; ad amare le sfide; a vedersi come una persona logica e razionale, non influenzata dalle emozioni; a essere eccessivamente dedito/a al lavoro e alla produttività; a essere controllante; a essere capace di trovare significato e soddisfazione nel perseguire obiettivi e ambizioni a lungo termine; ad apprezzare e rispondere all’umorismo; a essere inibito/a o coartato/a (ad avere difficoltà nel concedersi di esprimere desideri e impulsi).

Il *fattore-Q istrionico*, definito in modo molto chiaro da item che riflettono una tendenza a essere eccessivamente bisognoso e dipendente (a richiedere rassicurazioni o approvazioni eccessive); a sviluppare attaccamenti intensi e veloci; ad attaccarsi o a essere romanticamente interessato/a a persone che non sono emotivamente disponibili; a essere suggestionabile o facilmente influenzabile; a essere eccessivamente seduttivo/a o provocante dal punto di vista sessuale; a esprimere le emozioni in modo esagerato e teatrale; a fantasticare di trovare l’amore ideale e perfetto; a essere incapace di calmarsi o rassicurarsi quando è angosciato/a; a provare emozioni che aumentano fino a fuggire dal proprio controllo; e ad aver paura di essere rifiutato/a o abbandonato/a dalle persone per lui/lei emotivamente significative.

Il *fattore-Q narcisistico*, che include item che indicano la tendenza ad avere fantasie di illimitato successo, potere, bellezza, talento ecc.; a sentirsi privilegiato/a e sentire di avere tutti i diritti (ad aspettarsi un trattamento preferenziale); ad avere un senso esagerato della propria importanza; a trattare gli altri con un pubblico che è lì per testimoniare la propria importanza, bellezza, ecc.; a cercare di essere al centro dell'attenzione; ad aspettarsi di essere perfetto/a; a essere arrogante, sprezzante o superbo/a, a fantasticare di trovare l'amore ideale e perfetto; a pensare che gli altri sono invidiosi di lui/lei; e a provare invidia per le altre persone.

Poiché, come detto, il primo fattore-Q, il gruppo disforico, era molto ampio (includeva circa il 20% dei pazienti del campione, cosa particolarmente interessante alla luce del fatto che il DSM-IV non riconosce l'esistenza di un disturbo della personalità disforico o depressivo), è stata eseguita una seconda Q-analisi per vedere se era possibile identificare i sottotipi dei pazienti disforici. Questa analisi ha prodotto cinque sottotipi del fattore-Q che hanno dimostrato un'elevata coerenza clinica.

1. Il primo sottotipo, chiamato *disforico-evitante*, è caratterizzato da item che indicano una tendenza a essere timido/a o riservato/a; a evitare le situazioni sociali per timore di imbarazzo e umiliazione; socialmente strano/a o inappropriato/a; inibito/a o coartato/a; passivo/a o poco assertivo/a; a non avere relazioni o amicizie strette; a sentirsi privo/a di appartenenze o un outsider; ad avere difficoltà nel permettersi di provare forti emozioni piacevoli; a sentirsi inadeguato/a; e a provare vergogna, imbarazzo e umiliazione.
2. Il secondo sottotipo, *disforico-depressivo (nevrotico) ad alto funzionamento*, è caratterizzato anche da item che indicano punti di forza psicologici; è articolato/a ha standard etici e morali; è empatico/a; apprezza l'umorismo; è intuitivo/a; tende a suscitare simpatia negli altri. Questi item sono seguiti da altri che indicano disforia cronica, come la tendenza ad autoaccusarsi; a sentirsi in colpa; a sentirsi infelice, depresso/a o abbattuto/a; a cercare relazioni in cui recitare il ruolo di chi si prende cura gli altri.
3. Il terzo sottotipo, *disforico-con disregolazione emotiva*, include molti pazienti che di solito ricevono dai loro clinici la diagnosi di border-line e sono caratterizzati da item che descrivono emozioni che aumentano in intensità fino a sfuggire dal controllo; frequenti lotte con un autentico desiderio di suicidarsi; incapacità a calmarsi o tranquillizzarsi quando sono angosciati; tendenza a sentire che la propria vita è priva di significato; tendenza a compiere minacce o gesti suicidari.
4. Il quarto sottotipo, *disforico-dipendente-masochista*, sembra più disturbato dell'attuale categoria di pazienti con disturbo dipendente della personalità. I pazienti che rientrano in questa categoria, infatti, sono caratterizzati da una tendenza a coinvolgersi o rimanere in relazioni in cui subiscono abusi emotivi e fisici; a ingraziarsi gli altri; o a farsi sottomettere; ad attaccarsi agli altri in modo intenso e veloce; a essere suggestionabili o facilmente influenzabili; ad attaccarsi o a innamorarsi di persone che non sono emotivamente disponibili; e a essere eccessivamente bisognosi o dipendenti.
5. Il quinto e ultimo sottotipo è il *disforico con esteriorizzazione dell'ostilità*. Le affermazioni più descrittive di questo fattore-Q includono una tendenza partecipare a lotte di potere; a essere arrabbiato/a od ostile; ad accusare gli altri dei propri fallimenti o insuccessi; a sentirsi incompreso/a, vittimizzato/a o maltrattato/a.

Risultati

Caratteristiche del campione in riferimento a BDI-II e HDRS

Per avere una conoscenza preliminare delle caratteristiche del campione in oggetto, dapprima sono state indagate severità della sintomatologia depressiva (valutate attraverso BDI-II e HDRS) e intensità delle caratteristiche anaclitiche ed introietive (rispettivamente riflesse nei fattori *Dipendenza* ed *Autocritica* del DEQ).

Seguono medie e deviazioni standard di BDI-II e HDRS:

	Valore minimo	Valore massimo	M	SD
BDI-II Totale	3	59	25.37	12.80
BDI-II Somatico Affettivo	2	32	14.75	7.20
BDI-II Cognitivo	1	27	10.65	6.35
HDRS totale	8	32	19.41	7.23

Rispetto al BDI-II il campione presenta un punteggio medio che, facendo riferimento ai criteri interpretativi suggeriti da Beck e collaboratori (1996), si assesta su una gravità della sintomatologia depressiva di tipo *moderato* ($M = 25,35$; $SD = 12,79$).

Si osserva che il punteggio medio ottenuto dal campione sulla scala *somatico-affettiva* ($M = 14,75$; $SD = 7,19$) è superiore rispetto a quello raggiunto sulla scala *cognitiva* ($M = 10,65$; $SD = 6,34$).

Similmente, il campione presenta un punteggio medio sul test HDRS che riflette un'entità *moderata* della sintomatologia depressiva ($M = 19,41$; $SD = 7,22$).⁸⁸

È opportuno precisare che, come suggerito da Hamilton (1960), nonostante sia stata utilizzata la versione del test a 21 item, per quantificare il punteggio totale si è sommato il punteggio relativo ai primi 17 item, avvalendosi dei rimanenti 4 item per ottenere informazioni aggiuntive sull'espressione sintomatologica del disturbo, in particolare in riferimento alla presenza o meno di sintomi paranoidei di grado grave che avrebbero costituito un criterio di esclusione dei pazienti dal campione.

Al fine di verificare, nel presente campione, la correlazione tra gravità di depressione riferita dal paziente e osservata dal clinico, è stato effettuato un calcolo delle correlazioni (r di *Pearson*) tra BDI-II e HDRS, da cui si sono ottenuti i seguenti risultati:

	BDI-II Totale	BDI-II Som. Aff.	BDI-II Cogn.	HDRS
BDI-II Totale		.951**	.938**	.576**
BDI-II Som. Aff.	.951**		.785**	.519**
BDI-II Cogn.	.938**	.785**		.576**
HDRS	.576**	.519**	.576**	

** $p \leq 0.01$

⁸⁸ Per valutare il livello di gravità della sintomatologia depressiva attraverso il test HDRS si sono scelti i seguenti *cut off*: un punteggio minore di 7 è indicativo di assenza di depressione; tra 8 – 17 indica depressione lieve; tra 18 e 24 indica depressione moderata; oltre il punteggio 25 indica depressione grave.

In linea con quanto emerso dalla letteratura (Bailey, Coppen, 1996; Brown *et al.*, 1995), il punteggio HDRS presenta delle correlazioni significative sia con il punteggio totale BDI-II che con il punteggio relativo rispettivamente alla scala del BDI-II *somatico- affettiva* e a quella *cognitiva*. È bene ricordare che la correlazione riscontrata tra i due test può essere influenzata: da differenze relative al contenuto degli item, dunque attinenti le aree su cui essi si focalizzano; da diversità tra *self report* e *clinicians report*; da variabili di tipo demografico, clinico e personologico del paziente (Brown *et al.*, 1995). In linea con tale evidenza, HDRS e BDI dovrebbero essere considerati strumenti complementari piuttosto che ridondanti, soprattutto nei pazienti particolarmente gravi (Schneibel *et al.*, 2012).

Il punteggio BDI-II totale risulta significativamente correlato al punteggio relativo alla sottoscala *somatica- affettiva* e a quello relativo alla scala *cognitiva*; a loro volta, tali scale sembrano essere tra di esse correlate in modo significativo, ponendosi in linea con la considerazione secondo cui sembrerebbero valutare aspetti molto difficilmente - e probabilmente solo artificiosamente - distinguibili, confluenti per lo più in un fattore di ordine generale relativo alla sintomatologia depressiva (Al-Turkait, Ohaeri, 2010; Brouwer *et al.*, 2013; Quilty *et al.*, 2010; Ward, 2006).

Caratteristiche del campione in riferimento ai punteggi relativi ai fattori DEQ

I punteggi medi ricavati su fattori e sottoscale del DEQ, *Dipendenza*, *Autocritica*, *Efficacia*, *Relazionalità*, *Bisogno*, sono di seguito esposti:

	Dipendenza	Autocritica	Efficacia	Relazionalità	Bisogno
M	-.12	.35	-1.04	41.70	46.92
SD	.96	1.09	1.65	7.82	11.40

Tali punteggi sono stati ricavati facendo riferimento all'originario metodo di *scoring* utilizzato da Blatt e collaboratori (1976).

Non esistendo in letteratura dati normativi relativi ai punteggi di tali fattori in popolazioni cliniche, in generale, e in soggetti con disturbi depressivi, in particolare, si possono fare delle osservazioni solo facendo riferimento al campione normativo di studenti universitari raccolto da Blatt e colleghi (1976), pur tenendo conto della specificità del campione oggetto di studio, che non può essere paragonato a campioni non clinici. L'interpretazione dei punteggi può essere facilitata se si considera che nel campione normativo indagato da Blatt gli indici di tali fattori consistono in punteggi con media uguale a 0 e deviazione standard pari a +/- 1. Ne consegue che quanto più il punteggio è basso, tanto più il coinvolgimento su quel fattore è scarso - e viceversa. Diversamente, i punteggi relativi alle sottoscale *Relazionalità* (DEQ- DEP Relazionalità) e *Bisogno* (DEQ- DEP Bisogno), che, come detto, riflettono rispettivamente il versante più e meno maturo del fattore *Dipendenza*, rappresentano la somma dei punteggi attribuiti dal soggetto agli item confluenti in ognuna delle due sottoscale.

Dagli indici medi presentati nei fattori DEQ risulta che il campione presenta, in media, un profilo maggiormente orientato sul fattore *Autocritica* piuttosto che sul fattore *Dipendenza*.

Il fattore *Efficacia*, invece, che, come visto, riflette l'aspetto più evoluto di definizione di Sé (Blatt, 2004), sembra risentire delle caratteristiche del campione, presentando un punteggio medio basso ($M = -1.04$; $SD = 1.64$) che riflette un investimento molto scarso

sugli aspetti adattivi della dimensione relativa al senso di sé riflessi da tale fattore. Considerando che, entro un contesto clinico tale fattore sembra riflettere un diniego ipomaniacale delle difficoltà, particolarmente di quelle relative a tematiche concernenti la dipendenza (Blatt *et al.*, 1982), e visto che nella gran parte degli studi che utilizzano il DEQ esso non viene preso in considerazione (cfr. Campos *et al.*, 2011; Desmet *et al.*, 2006; Luyten *et al.*, 2007; Ouimette *et al.*, 1994; Zuroff, de Lorimier, 1989), anche nella presente indagine si è scelto di non includerlo tra i parametri indagati.

Segue la matrice di correlazione tra i parametri del DEQ presi in considerazione:

	Dipendenza	Autocritica	Bisogno	Relazionalità
Dipendenza		.239	.780**	-.841**
Autocritica	.239		.393**	.281*
Bisogno	.780**	.393**		.518**
Relazionalità	.841**	.281*	.518**	

**p ≤ 0.01

La correlazione tra i fattori *Dipendenza* ed *Autocritica*, pur non risultando significativa ($r = .239$; $p = .91$), si pone in linea con le evidenze secondo cui, contrariamente ai campioni di soggetti non clinici in cui essi risultano ortogonali, nei campioni clinici tendono a presentare una correlazione. *Dipendenza* ed *Autocritica* possono infatti essere concepite come variabili di personalità approssimativamente distribuite in modo normale nella popolazione generale, “nearly orthogonal”, variando, mediamente, la loro correlazione da .00 a .30 (Zuroff *et al.*, 2004, p. 491).

Le sottoscale entro il fattore *Dipendenza - Bisogno e Relazionalità* - i cui punteggi sono stati trasformati in punteggi z al fine di renderli comparabili rispetto ai punteggi dei fattori *Dipendenza* ed *Autocritica*, sono risultate correlate in modo significativo tra di loro e con il fattore *Dipendenza*, in linea con l’evidenza secondo cui stimano differenti livelli evolutivi raggiunti dalla dimensione concernete l’investimento sulle relazioni interpersonali.

Correlazione tra fattori DEQ, BDI-II E HDRS

Al fine di indagare l’ipotesi secondo cui il fattore *Autocritica*, rispetto al fattore *Dipendenza*, risulta maggiormente associato a misure che valutano la gravità della sintomatologia depressiva, dopo aver trasformato i punteggi di BDI-II e HDRS in punteggi z , avendo tali strumenti diverse unità di misura, è stato effettuato il calcolo delle correlazioni tra tali parametri.

	DEQ - Dipendenza	DEQ - Autocritica	DEQ - DEP (Bisogno)	DEQ - DEP (Relazionalità)	HDRS totale	BDI-II totale	BDI-II Somatico Affettivo	BDI-II Cognitivo
DEQ – Dipendenza		.239	.780**	.841**	.116	.012	.005	.018
DEQ – Autocritica	.239		.393**	.281*	.312*	.444**	.386**	.460**
DEQ - DEP (Bisogno)	.780**	.393**		.518**	.229	.160	.111	.192
DEQ - DEP (Relazionalità)	.841**	.281*	.518**		-.017	-.011	.025	-.050
HDRS totale	.116	.312*	.229	-.017		.576**	.519**	.576**
BDI-II totale	.012	.444**	.160	-.011	.576**		.951**	.938**
BDI-II Somatico Affettivo	.005	.386**	.111	.025	.519**	.951**		.785**
BDI-II Cognitivo	.018	.460**	.192	-.050	.576**	.938**	.785**	

**p ≤ 0.01

È da notarsi che sia il BDI-II che il test HDRS presentano delle correlazioni significative con il fattore *Autocritica* ma non con il fattore *Dipendenza*. Ne deriva che anche le scale del BDI-II, in particolare quella *cognitiva*, ma anche quella *somatica*, sono risultate correlate al fattore *Autocritica*. Tale evidenza sembra confermare l'ipotesi secondo cui questo fattore, contrariamente al fattore *Dipendenza*, si rivela maggiormente associato a misure che valutano la sintomatologia depressiva.

Correlazioni tra Dipendenza, Autocritica e stili e/o disturbi di personalità

L'esplorazione della correlazione tra gli indici relativi ai fattori *Dipendenza* ed *Autocritica* ed punteggi ottenuti sui fattori PD e Q della SWAP-200 ha dato i seguenti risultati:

Correlazioni fattori DEQ – fattori PD SWAP-200				
	Dipendenza	Autocritica	Bisogno	Relazionalità
PD Paranoide				
PD Schizoide	.279*		.396**	
PD Schizotipico			.327*	
PD Antisociale	-.345*			-.419**
PD Borderline			.319*	
PD Istrionico				
PD Narcisista	-.370**			-.363**
PD Evitante	.427**	.415**	.558**	.312*
PD Dipendente	.509**	.311*	.554**	.484**
PD Ossessivo				

* p ≤ .05

**p ≤ .01

Correlazioni fattori DEQ – fattori Q SWAP-200				
	Dipendenza	Autocritica	Bisogno	Relazionalità
Q Disforico	.436**	.495**	.609**	.342*
Q Antisociale				-.327*
Q Schizoide				
Q Paranoide				
Q Ossessivo		-.280*		
Q Istrionico				
Q Narcisista				
Q Evitante	.361**	.317*	.415**	.276*
Q Depressivo				
Q Disreg. Emotiva		.347*	.346*	
Q Dipendente	.403**		.436**	.430**
Q Ester. ostilità				
Q Alto Funzionamento				

* p ≤ .05

**p ≤ .01

Tra i Fattori PD, il fattore *Dipendenza* risulta positivamente correlato con quello Schizoide, Evitante, Dipendente, e negativamente correlato con quello Antisociale e Narcisista. Tra i Fattori Q, tale fattore risulta positivamente correlato con quello Disforico, Disforico Evitante, Disforico Dipendente Masochista.

Similmente, il fattore *Autocritica* risulta positivamente correlato con i fattori PD Evitante e Dipendente e con i fattori Q Disforico, Disforico Evitante e Disforico con Disregolazione Emotiva; tale fattore risulta invece negativamente correlato con il fattore Q Ossessivo.

Le sottoscale *Bisogno* e *Relazionalità* presentano *pattern* di correlazioni simili del fattore *Dipendenza*; la sottoscala *Bisogno* risulta positivamente correlata, tra i Fattori PD a quello Schizoide, Schizotipico, Borderline, Evitante, Dipendente, e tra i Fattori Q a quello Disforico, Disforico Evitante, Disforico con Disregolazione Emotiva, Disforico Dipendente Masochista.

Tra i Fattori PD, la sottoscala *Relazionalità* presenta correlazioni positive con quello Evitante e Dipendente, negative con quello Antisociale e Narcisista. Tra i Fattori Q tale sottoscala presenta correlazioni positive con quello Disforico, Disforico Evitante, Disforico Dipendente Masochista, negative con quello Antisociale.

Indagine delle differenze di genere rispetto ai parametri indagati

Il campione oggetto di studio, presentando un numero di femmine doppio rispetto a quello dei maschi, può definirsi rappresentativo della popolazione clinica di riferimento dato che, in confronto agli uomini, le donne hanno un maggior rischio di sviluppare depressione con un rapporto di circa 2:1, che negli studi clinici può raggiungere il 3-4:1 (Tundo, Cassano, 2007).

Considerato il numero limitato dei soggetti inclusi nel campione, per verificare la presenza di eventuali differenze tra maschi e femmine nei punteggi relativi ai tutti i parametri individuati, è stato effettuato il test di Mann – Whitney da cui sono emerse:

- una differenza significativa [Mann – Whitney $z = -2.31$, $p = .020$] nel rango medio del punteggio relativo al fattore *Dipendenza* tra maschi ($M = 19.18$) e femmine ($M = 29.41$);
- una differenza significativa [Mann – Whitney $z = -3.40$, $p = .001$] nel rango medio del punteggio relativo alla sottoscala *Relazionalità* tra maschi ($M = 16$) e femmine ($M = 31$);
- una differenza significativa [Mann – Whitney $z = -2.43$, $p = .015$] nel rango medio del punteggio relativo al fattore PD Ossessivo tra maschi ($M = 33.18$) e femmine ($M = 22.41$);
- una differenza significativa [Mann – Whitney $z = -2.13$, $p = .033$] nel rango medio del punteggio relativo al fattore Q Narcisistico tra maschi ($M = 32.29$) e femmine ($M = 22.85$).

Al fine di effettuare un confronto tra gruppi di numerosità omogenea, si è pensato di effettuare una selezione casuale di 17 soggetti all'interno dei 34 soggetti di sesso femminile.

Dai risultati del test di Mann - Whitney effettuato confrontando il gruppo di 17 maschi e quello di 17 femmine, sono emerse:

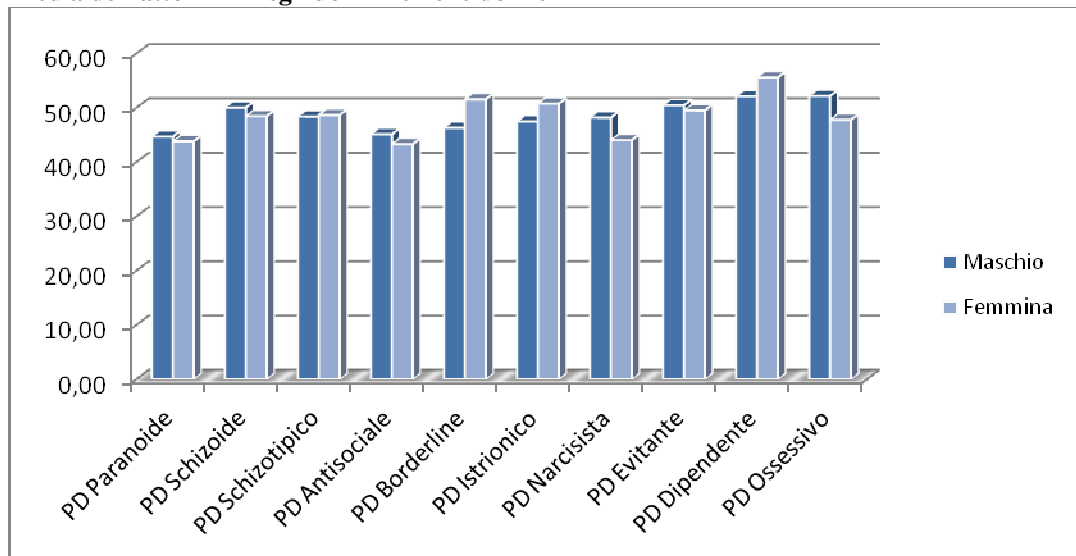
- una differenza significativa [Mann – Whitney $z = -2.25$, $p = .024$] nel rango medio dei punteggi relativi al fattore *Dipendenza* tra femmine ($M = 21.35$) e maschi ($M = 13.65$);

- una differenza significativa nel rango medio dei punteggi relativi alla sottoscala *Relazionalità* [Mann – Whitney $z = -3.07, p = .002$] tra femmine ($M = 22.74$) e maschi ($M = 12.26$);
- una differenza significativa [Mann – Whitney $z = -2.46, p = .014$] nel rango medio dei punteggi del fattore PD Ossessivo tra femmine ($M = 13.29$) e maschi ($M = 21.71$);
- una differenza significativa [Mann – Whitney $z = -2.11, p = .034$] nel rango medio dei punteggi del fattore Q Narcisista tra femmine ($M = 12.12$) e maschi ($M = 22.88$);
- una differenza significativa [Mann – Whitney $z = -3.15, p = .002$] nel rango medio dei punteggi del fattore Q Disforico Dipendente Masochista tra femmine ($M = 21.12$) e maschi ($M = 13.88$).

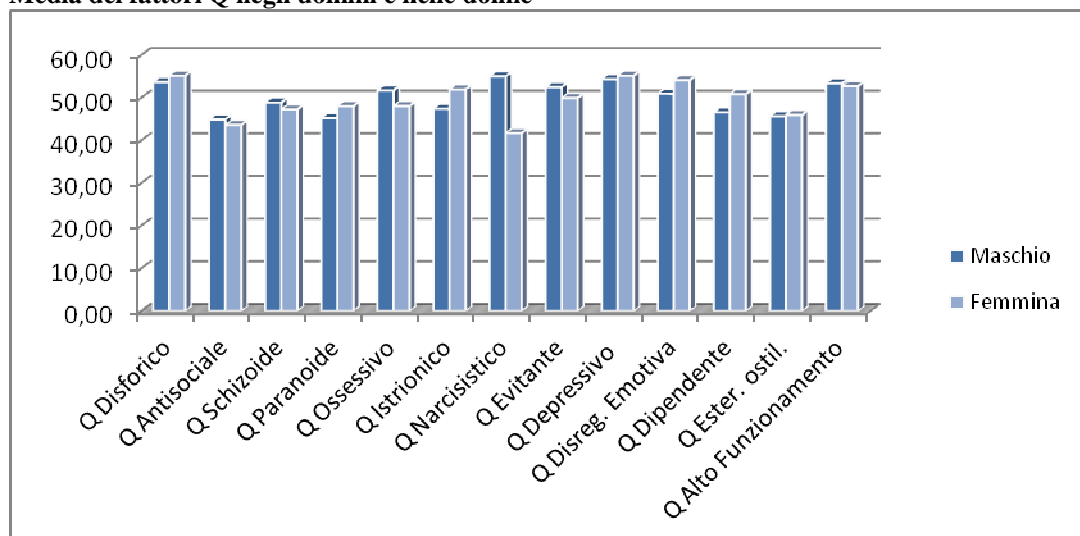
Tali risultati confermano quanto emerso nella precedente analisi, ad eccezione del dato relativo al fattore Q Disforico Dipendente Masochista.

Nelle seguenti tabelle, per presentare il modo in cui fattori PD e Q sono rispettivamente presenti nel gruppo di maschi e femmine, sono riportati i punteggi medi ottenuti su tutti i fattori PD e Q facendo riferimento ai due gruppi di numerosità omogenea.

Media dei fattori PD negli uomini e nelle donne



Media dei fattori Q negli uomini e nelle donne



In merito ai fattori PD, un dato di particolare interesse è quello relativo alla presenza, nelle femmine, di tratti tipici del PD Dipendente, Borderline ed Istrionico.

Tra i Fattori Q, oltre alla differenza considerevole osservata sul fattore Q Narcisistico, sembra rilevante la media piuttosto elevata presentata sia dalle femmine che dai maschi sul fattore Q Disforico, su quello Depressivo Nevrotico ad Alto Funzionamento e su quello Ossessivo.

Scomposizione dei fattori DEQ in percentili

Al fine di effettuare dei confronti tra punteggi rispettivamente bassi, medi e alti entro ognuno dei due fattori del DEQ per valutarne l'associazione con gli altri parametri indagati, si è pensato di suddividere i punteggi su ogni fattore in tre parti uguali, rispettivamente in coincidenza dei percentili 33.3 e 66.6.

Attraverso il test di Mann – Whitney sono stati effettuati dei confronti tra punteggi bassi, medi e alti relativi al fattore *Dipendenza* prima e al fattore *Autocritica* poi al fine di indagarne possibili differenze significative rispetto agli altri parametri indagati.

Punteggi alti in *Dipendenza* hanno mostrato, rispetto a punteggi bassi in tale fattore, un rango medio significativamente più elevato nei seguenti fattori di personalità SWAP:

- PD Evitante [Mann – Whitney $z = -1.981$, $p = .049$, $M = 14.12$, 20.88];
- PD Dipendente [Mann – Whitney $z = -2.80$, $p = .004$, $M = 12.71$, 22.29];
- Q Disforico [Mann – Whitney $z = -2.8$, $p = .004$, $M = 12.71$, 22.29].

Invece, punteggi bassi in *Dipendenza* hanno mostrato, rispetto a punteggi alti in tale fattore, un rango medio significativamente più elevato nei seguenti fattori di personalità SWAP:

- PD Antisociale [Mann – Whitney $z = -2.8$, $p = .004$, $M = 12.7$, 22.29]
- PD Narcisista [Mann – Whitney $z = -3.066$, $p = .002$, $M = 12.26$, 22.74];
- Q Narcisista [Mann – Whitney $z = -2.187$, $p = .029$, $M = 13.76$, 21.24].

Punteggi medi in *Dipendenza* hanno mostrato:

- un rango medio significativamente più alto rispetto ai punteggi alti in *Dipendenza* nei seguenti nei fattori PD Antisociale [Mann – Whitney $z = -2.22$, $p = .026$, $M = 21.29 - 13.71$] e PD Narcisista [Mann – Whitney $z = -2.049$, $p = .041$, $M = 21 - 14$];
- un rango medio significativamente più basso rispetto ai punteggi alti in *Dipendenza* nel fattore PD Dipendente [Mann – Whitney $z = -2.46$, $p = .013$, $M = 13.29$, 21.71].

Non si sono invece riscontrate differenze significative nei ranghi medi dei parametri indagati tra bassa *Dipendenza* e media *Dipendenza*.

In riferimento al fattore *Autocritica*, invece, punteggi alti hanno mostrato, rispetto a punteggi bassi, delle differenze significative nei ranghi medi dei seguenti parametri:

- BDI-II Totale [Mann – Whitney $z = -3.224$, $p = .001$, $M = 12$, 23];
- BDI-II Somatico- Affettivo [Mann – Whitney $z = -2.82$, $p = .004$, $M = 12.68$, 22.32];
- BDI-II Cognitivo [Mann – Whitney $z = -3.43$, $p = .000$, $M = 11.65$, 23.35];
- PD Evitante [Mann – Whitney $z = -2.15$, $p = .031$, $M = 13.82$, 21.18];
- Q Disforico [Mann – Whitney $z = -2.73$, $p = .005$, $M = 14.53$, 20.47];
- Q Disforico Evitante [Mann – Whitney $z = -1.98$, $p = .049$, $M = 14.12$, 20.88].

Rispetto a punteggi medi in Autocritica, punteggi alti in tale fattore hanno un rango medio significativamente più elevato nei seguenti parametri:

- BDI-II Totale [Mann – Whitney $z = -2.12$, $p = .034$, $M = 13.88$, 21.12]
- BDI-II Somatico- Affettivo [Mann – Whitney $z = -2.00$, $p = .045$, $M = 14.09$, 20.91].

Rispetto a punteggi bassi in Autocritica, punteggi medi in tale fattore mostrano un rango medio significativamente più elevato nei seguenti parametri:

- BDI-II Cognitivo [Mann – Whitney $z = -2.15$, $p = .031$, $M = 13.82$, 21.18]
- PD Schizoide [Mann – Whitney $z = -2.35$, $p = .018$, $M = 13.47$, 21.53]
- PD Schizotipico [Mann – Whitney $z = -2.25$, $p = .024$, $M = 13.65$, 21.35]
- PD Evitante [Mann – Whitney $z = -3.22$, $p = .001$, $M = 12$, 23]
- PD Disforico [Mann – Whitney $z = -2.97$, $p = .002$, $M = 12.41$, 22.59]
- Q Schizoide [Mann – Whitney $z = -2.11$, $p = .034$, $M = 13.88$, 21.12]
- Q Disforico Evitante [Mann – Whitney $z = -2.70$, $p = .006$, $M = 12.88$, 22.12]
- Q Disforico Dipendente Masochista [Mann – Whitney $z = -2.03$, $p = .041$, $M = 15$, 20]

Discussioni

Di seguito saranno discussi i risultati ottenuti in riferimento ad ognuna delle indagini effettuate, quindi alle analisi correlazionali tra fattori DEQ e fattori SWAP, alla indagine tesa ad individuare differenze di genere nei parametri indagati, e ai dati relativi alla scomposizione dei Fattori DEQ.

Correlazione tra fattori DEQ e fattori SWAP

A partire dalla matrice di correlazioni individuate tra fattori DEQ e fattori SWAP, diverse potrebbero essere le osservazioni possibili.

In primo luogo, la correlazione tra il PD Dipendente ed il fattore *Dipendenza*, in generale, e le sottoscale *Relazionalità* e *Bisogno*, in particolare, sembrerebbe porsi in linea con quanto sostenuto da Blatt (2004; 2008), secondo cui esistono delle similarità tra dimensione anaclitica, soprattutto in riferimento al suo versante maggiormente disfunzionale, riflesso nella sottoscala *Bisogno*, e le caratteristiche del Disturbo Dipendente di Personalità, tra cui un eccessivo bisogno di essere accuditi, un comportamento sottomesso e dipendente, timori rispetto alle separazioni, difficoltà nell'esprimere disaccordo nei confronti degli altri per timore di perdere supporto o approvazione, sentimenti di impotenza.

La correlazione riscontrata tra il fattore *Dipendenza*, le relative sottoscale, ed il fattore PD Evitante potrebbe essere mediata dall'ipersensibilità al rifiuto, dall'insicurezza circa la possibilità di essere accettati, coniugati alla paura di essere inadeguati, che contraddistinguono la sfera anaclitica, in particolare nella sua accezione maggiormente disfunzionale riflessa nella sottoscala *Bisogno*.

Anche il fattore *Autocritica* è risultato positivamente correlato con tale disturbo di personalità e ciò potrebbe riflettere aspetti tipici che caratterizzano i rapporti dei soggetti che presentano consistenti livelli di autocritica, che possono rifuggire le relazioni, interpretando un'ampia varietà di eventi relazionali come un'evidenza della loro inadeguatezza, e vivendo le rotture relazionali incolpandosi, criticandosi e sviluppando sensazioni di fallimento (Zuroff, Mongrain, 1987).

In questo senso si potrebbe azzardare l'ipotesi che, similmente a quanto rintracciato per il disturbo borderline di personalità (Blatt, Shichman, 1983), possa esistere un disturbo di personalità evitante maggiormente contraddistinto da tematiche analitiche ed un altro più significativamente caratterizzato da tematiche introiettive.

La correlazione negativa riscontrata tra il fattore PD Narcisista e, rispettivamente, il fattore *Dipendenza* e la sottoscala *Relazionalità* potrebbe essere interpretata facendo riferimento alla constatazione secondo cui il disturbo narcisistico di personalità, per come è concettualizzato dal DSM, contempla caratteristiche per alcuni aspetti molto distanti da quelle che contraddistinguono la dimensione anaclitica. Tratti quali grandiosità ed una considerazione irrealistica del proprio valore sembrerebbero mal conciliarsi con l'atteggiamento talvolta docile, accomodante, remissivo tipico della sfera anaclitica, soprattutto nella sua declinazione maggiormente evoluta riflessa dal fattore *Relazionalità*.

È in un senso simile che potrebbe essere interpretata la correlazione negativa riscontrata tra il fattore *Dipendenza* ed il fattore PD Antisociale.

Tale dato potrebbe essere letto facendo riferimento all'evidenza secondo cui il fattore *Dipendenza*, ed in particolar modo il suo versante più evoluto, riflesso dalla sottoscala *Relazionalità*, contempli tratti che riflettono un senso di considerazione per l'altro, per le sue emozioni e per il suo benessere, aspetti che si distanziano notevolmente dalla mancanza di empatia e dalla incapacità di amare tipici del PD Antisociale.

Di interesse risulta la correlazione riscontrata tra sottoscala *Bisogno* e PD Borderline, che potrebbe essere mediata dalla condivisione di caratteristiche quali i tentativi di evitare le separazione, le perdite, gli abbandoni, la compromissione dell'umore riflessa in una qualità particolare dei vissuti depressivi borderline (Gunderson *et al.*, 2008; Gunderson, Phillips, 1991; Sayin *et al.*, 2007; Westen *et al.*, 1992), dalla tendenza ad intrattenere relazioni instabili, intense, tese a regolare il proprio stato emotivo.

La correlazione positiva inaspettatamente riscontrata tra il fattore *Bisogno* ed il fattore PD Schizotipico potrebbe essere particolarmente influenzata dalle caratteristiche del campione oggetto di studio; altresì, la correlazione positiva riscontrata tra fattore *Dipendenza* e sottoscala *Bisogno* e PD Schizoide risulta per certi versi inaspettata, probabilmente mediata, nel campione oggetto di studio, da difficoltà nel relazionarsi agli altri, in particolar modo in riferimento al versante più disadattivo di tale dimensione.

Un dato particolarmente significativo emerso dalla matrice di correlazioni tra i fattori DEQ ed i fattori Q è quello secondo cui tutti i fattori del DEQ risultano positivamente correlati con il fattore Q Disforico; tale correlazione è maggiore per il fattore *Autocritica* e la sottoscala *Bisogno*. Questa constatazione potrebbe riflettere la possibilità che, nel campione indagato, il versante più disfunzionale rispettivamente della dimensione di sé e della relazionalità siano positivamente associati ad una struttura caratteriale disforica o depressiva - riflessa nel fattore Q Disforico - che include sia preoccupazioni che si riflettono nella tendenza a sentirsi inadeguato, fallito, infelice, depresso, abbattuto, che tratti che fanno riferimento al sentirsi debole, dipendente, bisognoso, sottomesso, passivo, poco assertivo. Potremmo ipotizzare che tale costellazione di tratti rappresenti un fattore di vulnerabilità rispetto allo sviluppo di episodi depressivi, così come suggerito da Blatt (1976, 2004, 2008).

Il fattore Q Disforico con Disregolazione Emotiva è risultato positivamente associato al fattore *Autocritica* e alla sottoscala *Dipendenza* e ciò potrebbe essere spiegato facendo riferimento al fatto che tale fattore Q contempla item si riferiscono sia ad una pervasiva disforia che ad una incapacità di controllare il proprio stato emotivo quando il soggetto non percepisce la vicinanza, il sostegno e l'accudimento degli altri.

Il fattore Q Disforico Dipendente Masochista è risultato positivamente associato sia al fattore *Dipendenza* che alle sottoscale *Relazionalità* e *Bisogno* e tale dato potrebbe essere interpretato facendo riferimento alla difficoltà nella gestione delle relazioni che potrebbe contraddistinguere la sfera delle preoccupazioni interpersonali del campione indagato. Questo fattore riflette, infatti, caratteristiche maggiormente disfunzionali rispetto a quelle contemplate dal disturbo dipendente di personalità, enfatizzando la difficoltà del soggetto nella sfera delle relazioni coniugata a difficoltà nella regolazione emotiva.

Anche in questo caso la sottoscala *Relazionalità* si è mostrata negativamente correlata con il fattore Q Antisociale e tale risultato potrebbe essere letto alla luce del fatto che il versante maggiormente evoluto della sfera delle preoccupazioni interpersonali mal sembrerebbe conciliarsi con il sentimento narcisistico di invulnerabilità, con la mancanza di preoccupazioni per l'altro, quindi con la mancanza di empatia tipici di tale fattore di personalità.

La correlazione negativa riscontrata tra il fattore Q Ossessivo ed il fattore *Autocritica* potrebbe essere spiegata facendo riferimento al fatto che tale fattore contempla caratteristiche di personalità meno disfunzionali rispetto a quelle previste dal disturbo di personalità ossessivo per così come lo concepisce il DSM, ed è associato ad una notevole presenza di risorse psicologiche che mal potrebbero conciliarsi con le caratteristiche particolarmente disadattive riflesse dal fattore *Autocritica* nel campione indagato.

Indagine delle differenze di genere rispetto ai fattori del DEQ, al BDI-II e HDRS, ai Fattori PD e Q

I risultati relativi all'indagine di differenze di genere nei fattori indagati non hanno confermato l'ipotesi relativa a differenze di genere nell'espressione sintomatologica depressiva, non essendo stata riscontrata, tra i soggetti di sesso femminile e quelli di sesso maschile, una associazione preferenziale con specifici *pattern* di sintomi depressivi. Tale dato non si allinea alle ricerche che hanno messo in luce che il fattore *Dipendenza* correla con sintomi di tipo somatico e vegetativo, contrariamente al fattore *Autocritica* (Viglione et al., 1990).

L'evidenza secondo cui tra i soggetti di sesso femminile e quelli di sesso maschile vi è una differenza relativamente al fattore *Dipendenza* ed alla sottoscala *Relazionalità*, trova invece riscontro nella letteratura, secondo cui è più frequente che siano le donne ad investire eccessivamente sulle relazioni interpersonali a danno dello sviluppo del sé. Le donne, rispetto agli uomini, possono essere più inclini a sviluppare una sensibilità particolare nei confronti di tematiche che hanno a che fare con la relazionalità (Blatt, 2004; Blatt, Homann, 1992; Blatt, Shichman, 1983; Cramer et al., 1988).

Nonostante, come detto, la sottoscala *Relazionalità* rifletta un livello meno disfunzionale associato alla dimensione relativa alle preoccupazioni interpersonali, le donne hanno presentato, rispetto agli uomini, ranghi medi più elevati sul fattore Q Disforico Dipendente Masochista. Tale dato potrebbe lasciar ipotizzare che questa costellazione di tratti personologici, contraddistinti dalla tendenza ad essere bisognosi, a desiderare rassicurazioni da parte di altri, ad aver paura del rifiuto, influenzando il modo in cui il soggetto seleziona, richiama e sceglie differenti contesti interpersonali, possa avere ripercussioni sullo stato umorale di tali soggetti.

Gli uomini hanno mostrato, invece, una media dei ranghi superiore in riferimento al fattore PD Ossessivo. Tale dato potrebbe essere considerato coerente con la

constatazione secondo cui gli uomini possano essere più inclini, rispetto alle donne, a sviluppare preoccupazioni concernenti il valore ed il senso di sé.

È interessante ricordare come Blatt (Blatt, Shichman, 1983) collochi la sindrome ossessivo-compulsiva entro la configurazione di personalità introiettiva, considerandola contraddistinta dalle seguenti caratteristiche: dubbi e insicurezze da parte dell'individuo circa le proprie capacità, coniugati a tentativi di ottenere il controllo su di sé e sul proprio ambiente; tendenza ad essere perfezionisti, rigidi, particolarmente coscienti; predilezione di un'attività di pensiero di tipo riflessivo e orientata al rimuginio intellettuale, in luogo dell'espressione delle emozioni e della realizzazione di azioni. Tali caratteristiche di personalità sembrano essere, in parte, riflesse anche nel disturbo di personalità ossessivo-compulsivo, così come concepito dal DSM, che contempla una costellazione di tratti relativi ad esigenze di controllo, coniugate a una preoccupazione per l'ordine, ad una eccessiva scrupolosità, inflessibilità, per il perfezionismo talvolta invalidante. A tal proposito è bene ricordare che il costrutto multidimensionale rappresentato dal perfezionismo (Blatt, 1995, 2004), soprattutto se a livelli consistenti, è associato ad un funzionamento maggiormente disadattivo e ad una peggiore risposta al trattamento in presenza di disturbi depressivi (Blatt, Quinlan, Pilkonis, 1996; Hawley *et al.*, 1996; Shahar *et al.*, 2003). Ancora, il perfezionismo sembrerebbe associato ad una minore soddisfazione nelle relazioni interpersonali, ad una maggiore presenza di strategie di *coping* disfunzionali, ad una minore capacità nel riconoscere i propri sintomi depressivi, a minori cambiamenti nelle attitudini depressive, alla persistenza di un atteggiamento autocritico (Blatt *et al.*, 1998).

Scomposizione dei fattori DEQ in percentili

Un'analisi più precisa dei fattori DEQ, attraverso la loro scomposizione in punteggi bassi, medi, alti, ha consentito di mettere in luce interessanti sfumature insite nella vasta gamma di tratti personologici associati rispettivamente al fattore Dipendenza ed al fattore Autocritica.

È emerso che punteggi alti in Dipendenza si differenziano rispetto a punteggi bassi in tale fattore per la presenza di ranghi medi più elevati nel fattore PD Evitante, nel fattore PD Dipendente e nel fattore Q Disforico. Tali risultati sembrerebbero in linea con la considerazione secondo cui esistano delle importanti affinità tra il bisogno di essere accudito e l'incapacità nel vivere in maniera autonoma tipici del Dipendente ed un maggior coinvolgimento nel versante della relazionalità, espresso da punteggi più elevati nel fattore Dipendenza. Il dato relativo al fattore PD Evitante potrebbe essere interpretato facendo riferimento al fatto che, in particolar modo i soggetti che appartengono al campione indagato, potrebbero vivere sentimenti di inadeguatezza, coniugati a timore del rifiuto altrui che fa sì che le relazioni elicitino sentimenti di ansia, paura. Di estremo interesse è l'associazione specifica individuata tra elevati livelli di Dipendenza e fattore Q Disforico. Valutando, sia il DEQ che la SWAP primariamente tratti di personalità stabili piuttosto che sintomi di stato (Zuroff, Mongrain, 1987), la associazione riscontrata potrebbe porsi in linea con la considerazione secondo cui elevate quote di dipendenza facciano parte di una organizzazione di personalità orientata in senso depressivo o disforico, ancor più se si considerano le caratteristiche del campione oggetto di studio.

Tale osservazione sembrerebbe in parte confermata dal dato evidenziato secondo cui punteggi bassi in Dipendenza presentano, rispetto a quelli alti nello stesso fattore, valori nei ranghi medi più elevati sui fattori PD Antisociale, PD Narcisista e Q Narcisista, che

riflettono tratti personologici che sembrerebbero invece avere a che fare maggiormente con tematiche di tipo introiettivo (Blatt, 2004).

In merito al fattore Autocritica, alti punteggi rispetto a quelli bassi, hanno mostrato ranghi medi più elevati nei punteggi del BDI-II totale e delle relative sottoscale, in linea con le ricerche che ne hanno riscontrato l'associazione con misure che valutano la severità della sintomatologia depressiva (Blatt, Levy, 1992).

Altresi, alti punteggi in Autocritica hanno presentato un rango medio considerevolmente più elevato, rispetto a bassi punteggi sullo stesso fattore, nel fattore PD Evitante, nel fattore Q Disforico e nel fattore Q Disforico Masochista.

Tali dati sembrerebbero porsi in linea con l'idea secondo cui solo elevati livelli di Autocritica o di Dipendenza si rivelerebbero associati ad una struttura caratteriale disforica.

Un ultimo elemento di rilievo è quello relativo all'evidenza secondo cui punteggi medi in Autocritica, rispetto a punteggi bassi, presentano nel campione oggetto di studio un rango medio più elevato oltre che nel BDI-II Cognitivo, nel fattore PD Schizoide, nel fattore PD Schizotipico, nel fattore PD Evitante, nel fattore PD Disforico, nel fattore Q Schizoide, nel fattore Q Disforico Evitante e nel fattore Q Disforico Dipendente Masochista.

Tali osservazioni sembrerebbero porsi in linea con il suggerimento di Blatt secondo cui tratti di tipo introiettivo sono associati a stili e/o disturbi di personalità schizoide, schizotipico, paranoide, narcisistico, ossessivo e che caratteristiche di tipo anaclitico si trovino in associazione a stili e/o disturbi di personalità confluenti nell'area dipendente, oltreché borderline ed istrionica, nonostante tali disturbi, così come concettualizzati dal DSM, non siano particolarmente emersi nel nostro campione.

Conclusioni

Nonostante il carattere provvisorio dei risultati ottenuti, i dati emersi dal lavoro di ricerca sembrano essere incoraggianti rispetto alla possibilità di esplorare, avvalendosi di tale tipo di metodologia, il *background* personologico associato rispettivamente alla dimensione anaclitica e a quella introiettiva in soggetti con diagnosi di disturbi depressivi.

La presente ricerca può considerarsi innovativa nell'ambito degli studi che si occupano dell'approfondimento della conoscenza di strutture di personalità associate ai disturbi depressivi, avendo coniugando all'uso del DEQ le preziose informazioni ricavabili dall'utilizzo della SWAP-200. Inoltre, è bene ricordare che nelle ricerche rivolte a campioni clinici, in particolare a soggetti con disturbo depressivo, l'utilizzo di interviste – come la CDI nel presente studio – può essere considerato sicuramente preferibile rispetto all'uso di strumenti *self-report*, potendo essere, la valutazione che il paziente fornisce di sé, parzialmente influenzata da sintomi di stato piuttosto che di tratto (Zimmerman *et al.*, 1991).

Tra i limiti dello studio va menzionato il numero contenuto del campione, a causa delle non poche difficoltà nel reperire soggetti con caratteristiche depressive pure, non bipolari, né psicotiche, la cui severità sintomatologica depressiva non sia compromessa al punto tale da rendere difficile l'esecuzione del protocollo di ricerca proposto.

La ricerca probabilmente avrebbe guadagnato in purezza se avesse incluso nel campione solamente soggetti con un esordio depressivo oppure con una fascia di età più omogenea. Tra i pregi del protocollo di ricerca va menzionata in primo luogo la ricchezza dell'esperienza clinica che ha consentito.

I dati dello studio hanno evidenziato la presenza di consistenti aree di sovrapposizione tra le caratteristiche anaclitiche ed introiettive e gli aspetti della personalità valutati attraverso la SWAP-200.

Nonostante le limitazioni dello studio, con particolare riferimento all'esiguo numero del campione, i risultati ottenuti hanno consentito di evidenziare come, attraverso tale metodologia, sia effettivamente possibile ampliare la conoscenza del sostrato personologico relativo alle due tipologie, anaclitica ed introiettiva e del livello di sviluppo (più o meno evoluto) sia della relazionalità che del senso di sé.

Un dato rilevante è la constatazione il fattore *Autocritica*, contrariamente al fattore *Dipendenza*, correla con le misure della depressione, molto probabilmente sensibili primariamente a colpa ed autorimprovero, una costellazione di sentimenti tradizionalmente considerati centrali nella depressione (Blatt *et al.*, 1976).

Gli aspetti associati al fattore *Dipendenza* evidenziano come l'individuo con tratti anaclitici tenda a creare relazioni interpersonali in cui predominante è il desiderio di essere strettamente legato agli altri e dipendente da loro. Preoccupazioni circa l'essere rifiutato, il ferire o l'offendere gli altri fanno sì che egli tenda a sviluppare relazioni interpersonali stabili. Si sono inoltre rilevati problemi nella regolazione delle emozioni che potrebbero spiegare la forte necessità di dipendenza.

I risultati sembrano quindi essere incoraggianti poiché suggeriscono che la metodologia utilizzata potrebbe consentire di meglio comprendere le caratteristiche di personalità dei soggetti con predisposizione a sviluppare una patologia depressiva o con depressione conclamata. L'utilizzo di un campione più ampio potrebbe quindi consentire di ottenere una conoscenza più attendibile delle caratteristiche di personalità, funzionali e disfunzionali, associate alle tipologie depressive identificate da Blatt.

A conclusione del lavoro presentato, che si è potuto concentrare su solo alcuni degli aspetti relativi alla discussa questione inerente il rapporto esistente tra *background personologico* ed esperienze depressive, anzitutto va riconosciuta la rilevanza dei contributi teorici psicoanalitici che per primi hanno considerato l'affetto depressivo parte integrante del repertorio, esperienza soggettiva fondamentale dello sviluppo, affetto ubiquitario, universale, presente in ogni conflitto psichico (Brenner, 1991). Diversi sono i contributi che l'indagine psicoanalitica ha dato alla comprensione di questo affetto. Uno dei meriti maggiori della psicoanalisi consiste sicuramente nell'aver messo in rilievo le potenzialità insite nell'affetto depressivo: per quanto violento e inibente, non deve essere valutato unicamente alla luce delle sue implicazioni patologiche (Speziale-Bagliacca, 1985). L'acquisizione della capacità di tollerare angoscia e depressione va piuttosto intesa come una conquista evolutiva ed un processo essenziale dello sviluppo psichico.

Un altro merito, di particolare interesse in questa sede, consiste nell'aver ricondotto la sofferenza depressiva nell'ambito di una complessa struttura caratteriale, mettendo in luce la particolare tipologia di prestrutturazione intrapsichica di forze, difese e relazioni oggettuali che rappresentano un terreno fertile sul quale, in seguito a determinate esperienze precipitanti, possono svilupparsi vissuti episodici o cronici di depressione (Giberti, 1985).

Come si è tentato di descrivere nel corso del lavoro, tra gli Autori che meglio sono riusciti a condensare le conoscenze accumulate dalla letteratura psicoanalitica

all'interno di un modello coerente, donandogli al tempo stesso un fondamento empirico, va riconosciuto Sidney Blatt (2004), i cui sforzi sono stati sistematizzati all'interno di una più generale visione nosografica psicodinamica con l'uscita del *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM Task Force, 2006).

La ricerca esposta nel quarto capitolo ha preso le mosse dalla constatazione in base alla quale se si vogliono comprendere i sintomi si deve conoscere qualcosa che riguarda la persona che li ospita, dal momento che essi possono a volte essere considerati espressioni della stessa personalità (Westen *et al.*, 2005).

Coniugando i dati forniti dai pazienti tramite il DEQ con il giudizio clinico ottenuto attraverso la SWAP-200, la ricerca si è posta in linea con l'invito di Westen e Shedler (1999a) di avvalersi di differenti strumenti di misura per tentare di valutare in modo più preciso ed accurato l'ampio *range* di aspetti che, tra di essi in interazione dialettica, formando una *Gestalt* unica ed irripetibile, definiscono la personalità dell'individuo predisposto a sviluppare depressione.

Mentre infatti i dati ottenuti dal DEQ consentono di valutare diverse tipologie di esperienze di vita degli individui che presentano questo tipo di alterazione dell'umore (Blatt *et al.*, 1976; Blatt, 2004) ed in particolare caratteristiche di personalità stabili piuttosto che uno stato d'animo depresso o altre caratteristiche di stato (Blatt, 2004), la SWAP-200 valuta diverse e molteplici sfere del funzionamento, includendo pattern caratteristici di pensiero, emozione, motivazione e comportamento (Westen, Shedler, 1999b) e consente di effettuare descrizioni della personalità estremamente ricche e dettagliate, che includono, ad esempio, aspetti come conflitti, difese, pattern interpersonali ed esperienza di sé (Shedler, Westen, Lingiardi, 2003).

In tal modo questo strumento si rivela potenzialmente utile nell'ottenere una panoramica più ampia, dettagliata ed esaustiva dei peculiari attributi di personalità associati a uno stile anaclitico o introiettivo in pazienti con disturbi depressivi.

Bibliografia

Abraham K. (1911). Note sull'indagine e il trattamento psicoanalitico della pazzia maniaco-depressiva e delle condizioni correlate. In W. Gaylin (a cura di), *Il significato della disperazione*. Roma: Astrolabio, 1973, 31-46.

- (1916), Ricerche sul primissimo stadio evolutivo pregenitale della libido, in *Opere, vol. I*, Torino: Bollati Boringhieri, 1975, 258-85.

- (1924), Tentativo di una storia evolutiva della libido sulla base della psicoanalisi dei disturbi psichici, in *Opere, vol. I*, Torino: Bollati Boringhieri, 1975, 287- 354.

Achenbach T.M., McConaughy S.H. (1997), *Empirically Based Assessment of Child and Adolescent Psychopathology*. Sage Publications, Inc. Thousand Oaks, CA. citato in Ammaniti M., Sergi G. (2002). Diagnosi e valutazione clinica in adolescenza. In M. Ammaniti (a cura di) *Manuale di Psicopatologia dell'Adolescenza*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 3-32.

Adam P. (1988), *Winnicott. Biografia intellettuale*. Roma: Armando Editore, 1995.

Adams P., Abela J.R.Z., Auerbach R., Skitch S. (2009). Self-Criticism, Dependency, and Stress Reactivity: An Experience Sampling Approach to Testing Blatt and Zuroff's (1992) Theory of Personality Predispositions to Depression in High-Risk Youth. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 35, 11, 1440-51.

Agosti V., Hellerstein D.J., Stewart J.W. (2009). Does personality disorder decrease the likelihood of remission in early-onset chronic depression? *Comprehensive Psychiatry*, 50, 491-5.

Akiskal H.S. (1983). The Relationship of Personality to Affective Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 40, 801-10.

Akiskal H.S. (1995). Caratteristiche cliniche. In Kaplan H.I., Sadock J.B., *Disturbi dell'Umore*. Torino: Centro scientifico internazionale, 1996, 65-100.

- (2000). Temperament and Mood Disorders. *The Harvard Mental Health Letter*, 5-6.

Akiskal H.S., Hirschfeld M.A., Yerevanian B.I. (1983). The Relationship of Personality to Affective Disorders. A Critical Review. *Archives of General Psychiatry*, 40, 801-10.

Akiskal H.S., Kilzieh N., Maser J.D. *et al.* (2006). The distinct temperament profiles of bipolar I, bipolar II and unipolar patients. *Journal of Affective Disorders*, 92, 19-33.

Alden L.E., Laposa J.M., Taylor C.T., Ryder A.G. (2002). Avoidant personality disorder: current status and future directions. *Journal of Personality Disorders*, 16, 1, 1-29.

Aliverti M. (2003). *La storia della depressione*. Consultato il 7/10/2007 su <http://www.healthpastoral.org/text.php?cid=19&sec=9&docid=94&lang=it>

Al-Turkait F.A., Ohaeri J. (2010). Dimensional and hierarchical models of depression using the Beck Depression Inventory- II in an Arab college student sample. *BMC Psychiatry*, 10, 60, 1-14.

American Psychiatric Association (APA) (1980), *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, terza edizione (DSM III)*. Milano: Masson, 1986.

- (1987), *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, terza edizione, Revised (DSM-III-R)*. Milano: Masson, 1988.

- (1994), *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, quarta edizione (DSM-IV)*. Milano: Masson, 1996.

- (2000), *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, quarta edizione, Text-Revision (DSM IV- TR)*. Milano: Masson, 2001.

Ammaniti M., Sergi G. (2002). Diagnosi e valutazione clinica in adolescenza. In M. Ammaniti (a cura di) *Manuale di Psicopatologia dell'Adolescenza*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 3-32.

Angst J. (1998). Dysthymia and personality. *European Psychiatry*, 13, 188-97.

Anzieu D. (1975), *L'autoanalisi di Freud e la scoperta della psicoanalisi, vol. I*. Roma: Astrolabio, 1976.

Arieti S., Bemporad J. (1978), *La depressione grave e lieve: l'orientamento psicoterapeutico*. Milano: Feltrinelli, 1987.

Armani A., Sarno N., Rossi V.M., Zambotto S., Mauri M., Cassano G.B. (1992). La diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità nell'ambito dei Disturbi dell'Umore. In G.F. Placidi, L. Dell'Osso, L.M. Canova (a cura di), *I confini dei Disturbi dell'Umore*. Pisa: Servizio editoriale universitario, 93-7.

Bagby M., Quilty L.C., Ryder A.C. (2008). Personality and Depression. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53, 1, 14-25.

Bailey J., Coppen A. (1976). A comparison between the Hamilton Rating Scale and the Beck Inventory in the measurement of depression. *The British Journal of Psychiatry*, 128, 486-9.

Balint M. (1937), Primi stadi di sviluppi dell'Io. L'amore oggettuale primario, in *L'amore primario*, Milano: Raffaello Cortina Editore, 1991, 79-97.

- (1952), "Nuovo ciclo" e sindromi paranoide e depressive, in *L'amore primario*, Milano: Raffaello Cortina Editore, 1991, 209-28.

Barron J.W., Lingardi V. (1998). Introduzione. In J.W. Barron (a cura di), *Dare un senso alla diagnosi*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2005, XI-XXVI.

Basch M.F. (1988), *Come funziona la psicoterapia*. Roma: Astrolabio, 1991.

Beck A.T. (1979), *Terapia cognitiva della depressione*. Torino: Boringhieri, 1987.

Beck A.T. (1983), Cognitive therapy of depression: New perspectives. In P. Clayton, J.E. Barrett (a cura di), *Treatment of depression: Old controversies and new approaches* (265-90). New York: Raven, citato in Blatt S.J. (2004), *Experiences of Depression. Theoretical, clinical, and research perspectives*. Washington: American Psychological Association.

Beck A.T., Epstein N., Harrison R. (1983). Cognition, attitudes and personality dimension in depression. *British Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 1, 1-6.

Beck A.T., Steer R.A. (1993). *Manual for the Beck Depression Inventory*. San Antonio, TX: Psychological Corporation, citato in Osman A., Downs W.R., Barrios F.X., Kopper B.A., Gutierrez P.M., Chiro C.E. (1997). Factor Structure and Psychometric Characteristics of the Beck Depression Inventory-II. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 19, 4, 359-76.

Beck A.T., Steer R.A., Brown G.K. (1996), Beck Depression Inventory – BDI-II. Traduzione italiana di Marta Ghisi, Giovanni Battista Flebus, Antonella Montano, Ezio Sanavio e Claudio Sica, 2006.

Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-71.

Bedi R.P., Koopman R.F., Thompson J.M. (2001). The Dimensionality of the Beck Depression Inventory-II and its relevance for tailoring the psychological treatment of women with depression. *Psychotherapy*, 38, 3, 306-18.

Besser A., Priel B. (2005). Interpersonal relatedness and self-definition in late adulthood depression: personality predisposition, and protective factors. *Social Behavior and Personality*, 33, 4, 351-82.

Bibring E. (1953). Il meccanismo della depressione. In W. Gaylin (a cura di), *Il significato della disperazione*. Roma: Astrolabio, 1973, 123-41.

Blatt S.J. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 29, 107-57.

- (1990). Interpersonal Relatedness and Self-Definition; Two Personality Configuration and Their Implications for Psychopathology and Psychotherapy. In J.L. Singer (a cura di), *Repression and dissociation: implication for personality theory, psychopathology and health*. Chicago: University of Chicago, 299-335.

- (1995). The Destructiveness of Perfectionism. Implications for the Treatment of Depression. *American Psychologist*, 50, 12, 1003-20.

- (2004), *Experiences of Depression. Theoretical, clinical, and research perspectives*. Washington (DC): American Psychological Association.

- (2008), *Polarities of Experiences. Relatedness and self- definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic Process*. Washington (DC): American Psychological Association.

Blatt S.J., Blass R.B. (1990). Attachment and Separateness. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 45, 107-27.

Blatt S.J., D'Afflitti J.P., Quinlan D.M. (1976). Experiences of depression in normal adult. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 4, 383-9.

Blatt S.J., Levy K.N. (1998). Un approccio psicodinamico alla diagnosi della psicopatologia. In J.W. Barron (a cura di), *Dare un senso alla diagnosi*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2005, 79-114.

Blatt S.J., Homann E. (1992). Parent-Child Interaction in the Etiology of Dependent and Self-Critical Depression. *Clinical Psychology Research*, 12, 47-91.

Blatt S.J., Pilkonis P.A., Shea M.T. (1995a). Impact of Perfectionism and Need for Approval on Brief Treatment of Depression: The National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program Revised. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1995, 63, 1, 125-32.

Blatt S.J., Quinlan D.M., Chevron E.S., McDonald C., Zuroff D. (1982). Dependency and Self-Criticism: Psychological Dimension of Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 1, 113-24.

Blatt S.J., Sanislow III C.A., Zuroff D.C., Pilkonis P.A. (1996). Characteristics of Effective Therapists: Further Analyses of Data From the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 6, 1276-84.

Blatt S.J., Shahar G. (2004). Stability of the patient-by-treatment interaction in the Menninger Psychotherapy Research Project. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 68, 1, 23-38.

Blatt S.J., Shahar G., Zuroff D.C. (2001). Anaclitic (Sociotropic) and Introjective (Autonomous) Dimensions. *Psychotherapy*, 38, 4, 449-54.

Blatt S.J., Shichman S. (1983). Two Primary Configurations of Psychopathology. *Psychoanalysis & Contemporary Thought*, 6, 2, 187-254.

Blatt S.J., Zohar A.H., Quinlan D.M., Zuroff D.C., Mongrain M. (1995b). Subscales Within the Dependency Factor of the Depressive Experiences Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 64, 2, 319-39.

Blatt S.J., Zuroff D.C. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review*, 12, 527-62.

Blatt S.J., Zuroff D.C., Bondi C.M., Sanislow III C.A., Pilkonis P.A. (1998). When and How Perfectionism Impedes the Brief Treatment of Depression: Further Analyses of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66,2, 423-8.

Blatt S.J., Zuroff D.C., Hawley L.L., Auerbach J.S. (2010). Predictors of sustained therapeutic change. *Psychotherapy Research*, 20, 1, 37-54.

Blatt S.J., Zuroff D.C., Quinlan D.M., Pilkonis P.A. (1996). Interpersonal Factors in Brief Treatment of Depression: Further Analyses of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1, 162-71.

Blazer D.G. (1995). Epidemiologia. In Kaplan H.I., Sadock J.B., *Disturbi dell'Umore*. Torino: Centro scientifico internazionale, 1996, 16-26.

Bock C., Bukh J.D., Vinberg M., Gether U., Kessing L.V. (2010). The Influence of Comorbid Personality Disorder and Neuroticism on Treatment Outcome in First Episode Depression. *Psychopathology*, 43, 197-204.

Bowlby J. (1961). Il processo del lutto. In W. Gaylin (a cura di), *Il significato della disperazione*. Roma: Astrolabio, 1973, 202-41.

Bowlby J. (1980), *Attaccamento e perdita. Volume III: La perdita della madre*. Torino: Editore Boringhieri, 1983.

Brenner C. (1974). Depression, Anxiety and Affect Theory. *International Journal of Psycho-Analysis*, 55, 25-32.

- (1982), *La mente in conflitto*. Firenze: G. Martinelli, 1985.

- (1991). A Psychoanalytic Perspective on Depression. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 39, 25-44.

Brouwer D., Meijer R.R., Zevalkink J. (2013). On the Factor of Structure of the Beck Depression Inventory-II: G Is the Key. *Psychological Assessment*, 25, 1, 136-45.

Brown C., Schulberg H.C., Madonia M.J. (1995). Assessing Depression in Primary Care Practice With the Beck Depression Inventory and the Hamilton Rating Scale for Depression. *Psychological Assessment*, 7, 1, 59-65.

Bulmash E., Harkness K.L., Stewart J.G., Bagby R.M. (2009). Personality, Stressful Life Events, and Treatment Response in Major Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 6, 1067-77.

Cassano G.B., Tundo A., Perugi G., Musetti L. (1999). Il problema dei disturbi dell'umore. In P. Pancheri, G.B. Cassano (a cura di), *Trattato di Psichiatria, seconda edizione*. Milano: Masson, 1824-36.

Cammarella A., Lucarelli L. (2002). Metodologie e strumenti di valutazione clinica e di ricerca in adolescenza. In M. Ammaniti (a cura di) *Manuale di Psicopatologia dell'Adolescenza*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 33-118.

Campos R.C., Besser A., Blatt S.J. (2011). The Relationships between defenses and experiences of depression. An Exploratory Study. *Psychoanalytic Psychology*, 28, 2, 196-208.

Campos R.C., Besser A., Ferreira R., Blatt S. (2012). Self-Criticism, Neediness, and Distress Among Women Undergoing Treatment for Breast Cancer: A preliminary Test of Moderating Role of Adjustment to Illness. *International Journal of Stress Management*, 19, 2, 151-74.

Canter D. (1985), *Facet Theory: Approaches to social research*. New York: Springer-Verlag, citato in Blatt S.J., Zohar A.H., Quinland D.M., Zuroff D.C., Mongrain M. (1995). Subscales Within the Dependency Factor of the Depressive Experiences Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 64, 2, 319-39.

Caprara G.V., Gennaro A. (1999), *Psicologia della personalità*. Bologna: Il Mulino.

Carson R.C. (1991). Dilemmas in the Pathway of the *DSM-IV*. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 3, 302-7.

Carson R.C. (1994), *Continuity in personality and its derangements*. Scritto presentato alla 102^a Annual Convention of The American Psychological Association, Los Angeles, citato in Blatt S.J., Levy K.N. (1998). Un approccio psicodinamico alla diagnosi della psicopatologia. In J.W. Barron (a cura di), *Dare un senso alla diagnosi*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2005, 79-114.

Carter J.D., Joyce P.R., Mulder R.T., Sullivan P.F., Luty S.E. (1999). Gender differences in the frequency of personality disorders in depressed outpatients. *Journal of Personality Disorders*, 13, 1, 67-74.

Cassano G.B. (1982). Note introduttive. In G.B. Cassano (a cura di), *La condizione depressiva*. Milano: Masson, 1984, IX-XI.

Chmielewsky M., Watson D. (2009). What Is Being Assessed and Why It Matters: The Impact of Transient Error on Trait Research. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97, 1, 186-202.

Colombo C. (2003). Prefazione dell'edizione italiana. In Kutchins H., Kirk S. (1997), *Ci fanno passare per matti. DSM: La Bibbia della psichiatria e la creazione dei disturbi mentali*. Roma: G. Fioriti, 2003, VII-XII.

Corruble E., Ginestet D., Guelfi J.D. (1996). Comorbidity of personality disorders and unipolar major depression: A review. *Journal of Affective Disorders*, 37, 157-70.

Corruble E., Patrick H., Rasmus W L., Per B. (2005). Why the Hamilton Depression rating Scale Endures/Dr. Bagby and Colleagues Reply. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 12, 2394-8.

Costa P.T., Bagby R.M., Herbst J.H., McCrae R.R. (2005). Personality self-reports are concurrently reliable and valid during acute depressive episodes. *Journal of Affective Disorders*, 89, 45-55.

Costa P.T., McCrae R. (1990). Personality disorders and the five-factor model of personality. *Journal of Personality Disorders*, 4, 362-71.

- Cox B.J., McWilliams L.A., Enns M.W. *et al.* (2004). Broad and specific personality dimensions associated with major depression in a nationally representative sample. *Comprehensive Psychiatry*, 45, 4, 246-53, citato in Bagby M., Quilty L.C., Ryder A.C. (2008). Personality and Depression. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53, 1, 14-25.
- Coyne J.C. (1976). Toward an Interactional Description of Depression. *Psychiatry*, 39, 28-40.
- Coyne J.C., Whiffen V.E. (1995). Issues in Personality as Diathesis for Depression: The Case of Sociotropy- Dependency and Autonomy-Self-Criticism. *Psychological Bulletin*, 118, 3, 358-78.
- Cramer P., Blatt S.J., Ford R.Q. (1988). Defense Mechanism in the Anaclitic and Introjective Personality Configuration. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 4, 610-6.
- Dazzi N. (2008). Introduzione alla Parte III. Basi concettuali ed empiriche per una classificazione psicodinamica dei disturbi mentali, in *Psychodynamic Diagnostic Manual Task Force (2006), Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM)*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2008, XXXIX-XLIV.
- Dell'Osso L., Guglielmi P., Garofano A., Signoretta S., Placidi G.F. (1992). Il temperamento nei disturbi ricorrenti dell'umore. In G.F. Placidi, L. Dell'Osso, L.M. Canova (a cura di), *I confini dei Disturbi dell'Umore*. Pisa: Servizio editoriale universitario, 73-9.
- Desmet M., Vanheule S., Groenvynck H., Verhaeghe P., Vogel J., Bogaerts S. (2007). The Depressive Experiences Questionnaire. An Inquiry into the Different Scoring Procedures. *European Journal of Psychological Assessment*, 23, 2, 89-98.
- Desmet M., Vanheule S., Verhaeghe P. (2006). Dependency, Self-Criticism, and the symptom specificity hypothesis in a depressed clinical sample. *Social Behavior and Personality*, 34, 8, 1017-26.
- Dicks H.V. (1967), *Tensioni coniugali: studi clinici per una teoria psicologica dell'interazione*. Seconda edizione. Roma: Edizioni Borla, 2005.
- Dostoevskij F.M. (1864), *Memorie dal sottosuolo*. Milano: Garzanti Editore, 1992.
- Duberstein P.R., Heisel M.J. (2007). Personality traits and the reporting of affective disorder symptoms in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 103, 165-71.
- Duggan C., Milton J., Egan V., McCarty L., Palmer B., Lee A. (2003). Theories of general personality and mental disorder. *British Journal of Psychiatry*, 182, 44, s19-s23.
- Dunkley D.M., Blankstein K.R., Zuroff D.C., Lecce S., Hui D. (2006). Neediness and Connectedness and the Five-Factor Model of Personality. *European Journal of Personality*, 20, 123-36.

- Durr M.R., Sherry P. (2012). Psychometric Evaluation of the Beck Depression Inventory-II by Means of Rasch Analysis. *American Psychological Association 2012 Convention Presentation*.
- Falgares G., Lo Coco G., Scrima F. (2011). Un contributo alla validazione italiana del Depressive Experiences Questionnaire: primi risultati su un gruppo non clinico. *Catania: Congresso AIP sezione Psicologia Dinamica*.
- Falgares G., Lo Coco G., Scrima F. (2012). La validazione italiana del Depressive Experiences Questionnaire: risultati comparativi tra gruppo clinico e gruppo di controllo. *Chieti: Congresso AIP sezione Psicologia Dinamica*.
- Farabaugh A., Fava M., Mischoulon D., Sklarsky K., Peterson T., Alpert J. (2005). Relationships between major depressive disorder and comorbid anxiety and personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 266-71.
- Fava M., Alpert J.E., Borus J., Nierenberg A.A., Pava J.A., Rosenbaum J.F. (1996). Patterns of Personality Disorder Comorbidity in Early-Onset Versus Late-Onset Major Depression. *The American Journal of Psychiatry*, 153, 10, 1308-12.
- Fazaa N., Page S. (2003). Dependency and Self-Criticism as Predictor of Suicidal Behavior. *Suicide & Life – Threatening Behavior*, 33, 2, 172-85.
- Fazio C. (1984). Presentazione. In G.B. Cassano (a cura di), *La condizione depressiva*. Milano: Masson, VII-VIII.
- Fenichel O. (1945). Depressione e mania. In W. Gaylin (a cura di), *Il significato della disperazione*. Roma: Astrolabio, 1973, 90-122.
- Fertuck E.A., Bucci W., Blatt S.J., Ford R.Q. (2004). Verbal Representation and therapeutic change in anaclitic and introjective inpatients. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 1, 13-25.
- Fonagy P. (2004). Foreword, in Blatt S.J. (2004), *Experiences of Depression. Theoretical, clinical, and research perspectives*. Washington: American Psychological Association, IX-XII.
- Fonagy P., Target M. (2003), *Psicopatologia evolutiva. Le teorie psicoanalitiche*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2005.
- Fornari F. (1959). Contributo alla teoria psicoanalitica della depressione. *Rivista di psicoanalisi*, 3, 211-24.
- Fox J., Dayle J. (2013). DSM-5 and Bereavement: The Loss of Normal Grief? *Journal of Counseling & Development*, 91, 113-119.
- Frances A. (2012). DSM-5 to the Barricades on Grief: Defending the Indefensible. *Society for Humanistic Psychology*.
- Franzini A., Messina G., Marras C., Savino M., Miniati M., Bugiani O., Broggi G. (2008). Hamilton Rating Scale for Depression- 21 Modifications in Patients With Vagal

Nerve Stimulation for Treatment of Treatment- Resistant Depression: Series Report. *Neuromodulation: Technology at the Neural Interface*, 11, 4, 267-71.

Freud S. (1892), Minuta A, in *Opere 1892-1899: Progetto di una psicologia e altri scritti*, Torino: Bollati Boringhieri, 1968, 7-9.

- (1894), Minuta D, in *Opere 1892-1899: Progetto di una psicologia e altri scritti*, Torino: Bollati Boringhieri, 1968, 17-8.

- (1895), Minuta G, in *Opere 1892-1899: Progetto di una psicologia e altri scritti*, Torino: Bollati Boringhieri, 1968, 29-35.

- (1896), Nuove osservazioni sulle neuropsicosi da difesa, in *Opere 1892-1899: Progetto di una psicologia e altri scritti*, Torino: Bollati Boringhieri, 1968, 305-27.

- (1897a), *Lettere a Wilhelm Fliess (1887-1904)*. Torino: Paolo Boringhieri, 1986, 286, 295.

- (1897b), Minuta N, in *Opere 1892-1899: Progetto di una psicologia e altri scritti*, Torino: Bollati Boringhieri, 1968, 64-6.

- (1910), Contributi a una discussione sul suicidio, in *Opere 1909-1912: casi clinici e altri scritti*, Torino: Bollati Boringhieri, 1974, 299-302.

- (1914), Introduzione al narcisismo, in *Totem e tabù e altri scritti: 1912-1914*. Torino: Bollati Boringhieri, 1989, 440-72.

- (1917a), Lutto e melanconia, in *Introduzione alla psicoanalisi e altri scritti: 1915-1917*, Torino: Bollati Boringhieri, 1989, 100-18.

- (1917b), *Introduzione alla Psicoanalisi (Prima serie di lezioni)*. Torino: Bollati Boringhieri, 1978.

- (1921), Psicologia delle masse e analisi dell'Io, in *Opere 1917-1923: L'Io e l'Es e altri scritti*, Torino: Bollati Boringhieri, 1977, 259-330.

- (1923), L'Io e l'Es, *Opere 1917-1923: L'Io e l'Es e altri scritti*, Torino: Bollati Boringhieri, 1977, 471-520.

- (1926), *Inibizione, sintomo e angoscia*. Torino: Paolo Boringhieri, 1961.

- (1932), *Introduzione alla Psicoanalisi (Seconda serie di lezioni)*. Torino: Bollati Boringhieri, 1978.

Gabbard G. O. (1995). Eziologia psicodinamica. In Kaplan H.I., Sadock J.B., *Disturbi dell'Umore*. Torino: Centro scientifico internazionale, 1996, 57-64.

- (2000), *Psichiatria psicodinamica. Terza edizione*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2002.

Galimberti U. (1999), *Psicologia*. Torino: Garzanti.

Gaylin W. (1968). Prefazione. In W. Gaylin (a cura di), *Il significato della disperazione*. Roma: Astrolabio, 1973, 7-27.

Geets C. (1971), *Melanie Klein. Studio introduttivo sulla nascita e sullo sviluppo delle idee kleiniane*. Roma: Astrolabio, 1972.

Gero G. (1962). Psychoanalytic Concepts of Depression. *Psychoanalytic Quarterly*, 31, 92-7.

Giberti F. (1985). Depressione tra psichiatria e psicoanalisi. In F. Giberti (a cura di), *L'altra depressione: apporti psicoanalitici alla psichiatria*. Padova: Piccin, 1-33.

Goldberg J. (1985), *La colpa*. Milano: Fertinelli, 1988.

Gorwood P., Rouillon F., Even C., Falissard B., Corruble E., Moran P. (2010). Treatment response in major depression: effects of personality dysfunction and prior depression. *The British Journal of Psychiatry*, 196, 139-42.

Greenberg J.R., Mitchell S.A. (1983), *Le relazioni oggettuali nella teoria psicoanalitica*. Bologna: Il Mulino, 1986.

Grilo C.M., McGlashan T.H., Skodol A.E. (2000). Stability and course of personality disorders: the need to consider comorbidities and continuities between Axis I psychiatric disorders and Axis II personality Disorders. *Psychiatric Quarterly*, 71, 4, 291-307.

Grinberg L. (1971), *Colpa e depressione*. Roma: Ubaldini Editore, 1990.

Grinker R. et al. (1961). *The Phenomena of Depressions*. New York: Hoeber, citato in Sandler J., Joffe W.G. (1965a). Notes on Childhood Depression. *International Journal of Psycho-Analysis*, 46, 88-96.

Grosskurth P. (1987), *Melanie Klein. Il suo mondo e il suo lavoro*. Torino: Bollati Boringhieri, 1988.

Grunberger B. (1971), *Il Narcisismo: saggio di psicoanalisi*. Bari: Astrolabio, 1990.

Gunderson J.G., Phillips K.A. (1991). A Current View of the Interface Between Borderline Personality Disorder and Depression. *The American Journal of Psychiatry*, 148, 8, 967-75.

Gunderson J.G., Stout R.L., Sanislow C.A., Shea M.T., McGlashan T.H., Zanarini M.C., Daversa M.T., Grilo C.M., Yen S., Skodol A.E. (2008). New episodes and new onsets of major depression in borderline and other personality disorders. *Journal of Affective Disorders*, 111, 40-5.

Guttman L. (1968). A general nonmetric technique for finding the smallest coordinate space for configuration of points. *Psychometrika*, 33, 469-506, citato in Blatt S.J., Zohar A.H., Quinland D.M., Zuroff D.C., Mongrain M. (1995). Subscales Within the Dependency Factor of the Depressive Experiences Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 64, 2, 319-39.

Hamilton M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 23, 56-62.

Hartlage S., Arduino K., Alloy L.B. (1998). Depressive Personality Characteristics: State dependent Concomitants of Depressive Disorder and Traits Independent of Current Depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 2, 349-54.

Hartmann H., Kris E. Lowenstein R.M. (1961), Note sul Super-Io, in *Scritti di psicologia psicoanalitica*. Torino: Bollati Boringhieri, 1978, 162-213.

Hawley L.L., Ho M.R., Zuroff D.C., Blatt S.J. (1996). The Relationship of Perfectionism, Depression, and Therapeutic Alliance During Treatment for Depression: Latent Difference Score Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 5, 930-42.

Haynal A. (1976), *Il senso della disperazione*. Milano: Feltrinelli, 1980.

Hellerstein D.J., Skodol A.E., Petkova E., Xie H., Markowitz J.C., Yen S., Gunderson J., Grilo C., Daversa M.T., McGlashan T.H. (2010). The impact of comorbid dysthymic disorder on outcome in personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 51, 449-57.

Hewitt P.L., Flett G.L. (1990). Perfectionism and depression: A multidimensional analysis. *Journal of Social Behavior and Personality*, 5, 423-38.

Hinshelwood R.D. (1989), *Dizionario di psicoanalisi kleiniana*. Milano: Raffaello Cortina, 1990.

Hirschfeld R.M.A. (1999). Personality disorders and depression: comorbidity. *Depression and Anxiety*, 10, 142-6.

Hirschfeld R.M.A., Klerman G.L., Clayton P.J., Keller M.B. (1983a). Personality and Depression. *Archives of General Psychiatry*, 40, 993-8.

Hirschfeld R.M.A., Klerman G.L., Clayton P.J., Keller M.B., McDonald-Scott P., Larkin B.H (1983b). Assessing Personality: Effects of the Depressive State on Trait Measurement. *American Journal of Psychiatry*, 140, 6, 695-9.

Hirschfeld R.M.A., Klerman G.L., Lavori P., Keller M.B., Griffith P., Coryell W. (1989). Premorbid Personality Assessments of First Onset of Major Depression. *Archives of General Psychiatry*, 46, 345-50.

Horowitz L.M., Alden L.E., Wiggins J.S., Pincus A.L. (2000), *Inventory of interpersonal problems (IIP-32/IIP-64)*. London: Psychological Corporation, citato in Falgares G., Lo Coco G., Scrima F. (2012). La validazione italiana del Depressive Experiences Questionnaire: risultati comparativi tra gruppo clinico e gruppo di controllo. *Chieti: Congresso AIP sezione Psicologia Dinamica*.

Hosseini K. (2003), *Il cacciatore di aquiloni*. Alessandria: Edizioni Piemme, 2004.

- Huprich S.K. (1998). Depressive personality disorder: theoretical issues, clinical findings, and future research questions. *Clinical Psychology Review*, 18, 5, 477-500.
- Huprich S.K. (2012). Considering the Evidence and Making the Most Empirically Informed Decision About Depressive Personality Disorder in DSM-5. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3, 4, 470-82.
- Huprich S.K., Zimmerman M., Chelminiski I. (2006). Disentangling depressive personality disorder from avoidant, borderline, and obsessive-compulsive personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 298-306.
- Isaacs S. (1948). Natura e funzione della fantasia. *Richard e Piggie*, 1995, 3, 2, 137-80.
- Jacobson E. (1964), *Il Sé e il mondo oggettuale*. Firenze: Martinelli, 1974.
- Jacobson E. (1971), *La depressione: studi comparativi degli stati normali, nevrotici, psicotici*. Firenze: G. Martinelli Editore, 1977.
- Johnson J.G., Cohen P., Kasen S., Brook J.S. (2005). Personality disorder traits associated with risk for unipolar depression during middle adulthood. *Psychiatry Research*, 136, 113-21.
- Joyce P.R., Luty S.E., McKenzie J.M., Mulder R.T., McIntosh V.V., Carter F.A., Bulik C.M., Sullivan P.F. (2004). Bipolar II disorder: personality and outcome in two clinical samples. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 433-8.
- Kelly B.D., Nur U.A., Tyrer P., Casey P. (2009). Impact of severity of personality disorder on the outcome of depression. *European Psychiatry*, 24, 2009, 322-6.
- Kendler K.S. (2010). *A Statement from Kenneth S. Kendler, M.D., on the proposal to eliminate the grief exclusion criterion from Major Depression*. Consultato su www.dsm5.org.
- Kernberg O.F. (1988). Clinical dimensions of masochism. *Journal of The American Psychoanalytic Association*, 36, 4, 1005-29.
- Klein D.M. (1999a). Depressive personality. *The Harvard Mental Health Letter*, 16, 3.
- Klein D.N. (1999b). Depressive personality in the relatives of outpatients with dysthymic disorder and episodic major depressive disorder and normal control. *Journal of Affective Disorders*, 55, 19-27.
- Klein D.N., Kotov R., Bufferd S.J. (2011). Personality and Depression: Explanatory Models and Review of the Evidence. *The Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 269-95.
- Klein M. (1935), Contributo alla psicogenesi degli stati maniaco-depressivi, in *Scritti 1921-1958*, Torino: Bollati Boringhieri, 1978, 297-325.
- (1940), Il lutto e la sua connessione con gli stati maniaco-depressivi, in *Scritti 1921-1958*, Torino: Bollati Boringhieri, 1978, 326- 54.

Kohut H. (1966), *Forme e trasformazioni del narcisismo*, in *La ricerca del Sé* (1978), Torino, Bollati Boringhieri, 1982, 82-110.

Kohut H. (1972), *Pensieri sul narcisismo e sulla rabbia narcisistica*, in *La ricerca del Sé* (1978), Torino, Bollati Boringhieri, 1982, 124-62.

Kohut H., Wolf E.S. (1978), *Profilo riassuntivo dei disturbi del Sé e del loro trattamento*, in *La ricerca del Sé* (1978), Torino, Bollati Boringhieri, 1982, 163-86.

Kraepelin E. (1904), *Trattato di psichiatria, vol. II, Psichiatria Speciale*. Milano: Vallardi, 1907.

- (1905), *Introduzione alla clinica psichiatrica: Trenta Lezioni del Dottor Emil Kraepelin*. Milano: Società Editrice Libreria.

Kretschmer E. (1925), *Physique and Character*. Cambridge: International Library of Psychology.

Kristeva J. (1987), *Sole nero: Depressione e melanconia*. Milano: Feltrinelli Editore, 1988.

Kriston L., von Wolff A. (2011). Not as golden standards should be: Interpretation of the Hamilton Rating Scale for Depression. *Journal of Affective Disorders*, 128, 175-7.

Kutchins H., Kirk S. (1997), *Ci fanno passare per matti. DSM: La Bibbia della psichiatria e la creazione dei disturbi mentali*. Roma: G. Fioriti, 2003.

Laptook R.S., Klein D.N., Dougherty L.R. (2006). Ten-Year Stability of Depressive Personality Disorder in Depressed Outpatients. *The American Journal of Psychiatry*, 163, 5, 865-71.

Lehman A.K., Ellis B., Becker J., Rosenfarb I., Devine R., Khan A., Reichler R. (1997). Personality and Depression: A Validation Study of the Depressive Experiences Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 68, 1, 197-210.

Levenson J.C., Wallace M.L., Fournier J.C., Rucci P., Frank E. (2012). The Role of Personality Pathology in Depression Treatment Outcome With Psychotherapy and Pharmacotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 5, 719-29.

Licht R.W., Qvitzau S., Allerup P., Bech P. (2005). Validation of the Bech-Rafaelsen Melancholia Scale and the Hamilton Depression Scale in patients with major depression: is the total score a valid measure of illness severity? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 144-9.

Lingiardi V. (2001), *La personalità e i suoi disturbi*. Milano: Il Saggiatore.

Lingiardi V., Del Corno F. (2008). Presentazione all'edizione italiana, in *Psychodynamic Diagnostic Manual Task Force* (2006), *Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM)*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2008, XVII-XXXV.

- Lingiardi V., Gazzillo F. (2003). Introduzione al pensiero di Westen e alla valutazione della personalità con la SWAP-200, in Westen D.W., Shedler J., Lingiardi V. (2003), *La valutazione della personalità con la SWAP-200*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1-35.
- Luyten P., Blatt S.J. (2007). Looking Back Towards the Future: Is It Time to Change the DSM Approach to Psychiatric Disorders? The case of Depression. *Psychiatry*, 70, 2, 85-99.
- Luyten P., Blatt S.J. (2013). Interpersonal Relatedness and Self- Definition in Normal and Disrupted Personality Development. *American Psychologist*, 68, 3, 172-83.
- Luyten P., Sabbe B., Blatt S.J., Meganck S., Jansen B., De Grave C., Maes F., Corveleyn J. (2007a). Dependency and self-criticism: relationship with major depressive disorder, severity of depression, and clinical presentation. *Depression and Anxiety*, 24, 587-96.
- McBride C., Zuroff D.C., Bacchioni J., Bagby R.M. (2006). Depressive Experiences Questionnaire: Does it Measure Maladaptive and Adaptive Forms of Dependency? *Social Behavior and Personality*, 34, 1, 1-16.
- McDermut W., Zimmerman M., Chelminsky I. (2003). The Construct Validity of Depressive Personality Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 1, 49-60.
- McWilliams N. (1998). Relazione, soggettività e inferenza nel processo diagnostico. In J.W. Barron (a cura di), *Dare un senso alla diagnosi*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2005, 199-228.
- Michels R. (2010). Editorial. Personality Disorders in the Depressed: Seeing Clearly Through Blue Lenses. *The American Journal of Psychiatry*, 167, 5, 487-8.
- Mitchell S.A., Black M.J. (1995), *L'esperienza della psicoanalisi: storia del pensiero psicoanalitico moderno*. Torino: Bollati Boringhieri, 1996.
- Money-Kyrle R.E. (1969). On the fear of insanity. *The Collected Papers of Roger Money-Kyrle*, 434-41, citato in Spillius B.E. (1988). Introduzione. In E.B. Spillius (a cura di), *Melanie Klein e il suo impatto sulla psicoanalisi oggi. Volume primo: la teoria*. Roma: Astrolabio, 213-20.
- Mongrain M., Leather F. (2006). Immature Dependence and Self-Criticism Predict the Recurrence of Major Depression. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 6, 705-13.
- Morey L.C., Shea M.T., Markowitz J.C., Stout R.L., Hopwood C.J., Gunderson J.G., Grilo C.M., McGlashan T.H., Yen S., Sanislow C.A., Skodol A.E. (2010). State Effects of Major Depression on the Assessment of Personality and Personality Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 167, 528-35.
- Morrison A.P. (1984). Shame and the Psychology of the Self. In P.E. Stepansky, A. Goldberg (a cura di), *Kohut's Legacy. Contributions to Self Psychology*. New Jersey: The Analytic Press, 71-90.

Mulder (2008). Personality and Depression: A Commentary. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53, 1, 3-5.

Mulder R.T. (2002). Personality pathology and treatment outcome in major depression: A review. *The American Journal of Psychiatry*, 159, 3, 359-71.

Mulder R.T., Joyce P.R., Frampton C.M.A. (2010). Personality disorders improve in patients treated for major depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122, 219-25.
Nunberg H. (1932), *Teoria generale delle nevrosi*. Roma: Astrolabio, 1976.

Neri C. (2007), *Gruppo*. Roma: Borla, 2004.

Ogden T. (1989), *Il limite primigenio dell'esperienza*. Roma: Ubaldini Editore, 1992.

Ogrodniczuk J.S., Piper W.E., Joyce A.S. *et al.* (2003). Five-Factor Personality traits as predictors of response to two forms of group therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 53, 4, 417-42, citato in Bagby M., Quilty L.C., Ryder A.C. (2008). Personality and Depression. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53, 1, 14-25.

Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, WHO) (1992), *ICD-10: Decima revisione della Classificazione Internazionale delle Sindromi e Disturbi Psichiatrici e Comportamentali. Descrizioni cliniche e direttive diagnostiche*. Milano: Masson.

Ørstavik R.E., Kendler K.S., Czajkowski N., Tambs K., Reichborn-Kjennerud T. (2007). The Relationship Between Depressive Personality Disorder and Major Depressive Disorder: A Population-Based Twin Study. *The American Journal of Psychiatry*, 164, 12, 1866-72.

Osman A., Barrios F.X., Gutierrez PM, Williams J.E., Bailey J. (2008). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II in nonclinical samples. *Journal of Clinical Psychology*, 64, 1, 83-102.

Ouimette P.C., Klein D.N., Anderson R., Riso L.P., Lizardi H. (1994). Relationship of Sociotropy/Autonomy and Dependency/Self-Criticism to DSM-III-R Personality Disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 4, 743-9.

Overholser J.C., Kabakoff R., Norman W.H. (1989). The Assessment of Personality Characteristics in Depressed and Dependent Psychiatric Inpatients. *Journal of Personality Assessment*, 53, 1, 40-50.

Paparo F. (1982), Introduzione, in Kohut H. (1978), *La ricerca del Sé*. Torino: Bollati Boringhieri, 1982, 11-24.

Pepper C.M., Klein D.N., Anderson R.L., Riso L.P., Ouimette P.C., Lizardi H. (1995). DSM-III-R Axis II Comorbidity in Dysthymia and Major Depression. *The American Journal of Psychiatry*, 152, 2, 239-47.

Perini G. (2006). Disturbi dell'Umore. In L. Pavan (a cura di), *Clinica Psichiatrica*. Padova: Cleup Sc., 212-41.

Peselow E.D., Sanfilippo M.P., Fieve R.R., Gulbenkian G. (1994). Personality Traits During Depression and After Clinical Recovery. *British Journal of Psychiatry*, 164, 349-54.

Pessoa F. (1986), *Il libro dell'inquietudine*. Milano: Feltrinelli Editore, 1988.

Phillips K.A., Gunderson J.G. (1999). Depressive Personality Disorder: fact or fiction? *Journal of Personality Disorders*, 13, 2, 128-34.

Phillips K.A., Gunderson J.G., Hirschfeld R.M.A., Smith L.E. (1990). A Review of the Depressive Personality. *The American Journal of Psychiatry*, 147, 7, 830-7.

Piers G., Singer M.B. (1953), *Shame and guilt*. Springfield: Thomas, citato in Hartmann H., Kris E. Lowenstein R.M. (1961), Note sul Super-Io, in *Scritti di psicologia psicoanalitica*. Torino: Bollati Boringhieri, 1978, 162-213.

Psychodynamic Diagnostic Manual Task Force (2006), *Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM)*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2008.

Quilty L.C., Zhang K.A., Bagby R.M. (2010). The Latent Symptom Structure of the Beck Depression Inventory-II in Outpatients with Major Depression. *Psychological Assessment*, 22, 3, 603-8.

Rado S. (1928). Il problema della melanconia. In W. Gaylin (a cura di), *Il significato della disperazione*. Roma: Astrolabio, 1973, 61-77.

Rado S. (1951). Psicodinamica della depressione dal punto di vista eziologico. In W. Gaylin (a cura di), *Il significato della disperazione*. Roma: Astrolabio, 1973, 79-89.

Rilke R.M. (1904). Lettera a un poeta, citata in Speciale-Bagliacca R. (1985). Contributi psicoanalitici alla comprensione della depressione. In F. Giberti (a cura di), *L'altra depressione: apporti psicoanalitici alla psichiatria*. Padova: Piccin, 35-65.

Robinson E.J., Shankman S.A., McFarland B.R. (2009). Independent Associations Between Personality Traits and Clinical Characteristics of Depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197, 7, 476-83.

Roccatagliata G. (1999). La psichiatria da Ippocrate a Kraepelin. In P. Cancheri, G.B. Cassano (a cura di), *Trattato di Psichiatria, seconda edizione*. Milano: Masson, 3-42.

Rodman F.R. (2003), *Winnicott. Vita e opere*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2004.

Rogers E., Mendoza E., Gomez R.G., Keller J., Che A., Tenakoon L., Schatzberg A.F. (2010). Exploratory Factor Analysis of the 24-Item Hamilton Depression Rating Scale. *American Psychological Association 2010 Convention Presentation*.

Rolland J.P.P., Stumpf W.D., Heinrich (1998). A psychometric examination of the French translation of the NEO-PI-R and NEO-FFI. *Journal of Personality Assessment*, 71, 2, 269-91.

Romera I., Pérez V., Menchón J. M., Polavieja P., Gilaberte I. (2011). Optimal cutoff point of the Hamilton Rating Scale for Depression according to normal levels of social and occupational functioning. *Psychiatry Research*, 186, 133-7.

Rosenfeld H. A. (1959). An investigation Into the Psycho-Analytic Theory of Depression. *International Journal of Psycho-Analysis*, 40, 105-30.

- (1960). Symposium on 'Depressive Illness': Vi A note on the Precipitating Factor. *International Journal of Psycho-Analysis*, 41, 512-3.

Ross L.E., Evans G., Sellers M., Romach M.K. (2003). Measurement issues in postpartum depression part 2: Assessment of somatic symptoms using the Hamilton rating Scale for Depression. *Archives of Women's Mental Health*, 6, 59-64.

Rottig D., Rottig S., Brieger P., Marneros A. (2007). Temperament and personality in bipolar I patients with and without mixed episodes. *Journal of Affective Disorders*, 104, 97-102.

Rude S.S., Burnham B.L. (1995). Connectedness and neediness: Factors of the DEQ and SAS dependency scales. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 323-40.

Ryder A.G., Quilty L.C., Vachon D.D., Bagby M. (2010). Depressive personality and treatment outcome in major depressive disorder. *Journal of Personality Disorders*, 24, 3, 392-404.

Ryder A.G., Schuller D.R., Bagby R.M. (2006). Depressive personality and dysthymia: Evaluating symptom and syndrome overlap. *Journal of Affective Disorders*, 91, 217-27.

S.J., Maroudas C. (1992). Convergences Among Psychoanalytic and Cognitive-Behavioral Theories of Depression. *Psychoanalytic Psychology*, 9, 2, 157-90.

Sandler J., Joffe W.G. (1965a). Notes on Childhood Depression. *International Journal of Psycho-Analysis*, 46, 88-96.

- (1965b). Note sul dolore, la depressione e l'individuazione. *La ricerca in psicoanalisi*, vol. I. Torino: Boringhieri, 1980, 141-73.

- (1967). Sul concetto di dolore con particolare riferimento alla depressione e al dolore psicogeno. *La ricerca in psicoanalisi*, vol. I. Torino: Boringhieri, 1980, 174-83.

Santor D.A., Bagby R.M., Joffe R.T. (1997c). Evaluating Stability and Change in Personality and Depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 6, 1354-62.

Santor D.A., Zuroff D.C., Fielding A. (1997a). Analysis and Revision of the Depressive Experiences Questionnaire: Examining Scale Performance as a Function of Scale Length. *Journal of Personality Assessment*, 69, 1, 145-63.

Santor D.A., Zuroff D.C., Mongrain M., Fielding A. (1997b). Validating the McGill Revision of the Depressive Experiences Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 69, 1, 164-82.

Saulsman L.M., Coall D.A., Nathan P.R. (2006). The Association Between Depressive Personality and Treatment Outcome for Depression Following a Group Cognitive-Behavioral Intervention. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 9, 1181-96.

Sayin A., Kuruoğlu A.C., Güleç M.Y., Aslan S. (2007). Relation of temperament and character properties with clinical presentation of bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 446-51.

Schneibel R., Brakemeier E.L., Wilbertz G., Dykieriek P., Zobel I., Schramm E. (2012). Sensitivity to detect change and correlation of clinical factors with the Hamilton Depression Rating Scale and the Beck Depression Inventory in depressed inpatients. *Psychiatry Research*, 198, 62-7.

Schneider K. (1950), *Le personalità psicopatiche*. Roma: Giovanni Fioriti Editore, 2008.

Segal H. (1964), *Introduzione all'opera di Melanie Klein*. Firenze: Martinelli, 1975.

Servadio E. (1961), Prefazione, in Freud S. (1926), *Inibizione, sintomo e angoscia*. Torino: Paolo Boringhieri, 1961, 9-16.

Shafer A.B. (2006). Meta-analysis of the Factor Structures of Four Depression Questionnaires: Beck, CES-D, Hamilton, and Zung. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 1, 123-146.

Shahar G., Blatt S., Ford R.Q. (2003a). Mixed anaclitic-introjective psychopathology in treatment-resistant inpatients undergoing psychoanalytic psychotherapy. *Psychoanalytic Psychology*, 20, 1, 84-102.

Shahar G., Blatt S.J., Zuroff D.C., Krupnick J.L., Sotsky S.M. (2004). Perfectionism impedes social relations and response to brief treatment for depression. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 2, 140-54.

Shahar G., Blatt S.J., Zuroff D.C., Pilkonis P.A. (2003b). Role of Perfectionism and Personality Disorder Features in Response to Brief Treatment for Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 3, 629-33.

Shapiro D. (1965), *Stili nevrotici*. Roma: Astrolabio, 1969.

Shea M.T., Pilkonis P.A., Beckham E., Collins J.F., Elkin I., Sotsky S.M., Docherty J.P. (1990). Personality Disorders and Treatment Outcome in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *The American Journal of Psychiatry*, 147, 6, 711-18.

Shea M.T., Widiger T.A., Klein M.H. (1992). Comorbidity of Personality Disorders and Depression: Implications for Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 857-68.

Shedler J., Westen D., Lingardi V. (2003) Introduzione. Personality assessment: tre tradizioni, in Westen D.W., Shedler J., Lingardi V. (2003), *La valutazione della personalità con la SWAP-200*. Milano: Raffaello Cortina Editore, VII-XII.

Shedler J., Westen D.W. (2008). La diagnosi di personalità con la Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP), in *Psychodynamic Diagnostic Manual Task Force*

(2006), *Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM)*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2008, 431-74.

Silk K.R. (2010). The quality of depression in BPD and diagnostic Process. *Journal of Personality Disorders*, 24, 1, 25-37.

Silverstein B., Edwards T., Gamma A., Ajdacic-Gross V., Rössler W., Angst (2013). The role played by depression associated with somatic symptomatology in accounting for the gender difference in the prevalence of depression. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 48, 257-63.

Siracusano A., Niolu C. (2007). La depressione. In A. Siracusano (a cura di), *Manuale di psichiatria*. Roma: Il Pensiero Scientifico, 329-76.

Siracusano A., Rubino I.A. (2007). Semeiotica Psichiatrica. In A. Siracusano (a cura di), *Manuale di psichiatria*. Roma: Il Pensiero Scientifico, 15-66.

Skodol A.E., Stout R.L., McGlashan T.H., Grilo C.M., Gunderson J.G., Shea M.T., Morey L.C., Zanarini M.C., Dyck I.R., Oldham J. (1999). Co-occurrence of mood and personality disorders: a report from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS). *Depression and Anxiety*, 10, 175-82.

Smarr K.L., Keefer A.L. (2011). Measures of Depression and Depressive Symptoms. *Arthritis Care & Research*, 63, S11, S454-S466.

Smith B.L. (1998). Testing psicologico, psicodiagnosi e psicoterapia. In J.W. Barron (a cura di), *Dare un senso alla diagnosi*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2005, 229-48.

Soriani A., Magnani V., Savino M., Pertugi G., Musetti L., Cassano G.B. (1992). Temperamento depressivo ed ipertimico in pazienti con depressione primaria. In G.F. Placidi, L. Dell'Osso, L.M. Canova (a cura di), *I confini dei Disturbi dell'Umore*. Pisa: Servizio editoriale universitario, 81-5.

Speziale-Bagliacca R. (1985). Contributi psicoanalitici alla comprensione della depressione. In F. Giberti (a cura di), *L'altra depressione: apporti psicoanalitici alla psichiatria*. Padova: Piccin, 35-65.

Speziale-Bagliacca R. (1997), *Colpa*. Roma: Astrolabio.

Spitz R.A. (1946). Depressione anaclitica: inchiesta sulla genesi delle condizioni psichiatriche nella prima infanzia. In W. Gaylin (a cura di), *Il significato della disperazione*. Roma: Astrolabio, 1973, 173-201.

Stanghellini G., Bertelli M., Raballo A. (2006). Typus melancholicus: Personality structure and the characteristics of major unipolar depressive episode. *Journal of Affective Disorder*, 93, 159-67.

Stanley B., Wilson S.T. (2006). Heightened subjective experience of depression in BPD. *Journal of Personality Disorders*, 20, 4, 307-18.

- Steer R.A., Ball R., Ranieri W.F., Beck A.T. (1999). Dimensions of the Beck Depression Inventory-II in Clinically Depressed Outpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 1, 117-28.
- Stuart S., Simons A.D., Thase M.E., Pilkonis P. (1992). Are personality assessment valid in acute major depression? *Journal of Affective Disorders*, 24, 281-90.
- Styron W. (1990), *Un'oscurità trasparente*. Milano: Arnoldo Mondadori Editore, 1996.
- Svevo I. (1923), *La coscienza di Zeno*. Bologna: Zanichelli, 1990.
- Tellenbach H. (1974), *Melancholia*. Roma: Il Pensiero Scientifico, 1975.
- Trajković G., Starčević V., Latas M., Leštarević, Ille T., Bukumirić Z., Marinković J. (2011). Reliability of the Hamilton Rating Scale for Depression: A meta- analysis over a period of 49 years. *Psychiatry Research*, 189, 1-9.
- Tundo A., Cassano G.B. (2007), *Psicopatologia e clinica psichiatrica* Torino: Utet Scienze Mediche.
- Tyson P., Tyson R.L. (1990), *Teorie psicoanalitiche dello sviluppo: una visione integrata*. Roma: Edizioni Borla, 1995.
- Vaillant G.E., McCullough L. (1998). Il ruolo dei meccanismi di difesa nella diagnosi dei disturbi di personalità. In J.W. Barron (a cura di), *Dare un senso alla diagnosi*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2005, 143-62.
- Vanheule S., Desmet M., Groenvynck H., Rosseel Y., Fontaine J. (2008). The Factor Structure of the Beck Depression Inventory-II: An Evaluation. *Assessment*, 15, 2, 177-87.
- Viglione D.J., Clemmey P.A., Camenzuli L. (1990). The Depressive Experiences Questionnaire: A Critical Review. *Journal of Personality Assessment*, 55, 1&2, 52-64.
- Viglione D.J., Lovette G.J., Gottlieb R., Friedberg R. (1995). Depressive Experiences Questionnaire: An empirical explorations of underlying theory. *Journal of Personality Assessment*, 65, 91-9.
- Ward L.C. (2006). Comparison of Factor Structure Models for the Beck Depression Inventory- II. *Psychological Assessment*, 18, 1, 81-8.
- Weber K., Giannakopoulos P., Bacchetta J., Quast S., Herrmann F.R., Delaloye C., Ghisletta P., De Ripaupierre A., Canuto A. (2012). Personality traits are associated with acute major depression across the age spectrum. *Age & Mental Health*, 16, 4, 472-80.
- Weiss E. (1944). Clinical Aspects of Depression. *Psychoanalytic Quartely*, 13, 445-62.
- Welkowitz J., Lish D.J., Bond R.N. (1985). The Depressive Experiences Questionnaire: Revision and Validation. *Journal of Personality Assessment*, 49, 1, 89-94.
- Weissman A., Beck A.T. (1978). *Development and validation of the Dysfunctional Attitudes Scale: A preliminary investigation*. Paper presented at the meeting of the American Educational Research Association, Toronto, Ontario, Canada, citato in Blatt

S.J. (2004), *Experiences of Depression. Theoretical, clinical, and research perspectives.* Washington (DC): American Psychological Association.

Welkowitz J., Lish J.D., Bond R.N. (1985). The Depressive Experiences Questionnaire: Revision and Validation. *Journal of Personality Assessment*, 49, 1, 89-94.

Westen D. (2002). *Clinical Diagnostic Interview.* Atlanta: Emory University, Departments of Psychology and Psychiatry and Behavioral Sciences. Consultato su <http://www.psychsystems.net/Manuals>.

- (2012). Prototype diagnosis of psychiatric syndromes. *World Psychiatry*, 11, 16-21.

Westen D., Malone J.C., DeFife J.A. (2012). An empirically derived approach to the classification and diagnosis of mood disorders. *World Psychiatry*, 11, 3, 172-80.

Westen D., Moses J., Silk K.R., Lohr N.E., Cohen R., Segal H. (1992). Quality of depressive experiences in BPD and major depression: when depression is not just depression. *Journal of Personality Disorders*, 6, 4, 382-93.

Westen D., Muderrisoglu S. (2003). Assessing personality disorders using a systematic clinical interview: evaluation of an alternative to structured interviews. *Journal of Personality Disorders*, 17, 4, 351-69.

- (2006). Clinical Assessment of Pathological Traits. *The American Journal of Psychiatry*, 163, 7, 1285-7.

Westen D., Shedler J. (2000). A Prototype Matching Approach to Diagnosing Personality Disorders: Toward DSM-V. *Journal of Personality Disorders*, 14, 2, 109-2000.

Westen D., Weinberger J. (2004). When Clinical Description Becomes Statistical Prediction. *American Psychologist*, 59, 7, 595-613.

Westen D.W., Gabbard G.O., Blagov P. (2005). Back to the Future: Personality Structure as a Context for Psychopathology. In R.F. Krueger, J.L. Tackett (a cura di), *Personality and Psychopathology.* New York: The Guilford Press, 335-84.

Westen D.W., Shedler J. (1999a). Revisione e valutazione dell'Asse II. Parte I: lo sviluppo di un metodo clinicamente ed empiricamente valido, in Westen D.W., Shedler J., Lingardi V. (2003), *La valutazione della personalità con la SWAP-200.* Milano: Raffaello Cortina Editore, 61-94.

- (1999b). Revisione e valutazione dell'Asse II. Parte II: verso una classificazione dei disturbi della personalità empiricamente fondata e clinicamente utile, in Westen D.W., Shedler J., Lingardi V. (2003), *La valutazione della personalità con la SWAP-200.* Milano: Raffaello Cortina Editore, 95-123.

- (2000). Un approccio alla diagnosi dei disturbi della personalità basato sulla comparazione con dei prototipi: verso il DSM-V, in Westen D.W., Shedler J., Lingardi V. (2003), *La valutazione della personalità con la SWAP-200.* Milano: Raffaello Cortina Editore, 125-45.

Westen D.W., Shedler J., Lingardi V. (2003), *La valutazione della personalità con la SWAP-200*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Widiger T.A., Shea T. (1991). Differentiation of Axis I and Axis II Disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 3, 399-406.

Wilde O. (1897), *De Profundis*. Firenze: Giunti Editore, 1997.

Williams J.B.W. (2001). Standardizing the Hamilton Depression Rating Scale: past, present, and future. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251, Suppl. 2, II/6-II/12.

Williams J.B.W., Kobak K.A., Bech P., Engelhardt N., Evans K., Lipsitz J., Olin J., Pearson J., Kalali A. (2008). The GRID-HAMD: standardization of the Hamilton Depression Rating Scale. *International Clinical Psychopharmacology*, 23, 120-9.

Winnicott C. (1978). Donald Winnicott come persona. In V. Bonamino, A. Giannakoulas (a cura di), *Il pensiero di D. W. Winnicott*, 1982, 95-108.

Winnicott D.W. (1954), La riparazione in funzione della difesa materna organizzata contro la depressione, in *Dalla pediatria alla psicoanalisi: patologia e normalità nel bambino: un approccio innovatore*, Firenze: G. Martinelli, 1991, 112-8.

- (1955), La posizione depressiva nello sviluppo emozionale normale, in *Dalla pediatria alla psicoanalisi: patologia e normalità nel bambino: un approccio innovatore*, Firenze: G. Martinelli, 1991, 315-31.

- (1956), La psicoanalisi e il senso di colpa, in *Sviluppo affettivo e ambiente*, Roma: Armando Editore, 1974, 11-28.

Winnicott D.W. (1962), Lo sviluppo della capacità di preoccuparsi, in *Sviluppo affettivo e ambiente*, Roma: Armando Editore, 1974, 89-101.

Yao S., Fang J., Zhu X., Zuroff D.C. (2009). The Depressive Experiences Questionnaire: construct validity and prediction of depressive symptoms in a sample of Chinese undergraduates. *Depression and Anxiety*, 26, 930-7.

Zimmerman M., Pfohl B., Coryell W.H., Corenthal C., Stangl D. (1991). Major depression and personality disorder. *Journal of Affective Disorders*, 22, 199-210.

Zinbarg R.E., Uliaszek A.A., Adler J.M. (2008). The Role of Personality in Psychotherapy for Anxiety and Depression. *Journal of Personality*, 76, 6, 1649-88.

Zisook S., Corruble E., Duan N., Iglewicz A., Karam E.G., Lanuette N., Lebowitz B., Pies R., Reynolds C., Seay K., Shear M.K. (2012). The bereavement exclusion and DSM-5. *Depression and Anxiety*, 29, 425-33.

Zuroff D.C. (1992). New directions for cognitive models of depression. *Psychological Inquiry*, 3, 274-7.

Zuroff D.C., Blatt S.J., Sanislow III C.A., Bondi C.M., Pilkonis P.A. (1999). Vulnerability to Depression: Reexamining State Dependence and Relative Stability. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 1, 76-89.

Zuroff D.C., Blatt S.J., Sotsky S.M., Krupnick J.L., Martin D.J., Sanislow II C.A., Simmens S. (2000). Relation of Therapeutic Alliance and Perfectionism to Outcome in Brief Outpatient Treatment of Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1, 114-24.

Zuroff D.C., de Lorimier (1989). Ideal and Actual Romantic Partner of Women Varying in Dependency and Self- Criticism. *Journal of Personality*, 57, 4, 825-46.

Zuroff D.C., Fitzpatrick D.K. (1995). Depressive personality styles: implications for adult attachment. *Personality and Individual Differences*, 18, 2, 253-65.

Zuroff D.C., Mongrain M. (1987). Dependency and Self-Criticism: Vulnerability Factors for Depressive Affective States. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 1, 14-22.

Zuroff D.C., Mongrain M., Santor D.A. (2004). Conceptualizing and Measuring Personality Vulnerability to Depression: Comment on Coyne and Whiffen (1995). *Psychological Bulletin*, 130, 3, 489-511.

Zuroff D.C., Quinland D.M., Blatt S.J. (1990). Psychometric properties of the Depressive Experiences Questionnaire in a college population. *Journal of Personality Assessment*, 55, 65-72.

BDI-II

Data: _____

Nome: _____ Stato civile: _____ Et : _____ Sesso: _____
Occupazione: _____ Scolarit : _____

ISTRUZIONI: Il presente questionario consiste di 21 gruppi di affermazioni. Per favore legga attentamente le affermazioni di ciascun gruppo. Per ogni gruppo scelga quella che meglio descrive come Lei si   sentito nelle *ultime due settimane (incluso oggi)*. Faccia una crocetta sul numero corrispondente all'affermazione da Lei scelta. Se pi  di una affermazione dello stesso gruppo descrive ugualmente bene come Lei si sente, faccia una crocetta sul numero pi  elevato per quel gruppo. Non scelga pi  di una affermazione per ciascun gruppo, incluse la domanda 16 ("Sonno") e la domanda 18 ("Appetito").   importante ricordare che non ci sono risposte giuste o sbagliate. Non si soffermi troppo su ogni affermazione: la prima risposta   spesso la pi  accurata. Grazie.

1. Tristezza

0. Non mi sento triste.
1. Mi sento triste per la maggior parte del tempo.
2. Mi sento sempre triste.
3. Mi sento cos  triste o infelice da non poterlo sopportare.

2. Pessimismo

0. Non sono scoraggiato riguardo al mio futuro.
1. Mi sento pi  scoraggiato riguardo al mio futuro rispetto al solito.
2. Non mi aspetto nulla di buono per me.
3. Sento che il mio futuro   senza speranza e che continuer  a peggiorare.

3. Fallimento

0. Non mi sento un fallito.
1. Ho fallito pi  di quanto avrei dovuto.
2. Se ripenso alla mia vita riesco a vedere solo una serie di fallimenti.
3. Ho la sensazione di essere un fallimento totale come persona.

4. Perdita di piacere

0. Traggo lo stesso piacere di sempre dalle cose che faccio.
1. Non traggo pi  piacere dalle cose come un tempo.
2. Traggo molto poco piacere dalle cose che di solito mi divertivano.
3. Non riesco a trarre alcun piacere dalle cose che una volta mi piacevano.

5. Senso di colpa

0. Non mi sento particolarmente in colpa.
1. Mi sento in colpa per molte cose che ho fatto o che avrei dovuto fare.
2. Mi sento molto spesso in colpa.
3. Mi sento sempre in colpa.

6. Sentimenti di punizione

0. Non mi sento come se stessi subendo una punizione.
1. Sento che potrei essere punito.
2. Mi aspetto di essere punito.
3. Mi sento come se stessi subendo una punizione.

7. Autostima

0. Considero me stesso come ho sempre fatto.
1. Credo meno in me stesso.
2. Sono deluso di me stesso.
3. Mi detesto.

8. Autocritica

0. Non mi critico n  mi biasimo pi  del solito.
1. Mi critico pi  spesso del solito.
2. Mi critico per tutte le mie colpe.
3. Mi biasimo per ogni cosa brutta che mi accade.

9. Suicidio

0. Non ho alcun pensiero suicida.
1. Ho pensieri suicidi ma non li realizzerei.
2. Sento che starei meglio se morissi.
3. Se mi si presentasse l'occasione, non esiterei ad uccidermi.

10. Pianto

0. Non piango pi  del solito.
1. Piango pi  del solito.
2. Piango per ogni minima cosa.
3. Ho spesso voglia di piangere ma non ci riesco.

11. Agitazione

0. Non mi sento pi  agitato o teso del solito.
1. Mi sento pi  agitato o teso del solito.
2. Sono cos  nervoso o agitato al punto che mi   difficile rimanere fermo.
3. Sono cos  nervoso o agitato che devo continuare a muovermi o a fare qualcosa.

12. Perdita di interessi

0. Non ho perso interesse verso le altre persone o verso le attività.
1. Sono meno interessato agli altri o alle cose rispetto a prima.
2. Ho perso la maggior parte dell'interesse verso le altre persone o cose.
3. Mi risulta difficile interessarmi a qualsiasi cosa.

13. Indecisione

0. Prendo decisioni come sempre.
1. Trovo più difficoltà del solito nel prendere decisioni.
2. Ho molte difficoltà nel prendere decisioni rispetto al solito.
3. Non riesco a prendere nessuna decisione.

14. Senso di inutilità

0. Non mi sento inutile.
1. Non mi sento valido e utile come un tempo.
2. Mi sento più inutile delle altre persone.
3. Mi sento completamente inutile.

15. Perdita di energia

0. Ho la stessa energia di sempre.
1. Ho meno energia del solito.
2. Non ho energia sufficiente per fare la maggior parte delle cose.
3. Ho così poca energia che non riesco a fare nulla.

16. Sonno

0. Non ho notato alcun cambiamento nel mio modo di dormire.
-

- 1a. Dormo un po' più del solito.
 - 1b. Dormo un po' meno del solito.
-

- 2a. Dormo molto più del solito.
 - 2b. Dormo molto meno del solito.
-

- 3a. Dormo quasi tutto il giorno.
- 3b. Mi sveglio 1-2 ore prima e non riesco a riaddormentarmi.

17. Irritabilità

0. Non sono più irritabile del solito.
1. Sono più irritabile del solito.
2. Sono molto più irritabile del solito.
3. Sono sempre irritabile.

18. Appetito

0. Non ho notato alcun cambiamento nel mio appetito.
-

- 1a. Il mio appetito è un po' diminuito rispetto al solito.
 - 1b. Il mio appetito è un po' aumentato rispetto al solito.
-

- 2a. Il mio appetito è molto diminuito rispetto al solito.
 - 2b. Il mio appetito è molto aumentato rispetto al solito.
-

- 3a. Non ho per niente appetito.
- 3b. Mangerei in qualsiasi momento.

19. Concentrazione

0. Riesco a concentrarmi come sempre.
1. Non riesco a concentrarmi come al solito.
2. Trovo difficile concentrarmi per molto tempo su qualsiasi cosa.
3. Non riesco a concentrarmi su nulla.

20. Fatica

0. Non sono più stanco o affaticato del solito.
1. Mi stanco e mi affatico più facilmente del solito.
2. Sono così stanco e affaticato che non riesco a fare molte delle cose che facevo prima.
3. Sono talmente stanco e affaticato che non riesco più a fare nessuna delle cose che facevo prima.

21. Sesso

0. Non ho notato alcun cambiamento recente nel mio interesse verso il sesso.
1. Sono meno interessato al sesso rispetto a prima.
2. Ora sono molto meno interessato al sesso.
3. Ho completamente perso l'interesse verso il sesso.

HAMILTON RATING SCALE FOR DEPRESSION HAM-D

Cognome e Nome.....

Data di Nascita

Codice Paziente..... Valutatore

Data valutazione.....

ISTRUZIONI GENERALI: Scegliere per ciascun item il punteggio che meglio caratterizza il paziente e riportarlo nella casella alla destra dell'item stesso.

<p>1 – UMORE DEPRESSO <i>(Sentimento di tristezza, mancanza di speranza, sentimento di incapacità e di inutilità)</i></p> <p>0. = Assente 1. = Manifesta questi sentimenti solo se interrogato 2. = Esprime spontaneamente questi sentimenti 3. = Comunica questi sentimenti con messaggi non verbali, cioè attraverso l'espressione del volto, la posizione del corpo, la voce e la tendenza al pianto 4. = Il paziente manifesta quasi esclusivamente questi sentimenti mediante messaggi sia verbali che non verbali</p>	<p>6 – INSONNIA RITARDATA</p> <p>0. = Nessuna difficoltà 1. = Si risveglia precocemente (nelle prime ore del mattino), ma si riaddormenta 2. = È incapace di addormentarsi se si alza dal letto</p>
<p>2 – SENTIMENTI DI COLPA</p> <p>5. = Assenti 6. = Autoaccusa, pensa di aver deluso la gente 7. = Idee di colpa o ripensamenti su errori passati o su azioni peccaminose 8. = L'attuale malattia è una punizione. Deliri di colpa 9. = Ode voci di accusa o di denigrazione e/o ha esperienze allucinatorie visive a contenuto minaccioso</p>	<p>7 – LAVORO E INTERESSI</p> <p>0. = Nessuna difficoltà 1. = Pensieri e sentimenti di incapacità, facile affaticabilità o debolezza nella attività (lavoro o hobby) 2. = Perdita di interesse per le attività – lavoro o hobby – sia riferite direttamente dal paziente, si esprime mediante atteggiamenti, quali indifferenza, indecisione ed incertezza (<i>sente che deve sforzarsi per lavorare</i>) 3. = Dedicare un minor tempo alle attività o è meno efficiente 4. = Ha cessato di lavorare a causa della malattia</p>
<p>3 – SUICIDIO</p> <p>0. = Assente 1. = Pensa che la vita non valga la pena di essere vissuta 2. = Vorrebbe essere morto o pensa alla possibilità di suicidarsi 3. = Idee o gesti di suicidio 4. = Tentativi di suicidio (<i>ogni serio tentativo deve essere valutato '4'</i>)</p>	<p>8 – RALLENTAMENTO <i>(Ideazione e linguaggio rallentati; ridotta capacità a concentrarsi diminuita attività motoria)</i></p> <p>0. = Pensiero e linguaggio normali 1. = Lieve rallentamento durante il colloquio 2. = Evidente rallentamento durante il colloquio 3. = Colloquio difficile 4. = Stato di arresto psicomotorio</p>
<p>4 – INSONNIA INIZIALE</p> <p>0. = Nessuna difficoltà ad addormentarsi 1. = Lamenta di avere talvolta difficoltà ad addormentarsi (p. es., gli occorre più di mezz'ora) 2. = Esprime spontaneamente questi sentimenti</p>	<p>9 – AGITAZIONE</p> <p>0. = Assente 1. = Irrequietezza 2. = Gioca con le mani, con i capelli, ecc. 3. = Si muove continuamente, non riesce a stare seduto 4. = Si torce le mani, si morde le unghie, si tira i capelli, si morde le labbra</p>
<p>5 – INSONNIA CENTRALE</p> <p>3. = Nessuna difficoltà 4. = Lamenta di essere diventato irrequieto durante la notte 5. = Si sveglia durante la notte – segnare '2' se si alza dal letto (<i>a meno che non sia per urinare</i>)</p>	<p>10 – ANSIA PSICHICA</p> <p>0. = Assente 1. = Tensione soggettiva ed irritabilità 2. = Preoccupazioni per questioni di poco conto 3. = Atteggiamento apprensivo evidente dalla mimica e dal linguaggio 4. = Manifesta spontaneamente paure</p>

<p>11 – ANSIA SOMATICA <i>ASPETTI SOMATICI DELL'ANSIA</i></p> <p>Gastrointestinali: secchezza delle fauci; meteorismo, indigestione, diarrea, crampi, eruttazione Cardiovascolari: palpitazioni, cefalea Respirazione: iperventilazione, sospiri Genito-urinari: pollachiuria Sudorazione</p> <p>0 = Assente 1=Lieve 2= Moderata 3=Notevole 4= Invalidante</p>	<p>B – VALUTAZIONE OBIETTIVA ESEGUITA PERIODICAMENTE</p> <p>0. = Meno di 500 g in una settimana 1. = Più di 500 g in una settimana 2. = Più di 1 Kg in una settimana 3. = Non valutata</p>
<p>12 – SINTOMI SOMATICI GASTROINTESTINALI</p> <p>0. = Assenti 1. = Perdita dell'appetito, ma si alimenta senza essere stimolato o aiutato dal personale. Senso di peso all'addome 2. = Difficoltà ad alimentarsi senza lo stimolo o l'aiuto del personale. Richiede o ha bisogno di lassativi o di farmaci per i disturbi gastrointestinali</p>	<p>17 – INSIGHT</p> <p>10. = Riconosce di essere depresso ed ammalato 11. = Riconosce di essere ammalato, ma attribuisce la responsabilità alla cattiva alimentazione, al clima, al superlavoro, a malattie infettive, al bisogno di riposo 12. = Nega decisamente di essere ammalato</p>
<p>13 – SINTOMI SOMATICI GENERALI</p> <p>5. = Assenti 6. = Pesantezza gli arti, alla schiena e alla testa. Mal di testa, mal di schiena, dolori muscolari. Perdita di energia e facile affaticabilità 7. = Se i sintomi sono molto evidenti segnare '2'</p>	<p>18 – VARIAZIONI DIURNE <i>A – INDICARE SE I SINTOMI SONO PIÙ GRAVI AL MATTINO O ALLA SERA</i></p> <p>5. = Nessuna variazione 6. = Più gravi al mattino 7. = Più gravi alla sera</p>
<p>14 – SINTOMI GENITALI (Sintomi quali: perdita della libido, disturbi mestruali)</p> <p>0= Assenti 1= Lievi 2= Gravi</p>	<p>B – SE PRESENTI VALUARE L'ENTITÀ DELLE VARIAZIONI</p> <p>0= Assenti 1= Lievi 2= Gravi</p>
<p>15 – IPOCONDRIA</p> <p>0. = Assente 1. = Polarizzazione sul proprio corpo 2. = Preoccupazione per la propria salute 3. = Frequenti lamentele, richieste di aiuto, ecc. 4. = Deliri ipocondriaci (ferma convinzione di avere una malattia somatica, senza che ve ne siano i motivi)</p>	<p>19 – DEPERSONALIZZAZIONE E DEREALIZZAZIONE (Per es.: sentimenti di irrealtà, idee di negazione)</p> <p>0 = Assente 1=Lieve 2= Moderata 3=Notevole 4= Invalidante</p>
<p>16 – PERDITA DI PESO (segnare A o B) <i>A – SECONDO IL PAZIENTE O I FAMILIARI</i></p> <p>4. = Nessuna perdita di peso 5. = Probabile perdita di peso associata alla presente malattia 6. = Evidente perdita di peso 7. = Non valutata</p>	<p>20 – SINTOMI PARANOIDEI</p> <p>5. = Assenti 6. = Sospettosità 7. = Idee di riferimento 8. = Deliri di riferimento e di persecuzione</p> <p>21 – SINTOMI OSSESSIVI E COMPULSIVI</p> <p>0= Assenti 1= Lievi 2= Gravi</p>

**DEPRESSIVE EXPERIENCES QUESTIONNAIRE
DEQ (Blatt et al., 1976)**

Di seguito sono riportate una serie di affermazioni riguardanti caratteristiche e tratti personali. Legga ogni frase e decida se si trova d'accordo o in disaccordo e in che misura. Se è **fortemente d'accordo** segni **7**, se è **fortemente in disaccordo** segni **1**, se si trova indecisa o neutrale rispetto all'affermazione, segni 4.

Forte disaccordo

Forte accordo

1. Mi prefiggo obiettivi e standard il più alti possibili.	1 2 3 4 5 6 7
2. Senza il supporto delle persone che mi stanno più vicine sarei senza speranza.	1 2 3 4 5 6 7
3. Tendo ad essere soddisfatto dei miei attuali progetti ed obiettivi, piuttosto che sforzarmi per obiettivi più elevati.	1 2 3 4 5 6 7
4. A volte mi sento importante mentre altre volte mi sento insignificante.	1 2 3 4 5 6 7
5. Quando sono coinvolto intimamente con qualcuno non sono mai geloso.	1 2 3 4 5 6 7
6. Ho urgentemente bisogno di cose che solo gli altri mi sanno dare.	1 2 3 4 5 6 7
7. Spesso non mi sento all'altezza dei miei standard o dei miei ideali.	1 2 3 4 5 6 7
8. Sento di usare sempre al massimo le mie capacità potenziali.	1 2 3 4 5 6 7
9. La mancanza di stabilità nelle relazioni umane non mi disturba.	1 2 3 4 5 6 7
10. Se non riesco ad essere all'altezza delle aspettative mi sento senza valore.	1 2 3 4 5 6 7
11. Molte volte mi sento impotente.	1 2 3 4 5 6 7
12. Raramente mi preoccupo di essere criticato per cose che ho detto o fatto.	1 2 3 4 5 6 7
	238

13. C'è una considerevole differenza tra come sono ora e come vorrei essere.	1 2 3 4 5 6 7
14. Mi piace essere scaltro nella competizione con gli altri.	1 2 3 4 5 6 7
15. Sento di dover soddisfare molte responsabilità.	1 2 3 4 5 6 7
16. Ci sono momenti in cui mi sento "vuoto".	1 2 3 4 5 6 7
17. Tendo ad essere insoddisfatto di quello che ho.	1 2 3 4 5 6 7
18. Non mi importa di essere all'altezza o meno di ciò che le persone si aspettano da me.	1 2 3 4 5 6 7
19. Mi spavento quando mi sento solo.	1 2 3 4 5 6 7
20. Se perdessi un caro amico mi sentirei come se stessi perdendo una parte importante di me.	1 2 3 4 5 6 7
21. Le persone mi accetteranno indipendentemente da quanti errori ho commesso.	1 2 3 4 5 6 7
22. Ho difficoltà a troncare una relazione che mi rende infelice.	1 2 3 4 5 6 7
23. Penso spesso al pericolo di perdere qualcuno che mi è vicino.	1 2 3 4 5 6 7
24. Le persone hanno alte aspettative su di me.	1 2 3 4 5 6 7
25. Quando sono con gli altri tendo a sottovalutare o a "svendere" me stesso.	1 2 3 4 5 6 7
26. Non sono così preoccupato di come le altre persone reagiscono nei miei confronti.	1 2 3 4 5 6 7
27. Non importa quanto sia stretta la relazione tra due persone, c'è sempre un'ampia quantità di incertezza e conflitto.	1 2 3 4 5 6 7
28. Sono molto sensibile ai segnali di rifiuto da parte degli altri.	1 2 3 4 5 6 7
29. Per la mia famiglia è importante che io abbia successo.	1 2 3 4 5 6 7
30. Spesso sento di aver deluso gli altri.	1 2 3 4 5 6 7
31. Se qualcuno mi fa arrabbiare gli/le faccio sapere come mi sento.	1 2 3 4 5 6 7
32. Provo continuamente a far piacere o aiutare persone che mi sono vicine, spesso andando molto oltre il mio abituale modo	1 2 3 4 5 6 7

di fare.	
33. Ho molte risorse interne (abilità, doti, forze).	1 2 3 4 5 6 7
34. Trovo molto difficile dire di no alle richieste degli amici.	1 2 3 4 5 6 7
35. Non mi sento mai veramente sicuro in una relazione intima.	1 2 3 4 5 6 7
36. Il modo in cui mi sento varia frequentemente: a volte mi sento estremamente bene, altre volte, quando vedo solo il lato cattivo di me, mi sento un totale fallimento.	1 2 3 4 5 6 7
37. Spesso mi sento minacciato dal cambiamento.	1 2 3 4 5 6 7
38. Anche se la persona a me più vicina mi abbandonasse potrei lo stesso "farcela da solo".	1 2 3 4 5 6 7
39. Si deve continuamente lavorare per guadagnarsi l'amore dell'altra persona: l'amore deve essere guadagnato.	1 2 3 4 5 6 7
40. Sono molto sensibile all'effetto che le mie parole o le mie azioni hanno sui sentimenti delle altre persone.	1 2 3 4 5 6 7
41. Spesso mi accuso per cose che ho fatto o detto a qualcuno.	1 2 3 4 5 6 7
42. Sono una persona molto indipendente.	1 2 3 4 5 6 7
43. Mi sento spesso in colpa.	1 2 3 4 5 6 7
44. Penso di essere una persona molto complessa, dalle molteplici sfaccettature.	1 2 3 4 5 6 7
45. Mi preoccupa molto di offendere o urtare qualcuno che mi è caro.	1 2 3 4 5 6 7
46. La rabbia mi spaventa.	1 2 3 4 5 6 7
47. Non è tanto chi sei ma cosa hai realizzato ciò che conta.	1 2 3 4 5 6 7
48. Mi sento bene sia che abbia successo sia che fallisca.	1 2 3 4 5 6 7
49. Posso facilmente mettere da parte i miei sentimenti ed i miei problemi e dedicarmi completamente ai sentimenti ed ai problemi degli altri.	1 2 3 4 5 6 7
50. Se qualcuno a cui tengo si arrabbiasse con me avrei paura che potrebbe lasciarmi.	1 2 3 4 5 6 7

51. Mi sento a mio agio quando mi vengono affidate importanti responsabilità.	1 2 3 4 5 6 7
52. Dopo un litigio con un amico devo riparare il prima possibile.	1 2 3 4 5 6 7
53. Ho difficoltà ad accettare le mie debolezze.	1 2 3 4 5 6 7
54. È più importante che il mio lavoro mi piaccia piuttosto che sia approvato dagli altri.	1 2 3 4 5 6 7
55. Dopo una discussione mi sento molto solo.	1 2 3 4 5 6 7
56. Nelle relazioni con gli altri sono continuamente preoccupato da quello che possono darmi.	1 2 3 4 5 6 7
57. Penso raramente alla mia famiglia.	1 2 3 4 5 6 7
58. I miei sentimenti nei confronti di qualcuno a cui tengo cambiano molto frequentemente: a volte mi sento molto arrabbiato e a volte mi sento estremamente affettuoso.	1 2 3 4 5 6 7
59. Quello che dico e faccio ha un impatto molto forte sulle persone che mi circondano.	1 2 3 4 5 6 7
60. A volte sento di essere speciale.	1 2 3 4 5 6 7
61. Sono cresciuto in una famiglia molto unita.	1 2 3 4 5 6 7
62. Sono molto soddisfatto di me stesso e dei miei risultati.	1 2 3 4 5 6 7
63. Pretendo molto da una persona a cui sono vicino/a.	1 2 3 4 5 6 7
64. Tendo ad essere molto critico con me stesso.	1 2 3 4 5 6 7
65. Stare da solo non mi disturba affatto.	1 2 3 4 5 6 7
66. Molto frequentemente mi confronto con standard o obiettivi.	1 2 3 4 5 6 7

MATERIALE NON PUBBLICATO
PER USO DI RICERCA
SI PREGA DI NON DIVULAGARE

Prof. Vittorio Lingiardi

Cattedra di Valutazione Testologica e Diagnosi

Facoltà di Psicologia 1, Università di Roma “La Sapienza”

Intervista clinico diagnostica
per la valutazione con la SWAP-200

A cura di Drew Westen e Jonathan Shedler

Principi generali:

- Questa intervista può essere utilizzata per finalità cliniche e di ricerca e può essere adoperata per valutare le sindromi di Assi I e Asse II, considerate come prototipi (cioè per misurare il grado di sovrapposibilità tra i sintomi o la personalità dei pazienti valutati e i prototipi di disturbi come la depressione maggiore o il disturbo borderline di personalità), ma non può essere utilizzata per applicare gli algoritmi diagnostici del DSM-IV a tutti quei disturbi che richiedano una indagine diretta sulla natura e la durata di centinaia di sintomi indicativi dei vari disturbi, che potrebbero essere o non essere clinicamente rilevanti. Questa intervista dovrebbe essere condotta come un colloquio clinico, la cui adeguatezza va verificata sulla base delle capacità cliniche, dell'empatia e delle ipotesi che emergono nel corso del colloquio. Come accade anche in un colloquio clinico, se il paziente dice qualcosa di ambiguo o di particolarmente significativo, l'intervistatore dovrebbe indagare ulteriormente questo tema. **Le domande in grassetto formano il “copione” di base attorno al quale l'intervistatore deve improvvisare.** Queste domande sono intese a standardizzare e sistematizzare il colloquio, e non a vincolare chi lo conduce a un modello rigido. Gli intervistatori devono sentirsi liberi di cambiare in parte la formulazione delle domande per adattarla allo stile del colloquio.

- Questa intervista si basa in gran parte su narrazioni, e richiede delle inferenze che si basano su quello che il soggetto dice, ma anche su quello che non dice ma sembra implicito nelle sue comunicazioni. Per uno scoring valido e affidabile è essenziale andare al di là dei “titoli” – le credenze generiche ed

esplicite dei pazienti – e arrivare al “testo” o ai racconti della persona intervistata. *Quando siete in dubbio, chiedete esempi specifici delle affermazioni fatte.*

- Se alcune domande di questa intervista diventano ridondanti perché la persona intervistata vi ha già fornito le risposte che cercate, non fatele (ad es., non chiedete al soggetto se è depresso se vi ha già parlato di una storia di depressione).

- L'intervistatore dovrebbe indagare in qualsiasi momento *le tendenze suicidarie o la presenza di psicosi* se i sintomi, i racconti o il modo di presentarsi del paziente fanno pensare che domande di questo tipo siano rilevanti. Se il paziente parla della propria depressione, o se l'intervistatore ha il sospetto che abbia degli impulsi suicidi, si dovrebbe indagare la presenza di ideazione e piani suicidari, o di passati tentativi di suicidio. Se in qualsiasi punto dell'intervista il paziente sembra disorganizzato, disorientato o maniacale, o se mostra segni sottili o spiccati di disturbo del pensiero, l'intervistatore dovrebbe valutare immediatamente il suo stato mentale (ad es., l'orientamento verso le persone, nel tempo e nello spazio, la memoria e la comprensione di proverbi) e l'uso attuale o recente di droghe, e dovrebbe indagare direttamente la presenza di sintomi psicotici o maniacali (per es. deliri, allucinazioni, paranoia e fuga del pensiero). Se il paziente è psicotico o maniacale, la parte restante dell'intervista dovrebbe essere abbreviata e ci si dovrebbe focalizzare soprattutto sulle domande necessarie a organizzare un piano clinico adeguato.

- Questa intervista non dovrebbe essere usata per fare diagnosi di Asse I in DSM-IV, che richiedono invece un'indagine diretta sulla presenza di sintomi di disturbi che possono essere rilevanti o meno per la valutazione del caso in questione. Essa può invece essere usata per valutare sindromi psichiatriche presenti o passate considerate come prototipi (ad es., può essere utile per valutare su una scala da 1 a 5 in che misura il paziente si sovrappone al prototipo di un paziente tipico con depressione maggiore, bulimia nervosa o abuso di alcol). Soprattutto se l'intervista è utilizzata per scopi clinici o per la valutazione dei sintomi psichiatrici e del funzionamento della personalità, la somministrazione di una symptom checklist prima dell'intervista può essere utile per minimizzare la probabilità di non rilevare alcuni sintomi di cui il paziente potrebbe non voler parlare durante il colloquio. L'intervistatore dovrebbe fare domande sulle risposte fornite alla checklist quando indaga sui sintomi attuali o sui temi che gli sembrano più importanti per altre ragioni.

- Di solito l'intervista può essere svolta agevolmente nel corso di tre incontri di 45-50 minuti l'uno. E' utile iniziare ad eseguire la SWAP dopo il secondo colloquio, lasciando in sospeso (ciccando sul bottone S) gli item ancora incerti. Questi possono essere raccolti in un elenco a parte dall'operatore e indagati nel corso dell'ultimo colloquio. Se con un/una paziente il processo va troppo per le lunghe, l'intervistatore, una volta sviluppata un' "impressione" sufficientemente articolata e stabile, dovrebbe chiedergli/le di fornire meno esempi e meno dettagli nel prosieguo dell'intervista.

- Durante il colloquio, l'intervistatore dovrebbe prendere nota dei commenti rilevanti del soggetto per codificare l'intervista o per stabilire quali sono gli argomenti su cui tornare per un'ulteriore indagine. Se state applicando un Q-sort o state facendo il rating dell'intervista, *siate sicuri di farlo nelle 24 ore successive all'intervista e riguardate con attenzione gli appunti che avete preso.* I ricordi di dettagli specifici svaniscono rapidamente, sia durante l'intervista sia dopo 24 ore, soprattutto se nel frattempo si vedono altri pazienti. **Nota bene:** se tra

l'osservazione e la valutazione di un'intervista videoregistrata passano più di 24 ore, il valutatore dovrebbe guardare l'intervista un'altra volta, altrimenti i dati non saranno validi.

Intervista diagnostico-clinica: Domande chiave e Istruzioni

1. Può parlarmi di sé e di cosa l'ha portata in clinica/in trattamento?

Se il paziente chiede cosa intende l'intervistatore quando dice "parlarmi di sé", quest'ultimo può chiarire quello che vuole sapere dicendo: "Vorrei sapere lei chi è, che cosa fa, che tipo è e quali sono le persone più importanti della sua vita".

- Riguardo ai sintomi, poi, l'intervistatore dovrebbe indagare sulle *lamentele attuali* e sulla *storia dei problemi psichiatrici* del paziente. Per ognuno di questi problemi, (ad es. depressione, angoscia, disturbi alimentari, abuso di sostanze), l'intervistatore dovrebbe valutare (a) l'angoscia soggettiva, (b) la gravità, incluso, dove appropriato, il loro impatto sul funzionamento adattivo e sulle relazioni interpersonali; (c) segni vegetativi e complicazioni mediche (ad es., problemi di sonno, acquisizione o perdita o di peso rapida, cessazione delle mestruazioni), (d) precipitanti e durata dell'episodio più recente o della sua esacerbazione; e (e) storia e decorso del disturbo, inclusi gli eventi precipitanti, se noti, dell'episodio originario. L'intervistatore dovrebbe essere sicuro di sapere o di aver chiesto perché il paziente ha chiesto una terapia proprio *adesso*.

- Prosegua, se è necessario, ponendo domande tipo: "Ci sono altre cose che le creano problemi o la preoccupano, o per le quali ha sofferto in passato?"

- Se questa intervista è usata per scopi clinici, l'intervistatore dovrebbe indagare in questo contesto anche la *storia dei trattamenti* del soggetto e la *storia familiare dei disturbi psichiatrici* iniziando con una domanda semplice del tipo: "Nella sua famiglia qualcuno ha sofferto di disturbi psichiatrici?"

- Se il soggetto intervistato non è un paziente, inizi chiedendo: "**Può parlarmi un po' di sé?**" e prosegua: "**Ci sono cose che la preoccupano, a cui pensa spesso, o che le creano problemi? E: "Si sente spesso depresso, angosciato, ha problemi alimentari, di alcol, di droga o di altro tipo?"**

2. Può parlarmi della sua infanzia? Come è stato il suo sviluppo?

- Indaghi la presenza di eventi ed esperienze particolarmente significative, incluse *perdite, patologie di rilievo, traslochi, educazione ricevuta dai genitori ed eventuali abusi*. Sia sicuro di farsi un'impressione generale sia dell'infanzia che dell'adolescenza del paziente e di formarsi un'impressione dell'"insieme dei personaggi" che hanno fatto parte della vita infantile della persona.

- **Come sono stati i suoi anni scolastici?** Laddove sembra appropriato, si faccia raccontare episodi specifici.

3. Mi può parlare della relazione che ha con sua madre?

- Se il paziente chiede dei chiarimenti, indaghi sulla storia delle sue relazioni passate e presenti.

- Ora vorrei che lei mi descrivesse un episodio specifico che ha vissuto con sua madre, un episodio che in qualche modo risalta sugli altri. Può essere una situazione tipica della sua relazione con lei, una situazione particolarmente significativa, positiva o negativa – qualsiasi cosa le venga in mente.

- Cerchi di capire se il soggetto ha fornito tutte queste specifiche: cosa ha portato a quella situazione, quello che pensavano e sentivano entrambi i partecipanti e l'esito di quella situazione. Se il soggetto non riesce a portare a termine questo compito, chiedi queste specifiche subito dopo aver fatto questa domanda e le ripeta, se necessario, una o due volte.

- Indagini su due o più eventi; indagini su racconti incompleti, ambigui o incoerenti.

4. Può parlarmi della relazione con suo padre?

Si faccia raccontare due episodi specifici.

5. Ha fratelli o sorelle? Mi può parlare un po' di loro e della relazione che ha con loro?

- **Mi può raccontare un episodio specifico che ha vissuto con uno dei loro?**

- Chiedi uno o due esempi in più; se il soggetto ha più di un fratello o una sorella, si faccia raccontare un episodio vissuto con un fratello o una sorella diversi da quelli del primo episodio.

6. C'è qualche altra persona che è stata particolarmente importante per lei durante l'infanzia o nel corso dell'adolescenza?

Se è così, si faccia raccontare *un episodio specifico*.

7. Ora vorrei sapere qualcosa delle sue amicizie. Che tipo di rapporti aveva con i suoi amici quando era piccolo? E adesso?

Indagini sulla storia delle relazioni di amicizia di queste persone.

- **Quali sono i suoi migliori amici adesso? Mi può dire qualcosa della sua relazione con uno di loro? Che tipo di relazione è?**

- Si faccia raccontare *due episodi specifici* che coinvolgono uno o due amici a seconda delle preferenze del soggetto.

8. Mi può parlare delle sue relazioni d'amore – come sono state?

- Indagini la storia delle sue relazioni da adulto. Se necessario, chiedi: "Le sue relazioni tendono a essere intense o tranquille?"

- **Attualmente è sposato o sentimentalmente impegnato con qualcuno? Potrebbe parlarmi di questa relazione?**

Chiedere di raccontare due o tre episodi specifici di una relazione amorosa attuale o passata

- **Com'è la sua vita sessuale?** Indagini le aree di piacere/soddisfazione, i conflitti e disfunzioni specifiche; indagini la storia sessuale, comprese le prime esperienze se clinicamente indicate. Se il paziente non descrive problemi nella sua vita sessuale, chiedi se le cose siano sempre andate in questo modo.

- **Ci sono cose che la fanno sentire a disagio sessualmente, o che le hanno portato attriti e disaccordi nelle sue relazioni? C'è qualcosa, nelle sue attitudini e nei suoi comportamenti sessuali, che altre persone potrebbero considerare insolito?** Cerchi di essere delicato nel porre questo tipo di domande, ma non si vergogni. Per gruppi culturali nei quali alcune domande potrebbero essere inappropriate, indagini gli aspetti di soddisfazione e insoddisfazione della relazione. L'intervistatore dovrebbe essere sicuro che, se il paziente sceglie di

non parlare specificatamente di sesso, questo è dovuto a costrizioni culturali e non al suo imbarazzo nel rispondere alle domande.

9. Potrebbe parlarmi della sua storia lavorativa ? Che lavoro svolge ora e quali altri lavori ha svolto in precedenza ?

- Indaghi se necessario : “ Tende a mantenere lo stesso lavoro per lungo tempo o cambia frequentemente mestiere? Alle volte si trova in conflitto con le persone del suo ambito di lavoro, colleghi, datori...?”

- Si faccia raccontare uno o due episodi specifici relativi al lavoro che svolge adesso o a un lavoro che ha svolto in passato?

- Indaghi segni di carattere ossessivo, di aggressione passiva o di ansietà nel coinvolgersi/impegnarsi e portare a termine un impegno professionale, se appropriato. Indaghi gli atteggiamenti nei confronti del denaro se sospetta un controllo eccessivo o troppo scarso. Indaghi quanto il lavoro sia soddisfacente o in che misura è un aspetto centrale dell'identità della persona valutata.

- Nel caso di casalinghe, cerchi di comprendere in che misura si sentono appagate da ciò che fanno e di eventuali conflitti a casa, considerando il modo in cui adempie al proprio dovere.

10. Ha dei bambini? Mi potrebbe parlare un po' di loro e del suo rapporto con loro?

- Si faccia raccontare due o tre episodi; se il soggetto ha più di un figlio, richieda informazioni su ciascuno di loro.

- Se non è già chiaro come il soggetto affronti le problematiche e le questioni relative alla dipendenza, in particolar modo se il soggetto non ha figli, chieda: “ Ci sono situazioni in cui si prende cura di alcune persone o altre persone si prendono cura di lei?” . “Come si sente a ricevere cure/attenzioni ? Le piace? La infastidisce?” “Potrebbe farmi un esempio di una volta in cui qualcuno si è preso cura di lei che risalta nella sua mente come tipico, significativo o problematico?”.

11. Ora vorrei che pensasse a un periodo che, nell' ultimo anno o due, è stato realmente difficile, stressante o sconvolgente e vorrei che me ne parlasse. Può essere una discussione con qualcuno che per lei è importante, un problema al lavoro, un problema finanziario, qualsiasi cosa lei abbia trovato particolarmente stressante.

- Indaghi accuratamente come la persona ha risposto alle esperienze di cui parla, includendo strategie consapevoli di coping (“ci sono cose, tra quelle che ha detto, che possono averla aiutata a superare questo evento”).

- **Ora mi parli di un altro episodio o di un'altra situazione difficile, stressante o sconvolgente verificatasi nel corso dell' ultimo anno o due.** Indaghi come prima. Non faccia questa domanda se ha già ascoltato diversi episodi recenti e se si è fatto un'idea chiara di come il soggetto tenda ad affrontare le pressioni e a regolare le emozioni.

- **Come reagisce il suo corpo quando è sotto stress? Si ammala spesso, ha mal di testa, problemi di stomaco, mal di schiena ecc.?Com'è il suo stato di salute in generale?** Indaghi ipocondriasi e somatizzazioni, sintomi di disturbi alimentari, inclusi, se necessario, sintomi residui.

- Se clinicamente indicato, domandi : “Droghe e alcool sono mai state un problema per lei?” Se il paziente è ambiguo, chiedi se qualcun altro si sia mai preoccupato pensando che il soggetto avesse problemi di droga o alcool.

- Se clinicamente indicato chiedi : “Ha mai recato danno a se stesso, ha cercato di uccidersi o pensato seriamente al suicidio?” Se così fosse, indagli con che frequenza e intensità ciò si sia verificato e chiedi almeno un episodio specifico.

12. Mi potrebbe parlare della relazione con il suo terapeuta ? **Se il paziente ha già incontrato altri terapeuti, cerchi di farsi raccontare la storia dei suoi trattamenti, incluso quello attuale, e uno o due episodi che riguardino l’ attuale terapeuta e quello precedente.**

13. Ora le vorrei fare alcune domande riguardo al modo in cui lei vede e sente sé stesso.

- **Non faccia queste domande se sono ridondanti o inutili.**
- Come si sente di solito riguardo se stesso? Le sue sensazioni/sentimenti riguardo a se stesso cambiano molto?
- Si sente mai come se non sapesse chi è, o come se diverse parti di lei non si accordino tra loro ?
- **Se il senso di identità del paziente o la sua abilità nel cogliere i significati nella vita non sono chiari, gli/le chiedi “cosa vuole dalla sua vita?”**
- **“Ci sono determinati obiettivi, valori o credenze che le fanno sembrare che la vita abbia valore o che sono per lei estremamente importanti?”. “Ci sono dei momenti in cui sente che la vita è insignificante?”.**
- **Dove, indagli credenze religiose o spirituali che sono particolarmente significative per la persona, che sembrano sostenerne l’identità o rivelano disturbi di pensiero. Non faccia questa domanda a meno che il paziente non le abbia dato ragione di credere che la spiritualità è un aspetto importante della sua vita.**

14. Vorrei terminare facendole qualche domanda sui suoi pensieri e sulle sue emozioni.

- **Richiedi esempi - cosa necessaria in ogni parte di questa sezione - ma non faccia domande ridondanti qualora le risposte ad alcune delle domande precedenti siano già chiare, e non ponga domande che sembrano irrilevanti o fuori luogo.**

- Com’è normalmente il suo umore? Lei è una persona triste/melanconica?

- Ha la tendenza a sentire e vivere molto intensamente le cose? **Indagli l’ intensità delle emozioni sia piacevoli sia spiacevoli.**

- Si sente spesso triste? Prova spesso vergogna o imbarazzo? sensi di colpa? rabbia? è nervoso? Cade spesso in preda al panico?

- Descriverebbe se stesso come una persona felice? **Indagli, se appropriato, la presenza di sintomi maniacali: “Si sente mai così felice o si**

crede mai così sù di umore da sembrarle surreale, come se pensasse di poter fare qualunque cosa?

- Si sente mai sopraffatto dai propri sentimenti? Ci sono delle volte in cui cerca di reprimere completamente i suoi sentimenti, o che si sente del tutto insensibile?

- Si è mai sentito come se si trovasse al di fuori del suo corpo, o che fosse in qualche modo distaccato dalle cose attorno a lei, come se le osservasse attraverso una lastra di vetro?

- Lei è una persona superstiziosa? Ha delle credenze che altre persone potrebbero trovare insolite?

- Crede che le persone possano leggere i pensieri di altre persone? Le capita mai di avere strani pensieri o sensazioni che sopraggiungono nella sua mente, come la sensazione che un' altra persona sia nella stessa stanza, o vedere improvvisamente immagini o sentire voci? **Non ponga queste domande se sembrano inappropriate o se le risposte a questo punto sono chiare. Se appropriato, proceda con domande dirette su alterazioni esplicite e disturbi del pensiero.**

15. Le ho fatto molte domande. Come si è sentito nel corso di questa intervista? C' è qualcosa di cui non abbiamo parlato e che secondo lei è invece importante per aiutarmi a capire ancora meglio che tipo di persona è lei? C'è qualche altra cosa che vorrebbe aggiungere o chiedermi?

Sia per i pazienti sia per i soggetti che partecipano alla ricerca, è utile fornire un feedback, che includa sia le caratteristiche problematiche del paziente sia le sue risorse.

INTERVISTA CLINICO-DIAGNOSTICA PER LA SWAP: SOMMARIO DELLE DOMANDE

1. Potrebbe parlarmi di sé e di cosa l' ha portata in clinica/in trattamento? Ci sono cose che la preoccupano, a cui pensa spesso, o che le creano problemi? Si sente spesso depresso, angosciato, ha problemi alimentari, di alcol, di droga o di altro tipo?

2. Può parlarmi della sua infanzia? Come è stato il suo sviluppo? Come sono stati i suoi anni scolastici?

3. Mi può parlare della relazione che ha con sua madre? Ora vorrei che lei mi descrivesse un episodio specifico che ha vissuto con sua madre, un episodio che in qualche modo risalta sugli altri. Può essere una situazione tipica della sua relazione con lei, una situazione particolarmente significativa, positiva o negativa – qualsiasi cosa le venga in mente.

4. Può parlarmi della relazione con suo padre?

5. Ha fratelli o sorelle? Mi può parlare un po' di loro e della relazione che ha con loro? Mi può raccontare un episodio specifico che ha vissuto con uno di loro?

6. C'è qualche altra persona che è stata importante per lei durante l'infanzia o nel corso dell'adolescenza?

7. Ora vorrei sapere qualcosa delle sue amicizie. Che tipo di rapporto aveva con i suoi amici quando era piccolo? E adesso? Quali sono i suoi migliori amici adesso? Mi può dire qualcosa della sua relazione con uno di loro? Che tipo di relazione è?

8. Mi può parlare delle sue relazioni d'amore – come sono state? Attualmente è sposato o sentimentalmente impegnato con qualcuno? Potrebbe parlarmi di questa relazione? Come è la sua vita sessuale? C'è qualcosa riguardo le sue attitudini o i suoi comportamenti sessuali che altre persone potrebbero considerare insolito? (Indagare su problemi sessuali se appropriato).

9. Potrebbe parlarmi della storia della sua vita lavorativa? Che lavoro svolge ora e quali altri ha svolto precedentemente?

10. Ha dei bambini? Mi potrebbe parlare un po' di loro e del suo rapporto con loro?

11. Ora vorrei che pensasse a un periodo che, nell'ultimo anno o due, è stato realmente difficile, stressante o sconvolgente e che me ne parlasse. Può essere una discussione con qualcuno di importante per lei, un problema al lavoro, un problema finanziario, qualsiasi cosa lei abbia trovato particolarmente stressante. (Indagare lo stato di salute generale, stress, disturbi alimentari, problemi di droga/alcol, ideazione suicidaria, gesti autolesivi, se appropriato).

12. Mi potrebbe parlare della relazione con il suo terapeuta?

13. Ora le vorrei fare qualche domanda riguardo al modo in cui lei vede e sente se stesso. Come si sente di solito riguardo sé stesso? Le sue sensazioni/sentimenti riguardo sé stesso cambiano molto? Si sente mai come se non sapesse chi è, o come se diverse parti di lei non si accordino insieme?

14. Vorrei terminare facendole qualche domanda sui suoi pensieri e sulle sue emozioni. Com'è normalmente il suo umore? Lei è una persona

triste/melanconica? Ha la tendenza a sentire e vivere molto intensamente le cose? Si sente spesso triste? Prova spesso vergogna o imbarazzo? Sensi di colpa? Rabbia ? È nervoso? Cade spesso in preda al panico? Descriverebbe se stesso come una persona felice? Si sente mai sopraffatto dai propri sentimenti? Ci sono delle volte in cui cerca di reprimere completamente i suoi sentimenti, o che si sente del tutto insensibile? Si è mai sentito come se si trovasse al di fuori del suo corpo, o che fosse in qualche modo distaccato dalle cose attorno a lei, come se le osservasse attraverso una lastra di vetro? Lei è una persona superstiziosa? Ha delle credenze che altre persone potrebbero trovare insolite? Crede che le persone possano leggere i pensieri di altre persone? Le capita mai di avere pensieri o sensazioni strani che sopraggiungono nella sua mente, come avere la sensazione che un' altra persona sia nella stessa stanza, o vedere improvvisamente immagini o sentire voci?

15. Le ho fatto molte domande. Come si è sentito nel corso di questa intervista? C' è qualcosa di cui non abbiamo parlato e che secondo lei è invece importante per aiutarmi a capire ancora meglio che tipo di persona è lei? C'è qualche altra cosa che vorrebbe aggiungere o chiedermi?