



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata
(FISPPA)**

**Corso di Laurea Magistrale in
PSICOLOGIA CLINICO – DINAMICA**

Tesi di Laurea Magistrale

**PERSONALITÀ DEPRESSIVA: STATO DELL'ARTE TRA DIAGNOSI CON
PDM-2 E LETTERATURA SCIENTIFICA ATTUALE**

**Depressive Personality: state of the art between diagnosis with PDM-2 and
current scientific literature**

Relatrice:

Prof.ssa Arianna Palmieri

Correlatore:

Prof. Enrico Mangini

Laureando

Giulia Menicagli

Matricola: 2550505

Anno Accademico 2022/2023

INDICE

ABSTRACT	V
INTRODUZIONE	IX
Introduzione alla Personalità Depressiva.....	XI
I CAPITOLO PRIMO - RACCORDO, LETTERATURA PSICOANALITICA E PERSONALITÀ DEPRESSIVA.....	1
1.1 Uno sguardo psicoanalitico alla Depressione e alla Personalità Depressiva	1
1.1.1 Abraham – L'appetito del vuoto: l'incorporazione cannibalica dell'oggetto amato	2
1.1.2 Freud – L'Io velato: l'ombra dell'oggetto ricade sull'Io.....	4
1.1.3 Klein – Dall'aggressività indifferente al senso di colpa.....	8
1.1.4 Bibring – L'interruzione della corsa verso l'Io ideale.....	13
1.1.5 Bowlby – Il crollo della base sicura e il lutto patologico	14
1.1.6 Mahler – Il riavvicinamento ad una figura assente e l' <i>helplessness</i>	15
1.1.7 Le prime teorizzazioni sulla personalità depressiva	17
1.1.8 Horney – Le nevrosi affettive e l'eterna ricerca dell'amore incondizionato	18
1.1.9 McWilliams – La personalità depressiva e i suoi nuclei principali	19
1.1.10 Blatt – I due sottotipi di Personalità Depressiva: introiettivo e anaclitico	20
1.1.11 Arieti – L'Altro dominante: la saturazione dello spazio intrapsichico da parte di un terzo	22
1.2 Modelli Relazionali	24
1.2.1 La sostituzione della rêverie materna con il “Sono altro, Sono altrove”	25
1.2.2 Micro-traumi familiari: l'eco dell' <i>Hilflosigkeit</i>	30
1.3 Un'esplorazione del Sé depressivo: le sue (i)stanze e i suoi mondi interiori	32
1.3.1 Il Sé colpevole: l'oppressione del tirannico Super-io.....	35
1.3.2 Il Sé iper-moralizzante: una rigida autocensura	37
1.3.3 Il Sé sottratto alle gratificazioni	38
1.3.4 Il Sé in preda al terrore di solitudine	39
1.3.5 Il Sé filiativo	39
1.4 Affetti e Pulsioni	40
1.5 I Meccanismi di Difesa	44
1.6 Transfert e controtransfert.....	49
1.7 Tra arte e linguaggio mito-poietico: il mito di Arianna	50

II CAPITOLO SECONDO - REVISIONE SISTEMATICA NEUROSCIENTIFICA SULLA PERSONALITÀ DEPRESSIVA.....	57
2.1 La prospettiva dell'‘<i>Embodiment</i>’	57
2.2 Obiettivi di ricerca	61
2.2.1 Criticità diagnostiche e diagnosi differenziale	63
2.2.1.1 <i>Disturbo Depressivo Persistente (DDP) o Distimia (DD)</i>	64
2.2.1.2 <i>Disturbo Depressivo Maggiore (MDD)</i>	65
2.3 Metodi.....	66
2.3.1 Strategia di ricerca	66
2.3.2 Screening ed eleggibilità	66
2.3.3 Processo di estrazione dei dati.....	68
2.4 Risultati	68
2.5 Interpretazione dei risultati.....	77
2.5.1 La N350 e la Personalità Depressiva.....	77
2.5.2 Il genu (ginocchio), la Personalità Depressiva e il Disturbo Depressivo Persistente.....	80
2.5.3 La corteccia prefrontale dorsolaterale (dlPFC) e il Disturbo Depressivo Persistente.....	83
2.5.4. Il giro fusiforme e il Disturbo Depressivo Persistente	85
2.5.5 L'insula e il Disturbo Depressivo Persistente.....	87
2.5.6 L'amigdala e il Disturbo Depressivo Persistente	89
2.5.7 La corteccia cingolata e il Disturbo Depressivo Persistente.....	92
2.5.7.1 <i>Il Default Mode Network (DMN) e il Disturbo Depressivo Persistente.....</i>	96
2.5.8 Il circuito della ricompensa, la Personalità Depressiva e il Disturbo Depressivo Persistente.....	98
2.6 Limiti e sviluppi futuri	100
DISCUSSIONE E CONCLUSIONI.....	102
BIBLIOGRAFIA	109

ABSTRACT

Il presente elaborato di tesi, tenendo salda la prospettiva dell'*embodiment* che vede come prioritaria una prospettiva monadica dell'antica scissione mente-corpo, si propone di suggerire un terreno comune tra la psicoanalisi, e più in generale la psicologia dinamica, e le neuroscienze. L'entità nosografica oggetto di approfondimento è il Disturbo di Personalità Depressiva, per come definito dalla seconda versione del Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM-2; Lingiardi & McWilliams, 2017). Il quadro di Personalità Depressiva, distinto dalla depressione clinica (Depressione Maggiore), è caratterizzato da affettività negativa (malinconia, tristezza, senso di colpa e vergogna), eccessiva presenza di auto-punitività, paura della perdita e dell'abbandono, e peculiari meccanismi di difesa (come l'introiezione, il rivolgimento contro il Sé e, in combinazione, idealizzazione dell'altro e svalutazione del Sé). A partire da una visione clinico-psicoanalitica, attraverso una rassegna sistematica, si andranno ad esplorare i punti di raccordo con i meccanismi neurobiologici sottostanti, al fine di fornire una visione olistica ed integrata di questo disturbo di personalità. Durante lo svolgimento della rassegna sistematica, condotta secondo le linee PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) con versione aggiornata nel 2020 (Page, et al., 2021), è stato deciso di ampliare il raggio di inclusione anche al Disturbo Depressivo Persistente (o Distimia), a causa della scarsità di studi indaganti la Personalità in questione. Le criticità incontrate mostrano le contraddittorietà, conflittualità e frammentazioni che la tassonomia nosografica porta con sé. Questa ricerca bibliografica è stata realizzata utilizzando due importanti motori di ricerca, Scopus e PubMed. In questi *database* sono state inserite le parole chiave riferite ai due nuclei tematici principali, quali “*Depressive Personality*” e “*Dysthymic Disorder*” OR “*Persistent Depressive Disorder*”, unite dall'operatore booleano ‘AND’ (ergo, ‘E’) alla stringa ‘*Physiol**’ OR ‘*Brain*’ OR ‘*Neur**’. Per la selezione degli studi, è stata presentata un'ampia finestra temporale, che va dagli anni 2000 fino all'anno corrente, 2023. Dei 8897 risultati ricavati, solo quattro articoli (di cui solo uno riguardante la Personalità Depressiva) hanno soddisfatto i criteri di eleggibilità. A quest'ultimi sono stati aggiunti altri due articoli rintracciati attraverso ricerca manuale. Infine, dall'attenta lettura degli articoli presi in esame sono state riscontrate associazioni fra alterazioni a livello funzionale, piuttosto che morfologico, e

gruppi sperimentali (presentanti Personalità Depressiva e/o Disturbo Depressivo Persistente). Complessivamente, il presente elaborato ha l'obiettivo di proporre una visione coerente e completa dell'attuale stato dell'arte del Disturbo di Personalità Depressiva.

This thesis, holding firmly to the perspective of embodiment, which sees a monadic perspective of the ancient mind-body split as a priority, aims to suggest a common ground between psychoanalysis, and more generally dynamic psychology, and neuroscience. The nosographic entity under investigation is Depressive Personality Disorder, as defined by the second version of the *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM-2; Lingiardi & McWilliams, 2017). The Depressive Personality picture, as distinct from clinical depression (Major Depression), is characterised by negative affectivity (melancholy, sadness, guilt and shame), excessive presence of self-punitiveness, fear of loss and abandonment, and peculiar defence mechanisms (such as introjection, turning against the self and, in combination, idealization of the other and devaluation of the self). Starting from a clinical-psychoanalytic view, through a systematic review, the points of connection with the underlying neurobiological mechanisms will be explored, in order to provide a holistic and integrated view of this personality disorder. During the course of the systematic review, which was conducted according to the PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) guidelines with an updated version in 2020 (Page, et al., 2021), it was decided to extend the scope of inclusion to include Persistent Depressive Disorder (or Dysthymia), due to the scarcity of studies investigating this personality disorder. The critical issues encountered show the contradictory, conflicting and fragmented nature of the nosographic taxonomy. This literature search was carried out using two major search engines, Scopus and PubMed. In these databases, the keywords referring to the two main thematic cores, such as 'Depressive Personality' and 'Dysthymic Disorder' OR 'Persistent Depressive Disorder', were entered, joined by the Boolean operator 'AND' (ergo, 'E') to the string 'Physiol*' OR 'Brain' OR 'Neur*'. For the selection of studies, a broad time window from the year 2000 to the current year, 2023, was presented. Of the 8897 results obtained, only four articles (of which only one concerned Depressive Personality) met the eligibility criteria. Two

more articles tracked down through manual search were added to the latter. Finally, careful reading of the articles examined revealed associations between alterations at a functional, rather than morphological, level and experimental groups (presenting Depressive Personality and/or Persistent Depressive Disorder). Overall, the present paper aims to propose a coherent and comprehensive view of the current state of the art of Depressive Personality Disorder.

INTRODUZIONE

Il presente elaborato è volto a fornire una fotografia globale ed integrata della Personalità Depressiva, a partire dalla definizione che ne viene data nel Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM-2; Lingiardi & McWilliams, 2017). Questa tesi, snodandosi in tre capitoli, tenterà di riunire passato e presente, letteratura e studi scientifici *evidence-base*, linguaggio metaforico-mitopoietico e linguaggio tecnico-nosografico, neuroscienze e psicoanalisi. In altre parole, l'obiettivo principale è quello di analizzare i risultati ottenuti da studi neuroscientifici sulla personalità depressiva, scorgendo un collegamento con quanto già presente in letteratura ad un livello maggiormente teorico.

Nel primo capitolo, al fine di tratteggiare lo stato dell'arte della personalità depressiva, si è reso necessario riportare anche i contributi teorici precedenti al concepimento di questo quadro di personalità. Potremmo dire che la personalità depressiva è come un quadro impressionista che si rivela e svela solo al paziente e attento osservatore che sa apprezzare la profondità ed unicità di ogni pennellata. Sebbene ad un primo sguardo, l'insieme delle miriadi di tratti sembri originare solo l'opera complessiva, la personalità depressiva, scrutando i singoli tocchi si sentirà risuonare l'animo delle depressioni cliniche: l'innominabile ed impensabile lutto (Freud, 1917), il tracollo dell'ombra dell'oggetto abbandonico sull'Io (Freud, 1917), l'incorporazione cannibalica dell'oggetto perduto (Abraham & Torok, 1972), il fallimento della riparazione dell'oggetto distrutto (Segal, 1964), le anomalie del Super-io (Winnicott, 1965), il ritorno dell'*Hilflosigkeit* (Haynal, 1976), l'Io ideale (Bibring, 1953), etc... Molti aspetti ascritti alla depressione clinica innervano profondamente anche la controparte della personalità. Seguendo la disamina psicoanalitica disegnata, è possibile toccar maggiormente con mano come le personalità depressive siano state bambini-vittime di una brusca interruzione della relazione primaria ricca, nutritiva, felice ed intrisa di vitalità (Winnicott, 1965; Green, 1983; McWilliams, 2011). Questa perdita non è legata solo ad un oggetto amato, reale o immaginario, ma anche alla condizione di benessere esperita dal bambino in presenza di questo oggetto. Per questo motivo, metaforicamente, Sandler e Joffe (1965) parlano di 'paradiso perduto', come se si fosse verificata la perdita di uno stato ideale di felicità mai più raggiungibile. In questa prospettiva, il "lutto" può riferirsi

a svariati scenari: la morte reale di una figura primaria, la depressione o l'ospedalizzazione di un *caregiver*, il divorzio dei genitori, etc... (McWilliams, 2011). La perdita di una figura primaria, in senso letterale o figurato, determina nel bambino un senso di abbandono ed il conseguente strutturarsi del Sé intorno a questo affetto. In questo modo l'oggetto amato interiorizzato diviene un 'oggetto abbandonante' e l'Io un 'Io che si è fatto abbandonare' (Gabbard, 2014). Queste personalità, perdendo l'altro, smarriscono se stesse. È così che la trama delle loro relazioni oggettuali consta di un "buco nero" che non rende possibile un rinnovo dell'investimento oggettuale sul mondo esterno (Green, 1983; Antoncicchi, 2021). Il senso di abbandono e di perdita, che caratterizzano le personalità depressive, restano impressi nella loro biografia, pronti a ripresentarsi in età adulta ogni qualvolta si ripropongono delle separazioni (Gabbard, 2014). Questi affetti giocano un ruolo fondamentale anche nello strutturarsi dei meccanismi di difesa nucleari: l'introiezione, il capovolgimento dell'affetto, il volgersi contro il Sé, l'idealizzazione e la svalutazione (McWilliams, 2011; Lingiardi & McWilliams, 2017). Sempre in questo capitolo è presentata una digressione sull'arte e, nello specifico, sul mito di Arianna. La cinematografia, i miti, la pittura e la musica permettono di immergersi in una forte esperienza emotiva in "protezione", ovvero restando nella posizione dello spettatore che siede ad una distanza di sicurezza. In tal modo è possibile, contemporaneamente, osservare e partecipare (Lingiardi & Gazzillo, 2014). Riguardo ciò, Silvano Arieti ritiene che chiunque possa sorprendersi cogliendo negli aspetti depressivi qualcosa che riguarda specificamente l'uomo, fin dalle sue radici innestate nella natura e nella cultura. Per molti secoli, gli stati depressivi sono stati associati alla genialità di alcuni artisti, capaci di penetrare nella profondità dell'anima. In questo senso, l'arte può esser vista come espressione della capacità simbolica, strumento efficace nel ristabilire un equilibrio fra uomo e mondo, nei momenti critici (Bruschi, 2006).

Il secondo capitolo sarà introdotto con la descrizione del modello seguito nello strutturarsi di questa sezione di tesi, ovvero la prospettiva dell'*embodiment* (letteralmente 'mente incarnata' o 'cognizione incarnata'). Questo approccio vede i processi cognitivi come intrinsecamente radicati nell'interazione fra corpo e ambiente (Valera, Rosch & Thompson, 1992). La prospettiva *embodied* può essere una nuova chiave di saldatura dell'antica scissione soma-mente e quindi una terra di mezzo e potenziale area di

condivisione volta al ripristino di un'originaria alleanza (Solms, 1997). L'uso del modello *embodied* è proprio volto a rinnovare un commercio di parole interrotto, a far comprendere che l'apparente incompatibilità fra psicoanalisi (e psicologia dinamica, più in generale) e neuroscienze è solo determinata dai confini dietro cui si sono issate le loro teorizzazioni (Migone, a cura della redazione, 2016; vedi Benvenuto, Bollas, Ferro). Questi confini perlopiù sono solo linee che possono essere modellate e forgiate in modo tale da dare vita ad un nuovo scambio di parole-merci. Quindi, avvalendosi di questo approccio *embodied*, si entrerà nel merito di una Revisione Sistemática (*Systematic Review*) condotta secondo la versione aggiornata delle linee PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*; Page et al., 2021). Lo scopo di tale rassegna qualitativa è quello di raccogliere la letteratura, attualmente disponibile, sui correlati neurali osservati nelle Personalità Depressive (con riferimento a quanto riportato nella nosografia del PDM-2; Lingiardi e McWilliams, 2017). A causa dell'esiguo numero di studi a riguardo, il raggio della ricerca è stato esteso anche al Disturbo Depressivo Persistente (con riferimento a quanto riportato nella nosografia della quinta edizione revisionata del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, DSM-5-TR; APA, 2022), condizione presentante molti aspetti di sovrapposizione con la personalità. Le discussioni sono volte a proporre un raccordo tra la letteratura dinamica-psicoanalitica ed i risultati neuroscientifici (anatomici e funzionali) emersi dalla rassegna sistemática, senza alcuna presunzione di alludere a nessi causa-effetto.

Introduzione alla Personalità Depressiva

La personalità depressiva, come suggeriscono Shedler e Westen (2004), è una delle personalità con cui frequentemente ci si imbatte nella pratica clinica (Lingiardi & McWilliams, 2017). Nel leggere questa frase, non si deve fare l'errore di lasciar correre eccessivamente la nostra fantasia. L'immagine mentale prefabbricata della personalità depressiva come paziente-prototipo che un domani busserà alla nostra porta, potrebbe essere fallace. Difatti, Greenson (1967) pose l'accento sul come una disposizione depressiva possa addirittura rientrare tra le qualità necessarie ed indispensabili a divenire un buon terapeuta. Seguendo questa linea di pensiero, egli suppose un possibile

svantaggio lavorativo a carico di tutti gli psicoanalisti non presentanti, in passato, un grave stato depressivo (McWilliams, 2011).

In accordo con quanto riportato nell'Asse P (Asse di Personalità) del PDM-2 (Lingiardi & McWilliams, 2017), a livello affettivo, gli individui con personalità depressiva difficilmente hanno la possibilità di lasciarsi andare al provare piacere e soddisfazione, dato che l'affettività positiva entra in conflitto (dissonanza interna) con la qualità della loro sfera emotiva (malinconia, dolore emotivo, sensi di colpa, inadeguatezza e vergogna). Si pongono alti standard che, se non raggiunti, li portano ad assumere una posizione di ristretta criticità e punitività verso se stessi. Questa estrema autocolpevolizzazione è messa in atto anche come difesa dal riconoscere la loro rabbia (senso di colpa e tristezza come emozioni di copertura della rabbia), emozione che ben presto si affaccia con l'inizio di un percorso terapeutico o analitico. I temi centrali della personalità depressiva ruotano attorno ai nuclei della perdita e dell'abbandono: la paura di esser rifiutati e abbandonati è così tanto pervasiva e costante da saturare tutto lo spazio mentale, cristallizzandolo sull'immagine che qualcosa o qualcuno (essenziale alla loro felicità e benessere) sia ormai andato perduto ('malattia del paradiso perduto'). L'argomento-perno dell'abbandono emerge anche quando sono immersi in una moltitudine di persone a loro care, portando con sé una profonda ed incolmabile solitudine. Queste persone possono perfino arrivare a pensare di non meritare di essere felici (Lingiardi & Gazzillo, 2014; Lingiardi & McWilliams, 2017).

In secondo luogo, a livello relazionale ed interpersonale, queste personalità sono convinte patogenicamente di suscitare il rifiuto dell'altro, nel caso in cui quest'ultimo le conoscesse veramente. Oltre a ciò, solitamente, sono persone collaborative e capaci di instaurare relazioni profondamente intime ed empatiche, provano difficoltà ad arrabbiarsi con gli altri e sono estremamente sensibili alle perdite ed alle separazioni (Lingiardi & Gazzillo, 2014; Lingiardi & McWilliams, 2017).

In terzo luogo, a livello dei meccanismi di difesa, ritroviamo l'introiezione, l'idealizzazione degli altri accompagnata da una svalutazione di sé, il capovolgimento dell'affetto ed il rivolgimento contro il sé (McWilliams, 2011; Lingiardi & McWilliams, 2017).

Un approfondimento maggiore in merito a questa personalità sarà presentato nel Capitolo 1.

I CAPITOLO PRIMO

RACCORDO, LETTERATURA PSICOANALITICA E PERSONALITÀ DEPRESSIVA

1.1 Uno sguardo psicoanalitico alla Depressione e alla Personalità Depressiva

Nel presente capitolo sarà presentata una disamina teorica che può contribuire a una comprensione più dettagliata degli elementi della personalità depressiva presentati in modo più sintetico e conciso nel PDM-2. Esplorando l'evoluzione delle teorie psicoanalitiche sulla Personalità Depressiva, è inevitabile considerare la Depressione Clinica (meglio nota come "Depressione Maggiore"), poiché è stata la prima condizione ad attirare l'attenzione degli studiosi. Esaminando i contributi dei vari autori psicoanalitici nel corso del tempo, si cercherà di individuare il momento in cui la Personalità Depressiva ha iniziato ad emergere ed a differenziarsi dalla Depressione Clinica. Prima di entrare nel merito, è importante sottolineare come questo tipo di personalità sia stata oggetto di un numero minore di riflessioni teoriche e studi clinici, essendo una condizione delineata più recentemente rispetto alla sua controparte clinica.

Nel passare in rassegna i contributi dei differenti autori non sarà dato spazio all'altra faccia della medaglia della depressione, ossia alla 'mania'. Questa decisione è stata presa, in primo luogo, poiché la letteratura a riguardo è molto vasta e di conseguenza la maniacalità risulta essere una tematica relativamente tangenziale rispetto all'argomento principe della tesi; in secondo luogo, dato che numerosi studiosi ritengono che la mania sia in conflitto con lo stesso complesso (dolore per l'oggetto perduto) con cui sta lottando la melanconia (ossia ciò che oggi chiamiamo "Depressione Maggiore"). È come se nella mania vi fosse un ribaltamento di quanto accade nella melanconia: vi è un enorme aumento dell'autostima connesso ad un abbandono della coscienza morale. L'Io non è più sopraffatto dal Super-Io (a cui è connessa 'l'ombra dell'oggetto', di cui tratteremo in seguito) ma trionfa onnipotentemente su questo. La rottura degli argini e dei blocchi morali porta a ritrovare l'immenso serbatoio di carica oggettuale non investita nel tempo in cui l'Io, impassibile ed inerme, si era lasciato trascinare ed annegare nel dolore del lutto. Questa energia dilagante viene incanalata nella ricerca di nuovi appoggi narcisistici (Gaylin, 1968; Haynal, 1976).

La Depressione Clinica rientrava in una di quelle condizioni che risultavano ambivalenti e contraddittorie per la loro scarsa o inesistente adattabilità. Contrariamente al principio di piacere (principio edonistico), in questi casi prevale la scelta del dolore, dell'autocritica e dell'infelicità (Gaylin, 1968).

1.1.1 Abraham – L'appetito del vuoto: l'incorporazione cannibalica dell'oggetto amato

Nel tracciare un'*over view* sulla storia delle idee psicoanalitiche relative alla depressione, clinica e di personalità, è stata presa la decisione stilistica di iniziare dal pensiero di Karl Abraham, allievo di Sigmund Freud, il quale ha addirittura preceduto quest'ultimo in alcuni suoi scritti.

Il primo contributo teorico sulla depressione risale ad uno scritto di Abraham, pubblicato nel 1912, in cui porta l'attenzione sulle psicosi maniaco-depressive. L'autore evidenzia un'analogia, soprattutto per gli aspetti legati all'aggressività, tra la depressione nevrotica e quella ossessiva negli intervalli fra la fase maniacale e quella depressiva: mentre nella mania è manifesta l'espressione dell'aggressività, nella melanconia la rimozione di questa pulsione lascia la scena ad angoscia ed autorimproveri (Abraham, 1912; Gaylin, 1968; Haynal, 1976; Mangini, 2001). In entrambe le forme nevrotiche riscontriamo la presenza di un'avversione nei confronti del mondo esterno, dapprima contro i familiari e secondariamente verso una cerchia più ampia e generalizzata. Questi individui, sentendosi incapaci di amare e di essere amati, potrebbero verbalizzare l'ostilità provata verso l'ambiente in tal modo: "Dato che non so amare gli altri, debbo odiarli". Il contenuto sadico (odio diretto all'esterno) di questa formula va incontro alla rimozione ed alla successiva proiezione verso l'esterno, creando, in tal modo, un nuovo schema di pensiero: "Non vi è nessuno che mi ama, tutti mi odiano per i miei difetti. Quindi sono infelice e depresso". La creazione di questa formula magica non è sufficiente a smussare gli impulsi sadici rimossi che riemergono alla coscienza sotto differenti spoglie, quali sogni, pensieri violenti (solitamente, in assenza di passaggio all'atto), tendenza alla negazione della vita (come lo stupor depressivo, rappresentante una morte simbolica) e sintomi (depressione, angoscia e colpevolezza). In riferimento a questi ultimi, è importante sottolineare come le idee di colpevolezza riescano a soddisfare, eroticamente, l'idea originaria di essere i detentori di una così grande aggressività da essere la causa di tutti i mali presenti al mondo (schema mentale che rimanda alla tipica onnipotenza del pensiero, riscontrabile nei processi psichici ossessivi). Tale sintomatologia, unita ai

sentimenti depressivi, aumenta di intensità maggiore è il grado di rimozione (Abraham, 1912; Gaylin, 1968; Haynal, 1976). La quota libidica, non rivolta al reale scopo (ossia all'espressione di ostilità), frequentemente prende la via della sublimazione così da chiudere gli occhi volti verso il conflitto interiore (Gaylin, 1968).

Studi successivi a quelli condotti da Abraham non confermarono l'ipotesi di somiglianza fra nevrosi depressiva ed ossessiva (come, ad esempio, Cohen et al., 1924; Haynal, 1976). Sulla scia di quanto sostenuto da Freud rispetto alla differenza essenziale tra ossessivo e melanconico (il primo conserva una relazione con l'oggetto d'amore, mentre il secondo lo perde), Abraham tornerà a parlare delle tematiche melanconiche nel 1924, teorizzando una possibile divisione della fase anale in due sotto-stadi: nella prima sotto-fase prevale l'erottizzazione dell'espulsione, espressione di 'tendenze sadico-anali' che mimano l'annientamento e la distruzione dell'oggetto; mentre, nella seconda sotto-fase prevale l'erottizzazione della ritenzione, espressione di 'tendenze conservative' volte a trattenere dentro sé l'oggetto al fine di dominarlo. Se vi è una dominanza delle tendenze sadico-anali, la persona viene avvolta dalla depressione melanconica; altrimenti, con una predominanza delle tendenze conservative, la tensione conflittuale instauratasi con l'oggetto d'amore innescherà fenomeni psichici ossessivi (Abraham, 1924; Haynal, 1976; Galbussera, 2022).

Inoltre, sempre nel 1924, Abraham introdurrà il concetto di 'fissazione orale', nozione che si va ad affiancare a quanto descritto da Freud in "*Lutto e Melanconia*" (1917). All'interno di quest'opera viene esposto come si possa riscontrare un'incorporazione (meccanismo orale) dell'oggetto d'amore perso, sia nel lutto che nella dimensione depressiva. Nonostante ciò, queste due condizioni vengono ad esser distinte dato che nella prima, il meccanismo introiettivo si presenta a seguito di una reale perdita (decesso); invece, nella seconda, questo occorre a causa del rapporto libidico intrattenuto con l'oggetto. In quest'ultimo caso, la tensione intrapsichica viene abbassata (ergo, presenza di 'pulsione di morte') con il divoramento dell'oggetto (Freud, 1917; Haynal, 1976; Galbussera, 2022). Basandosi su quanto riferito in questo scritto di Freud, Abraham ipotizzò, accanto alla precedente suddivisione della fase anale in sotto-stadi, un bisezionamento anche di quella orale: una prima fase di 'suzione' ed una seconda legata al 'mordere'. Abraham associa la presenza di una fissazione alla seconda sotto-fase orale al quadro melanconico: l'oggetto introiettato (o meglio, 'incorporato'), rappresentante di un Super-io tirannico, fa sì che l'ambivalenza provata nei confronti di questo oggetto d'amore venga, per traslazione, provata anche nei confronti dell'Io, il quale sarà amato e

odiato, idealizzato e svalutato (conflitto fra narcisismo positivo e negativo) (Freud, 1922; Haynal, 1976). Possiamo dire che Karl Abraham considera l'incorporazione totale dell'oggetto come il meccanismo difensivo focale della melanconia, durante il quale non solo si divora cannibalicamente l'oggetto (che in realtà è assente) così da non perderlo, ma si divora anche l'Io stesso (condizione di fusionalità fra Io e oggetto investito narcisisticamente) (Abraham & Torok, 1972; Haynal, 1976; Busch, 2021; Galbussera, 2022). Per una spiegazione più approfondita dell'incorporazione si rimanda al *Paragrafo 1.5*.

Riassumendo, Abraham vede il nucleo patogenico della nevrosi depressiva nell'interazione fra una fissazione della libido allo stadio orale e la presenza di una grave lesione al narcisismo infantile, a causa di una delusione d'amore che porta ad esperire un pervasivo senso di abbandono. Così, una delusione in età adulta viene vissuta come la ripetizione dell'originario trauma infantile e si trasforma in melanconia (Haynal, 1976). La condizione depressiva viene ad emergere anche a causa dei sensi di colpa legati al desiderio cannibalico di inglobare l'oggetto d'amore, bloccando pertanto il processo di lutto (Abraham & Torok, 1972). Il senso di colpa, il sentimento di esser stati abbandonati e la rimozione dei propri impulsi sadici (aggressività) sono gli elementi centrali del pensiero di Abraham in accordo con la prospettiva dinamica del PDM-2 (Lingiardi & McWilliams, 2017).

1.1.2 Freud – L'Io velato: l'ombra dell'oggetto ricade sull'Io

La tematica del lutto e della melanconia ha pervaso il pensiero di Sigmund Freud per molti anni. Anche questo autore era soggetto a numerosi episodi depressivi. In molte lettere da lui scritte si ravvisa la sua percezione di “crepuscolo psichico”, “angoscia di morire” e “umore deflesso”. La sua autoanalisi prese avvio con la perdita del padre (Freud, 1897; Haynal, 1976). Se pur il primo ad evidenziare l'importanza della fase orale sia stato Abraham, emerge l'interesse verso queste tematiche anche dallo stesso Freud, dapprima nell’*“Uomo dei lupi”* (scritto nel 1914 e pubblicato nel 1918) e poi in *“Psicologia delle masse e analisi dell'Io”* (1921) ed in *“L'Io e l'Es”* (1923). Quest'ultimo, addirittura, condivise con Abraham la prima bozza di *“Lutto e Melanconia”* (febbraio 1915; versione ufficiale pubblicata nel 1917), il quale rispose aggiungendo un commento sullo stadio orale dello sviluppo libidico-affettivo. Freud concordò con le riflessioni

dell'allievo, sebbene sottolineò come il suo volgere l'attenzione principalmente al sadismo ed erotismo anale avesse messo eccessivamente in ombra l'importanza della regressione della libido e dell'abbandono delle cariche inconscie. Il pensiero di questi due autori differisce anche rispetto al momento nucleare della genesi della melanconia: Abraham colloca queste dinamiche nelle primissime fasi dello sviluppo libidico affettivo, vedendo come centrale il ruolo della madre (oggetto perso); invece, Freud le situa nel 'complesso edipico', affidando il ruolo chiave al 'rivale edipico' (oggetto perso) (Freud, 1915, 1917; Haynal, 1976; Lingiardi & Gazzillo, 2014).

Freud con il termine "Melanconia" fa riferimento alle condizioni che oggi chiamiamo "Depressione Maggiore". Egli fu il primo psicoanalista a considerare, come fattore critico per lo sviluppo della nevrosi depressiva, una disregolazione del sistema emotivo piuttosto che un desiderio sessuale (Gaylin, 1968). In "*Lutto e Melanconia*" (1917), nuovamente, fu il primo autore a distinguere la melanconia (condizione depressiva) dal normale lutto (McWilliams, 2011). Il lutto può esser definito come la risposta affettiva "fisiologica" alla perdita di una persona amata o alla perdita di qualche astrazione che ne ha preso il posto (come un ideale, un valore, etc...), includendo anche tutte le situazioni in cui la persona si sente delusa, trascurata ed offesa da qualcuno (è l'esempio della ragazza che viene lasciata dal fidanzato) (Freud, 1917; Gaylin, 1968; Haynal, 1976; Lingiardi & Gazzillo, 2014; Galbussera, 2022). Il tema della perdita è il fattore *trigger* anche della condizione melanconica, ma in questo caso la perdita è precoce, anzitempo e non fisiologica (Gerhardt, 2022). Il lutto e la melanconia condividono i medesimi tratti e assetti mentali: presenza di uno stato emotivo caratterizzato da dolore e sofferenza; disinvestimento libidico (ergo, perdita di interesse) del mondo esterno e di qualsiasi attività, eccetto da quelle connesse al ricordo della persona amata; ed in concordanza a quest'ultimo punto, impossibilità di reinvestimento libidico su un nuovo oggetto d'amore. Entrambe le condizioni non hanno luogo se l'oggetto perso non riveste una grande importanza per l'Io. Nonostante i molteplici aspetti che queste due condizioni hanno in comune, andiamo ora a focalizzarci sugli elementi presenti esclusivamente nella melanconia (Freud, 1917; Gaylin, 1968; Haynal, 1976; Mangini, 2001).

In primo luogo, solo nel melanconico è presente un estremo abbassamento della propria autostima che lo spinge a rivolgersi forti accuse (bisogno delirante di autopunizione) (Mangini, 2001; Galbussera, 2022). Freud si riferisce ad un crollo dell'autostima proprio perché "*nel lutto il mondo si è impoverito e svuotato, nella*

melanconia impoverito e svuotato è l'Io stesso" (1917, p. 105). In altre parole, sembra che nella depressione il mondo interno si identifichi con quello esterno, divenuto cupo e triste per la mancanza dell'oggetto d'amore (Mangini, 2001; Galbussera, 2022). Per quanto riguarda le autoaccuse, invece, la loro origine può esser ben compresa grazie alle seguenti parole: *"L'ombra dell'oggetto cadde così sull'Io che d'ora in avanti poté essere giudicato da un'istanza particolare come un oggetto, e precisamente come l'oggetto abbandonato. In questo modo la perdita dell'oggetto si era trasformata in una perdita dell'Io, e il conflitto tra l'Io e la persona amata in un dissidio tra l'attività critica dell'Io e l'Io alterato dall'identificazione"* (Freud, 1917, p. 108). L'investimento narcisistico presente nella relazione con l'oggetto perso è qualitativamente caratterizzato da un certo grado di ambivalenza (rimossa): odio ed amore coesistono (Freud, 1917; Gaylin, 1968; Haynal, 1976; Chervet, 2021; Gerhardt, 2022). La quota di odio ed aggressività diventa maggiormente manifesta nel momento in cui la perdita dell'oggetto genera la perdita di quella parte dell'Io (scisso) che si era identificata con l'oggetto incorporato. È qui che il Super-io sadico (istanza formata dall'altra parte dell'Io scisso), in collera per la perdita dell'oggetto, si scaglierebbe contro l'Io¹ fuso con l'oggetto (Mangini, 2001; Gabbard, 2014). Questo moto di aggressività è volto non solo a punire l'oggetto abbandonico ma anche la parte dell'Io che si è fatta abbandonare. Seguendo questa logica, possiamo ben comprendere i rimproveri, le accuse e le denigrazioni rivolti contro l'Io (delirio morale riguardante anche il sentirsi colpevoli per aver desiderato la morte, reale o immaginaria, dell'oggetto) ed anche come questi possano portare ad una sadica soddisfazione: il continuo tormentarsi del melanconico è l'unica strada da percorrere per vendicarsi dell'oggetto originario che lo ha portato a sentire questa profonda sofferenza. In concordanza a ciò, frequentemente, si può riscontrare come le critiche che le persone melanconiche rivolgono a se stesse possano ben adattarsi a una persona che queste amano o hanno amato. Difatti, una volta che l'Io si identifica con persone esterne, ovvero oggetti introiettati, le denigrazioni rivolte a quest'ultime vengono deviate sull'Io stesso. In questa prospettiva, il potenziale suicidio messo in atto dal depresso, in realtà, sarebbe l'"omicidio" dell'oggetto abbandonico, amato ma anche odiato (Gaylin, 1968; Lingiardi & Gazzillo, 2014; McWilliams, 2011; Gabbard, 2014; Busch, 2021; Galbussera, 2022). Studi di Levi et al. (1966) mostrano come frequentemente suicidio e tentativo di suicidio conseguano alla separazione o alla minaccia di separazione da una persona cara, e come

¹ Freud parla della melanconia come 'nevrosi narcisistica' proprio in riferimento a questo conflitto tra Io e Super-io (Lingiardi & Gazzillo, 2014).

la vulnerabilità alla separazione in età adulta possa esser correlata alle separazioni avvenute in infanzia. Difatti, in studi retrospettivi, è stata riscontrata una significativa incidenza di separazioni infantili in adulti che hanno tentato o completato il suicidio. Ritornando a parlare dei vari auto-rimproveri, tra questi solitamente emergono quelli effettivamente rivolti al proprio Sé così da mascherare quelli diretti altrove (Gaylin, 1968). Le persone melanconiche, perdendo una persona a loro cara, hanno finito per smarrire il loro stesso Io.

In secondo luogo, contrariamente al lutto, nella melanconia la perdita è sconosciuta ed inconscia. Vi è un distacco dalla vita senza sapere cosa si è perso (Freud, 1917; Gaylin, 1968; Haynal, 1976, Mangini, 2001). Ciò che il melanconico non sa è che quanto perso è proprio una parte dell'Io e ciò fa sì che non sia perseguibile il normale processo di lutto. Nello specifico, nel lutto fisiologico l'amor proprio e per la vita (sano narcisismo) spingono l'Io a riappropriarsi della libido investita sull'oggetto perduto per spostarla sul mondo esterno, così da esser nuovamente libero di amare e di farsi amare. Viceversa, anche nella melanconia la libido viene ritirata dall'oggetto perduto, ma questa non può esser reinvestita su nuovi oggetti poiché il rapporto intrattenuto con l'oggetto è di tipo narcisistico (Breuer & Freud, 1895; Freud, 1917; Gaylin, 1968; Haynal, 1976; Mangini, 2001; Lingiardi e Gazzillo, 2014; Busch, 2021; Chervet, 2021). In altre parole, questo significa che più che una scelta oggettiva vi era stata un'identificazione narcisistica con l'oggetto e così, se l'oggetto è assunto da una parte dell'Io, una sua perdita provoca la perdita dell'Io stesso (Mangini, 2001).

In terzo luogo, da una parte, con il lutto osserviamo un processo che giungerà ad una conclusione dopo un certo lasso temporale; dall'altra, la sofferenza melanconica può protrarsi a lungo. Inoltre, nella prima condizione, si alterano fitte di acuto dolore a frammenti temporali in cui la persona può esser anche ben funzionante; invece, nella seconda, l'umore deflesso è persistente e mortifero (McWilliams, 2011).

Riassumendo, Freud vede come criteri necessari alla manifestazione del quadro melanconico la perdita dell'oggetto, la presenza di ambivalenza nel legame con l'oggetto, e la regressione della libido nell'Io (regressione dalla scelta oggettiva narcisistica sino al narcisismo) (Haynal, 1976). Il tema della perdita, il disinteresse per qualsiasi forma di attività quotidiana ed interesse personale, e la forte autopunitività ed autocritica sono gli aspetti del pensiero di Freud concordanti con quanto riportato nel PDM-2 (Lingiardi & McWilliams, 2017).

1.1.3 Klein – Dall'aggressività indifferente al senso di colpa

Melanie Klein e la sua scuola, nel 1934, hanno teorizzato la 'posizione² depressiva' infantile universale, ritenendo che le difficoltà occorse nel difficile ed incompleto passaggio dalla 'posizione schizo-paranoide' a quella 'depressiva' determinino la risposta depressiva in età adulta (Haynal, 1976; Mangini, 2001). A seguire, per esteso, verrà presentato dapprima lo sviluppo fisiologico ed auspicabile del bambino e successivamente le peculiarità degli stati depressivi.

Nei primi due o tre mesi di vita, il lattante percepisce la realtà come frastagliata e porzionata: si trova in quella che la Klein definisce 'posizione schizo-paranoide'. Di conseguenza, gli oggetti che popolano questa realtà saranno a loro volta avvertiti come "parziali" e "scissi". Si parla di 'oggetti parziali' poiché ancor prima della mamma percepita come unità totale e separata dal neonato ('oggetto totale'), vi è il "seno" ('oggetto parziale'); ed insieme, si usa l'accezione "scissi" dato che il seno non è rappresentato da un'unica 'imago' ma scisso. Difatti, non vi è un unico 'seno' materno, ma vi sarà da una parte il 'seno buono', seno gratificante e presente al bisogno del bambino; e dall'altra il 'seno cattivo', seno frustrante e assente al bisogno di questo. È importante comprendere il motivo per cui il lattante arrivi a percepire delle porzioni di mondo³ 'cattive', e quindi come ostili e persecutorie. I meccanismi di difesa maggiormente messi in azione sono quelli primitivi, della proiezione ed introiezione. Dapprima il neonato ha proiettato i propri impulsi sadici innati (per la Klein l'aggressività è innata) sugli oggetti esterni, che quindi divengono persecutori, per poi andare secondariamente ad introiettarli. Quindi, il bambino percepisce come effettivamente pericolosi questi oggetti, non solo poiché frustrano il suo desiderio (ad esempio, il seno della mamma si fa attendere al pianto di fame del lattante), ma anche per l'aggressività che il bambino proietta su questi: le prime pulsioni primitive d'amore contengono delle

² La Klein, con la denominazione 'posizione', fa riferimento ad una "*configurazione complessa e relativamente stabile di derivati pulsionali, angosce, meccanismi di difesa e relazioni oggettuali*" (Lingiardi & Gazzillo, 2014, p. 758). Quest'autrice parla di 'posizione' piuttosto che di 'stadio' o 'fase', come indicato da Freud, poiché questo termine rimanda ad una concezione maggiormente dinamica e flessibile, che non prevede un susseguirsi cronologico e di passaggio come avviene, invece, per le fasi (orale, anale, fallica, latenza e genitale). Questa psicoanalista ci parla di due posizioni: quella 'schizo-paranoide' e quella 'depressiva'. Sebbene la Klein teorizzi che la 'posizione schizo-paranoide' sia maggiormente primitiva rispetto a quella 'depressiva', ritiene che l'avvento di quest'ultima non vada mai completamente a sostituirsi alla prima. Infatti, il conflitto depressivo (angoscia depressiva) porta l'individuo a regredire verso la posizione schizo-paranoide. Possiamo ben comprendere, quindi, come vi sia una continua oscillazione fra le due differenti posizioni (Segal, 1964; Mangini, 2003).

³ Ricordiamo che per il neonato il "mondo" è racchiuso nel "seno".

idee distruttive disimpastate (Segal 1964; Winnicott, 1965; Gaylin, 1968; Bar Emet, 2022). L'infante è pervaso da angosce paranoide che riflettono la sua paura di esser divorato, fatto a pezzi, sbranato, sia dall'esterno (per oggetti reali) che dall'interno (per oggetti incorporati). Questo tipo di angoscia porta il bambino a difendersi con il diniego della realtà psichica, meccanismo che se perseverato può portare ad una restrizione dell'introiezione e della proiezione e al diniego della realtà esterna, costituendo quelli che in età adulta sono definiti quadri psicotici gravi. Proseguendo nel suo sviluppo, il bambino raggiunge una distinzione più precisa tra oggetti buoni e cattivi: l'amore viene maggiormente diretto verso i primi e l'aggressività e l'odio maggiormente verso i secondi. Questo progresso mentale, che vede una maggior chiarezza di differenziazione tra gli oggetti, viene meno in contingenza di eccessi di sadismo e angoscia. Nel processo fisiologico, l'Io inizierà a difendersi dagli oggetti minaccianti, con processi proiettivi ed espulsivi. Nel caso particolare in cui un bambino (o un adulto in regressione) si identifica profondamente con l'oggetto buono, sentirà la necessità di attuare in modo ripetitivo l'introiezione, poiché da un lato crede di dover proteggere l'oggetto buono interiorizzato da quelli cattivi, dall'altro pensa che l'unico luogo sicuro dove far stanziare questo oggetto sia all'interno di lui. Il terrore di espellere e proiettare all'esterno del proprio corpo l'oggetto buono, insieme a quello cattivo, porta a diminuire l'attuazione di questi meccanismi di difesa (Segal, 1964; Gaylin, 1968).

Gradualmente, il neonato inizia a percepire dapprima la madre come intera, per poi estendere questo tipo di prospettiva a tutto il mondo: da una relazione oggettuale parziale si passa ad una relazione oggettuale completa. Parallelamente, la fissazione libidica nei confronti del seno (fissazione sui desideri orali, aventi la bocca come zona erogena) inizia a mutare ed esser sostituita da veri e propri sentimenti d'amore, provati nei confronti dell'oggetto totale "madre" (persona intera e reale) e non più oggetto parziale, "seno". Tenendo conto di questi sviluppi, verso i quattro-cinque mesi, l'Io nascente e primitivo del bambino si scontra col dato di realtà: l'oggetto amato è l'oggetto che, al contempo, è anche odiato. L'infante è entrato in quella che Klein definisce 'posizione depressiva', la quale ha il suo esordio all'incirca dopo i sei mesi di età, momento in cui l'infante ha iniziato ad acquisire una psicologia molto complessa. In questa posizione, l'introiezione dell'oggetto amato, ora totale (e non più parziale), fa sorgere il terrore che gli oggetti cattivi interni (e l'Es) possano disintegrarlo. In questi frangenti, l'infante teme la perdita dell'oggetto amato: il bambino, vedendo la madre allontanarsi, penserà di averla distrutta (insieme anche alla madre buona, assorbita dentro di sé). Nella posizione depressiva

vediamo quindi due tipi di angoscia: quella paranoide, per la paura di essere aggrediti dagli oggetti cattivi; e quella depressiva, per la paura di distruggere l'oggetto buono (Segal, 1964; Gaylin, 1968; Haynal, 1976). L'ambivalenza che l'infante prova nei confronti dell'oggetto amato (conflitto fra amore ed odio) lo porta ad esperire un profondo senso di colpa (Winnicott, 1965; Gabbard, 2014; Gerhardt, 2022). Il bambino teme di aver ferito o addirittura ucciso l'oggetto amato con i suoi attacchi sadici e, per questo motivo, è pervaso da fantasie di riparazione e restauro (Segal, 1964; Gaylin, 1968). In questo momento dello sviluppo libido-affettivo, se la madre è 'sufficientemente buona' saprà attendere, lasciando spazio al bambino di comprendere che, essendo la madre stessa l'oggetto dei suoi attacchi aggressivi, vuole cercare di ripararla. Se al bambino viene concessa la possibilità di riparare per la propria distruttività, il suo Io immaturo riuscirà ad accettare il proprio sadismo orale (accettazione della propria responsabilità). Vi è la necessità che la madre resista e resti viva agli attacchi del bambino, così che l'aggressività istintuale e l'indifferenza primaria dei propri attacchi possano cedere il passo alla preoccupazione ed al senso di colpa (Winnicott, 1965). Questi sentimenti (senso di colpa e conflitti) si trovano sviluppati in grado maggiore nell'adulto melanconico. Al fine di uno sviluppo fisiologico del bambino è quindi necessaria la presenza di una madre supportiva e contenitiva che attutisca queste forti sensazioni (Gaylin, 1968).

In questo momento dello sviluppo, più il bambino riesce ad instaurare una relazione positiva con la propria mamma, più sarà capace di "superare"⁴ la posizione depressiva. L'elaborazione di questa posizione avviene nel momento in cui l'infante riesce a ritagliarsi una strada per uscire dal conflitto fra odio e amore, oltre che ad introiettare un oggetto 'prevalentemente buono' (Gaylin, 1968; Haynal, 1976). Con il tempo, nell'infante si consoliderà l'amore e la fiducia per gli oggetti reali esterni e per quelli internalizzati. Parallelamente a questo amore per gli oggetti, crescerà anche la fiducia nella propria capacità di amare. L'ambivalenza che prima proteggeva l'infante dal proprio odio e dagli oggetti ostili introiettati non ha più ragione di essere sottolineata e va diminuendo (Gaylin, 1968). In altre parole, potremmo vedere l'elaborazione della posizione depressiva come la conquista della consapevolezza della propria imperfezione e finitezza, dell'assunzione delle proprie responsabilità, ma anche "*come il prevalere*

⁴ L'espressione "superare" in riferimento alla posizione depressiva è diffusa fra vari autori in letteratura, se pur non rappresenti un termine particolarmente preciso. Infatti, è importante notare che, nonostante si ricorra a questa parola per rendere il discorso più fluido, la Klein sottolinea come, anche nella "normalità", la posizione depressiva non venga mai superata una volta per tutte (Mangini, 2003).

degli aspetti positivi di Sé e del mondo su quelli negativi, della riparazione sulla distruttività, della gratitudine sull'invidia" (Lingiardi & Gazzillo, 2014, p. 759).

Klein ritiene che la 'posizione depressiva' sia il nucleo centrale dello sviluppo del bambino. Le capacità di amare e di sentirsi amato sono influenzate in gran parte dal modo in cui questa posizione viene ad esser attraversata. Scendendo nel particolare, questa suppone che vi sia un frangente dello sviluppo libidico-affettivo del bambino cruciale per un successivo sviluppo di melanconia: la transizione dell'Io dall'incorporazione parziale a quella totale dell'oggetto. Ella ipotizza che, in questo passaggio, il non riuscire correttamente ad introiettare l'oggetto 'buono' amato (cioè la figura che si prende cura del piccolo, solitamente la mamma), sia la *condition sine qua non* per un successivo sviluppo di melanconia, in corrispondenza di una 'perdita dell'oggetto amato' (perdita reale o immaginaria). Questa sensazione di perdita va ad acutizzarsi con lo svezzamento. Klein sottolinea come si possa osservare, sia nei bambini che negli adulti sofferenti di melanconia, il terrore di far albergare dentro di sé oggetti mortiferi, con i quali sono profondamente identificati (Gaylin, 1968; Gabbard, 2014). Tirando le fila, il pensiero kleiniano vede la melanconia (e i disturbi dell'umore) come lo specchio del raggiungimento della posizione depressiva ma al tempo stesso come il riflesso dell'incapacità di elaborarla (Lingiardi & Gazzillo, 2014).

Inoltre, la Klein ritiene che già dai primi oggetti incorporati vengano a costituirsi le fondamenta del Super-Io. L'estrema propensione dell'Io dell'infante a tenere distinti gli oggetti cattivi da quelli buoni lo porterà a concepire i primi come estremamente cattivi ed i secondi come estremamente buoni, ma anche profondamente morali ed esigenti. Nei momenti di eccessiva angoscia, i confini di questa distinzione diventano labili e l'aggressività degli oggetti cattivi (e dell'Es) si rivolgerà verso gli oggetti buoni. Ebbene sì che gli oggetti buoni aumenteranno la loro severità. Questi passi si reiterano in un vortice ripetitivo e circolare: più intenso è il terrore di perdere gli oggetti amati, più l'Io tenterà di salvarli; e maggiormente difficile sarà la restaurazione di questi, più severe diventeranno le esigenze del Super-Io. È così che l'angoscia depressiva si manifesta in tutta la sua potenza e l'individuo inizia la sua corsa disperata, intessuta di estremi e vani tentativi di salvare gli oggetti buoni (Gaylin, 1968; Spinks, 2023).

Infine, Klein sottolinea quanto sia sottile il confine fra l'angoscia provata dai paranoici e quella sentita dai melanconici. Vi è un dettaglio che aiuta però a distinguerle:

la prima è legata alla conservazione dell'Io, mentre la seconda alla conservazione degli oggetti buoni interiorizzati con cui l'Io si è identificato (Gaylin, 1968).

Riassumendo, potremmo concludere con il rimarcare come la Klein veda la presenza di anomalie del Super-Io ed di intollerabili sensi di colpa peculiari della dinamica melanconica (Winnicott, 1965; Spinks, 2023), e come ritenga che il fallimento della riparazione nella posizione depressiva sia il nucleo fondante della depressione (Haynal, 1976). Per questa autrice, la relazione oggettuale investita narcisisticamente ed interrotta improvvisamente, riportata da Abraham e Freud, è da riferirsi al rapporto con la madre, in particolare al periodo di allattamento e svezzamento (Lingiardi & Gazzillo, 2014). L'angoscia depressiva, il senso di colpa e il tentativo retrospettivo di cancellare la propria aggressività (rimossa e rivolta contro il proprio Sé), per salvare e riparare l'oggetto perso, rappresentano alcune delle questioni fondanti della personalità depressiva, presenti sia nel pensiero della Klein che nel PDM-2 (Lingiardi & McWilliams, 2017).

Nei tre filoni di pensiero presi in rassegna (Abraham, Freud e Klein), benché ogni autore si esprima usando termini che gli sono propri, possiamo rinvenire un *fil rouge* in merito alla visione della depressione: la letteratura sembra esser pressoché unanime nel vedere la depressione come consecutiva a vulnerabilità precoci associate al processo di identificazione ed a problematiche che hanno a che fare con le modalità di gestione della propria aggressività, condizioni presenti contemporaneamente alla 'perdita d'oggetto' (Haynal, 1976).

Continuando a seguire un filone temporale, verranno ora presentati alcuni autori appartenenti al dopo guerra. Per maggior chiarezza di esposizione è stato deciso di dar precedenza ai contributi sulla depressione clinica o melanconia, e solo successivamente esporre quanto relativo alla personalità depressiva, se pur le prime teorizzazioni in merito risalgono già agli anni '20 (come quelle di Kraepelin, Kretschmer e Schneider). Nonostante fosse già stato tracciato a livello cronologico il bivio che divide la depressione maggiore dalla personalità, si è scelto di illustrare ulteriori teorizzazioni sulla patologia clinica. Questa decisione deriva dalla presa d'atto che quanto affermato sul quadro clinico, dagli autori selezionati (Edward Bibring, John Bowlby, & Margaret Mahler) ha avuto un impatto significativo sugli sviluppi psicoanalitici e sulla comprensione dei processi psicologici sottesi alla controparte relativa alla personalità. Inoltre, è importante

ricordare in questa sede come molti aspetti della depressione clinica innervano anche la condizione di personalità.

1.1.4 Bibring – L'interruzione della corsa verso l'Io ideale

Edward Bibring (1953) vede nell'affetto depressivo un'esperienza universale: l'Io del depresso si sente paralizzato, impotente ed incapace di affrontare il pericolo, come se, in funzione temporalizzante, si venisse a ripresentare e riattivare la primaria condizione di *'Hilflosigkeit'* (letteralmente, "essere-senza aiuto"), stato di impotenza primaria vissuto da ogni neonato (Bibring, 1953; Haynal, 1976). Questo autore ipotizza che la depressione insorga nel momento in cui le aspirazioni narcisistiche di base, peculiari di ogni fase dello sviluppo libidico-affettivo, vengono ad essere infrante e deluse: *"Al livello orale la depressione segue la scoperta: 1) di non essere amato; 2) di non essere indipendente. A livello anale invece quella: 1) della perdita del controllo sulle pulsioni libidiche e aggressive; 2) della perdita del controllo sugli oggetti; 3) di un sentimento di debolezza; 4) di un senso di colpa (non sarò mai buono, innamorato, ecc., ma pieno d'odio, ostile, diffidente, cattivo). A livello fallico, essa deriva dal timore: 1) di essere vinti; 2) di essere ridicolizzati; 3) della minaccia costituita dalla legge del taglione"* (Haynal, 1976, p. 153). Le aspirazioni narcisistiche ricercano nutrimento affettivo dall'altro così da costruire a poco a poco un proprio serbatoio narcisistico, essenziale per la propria autostima. Inoltre, queste aspirazioni sono anche i fondamentali pilastri che sorreggono l'ideale dell'Io (Bibring, 1953; Haynal, 1976; Gabbard, 2014).

Bibring, rispetto agli altri autori, non vede come nucleo centrale patogenico delle dinamiche depressive l'aspetto tirannico e ricattatorio dell'istanza super-egoica (Super-io), ma sposta il focus attentivo sulla lassità incistata tra "Io reale" ed "Io ideale". Come precedentemente accennato, esso ritiene che la presa d'atto della propria limitatezza e impotenza (allontanamento dall'Io ideale ed avvicinamento all'Io reale) sia il *trigger* principale per un successivo sviluppo di depressione normale, nevrotica o addirittura psicotica. Le esperienze traumatiche, che in infanzia portano ad apprendere l'impotenza ed a far sì che l'Io si fissi su questo stato, vengono riattivate in regressione ogni qualvolta le funzioni interne si dimostrano inefficienti al raggiungimento di una o più aspirazioni personali (Bibring, 1953; Gaylin, 1968; Gabbard, 2014).

L'Io ideale di Bibring è in linea con quanto descritto nel PDM-2 riguardo alla tendenza delle personalità depressive a fissare standard elevati ed irrealistici che alla fine

vengono inevitabilmente delusi. La severa autocritica ed autopunizione di queste personalità si origina proprio a fronte di fallimento (Lingiardi & McWilliams, 2017).

1.1.5 Bowlby – Il crollo della base sicura e il lutto patologico

John Bowlby iniziò a pubblicare i primi studi sul processo di lutto già dal 1960. Nel 1970, questo autore definì il concetto di ‘figura di attaccamento’ con riferimento alla persona fidata (reale esterna o stato interiore), simboleggiante una base sicura, in presenza della quale si può esplorare l’ambiente in protezione. Questo tipo di figura è indispensabile non solo al bambino e all’adolescente, ma anche all’adulto. L’autore ritiene essere importante il saper dare fiducia ed il comprendere quale sia la persona giusta a cui darla. Se la relazione con la figura d’attaccamento, da una parte, viene nutrita e mantenuta nel tempo, dato che conferisce sicurezza alla persona, dall’altra parte la minaccia della perdita di questa figura porta profondi sentimenti di angoscia. Nel caso più estremo, la reale perdita o la ferita narcisistica (come delusioni) provocata da questa scatenerà sentimenti depressivi: il dolore provato per la perdita di una figura amata in bambini molto piccoli è il medesimo esperito dagli adulti (Gaylin, 1968; Haynal, 1976; Gabbard, 2014).

Le persone affette da depressione tendono a ricercare persone esterne con cui intrattenere legami all’insegna della fusione e dell’idealizzazione, a causa di un difetto nel processo di introiezione dell’oggetto ‘buono’ (in riferimento a quanto affermato dalla Klein). La ‘madre cattiva’ (da non confondere con la ‘cattiva madre’) non ha permesso l’introiezione della ‘madre buona’ e la formazione di una riserva narcisistica personale. Di conseguenza, ciò che internamente è mancante viene ricercato all’esterno. Questa inclinazione ad aggrapparsi ad un’unità esterna, persona fisica oppure idea astratta (come i partiti politici o le sette religiose), rende queste persone vulnerabili alle perdite (Haynal, 1976). Difatti, ogni perdita esperita in età adulta può scatenare la sintomatologia depressiva, in quanto riattiva la sensazione di abbandono e di essere indegni di amore provata nell’infanzia (Gabbard, 2014). Bowlby definisce la depressione ‘lutto patologico’, poiché ritiene, in accordo con Eric Lindemann, che questa consegua alla fissazione nella prima fase⁵ del processo di lutto normale. Le persone che rimangono

⁵ Bowlby cerca di formulare una teoria del lutto sulla base dei dati empirici riscontrati da Lindemann, Marris ed altri (Lindemann, 1944; Marris, 1958; Gaylin, 1968). Questa teoria parte dal presupposto che l’attaccamento avvenga grazie a sistemi di risposta istintuale. Inoltre, vede il lutto come suddiviso in tre

intrappolate e cristallizzate in questa prima fase perpetuano la ricerca dell'oggetto d'amore perduto (Gaylin, 1968).

Bowlby mette in luce elementi relazionali ed interpersonali che ritroviamo nel PDM-2, relativamente alle personalità depressive. Quest'ultime tendono ad instaurare legami profondi, intimi ed all'insegna dell'empatia, spesso accompagnati dalla paura dell'abbandono (tema nucleare nella loro storia). Inoltre, Bowlby e PDM-2 concordano anche sul fatto che uno dei loro tipici meccanismi di difesa sia l'idealizzazione dell'altro, attuata parallelamente alla svalutazione del Sé (Lingiardi & McWilliams, 2017).

1.1.6 Mahler – Il riavvicinamento ad una figura assente e l'helplessness

Margaret Mahler, nel 1966, suggerisce come siano le trasformazioni che avvengono nel 'processo di separazione-individuazione' ciò che determina una successiva "reattività depressiva" (Mahler, 1966; Haynal, 1976). L'autrice ritiene che questo passaggio rappresenti la vera nascita psichica del bambino, la quale avviene solo dopo la nascita biologica. Questo processo di cambiamento intrapsichico viene suddiviso in quattro sottofasi. Nella prima fase, la 'differenziazione' (7-8 mesi circa), l'infante emerge dalla simbiosi fusionale con la madre, sviluppando una differenziazione somatopsichica: si iniziano a distinguere le sensazioni interne da quelle esterne, il proprio corpo dal corpo della madre. Nella seconda fase, la 'sperimentazione' (10-12 mesi circa), le abilità motorie sviluppate dal bambino (come la deambulazione autonoma) gli permettono di sperimentare l'ambiente circostante, allontanandosi dalla madre pur mantenendo la sua figura come 'base sicura' a cui tornare. In questo modo, vi è uno spostamento dell'investimento dalla madre all'Io. In assenza della madre, si può riscontrare nel bambino un abbassamento dell'umore. Nella terza fase, il 'riavvicinamento' (18 mesi-2 anni circa), l'infante, scontrandosi con gli ostacoli dell'ambiente esterno, prende consapevolezza dei propri limiti: sperimenta un'angoscia di separazione (paura della perdita dell'oggetto d'amore) che lo porta a ricercare la mamma. Infine, nella quarta ed

differenti fasi. (1) I sistemi sono volti ad un oggetto che purtroppo è assente. Per cui, una volta attivati, non portano il loro processo a termine: l'individuo sperimenta delusioni, collera, dolore e angoscia di separazione, continuando penosamente a cerca di recuperare l'oggetto perduto. La fissazione a questa fase porta allo sviluppo della maggior parte delle manifestazioni presenti in psicopatologia. (2) I sistemi istintuali non ricercano più l'oggetto perso; la persona prova pena e sconcerto. Inoltre, quest'ultima non ha più un'unitaria e organizzata percezione della propria personalità. (3) Il lavoro del lutto è portato a termine: l'individuo si riorganizza in una nuova visione di sé che include sia l'oggetto perso che i nuovi oggetti investiti (Gaylin, 1968).

ultima fase, la ‘costanza oggettuale’ (2-3 anni circa), vi è il consolidamento della propria individualità. Con il raggiungimento della costanza oggettuale, la madre viene rappresentata con un’immagine unificata (‘oggetto buono’ e ‘oggetto cattivo’ si uniscono in un’unica imago) e si ha la nascita della ‘madre interna’, rappresentazione intrapsichica della madre (Mangini, 2003). Secondo Mahler, la mancata accoglienza e accettazione da parte della madre durante il riavvicinamento (seconda e terza sotto-fase) crea una ferita narcisistica nel bambino e una conseguente vulnerabilità narcisistica. In tal modo, l’infante si rende conto dell’illusorietà della propria onnipotenza che non può nemmeno essere riconquistata con lo spostamento dell’onnipotenza sul genitore, poiché quest’ultimo è assente. La ‘fiducia di base’ del bambino subisce delle crepe così profonde che ne consegue inevitabilmente l’emersione della ‘*helplessness*’ (ossia, sentimento di impotenza), che costituisce il fondamento dell’affetto depressivo: è l’emblema del sé che non riesce a raggiungere gli standard dell’‘ideale di Sé’, nel conflitto fra l’immagine ‘ideale di Sé’ (‘*wishful Self-image*’) e l’immagine del ‘Sé sgonfiato’ (‘*deflated Self-image*’), arrivando ad esperire la perdita di autostima e di fiducia (Haynal, 1976; Taylor, 2022). Inoltre, l’infante tenderà a identificarsi con l’aggressore⁶ (madre), unica strada che può perseguire per proteggere e nutrire quanto rimane del piccolo nucleo di *agency* (autoefficacia, consapevolezza dell’importanza del proprio gesto nell’ambiente), e per continuare a credere di possedere una certa forma di controllo sull’esterno. Con l’attuazione di questo meccanismo difensivo, l’aggressività viene volta contro il Sé proprio nel momento in cui, secondo la Mahler, già si iniziano a costruire le prime fondamenta del Super-io. Ciò dà una misura di quanto questa istanza potrebbe esser colonizzata da tendenze tiranniche e severe (Haynal, 1976; Antoncicchi, 2021).

Ricordiamo che Otto Kernberg (1976) affianca i concetti di ‘posizione depressiva’ della Klein e di ‘fase di riavvicinamento’ della Mahler. In una prospettiva integrata, nella posizione depressiva l’infante, temendo di aver distrutto la madre, potrebbe tendere a riavvicinarsi a lei. Il prezzo da pagare è la paura di cadere in una nuova simbiosi con questa, perdendo la propria separatezza ed individuazione (Lingiardi & Gazzillo, 2014).

⁶ Freud (1923) è stato il primo autore a suggerire la differenziazione tra ‘identificazione con l’aggressore’ (o ‘identificazione difensiva’), in cui si desidera assomigliare alla persona di cui si stimano le qualità, e ‘identificazione anaclitica’ (o ‘identificazione non difensiva’), in cui l’identificazione è dettata dalla minaccia del potere altrui. Quest’ultima, vero e proprio meccanismo di difesa, è volta al controllo di quanto viene temuto, assumendo proprio le vesti dell’oggetto minaccioso. In questo modo, la persona spaventata non sarà più nel ruolo della vittima ma del carnefice. Se pur Freud ne parli in termini di “identificazione” (meccanismo difensivo secondario), questo meccanismo difensivo ha maggiormente a che fare con meccanismi difensivi primari, come l’introiezione (in accordo con la McWilliams). Difatti, l’aggressore può essere una vera e propria figura introiettata che continua a funzionare in modo articolato e complesso soggiornando all’interno dell’individuo (McWilliams, 2011).

Il rivolgimento dell'aggressività e della rabbia contro il Sé, descritto dalla Mahler, è uno dei meccanismi difensivi associati alla personalità depressiva nel PDM-2, se pur non venga posto fra le difese nucleari. Inoltre, è interessante notare come il PDM-2 non enfatizzi la condizione di *'helplessness'*, aspetto che potrebbe essere oggetto di approfondimento di future revisioni (Lingiardi & McWilliams, 2017).

Ora l'attenzione verrà volta agli autori psicoanalitici che ci parlano di 'Personalità Depressiva'. Si premette che l'obbiettivo dei prossimi paragrafi è quello di comprendere il nucleo tematico ed i contributi teorici che i diversi autori apportano, e non di approfondire le caratteristiche peculiari di questo tipo di personalità, le quali verranno analizzate in seguito (vedi *Paragrafi 1.2, 1.3, 1.4, 1.5 e 1.6*).

1.1.7 Le prime teorizzazioni sulla personalità depressiva

Le prime teorizzazioni rimandanti ad una pseudo personalità depressiva emergono da fenomenologi tedeschi, come Kraepelin, Kretschmer e Schneider. Il primo autore che inizia a spostarsi sul versante della struttura personologica, anziché su quello clinico della depressione, fu Emil Kraepelin. Questo noto psichiatra, nel 1921, usò il termine 'temperamento depressivo' per riferirsi alla predisposizione di base allo sviluppo di depressione. Egli ipotizza la presenza di una continuità fra temperamento depressivo e patologia maniaco-depressiva. Il temperamento depressivo viene da lui descritto come l'inclinazione a presentare angoscia, forti sensi di colpa, scarsa autostima e forte autocritica. Questa costellazione di caratteristiche può svilupparsi fino a convergere in una malattia affettiva. Le teorizzazioni di Kraepelin sono state successivamente corroborate e supportate da Kretschmer e Schneider (Campos, 2013).

È necessario attendere gli anni '60 e '70 per riscontrare una significativa produzione letteraria psicoanalitica in merito alla personalità depressiva: Berliner (1966), Chodoff (1972), Bemporad (1973), Kernberg (1970, 1988) e Blatt (1974). Nonostante ciò, vi è da sottolineare che autrici come Karen Horney e Sándor Rado, abbiano già iniziato a descrivere condizioni di questo genere negli anni '50 (Rado, 1951; Horney, 1950).

A seguire, saranno presentati alcuni dei contributi più significativi apportati al quadro di personalità depressiva. Le riflessioni saranno esposte seguendo la configurazione che

ci è sembrata esser maggiormente chiara, anche se potrebbe non seguire necessariamente un ordine cronologico. Si anticipa quanto sia fondamentale posare la propria attenzione sui cambiamenti teorici che intercorrono nello snodo temporale fra la pubblicazione dei pensieri di Karen Horney e quelli di Nancy McWilliams. Infine, saranno presentati i contributi di Sidney Blatt e Silvano Arieti che, se pur non si riferiscono direttamente ed in senso stretto alla personalità depressiva, veicolano concetti condivisibili ed estendibili anche a questo quadro di personalità.

1.1.8 Horney – Le nevrosi affettive e l’eterna ricerca dell’amore incondizionato

Karen Horney (1950) pone la propria attenzione su quelle che lei definisce ‘nevrosi dei nostri tempi’ (nevrosi attuali) ed in particolare sulle ‘nevrosi affettive’ (Horney, 1950). Se pur nella sua visione di nevrosi affettive non si parli puntualmente di personalità depressiva e vi siano sfumature di tratti che rimandano anche alle personalità masochistiche e dipendenti, possiamo riscontrare alcune peculiarità tipiche di questo quadro di personalità.

Le ‘nevrosi affettive’ iniziano a svilupparsi in presenza di alcune condizioni, quali il sentire di non essere amati, l’impossibilità di credere nell’amore, l’ostilità verso gli altri e l’esperire ansia. L’autrice evidenzia come, per il nevrotico, la ricerca dell’amore dell’altro sia un bisogno vitale che deve trovare una realizzazione a qualsiasi prezzo. Sembra che l’esistenza, la felicità ed il benessere di queste persone dipendano proprio dall’essere amati. Di conseguenza, sono pervase dalla paura di perdere il possesso o l’amore della persona amata. In concordanza a ciò, frequentemente, si riscontra l’incapacità di godere della ‘solitudine’, esperienza vissuta negativamente: da uno stato di leggera ansia e disagio, fino ad un vero e proprio terrore. Sebbene alla percezione di queste sensazioni segua la ricerca immediata di contatto ed affetto umano, i legami che costruiscono con gli altri assumono un carattere eccezionalmente paradossale: da un lato, ricercano la stima e la vicinanza dell’altro, sentendosi abbandonati appena quest’ultimo si assenta; dall’altro, non riescono ad essere veramente felici nemmeno in sua presenza. Ciò ci permette di comprendere quanto, nella loro condizione, ha la meglio il bisogno di un affetto confortante su un attaccamento sincero. Possiamo, quindi, vedere la loro vita come scritta all’insegna della ricerca di un amore incondizionato, in cui l’altro sia disposto a sacrificare ogni cosa per loro (Horney, 1950).

Un altro aspetto delle nevrosi affettive che la Horney evidenzia è l'“insaziabilità”, principalmente affettiva. Quest'autrice ritiene che sia discutibile quanto presente in letteratura in merito ai desideri e tendenze orali e che, tutt'al più, i comportamenti descritti come orali (fumare le sigarette, mangiare in grande abbondanza, rosicarsi le unghie, etc.) siano dovuti ad una matrice di insaziabilità (Horney, 1950).

Nonostante i pensieri divulgati dalla Horney possano essere ritenuti vaghi rispetto a quanto oggi è presente in letteratura riguardo alla personalità depressiva, sono comunque fondamentali per la comprensione del percorso che la conoscenza scientifica ha tracciato per arrivare a delineare, in modo maggiormente strutturato e completo, questo quadro di personalità.

Sebbene quest'autrice non venga spesso menzionata in letteratura, il suo filone di pensiero rispetto alle ‘nevrosi affettive’ ripercorre svariati aspetti affini alla descrizione del quadro di personalità depressiva delineata nel PDM-2. Questi includono l'incapacità di godere della solitudine, l'impossibilità di contattare emozioni positive e quindi anche l'amore che l'altro può donargli, e la paura dell'abbandono (Lingiardi & McWilliams, 2017).

1.1.9 McWilliams – La personalità depressiva e i suoi nuclei principali

Nancy McWilliams, dopo aver lavorato alla stesura del PDM insieme a Vittorio Lingiardi e ad una *task force* (PDM Task Force, 2006), si è dedicata ad approfondire i diversi tipi di personalità, piuttosto che i disturbi clinici (McWilliams, 2011). In merito al versante depressivo, l'autrice ritiene che vi sia un continuum avente come poli, da una parte uno stato patologico e clinico (presenza di grandi alterazioni dell'esame di realtà e dell'area cognitiva, disturbi vegetativi, rallentamento psicomotorio e pensieri deliranti), e all'estremo opposto uno stato depressivo caratterizzante la personalità (tratti depressivi che accompagnano nel lungo termine la persona) (McWilliams, 2011).

Con riferimento alla psicoanalisi classica, precedentemente passata in rassegna, la McWilliams delinea un quadro esaustivo ed efficace della personalità depressiva: vengono ad esser presi in considerazione i modelli relazionali, gli affetti, il Sé, i meccanismi di difesa, il transfert/controllotransfert e le implicazioni terapeutiche. La sua attenzione viene ad esser maggiormente posta sulla difesa dell'introiezione. Ella stessa, con l'aiuto del suo supervisore, arrivò a comprendere di proiettare processi introiettivi sui

propri pazienti, percependo quest'ultimi come emotivamente affamati. Le personalità depressive vengono da lei descritte come all'insegna di tre principali affetti: la rabbia e l'aggressività, represses e volte verso il Sé; il senso di colpa, che tirannicamente fa ricordare ogni gesto gentile non pensato; e la tristezza ed il dolore, palpabili ed estremamente visibili. Avendo come stella polare e bussola queste emozioni, si possono riscontrare, in queste persone, relazioni oggettuali basate sull'abbandono e sulla nostalgia (dimensione intermedia tra il lutto e la melanconia). Infine, un aspetto particolarmente evidenziato dalla McWilliams è la frequente e massiccia dedizione ad attività filantropiche. L' 'altruismo riparativo', da una parte, permette a queste personalità di controbilanciare il loro senso di colpa espiandolo; dall'altra, l'inversione di ruolo provata nell'infanzia, come coazione a ripetere, le porta a prendersi cura degli altri. L'autrice, nella sua pratica clinica, ravvisa che quest'attività di sublimazione permette di coprire e contenere gli affetti depressivi, i quali spesso si esacerbano ed esprimono anche solo con l'interruzione temporanea di questi progetti umanistici (McWilliams, 2011).

1.1.10 Blatt – I due sottotipi di Personalità Depressiva: introiettivo e anaclitico

Ancor prima delle pubblicazioni della McWilliams, Sidney Blatt nel 1966, durante una sua revisione dei classici stili nevrotici teorizzati da Shapiro, notò la mancanza dello stile depressivo (Campos 2013). Blatt non solo riporta descrizioni esaustive sulla configurazione della personalità depressiva, ma ne identifica due sottotipi: una 'introiettiva' (o 'autocritica') ed una 'anaclitica' (o 'dipendente') (Blatt, 1974, 1990, 2004, 2008; Blatt & Zuroff, 1992; Campos, 2013).

Il 'sottotipo introiettivo' riguarda tutti i meccanismi che vedono come nucleo centrale la preoccupazione della 'definizione del Sé'. La paura di non guadagnare il riconoscimento e l'approvazione dell'altro porta queste persone a monitorare continuamente il loro Sé, il quale è soggetto a forti autocritiche e colpevolizzazioni. Ogni qualvolta vi sono maltrattamenti, rifiuti o abbandoni, le accuse sono rivolte al Sé: ritenendo di esser individui non degni di amore, ricercano le cause di eventi negativi esterni dentro di loro (Blatt, 1974, 2004; McWilliams, 2011; Campos, 2013; Lingiardi & Gazzillo, 2014). In altre parole, il sentirsi rifiutati dall'altro viene mutato inconsciamente nella certezza di meritarsi quel rifiuto. Ciò li rende molto vulnerabili a disapprovazioni e giudizi (McWilliams, 2011). In accordo a quanto detto, studi scientifici confermano come la sensibilità alle critiche sia fortemente correlata alla depressione di tratto, piuttosto che

a quella di stato (Natoli et al., 2016). In aggiunta, le personalità depressive introiettive si mostrano esser iper-moralizzanti e perfezioniste (Blatt, 1974, 2004; Huprich, 2003; Huprich et al., 2008). Il loro porsi standard eccessivamente elevati (sia a livello scolastico che professionale) le può portare a sentirsi al di sotto delle aspettative a causa dei fallimenti (Gabbard, 2015). Per contrastare il senso di colpa che inevitabilmente deriva dai pensieri eccessivamente criticanti, frequentemente, queste persone si dedicano ad attività sublimatoria (apparentemente può sembrare un meccanismo ossessivo, ma non lo è) (McWilliams, 2011). Non potendo salvare loro stesse perché indegne, assumono il ruolo del ‘salvatore’ (triangolo di Karpman; Birk, 1994) assistendo chi è in difficoltà. In questa sede, è impossibile non sottolineare come tipicamente le personalità depressive siano “ex-bambini anagraficamente adulti”: dopo che la figura affettiva primaria si è mostrata esser abbandonica o traditrice, si sono dovute prender cura di loro da sole, diventando prematuramente genitori (inversione di ruolo) (McWilliams, 2011; Gabbard, 2015). Tenendo conto di queste peculiarità, il pattern di pensiero tipico di questa personalità potrebbe essere, come riportato dalla McWilliams: *“Io non sono sufficientemente buono, sono difettoso, sono indulgente con me stesso, sono cattivo”* (2011, Tr. It. 2012, p. 270).

Il ‘sottotipo anaclitico’ riguarda tutti i meccanismi che vedono come nucleo centrale la preoccupazione del ‘Sé in relazione’ agli altri. In queste persone è intenso il bisogno di essere protetti, incoraggiati, sostenuti, accuditi, confortati ma soprattutto amati (Blatt, 1974; Campos, 2013; Lingiardi & Gazzillo, 2014). Ciò da un lato, li porta a instaurare relazioni ed attaccamenti profondi basati sulla fiducia reciproca e sulla soddisfazione dei bisogni altrui; ma purtroppo dall’altro lato, li conduce ad esperire penetranti paure di abbandono e di non essere amati (Blatt & Shichman, 1983; Campos, 2013; Gabbard, 2015). Pur lottando ogni giorno per mantenere intatte le loro relazioni personali, non arrivano a trovare nell’altro gratificazione e conforto. In accordo a ciò, le personalità depressive anaclitiche sono vulnerabili alle perdite (in presenza di perdita provano estreme sensazioni di disagio) ed alla solitudine (Campos, 2013; Lingiardi & Gazzillo, 2014; Gabbard, 2015). Altri sentimenti tipici sono il senso di impotenza e debolezza. Gli individui presentanti il versante anaclitico non si sentono ‘cattivi’ come la controparte introiettiva; piuttosto, si sentono inadeguati ed indegni, condannati ad una vita di delusione (McWilliams, 2011). Basandosi su questa descrizione, il pattern di pensiero tipico di questa personalità potrebbe essere, come riportato dalla McWilliams: *“Io sono*

vuoto, affamato, solo e ho bisogno di sentirmi in contatto con qualcuno” (2011, Tr. It. 2012, p. 270).

Blatt, nel 2008, suggerisce la presenza di persone caratterizzate da entrambi i sottotipi (anaclitico ed introiettivo). Questa condizione viene da lui definita ‘configurazione mista’. Le due polarità della personalità depressiva (inclusa quella ‘mista’) hanno trovato conferma e validità in studi empirici (Silva et al., 2018).

Kernberg (1970, 1988), contrariamente a Blatt, nelle sue teorizzazioni integra i tratti anaclitici ed introiettivi in un unico concetto, quale quello di ‘personalità depressiva-masochistica’. Vi sono tre principali aspetti della personalità depressiva che emergono sia nella visione di Blatt, che in quella di Kernberg: la dipendenza, il masochismo e l’autocritica (per il Super-Io tirannico), ed il perfezionismo (Campos, 2013).

La validità di questi due sottotipi di personalità è stata condivisa da svariati autori. La *task force* che ha lavorato al PDM (PDM Task Force, 2006) ha deciso di inserire questa sfaccettatura della personalità depressiva nell’Asse P (asse volta a valutare gli stili o i disturbi di personalità). Le polarità anaclitico-introiettiva sono state mantenute anche nella seconda versione del PDM (Lingiardi & McWilliams, 2017). Parallelamente a ciò, anche la McWilliams ha introdotto nella seconda edizione del suo libro “*Psychoanalytic Diagnosis. Understanding personality structure in the clinical process*” (2011, Tr. It. “*La diagnosi psicoanalitica*”, 2012) il sottotipo anaclitico, precedentemente non preso in considerazione poiché considerato come un disturbo di personalità dipendente.

1.1.11 Arieti – L’Altro dominante: la saturazione dello spazio intrapsichico da parte di un terzo

Silvano Arieti (1962, 1977, 1980) ipotizza la presenza di due possibili configurazioni di personalità che possono evolvere, nel tempo, in una depressione. Queste si configurano intorno ad un ‘polo dominante’ che in un caso è assunto da un individuo (‘altro dominante’), e nell’altro da un obiettivo (‘obiettivo dominante’ o ‘ideologia dominante’).

Le persone che sviluppano una struttura di personalità basata sull’*Altro dominante* (più frequente nelle donne, probabilmente come precipitato di una cultura che le ha addestrate a sopprimere il loro potenziale di autonomia) instaurano rapporti in cui rinunciano alla possibilità di autogratificazione: l’appagamento, la realizzazione e la soddisfazione possono essere veramente sentite come tali solo se l’altro lo concede

(Arieti, 1962; Bemporad, 1973; Kaplan, 1977; Arieti, 1980; Gabbard, 2014). La vita di queste persone ruota continuamente intorno all'altro, unico fattore determinante per la loro autostima. Di conseguenza, la gratificazione non deriverà dallo sforzo profuso per raggiungere un obiettivo personale ma solamente dall'altro, che può rimandargli o meno ricompense (Arieti, 1980). Questo tipo di relazioni sono, frequentemente, intrattenute con il coniuge (Arieti, 1977; Gabbard, 2014) e sono lo specchio di rapporti passati, avviati dal genitore durante l'infanzia, che transferalmente si ripristinano nel presente (Arieti, 1980). Altre caratteristiche di questa personalità sono la passività, la soppressione della rabbia e l'attaccamento (Arieti, 1980; Gabbard, 2014).

La presenza di una struttura di personalità basata sull'*Obiettivo dominante*, o *Ideale dominante* (più frequente negli uomini), vede il *focus* attentivo non più sulla relazione con una persona, ma su quella con un'organizzazione, un'istituzione o un ideale (Arieti, 1980; Gabbard, 2014). In entrambe le sottostrutture di personalità menzionate da Arieti, con incistato l'altro dominante o l'ideale dominante, la vita è percepita come mancante di valore, eccetto nel caso in cui rispettivamente si solleciti nell'altro la risposta desiderata o si raggiunga l'obiettivo previsto (Gabbard, 2014). Il costante inseguimento del nobile obiettivo porta questi soggetti a disinvestire tutte le altre attività. I loro rapporti quotidiani sono dettati dal riproporsi dello schema genitoriale: come da bambini venivano premiati dalle figure primarie esclusivamente in presenza di prestazioni eccellenti, da adulti hanno la convinzione di esser apprezzati e trattati in modo privilegiato dagli altri solo nel caso in cui raggiungano gli obiettivi prefissati. Inoltre, contrariamente alle personalità-altro dominante, queste personalità sono tipicamente introversive e riservate, presuntuose e spesso ossessive (Arieti, 1980).

In aggiunta a queste personalità, Arieti identifica un terzo tipo di personalità (ugualmente presente in uomini e donne) da vedere come una forma di struttura caratteriale stabile e non episodica o ricorrente. La presenza di questa personalità, inevitabilmente, darà luogo ad una depressione clinica. Difatti, mentre i due sottotipi di personalità visti sopra hanno la possibilità di scongiurare la manifestazione depressiva fin tanto che l'altro dominante e l'obiettivo dominante continuano a fornire gratificazioni, per quest'ultima sono vane anche queste apparenti e palliative soluzioni. Queste persone si sentono intrappolate in uno stile di vita privo di significato e sperimentano un intenso senso di vuoto. Nonostante ciò, sono capaci di sviluppare relazioni profonde, dato il forte timore di essere respinte o sfruttate. Qualsiasi attività quotidiana non può che apparire a loro come futile, dal momento che nelle loro famiglie erano radicati severi tabù di rinuncia

ed inibizione alle gratificazioni. Altre caratteristiche che li rappresentano sono la moralità, l'orgoglio, l'ipocondria e l'estrema criticità, sia verso sé che verso gli altri (Arieti, 1980).

Queste tre forme di personalità, nonostante differiscano per svariate seppur apparenti caratteristiche, possiedono delle peculiarità di base comuni. In primo luogo, presentano distorsioni sia di se stesse che degli altri: temono eccessivamente il rifiuto e la critica a causa della loro sopravvalutazione del giudizio altrui. In secondo luogo, sono continuamente schiacciate da inibizioni che gli impediscono non solo di esperire le gratificazioni, ma anche di conferire nuovi significati al loro operato. In terzo luogo, tutte e tre le personalità sono reattive a relazioni oggettuali primarie ed a stress di vita (non sono endogene). Questi adulti sono stati bambini che hanno conosciuto cosa significhi esser accuditi. La criticità risiede nel fatto che, ad un certo punto, i loro familiari hanno veicolato il messaggio che l'essere un 'bambino buono' era il prezzo da pagare per continuare ad avere un caldo accudimento. Alla luce di ciò, gli obiettivi che si pongono e i giudizi che si aspettano dagli altri ci mostrano quanto questi individui stiano ancora cercando di saldare il debito genitoriale (Arieti, 1980).

Sebbene le tematiche descritte da Arieti siano coerenti al quadro di personalità depressiva descritto nel PDM-2, vediamo come in questo manuale venga a mancare il riferimento alle tre strutture di personalità da lui delineate (Altro dominante, Ideale dominante e la personalità con una struttura caratteriale maggiormente stabile). L'aggiunta di questa specifica, accanto alle polarità anaclitico-introiettiva (Blatt, 1974, 1990, 2004, 2008; Blatt & Zuroff, 1992), nella nosografia del PDM-2 potrebbe consentire un maggior grado di precisione nella diagnosi della personalità depressiva (McWilliams & Lingiardi, 2017).

1.2 Modelli Relazionali

Il PDM-2 descrive il livello relazionale ed interpersonale delle personalità depressive perlopiù in termini di paura della perdita e dell'abbandono dell'altro. Questo manuale si addentra, leggermente, nel dettaglio riguardo alla variante introiettiva, spiegando come la tendenza a rivolgersi autoaccuse possa esser vista alla luce di un riverbero dell'antica inclinazione infantile a considerarsi responsabili dei 'mali' del mondo. Difatti, dinnanzi a contesti trascuranti, abusanti e non protettivi, il bambino può difendersi solamente con

il pensiero onnipotente che lo vede come l'artefice di quanto avviene, a causa della sua cattiveria (Lingiardi & McWilliams, 2017). Se pur il tema nucleare di questo quadro di personalità sia da considerarsi tutto ciò che ruota attorno alla perdita e alla separazione, è importante considerare la possibilità di approfondire all'interno di questa nosografia dinamica le esperienze che possono elicitare la riattivazione, in età adulta, di stati primari di 'helplessness' (e 'Hilflosigkeit') ed 'hopelessness'. Inoltre, come è possibile osservare nel *Paragrafo 1.2.2*, gli affetti e le angosce depressive non si originano esclusivamente in contesti trascuranti (come quelli citati nel PDM-2) ma anche in quelli ipercontrollanti. A seguire, è proposto un approfondimento, in chiave psicoanalitica, delle relazioni primarie e dei *pattern* familiari ricorrenti nelle dinamiche depressive.

1.2.1 La sostituzione della rêverie materna con il "Sono altro, Sono altrove"

Donald Winnicott afferma: "*Dove c'è un infante, c'è anche l'assistenza materna, e senza quest'ultima non ci sarebbe l'infante*" (Winnicott, 1965, Tr. It. 2013, p. 44). L'*infant* è la madre e la madre è l'*infant*, sono un tutt'uno che si muove all'unisono, uno stato di indifferenziazione e fusionalità tra il Sé dell'infante e le cure materne: 'narcisismo primario' di Freud e 'sviluppo primario' di Winnicott (Freud, 1914; Winnicott, 1965). L'*holding materno*, il 'sostenere' nel senso di tenere in braccio ed adattarsi al corpo del lattante, senza disconnessioni e tensioni corporee, instilla il primo strato di continuità fisica, ineludibile per la futura costruzione di una continuità psichica (Winnicott, 1965). La separatezza fra le due identità corporee viene vista solamente dalla madre che sedurrà alla vita psichica il bambino, instaurando un legame di co-identità madre-infante non ancora toccato dalle pulsioni (Russo, 2013). In questo modo inizia la storia d'amore, perché di storia di amore si tratta, tra due esseri molto diversi: uno organizzato (madre adulta) e l'altro non ancora organizzato (infante inerme) (Russo, 2013). Il lattante si trova in uno stato di "*Hilflosigkeit*" (impotenza primaria), è inerme e totalmente dipendente dalla madre (Freud, 1905). In presenza di una situazione ottimale, la madre (o meglio, la funzione materna) si sintonizza ed interpreta i bisogni dell'infante non integrato. Nell'inconscio atemporale dell'adulto integrato, permane un primordio di infante-inerme che permette l'immediata e fisiologica identificazione tra madre e bambino (Russo, 2013). Questa identificazione proiettiva e partecipazione simpatetica ('funzione

dell'intendersi' per Freud, 'preoccupazione materna primaria' per Winnicott, '*rêverie*⁷ materna' per Bion) permette di offrire al bambino ciò di cui necessita, così da soddisfare i suoi bisogni (Freud, 1920; Winnicott, 1965; Bion, 1962; Grinberg, Sor & Tabac de Bianchedi, 1977). Inoltre, le cure materne e l'ambiente protettivo consentono di "vestire" il lattante con quello che Didier Anzieu definisce 'involucro psichico materno' (e per dirla alla Winnicott 'barriera para-eccitatoria materna'), velo distanziante, membrana protettiva dagli urti e stimoli con funzione 'traumatolitica' (Ferenczi, 1933; Winnicott, 1965; Anzieu, 1985). Gli "urti" vengono comunque percepiti ma in modo attenuato e smussato. Nello stato di indifferenziazione e di diffusione dell'infant tra "me" e "non me", tra "realtà interna" e "realtà esterna", qualsiasi stimolo con elevata intensità eccitatoria può esser considerato traumatico (Winnicott, 1965). Stimoli interni ed esterni sono confusi ed interscambiabili: il forte rumore del motore dell'auto attraversa il bambino come se lo incorporasse ed i crampi allo stomaco, dovuti alla fame, appaiono come cannibali interni pronti a divorare le membra del piccolo. In quest'ultimo esempio si rintraccia come ciò che l'adulto definirebbe 'senso di fame' viene percepito fantasmaticamente dal lattante come oggetto estraneo al sé e persecutorio, che lo morde dall'interno (Mangini, 2003). Questa sensazione somatica, antecedente alla 'rappresentazione di cosa' e quindi alla possibilità di diventare 'rappresentazione di parola' (ergo, espressione della verbalizzazione: "Ho fame"), è quanto Agostino Racalbutto definisce 'affetto-sensazione pre-rappresentativo': mescolanza tra un affetto (sentimento primario di amore, odio, etc...) ed una sensazione (ciò che il corpo sente come buono, cattivo, piacevole, fastidioso, etc...) (Ferro, 2002; Mangini, 2003). La madre 'sufficientemente buona', con la sua funzione alfa (come *rêverie*), donerà all'infant un contenitore, una cornice e, in altre parole, darà un nome a ciò che in caso contrario inevitabilmente lo farebbe sprofondare nell'angoscia impensabile (angoscia di cadere a pezzi, di essere annientati). La funzione alfa (alfabetizzazione) permette di trattenere, contenere, elaborare, raffinare, bonificare e dare forma al liquido informe ed impensabile

⁷ La funzione di '*rêverie*' materna, di cui ci parla Wilfred Bion, fa riferimento alla disponibilità della madre di farsi contenitore del contenuto (sensazioni grezze e percezioni primitive) proiettato dall'infant e. La capacità di *rêverie* ha a che fare con l'alfabetizzazione e l'attribuzione di un significato simbolico alla quota di frustrazione esperita dal lattante: la mente materna, grazie alla sua 'funzione alfa' (se detta alla Bion, o 'apparato per pensare i pensieri' se detta alla Antonino Ferro), metabolizza, come un apparato digerente, questi contenuti non-verbali, rendendoli assimilabili dal neonato. È importante che la restituzione di questo contenuto al lattante avvenga cogliendo un preciso *timing*, determinato dai ritmi del neonato stesso. Un ruolo-chiave in questa dinamica è giocato dalla capacità del genitore di tollerare e contenere la distruttività proiettata dall'infante (Grinberg, Sor & Tabac de Bianchedi, 1977; Ferro, 2002; Mangini, 2003).

delle tensioni (elementi beta), proiettate all'esterno in modo fagocitante ed espulsivo dal bambino (si avvale di funzioni primitive per dare ordine al caos-informe). La madre, in un secondo momento, restituisce questi elementi grezzi sottoforma di elementi alfa, tollerabili e metabolizzabili dalla psiche *in fieri* dell'infant (Grinberg, Sor & Tabac de Bianchedi, 1977; Mangini, 2003). In altre parole, è come se il liquido informe di eccitamenti (contenuto) che nel lattante non trova un contenitore, può esser condensato e modellato dal contenitore della madre, la quale sa 'intendere' quale sia il tassello del "puzzle" mancante nel tabellone. Questa prima fase di fusionalità in cui la diade madre-bambino forma un 'bozzolo emotivo' è caratterizzata da quanto viene definito come 'narcisismo primario' o 'onnipotenza allucinatoria primaria' (Mangini, 2001). La madre sufficientemente buona e generosa, che accetta il venir meno del proprio rifornimento narcisistico, asseconda il gesto spontaneo e l'allucinazione sensoriale primaria del bambino (Winnicott, 1965). Allora sì che l'infant, con la propria onnipotenza, può iniziare a pitturare e costruire una magica realtà, esistente sotto l'egida del suo creatore: il seno è assente, viene creato dal bambino. Così la sensibilità e l'accortezza materna dispiegano un amore che nutre, fortifica e fertilizza l'Io fragile e debole dell'infant, seducendolo alla vita psichica (vita pulsionale). Solo quando l'Io si forma, si può parlare di "inizio" (Winnicott, 1965).

È importante ricordare che il termine '*holding*', indicato da Winnicott, non fa riferimento esclusivamente al "sostenere", "tenere in braccio", ma anche al "vivere con", che implica la presenza di relazioni oggettuali. Gradualmente (e non improvvisamente), in uno spazio protetto dalla rêverie materna, il bambino può sperimentare il principio di realtà in modi e tempi diversi: a piccoli passi assapora la presenza di una 'membrana limitante' ('Io-pelle' di Anzieu) che pone una salvifica distanza tra il "me" ed il "non me" (questa "pellicola" di delimitazione non è presente negli schizoidi che inciampano costantemente nelle angosce psicotiche di frantumazione) (Winnicott, 1965; Anzieu, 1985). Nonostante il bambino possa ancora far esperienza di stati non integrati, l'Io passa da uno stato non integrato ad un'integrazione strutturata. Così l'individuo diventa un'unità a sé stante rispetto agli oggetti che popolano il mondo esterno (fase che Winnicott denomina '*object-presenting*'). L'infante sviluppa così la capacità di avere relazioni oggettuali e ciò è possibile solo se la madre concede al bambino, in una prima fase, l'illusione di avere la capacità di creare le meraviglie dell'ambiente, le quali possono avere la magica potenzialità di soddisfare i suoi bisogni (Winnicott, 1965). In questa fase inizia l'insediamento della psiche nel soma (Winnicott, 1965). Il complesso intrico tra

nutrimento biologico e nutrimento psichico inizia a disimpastarsi e la psiche insedia le proprie radici nel ‘corpo assente’ (Green, 1990; Russo, 2013). La soddisfazione dei bisogni del bambino da parte della madre plasma il desiderio, l’attrazione per un oggetto (come il seno materno). L’amore ed il desiderio derivano proprio dalla fame biologica, ‘fame di seno’, che solo successivamente diviene ‘fame di mamma’. Freud nel “Compendio” afferma: *“Il primo oggetto erotico del bambino è il seno della madre che lo nutre, l’amore nasce in appoggio al bisogno soddisfatto di nutrimento. Certo, all’inizio, il bambino non distingue tra seno materno ed il proprio corpo; quando il seno, separandosi dal corpo del bambino, viene portato fuori, esso si accaparra, in quanto oggetto, una parte dell’originario investimento libico narcisistico, dal momento che il bambino ne sente molto spesso la mancanza. Questo primo oggetto si completa in seguito fino a comprendere tutta la persona della madre, la quale non solo nutre il bambino, ma pure lo accudisce, suscitando in lui una serie di altre sensazioni corporee, ora piacevoli, ora spiacevoli. Occupandosi del corpo del bambino la madre diventa la prima seduttrice”* (1938, p. 615; Mangini, 2015, p. 122).

Nello sviluppo psico-affettivo del bambino vi sarà un ritmico samsara di avvicinamento (unione) ed allontanamento (separazione) dalla figura primaria. È fondamentale la presenza di una bilanciata oscillazione fra una quota di separazione e frustrazione, data ad esempio dall’assenza della madre (legata a quanto, parallelamente in analisi, Ferro chiama ‘capacità negativa’⁸), ed una quota di unione e contenimento (legata a quanto, parallelamente in analisi, Ferro chiama ‘fatto prescelto’⁹) (Ferro, 2002; Mangini, 2003). In altri termini, parlando del legame madre-infant potremmo dire che *“sia la siccità, sia le inondazioni, non consentono la coltura”* (Semi, 2011). È interessante osservare come anche la frustrazione è necessaria se ponderata, basti pensare a come l’assenza dell’oggetto primario possa fornire le fondamenta per il pensiero. Inoltre, la capacità del lattante di tollerare la frustrazione e la presenza di una rêverie materna sono le due componenti che rendono possibile il passaggio della funzione alfa dalla madre al

⁸ Bion utilizza il concetto di “capacità negativa” con riferimento ad uno stato mentale in cui si è capaci di tollerare il dubbio e l’apertura di senso, senza introdurre una quota di desiderio. È quindi la capacità di restare in silenzio, in una situazione in cui vige l’indeterminatezza, in attesa che il “non so” assuma un significato differente. Lo sviluppo di questa capacità prelude a quello del contenitore ed alla possibilità di entrare in contatto con la verità emotiva sconosciuta (ciò che Bion definisce con il termine ‘O’) altrui (Grinberg, Sor & Tabac de Bianchedi, 1977; Ferro, 2002).

⁹ Bion utilizza il concetto di “fatto prescelto” con riferimento allo stato mentale in cui ciò che precedentemente non era definito ora può prendere corpo. Il passaggio dal non-senso alla chiusura di senso (cesura) porta sollievo (Grinberg, Sor & Tabac de Bianchedi, 1977; Ferro, 2002).

lattante. In questo modo, vi è la nascita di un primordiale e fragile contenitore, embrionale apparato per pensare i pensieri: l'infant introietta una 'coppia felice' come rappresentante sia di esperienze positive e vitali, che di capacità di trattare pensieri ed emozioni (Mangini, 2003). Quest'ultimo stadio è compiutamente raggiunto da quelle che potremo definire personalità depressive: empatiche e risonanti tanto da formare una rete che onnipotentemente si propone di cullare il mondo, o più in generale l'Altro. L'amore lo hanno provato e per questo sanno ben muoversi fra le sfaccettate emozioni, ma l'Eden paradisiaco conosciuto è stato perso. Un grande lutto le ha travolte e, da quel momento, la figura introiettata (e con cui si identificano), è una figura mortifera. Mangiano ricordi, relitti, carcasse che li influenzano con il loro "effetto boomerang": li fanno "sentire" connessi emotivamente con l'altro e per questo il loro aquilone può volteggiare e volare lontano; ma, prima o poi, il suo filo deve esser riavvolto e così vengono catapultati nel funebre passato. Il paradiso è perduto (Sandler & Joffe, 1965; Galbusera, 2022). Sembra che la funzione temporalizzante li intrappoli in un antico gioco di rispecchiamento (fase che Jacques Lacan chiama 'stadio dello specchio') dove negli occhi della madre winnicottiani la tempesta di sabbia ha prosciugato la vitalità, e l'unica cosa che non ha annebbiato la vista sono gli oggetti abbandonici pietrificati. La risposta allo sguardo amorevole del bambino è una non-risposta, è quella di uno sguardo cieco, perduto, vuoto, che oltrepassa il corpo del bambino perdendosi in un altrove. È come se gli occhi materni urlassero i famosi versi di Alda Merini: "Sono altro. Sono altrove". È così che gli occhi-specchio della madre diventano un oggetto *da* guardare e non qualcosa *in cui* guardare. L'erotizzazione dello sguardo è persa.

Nel pensiero metaforico di André Green, improvvisamente, nella biografia delle persone caratterizzate da affetti depressivi è avvenuta la sostituzione di una madre 'seduttrice alla vita' con una 'madre morta'¹⁰, ovvero una madre non "viva" ma che "resta in vita", distaccata, fredda e lontana agli occhi del piccolo bambino. In tal modo non può che costruirsi un'identità frammentata e tutt'altro che personale poiché iper-saturata e colonizzata dall'oggetto esterno assente (Green, 1983).

¹⁰ Green usa la metaforica nozione di 'madre morta' in senso puramente figurato e non letterale. Innanzitutto, si fa riferimento ad una "madre" nel senso di 'funzione materna' che potrebbe essere associata a qualsiasi figura primaria, compreso il padre (dato il concetto bisessualità psichica). Inoltre, si estremizza la condizione di perdita di una base sicura, da parte del bambino, con l'aggettivo "morta", se pur si faccia riferimento ad uno spettro molto più ampio di situazioni: il decesso reale di una persona, la depressione di una figura primaria, il divorzio tra i genitori, l'ospedalizzazione di una *caregiver* e, in generale, qualsiasi situazione che rappresenti la perdita di una situazione felice ('paradiso perduto') (Green, 1983).

1.2.2 Micro-traumi familiari: l'eco dell'*Hilflosigkeit*

In una società in continua metamorfosi che come un'auto in corsa, senza la possibilità di “freno a mano”, oscilla con stile bipolare fra la brama di nuove conoscenze (tecnologie, scoperte scientifiche) ed il bruciare le tappe (riduzione dei tempi e massimizzazione dell'efficienza); in un'epoca in cui l'istituto giuridico del divorzio concede la possibilità di errore, di libertà, di riscoprirsi e rinnamorarsi, ma sgretola anche i legami, portando a cronometrare lo scorrere del tempo con le separazioni; in un momento storico in cui non ci si può fermare per prendersi cura del proprio dolore ed ascoltare quello altrui, perché non è possibile inter(rompersi) e forse nemmeno rompersi; la sofferenza getta ombre, offusca eccessivamente la vista. È così che, ritrovandosi nella società dello spettacolo (società proto-ottica) in cui si aspira ad apparire su uno schermo ed esser visti, si è diventati ciechi al nostro buio interiore. Come per trasfusione, con il valore acquisito dall'immagine si è passati dal “sentirsi” al “sentirsi solo quando si è visti”: il corpo non è più percepibile, è invisibile, e può riacquisire un contorno, una sostanza ed una qualità solo attraversando lo sguardo dell'Altro. In tal modo, la perdita di questi occhi esterni porterebbe, inevitabilmente, il nostro corpo-liquido a strabordare dai confini, disperdendosi nello spazio. L'assenza del polo-Altro porta alla dissipazione di un 'Io-corporeo' ancora *in fieri*. L'unico porto sicuro che protegge dal dolore della potenziale perdita di un tu-io e dal conseguente sentimento di vuoto, porta con sé un prezzo da pagare: l'anticipazione. Così si anticipa qualsiasi perdita, separazione, abbandono, scegliendo l'unica strada che sembra percorribile: la fusione con la 'Cosa' (oggetto), che sia la droga, il cibo, il cellulare, le pasticche, il denaro, etc... Purtroppo, però, come in un gioco di rispecchiamento con l'epoca del consumismo, anche la 'Cosa' ha un costo. La droga e il cibo riempiono, ma il vuoto che lasciano in loro assenza è ancora più palpabile ed assordante; il cellulare permette di dare una continuità alla comunicazione se pur a distanza, ma parcellizza e scinde i legami; gli psicofarmaci porgono la maschera della “felicità” per continuare ad essere produttivi ed efficienti, ma, abbassando il volume all'espressione emotiva, portano il corpo-soma ad ammalarsi. In una “società bipolare”, dove l'unica cosa che può esistere è la perfezione poiché altrimenti non si è nessuno (bianco-nero, tutto-niente), il dono più bello che un genitore protettivo può offrire al proprio bambino è schiacciare il pulsante “*pause*”.

I diversi pensieri di autori psicoanalitici in merito alla personalità depressiva, precedentemente esposti, ci suggeriscono alcune tematiche nucleari nell'ambito delle loro relazioni oggettuali. Indubbiamente, un ruolo-chiave nelle dinamiche depressive è ricoperto dalla perdita, reale o immaginaria, precoce e/o ripetuta, di un oggetto narcisisticamente investito o di uno stato di benessere (Gaylin, 1968; Haynal, 1976; McWilliams, 2011). Secondo Bibring (1953) il fattore comune ad ogni stato depressivo sarebbe una ferita narcisistica, al proprio *self*, durante lo sviluppo. La presenza di future perdite porterebbe queste persone a rivivere, in regressione, uno stato di *Hilflosigkeit* (impotenza primaria) (Haynal, 1976). Schmale (1972) riscontra due diverse manifestazioni dell'affetto depressivo: *'helplessness'* (essere senza aiuto) e *'hopelessness'* (essere senza speranza). L'*'essere senza aiuto'* può essere direttamente ricollegato allo stato di *Hilflosigkeit*, già segnalato da Bibring (Haynal, 1976). Vi possono essere molte situazioni familiari in cui l'indipendenza del bambino viene ad essere minata, portandolo ad esperire uno stato di impotenza. La presenza di genitori iper-presenti ed iper-critici, che fanno provare al figlio un senso di "prigionia familiare", evoca la sensazione di non avere alcuna via di uscita. Uno studio di Soenens et al. (2012) mostra come la presenza di controllo genitoriale sia associata transculturalmente alla personalità depressiva e ai sintomi depressivi. Il controllo genitoriale non è solo da riferirsi a situazioni in cui le figure primarie, soffrendo per la graduale crescita di indipendenza del figlio nel processo di separazione-individuazione, elicitano in lui sensi di colpa ("Con tutto quello che ho fatto e che faccio per te ogni giorno, ora vorresti lasciarmi da sola/o?"); ma anche a quelle casistiche in cui questi lo allontanano controfobicamente ("Vai a giocare da solo, così mi lasci un po' in pace") o pretendono il raggiungimento di standard elevati ("Quando ti sei laureato, mi hai reso orgoglioso di essere tuo padre"). Nel primo caso, i genitori sollecitano nel figlio aspetti di dipendenza al nucleo familiare, come ritirando il loro amore ed affetto quando quest'ultimo manifesta comportamenti indipendenti. In tal modo, il figlio potenzialmente svilupperà una tendenza ad instaurare relazioni all'insegna della dipendenza e della simbiosi, per paura di perdere l'amore e l'approvazione degli altri. Invece, nel secondo caso è probabile che il figlio sia portato a strutturare ed autoimporsi il raggiungimento di rigidi obiettivi, pena la perdita dell'amore genitoriale (McWilliams, 2011; Soenens et al., 2012). In linea generale, possiamo dire che maggiormente il legame è basato sulla simbiosi e dipendenza, più l'improvviso distacco, qualsiasi esso sia, catapulterà l'individuo al primitivo stato di *Hilflosigkeit* (Pasche, 1963; Haynal, 1976; McWilliams, 2011). La seconda manifestazione rilevata da

Bibring, l' 'essere senza speranza', è connessa alla consapevolezza di aver perso qualcosa di fondamentale per la propria autostima ma, al contempo, non avere i mezzi per porre rimedio a questa perdita. Sandler e Joffe (1965) ritengono che questa perdita non sia solo legata ad un oggetto amato reale o immaginario, ma anche alla condizione di benessere in cui l'individuo si trovava, in presenza di questo oggetto. Per questo motivo, questi due autori parlano di "paradiso perduto" con riferimento ad uno stato ideale di felicità, serenità ed armonia avvenuta in passato e mai più raggiungibile (Gabbard, 2014). A questo quadro si associano svariate situazioni: famiglie caratterizzate da una perdita precoce non comprensibile dal bambino che, di conseguenza, non approda ad un fisiologico processo di lutto (come la presenza di forti conflitti intergenitoriali, di divorzio o separazione, di decesso a carico di una figura primaria, di circostanze familiari caotiche e di lunga separazione genitore-figlio, quale ricovero ospedaliero); madri depresse o con disturbo di personalità depressiva che, chiudendosi a guscio in sé stesse, non riescono ad offrire al figlio nessun tipo di contatto, se non quello materiale; oppure famiglie in cui viene scoraggiata l'espressione della sofferenza (diniego del dolore), codificata come qualcosa di meramente egoista. In queste condizioni il bambino esperisce l'impossibilità di provare qualsiasi tipo di gratificazione, conforto e protezione (Huprich, 2003; Whiffen et al. 2003; Rudolph & Klein, 2009; McWilliams, 2011). È importante sottolineare che quanto affermato è stato corroborato da studi empirici (Rudolph & Klein, 2009). Infine, oltre a queste osservazioni sui possibili fattori ambientali cooccorrenti allo sviluppo di personalità depressiva, la ricerca evidenzia anche dei possibili contributi genetici, quali la presenza di sesso femminile (il disturbo depressivo di personalità risulta esser circa il doppio più ereditabile nelle femmine che nei maschi) e di genitori con disturbo depressivo di personalità o depressione (Ørstavik et al., 2007; Rudolph & Klein, 2009; McWilliams, 2011).

Per tracciare un quadro generale, potremmo ricondurre il ripetersi e perpetrarsi dello stato di *Hilflosigkeit* ad una reviviscenza che incombe quando vi è un'incomprensione della lingua tra adulti e bambini, a cui consegue un micro-trauma (Ferenczi, 1933).

1.3 Un'esplorazione del Sé depressivo: le sue (i)stanze e i suoi mondi interiori

Nel presente paragrafo verrà proposta una lettura innovativa del Sé delle personalità depressive. Sarà presentato un ventaglio di differenti Sé, non per enfatizzare la presenza

di una frammentazione, ma per mettere in luce quanto sia sfaccettato e complesso il mondo interiore di questo quadro di personalità (nella metafora, come un albergo composto da molte camere). Anticipiamo che il PDM-2 descrive ognuno dei Sé che verranno menzionati, sebbene in modo relativamente superficiale e parafrasato. Ad esempio, tratta del Sé iper-moralizzante solo in termini di rigida severità e censura, trascurando l'aspetto morale (anche se poi tra gli affetti principali riporta la vergogna, sentimento strettamente legato alla coscienza morale); e ancora, descrive il Sé filiativo principalmente in relazione all'instaurazione di relazioni profonde ed intime, senza approfondire l'aspetto di altruismo riparativo e attività filantropiche, frequentemente presenti nelle personalità depressive (Lingiardi & McWilliams, 2017).

*“Soccomberò distrutto da me stesso,
Da me che sono due, quello che potrei essere, quello che sono.
E alla fine uno dei due annichilerà l'altro
Il vorrei essere è come un impetuoso destriero
(L'Io sono è incatenato alla sua coda),
È come una ruota alla quale l'Io sono è avvinto,
Come una furia le cui dita si avvinghiano
Alle chiome della vittima, come un vampiro
Che le si posa sul cuore e succhia e succhia.”*

(Morgenstern, 1921; Horney, 1950, Tr. It. 1953, p. 162)

L'identità è la rappresentazione globale delle caratteristiche uniche e personali che consentono la propria individuazione. Questa rappresentazione del Sé, che ogni persona costruisce nel tempo, è come un'immagine in continua evoluzione, per cui suscettibile a cambiamenti. In termini fenomenologici può esser definita anche 'Sé narrativo'. Il Sé narrativo si origina dall'incontro tra l'Io-sono e l'Io-posso. L'Io-posso è un costrutto in divenire, insaturo, non ancora stabilito e predeterminato, il quale racchiude in sé gli "n" scenari che potenzialmente possono generarsi e manifestarsi (Stanghellini & Mancini, 2018). Le personalità depressive erigono mura nella dialettica tra l'Io-sono e l'Io-posso, cristallizzandosi nel già-scritto e nel già-definito (il presente ed il futuro collassano nel passato). La loro esistenza è all'insegna del passato che irrompe continuamente sulla scena, determinandone l'epilogo: il già-scritto è l'unico canovaccio felice ed il sarà-scritto non può che essere in virtù della negatività (Lambotte, 1993; Stanghellini & Mancini, 2018). Potremmo vedere le personalità depressive come individui "in scacco", che

continuamente si ripetono il seguente sillogismo: *“Io sono ciò che sono stato, cioè non posso essere altro che il mio essere-così; se mi accorgessi che potrei essere diversamente, ciò mi farebbe capire che ho sbagliato a insistere per tutta la mia vita in questo essere-così e mi sentirei tremendamente in colpa”* (Stanghellini & Mancini, 2018, p. 366). Una parte del Sé di queste personalità si identifica con l'introietto dell'oggetto perduto, assumendone le sembianze e caratteristiche. È proprio il non riuscire a prendere le distanze dall'immagine con cui si sono iper-identificate che non permette al Sé narrativo di fluire e mutare, facendo sì che questo ristagni nella biografia già scritta (Stanghellini & Mancini, 2018; Antoncicchi, 2021). Così, sotto coazione a ripetere, il passato continua perpetuamente a ritornare (*“immer-wieder-Zurückkommen-auf”*, ergo “continuare a tornarci sempre” (Lambotte, 1993):

“E’ un saltellare incoerente, in un cerchio ristretto, che ritorna sempre rapidamente al suo punto di partenza. Non si tratta di una progressione come lungo una linea retta. Non è un movimento che si sposta in una direzione longitudinale, ma assomiglia a delle oscillazioni trasversali senza un cambiamento di luogo molto netto, paragonabile alle oscillazioni attribuite alle particelle dell’etere quando producono l’impressione di luce sulla nostra retina”

(Richarz, 1858, p. 37; Lambotte, 1993, Tr. It. 1999, pp. 167-168)

Ciò ci fa comprendere che, se pur a livello fenomenologico si manifesti un'assenza di aggiornamento della rappresentazione di Sé, in realtà quest'inibizione è dovuta non tanto ad un 'arresto' quanto al movimento elicoidale e ripetitivo dei loro pensieri (Lambotte, 1993).

Usando differenti parole, il Sé può anche esser visto come sequenza di rapporti intersoggettivi che si perpetuano nel corso del tempo. Le modalità con cui le persone adulte si dispongono nella dimensione spazio-temporale rispecchiano la posizione in cui i loro genitori li avevano posti da bambini: anche le esperienze vissute in presenza di un Io non ancora integrato rimangono scolpite nella memoria corporea, costituendo il 'conosciuto non pensato'. È per questo motivo che le dinamiche ambientali possono riattivare fantasie inconsce del 'Sé come rapporto oggettuale' (cioè, sia del Sé come oggetto, che del Sé come rapporto oggettuale) (Bollas, 1987). Basandosi su questa visione, Bollas ritiene che: *“Il bambino non interiorizza un oggetto, ma interiorizza un*

processo derivato da un oggetto. Il processo di cura materno e paterno, in cui si esprimono le loro complesse norme cosce e inconscie sull'essere e il mettersi in rapporto, costituisce l'ambiente facilitante ed è la matrice che serve come spazio per le proiezioni e le introiezioni del bambino” (1987, Tr. It. 2014, p. 69).

Al di là della prospettiva teorica di visione del Sé a cui si preferisce far fede, andiamo a vedere alcuni degli innumerevoli colori di cui il Sé si può tingere nel ‘mondo di vita’ (Stanghellini & Mancini, 2018) della Personalità Depressiva.

1.3.1 Il Sé colpevole: l’oppressione del tirannico Super-io

Il termine ‘Super-Io’ (o ‘Super- ego’) è stato introdotto per la prima volta da Freud in “*L’Io e l’Es*” (1923). Il nucleo del Super-io viene ad essere formato già dalla primissima infanzia dove il bambino inizia ad assimilare i valori, i principi morali, le aspettative e le restrizioni imposte dalle figure primarie. Quest’istanza super egoica, agendo come un giudice interno, guida l’Io nel cercare di bilanciare i conflitti interni e quindi nel soddisfare i desideri dell’Es, in accordo con i valori appartenenti al Super-io stesso (Freud, 1923). Se l’Io non si conforma alle norme internalizzate ed incarnate dal Super-io si genera una profonda angoscia, ovvero il senso di colpa¹¹. Nel concetto di Super-Io è implicito che il termine senso di colpa faccia riferimento ad una ‘colpa morale’, che riguarda la realtà intrapsichica. È importante sottolineare come una certa quota di senso di colpa, anche irrazionale e inconscio, sia indice di sanità dell’Io. Viceversa, sia l’assenza che l’eccessiva presenza di questo sentimento segnalano condizioni di ‘anomalie del Super-io’, come nella nevrosi ossessiva e nella melanconia, per quanto riguarda la patologia clinica, e nelle personalità ossessiva e depressiva corrispondenti (Winnicott, 1965; Galbusera, 2022). Mentre nella dimensione ossessiva l’Io si rivolta contro il Super-io rigido, in quella depressiva si sottomette al Super-io sovrachiante, riconoscendo la propria colpa (Haynal, 1976). Questo Super-io ancestrale è

¹¹ Si pensa che il senso di colpa faccia la sua comparsa intorno al primo anno di vita. L’entrata dell’infante nella ‘posizione depressiva’, teorizzata dalla Klein, è un momento fondamentale per affacciarsi a questo nuovo sentire: il bambino penserà di esser colpevole della distruzione della madre per la sua aggressività. Per questo motivo, frequentemente gli autori affermano che il senso di colpa è intrinsecamente legato all’ambivalenza (amore ed odio) provata nei confronti del medesimo oggetto (Segal, 1964; Winnicott, 1965).

come se ereditasse un senso di colpa antico; l'Io ideale comanda il gioco delle relazioni e ne afferma il carattere soddisfacente o meno, paragonandolo all'ideale introiettato (Lambotte, 1993; Galbusera, 2022). Ricordiamo che seguendo le teorizzazioni legate all'introyezione/incorporazione dell'oggetto (vedi *Paragrafi 1.1.1, 1.1.2 e 1.1.3*), a seguito di una perdita di un oggetto e del processo introiettivo, il Super-Io sadico si scaglia contro quella parte dell'Io che si è identificata e fusa con gli aspetti negativi dell'oggetto perduto. Secondo Sándor Rado (1927) il senso di colpa sarebbe l'ultima *chance* per riconquistare l'amore dell'oggetto. Potremo dire che le personalità depressive credono di poter ottenere il per(dono) dell'altro, solo donandogli la propria sottomissione (quadro molto legato alle dinamiche masochistiche e dipendenti). Con il riconoscimento della propria colpa e la sottomissione dell'Io al Super-io, possiamo ben comprendere la tipica "rassegnazione" della manifestazione affettiva depressiva.

Nonostante la grande importanza del senso di colpa nella dinamica depressiva, non tutti gli autori sono d'accordo sulla sua centralità in questo quadro. Svitati autori, tra cui la Edith Jacobson, ritengono che vi possano essere affetti depressivi anche in assenza di colpevolezza e che i fattori determinanti per l'insorgenza di condizioni depressive siano una perdita dell'immagine del Sé e l'impossibilità di incolpare l'agente dell'"interdizione" (Haynal, 1976).

Al di là delle riflessioni teoretiche, spostando il *focus* sulle manifestazioni fenomeniche, le personalità depressive mostrano una certa quota di distorsione della realtà, probabilmente perché percepita con le lenti del rigido Super-io (Haynal, 1976). Il loro senso di colpa (in particolar modo nel sottotipo 'introiettivo') è sconfinato e dilagante. Queste sono profondamente convinte di essere persone cattive. Questo pensiero può essere talmente onnipotente e grandioso da far credere loro di essere gli artefici dei "mali del mondo" e, di conseguenza, di meritarsi quanto di negativo accade. Il senso di colpa si sviluppa parallelamente alle forti accuse, rimproveri e critiche che queste personalità rivolgono contro il proprio Sé (McWilliams, 2011). L'apparente autosvalutazione e colpevolezza sembrano coprire una sensazione molto più profonda e radicata: le personalità depressive, a causa di origini non conosciute e simbolizzate, si sentono come predestinate a "non avere un posto nel mondo" ed "avere meno diritti degli altri" (Lambotte, 1993).

Infine, è importante riportare come uno studio condotto da Fichman et al. (1999) dimostri che la presenza di una forte componente di autocritica ha delle ricadute, in

termini negativi, sulla gestione dell'umore. Ciò mostra come la dimensione dell'autoaccusa e quella degli affetti depressivi si intreccino ed autoalimentino.

1.3.2 Il Sé iper-moralizzante: una rigida autocensura

Il termine “morale” si riferisce ad un insieme di valori e norme, esplicitamente o implicitamente, trasmessi dall'interazione tra educazione e ambiente. Le norme emergono spontaneamente nello sviluppo del bambino e veicolano un importante messaggio: vi sono delle regole che modulano il rapporto diadico fra lui e la madre. Fin dalla primissima infanzia, queste prescrizioni (come l'educazione sfinterea) generano un primordio di coscienza morale, rappresentante a livello intrapsichico del Super-io (interiorizzazione degli standard morali). Si deve puntualizzare che un elemento fondamentale allo sviluppo di una rudimentale coscienza morale è proprio il senso di colpa (vedi *Paragrafi 1.1.3 e 1.3.1*) (Freud, 1923; Winnicott, 1965; Galbussera, 2022). Questo snodo è fondamentale per comprendere come, in presenza di un angosciante ed acuto senso di colpa, potrebbe emergere una forte intellettualizzazione della moralità, volta a placare questo sentimento. Questo aspetto intreccia fortemente la personalità depressiva (soprattutto il sottotipo introiettivo) con il masochismo morale¹². Oltre all'importante ruolo che il senso di colpa ricopre nelle dinamiche morali, è importante domandarci da quali altre determinanti possa originarsi un'iper-moralizzazione. L'introduzione di ferree norme morali e la formazione di un Super-io intransigente non si generano solamente in famiglie con forti principi morali, ma viceversa anche in eccessiva assenza di regole. Difatti, l'assenza di un limite e di una norma che agisca come terzo è probabile che porti il bambino ad internalizzare un proprio modello ideale di normatività, che può anche essere estremamente rigido (Winnicott, 1965; McWilliams, 2011; Antoncicchi, 2021).

Al di là della matrice che origina condizioni con tirannia del Super-io ed iper-moralizzazione (inclusa la condizione di personalità depressiva), a livello fenomenico si riscontra la propensione ad irrealistici standard ideali, difficilmente raggiungibili.

¹² Il masochismo morale vede come nuclei patogeni l'abbandono, il senso di colpa e le ferree e punitive istanze super egoiche. Le misure masochistiche attuate e rivolte contro il Sé sono un *escamotage* per reprimere la rabbia, altrimenti espressa all'esterno: il Super-io, accusando la persona per i sentimenti aggressivi provati, elicit il senso di colpa che porta al cambio di bersaglio (McWilliams, 2011).

L'impossibile violazione di questi principi, oltre a restringere la possibilità di sentirsi liberi e felici, porta ad una costante autovalutazione critica (McWilliams, 2011).

1.3.3 Il Sé sottratto alle gratificazioni

L'amore per sé stessi, di cui questi tipi di personalità non riescono ad appropriarsi, è intrinsecamente legato, dapprima, all'immagine del proprio corpo che si costruisce in funzione dello sguardo delle figure primarie ed altrui. Le modalità con cui la libido investe il proprio corpo sono fondamentali per la formazione di una sincera gratitudine personale. Così, l'immagine e/o lo schema corporeo prende forma sia attraverso lo sguardo dell'altro, sia per identificazione ed appropriazione delle modalità che l'altro adotta verso il proprio corpo. Ad esempio, una madre in carriera, dedita alla professione, che non ascolta il proprio corpo (come attraverso il non fare la pausa pranzo a lavoro, il portarsi il lavoro a casa, etc...) e che nega la soddisfazione di bisogni e gratificazioni, potenzialmente potrebbe trasmettere ai figli modalità simili di interazione con il proprio corpo. Alla luce di ciò, possiamo ben comprendere come l'introyezione di un oggetto esterno, all'interno del sistema psichico, possa essere un "corpo estraneo" che si installa al posto del soggetto: i fantasmi dell'introyetto deformano e colorano le lenti degli occhiali con cui la persona osserva il mondo. La possibile e successiva identificazione con la figura introyettata (vista come prototipo ideale) porterà ad un massiccio modellamento della propria personalità, a tal punto da rendere difficoltoso il discernimento tra la personalità originaria e quanto apportato dall'esterno (Lambotte, 1993). Paul Ferdinand Schilder ipotizza che questo processo di plasmazione e forgiamento interessi maggiormente il Sé e la personalità, e che l'Io centrale, se pur percepisca questo cambiamento del Sé, non si trasformi a sua volta. Vi sarebbe, quindi, come una dissociazione tra 'Io' e 'Sé' (Schilder, 1914; Lambotte, 1993).

Nella personalità depressiva si può supporre la mancanza (vuoto) di alcune rappresentazioni necessarie all'investimento oggettuale. È intorno a quelle che Jaques Lacan (1959-1960) chiama "rappresentazioni primitive" ("*Vorstellungen*") che la partita si gioca: tutto ruota intorno alle modalità con cui le leggi del piacere ("*Lust*") e del dispiacere ("*Unlust*") si intrecciano con queste rappresentazioni. Possiamo per cui comprendere che, in assenza di adeguate rappresentazioni, l'oggetto non può esser investito e quindi non può attirare l'attenzione ed il desiderio della persona. Queste

personalità non si sentono né morte né vive: è come se fossero già morte in passato, è come se la loro speranza di essere felici fosse stata a priori seppellita (Lambotte, 1993).

1.3.4 Il Sé in preda al terrore di solitudine

La capacità di saper godere della solitudine, come un prezioso spazio personale e di forte contatto con sé stessi, può esser acquisita sia nella primissima infanzia che con l'avvento delle relazioni triangolari (introduzione del terzo nel legame diadico fra madre e bambino). Questa capacità è un fenomeno molto raffinato alla cui formazione concorrono diversi fattori. Un ruolo cruciale fra queste determinanti è ricoperto dall'esperienza paradossale di stare da soli, da bambini, in presenza di un'altra persona (figura primaria) (Winnicott, 1965; Bonaminio, 2019). La Klein (vedi *Paragrafo 1.1.3.*) ritiene che la possibilità di apprezzare la solitudine dipenda dall'esistenza di un oggetto buono introiettato (la 'madre introiettata' istituisce un 'ambiente interno') nella realtà psichica dell'individuo e dall'instaurazione di una benevola relazione oggettuale interna. In tal modo, gli oggetti buoni del mondo interno saranno pronti, in caso di necessità, ad essere proiettati sul mondo esterno, così da fornire una sufficiente quota di protezione all'individuo. Il raggiungimento di un corretto processo di introiezione avviene grazie alla presenza di un'ambiente supportivo e di una madre 'sufficientemente buona' (Segal, 1964; Winnicott, 1965; Gaylin, 1968; Haynal, 1976).

Altresì, vi sono anche molti adulti che, ritrovandosi in situazioni di solitudine, provano un così forte disagio che sono portati ad evadere da questa condizione, ricercando un contatto. Nel caso delle personalità depressive, la mancanza di un oggetto buono introiettato le porta ad essere terrorizzate dalla solitudine. L'apparente e fugace "felicità" può essere esperita solo con la presenza di un oggetto esterno che le ami incondizionatamente, poiché non possono rifornirsi narcisisticamente di questo amore in mancanza dell'introiezione dell'oggetto buono (Horney, 1950; Winnicott, 1965).

1.3.5 Il Sé filiativo

Le personalità depressive non sono difficili da amare: data la loro dedizione e idealizzazione dell'altro, la loro profonda empatia e generosità, e la loro comprensione verso gli errori altrui, riescono facilmente a costruire legami profondamente intimi. Gran

parte dell'ammirazione e simpatia che gli altri rivolgono a queste personalità è legata all'assenza di espressione di rabbia, odio e critiche (tutti aspetti che rivolgono contro il proprio Sé). Inoltre, le personalità depressive, frequentemente, si dedicano ad attività filantropiche o iniziative sociali volte ad aiutare gli altri. Molte delle attività intraprese sono state elicitate dai loro forti sentimenti di inferiorità morale e senso di colpa (vedi *Paragrafi 1.3.1. e 1.3.2*). Si può parlare di 'altruismo riparativo': da un lato, per quanto appena detto, ovvero per compensare i loro sentimenti di indegnità; dall'altro, in riferimento al voler risanare una ferita antica, dando agli altri quanto è mancato a loro da bambini (McWilliams, 2011).

1.4 Affetti e Pulsioni

I principali affetti presenti nelle personalità depressive, secondo il PDM-2, sono la tristezza, il senso di colpa e la vergogna (Lingiardi & McWilliams, 2017). Uno snodo cruciale da sottolineare, non essendo riportato in modo esplicito ed esaustivo nel manuale psicodinamico, è come i primi due affetti sopra menzionati (tristezza e senso di colpa) possano esser visti come sentimenti di copertura del forte nucleo di rabbia (affetto centrale in questo quadro di personalità): difficilmente vengono manifestati affetti negativi e aggressivi, provati nei confronti degli altri (almeno che non stiano seguendo un percorso psicoterapeutico o analitico), i quali piuttosto sono rivolti verso il Sé (Huprich, 2007; McWilliams, 2011). Il tentativo di assimilare come propria l'aggressività proiettata risveglia fantasmi premonitori della perdita di oggetti libidicamente investiti. Questi processi intrapsichici vengono oscurati e offuscati dai dilaganti sentimenti di tristezza e senso di colpa (Espasa, 2003). A seguire ci focalizzeremo sulla tristezza. Per un maggior approfondimento sulle tematiche del senso di colpa, della vergogna e della rabbia si rimanda rispettivamente ai *Paragrafi 1.3.1, 1.3.2 e 1.5*.

Nelle personalità depressive la tristezza è tangibile e palpabile: ovunque queste persone si spostano, portano con sé un profondo bagaglio di malinconia interiore (McWilliams, 2011). Questa "tristezza", proprio per la sua evidenza ed afferrabilità, ha portato nel tempo ad esser vista, anche dai professionisti stessi, come un sinonimo di "depressione" (Horwitz & Wakefield, 2007; McWilliams, 2011). In questi termini parleremo di "affetto depressivo". Soffermandoci dapprima su aspetti maggiormente teorici e metapsicologici, scenderemo a riflettere sui riscontri clinici. L'affetto depressivo

non è solamente da ricondurre al noto quadro di personalità depressiva o alla depressione clinica, anzi vi è da sottolineare che questo sentimento è universalmente esperito dall'uomo per gestire conflitti, perdite e delusioni (Haynal, 1976). Abraham (1912) riteneva che, rispetto ai vissuti di angoscia, gli affetti depressivi fossero poco discussi, se pur anch'essi ricoprono un ruolo importante in tutte le forme di nevrosi e psicosi. Difatti, egli affermava che: *“Tra angoscia e depressione c'è un rapporto analogo a quello tra paura e lutto”* (Abraham, 1912, Tr. It. 1912, p. 214; Haynal, 1976). L'angoscia (come l'ansia) e l'affetto depressivo possono essere visti come reazioni dell'Io: l'angoscia-segnale mobilita l'Io ad attivarsi dinnanzi ad un pericolo, mentre l'affetto depressivo-gabbia lo immobilizza e paralizza (Bibring, 1953; Haynal, 1976). Nell'angoscia è intrinseca la possibilità di movimento, dato che è legata al presente; viceversa, ciò non è possibile con l'affetto depressivo, il quale è rilegato ad una perdita che però è avvenuta in passato. Così questo particolare tipo di tristezza può esser visto come un modo particolare di vivere una mancanza, ovvero la non capacità di disinvestimento di una significativa rappresentazione d'oggetto e/o parte di Sé (*“Self”*). Si può far riferimento anche alla perdita di parti di Sé, poiché frequentemente queste personalità non hanno la capacità di costruire un proprio serbatoio narcisistico, il quale sembra invece risiedere nel corpo Altro. L'unica via da percorrere per mantenere intatta la stima di Sé è ricercare delle sorgenti di rifornimento narcisistico (da qui la 'fame d'oggetto'). Detto ciò, nella controparte clinica vediamo come le rappresentazioni, le immagini e le idee della personalità depressiva ruotano tutte attorno all'affetto depressivo, cioè al ricordo di un passato che è eco di una perdita, la perdita dell'immagine ideale. Le persone con affetti depressivi necessitano di una profonda gratificazione narcisistica e, di conseguenza, sono sufficienti critiche leggere, appunti o provocazioni per ridurre la stima che hanno di se stesse (Haynal, 1976). La loro autostima non si fonda sugli obiettivi raggiunti, sulle prestazioni eseguite, sulle loro caratteristiche e valori, ma sul sentimento di essere protetti, amati, accolti dall'Altro (Rado, 1927; Haynal, 1976). Infine, se pur si tenda a sottolineare, come affetti centrali di queste personalità, quelli melanconici e depressivi, vi sono studi che mostrano anche la presenza di una certa quota di ansia (Chen, Huprich & Hsiao, 2011).

Ora, entriamo nel merito delle pulsioni in scena nella problematica depressiva, aspetto psicoanalitico non trattato dal PDM-2 in quanto manuale psicodinamico generico. La pulsione è un concetto-ponte fra lo psichico ed il somatico. Questa nozione-cerniera,

volutamente astratta e insatura, permette di non cadere nell'errore di considerare la psiche ed il soma come terre distanti e scisse. Sebbene questa nozione fosse già stata introdotta da Freud nell'opera "*Tre saggi sulla teoria sessuale*" (1905, Tr. It. 1910), riteniamo che una chiara definizione si possa ritrovare in una pubblicazione successiva, "*Pulsioni e loro destini*" (1915, Tr. It. 1976), in cui la pulsione viene descritta come: "*Il rappresentante psichico degli stimoli che traggono origine dall'interno del corpo e pervengono alla psiche*" (Freud, 1915, Tr. It. 1976, p. 15). In "*Al di là del principio del piacere*" (1920, Tr. It. 1977), Freud accosterà alla divisione pulsionale tra 'pulsioni dell'Io' e 'pulsioni sessuali' una nuova contrapposizione, ovvero quella tra 'pulsioni di vita' ('*Eros*'¹³, ossia "amore") e 'pulsioni di morte' ('*Thanatos*'¹⁴, ossia "odio"). Quest'ultime due pulsioni sono energia libera e legata, rappresentano differenti modalità di funzionamento psichico, entrambe attive ma presenti in proporzioni diseguali (Espasa, 2003; Mangini, 2003; Russo, 2013; Mangini, 2015). Nello specifico, le rumorose pulsioni di vita danno origine ad un processo fisiologico costruttivo, volto ad aggregare unità molecolari in composizioni sempre più complicate così da conservare la vita (anabolismo). In termini più pratici, è la tendenza alla crescita, alla riproduzione ed alla soddisfazione di desideri e bisogni (come fame, sete, sesso, etc.), seguendo le regole del 'principio di piacere'. Dall'altra parte, la silenziosa pulsione di morte è un processo fisiologico distruttivo, volto a dissolvere e distruggere i legami fra le unità molecolari (catabolismo). In altri termini, rappresenta un impulso all'annientamento, alla distruzione ed allo stato inanimato. È errato e fallace pensare che la 'pulsione di morte' possa essere sinonimo di "morte", o ancora di "suicidio"¹⁵: pulsione di morte significa "spinta ad abbassare la tensione" (de-tensione), meta percorribile perseguendo diverse strade, dal semplice coricarsi fino a forme più estreme come il ritiro psicotico e depressivo. Quindi, la funzione di *Thanatos* non è solo quella di liberare l'aggressività, aiutato da *Eros*, ma anche di abbassare, con la sua sola azione, l'eccitamento pulsione. Comprendiamo quanto sia fondamentale e

¹³ *Eros* viene visto dalla mitologia come il Dio dell'amore, se pur nel suo agire assuma forme del tutto diverse dall'amore. Difatti, è il simbolo anche della passionalità, del caos e della vita (Mangini, 2015).

¹⁴ *Thanatos*, contrariamente ad *Eros*, non è presente nella mitologia e rappresenta la conservazione ed il ripristino delle cose al loro "tato di natura" originale. È il simbolo dell'ideale spinta verso il Nirvana (Mangini, 2015).

¹⁵ Nel corso degli anni, la 'pulsione di morte' è diventata erroneamente sinonimo di "distruttività", molto probabilmente a causa proprio del significante "morte". Al contrario, questa pulsione fa riferimento ad una tendenza al "ripristino di uno stato precedente" (Freud, 1920, p. 222; Mangini, 2015), alla riduzione della tensione pulsionale. Per cui episodi di aggressività e distruzione come le guerre, gli stupri, i linciaggi, etc., non devono essere ricondotti all'azione di questa pulsione. In queste manifestazioni di aggressività esternata, piuttosto, è importante riconoscere il ruolo chiave di '*Eros* disimpastato'. Al contrario, il 'disimpasto in *Thanatos*' porta ad uno "staccare la spina", ossia al disinvestimento massiccio di un oggetto (come vediamo nella melanconia e nella malattia somatica) (Mangini, 2015).

necessaria la presenza di una contro-tendenza al principio di piacere, dato che non avrebbe ragion di esistere il desiderio, se non vi fosse l'attesa. Le due pulsioni, nella "sanità" e nelle nevrosi, non sono mai isolate ma sempre mescolate ed intrecciate, 'impasto pulsionale' (manifestazioni aggressive sane) (Mangini, 2015). Enrico Mangini ritiene che l'integrazione e la fusione tra *Eros* e *Thanatos* possa esser ben rappresentata dalla figura di Penelope: "*La figura di Penelope rappresenta l'alternanza tra pulsioni di vita e di morte, tra legamento e slegamento, tra il fare ed il disfare: di giorno, con Eros, Penelope tesse tela e promesse, eccitando l'eros dei Proci e la possibilità di un nuovo matrimonio; di notte invece slega il filo di Eros, disfando la tela e procrastinando la decisione senza perdere la speranza del ritorno di Ulisse, alternando al giorno il tempo della quiete, della rimozione, del silenzio, della paura, dell'attesa*" (2015, p. 141). Nei movimenti di Penelope (nella metafora, nel come si alternano le varie pulsioni) possiamo vedere quanto precedente annunciato rispetto a come la chiassosa pulsione di vita balzi evidentemente alla vista, in contrasto alla silenziosa pulsione di morte che rimane sottotraccia (Mangini, 2015). Diversamente, si riscontra la presenza di un 'disimpasto pulsionale' tra *Eros* e *Thanatos* (manifestazioni aggressive distruttive) nelle nuove patologie: con prevalenza di *Eros*, ad esempio, si verificano omicidi e femminicidi; invece, in prevalenza di *Thanatos* si manifestano malattie fisiche, ritiri autistici e melanconici, etc... (Espasa, 2003; Mangini, 2003; Russo, 2013; Mangini, 2015).

Ora, tenendo conto di quanto affermato, possiamo pensare che le personalità depressive, a differenza della condizione melanconica, possano esser ben rappresentate da condizioni di modesto disimpasto pulsionale in *Thanatos*, sebbene presenti diversi elementi della pulsionalità in *Eros* (nella depressione clinica il disimpasto è quasi totalmente a favore di *Thanatos*). A livello metapsicologico, l'azione della pulsione di morte è evidente nell'estinzione dell'eccitamento, attraverso un massiccio ritiro dell'investimento libidico. In altre parole, *Thanatos* si riflette nella cristallizzazione dell'Io (Io pietrificano nell'Io-sono, senza la possibilità di contattare l'Io-posso), nei sentimenti di desolazione, disperazione, solitudine, di vuoto, nell'apatia psichica e nel sonno senza sogni (simboli della morte psichica). Dall'altro lato, il contributo di *Eros* fornisce l'energia alla manifestazione di aggressività, che attraverso il Super-Io, si ritorce sadicamente sia contro l'oggetto perduto che contro l'Io, con il fine di "farli fuori". I movimenti di questa pulsione sono il simbolo dell'intrappolamento delle personalità depressive in una spirale di odio per se stesse, intrecciata ad un'elica di incessante ruminazione morale (Espasa, 2003; Recalcati, 2019; Mangini, 2015).

1.5 I Meccanismi di Difesa

I meccanismi di difesa sono funzioni proprie dell'Io, perlopiù inconscie ed automatiche, che si attivano in presenza di eccessi libidici. L'espressione "difese", usata come termine ombrello per riferirsi alle svariate ed estremamente differenti funzionalità che i meccanismi di difesa svolgono, può apparire maggiormente calzante per alcune funzioni e meno per altre: da un lato, il termine difese aderisce perfettamente alle situazioni volte a proteggere il Sé da sentimenti minacciosi e intollerabili (come l'angoscia di disintegrazione, la paura dell'abbandono, la vergogna, etc.) e a mantenere un certo livello di autostima; dall'altro lato, vi è una minor consonanza, nell'uso di questo lemma, in riferimento a funzioni positive, tra cui quelle di adattamento sano e creativo. È importante sottolineare come i meccanismi di difesa nel bambino siano fisiologici, adattivi e funzionali, e mirino all'obiettivo di "mantenere in vita" a qualsiasi costo, anche a costo di massicce distorsioni della realtà esterna (ad esempio, il diniego, la scissione, l'incorporazione, etc.). Questi meccanismi di difesa vengono definiti 'meccanismi di difesa primari' e continuano a presenziare per tutta la vita seppur, in adulti "sani", siano presenti in proporzione minore ai 'meccanismi di difesa secondari' (ad esempio, il volgersi contro il Sé, l'identificazione, la moralizzazione, etc.) ed abbiano insorgenza principalmente in condizioni regressive. Nel corso della vita si vanno a sviluppare e consolidare delle difese preferenziali che sono determinate da vari fattori: temperamento, frustrazioni vissute nell'infanzia, difese presentate nel tempo e conseguenze a cui queste difese hanno portato. Nelle diverse diagnosi di personalità si riscontrano dei modelli e costellazioni difensive peculiari. La presenza di meccanismi di difesa primari è una condizione necessaria ma non sufficiente allo sviluppo di condizioni patologiche. Difatti, è necessaria anche l'assenza o il limitato impiego di meccanismi di difesa secondari e, in particolar modo, la presenza di una rigidità delle difese interpellate (poca flessibilità e variabilità di difese nella costellazione difensiva della persona). Per quanto alcune difese possano essere considerate "disadattive" è importante esser rispettosi nei confronti di quelle che si sono strutturate nella persona, dato che queste erano il miglior modo che l'individuo ha trovato per riuscire a far fronte alle frustranti e dolorose stimolazioni ambientali (McWilliams, 2011).

Autori diversi descrivono differentemente i meccanismi di difesa. Noi adotteremo principalmente l'ottica del PDM-2 (Lingiardi & McWilliams, 2017), focalizzandoci sulle

difese caratterizzanti la personalità depressiva. Tra i diversi meccanismi di difesa messi in atto da queste personalità, i principali sono: l'introiezione, il capovolgimento dell'affetto, l'idealizzazione degli altri e la svalutazione di sé (Lingiardi & McWilliams, 2017).

La difesa maggiormente radicata e nucleare nelle personalità depressive è l'introiezione, meccanismo fondamentale per comprendere le dinamiche depressive. Data l'importanza di questa nozione, dedicheremo maggior spazio all'analisi di questo meccanismo rispetto alle altre difese. Il termine 'introiezione' è stato coniato da Ferenczi, nel 1909, per riferirsi al movimento fantasmatico da "fuori" a "dentro", percorso da oggetti e qualità degli oggetti (Haynal, 1976). Nelle personalità depressive, a seguito di una perdita dolorosa e inimmaginabile, l'oggetto totale (solitamente, rappresentato dalle figure primarie) viene introiettato, così da esser ancora per un po' trattenuto con sé (McWilliams, 2001; Gabbard, 2017). Mentre le buone qualità dell'oggetto abbandonico vengono ricordate con nostalgia e tenerezza, quelle negative creano frustrazione. Dato che le caratteristiche cattive dell'oggetto minano la possibilità di un ricongiungimento a questo (se pur immaginario, in caso di decesso dell'oggetto), allora vengono deviate ed identificate con una parte dell'Io. In tal modo, l'individuo con personalità depressiva sarà fermamente convinto di esser stato la causa dell'allontanamento del genitore, così da creare il *pattern* di pensiero: "Se fossi stato/a più buono/a, non sarei stato/a abbandonato/a" (Freud, 1917; Segal, 1964; McWilliams, 2001). In questa sede, in relazione al meccanismo introiettivo, dedicheremo un approfondimento al meccanismo difensivo della 'incorporazione (nozione non presente nel PDM-2), ritenendo che sia interessante e significativo dedicargli uno spazio specifico. Il primo autore che parlò di incorporazione fu Karl Abraham, il quale privilegiò l'uso di questo termine a quello di introiezione, in merito alla seconda sotto-fase orale (vedi *Paragrafo 1.1.1*). Nicolas Abraham & Maria Torok sottolineano come i termini introiezione e incorporazione "*certamente si riferiscono alla medesima immagine [...], ma è importante distinguerli, come si distinguerebbe tra immagini metaforiche e fotografiche, tra l'acquisizione della lingua e l'acquisto del dizionario [...]*" (1972, p. 127). Entrambi i termini denotano il considerare interno ciò che, in realtà, è esterno. La differenza fra queste due espressioni risiede nel fatto che mentre l'introiezione denota un processo, l'incorporazione fa riferimento ad una fantasia (Abraham & Torok, 1972; McWilliams, 2011). Inoltre, l'incorporazione è considerata maggiormente primitiva rispetto all'introiezione. Jean Laplace e Jean-Bertrand Pontalis ritengono che la prima sarebbe il prototipo somatico

della seconda (Laplace & Pontalis, 1967). Essendo l'incorporazione accostata, da Karl Abraham, al quadro melanconico, ci focalizzeremo su questa. La 'fantasia dell'incorporazione' (meno conosciuta rispetto ad altre fantasie arcaiche, come quelle della 'scena primaria', della 'castrazione' e della 'seduzione') esprime l'introduzione della totalità o di una parte dell'oggetto d'amore all'interno del proprio corpo, al fine di farlo proprio, padroneggiarlo e acquisirlo oppure di espellerlo e perderlo (Abraham & Torok, 1972). Le fondamenta per future possibilità di 'introiezione' (come, ad esempio, l'introiezione di desideri, di un dolore, etc...) sono costruite in virtù di esperienze di 'bocca vuota' (fase intermedia fra la bocca piena di seno e la bocca piena di parole) e la costante presenza di una madre supportiva, la quale permette la trasformazione delle 'rappresentazioni di cosa' in 'rappresentazioni di parola'. Nel momento in cui le parole non sono sufficienti a colmare il vuoto esperito dall'individuo, non consentendo l'introiezione, viene ceduto il posto all'incorporazione dell'oggetto. Questo stratagemma permette di non sentire il vuoto che, in altre condizioni, sarebbe stato bonificato dalla presenza di parola. È chiaro, quindi, come l'incorporazione possa esser vista alla stregua di una regressione in cui risuona la nostalgia dell'introiezione non avvenuta. L'incorporazione acquista ragion di esser e verificarsi nel momento in cui si è in presenza dell'improvvisa perdita dell'oggetto d'amore, narcisisticamente indispensabile (Abraham & Torok, 1972). Ciò non significa che i casi di lutto generino deterministicamente un'incorporazione. Il processo incorporativo (e l'impossibilità di introiezione) avviene in presenza di un forte desiderio utopico di negare e superare la perdita, tentando inefficacemente di legare i lembi della ferita causata dall'assenza dell'oggetto ideale. In particolare, l'incorporazione metaforicamente è il rappresentante di un'alimentazione in cui l'oggetto è visto come nutrimento; è l'emblema del diniego della perdita e dell'espressione del dolore attraverso il pianto (rifiuto del processo di lutto) (Abraham & Torok, 1972). In tal modo "*il lutto inesprimibile erige una tomba segreta dentro il soggetto*" (Abraham & Torok, 1972, pp. 130): è come se i ricordi di parole, rappresentazioni, affetti e traumi, connessi alla perdita, fossero racchiusi in una cripta sepolta all'interno dell'individuo. Finché le mura circondanti la cripta reggono, non vi è melanconia; questa si manifesta in tutta la sua potenza solo quando queste collassano (solitamente a causa della perdita di un oggetto d'amore secondario). La paura del crollo della cripta porta l'Io a diventare un tutt'uno con l'oggetto d'amore nascosto. Per cui solo apparentemente i soggetti melanconici infliggono dolore a loro stessi, poiché in realtà, ad un livello più profondo, stanno prestando il loro corpo all'oggetto d'amore (Abraham &

Torok, 1972). Per una miglior comprensione dei meccanismi difensivi dell'introiezione e dell'incorporazione vedere *Paragrafi 1.1.1, 1.1.2 e 1.1.3*.

Passiamo ora a descrivere un altro meccanismo di difesa: il capovolgimento dell'affetto. Questa difesa implica la generazione di uno scenario in cui la propria posizione può mutare dal passivo (essere l'oggetto) all'attivo (essere il soggetto), e viceversa. In tal modo, è possibile fronteggiare i sentimenti che minacciano fortemente l'integrità del Sé (McWilliams, 2011). Un tipico esempio di questo processo si ha nelle situazioni di aggressione sessuale: la vittima, per difendere il proprio Sé dalla frammentazione, può credere fermamente di essere la causa di quanto avvenuto (*"Forse sono io che ho comunicato un messaggio sbagliato"*) così da ristabilire un senso di controllo e di *agency*. Un altro esempio di ciò, legato questa volta alle dinamiche depressive, è l'altruismo riparativo (vedi *Paragrafo 1.3.5*): le personalità depressive possono soddisfare il proprio bisogno di amore e di protezione in modo vicario, ossia occupandosi di altre persone indifese e dedicandosi ad attività filantropiche. Questa difesa si riflette anche nei loro pattern di pensiero e nelle credenze patogene. Difatti, queste personalità, dinnanzi a scenari sfavorevoli e conflittuali, sono convinte di essere le artefici dei "mali nel mondo" e di essere loro coloro che sono inadeguate e sbagliate (McWilliams, 2011; Lingiardi & McWilliams, 2017).

L'idealizzazione degli altri è un altro noto meccanismo di difesa delle personalità depressive. L'ammirazione e l'amore per gli altri porta queste persone a idealizzarli, ossia attribuirgli caratteristiche di perfezione o quasi (McWilliams, 2011; Gabbard, 2017). Parallelamente a ciò, viene messa in atto la svalutazione del Sé che, ovviamente, è supportata anche dal meccanismo difensivo del volgersi contro il Sé (la spiegazione di questa difesa è a seguire). L'idealizzazione e la svalutazione sono difese fisiologiche e comunemente osservabili nello sviluppo del bambino. Inizialmente, l'infante-dipendente è portato a idealizzare il genitore (molte volte associato alla figura dell'eroe), così da potersi affidare a lui come figura sicura e protettiva. Successivamente, nella fase di separazione-individuazione sarà necessario, da parte del bambino, una svalutazione del genitore ed un'idealizzazione di Sé, al fine di separarsi dal genitore ed iniziare ad esplorare l'ambiente, fiducioso della propria autonomia. Entrando nel merito dell'idealizzazione, se il ricorso a questa modalità difensiva non è massiccio, rappresenta un elemento essenziale allo sviluppo di un amore maturo verso l'altro. Nel caso delle personalità depressive, invece, l'idealizzazione acquista un ruolo centrale, come avveniva nell'infanzia. È come se una profonda nostalgia per l'Altro onnipotente (tipica e

fisiologica nel periodo infantile) li portasse ad innalzare una figura di attaccamento, al fine di raggiungere, attraverso la fusione con questa, una sorta di protezione e salvezza. Inoltre, ritengono che l'Altro meraviglioso possa liberarli dalla vergogna e aumentare la loro bassa autostima (McWilliams, 2011). Dall'altro lato della medaglia, la svalutazione consiste nel rivolgere caratteristiche negative all'altro, ovvero qualsiasi aspetto che possa porlo in una posizione di inferiorità. Nelle personalità depressive questo meccanismo di difesa è diretto verso il proprio Sé ed amplificato dal fatto che queste tendono a idealizzare spesso le persone con cui intrattengono legami. Esse, infatti, tendono a credere di possedere caratteristiche così terribili da esser rifiutate dagli altri, nel caso in cui le conoscano veramente (Gabbard, 2017; Lingiardi & McWilliams, 2017).

Infine, vorremo porre l'attenzione su come, nel grande bacino di difese adottate dalle personalità depressive, tra le principali vi sia anche il 'volgersi contro il Sé'. Se pur il PDM-2 non tratti nello specifico questa difesa, essa è implicitamente presente nella descrizione di questo quadro di personalità. Infatti, si fa precisamente riferimento alla tendenza a rivolgere internamente sentimenti negativi ed aggressività (Lingiardi e McWilliams, 2017). Ritenendo che questo meccanismo difensivo abbia un ruolo rilevante, ci auspichiamo il suo inserimento nelle successive revisioni del PDM-2. Il volgersi contro il Sé (Freud, 1936), difesa frequente soprattutto nel sottotipo introiettivo, consiste nello spostamento di affetti ed atteggiamenti negativi (accuse, svalorizzazioni, giudizi e critiche) dal bersaglio originale, oggetto esterno, al proprio Sé. Questo processo trasmette alla persona un maggior senso di controllo sulle situazioni disturbanti, poiché ha a che fare con il capovolgere il passivo in attivo: piuttosto che sopportare angherie ed attacchi esterni, si preferisce convincersi che la causa di queste conseguenze negative stia dentro di noi. La non espressione di sentimenti negativi all'esterno, in una certa misura, può anche esser giudicato come indice di sanità; viceversa, l'uso compulsivo è frequentemente ravvisabile nelle personalità depressive (Freud, 1936; McWilliams, 2011). Tenendo conto di quanto detto il rivolgimento contro il Sé può esser visto come una difesa in continuità con l'introiezione, con la svalutazione e con il capovolgimento dell'affetto. In primis, se pur si tratti di un meccanismo meno arcaico e primitivo dell'introiezione, vediamo come entrambi sono strettamente legati alla paura dell'abbandono e all'ansia di separazione. Ciò che li differenzia è che nell'introiezione si ha la necessità di fondersi con l'oggetto per sentirsi completi, mentre nel volgersi contro il Sé si ritiene che, al fine di mantenere un legame con l'oggetto amato, sia necessaria la non espressione di odio e rabbia (identificazione solo con atteggiamento criticante). In

secondo luogo, sia nella svalutazione che nel volgersi contro il Sé sono attribuite alla propria persona svalorizzazioni e giudizi negativi. Nonostante ciò, l'intervento del Super-Io nella seconda è molto più rilevante e severo (forti autoaccuse e denigrazioni) rispetto alla prima, in cui l'aspetto predominante è la dinamica relazionale, ovvero il "sentirsi inferiore rispetto agli altri". Infine, sia nel volgersi contro il Sé che nel capovolgimento dell'affetto si verifica un ribaltamento della dinamica, con la transizione dall'essere soggetto a oggetto, e viceversa. Tuttavia, va notato che mentre il capovolgimento dell'affetto è maggiormente concentrato al processo di rovesciamento in sé, nel volgersi contro il Sé si fa riferimento ad una significativa quota di aggressività e rabbia che, anziché manifestarsi all'esterno, prende la via interna (McWilliams, 2011; Gabbard, 2017). Alla luce di quanto detto, ribadiamo l'invito al PDM-2 a prendere in considerazione anche questa difesa.

1.6 Transfert e controtransfert

In accordo a quanto descritto nel PDM-2, le personalità depressive riescono con facilità a farsi amare grazie alla loro sensibilità, empatia, gentilezza e preoccupazione per l'altro. Nell'ambito della ricerca è stato dimostrato come queste qualità suscitino, negli analisti (o terapeuti), sentimenti positivi e caldi (Blatt, 2004; Blatt & Shahar, 2004; McWilliams, 2011; Hennissen et al., 2019; Lingiardi & McWilliams, 2017; Tanzilli et al., 2022). Inoltre, queste personalità tendono a idealizzare l'analista ponendolo nel ruolo del "salvatore" (soprattutto il sottotipo anaclitico) e si comportano da "bravi pazienti", collaborando e cooperando attivamente (McWilliams, 2011; Lingiardi & McWilliams, 2017; Tanzilli et al., 2022). Di conseguenza, con loro si instaura facilmente una solida alleanza terapeutica ed un transfert¹⁶ positivo (Birk, 1944; Blatt, 2004; McWilliams, 2011). Entriamo ora nel merito dei due sottotipi di personalità depressiva. I pazienti depressivi 'introiettivi', comunemente, proiettano le loro sadiche istanze super egoiche sull'analista, il quale può arrivare ad essere temuto. Difatti, il paziente dubita che il terapeuta sarà ancora benevolo e gentile con lui una volta conosciuta davvero la sua

¹⁶ Il transfert è un fenomeno inconscio che fa riferimento a quanto descritto con il termine 'nevrosi di transfert', da differenziarsi con i quotidiani e usuali 'fenomeni di transfert'. La nevrosi di transfert è una condizione molto vicina alla nevrosi infantile e strettamente legata allo stato attuale di un apparato psichico, che viene a verificarsi in presenza di una solida alleanza di lavoro. Lo "stare insieme" di analista e paziente, permette al "là ed allora" di realizzarsi nel "qui ed ora". In questo modo, qualcosa che appartiene al passato torna a vivere nell'*hic et nunc* della stanza di analisi. È così che l'analista può assumere i panni, ad esempio, della madre benevola o del padre abbandonico, grazie alla 'bisessualità psichica' (Semi, 2011).

essenza. Solo con il procedere della terapia le proiezioni diminuiranno ed il paziente entrerà maggiormente in diretto contatto con la propria rabbia e critica. Dall'altra parte, il 'sottotipo depressivo anaclitico' trarrà fin da subito beneficio dall'analisi: un iniziale ed esteso miglioramento è legato alla gioia data dallo stare con un Altro non giudicante, affettivo ed attento a quanto riferito dal paziente stesso. Per questo motivo, in questo sottotipo, è più frequente la tendenza a idealizzare l'analista. Purtroppo, però, quest'ultimo potrebbe finire per esser svalutato, con il proseguire dell'analisi. Ciò, solitamente, avviene nel momento in cui l'analista fa comprendere al paziente il fatto che non è sufficiente la presenza di una relazione amorevole per progredire e che vi è ancora molto lavoro da fare (Blatt, 2004; McWilliams, 2011). Invece, a livello controtransferale¹⁷ frequentemente ci imbattiamo nel controtransfert complementare e concordante: in presenza del primo, il terapeuta esperirà fantasie di onnipotenza, percependosi come un genitore affettivo o un eroe che può colmare il vuoto e l'affetto doloroso del paziente (McWilliams, 2011; Lingiardi & McWilliams, 2017; Tanzilli et al., 2022); dall'altra parte, in presenza del secondo, l'analista sentirà come propri gli affetti depressivi del paziente, arrivando a rappresentarsi come incompetente, inadeguato e cattivo (Racker, 1968; Blatt, 2004; McWilliams, 2011).

1.7 Tra arte e linguaggio mito-poietico: il mito di Arianna

La mitologia, il cinema, la musica, la pittura e l'arte più in generale si avvalgono di un linguaggio mito-poietico (linguaggio riscontrabile anche nella narratologia onirica), il quale utilizza le metafore ed i simboli per trasmettere significati profondi e talvolta universali. Il discorso poetico conferisce capacità espressive e rappresentazionali anche ai movimenti affettivi-preverbal (Bolognini, 2016). A questo proposito, Cesar e Sara Botella ritengono che la raffigurabilità contenga un intrinseco valore anti-traumatico

¹⁷ Il termine controtransfert fa riferimento alle emozioni, alle reazioni ed alle sensazioni conscie ed inconscie sperimentate dall'analista nel *setting*. Quanto esperito non è né totalmente appartenente al paziente né all'analista, ma è il prodotto dell'incontro fra i mondi interni dei due. Il controtransfert può fornire indizi essenziali su quanto sta accadendo nella coppia-analitica (Semi, 2011). Racker, nel 1968, identifica due particolari tipologie di controtransfert (e transfert): complementare e concordante. In presenza di un controtransfert complementare, l'analista è portato a sentire, sollecitato dall'identificazione proiettiva, l'affetto complementare alle emozioni provate dal paziente. Di conseguenza, se la comunicazione sottotraccia espressa dal paziente è: "Mi sente solo, vorrei qualcuno che colmasse il mio vuoto", quella dell'analista sarà: "Ti accudirò io". Viceversa, in presenza di controtransfert concordante, analista e paziente provano le stesse emozioni. L'analista può arrivare a percepire come propria la rabbia o il dolore del paziente .

poiché permetterebbe di accedere proprio al trauma irrepresentabile, attraverso il pittogramma e l'immagine di cosa (Botella & Botella, 2004; Russo, 2013). In questo senso, il nutrirsi di prodotti artistici e l'acquisizione di un linguaggio metaforico possono esser visti come strumenti d'elezione nell'analisi della psiche. Difatti, questi permettono di avvicinarsi agli aspetti spazio-temporali psichici inconsci: ad un tempo anacronico, in cui significati antichi ed archetipici riecheggiano in simbolismi moderni ed in cui quest'ultimi possono risignificare quanto già scritto; e ad una comunicazione che si discosta dal ragionamento logico-razionale per abbracciare un linguaggio affettivo-simpatetico.

La sfera del mito e dell'arte si intersecano e si fondono fintantoché non sia possibile demarcare e scindere la mitologia in quanto arte dalla mitologia in quanto materiale. Il mito può esser definito come l'arte di raccogliere una serie di materiale tramandato che può andare incontro a successivi modellamenti. Per questo motivo, i racconti mitologici possono esser visti come rappresentazioni profonde e complesse di intere culture. Nonostante ciò, il mito è dotato di vita autonoma (autonomia simbolica): le narrazioni mitologiche esprimono aspetti fondamentali dell'esistenza, tali per cui riescono a scavalcare i confini di una cultura, storicamente definita, per risuonare con altre culture diversamente circoscritte a livello spaziale e temporale (Jung & Kerényi, 1941). Quindi, potremmo dire che: *“La mitologia, come la testa recisa di Orfeo, continua a cantare anche dopo la sua morte”* (Jung & Kerényi, 1941; Tr. It. 1972, p. 17). Ciò è possibile proprio per l'essenza del mito nella sua trattazione di dinamiche umane atemporali e riconducibili a matrici universali. Seguendo questo filone di pensiero, la scuola junghiana ritiene che i miti possano esser visti come immagini archetipiche, che non sono gli archetipi¹⁸ in sé, ma i prodotti del loro perpetuo operare. Il mito sembrerebbe, quindi, essere la testimonianza di processi psichici inconsci, piuttosto che metafore ed allegorie di processi fisici: la psiche contiene tutte quelle immagini dalle quali i miti sono nati. Jung stesso, sostiene che il mito affonda le sue radici nell'inconscio collettivo¹⁹ (Jung, 1928;

¹⁸ Jung coniò la parola 'archetipi' (o 'strutture') definendoli come forme o funzioni trascendentali operanti sui contenuti offerti dall'esperienza, dalla memoria e dall'inconscio personale. Queste strutture sono atemporali e universali poiché caratterizzanti l'esistenza di ogni essere umano. Gli archetipi si ritrovano nei miti, nelle favole, nei sogni ed addirittura nei prodotti di fantasia psicotici. Nell'individuo gli archetipi si manifestano involontariamente e si può dedurre la loro presenza solo indirettamente (Jung & Kerényi, 1941).

¹⁹ Jung fu il primo psicoanalista a usare il termine 'inconscio collettivo' per indicare uno strato profondo che trascende le esperienze e le acquisizioni personali. L'inconscio collettivo è la sovrastruttura innata ed universale su cui poggia l'inconscio personale', peculiare della biografia individuale. Mentre i contenuti dell'inconscio personale vengono denominati 'complessi a tonalità affettiva', quelli dell'inconscio collettivo acquistano il nome di 'archetipi' (Jung, 1928; Jung, 1976).

Jung & Kerényi, 1941; Jung, 1976). In accordo a questa scuola, Kernberg vede il mito come “precipitato dell’inconscio collettivo” (Kernberg, 2004). Nello specifico, si può parlare di mito come precipitato dell’inconscio collettivo, in quanto ciò che narra non appartiene ad elementi personali che possono esser fatti risalire alla biografia individuale, ma ad elementi strutturali collettivi ed inconsci trasmessi per via ereditaria (Jung, 1928; Jung & Kerényi, 1941; Jung, 1976).

Adottando il modello esposto da Jung, analizzeremo il mito di Arianna in associazione alla personalità depressiva (Jung, 1928; Jung & Kerényi, 1941; Jung, 1976). Questo mito, essendo caratterizzato da svariate versioni, sembra lo specchio del labirinto costruito da Dedalo: le continue biforcazioni presenti in questa narrazione mitologica danno vita a versioni diverse, che si intrecciano e si perdano come fossero sentieri labirintici (Graves, 1955). L’esempio più evidente di ciò si ha in merito all’entrata in scena di Teseo e Dioniso: alcune versioni pongono Teseo come antecedente a Dioniso, mentre altre come successivo. Possiamo ben comprendere quanto modifiche temporali apportate alla comparsa di questi due ruoli possano originare vicende e storie profondamente diverse. La versione mitologica che vede l’entrata in scena di Dioniso solo dopo l’abbandono di Arianna da parte di Teseo diventa la versione canonica della storia a partire dal III secolo a.C. (Leranò, 2018). Noi prenderemo in considerazione questa versione.

Secondo la mitologia greca, con la morte di Asterio, re di Creta e marito di Europa, Minosse rivendicò il trono. Al fine di dimostrare di essere il prescelto per volontà divina, pregò Poseidone di far emergere miracolosamente un toro dal mare, il quale gli sarebbe poi stato offerto in sacrificio. Per avidità, Minosse non sacrificò il toro che fu invece mandato a pascolare. Il furioso Poseidone maledì tutta la famiglia gettando un incantesimo su Pasifae, moglie di Minosse, la quale si accese di passione per il miracoloso toro. Quest’ultima, con l’aiuto di Dedalo, riuscì a congiungersi con il toro con il quale concepì Asterio (*Asterios*), anche detto il Minotauro. A questi venne dato l’appellativo di Minotauro per il suo essere un ibrido mezzosangue, per metà uomo e per metà toro. Il Minotauro, mostro che si ciba di carne umana, è dentro la famiglia reale. Minosse, al solo guardare questo “figliastro” deforme ed impuro, decise di rinchiuderlo in un labirinto, casa-prigione, costruito da Dedalo. Atene, che paga antichi debiti di guerra a Creta, manda ogni anno sette giovani ateniesi in sacrificio per saziare la fame del Minotauro. Fra questi si infila Teseo, figlio non riconosciuto di Egeo (re di Atene), che voleva dimostrare a

quest'ultimo la sua capacità di governare un regno. Egeo disse al figlio di comunicare ai marinai di issare vele nere nel caso in cui il minotauro lo avesse divorato e vele bianche in caso di vittoria (Leranò, 2018). Il favore di Afrodite, aiutò Teseo a far cadere ai suoi piedi Arianna²⁰, la quale gli promise di aiutarlo ad uccidere il fratellastro, Minosse, a patto di poter divenire sua moglie e tornare con lui ad Atene. Dedalo aveva donato un gomitolino di filo ad Arianna mostrandole come entrare ed uscire dal labirinto. Arianna avrebbe tenuto un lembo del filo vicino all'uscita finché Teseo non fosse tornato indietro, in seguito all'uccisione del Minotauro per mezzo di un pugnale donatogli da Arianna stessa. L'uccisione di quest'ultimo andò a buon termine e così i due salparono alla volta dell'isola di Nasso (isola sacra a Dioniso²¹). È proprio sulla spiaggia di quest'isola che Teseo abbandonerà Arianna dormiente. I motivi che sottostanno a questo abbandono non sono ben chiari e difficilmente giustificabili a livello mitologico, sia perché Arianna viene descritta come una donna molto bella, sia perché Teseo finirà per sposare sua sorella Fedra, appartenente alla stessa dinastia (Graves, 1955; Leranò, 2018). Le ipotesi elaborate, in merito a questa questione, vanno dal vedere l'allontanamento di Teseo come una fuga d'amore con un'altra donna (Graves, 1955; Plutarco, 1988) ad autori, come Pausania e Diodoro, che sostengono che sia stato Dioniso ad aver sottratto Arianna a Teseo contro la sua volontà. Ed ancora, intorno a quest'ultimo punto vi sono numerose versioni: alcune fanno riferimento all'apparizione di Dioniso in sogno a Teseo, che minacciandolo lo esorta a lasciare Arianna; altre parlano di un incantesimo, attuato da Dioniso, che lo ha portato a scordarsi sia della promessa fatta ad Arianna che della sua esistenza; ed altre ancora del rapimento di Arianna da parte di Dioniso. Al di là della versione a cui si preferisce far fede, al risveglio Arianna, accorgendosi di esser stata abbandonata dal suo Teseo, scoppiò in pianti colmi di sofferenza ed angoscia. Non solo aveva perso il suo oggetto d'amore ma per quest'ultimo aveva anche abbandonato la famiglia e la patria, oltre ad uccidere il fratellastro. Il tema dell'abbandono subito da Arianna e del dolore da lei provato diventa così importante da oscurare persino il

²⁰ Etimologicamente, in greco, “*Ariadne*” deriva dal prefisso “*ari*” e dall'aggettivo “*hagne*”, che può essere tradotto con “pura”. Per cui Arianna è vista come la “purissima”. Omero accosterà ad Arianna l'epiteto “dai bei capelli”. Questa spesso è stata rappresentata come la dea della vegetazione (Leranò, 2018).

²¹ Dioniso è un dio ambiguo ed è il simbolo delle illusioni, dei mascheramenti e degli inganni: “*Quando il mondo stabile degli oggetti familiari, delle figure rassicuranti, vacilla per diventare un gioco di fantasmagorie in cui l'illusorio, l'impossibile, l'assurdo si fanno realtà, Dioniso è lì presente*” (Vernant, 1986; Tr. It. 1991, p. 239; Leranò, 2018). Dioniso è anche il dio della follia e della squilibratezza che si lascia andare al vino e alle sfrenate danze. Per queste peculiarità, essendo la Grecia il luogo dell'equilibrio e dell'armonia, Dioniso non sembrerebbe esser un dio greco, se pur lo sia. Friedrich Nietzsche fu il primo a notare che la Grecia fosse dionisiaca tanto quanto apollinea (Leranò 2018).

misterioso ed affascinante simbolo del labirinto. Si dice che Arianna invocò gli dei affinché si vendicassero di Teseo e, dopo essersi specchiata nell'acqua (simbolo dell'incontro e della presa di contatto con il suo vero Sé), iniziò a progettare il suo suicidio (Graves, 1955; Leranò, 2018). È qui che apparve la figura di Dioniso che con i suoi gai cortei si dirigeva verso Arianna. Quest'ultima congiungendosi con Dioniso (con il matrimonio entrambi cambieranno i loro nomi in 'Liberata' e 'Liberato') non solo assumerà anch'essa una natura divina ma diverrà anche la progenitrice di una stirpe. Dioniso onorerà Arianna lanciando la sua corona nuziale verso il cielo, così da dar vita alla "Corona Boreale", costellazione che onorava Arianna stessa (Leranò, 2018).

Alcuni elementi di questo mito risuonano con gli aspetti fenomenici della personalità depressiva. Ripercorrendo in ordine cronologico il mito di Arianna, andremo a visionare i simbolismi che acquistano maggior rilievo.

Uno dei simboli frequentemente riscontrabile in letteratura è il labirinto. Arthur Evans ritiene che il termine "labirinto" sia connesso alla parola "*labrys*", tradotta da Plutarco con il termine greco "*pelekys*" (ovvero "doppia ascia"). La rappresentazione del labirinto sembra rimandare ad una casa segregata, descrivibile appunto come una doppia ascia. In questa accezione il labirinto acquista il ruolo che nelle dinamiche depressive è svolto dall'oggetto abbandonico introiettato: da un lato permette di custodire cripticamente affetti, ricordi, oggetti e rappresentazioni, ma dall'altro ne rende difficile l'uscita ed il disinvestimento (Kern, 1981; Santarcangeli, 1984; Leranò, 2018). Inoltre, altri studiosi ipotizzano che il termine "labirinto" possa esser connesso ad una radice indoeuropea che si riscontra in parole greche, come "*laas*", o latine, come "*lapis*", aventi il significato di "pietra" o "sasso". Vestendo queste osservazioni con una chiave di lettura dinamica-psicoanalitica, il significante della parola "pietra" rimanda all'immagine di un elemento cristallizzato, imprigionato ed immobile (in accordo con quanto emerge dalla lettura di Evans). Così l'archetipo del labirinto sembra rimandare ad una corazza che si protegge ma anche fissa in un passato ed in un luogo interno, spazio-tempo in cui non vi è la possibilità di comunicare con il presente e l'esterno. Se pur il simbolo del labirinto possa trasmettere un senso di intrappolamento ed imprigionamento, dinnanzi all'intricati sentieri, che incrociandosi e confondendosi adombrano la via di uscita, lo studioso Karolyi Kerényi sottolinea come delinei e tracci anche un percorso da seguire per uscire proprio dal criptico labirinto. In quest'ottica, il labirinto assume il valore di un luogo di transizione in cui si può entrare ma anche uscire e le cui mura permettono di difendere il

suo centro, spazio nel quale viene ad esser custodito e preservato quanto di prezioso (Kerényi, 1966; Leranò, 2018). Così il labirinto può esser il simbolo di uno spazio mentale che può assumere forme e qualità differenti. Dedalo costruisce un labirinto-prigione per il Minotauro ma edifica anche un labirinto-danza per Arianna, essendo il labirinto la chiave per entrare ma anche per uscire dal dolore (Leranò, 2018).

Il sonno in cui è avvolta Arianna quando Teseo si allontana a largo nel mare, può esser letto, in termini junghiani, come un “sonno psichico”. Il coricarsi diventa così il mezzo grazie al quale rifuggire e adombrare i contenuti inconsci più oscuri e profondi della propria psiche (ossia quanto Jung definisce come ‘ombra’). L’assenza di contatto con le parti-ombra del proprio Sé può scaturire sentimenti depressivi (Jung, 1928). Nel caso di Arianna, i suoi occhi potrebbero volersi chiudere davanti alla presa di coscienza del senso di colpa, potenzialmente sperimentabile per l’uccisione del fratellastro. Arianna, tradendo il padre ed il fratello, conserva intrinsecamente in sé le esperienze sanguinarie del passato (gli orrori del labirinto e le sue vittime sacrificali) e di un mondo dal quale solo geograficamente si è distaccata. Il distacco da questi ricordi è solo illusorio dato che lasciano un segno indelebile. Il Minotauro, l’altro da Sé, era a tutti gli effetti una parte del suo Sé, essendo anch’esso un introietto (Freud, 1917; McWilliams, 2011). Arianna uccidendo il fratello al fine di sanare le colpe del padre (Minosse non aveva ucciso il toro emerso dalle acque, come promesso a Poseidone), si pone nel ruolo del ‘salvatore onnipotente’ (triangolo di Karpman; Birk, 1994). Così facendo, però, dimentica, abbandona ed uccide quella parte di Sé che si era fusa con l’introietto del Minotauro, non donandogli una degna sepoltura (ergo, elaborazione) (Freud, 1917).

L’abbandono ingiustificato (e il tradimento con un’amante, secondo alcune versioni) di Arianna da parte di Teseo, trasposto nelle dinamiche depressive, può esser visto come il rappresentante del nucleo eziopatogenico di queste personalità. La perdita dell’oggetto d’amore fa da eco ad abbandoni e tradimenti antichi, che riecheggiano così fortemente nel presente da catapultare Arianna, in ‘*après coup*’, in una dimensione traumatica anzitempo. Il dolore e la sofferenza esperiti da questa fanciulla sono lo specchio di un’angoscia senza nome, sperimentata in un tempo e luogo in cui vi è stata la possibilità di poter metter ciò in parola (Lingiardi & McWilliams, 2006; McWilliams, 2011). In altri termini, con la perdita di Teseo l’ombra dell’oggetto perduto (Minotauro) si presentifica divenendo reale nel *hic et nunc* (Freud, 1917). Il lutto di suo fratello e di quella parte oscura di Sé era diventato un reliquato dell’inconscio, fin tanto che la presenza di un nuovo oggetto abbandonico (Teseo) non ha convertito questo lutto interno ed irrisolto

nella “traccia musicale” principale. È importante anche sottolineare come il tema del tradimento sia presente nella famiglia di Arianna ancor prima dell’uccisione del Minotauro. Già Minosse, padre di Arianna, tradì lei e tutta la famiglia non rispettando il patto concordato con Poseidone.

È interessante porre attenzione sul fatto che ‘Asterio’ non sia solo il vero nome del Minotauro, ma anche uno degli attributi solitamente accostati alla figura di Dioniso. Considerando questa prospettiva dionisiaca, l’epifania in forma taurina appartiene di diritto alla natura di Dioniso stesso. Difatti, quest’ultimo veniva rappresentato come il dio-toro e di conseguenza celebrato anche come il “dio dalle corna di toro” (Leranò, 2018). Alla luce di questa prospettiva, il gaio corteo dionisiaco può esser visto come il Minotauro che torna a salvare Arianna sotto differenti spoglie. Solo la possibilità di un vero contatto con la parte oscura del proprio Sé, non elaborata, permette ad Arianna di emanciparsi dal proprio nucleo di dolore. In questo modo, il senso di colpa, la svalutazione e l’ideazione suicidaria, possono essere sostituiti dall’espressione di una rabbia sana e salvifica, manifesto dell’inno alla vita (McWilliams, 2011). In questo senso, il minotauro *“nella perdita di ogni confine certo tra umano e bestiale, svela l’abisso che può aprirsi al di sotto della fragile costruzione della nostra identità individuale e sociale”* (Leranò, 2018, p. 85). Ovvero, questo può rappresentare la chiave di volta che permette di uscire dall’identificazione con il proprio dolore e con gli antichi traumi transgenerazionali, così da aprire la strada ad un nuovo e profondo contatto con il vero Sé (Winnicott, 1965). L’acquisizione del nome ‘Libera’ sembra proprio l’annuncio dell’estromissioni degli introiti, che a lungo hanno albergato internamente, per restituire ad Arianna la libertà di scoprire la propria identità. In nome di Arianna sarà originata anche la Corona Boreale: da qui in avanti ella non sarà più vincolata a guardare in alto il cielo stellato, procreato prima di lei, ma potrà essere lei stessa una stella, con un proprio nome e qualità, che per la prima volta viene guardata e ammirata. La sua luce ora può non essere coperta dalle ombre del passato.

II CAPITOLO SECONDO

REVISIONE SISTEMATICA NEUROSCIENTIFICA SULLA PERSONALITÀ DEPRESSIVA

2.1 La prospettiva dell'‘*Embodiment*’

Nel corso dei secoli, numerosi filosofi e scienziati hanno cercato di far luce sul rapporto mente-corpo. Il dibattito, ad oggi ancora aperto e molto conflittuale, ha portato alla creazione di due opposte fazioni di pensiero: da un lato, chi vede questo binomio come scisso; dall'altro, coloro che vi ravvisano due componenti intrinsecamente legate. Benché la controversia relativa al rapporto mente-corpo possa esser rintracciata già nell'antica filosofia greca (Hicks, 2015; Plato & Lee, 1955) e nella tradizione scolastica medievale (Aquinas, 2015), Cartesio può esser considerato come il primo autore a proporre la suddetta tematica in ottica rivisitata e moderna (Descartes & Cottingham, 2013). La metafisica cartesiana propone una visione della realtà bipartita. Le due sostanze (dualismo della sostanza) che la compongono, corpo e mente, presentano differenti stati ontologici: da un lato vi è il corpo (“*res cogitans*”), sostanza materiale soggetta alle leggi che governano la fisica; dall'altro lato vi è la mente (“*res extensa*”), sostanza astratta sulla quale regnano le leggi del pensiero. L'accettazione del dualismo ontologico ha implicato lo strutturarsi di un'idealizzazione della cognizione umana, in cui la mente viene vista come elemento astratto ed imprescindibile per la comprensione dell'intelligenza (Da Rold, 2018).

Sulle orme di questo dualismo, prendono forma le prime correnti e teorie cognitive che comparano, per analogia, il funzionamento cognitivo della mente a quello digitale, svolto dal computer: la mente come un *software*, il cervello come un *hardware*. Questa metafora è stata ben esemplificata e racchiusa in un completo quadro teorico, formulato da Lindsay e Norman, che ha portato all'elaborazione del modello HIP (Lindsay & Norman, 1977). Il riverbero del dualismo cartesiano nelle correnti cognitive è ben evidente, storicamente, già nei primi decenni della psicologia cognitiva (emersa verso la fine degli anni '50). In quegli anni, era comune fra i differenti settori delle scienze cognitive ritenere che i sistemi motori e percettivi fossero meri dispositivi periferici con

funzione di scambio di informazioni (in *input* ed *output*) tra corpo ed ambiente. Questi sistemi, pur essendo interessanti oggetti di studio se presi singolarmente, erano considerati irrilevanti quando accostati alla comprensione dei processi cognitivi “centrali”: si pensava che l’interazione fra la mente (con i suoi processi cognitivi astratti) e il mondo avesse scarsa rilevanza teorico-metodologica (Wilson, 2002).

Il dualismo sostanziale cartesiano, il quale si dispiega fra il territorio della fisicità e quello dell’astrazione, sarà messo a dura prova dai successivi sviluppi di pensiero e principalmente dalla diffusione delle teorie sull’“*embodiment*” (Da Rold, 2018). Sin dall’avvento della psicoanalisi emerse la volontà di conferire una squisita logica interazionista al binomio corpo-mente. Dapprima, Breuer e Freud, in “*Studi sull’isteria*” (1895), parlarono della centralità del corpo nel quadro isterico (anche detto ‘nevrosi di traslazione’), in cui la presenza di sintomatologia apparentemente organica (come disturbi motori, sensoriali, vegetativi, verbali) non derivava da lesioni organiche ma dalla conversione, sul corpo, di affetti e rappresentazioni inconscie; e successivamente, lo stesso Freud, in “*Al di là del principio del piacere*” (1920), definì la ‘pulsione’ come concetto al confine tra il territorio psichico e somatico. Nel corso degli anni, emerse l’enfasi posta sull’interazione fra funzioni senso-motorie (corpo) ed attività maggiormente astratta, quale quella cognitiva (mente). Ad esempio, Jean Piaget evidenziò l’emersione di abilità cognitive a partire dalle abilità sensomotorie e con la psicologia ecologica, di James Jerome Gibson, si andò a sottolineare quanto la percezione potesse esser osservata in termini di potenziali interazioni con l’ambiente (Wilson, 2002).

Il divario fra corpo e mente sembra trovare una possibile saldatura con lo sviluppo di una nuova prospettiva denominata “*embodiment*” (traducibile con “mente incarnata” o “cognizione incarnata”). Nel libro “*The Embodied Mind: Cognitive Science and Human Experience*” (Varela, Rosch & Thompson, 1992) viene riportata una chiara definizione del concetto di *embodiment*. L’*embodiment* è una prospettiva teorica basata sul presupposto che vi sia una stretta interconnessione tra cognizione ed esperienze corporali, sensoriali e motorie (esperienze fondamentali rispetto alle modalità con cui ci relazioniamo all’ambiente). Quindi, possiamo comprendere come la prospettiva che emerge, in relazione all’*embodiment cognition*, sia quella che vede i processi cognitivi come intrinsecamente radicati nell’interazione del corpo con l’ambiente (Wilson, 2002).

Nel primo decennio degli anni 2000 vediamo un'intensificazione degli studi riguardanti l'embodiment. A seguire, alcuni esempi: nel 2016, Topolinski e Boecker riscontrarono esser valutati più favorevolmente i prodotti alimentari la cui denominazione comportava movimenti della bocca e della lingua all'indietro (parallelamente al movimento attuato per introdurre introiti), contrariamente a quelli la cui articolazione fonemica comportava movimenti in avanti; ed ancora, nel 2014, Pinhas et al. osservarono che i partecipanti volgevano maggiormente lo sguardo verso destra quando venivano ad esser attivate competenze matematiche relative all'addizione, mentre la direzione coinvolta era la sinistra quando si trattava di sottrazione (Robinson & Thomas, 2022). Le evidenze mostrate anche da studi recenti, come quelle appena riportate, vanno a corroborare il concetto di embodiment, ergo la prospettiva secondo cui i nostri pensieri, sentimenti ed azioni siano plasmati e compenetrati, sia dalla nostra corporeità che dall'esperienze (Adams, 2010). In altre parole, questo tipo di prospettiva sostiene che vi sono confini permeabili e labili fra il "percepire", il "pensare" ed il "fare" (Foglia & Wilson, 2013).

L' "*embodied psychology*" può esser considerata una disciplina relativamente nuova che si va a collocare fra la fine degli anni '90 ed i primi anni del 2000 (Robinson & Thomas, 2022). I processi psicologici possono esser visti sotto una prospettiva di embodiment nella misura in cui i processi corporei (percettivi, sensoriali e motori) vi apportano un contributo. Svariate ricerche, condotte principalmente nell'ultimo decennio, hanno documentato quanto l'embodiment sia fondamentale nella comprensione delle modalità con cui gli individui pensano, sentono ed agiscono (Robinson & Thomas, 2022). Pur essendovi diverse versioni della teoria embodied, la maggioranza di queste si basa sul presupposto che il corpo (con la sua morfologia ed i suoi processi senso-motori) giochi un ruolo fondamentale nell'influenzare i processi psicologici (Glenberg, 2010).

Si possono riscontrare svariate studi riguardanti l'embodiment anche al di fuori dell'area prettamente psicologica, come nell'ambito linguistico (vedi studi condotti da Lakoff), robotico e filosofico (Shapiro, 2007). Una peculiare caratteristica della prospettiva incarnata è quanto questa non solo riesca ad integrare la disciplina psicologica con quelle adiacenti, ma anche la stessa branca psicologica nelle sue ramificazioni (Robinson & Thomas, 2022). Il concetto di embodiment si può riscontrare in svariate sotto-discipline psicologiche come in psicologia sociale, psicologia clinica, psicologia

dell'educazione, neuroscienze fino anche ad includere gli approcci focalizzati sul linguaggio e sulla memoria (Glenberg, 2010). Si ipotizza addirittura la possibilità di una meta-psicologia basata sui principi dell'embodiment (Robinson & Thomas, 2022). Di conseguenza, questa prospettiva come approccio alla psicologia potrebbe essere una forza unificante, sia rispetto al linguaggio usato dai diversi approcci, che rispetto alla dimensione teorica ed applicativa (con le relative criticità). Infatti, si presume che i progressi in psicologia siano molto lenti, non solo per una "naturale" spinta verso rifornimenti narcisistici e riconoscimenti individuali, ma anche per la difficoltà di accordo e riconoscimento della validità di dati e teorie, causata dall'uso di differenti lingue tra i diversi approcci (Glenberg, 2010). L'uso di sistemi di conoscenza concettuali e linguistici diversi (agli antipodi: neuroscienze e psicoanalisi) rimanda a quello che Solms e Turnbull (2002) definiscono "monismo dal duplice aspetto percettivo": mente e cervello, pur non essendo ontologicamente distinti, vengono indagati dalle neuroscienze in termini 'sub-personali' di neuroni, sinapsi, aree corticali, attivazioni fisiologiche, etc.; mentre in psicoanalisi vengono descritti in termini 'personali' di pensieri, pulsioni, fantasie, affetti, etc... (Imbasciati & Mattana, 2015).

Tenuto saldo quanto precedentemente affermato, l'embodiment potrebbe fornire una terra di mezzo, un'area di condivisione, ed un ponte verso il ripristino di un'antica alleanza fra la psicoanalisi (o la psicologica dinamica più in generale) e le neuroscienze. In accordanza a ciò, Scalzone e Zontini ritengono che nell'attuale periodo storico vi sia terreno fertile alla coltura di un originario legame tra psicoanalisi e neuroscienze attraverso un "lavoro comune e non mediante un semplice 'dialogo a distanza'" (Bolognini, 2016; pag. 332). Solms, cercando di costruire un ponte fra queste due sponde, ha elaborato il metodo della 'localizzazione dinamica'²² (Bolognini, 2016). Inoltre, egli afferma: "*Stranamente, dobbiamo lo sviluppo di una procedura clinica di analisi di questi strati psichici più profondi al fatto che Freud abbandonò i metodi neuroscientifici di ricerca quando capì che essi non erano in grado (a quel tempo) di dar conto della natura dinamica dei processi mentali umani. Ora sembra essere giunto per noi il tempo di*

²² La localizzazione dinamica è un metodo di correlazione clinico-anatomico che permette di individuare le componenti di un sistema funzionale complesso (ad esempio, il sognare). Questo metodo si articola in 2 fasi consecutive: (1) la qualificazione (o identificazione) del sintomo e (2) l'analisi sindromica. (1) Si valutano le condizioni in cui la funzione indagata è lesa e si esamina la struttura psicologica di ogni sintomo. (2) Si attua un'analisi delle altre possibili funzioni che hanno risentito di questa alterazione per comprendere se vi è alla matrice un unico fattore che possa spiegare le manifestazioni cliniche. Quest'unico fattore viene visto come la funzione psicologica elementare di una peculiare regione cerebrale (Bolognini, 2016).

reintrodurre il frutto del suo lavoro nel campo neuroscientifico da cui essi originariamente si svilupparono. Facendo ciò – benché non voglia sottovalutare l'enormità del compito che abbiamo di fronte – credo che saremo in grado di collegare gradualmente la psicoanalisi con le neuroscienze, su una solida base clinica, in modo che entrambi i campi ne traggano vantaggio, senza ignorare nessuna delle valide lezioni per apprendere le quali i pionieri della psicoanalisi lottarono così a lungo e tanto duramente” (Solms, 1997, p. 58).

Vi è ancora un'ampia distanza da percorrere prima che la prospettiva dell'embodiment raggiunga l'obiettivo di unificazione della psicologia. Tuttavia, tenendo conto che la ricerca sull'embodiment è relativamente recente e non è ancora adottata da ogni esperto di settore, possiamo notare un rapido progresso dovuto all'introduzione di questa innovativa visione. Questo serrato ritmo di avanzamento suggerisce che la strada che si può percorrere, grazie a questo approccio, è quella giusta (Glenberg, 2010).

Purtroppo, talvolta ancora oggi, la comunità scientifica percepisce mente e psiche come due entità contrapposte e distinte (rimandando al tradizionale modello biomedico). L'assunzione di una visione scissa come questa non può che avere un riverbero a diversi piani, quali lessicale, sintattico e semantico. La posizione che la presente tesi prende in considerazione è quella di considerare le due polarità del binomio mente-corpo come due vertici di osservazione del medesimo fenomeno, considerando quindi il corpo come inserito in un sistema bio-psico-sociale. Il presente documento è strutturato in modo tale da aiutare il lettore a convogliare la dimensione cognitivo-emotiva e quella corporea in un quadro unitario. A tal proposito, in una prospettiva embodied, partendo da prospettive maggiormente legate all'ambito delle neuroscienze (focalizzate principalmente sulla dimensione corporea), si andrà ad esporre quale connessione e raccordo possa esser scorto con gli approcci dinamici e psicoanalitici (focalizzati principalmente sulla dimensione cognitiva ed affettiva), senza alcunché presunzione di alludere a legami causa-effetto.

2.2 Obiettivi di ricerca

Nel 1980, con l'uscita della terza edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-III) per la prima volta il Disturbo di Personalità Depressiva trova un proprio spazio all'interno di un sistema nosografico. Nel momento in cui i curatori del

DSM-III collocarono tutte le condizioni depressive e maniacali sotto l'accezione di "disturbi dell'umore", si sono create svariate incomprensioni ed ambiguità nella discriminazione delle diverse condizioni appartenenti allo spettro depressivo. La scelta, attuata dalla *task-force* che ha stilato questo manuale, ha portato a volgere maggiormente l'attenzione sugli affetti principali delle condizioni distimiche (aspetti maggiormente visibili all'esterno e legati a dimensioni cliniche, piuttosto che di personalità), lasciando nell'ombra dinamiche e processi interiori (come il tema cardine della depressività, ossia l'abbondono) legati maggiormente all'ottica dimensionale e variegata della personalità (McWilliams, 2011). Purtroppo, il disturbo di personalità depressiva non troverà una maggior visibilità nelle successive edizioni del DSM: la decisione di escludere questa personalità con l'uscita del DSM-IV (1994) è stata mantenuta anche per le edizioni più recenti, DSM-5 (2013) e DSM-5-TR (2022). Queste revisioni nosografiche non hanno portato solo all'esclusione di questa condizione, ma anche alla strutturazione di una nomenclatura notevolmente frammentata ed esposta a diverse criticità: confini categoriali labili e sfumati conseguono in complesse difficoltà nell'ambito della diagnosi differenziale, come nel caso del "Disturbo Depressivo Persistente" (o "Distimia") e del "Disturbo di Personalità Depressiva". Inoltre, la problematicità in questione è stata ulteriormente complicata dall'elevata comorbidità riscontrata tra le suddette condizioni diagnostiche e sintomatologiche.

Il disturbo di personalità depressiva acquista nuovamente attenzione ed importanza con l'uscita della prima edizione del Manuale Diagnostico Psicodinamico, PDM-1 (2006). Tale etichetta diagnostica, mantenuta anche nella seconda edizione di questo manuale (PDM-2, 2017), è il presupposto attorno a cui è stata sviluppata la presente tesi. In breve, è importante ricordare come il PDM si ponga obiettivi differenti rispetto a quelli preposti dal DSM e dall'ICD (*International Classification of Diseases*): mentre quest'ultimi sono stati realizzati in modo tale da massimizzare l'attendibilità delle categorie diagnostiche presentate ai fini di ricerca (approccio nomotetico), il PDM è rivolto alla formulazione del caso individuale e alla pianificazione del potenziale trattamento (approccio idiografico). Un'altra caratteristica che contrappone queste nosografie è l'utilizzo da un lato, nel DSM e ICD, di un approccio prevalentemente categoriale (i *cluster* diagnostici sono identificati con dei *cut-off* e quindi rispondono alla logica del tutto-niente, presenza-assenza) e dall'altro, nel PDM, di un approccio dimensionale (gli stili e i quadri di personalità si dislocano lungo un *continuum*) (Lingiardi & McWilliams, 2017).

L'obiettivo di questo elaborato, nello specifico, è quello di porre l'attenzione sullo stato dell'arte del disturbo di personalità depressiva in un'ottica innovativa, embodied, volta a riunire quanto emerso dagli studi neuroscientifici con le teorie psicodinamiche maggiormente accreditate in merito. Quanto riportato deriva dall'uso della tecnica metodologica “*Systematic Review*” (“Ricerca Sistemática”), la quale ha permesso di aggiornare una ricerca formalizzata con precisi criteri di eleggibilità (criteri di esclusione e di inclusione). Dapprima si è cercato di restringere il raggio di ricerca esclusivamente al Disturbo di Personalità Depressiva. In seguito, vista la scarsità degli studi in merito e le fragili demarcazioni diagnostiche, lo sguardo è stato esteso anche alla condizione di Disturbo Depressivo Persistente. Dall'altra parte, invece, le significative differenze riscontrate tra il quadro di personalità depressiva ed il Disturbo Depressivo Maggiore hanno reso necessaria l'esclusione di tutti gli studi correlati a quest'ultimo. È necessario specificare che questa revisione, per definire l'oggetto di indagine, attinge a quanto riportato nella nosografia del PDM-2 (Lingiardi & McWilliams, 2017) per la Personalità Depressiva e del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) per il Disturbo Depressivo Persistente.

Al fine di una miglior comprensione, a seguire, saranno esposti gli aspetti sintomatologici della personalità depressiva che la accomunano al disturbo depressivo persistente e quelli che, invece, la distinguono dal disturbo depressivo maggiore.

2.2.1 Criticità diagnostiche e diagnosi differenziale

Il Disturbo di Personalità è caratterizzato da pattern relativamente stabili e costanti di esperienza interiore (ovvero di processi psichici interni, come le esperienze di Sé, le modalità di coping, le difese, etc.) e di comportamento, con esordio in adolescenza o prima età adulta (Lingiardi & McWilliams, 2017; APA, 2022). Il termine “disturbo” è una convenzione linguistica con cui si esprime un certo grado di gravità e rigidità tale per cui si riscontra una compromissione del benessere personale e della qualità di vita (Lingiardi & McWilliams, 2017). A questo proposito, pur tenendo conto delle criticità riscontrabili nella diagnosi differenziale fra le diverse condizioni appartenenti allo spettro depressivo, è importante distinguere i quadri depressivi legati alla personalità da quelli clinici. Innanzitutto, mentre la personalità tende a mantenersi relativamente stabile nel tempo, il disturbo dell'umore può manifestarsi in modo episodico, con periodi di

remissione e riacutizzazione dei sintomi. Inoltre, se in presenza della prima l'attenzione viene posta sul ripetersi delle stesse tematiche (acutizzate sotto stress), l'insorgere del secondo è evidente, sia per i sintomi vegetativi (come disturbi del ritmo sonno-veglia, riduzione del desiderio e piacere sessuale, alterazioni psicomotorie e dell'appetito) che per l'acutizzazione dell'affetto disforico. In terzo luogo, se gli antidepressivi trovano un terreno fertile ad accogliere benefici positivi nella patologia depressiva, ciò non avviene nella personalità depressiva ove gli effetti sono scarsi sugli aspetti di autopunizione e sensibilità al rifiuto. È necessario sottolineare che, nonostante i disturbi dell'umore e la personalità depressiva si manifestino frequentemente in comorbidità, queste due condizioni possono essere identificate e differenziate. Difatti, come chi ha sintomi depressivi può non presentare un disturbo depressivo clinico, viceversa chi ha una diagnosi di disturbo depressivo può non aver strutturato un'organizzazione che ruota attorno ad una personalità di tipo depressivo (Lingiardi & McWilliams, 2017).

Il DSM-5-TR include sia il Disturbo Depressivo Persistente (*Persistent Depressive Disorder*, PDD) che il Disturbo Depressivo Maggiore (*Major Depressive Disorder*, MDD) nella categoria dei "Disturbi Depressivi". Sebbene le condizioni ascritte al quadro depressivo differiscano fra loro per durata, distribuzione temporale e presunta eziologia, possono essere poste sotto la medesima categoria per i loro aspetti comuni: presenza di umore deflesso, sentimenti di vuoto o irritabilità associati a cambiamenti (come quelli somatici e cognitivi riscontrabili nel PDD e nel MDD) rilevanti sulla qualità di vita (APA, 2022).

2.2.1.1 Disturbo Depressivo Persistente (DDP) o Distimia (DD)

Il Disturbo Depressivo Persistente rappresenta l'unione del disturbo depressivo maggiore cronico e del disturbo distimico, definiti dal DSM-IV (APA, 1994; APA, 2022). Questa condizione viene ad esser diagnosticata nel momento in cui le alterazioni umorali con la sintomatologia associata (come scarsa autostima ed energia, sentimenti di sconforto, alterazioni dell'appetito, etc.) sono presenti per la maggior parte del giorno, per una durata di almeno due anni (APA, 2022). I sintomi depressivi (come tristezza persistente e mancanza di interesse), l'introversione, la ruminazione su pensieri negativi, un accentuato pessimismo e la cronicità del disturbo depressivo persistente sono gli aspetti più significativi che comunemente riscontriamo anche in presenza della

controparte di personalità (Noordhof et al., 2018; Yu et al., 2019; Lingiardi & McWilliams, 2011; APA, 2022). In accordo a ciò, queste due condizioni frequentemente vengono analizzate assieme, sottolineando come si riferiscano a disturbi depressivi ad esordio precoce e spettro minore, spesso in comorbidità tra loro (Bowyer et al., 2019). Nel tempo, la diagnosi differenziale tra distimia e personalità depressiva è risultata controversa principalmente a causa della precedente collocazione della distimia tra i disturbi di personalità. Oggi, “*possiamo considerare il disturbo depressivo di personalità come l’analogo di una distimia più lieve ma più stabile*” (Lingiardi & Gazzillo, 2014; p. 518). In conclusione, poiché l’elevata comorbidità e condivisione sintomatologica tra il disturbo depressivo persistente ed il disturbo di personalità depressiva suggeriscono potenziali anomalie cerebrali strutturali o funzionali comuni, abbiamo scelto di estendere il campo di ricerca della nostra rassegna sistematica anche al disturbo depressivo persistente (Kwon et al., 2000; Lyoo et al. 2002).

2.2.1.2 Disturbo Depressivo Maggiore (MDD)

Il Disturbo Depressivo Maggiore è caratterizzato da almeno cinque sintomi depressivi (umore depresso, diminuzione di interesse, alterazioni motorie e del ritmo sonno-veglia, etc.), di cui perlomeno uno di questi è umore depresso o perdita di interesse/piacere, per almeno due settimane. Questa sintomatologia comporta cambiamenti rispetto al precedente livello di funzionamento, coinvolgendo la dimensione affettiva, cognitiva e neurovegetativa. Da questa descrizione emerge un quadro profondamente acuto che non necessariamente si protrae nel tempo. Paragonando questo disturbo a quello depressivo persistente, difatti, possiamo notare che è richiesto di soddisfare un maggior numero di criteri sintomatologici (in questo caso sono almeno cinque sintomi, e non almeno due) in un minor lasso temporale (in questo caso sono almeno due settimane, e non almeno due mesi) (APA, 2022).

Vi è da tener conto che, se pur sia possibile ma non deterministico che un quadro depressivo minore ad esordio precoce evolva in episodi depressivi maggiori (Klein et al., 1995; Kwon et al., 2000; Lyoo et al., 2002), è stato rilevato che più del 60% di persone affetta da disturbo depressivo persistente presenta nella propria biografia una storia di disturbo depressivo maggiore (Weissman et al., 1998; Keller et al., 1995; Bansal, Hellerstein & Peterson, 2018).

2.3 Metodi

2.3.1 Strategia di ricerca

La strategia di ricerca adottata dalla presente revisione sistematica della letteratura, in merito a personalità depressiva e neuroscienze, è stata stilata in accordo con i principi delle Linee guida PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) della versione aggiornata con la pubblicazione del PRISMA Statement 2020. Il PRISMA Statement 2020 si compone di una *checklist* strutturata in 27 item, di una *checklist* con gli *Abstract* e dei diagrammi di flusso, continuamente revisionati ed aggiornati nel corso della ricerca. Le Linee guida PRISMA sono un ottimo strumento di ausilio per i revisori sistematici poiché permettono di riferire in modo chiaro e trasparente le motivazioni che hanno mosso la revisione stessa. Inoltre, queste consentono di formalizzare la metodologia usata ed i risultati ottenuti (Page et al., 2021).

Allo scopo di raggiungere l'obiettivo preposto sono state eseguite due ricerche bibliografiche indipendenti su due *database*: PubMed e Scopus. Le aree di ricerca indagate includevano "*Title/Abstract*", scegliendo di non includere le "*Key-words*" al fine di evitare un sovraccarico di studi marginali o non pertinenti con quanto ricercato. Le due ricerche presentavano le parole chiavi "*depressive personality*" e "*dysthymic disorder*" OR "*persistent depressive disorder*" affiancate dalla congiunzione logica "AND" (operatore booleano con significato di "E") che le connetteva alle seguenti parole: "neur*", "brain" e "physiol*" (tra queste è stato posto l'operatore booleano "OR", ossia "O"). L'uso del "*" nella ricerca sui *database* ha permesso di includere qualsiasi parola avesse il medesimo prefisso, antecedente a questo simbolo. Inoltre, altri articoli rilevanti e coerenti con l'obiettivo preposto sono stati rintracciati durante la visione delle bibliografie dei vari articoli oppure attraverso ricerca manuale che includeva l'uso di parole significative (come ad esempio, "*Default Mode Netwok*"). Questa ricerca bibliografica è stata svolta da marzo a luglio 2023.

2.3.2 Screening ed eleggibilità

Una prima lettura degli *Abstract* riportati dai vari articoli ha permesso di scartare quelli rispondenti ai criteri di esclusione. Successivamente, una visione più approfondita

di ogni singolo articolo ha consentito di comprendere se veramente rispondevano ai criteri d'inclusione o se dovessero esser scartati dalla *Systematic-Review*. I criteri di inclusione ed esclusioni sono riportati in *Tabella 1*.

Gli studi illustrati nei vari articoli dovevano indagare in primis la “Personalità Depressiva” o, una volta esteso il raggio di ricerca, il “Disturbo Depressivo Persistente” (prima chiamato “Distimia”).

CRITERI DI INCLUSIONE
Articoli di ricerca originali; Articoli scritti in inglese; Articoli pubblicati su riviste <i>Index</i> ; Articoli pubblicati su riviste internazionali <i>peer-reviewed</i> ; Articoli pubblicati a partire dall'anno 2000.
CRITERI DI ESCLUSIONE
Articoli appartenenti a riviste con basso <i>impact factor</i> ²³ ; Articoli appartenenti a riviste collocate fra il terzo ed il quadro quartile (Q3-Q4) di affidabilità; <i>Systematic Review</i> ; Campione di bambini/adolescenti e anziani; Campione che sta assumendo farmaci durante la conduzione dello studio; Campione presentante comorbidità con patologie mediche o altre diagnosi psichiatriche durante la conduzione dello studio; Campione non avente un'esplicita diagnosi ma solo la somministrazione di generici test che si riferiscono a tratti (ad esempio, MMPI) piucché ad una costellazione patologica.

Tabella 1: In tabella sono riportati i criteri di eleggibilità (criteri di inclusione ed esclusione) a cui si è fatto riferimento durante la selezione degli articoli da includere o meno nella Systematic Review.

L'intero processo seguito per la selezione degli articoli e la successiva estrazione dei dati è riportato graficamente nel diagramma di flusso PRISMA (*Figura 1*).

²³ L'*impact factor* (*h-index*) di una rivista è dato dal numero di citazioni totali di tutti gli articoli appartenenti ad una rivista diviso il numero di articoli pubblicati da una rivista.

2.3.3 Processo di estrazione dei dati

Dagli articoli inclusi per la sintesi qualitativa sono state estratte le seguenti informazioni:

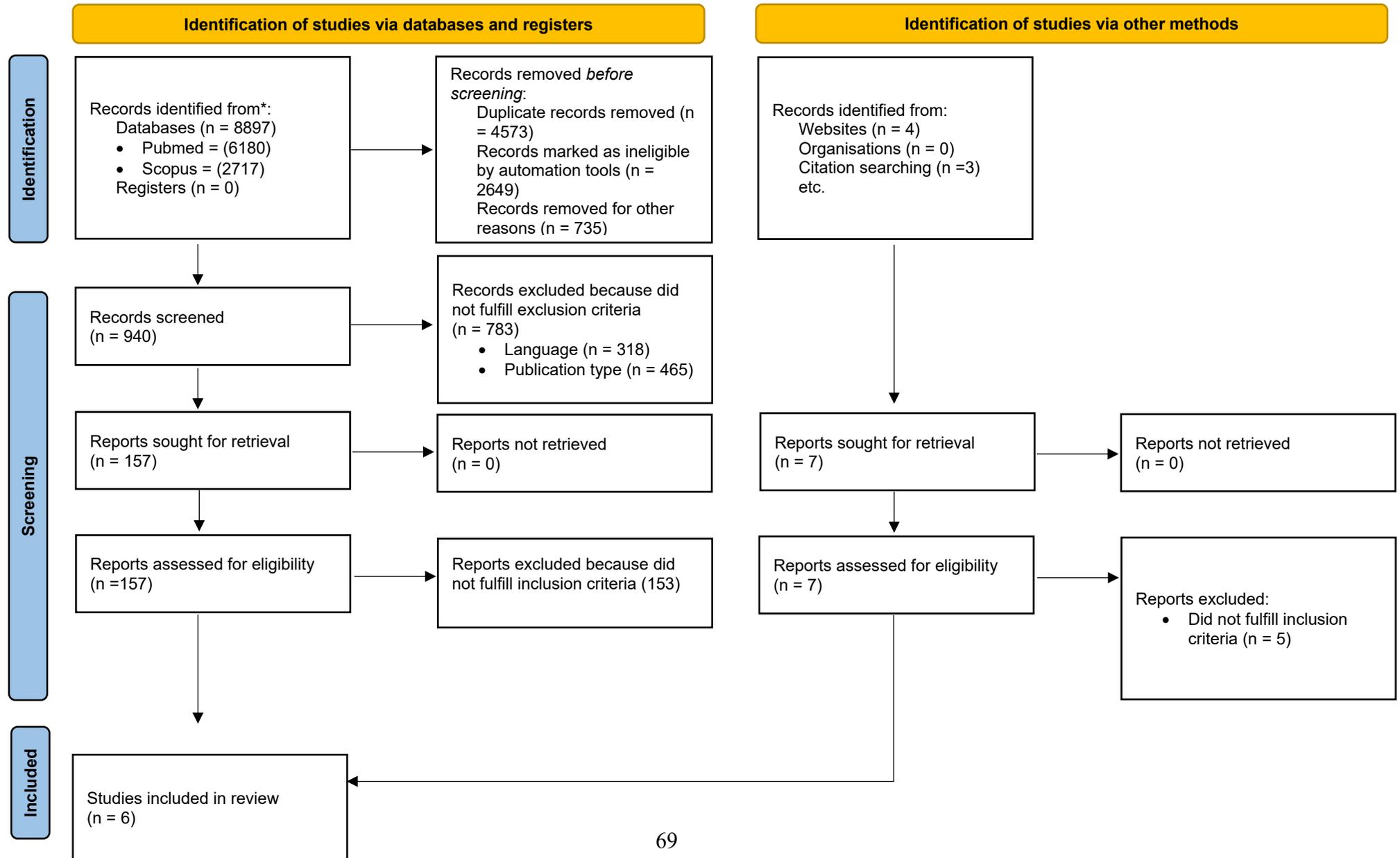
- a) Riferimento: autore/i e anno di pubblicazione;
- b) Area cerebrale indagata;
- c) Tipo e numerosità del campione;
- d) Strumenti utilizzati per le misurazioni neurofisiologiche ed anatomiche, e per la diagnosi;
- e) Risultati principali;
- f) Limiti.

2.4 Risultati

Il numero iniziale dei record identificati dalla ricerca bibliografica effettuata sui *database* PubMed e Scopus era di 8897 (di cui 98 ricavati dalla prima indagine con “*depressive personality*” e 8799 dalla seconda con “*dysthymic disorder*” OR “*persistent depressive disorder*”). A seguito della rimozione dei duplicati, 940 record sono stati sottoposti alla procedura di screening, nella quale si è applicato i criteri di esclusione (vedi *Paragrafo 2.3.2*). Di quest’ultimi, 157 articoli in *full-test* sono stati valutati tramite un’analisi approfondita al fine di verificare se questi rispondessero ai criteri di inclusione ed esclusione (vedi *Paragrafo 2.3.2*). A conclusione di tale valutazione, 4 articoli sono risultati idonei e sono stati inclusi nella sintesi qualitativa di questa rassegna sistematica della letteratura. Infine, a questi articoli finali sono stati aggiunti 2 articoli ottenuti dalla lettura delle bibliografie degli articoli selezionati e dalle ricerche manuali condotte sempre sui *database* PubMed e Scopus. Il numero finale degli articoli su cui si struttura questa rassegna sistematica è 6.

L’intera procedura di ricerca è riassunta nel diagramma di flusso PRISMA riportato in *Figura 1*. La *Tabella 2*, invece, riporta l’elenco completo degli articoli e il riepilogo dei risultati ottenuti.

Figura 1: In figura, la rappresentazione del diagramma di flusso PRISMA 2020



RIFERIMENTO	AREA CEREBRALE	METODO		RISULTATI PRINCIPALI	LIMITI
		PARTECIPANTI	STRUMENTI		
SISTEMA NERVOSO CENTRALE A LIVELLO STRUTTURALE					
Lyoo, Renshaw et al., 2002	Genu (Ginocchio), porzione del Corpo calloso (CC).	44 con depressione precoce minore (ossia 19 con DPD ; 12 con DD ad esordio precoce; e 13 con DD ad esordio precoce e DPD) e 44 CG	<ul style="list-style-type: none"> - MRI - SCID (DSM-III R) per DD - DID (DSM-IV) per DPD - BDI 	Il genu dei soggetti con depressione minore è risultato essere più piccolo (del 9,9% per lo ‘spazio nativo’; e del 6,9% per lo ‘spazio stereotassico’) rispetto a quello del CG, suggerendo la presenza di un’anomalia del lobo frontale, sia a livello strutturale che funzionale, in questa popolazione.	<ul style="list-style-type: none"> - I risultati ottenuti utilizzando un campione coreano potrebbero non essere estendibili alle altre popolazioni etniche. - Il campione era composto esclusivamente da partecipanti di sesso femminile. - Il significato funzionale del cambiamento dell’area del CC non è stato studiato sistematicamente. Questo cambiamento potrebbe risentire della varianza dei punteggi del BDI e della durata della patologia.

<p>Bansal, Hellerstein e Peterson, 2018</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Giro temporale (superiore e mediale) - Giro cingolato - Lobulo parietale inferiore - Giro sopramarginale - Giro pre e post centrale 	<p>41 DD e 39 CG</p>	<ul style="list-style-type: none"> - MRI - SCID (DSM-IV TR) - HDRS - CDRS 	<ul style="list-style-type: none"> - Alla ‘<i>baseline</i>’, dalle MRI, emerge che i DD rispetto ai CG presentavano bilateralmente cortecce più spesse, principalmente nelle aree del giro temporale (superiore e mediale), giro cingolato, lobulo parietale inferiore, nel giro sopramarginale e nel giro pre e post centrale. La gravità dei sintomi era inversamente correlata allo spessore, indicando che una corteccia più spessa era associata a sintomi meno gravi. - Dei 41 DD, in modo randomizzato, 21 sono stati trattati con farmaco attivo (120 mg al giorno di Duloxetina) e 20 con farmaco placebo. Dopo dieci settimane di trattamento, la gravità del disturbo era significativamente diminuita per coloro che sono stati trattati con Duloxetina. Inoltre, la corteccia si è assottigliata nei pazienti trattati con farmaco attivo, tendendo allo spessore presentato dal CG. 	<ul style="list-style-type: none"> - Non si può escludere la possibilità che in 19 pazienti una corteccia più spessa, alla “baseline”, derivi dal precedente uso di farmaci psicotropi. - I dati della risonanza magnetica in individui sani (CG) sono stati acquisiti in un solo momento temporale, alla “baseline” prima del trattamento con placebo. Ciò limita la possibilità di valutare e interpretare a pieno i cambiamenti cerebrali dopo la somministrazione del placebo. - Pur essendo un disegno di studio RCT (<i>‘Randomised Controlled Trial’</i>), i partecipanti allo studio potrebbero non essere rappresentativi della popolazione generale con malattia depressiva. - I pazienti differivano nella composizione sessuale nei due gruppi
---	---	-----------------------------	---	--	--

					di trattamento (attivo o placebo): 15 maschi con placebo e 7 maschi con Duloxetina.
--	--	--	--	--	---

FUNZIONALITA' DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE					
Ravindran, Hogan et al., 2009	<ul style="list-style-type: none"> - Corteccia prefrontale dorsolaterale (dlPFC) - Corteccia cingolata - Amigdala - Insula - Talamo - Putamen - Giro fusiforme - Lobulo parietale - Mesencefalo 	17 DD e 17 CG	<ul style="list-style-type: none"> - fMRI - MINI 	<p>Dai risultati della fMRI è stato evidenziato come nei pazienti distimici rispetto ai controlli, confrontando:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stimoli negativi vs neutri: vi sia un'attività neurale significativamente maggiore rispetto ai controlli, principalmente a livello del cingolo posteriore sinistro, giro fusiforme destro, amigdala destra e talamo destro; - Stimoli positivi vs neutri: vi sia una maggior attività nell'insula sinistra, nel talamo destro, nel putamen destro e nel cingolo anteriore sinistro rispetto ai controlli, ed una minor attività nella 	<ul style="list-style-type: none"> - Il campione, comprendente distimici sia ad insorgenza precoce che tardiva, è stato testato in un solo momento. - Il campione comprendeva anche soggetti con precedente, ma non attuale, diagnosi di depressione maggiore (25% del campione). - Il campione era numericamente esiguo per indagare l'effetto della gravità e durata della malattia, ed i dati demografici. - Gli stati d'animo attuali possono influire sulle risposte date agli stimoli emotivi visivi.

				<p>dIPFC destra.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stimoli negativi vs positivi: vi sia una maggior attività nell'amigdala destra e nel talamo sinistro, ed una minor attivazione della dIPFC sinistra, del lobulo parietale sinistro e del mesencefalo bilaterale. 	
<p>Posner, Peterson et al., 2013</p>	<p>Default Mode Network (DMN), in particolare la corteccia cingolata posteriore (PCC)</p>	<p>32 DD e 25 CG</p>	<ul style="list-style-type: none"> - fMRI - SCID - HAM-D 	<ul style="list-style-type: none"> - Alla 'baseline' l'attività neurale all'interno della DMN cerebrale era maggiore (incremento di connettività) nei DD rispetto al controllo. - Dei DD, in coloro che sono stati trattati con Duloxetina per dieci settimane, e non con placebo, si è riscontrata una normalizzazione della connettività del DMN. - È stata evidenziata una forte correlazione tra la gravità sintomi depressivi e l'intensità delle connessioni funzionali tra il PCC e l'amigdala. 	<ul style="list-style-type: none"> - Molti dei pazienti con DD, precedentemente avevano assunto psicotropi. Pur ponendo diverse variabili di controllo, non si può escludere che l'incremento di connettività riscontrato nel DMN potrebbe esser attribuito a questa assunzione piuttosto che alla condizione di DD. - Molti dei pazienti con DD presentavano in comorbidità disturbi d'ansia e precedenti episodi depressivi. - Il campione era composto al 59% da uomini. Ciò può limitare la generalizzabilità dato che, come mostrato da letteratura, i disturbi depressivi (compresa la DD) colpiscono con

					<p>maggior frequenza le donne rispetto agli uomini.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se pur si sia cercato di escludere dal campione individui con diagnosi di MDD, spesso questa condizione viene confusa con quella di DD. - Non è stato analizzato se nel CG vi fossero vulnerabilità genetiche alla depressione.
Bowyer, Patrick et al., 2019	Circuito della ricompensa (RewP)	201 di cui 84 DD o DPD	<ul style="list-style-type: none"> - EEG - EOG - ERP - SCID-I - SCID-II 	<ul style="list-style-type: none"> - I risultati suggeriscono che l'uso di un indicatore neurale di sensibilità alla ricompensa (RewP) possa denotare una predisposizione allo sviluppo di DD o DPD. - È stato riscontrato che la risposta RewP è negativamente correlata alla depressione persistente, ma non ai correnti episodi depressivi maggiori. - In DD o DPD è stata rilevata una riduzione della differenziazione della risposta al guadagno ed alla perdita da parte del RewP, attribuibile sia ad una riduzione della risposta alla perdita che alla ricompensa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Il campione era composto da studenti universitari e adulti di una comunità piuttosto che da pazienti di una clinica. - Nonostante sia stato svolto un pre-screening, solo una parte del campione (42%) presentava un certo livello di sintomatologia depressiva. - La fascia d'età del campione era limitata dato che, in gran parte, era formato da studenti universitari.

<p>Yu, Fu et al., 2019</p>		<p>19 DPD e 10 CG</p>	<ul style="list-style-type: none"> - EEG - EOG - ERP - PDQ⁺⁴ - PDI-IV (DSM-IV) 	<ul style="list-style-type: none"> - I dati comportamentali hanno mostrato che il tempo di risposta nel gruppo DPD era maggiore rispetto al CG. - L'ampiezza della N350 è risultata essere maggiore in risposta a parole negative e positive, rispetto alle neutre. Nonostante ciò, vi è da sottolineare che non è stata rilevata differenza a livello della N350 nel DPD rispetto al CG. Sembra, quindi, che lo stato d'animo non influenzi questa risposta. - Per entrambi i gruppi, la latenza di N350 è risultata essere più lunga per le parole negative, rispetto alle parole positive e neutre. - A livello topografico, vi sono evidenti variazioni di ampiezza della N350 evocate da parole positive e negative: nel CG sono riscontrate nelle regioni frontali, mentre nei DPD sono riscontrate nella regione parietale destra (P4) e nella regione occipitale destra (O3). 	<ul style="list-style-type: none"> - La numerosità del campione era piccola, soprattutto per il CG. - Il campione era composto da soli studenti universitari con una normale funzione sociale, sebbene soddisfacessero i criteri diagnostici per il disturbo depressivo di personalità.
--------------------------------	--	-------------------------------------	--	---	---

Tabella 2: In tabella è riportata una sintesi dei risultati degli articoli ritenuti idonei per questa Revisione Sistemica.

*CG: Control Group.
*MDD: Major Depressive Disorder
*DD or PDD: Dysthymia or Persistent Depressive Disorder
*DPD: Depressive Personality Disorder
*MRI: Magnetic Resonance Imaging
*fMRI: Functional Magnetic Resonance Imaging
*EEG: Electroencephalography
*EOG: Electrooculographic
*ERP: Event-Related Potential
*SCID: Structured Clinical Interview
*MINI: Mini-International Neuropsychiatric Interview
*DID: Diagnostic Interview for Depressive Personality

*BDI: Beck Depression Inventory
*HDRS: Hamilton Depression Rating Scale
*CDRS: Cornell Dysthymia Rating Scale
*PANAS: Positive and Negative Affect Schedule
*HAM-D: Hamilton Rating Scale for Depression
*STAI-Y1: State-Trait Anxiety Inventory
*PDQ⁺⁴: Personality Disorder Diagnosis Questionnaire, Fourth Edition
*PDI-IV: Personality Disorder Interview

2.5 Interpretazione dei risultati

A seguire, la discussione di quanto emerge dalla ricerca bibliografica condotta. Preannunciamo che, purtroppo, vi è un esiguo numero di articoli relativi alla Personalità Depressiva e di studi morfologici, a favore di quelli funzionali.

2.5.1 La N350 e la Personalità Depressiva

Vi è un'estrema carenza di studi che indagano i correlati neurali presenti nella personalità depressiva (come emerge da *Tabella 2*). In questa prima sezione verrà ad esser presentato l'unico studio che indaga questa personalità e che risponde ai criteri di eleggibilità della presente *systematic review*, sottolineando quanto vi sia ancora molta strada da fare prima di arrivare ad una comprensione di come la sintomatologia clinica di questa personalità trovi riscontro a livello neuro-anatomico e funzionale.

Uno studio condotto da Kiang et al. (2017) aveva evidenziato nei potenziali evocati ('*event-related potentials*', ERP²⁴) di pazienti con depressione maggiore delle N400²⁵ più piccole rispetto ai controlli, se elicitati da aggettivi con connotazione negativa. Quanto riscontrato suggeriva come in presenza di depressione vi fosse una forte associazione fra concetti di sé (schemi di auto-riferimento) e tratti negativi, nelle reti di memoria semantica. Ed ancora, Xie, Jiang & Zhang (2018) hanno esaminato come individui con tendenze depressive mostrassero difficoltà a sopprimere la codifica in memoria di parole

²⁴ I potenziali evocati ('*event-related potentials*', ERP) sono risposte elettrofisiologiche che si originano a livello cerebrale in seguito a stimolazione sensoriale, motoria e cognitiva (Luck, 2014; Warren, Kroll & Kopp, 2023). Gli ERP sensoriali (o esogeni) si verificano entro i primi 100 ms dopo la presentazione dello stimolo, mentre quelli che rappresentano i processi cognitivi o di elaborazione delle informazioni (anche detti endogeni) si verificano successivamente (tempo di latenza) (Warren, Kroll & Kopp, 2023). Grazie all'alta risoluzione temporale della tecnica ERP si ha la possibilità di individuare gli specifici processi neurali in risposta a stimolazione (Luck, 2014; Warren, Kroll & Kopp, 2023). Ogni ERP rappresenta un'onda che può avere un'ampiezza positiva o negativa.

²⁵ La N400 è un'onda negativa che si verifica tra 200 e 500 ms (con picco a circa 400 ms) dopo uno stimolo potenzialmente significativo, come un'immagine o una parola (Kutas & Federmeier, 2011; Kiang et al., 2017). Si ritiene che rifletta l'attività delle reti temporali neocorticali mediali inferiori e anteriori. Solitamente, la sua ampiezza è ridotta (ergo, resa meno negativa) da stimoli che facilmente vengono elaborati ed accedono alla memoria semantica. Ad esempio, dopo aver visto un gatto gli individui mostrano una N400 meno negativa se gli viene mostrato uno stimolo anticipabile e prevedibile, come un topo, rispetto ad una freccia (Kiang et al., 2017)

negative e di conseguenza a dimenticarle. Tenendo conto di quanto emerso dagli studi sulla depressione maggiore, potremmo ipotizzare di trovare risultati simili e quindi delle modificazioni tra le N300 e le N400 in individui con disturbo di personalità depressiva (DPD).

Nello studio condotto Yu, Gu, Yao, Wang & Fu (2019) sono stati misurati gli ERP (in particolare la componente N350) registrati durante un compito di classificazione di parole target in tre categorie: emotivamente positive, negative e neutre. In tal modo è stato possibile indagare gli effetti delle parole visive emotivamente salienti o neutre. Dall'analisi dei dati è risultata un'ampiezza maggiore alla N350²⁶ in corrispondenza di parole positive e negative (probabilmente poiché stimoli emotivi attivano un maggior numero di neuroni e strutture subcorticali come l'amigdala), rispetto alle neutre, ed un tempo di latenza più lungo con parole negative. Purtroppo, non è stata riscontrata alcuna differenza significativa a livello di ampiezza di N350 fra il gruppo sperimentale, con diagnosi di DPD, ed il gruppo di controllo (come potevamo, invece, ipotizzare). Questi risultati suggeriscono come i tratti di personalità depressivi non abbiano, almeno in questo campione (composto da adulti giovani, di circa 20 anni, e non da persone con lunga storia di personalità depressiva alle spalle), influenzato le caratteristiche neurofisiologiche: la N350 si limitava a riflettere i processi semantici e non era sensibile allo stato d'animo dei partecipanti. Nonostante le ipotesi non siano state verificate, non è da tralasciare quanto emerge dalla topografia cerebrale rispetto alle variazioni di ampiezza di N350 più evidenti (ossia, quelle elicitate da parole positive e negative): le N350 risultavano maggiormente distribuite nella regione parietale destra (P4) e nella regione occipitale destra (O3) nei DPD, mentre erano prevalentemente segnalate nella regione frontale (Fz) nel gruppo di controllo. È interessante come nei DPD si attivino regioni maggiormente connesse all'emotività come la P4, coinvolta tra le sue funzioni anche nell'elaborazione corporea (consapevolezza del proprio corpo, percezione che gioca un ruolo fondamentale anche nella comprensione ed elaborazione dell'emozioni), e la O3, legata al riconoscimento dei volti umani ed all'elaborazione delle espressioni; laddove nel controllo vi è un'attivazione delle regioni frontali, maggiormente connesse a funzioni cognitive complesse (Yu et al., 2019). I risultati emersi sembrano sposarsi perfettamente con le descrizioni delle

²⁶ La N350 è evocata da compiti fonologici, ortografici e semantici (Spironelli & Agrilli, 2007; Spironelli & Agrilli, 2015).

personalità depressive riportate in letteratura. La profonda emotività e sensibilità che contraddistingue queste personalità le porta a sintonizzarsi intensamente sia con il proprio sentire che con quello altrui. Benché non trovino difficoltà a contattare il proprio dolore (tristezza, senso di colpa, vergogna, solitudine), affetto con cui abitualmente convivono, provano una forte conflitto interiore nell'esperire emozioni positive, che allontanano rapidamente. Ciò sembra essere in accordo con la grande attività riscontrata in P4 (intensa elaborazione delle emozioni), sia che si attivino positivamente per l'egosintonia provata rispetto agli affetti negativi, sia che si attivino negativamente per l'egodistonia esperita in presenza ad affetti positivi (McWilliams, 2011; Gabbard, 2014; Lingiardi & McWilliams, 2017). Inoltre, la capacità di questi individui di muoversi con disinvoltura fra le varie sfaccettature emotive gli offre la possibilità di entrare profondamente in empatia con l'altro, soprattutto quando si tratta di dolore (qui, il ruolo chiave è svolto dai processi identificativi, *ergo* dai neuroni specchio) (Gallese, Eagle & Migone, 2007; Diamond, 2008). I loro interesse verso l'espressione facciale dell'altro (attivazione in O3) non è volto solo ad offrire prontamente aiuto e comprensione (ad esempio, come avviene nell'altruismo riparativo), ma anche a valutare se sono in "pericolo" rispetto ad un possibile allontanamento e abbandono da parte del loro oggetto d'amore (Sé in preda al terrore di solitudine). La paura della perdita, unita alla loro sensibilità alla critica ed alla rabbia, porta queste personalità ad attuare frequenti "check", volti a verificare la presenza dell'amore altrui (McWilliams, 2011; Lingiardi & Gazzillo, 2014; Lingiardi & McWilliams, 2017). Tornando allo studio di Yu et al. (2019), un altro risultato ottenuto è quello comportamentali: sono stati riscontrati tempi di risposta più lunghi nella condizione DPD rispetto al controllo. Questo dato trova conferma in letteratura: studi mostrano come un lieve stato depressivo possa generare un deterioramento cognitivo equivalente, ad esempio, incapacità di concentrarsi su un compito (Chan et al., 2018; Yu et al., 2019).

Di seguito, per rendere la lettura più chiara, le riflessioni sugli studi neuroscientifici presenti in letteratura seguiranno un profilo che analizza prima i risultati riguardanti la struttura del sistema nervoso centrale e a seguire quelli relativi alla sua funzionalità. Gli studi sulla funzionalità sono raggruppati in base alle aree anatomiche su cui si focalizzano. Le strutture cerebrali sono esposte partendo dalle aree più esterne e corticali,

e man mano scendendo verso le aree più interne e profonde. In conclusione, verrà considerato il circuito della ricompensa.

2.5.2 Il genu (ginocchio), la Personalità Depressiva e il Disturbo Depressivo Persistente

Il corpo calloso è la regione commisurale primaria del cervello ed è costituito da fasci di materia bianca che collegano i due emisferi cerebrali (Goldstein et al., 2023). Quest'area è composta da quattro parti ossia, in ordine antero-posteriore, il rostro, il genu (frequentemente tradotto letteralmente con "ginocchio"), il corpo e lo splenio. Ogni sezione è deputata al collegamento di distinte aree della corteccia (Tanaka-Arakawa et al., 2015). Sebbene non siano ancora stati svolti studi accurati sulle funzioni esclusive del genu, si ritiene che abbia un ruolo fondamentale nel coadiuvare l'operato svolto dal corpo calloso. Quest'ultimo presenta come funzione primaria quella di integrazione di informazioni e comunicazione fra emisferi, consentendo di elaborare i segnali cognitivi, sensoriali e motori. Nello specifico, sono state riportate evidenze che suggeriscono il coinvolgimento delle fibre callose anteriori, nel trasferimento di informazioni motorie tra i lobi frontali, e delle fibre callose posteriori, nell'elaborazione di segnali somatosensoriali, uditivi e visivi (Tzourio-Mazoyer et al., 2016).

Studi sulla Struttura cerebrale

Negli anni, svariati studi neurocognitivi e di *neuroimaging* hanno fornito evidenze sul coinvolgimento del lobo frontale in adulti affetti da depressione (Coffey et al., 1993; Goodwin, 1997; MacFall et al., 2001; Volz et al., 1998). In particolare, è stata suggerita la presenza di asimmetrie interemisferiche frontali, sia strutturali che funzionali, nella popolazione con disturbi dello spettro depressivo (Lyo et al., 2022) e di alterazioni del corpo calloso (sia a livello dimensionale che morfologico), in modo più generalizzato, nei diversi disturbi psichiatrici, tra cui la schizofrenia (Downhill et al., 2000; Lewin et al., 1991), l'Alzheimer (Hempel et al., 1998; Lyo et al., 1997), il disturbo da deficit di attenzione ed iperattività (ADHD) (Lyo et al., 1996), e la dislessia (Filipek 1995; Hynd et al., 1995).

Partendo da questi presupposti, Lyoo et al. (2002) hanno ipotizzato, in presenza di disturbi dello spettro depressivo, la possibile atrofia dell'area del "genu" (porzione del corpo calloso) che, essendo attraversata dalle fibre frontali intraemisferiche, permette l'interconnessione fra le regioni frontali (Witelson, 1989). Lyoo et al. (2002) hanno riscontrato, avvalendosi delle tecniche di risonanza magnetica, esservi una minor superficie del genu (del 9,9% per lo 'spazio nativo'; e del 6,9% per lo 'spazio stereotassico'²⁷) nel campione con condizioni di DD, DPD o ambedue, rispetto al gruppo di controllo, suggerendo la presenza di un'anomalia del lobo frontale, strutturale e funzionale, in questa popolazione (de Lacoste et al., 1985; Witelson, 1989). Gli autori hanno sviluppato tre linee di ipotesi possibili che porterebbero a giustificare il risultato ottenuto. La prima ipotesi si ancora alle indicazioni di diminuzione volumetrica del lobo frontale (Steingard et al., 1996), di alterazione del metabolismo del lobo frontale (Steingard et al., 2000) e di iperintensità della materia bianca in bambini e adolescenti con depressione. Questa ipotesi potrebbero far dedurre che un volume frontale più piccolo, durante l'adolescenza, si sia tradotto in una porzione più piccola del corpo calloso in età adulta, rispetto al gruppo di controllo. La seconda ipotesi si riferisce a studi condotti sugli animali, che dimostrano come lo sviluppo del corpo calloso possa essere correlato alla qualità degli stimoli ambientali (Berrebi et al., 1988; Juraska e Kopicik, 1988). Parallelamente, gli ambienti infantili sfavorevoli, frequentemente riscontrati in coloro che sviluppano DPD, DD e DM (Levitan et al., 1998; Lizardi et al., 1995; Lyoo et al., 1998; Weiss et al., 1999), potrebbero aver contribuito ad un minor sviluppo del corpo calloso. Infine, come terza ipotesi, è stata supposta un'associazione di questo minor sviluppo con la ridotta lateralizzazione cerebrale, spesso riscontrata in soggetti depressi (Diego et al., 2001; Knott et al., 2001).

Un ridotto sviluppo dell'area del genu, quindi, può suggerire un minor numero di fibre interemisferiche o un minor grado di mielinizzazione²⁸ (Clarke e Zaidel, 1994),

²⁷ La denominazione spazio "nativo" fa riferimento al *frame* di coordinate dello scanner all'acquisizione dei dati; mentre lo spazio "stereotassico" fa riferimento ad un tipo di mappatura 3D che permette di rappresentare maggiormente in profondità l'area cerebrale di interesse nell'indagine attuata (Evans et al., 2012).

²⁸ Il corpo calloso è costituito da circa 200 milioni di fibre nervose altamente mielinizzate che formano connessione omotopiche o eterotopiche con i neuroni controlaterali dello stesso strato anatomico (Goldstein et al., 2023).

condizioni che potrebbero impedire una funzione interemisferica ottimale nei soggetti depressi (Diego et al., 2001; Knott et al., 2001).

Riflessioni ed interpretazioni dei risultati

Come detto in precedenza, supponendo che la funzione primaria del genu sia quella di integrazione di informazioni e comunicazione fra emisferi, permettendo così l'elaborazione di diversi segnati (cognitivi, sensoriali e motori) (Tzourio-Mazoyer et al., 2016), vediamo come la riduzione del volume del genu possa esser letta come una riduzione della funzionalità comunicativa interemisferica (Diego et al., 2001; Knott et al., 2001). Seguendo questo ragionamento potremmo supporre una non corretta integrazione delle informazioni a carico proprio del genu.

Senza che vi sia la pretesa di stabilire rigorosi nessi associativi ma con l'intento di portare ad una maggior riflessione dei nessi fra evidenze neuroscientifiche e teorizzazione dinamica, quanto appena affermato richiama la difficoltà, tipica delle personalità depressive, di comunicare ed integrare nuovi stimoli che possono contribuire a consolidare immagini mentali positive legate al "qui ed ora". Ciò agisce da contraltare al forte ancoraggio al passato come unico momento a cui può esser legata la felicità ('paradiso perduto') (Sandler & Joffe, 1965; Haynal, 1976; Gabbard, 2014). In queste personalità la comunicazione fra l'io-sono e l'io-posso è interrotta: la pietrificazione nell'io-sono è data dall'identificazione con "io sono il mio passato" e "io sono il mio dolore per aver perso ciò che appartiene al passato". La spirale nostalgica in cui sono intrappolate non permette la generazione di scenari futuri connotati da positività e felicità, ed ogni loro interesse, attività e desiderio è rivolto al "là ed allora" (Lambotte, 1993; Stanghellini & Mancini, 2018).

Possiamo ben riscontrare quanto in letteratura siano poco frequenti gli studi volti ad indagare anomalie strutturali in individui con distimia e a maggior ragione con personalità depressiva (come si vede in *Tabella 2*). Per questo motivo, è fondamentale motivare i professionisti a svolgere maggior ricerca in merito.

Tenendo conto della realtà emersa da questo studio, è comunque fondamentale sottolineare quanto il sistema nervoso centrale, grazie alla plasticità neurale, possa mettere in atto un processo auto-curativo' Una miglior comprensione di questo aspetto viene posta in essere dallo studio condotto da Bansal, Hellerstein & Peterson (2018).

Questi rilevano (con strumenti di risonanza magnetica), nei pazienti con distimia, un ispessimento bilaterale della corteccia soprattutto nelle aree del giro temporale (superiore e mediale), giro cingolato, lobulo parietale inferiore, giro sopra-marginale e giro pre e post-centrale, rispetto al gruppo di controllo. Inoltre, la gravità sintomatologica era inversamente correlata allo spessore della corteccia: vi era un maggior spessore della corteccia in presenza di sintomi meno gravi. Tenendo conto che la somministrazione di Duloxetina²⁹ (120 mg al giorno per 10 settimane) nel campione sperimentale porta ad assottigliamento della corteccia tendendo ai valori degli individui ‘sani’, gli autori hanno supposto che l’ipertrofia corticale, presentata dai pazienti distimici non trattati, rappresenti una risposta neuroplastica compensatoria alla patologia cronica volta ad attenuare la gravità della sintomatologia depressiva. L’introduzione dei farmaci avrebbe così ridotto la necessità di messa in atto di meccanismi compensatori.

Quanto riportato, pur tenendo conto delle modificazioni cerebrali potenzialmente innescate dall’assunzione di farmaci (Posner et al., 2013; Bansal et al., 2018) e dalle terapie “parlate” (DeRubeis, 2008; Kirsch, 2019), permette di non tralasciare l’importante ruolo cerebrale di auto-rigenerazione e riparazione naturale. Ciò è corroborato e supportato dall’accumularsi di evidenti prove di neuroplasticità e funzioni compensatorie cerebrali nelle malattie neuropsichiatriche (Kays, Hurley e Taber, 2012).

2.5.3 La corteccia prefrontale dorsolaterale (dlPFC) e il Disturbo Depressivo Persistente

Brodmann realizzò una prima descrizione topografica dell’area che oggi chiamiamo “prefrontale”. Egli, sulla base di criteri citoarchitettomici, denominò “frontale” (oggi “area prefrontale”) e “precentrale” le due regioni principali del lobo frontale.

La corteccia prefrontale è implicata nei processi emotivi, sociali, motivazionali, percettivi, attentivi, esecutivi, di *working memory*, etc... L’espressione “cognizione” viene usata, sempre più, come termine ombrello che racchiude un vasto e variabile insieme di processi e funzioni deputate alla corteccia prefrontale (Carlén, 2017).

²⁹ La Duloxetina è un inibitore della ricaptazione della serotonina e della noradrenalina (Bansal Hellerstein & Peterson., 2018).

La corteccia prefrontale può esser suddivisa in corteccia dorsolaterale (dlPFC) e corteccia ventrolaterale (vlPFC). Mentre la dlPFC è maggiormente coinvolta nel monitoraggio e nella manipolazione delle informazioni, la vlPFC è volta al mantenimento (Curtis & D'Esposito, 2003; Wood & Grafman, 2003; Vilgis, Chen, Silk, Cunnington & Vance, 2014). Andando nello specifico della dlPFC, Grimm et al. (2008) hanno connesso la dlPFC sinistra al giudizio emotivo e la dlPFC destra all'anticipazione o all'attenzione per gli stimoli emotivi.

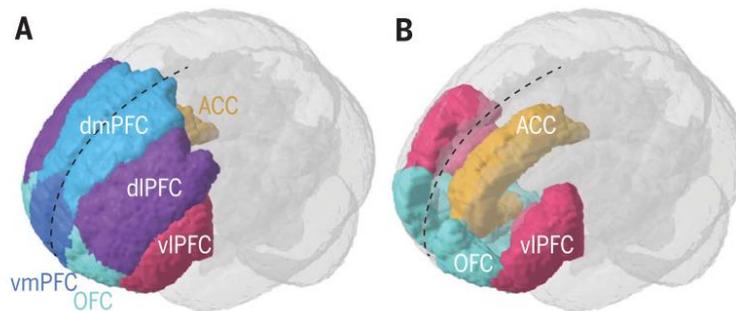


Figura 2: Rappresentazioni frontale (inclinata verso sinistra) dell'encefalo, la quale permette di comprendere il posizionamento delle seguenti aree: corteccia prefrontale dorsomediale (dmPFC); corteccia prefrontale dorsolaterale (dlPFC); corteccia prefrontale ventrolaterale (vmPFC); corteccia prefrontale ventromediale (vmPFC); corteccia orbitofrontale (OFC); e corteccia cingolata anteriore (ACC) (Figura tratta da Carlén, 2017).

Studi sulla funzionalità cerebrale

Ravindran et al. (2009) evidenziano una riduzione dell'attivazione della dlPFC nel campione con DD: a livello della porzione destra con stimoli positivi ed a livello di quella sinistra nel confronto tra stimoli negativi e positivi. Questo risultato di ipoattivazione emerge anche nello studio di Vilgis et al. del 2014 (studio non incluso nella *systematic review* poiché condotto su adolescenti).

Riflessioni e interpretazione dei risultati

Gli autori dello studio del 2009, precedentemente citato, ritengono che la ridotta attività rinvenuta a livello della dlPFC possa esser legata alla riduzione del volume di materia grigia riscontrato in questa regione in persone con disturbi dello spettro depressivo (Davidson et al., 2002; Ravindran et al., 2009). Mentre l'ipoattività di questa porzione

anatomica nella sua parte sinistra è ritenuta esser un substrato comune ai disturbi depressivi, la riduzione dell'attività nella dlPFC destra, elicitata da stimoli positivi, può indicare un *bias* emotivo negativo nei confronti proprio di stimoli positivi (Akiskal & Cassano, 1997; Ravindran et al., 2009). Concentrandoci sulla porzione destra, la sua ipoattivazione sembrerebbe suggerirci una minor attenzione agli stimoli positivi. I risultati di questo studio ben si sposano con quanto presenta la letteratura in merito ai disturbi dello spettro depressivo ed alla distimia in particolare. Le persone caratterizzate da affetti depressivi sono molto sensibili alla critica, alla rabbia e all'abbandono da parte dell'altro. Il presentificarsi di queste dinamiche è un eco dell'oggetto abbandonico che, in qualche modo, le ha trascurate, ferite e dimenticate, per errore. La loro onnipotente convinzione di esser stati la causa di questo dolore, e per estensione di tutti i “mali del mondo” (Sé colpevolizzante), li porta a scrutare attentamente ogni episodio negativo che si presentifica nel presente e che va a rafforzare la loro credenza di non meritare la felicità (Sé iper-moralizzante e sottratto alle gratificazioni). Queste persone sembrano vivere la loro esistenza solo per appurare che la conclusione della loro storia non può essere riscritta, essendo già definita all'insegna della negatività e del dolore (Haynal, 1976; Gabbard, 2014; Stanghellini & Mancini, 2018). Dall'altro lato, ogni stimolazione positiva proveniente dall'ambiente sembra essere un errore. Le persone che si collocano nell'ambito depressivo spesso hanno difficoltà a percepire di essere meritevoli di amore e gratificazione dagli altri. Così, anche se queste dimostrazioni di affetto vengono espresse, queste tendono a concentrarsi su quanto di buono e positivo non hanno pensato di poter fare nei confronti dell'altro. Del resto, non sarebbe possibile altrimenti: questi individui si sono identificati con le qualità negative ed abbandoniche dell'oggetto perduto introiettato (Freud, 1917; Rado, 1927; McWilliams, 2011; Lingiardi & McWilliams, 2017; Antoncicchi, 2021).

2.5.4. Il giro fusiforme e il Disturbo Depressivo Persistente

Il giro fusiforme (FG) è situato nella corteccia temporale ventrale (VTC), struttura chiave nell'elaborazione visiva come nella percezione dei volti (Kanwisher et al., 1997; Weiner & Zilles, 2016), nel riconoscimento di oggetti (Grill-Spector et al., 2001; Weiner

& Zilles, 2016) e nella lettura (Cohen et al., 2000; Wandell et al., 2012; Weiner & Zilles, 2016). Il FG è la più grande struttura anatomica collocata all'interno della corteccia visiva e presenta svariate funzioni apparentemente molto diverse (Weiner & Zilles, 2016). Recentemente, è stata proposta una suddivisione del giro fusiforme posteriore in due aree citoarchitettoniche distinte, FG1 e FG2 (Caspers et al., 2013; Caspers et al., 2014). La FG1 sembra esser coinvolta in un'ampia gamma di domini comportamentali, che comprendono l'elaborazione di stimoli visivi, le abilità visuo-spaziali, il riconoscimento e l'attenzione visiva. Inoltre, mentre la FG1 destra sembra esser maggiormente coinvolta nella percezione dei volti, la porzione sinistra è maggiormente impegnata nei compiti di calcolo e nella discriminazione fonologica. Dall'altra parte, la FG2 mostra una peculiare specificità legata alla lettura e alla discriminazione fonologica (Caspers et al., 2014).

Si ritiene che il giro fusiforme (anche detto "*Fusiform Face Area*", FFA), insieme al solco temporale superiore, sia coinvolto sia nel riconoscimento delle espressioni che nell'elaborazione dello sguardo. Questi formano il "sistema centrale" di elaborazione del volto, mentre per la comprensione delle espressioni viene ad esser implicato un sistema maggiormente esteso, con aree tipicamente coinvolte nelle emozioni, come l'amigdala, l'insula, etc... (Ward, 2015).

Un volto ha un'importanza largamente maggiore di un qualsiasi altro stimolo visivo dato che è uno stimolo sociale che veicola la presenza di un altro essere umano. Inoltre, il volto può esser visto come un enorme fucina da cui raccogliere informazioni in merito allo stato emotivo attuale, alle intenzioni, alle disposizioni, al comportamento che potrebbe esser messo in atto, etc... (Ward, 2015).

Studi sulla funzionalità cerebrale

Nello studio condotto da Ravindran et al. (2009) osserviamo una maggior attivazione del giro fusiforme destro nel campione con DD, in presenza di stimoli negativi.

Riflessioni e interpretazione dei risultati

L'aumento dell'attività riscontrato nel giro fusiforme (Ravindran et al., 2009), in presenza di stimoli negativi, potrebbe esser legato ad uno sforzo compiuto dagli individui in condizioni depressive nella comprensione dello stimolo o della situazione (principalmente in presenza di volti). Tenendo conto dell'iper-interesse per l'umano e

l'aspetto filiativo (Sé filiativo) tipico dello spettro depressivo, queste persone ricercano l'instaurazione di un legame affettivo positivo con altro (McWilliams, 2011; Lingiardi & Gazzillo, 2014). Per cui nel caso di espressioni facciali altrui rimandanti sentimenti di rabbia, rancore e disappunto, queste sentono la necessità di ricorrere tempestivamente ai ripari, evitando possibili conflitti o 'ferite narcisistiche'. Dall'altro lato, se la mimica facciale denota tristezza, coloro che presentano aspetti depressivi (in maggior modo chi va strutturando una personalità di questo tipo) tenderanno ad empatizzare con questa sofferenza ed a comprendere le ferite altrui (McWilliams, 2011). Hyde (2009) sottolinea come questa tendenza sia tipica anche degli psicoterapeuti, la maggior parte dei quali presenta tratti di personalità depressivi.

2.5.5 L'insula e il Disturbo Depressivo Persistente

L'insula è una piccola area sottostante i lobi temporali. Questa regione è connessa al tronco dell'encefalo con il quale condivide la sensazione del gusto; alla corteccia frontale, parietale e temporale legate al linguaggio; e posteriormente, alla corteccia entorinale e corpo amigdaloido con i quali partecipa alle risposte emotive (Hendelman, 2016). Difatti, questa struttura è coinvolta in diversi aspetti, compresa l'elaborazione emotiva e la percezione corporea (come la percezione del dolore e del disgusto) (Ward, 2015). Si considera che l'insula detenga il monitoraggio (probabilmente sia coscio che inconscio) degli stati corporei interni ('interocezione'). Le reazioni corporee sono caratteristiche intrinseche delle emozioni e contribuiscono a generare la sensazione o la percezione delle emozioni stesse (Craig, 2009; Singer et al., 2009; Ward, 2015).

Carr et al. (2003), basandosi sulle supposizioni di Iacoboni (2009) riguardo al coinvolgimento di altre regioni cerebrali in ausilio alla funzione di empatia del "*mirror system*" ("sistema specchio"), hanno indagato l'attivazione cerebrale (con fMRI) in risposta a espressioni facciali emotive (sia nella condizione di osservazione che di deliberata imitazione). È emersa una maggior attivazione delle aree coinvolte nelle emozioni, come l'amigdala e l'insula (Ward, 2015), suggerendo il coinvolgimento dell'insula nel *mirror system* (ad esempio, vi è attività in questa regione sia quando siamo

disgustati che quando guardiamo l'espressione disgustata di altri) (Phillips et al., 1997; Ward, 2015). Sulla scia di questi studi Singer et al. (2004) hanno studiato l'empatia per il dolore analizzando la reazione cerebrale, sia in anticipazione che in osservazione, di una persona cara sottoposta a lieve scossa elettrica. Da questo test è stata rilevata una sovrapposizione tra le regioni attivate anticipando il dolore dell'altro e provando questo dolore in prima persona, tra le quali vi erano la corteccia cingolata anteriore e l'insula (Ward, 2015).

Studi sulla funzionalità cerebrale

L'insula, insieme all'amigdala, gioca un ruolo chiave nei disturbi depressivi (Etkin and Wager, 2007; Keedwell et al., 2005; Matthews et al., 2008; Paulus and Stein, 2006; Ravindran et al., 2009). In particolar modo, studi su MDD propongono una riduzione dell'attivazione di questa struttura (Kennedy et al., 2001; Ravindran et al., 2009). Contrariamente a quanto presenta la letteratura per la condizione di MDD, Ravindran et al. (2009) mostrano come, nella condizione DD rispetto al gruppo di controllo, vi sia una maggior attivazione dell'insula sinistra elicitata da stimoli positivi (questa condizione non viene riscontrata per gli stimoli negativi).

Riflessioni e interpretazione dei risultati

L'insula è in parte responsabile delle funzioni di regolazione emotiva. Per cui una spiegazione che può esser data, in presenza di una sua maggior attivazione, verte sul fatto che stimoli positivi e negativi, rispetto ai neutri, coerentemente elicitano un'attivazione maggiore, principalmente nei disturbi affettivi. Entrando nello specifico, è importante domandarsi perché vi sia un'attivazione maggiore in presenza di stimoli positivi rispetto a quelli negativi, rifacendosi anche al ruolo dell'insula nel *mirror system* e nella mentalizzazione del dolore proprio ed altrui. Riflettendo su quanto i disturbi dello spettro depressivo si ancorino agli affetti negativi e compatiscono l'altro (nell'accezione di "patire con"), verrebbe da supporre una maggiore attivazione dell'insula in presenza di stimoli negativi rispetto ad individui "sani" (Freud, 1917; McWilliams, 2011; Lingiardi & McWilliams, 2017). Nonostante ciò, una maggior attivazione, in presenza di stimoli

negativi piuttosto che positivi, potrebbe esser legata alla dissonanza emotiva scatenatasi dall'esperire affetti con questa connotazione. L'insula, deputata all'elaborazione delle emozioni ma anche al monitoraggio interno ('interocezione'), potrebbe aumentare la sua attività nell'estremo tentativo di placare la forza di sentimenti con cui non è abituata a comunicare (gioia, eccitazione, orgoglio). Quindi, potremo ipotizzare che l'iperattività rilevata in quest'area sia volta proprio al contrastare l'affettività emotiva positiva, mettendo in atto meccanismi difensivi (come la svalutazione del Sé o la repressione dell'affetto) che possono ristabilire il consueto umore (deflesso e depresso) (McWilliams, 2011; Gabbard, 2017; Lingiardi & McWilliams, 2017).

Ravindran et al. (2009) riflettono su come una maggior attivazione dell'insula (e non ipo-attivazione come in MDD) possa esser dovuta, da una parte, ad un'assuefazione dell'inibizione data dal decorso cronico della DD, e dall'altra, a sintomi specifici come l'irritabilità e la svogliatezza.

2.5.6 L'amigdala e il Disturbo Depressivo Persistente

L'amigdala è una piccola massa di materia grigia (Ward, 2015) localizzata nella porzione superiore e mediale del polo temporale sotto la corteccia. La sua struttura è composta da un complesso di nuclei solitamente tripartiti in gruppi: nuclei basolaterali, nuclei corticomediale e nucleo centrale. Nell'amigdala arrivano afferenze con svariate informazioni a partire da tutta la neocorteccia, il giro ippocampale e il giro cingolato, ai sistemi sensoriali che convergono proprio nei nuclei basolaterali dell'amigdala. Rispetto a questi ultimi, tutte le loro afferenze si intrecciano nell'amigdala dove è possibile integrare le varie informazioni sensoriali (Bear, Connors & Paradiso, 2016). Le vie di connessione principali dell'amigdala sono la stria terminale e la via amigdalofuga (Hendelman, 2016).

L'organizzazione e le connessioni del corpo amigdaloidale permettono di comprendere il ruolo nella regolazione emotiva: la componente emotiva delle risposte comportamentali o psichiche viene trasmessa dall'amigdala alla corteccia frontale, in cui viene ad esser elaborata la potenziale risposta decisionale (Hendelman, 2016). È possibile affermare che l'amigdala di tutte le strutture del sistema limbico è quella maggiormente

coinvolta nella generazione delle emozioni e, proiettando informazioni ad una moltitudine di aree, permette a queste di produrre a loro volta risposte emotive (Garrett, 2006). Inoltre, si ritiene che l'amigdala, come l'ippocampo (posizionato posteriormente all'amigdala), sia importante nella memoria, principalmente con ricordi a contenuto emotivo (Richardson, Strange & Dolan, 2004; Ward, 2015), e nella comprensione delle conseguenze (ricompensa o punizioni) rispetto ad uno stimolo (legame stimolo-risposta) (Ward, 2015). Vediamo un coinvolgimento dell'amigdala anche nel condizionamento alla paura (Phelps, 2006; Ward, 2015). In merito a ciò, osserviamo come lesioni nella regione dell'amigdala portino ad una compromissione della capacità di percepire la paura negli altri, ma non necessariamente ad una difficoltà in merito ad altre emozioni (Ward, 2015). Al di là degli stimoli negativi, come la paura e l'ansia (ruolo chiave dell'amigdala nell'esperire queste due emozioni e nell'elaborazione di stimoli avversi), numerosi studi mostrano come l'amigdala si attivi anche per le emozioni positive (Posner et al., 2013).

Studi sulla funzionalità cerebrale

Molti studi hanno riscontrato un'iperattivazione dell'amigdala in disturbi depressivi e d'ansia, sottolineando come in quelle condizione questa struttura incrementasse la sua funzione per cercare di elaborare e far fronte a stimoli avversi (Etkin & Wager, 2007; Matthews et al., 2008; Ravindran et al., 2009). Dai risultati emersi nello studio di Ravindran et al. (2009) possiamo osservare, nella condizione DD rispetto al controllo, un'iperattività dell'amigdala destra, sia dal confronto tra stimoli negativi e neutri sia da quello tra stimoli negativi e positivi. Lo studio condotto da Hooley et al. (2010) va a supportare quanto riscontrato da Ravindran et al. (2009): campione distimico presenta una maggior attivazione bilaterale dell'amigdala durante la presentazione di commenti negativi. Lo studio di Hooley et al. (2010) non è stato incluso nella *systematic review* poiché presentante un campione con alto tasso d'uso di antidepressivi.

In seguito, vedremo anche uno studio di Posner et al. (2013) in cui evidenzia, in un campione distimico, una forte correlazione fra la gravità sintomatologica depressiva e l'intensità delle connessioni tra la corteccia cingolata posteriore e l'amigdala.

Infine, a livello non funzionale ma strutturale, lo studio di van Elst, Woermann, Lemieux & Trimble (2000) ha evidenziato come in pazienti distimici (se pur presentanti un'epilessia del lobo temporale) vi sia un'ipertrofia dell'amigdala. Sono necessari

ulteriori studi che indaghino la possibile correlazione fra il volume dell'amigdala e la psicopatologia in questione, in assenza di variabili possibilmente interferenti come la presenza di epilessia.

Riflessioni e interpretazione dei risultati

L'aumento di attività dell'amigdala a fronte di stimoli negativi, rinvenuto da Ravindran et al. (2009) nelle persone distimiche e nello spettro depressivo (in un'ottica di più ampio respiro), può essere spiegato attraverso l'integrazione delle motivazioni psicodinamiche proposte precedentemente per le altre aree cerebrali, in relazione alle diverse funzioni dell'amigdala alle quali ci stiamo riferendo. Nello specifico, in primo luogo, rispetto al suo ruolo nella generazione delle emozioni, le osservazioni concordano con quanto detto per l'insula. Le persone con affetti depressivi mostrano un'iperattivazione sia per elaborare le emozioni degli altri (oltre alle proprie), sia per generare altrettante emozioni (essendo molto empatici). Questa attivazione si presenta sotto stimolo negativo-rabbia per la paura dell'aggressività e della perdita dell'altro (Sé in preda al terrore di solitudine) e con stimolo-tristezza per il modo in cui il proprio dolore risuona con quello altrui (McWilliams, 2011; Gabbard, 2017; Lingiardi & McWilliams, 2017). In secondo luogo, rispetto alla funzione che l'amigdala riveste nella memoria e nell'immagazzinamento di ricordi a contenuto emotivo, le riflessioni dinamiche sono in linea con quanto affermato per il genu: vi è un'attenzione particolare per gli eventi e gli affetti negativi e, di conseguenza, si verifica un immagazzinamento mnestico preferenziale per questi, a discapito di quelli positivi (Sandler & Joffe, 1965; Haynal, 1976; Lambotte, 1993; Gabbard, 2014; Stanghellini & Mancini, 2018). In terzo luogo, in relazione al ruolo giocato dall'amigdala nel condizionamento alla paura, si possono ipotizzare motivazioni consonanti a quanto visto per il giro fusiforme ed per la dlPFC. Lo spettro depressivo è caratterizzato proprio dal continuo rinforzo dell'attenzione volta agli stimoli negativi e da una grande attivazione dinnanzi ad espressioni facciali avverse per paura della manifestazione di rabbia (McWilliams, 2011; Gabbard, 2014; Lingiardi & McWilliams, 2017).

2.5.7 La corteccia cingolata e il Disturbo Depressivo Persistente

La corteccia cingolata è una regione cerebrale situata nella parete mediale di ciascun emisfero, adiacente al corpo calloso. Brodmann ha suddiviso questa regione in due aree: la precingolata, oggi denominata ‘corteccia cingolata anteriore’ (ACC), e la postcingolata, ergo ‘corteccia cingolata posteriore’ (PCC) (Palomero-Gallagher, Vogt & Schleicher, 2009; Stevens, Hurley & Taber, 2011). L’ACC è stata partizionata ulteriormente in rostrale (o ventrale) e caudale (o dorsale, anche detta ‘corteccia cingolata mediale’, MCC) (Etkin, Egner, & Kalisch, 2011; Stevens, Hurley & Taber, 2011). Ulteriori studi anatomici hanno supportato altri possibili frazionamenti come quello tra MCC anteriore (aMCC) e posteriore (pMCC), e quello tra regioni dell’ACC pregenuali (pACC) e subgenuali (sACC) (Palomero-Gallagher et al., 2009; Stevens et al., 2011). Per una miglior comprensione si rimanda alla *Figura 2* (Stevens et al., 2011).

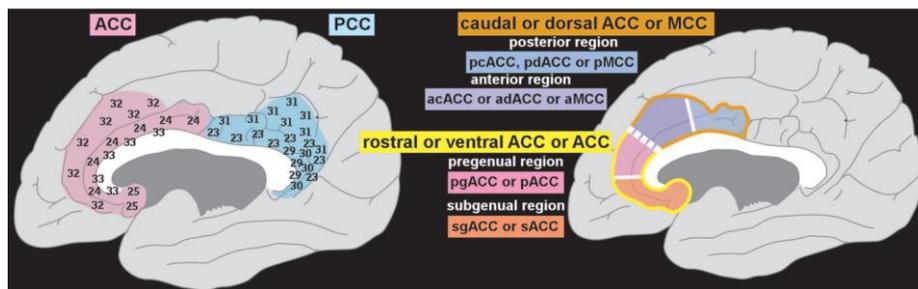


Figura 3: Rappresentazione della corteccia cingolata con partizionamenti (Figura tratta da Stevens, Hurley & Taber, 2011).

La ACC è stata differenziata dalla MCC dal momento che, presentando connessioni molto diverse, si può supporre siano deputate a differenti funzioni: mentre le afferenze della MCC innervano le aree corticali cognitive (come le aree prefrontali laterali), motorie (come le aree premotorie motorie primarie) ed i nuclei talamici (associati al dolore); quelle dell’ACC si estendono fino alle aree maggiormente deputate all’emotività (come l’amigdala), all’autonomia (come l’ipotalamo laterale), alla memoria (come l’ippocampo) ed alla ricompensa (come la corteccia orbitofrontale) (Vogt, 2005; Ghashghaei, Hilgetag & Barbas, 2007; Stevens et al., 2011).

L’ACC è ubicata in una posizione strategica poiché presenta connessioni che si diramano sia verso il sistema limbico (dimensione emotiva) che verso la corteccia prefrontale (dimensione cognitiva). Per questo motivo, si pensa che l’ACC rivesta un

ruolo fondamentale nell'integrazione dei circuiti neuronali volti alla regolazione affettiva (Stevens et al., 2011). Questa regione è coinvolta nella valutazione, nell'apprendimento e nella regolazione autonoma delle emozioni. Ben comprendiamo, dunque, come l'ACC possa assumere un ruolo di spicco nella comprensione della psicopatologia, principalmente se l'obiettivo primario del trattamento clinico è proprio la regolazione degli affetti (come la capacità di riconoscere e gestire le emozioni, principalmente negative dato che agiscono da *trigger* per la messa in atto di comportamenti di evitamento, come l'abuso di sostanze, le abbuffate ed il suicidio) (Stevens et al., 2011).

La PCC può essere differenziata dalla ACC rispetto all'architettura cellulare, alle interconnessioni ed alle funzioni. Mentre il funzionamento dell'ACC è stato definito "esecutivo", quello della PCC tenderebbe alla "valutazione" (Wingbermhühle, Theunissen, Verhoeven, Kessels & Egger, 2014).

La PCC è situata nella corteccia parietale mediale (Vogt et al., 2006; Leech & Smallwood, 2019). Studi sui primati non umani hanno registrato il reciproco collegamento tra PCC ed altre cortecce mediali posteriori, oltre che con strutture paralimbiche e limbiche (Parvizi et al., 2006; Leech & Smallwood, 2019). Ancora oggi la PCC è una fra le aree meno conosciute della corteccia e di cui viene a mancare una chiara comprensione della funzionalità. Nell'ultimo decennio molti studi hanno indagato il suo coinvolgimento nella cognizione ed in particolar modo la sua apparente tendenza a disattivarsi durante compiti di richiesta esterna (Leech & Smallwood, 2019). Inoltre, sembra esser anche coinvolta nella memoria, nell'elaborazione delle emozioni (Wingbermhühle et al., 2014) e nel giudizio morale (Greene, Sommerville, Nystrom, Dardley & Cohen, 2001). Al di là delle incognite che ancora avvolgono la corteccia cingolata posteriore, certo è che questa presenta stretti legami con altre aree di integrazione con le quali forma la "*Default Mode Network*" (DMN, vedi *Paragrafo 2.5.7.1*) (Raichle et al., 2001; Leech & Smallwood, 2019), rete in cui la PCC stessa riveste un ruolo chiave (Posner et al., 2013).

Studi sulla funzionalità cerebrale

Ravindran et al. (2009) hanno condotto un'indagine per comprendere le differenze funzionali fra un campione con distimia (DD) ed un gruppo di controllo (CG). Confrontando le immagini ottenute, grazie alla risonanza magnetica funzionale (fMRI), in risposta a stimoli positivi piuttosto che neutri, si è evidenziata un'attività neurale significativamente maggiore nei DD rispetto al CG a livello della ACC di sinistra. Un'attività neurale incrementata rispetto al CG è stata riscontrata anche nella PCC sinistra al confronto di quanto elicitato in presenza di stimoli negativi piuttosto che neutri. Inoltre, sempre rispetto alla PCC in individui con DD, Posner et al. (2013) rilevano una forte correlazione fra la gravità sintomatologica depressiva e l'intensità delle connessioni funzionali tra PCC e amigdala.

Riflessioni e interpretazione dei risultati

Come precedentemente affermato, l'ACC riveste un ruolo di spicco nella regolazione emotiva. In aggiunta, alcuni studi hanno mostrato come questa si attivi elicitata da ricompense (Beckmann, Johansen-Berg & Rushworth, 2009; Grabenhorst & Rolls, 2011; Stevens et al., 2011). Di conseguenza, tenendo conto dei riscontri clinici tipici di condizioni distimiche, come una diminuzione della risposta e motivazione davanti a stimoli positivi (e ricompense), ci aspettavamo un'ipo-attivazione dell'ACC. Questa supposizione trova anche riscontro in svariati studi, i quali purtroppo non soddisfacenti i criteri di inclusione per la presente rassegna sistematica: studi condotti su depressione maggiore e raccolti nella metanalisi di Fitzgerald, Laird, Maller & Daskalakis (2008), nonché uno studio condotto su un campione distimico di bambini (Vilgis, Chen, Silk, Cunnigton & Vance, 2014). Una minor attività dell'ACC in risposta a stimoli positivi potrebbe esser correlata alle funzioni dalle aree con cui comunica, in particolare con le innervazioni che giungono all'ippocampo (implicato nella memoria) ed alla corteccia orbitofrontale (implicata nella risposta alla ricompensa). Come precedentemente affermato, le persone caratterizzate da affetti depressivi tendono ad attuare un minor immagazzinamento mnestico degli eventi con connotazione positiva (ancoraggio al passato) e una minor risposta alla ricompensa per la loro difficoltà ad entrare in contatto con le gratificazioni e la gioia (Sé sottratto alle gratificazioni) (Sandler & Joffe, 1965;

Haynal, 1976; Lambotte, 1993; Gabbard, 2014; Stanghellini & Mancini, 2018; Lingiardi & McWilliams, 2017). Contrariamente a quanto ipotizzato e riscontrato nei precedenti studi, Ravindran et al. (2009), rilevano un incremento dell'attività di quest'area, elicitato da stimoli positivi. Spostando l'attenzione sul ruolo chiave dell'ACC nel regolamento emotivo, potremmo leggere quanto riscontrato da quest'ultimi alla luce di una difficoltà (e quindi maggior attivazione) nelle persone distimiche a sperimentare affetti positivi (gioia, entusiasmo, felicità). La possibilità di provare emozioni positive, percepita come fattore stressante, contrasta con lo stato emotivo dominante (basso tono dell'umore, persistente tristezza e atteggiamento negativo), causando dissonanza cognitiva (conflitto interno) (Lingiardi & McWilliams, 2017). Questo rimanda a quanto riportato nello studio di Botvinick et al. (2004) dove l'ACC viene vista nella sua funzione di monitoraggio dei conflitti.

Possiamo ben comprendere quanto siano necessari ulteriori studi per far luce sul legame fra dati neuro-funzionali e riscontro clinico del disturbo distimico.

La PCC, invece, assume un ruolo sia nella memoria che nell'elaborazione delle emozioni (Wingbermhle et al., 2014). L'aumento di attività neurale di questa regione, in risposta a stimoli negativi, in pazienti distimici è quanto risultato dagli studi condotti da Ravindran et al. (2009). Questo dato rimanda alla tipica focalizzazione attentiva dei distimici, la quale è principalmente volta agli stimoli negativi. In merito a ciò, non si deve tralasciare che la PCC è anche coinvolta nella memoria: stimoli negativi potrebbero trovare un maggior spazio ed immaginazione mnestica, come già affermato (Sandler & Joffe, 1965; Gabbard, 2014; Stanghellini & Mancini, 2018). Dall'altra parte, focalizzandoci sul ruolo che la PCC assume nel giudizio morale, possiamo vedere questo dato come legato al tirannico Super-io (restrittivo auto-giudizio morale) tipico dello spettro depressivo, il quale potrebbe esser elicitato da uno stimolo negativo che porta la persona a domandarsi: "E' colpa mia?" (Sé colpevolizzante) (Campos, 2013; Antoncicchi, 2021; Galbussera, 2022).

2.5.7.1 Il Default Mode Network (DMN) e il Disturbo Depressivo Persistente

Il “*Default Mode Network*” (DMN) è una rete di regioni cerebrali (distribuite nella corteccia parietale, temporale e frontale) fortemente interconnesse fra loro (Smallwood et al., 2021). Durante lo stato di riposo questa rete si presenta maggiormente attiva, mentre la sua risposta diminuisce quando vi sono richieste cognitive impegnative (Raichle et al., 2001; Vilgis, et al., 2014). A livello di funzionalità, si ritiene che la DMN sia alla base del processo mentale dell’introspezione in cui la mente volge l’attenzione verso l’interno, allontanandosi da quanto richiamato da stimoli esterni (Raichle & Snyder, 2007; Posner et al., 2013). Un’eccessiva introspezione è presente durante la ruminazione³⁰ (Posner et al., 2013).

Studi sulla funzionalità cerebrale

Nei pazienti con MDD è stata evidenziata un’iperattivazione a riposo del DMN rispetto a individui “sani” (Johnson et al., 2009; Lemogne et al., 2009; Vilgis et al., 2011). Posner et al. (2013), sulla scia di questi studi, hanno ipotizzato di trovare un pattern simile negli individui con DD. Quanto supposto è stato riscontrato. Per avvalorare questo dato è importante sottolineare che più studi suggeriscono quanto un’anomalia nel funzionamento della DMN giochi un ruolo significativo nella fisiopatologia dei disturbi depressivi (Posner et al., 2013). Inoltre, gli ultimi autori citati hanno anche evidenziato una forte correlazione fra la gravità sintomatologica depressiva e l’intensità delle connessioni funzionali che legano PCC e amigdala (occupa un ruolo centrale nel processamento delle informazioni con valenza positiva e negativa). Infine, ricordiamo che una grande attivazione di questa rete può anche compromettere il passaggio ad una rete esecutiva durante compiti cognitivi ed attentivi (Vilgis et al., 2011).

È interessante fare un piccolo accenno sul fatto che il ruolo occupato dalla densità del recettore della serotonina, nella modulazione del funzionamento del DMN (Hahn et

³⁰ La ruminazione è considerata una modalità disadattiva di ‘*self-focused*’ (attenzione su di sé) che coinvolge il pensiero negativo ripetitivo (Aldao et al., 2010; Cohen et al., 2015). Durante l’attività ruminativa il pensiero è focalizzato passivamente sui sintomi di disagio e sulle possibili cause e conseguenze di questi (Cohen et al., 2015; Lask, Moyal & Henik, 2021). Dalle ricerche presenti in letteratura emerge come un’alta tendenza alla ruminazione sia correlata ad una scarsa regolazione affettiva (Aldao et al., 2010; Lask et al., 2021) e come la ruminazione sia un fattore centrale in psicopatologie come l’ansia e la depressione (Aldao et al., Cohen et al., 2015; Lask et al., 2021).

al., 2012; Posner et al., 2013), e dalla deplezione del triptofano (precursore della serotonina), nell'alterazione della connettività di questa rete (Kunisato et al., 2010), suggeriscono come la DMN possa rappresentare un importante sito di azione per gli antidepressivi serotoninergici (Posner et al., 2013). Posner et al. (2013), in concordanza a ciò, mostrano come l'assunzione di Duloxetina (per 10 settimane) da parte del campione con DD porti ad una normalizzazione della connettività del DMN.

Riflessioni e interpretazione dei risultati

Quanto risultato dagli studi di Posner et al. (2013), rispetto all'iperattività del DMN e al suo forte legame con l'amigdala, richiama quanto già presente in letteratura: l'iperattivazione del DMN è stata correlata all'autoriflessione e all'effetto negativo (Lemogne et al., 2011; Vilgis et al., 2011). Gli autori sottolineano come la connettività aumentata fra amigdala e PCC (e per estensione il DMN) probabilmente contribuisca allo sviluppo di sintomi depressivi più gravi, per il ruolo che la DMN riveste nell'introspezione ruminativa. Inoltre, suggeriscono come l'incremento di interazione fra le strutture appena citate possa portare la DMN ad attuare funzioni di elaborazione delle informazioni più sfumate, con tendenza verso una cognizione negativa.

Alla luce di quanto constatato possiamo ravvisare un filo rosso che lega un aumento funzionale della DMN ad una forte tendenza all'autoriflessione (con focalizzazione su affetti negativi), a cui conseguono ruminazione e persistente stato emotivo negativo. In relazione a ciò, è interessante ricordare come la presenza di un moderato disimpasto pulsionale in *Thanatos*, con qualche elemento di *Eros*, porti da un lato alla paralizzazione psichica con impossibilità di uscita dall'elica ruminativa (simbolo della presenza di *Thanatos*), legata all'esperire uno stato di *Hilflosigkeit* ed *helplessness*, e dall'altro lato all'attacco aggressivo, per mezzo del Super-io sadico e tirannico, scagliato contro il proprio Io per essersi identificato con l'oggetto abbandonico (simbolo della presenza di *Eros*). Questa spirale di denigrazione autoriflessiva è supportata e alimentata da meccanismi di difesa come la 'svalutazione del sé' e il 'rivolgersi contro il sé' (McWilliams, 2001; Mangini, 2015).

2.5.8 Il circuito della ricompensa, la Personalità Depressiva e il Disturbo Depressivo Persistente

La capacità di provare piacere è una caratteristica imprescindibile per lo sviluppo di benessere. L'assenza di questa condizione, anedonia (mancanza di piacere), o dall'altra parte la disforia (presenza di eccessivo dispiacere che porta a sviluppare uno stato emotivo caratterizzato da disagio, sfiducia e suscettibilità), possono portare allo sviluppo di disturbi affettivi. Le disregolazioni affettive possono essere comprese alla luce di anomalie dei circuiti mesocotilimbici, reti che mediano la sensazione di piacere (Berridge & Kringelbach, 2015).

Studi di neuroimaging, condotti negli ultimi decenni, mostrano come ricompense anche molto diverse (cibo, sesso, droga, musica, amici, etc...) possano attivare sistemi condivisi e sovrapposti, producendo simili attività cerebrali (Cacioppo et al., 2012; Veldhuizen et al., 2010; Vuust and Kringelbach; Berridge & Kringelbach, 2015). Il circuito della ricompensa comprende tantissime regioni, alcune delle quali sono lo striato ventrale, lo striato dorsale (nucleo caudato e putamen), la corteccia prefrontale, la corteccia anteriore, la corteccia insulare, l'ippocampo, l'ipotalamo, il talamo e l'amigdala.

Sono stati svolti svariati studi sui processi cerebrali legati al piacere, al fine di comprendere come strutturare trattamenti maggiormente efficaci per i disturbi affettivi (Berridge & Kringelbach, 2015).

Studi sulla funzionalità cerebrale

Le teorie predominanti hanno posto come fulcro dello spettro depressivo la capacità di provare piacere (ad esempio, Clark & Watson, 1991; Lewinsohn & Libet, 1971; Bowyer et al., 2019). Inoltre, si è presupposto che un'anomalia nel funzionamento del circuito della ricompensa possa presentarsi nelle depressioni persistenti e gravi (Bowyer et al., 2019). Sulla scia di queste teorizzazioni, Bowyer et al. (2019) hanno condotto uno studio relativo alla positività della ricompensa (*'reward positivity'*, RewP) con un campione presentante condizioni depressive persistenti (disturbo distimico e personalità depressiva). È stato evidenziato che l'intensità della RewP covariava negativamente con

la sintomatologia depressiva persistente, ma non con attuali episodi depressivi, suggerendo come l'attività RewP possa divenire un indice di discriminazione fra condizioni depressive differenti (una cronica, e l'altra più acuta e breve). Inoltre, si è osservata una riduzione della differenziazione di risposta tra lo stimolo guadagno e perdita, da parte del RewP in condizioni di DD o DPD.

Pizzagalli (2014) ha suggerito come ad una disregolazione dell'asse ipotalamo ipofisi surrene (*'Hypothalamic-Pituitary-Adrenal axis'*, HPA) consegua un'anomalia della regolazione della via dopaminergica mesolimbica, con un aumento di sintomi anedonici³¹. Dato che la modulazione funzionale RewP è connessa all'attivazione di quest'ultima via (Carlson, Foti, Mujica-Parodi, Harmon-Jones & Hajcak et al., 2011), una riduzione della attività del RewP (ergo, basso reattività alla ricompensa) può divenire un indice di sintomatologia depressiva (Bowyer et al., 2019)

Riflessioni e interpretazione dei risultati

Data l'ipoattivazione del circuito della ricompensa, mostrata da Bowyer et al. (2019), potremmo dedurre come a questa condizione possa conseguire una ridotta capacità di apprendimento della ricompensa (stimolo positivo). È molto affascinante anche quanto rilevato rispetto alla minor differenziazione tra stimolo di guadagno e di perdita (Bowyer et al., 2019).

Quanto riscontrato a livello del circuito della ricompensa può trovare un rispecchiamento, a livello clinico, con la tendenza a volgere l'attenzione verso stimoli negativi e la frequente valutazione al negativo di situazioni, emozioni ed eventi; in altre parole, queste persone non rispondono agli stimoli di ricompensa. Inoltre, vi è da dire che l'attenzione delle persone con affetti depressivi è volontariamente deviata dal contatto con gli affetti positivi (conseguenti, ad esempio, ad una gratificazione), proprio per non provare lo stato di dissonanza emotiva che questi generano. È plausibile che questi pattern

³¹ Anedonia significa perdita di piacere ed è un sintomo cardinale della depressione maggiore, se pur sia una caratteristica anche trasversale alle altre forme di psicopatologia (tra cui la schizofrenia, il disturbo da stress post-traumatico e il disturbo da uso di sostanze) (Bondy & Bogdan, 2022). Questa è stata associata ad una maggior gravità e comorbidità, oltre che ad una ridotta risposta al trattamento (Destoop, Morrens, Coppens & Dom, 2019; Bondy & Bogdan, 2022). L'anedonia riflette sia una minor ricerca della ricompensa che una ridotta reattività a stimoli positivi (Bondy & Bogdan, 2022).

di risposta, nel tempo, possano tradursi in una diminuzione della differenziazione tra perdita e guadagno e in una minor risposta a stimoli positivi (come la ricompensa ed il guadagno) (McWilliams, 2011; Lingardi & McWilliams, 2017).

2.6 Limiti e sviluppi futuri

L'attuale rassegna non è esente da limiti. In primo luogo, l'esiguo numero di studi disponibili in letteratura in merito alla Personalità Depressiva. Un esemplare indice di ciò è proprio la necessità di allargare il raggio di ricerca anche al Disturbo Depressivo Persistente, con tutte gli ostacoli e le ambiguità che questa scelta porta con sé. Sebbene il disturbo di personalità depressiva e quello depressivo persistente presentino molti aspetti comuni, dovrebbero comunque esser distinti a livello diagnostico almeno rispetto a quanto riportano finora le nosografiche manualistiche di DSM-5-TR (APA, 2022) e PDM-2 (Lingardi & McWilliams, 2017). Tuttavia, è da sottolineare come non tutti i professionisti siano in accordo con questa estrema frammentazione e specificità diagnostica. In secondo luogo, i campioni reclutati nei diversi studi erano composti perlopiù da donne. Sebbene la personalità depressiva caratterizzi maggiormente il genere femminile (McWilliams, 2011; Lingardi & McWilliams, 2017), è auspicabile estendere questi studi anche ad un consistente campione maschile, al fine di evitare che questa parte di popolazione rimanga in ombra. Inoltre, sempre in merito ai campioni analizzati, alcuni individui inclusi in questi presentavano una storia passata di depressione maggiore e di assunzione di psicofarmaci (se pur questi non fossero consumati durante la conduzione dello studio). Essendo consapevoli di come questi fattori possano essere variabili confondenti che producono una distorsione su quanto osservato, è desiderabile campionare una porzione di popolazione esente da ciò. In terzo luogo, tra i record individuati, con la presente rassegna qualitativa, predominano gli studi neuro-funzionali a discapito di quelli anatomo-morfologici. I limiti descritti aprono la visuale su interessanti studi futuri, sottolineando l'importanza di una maggior cura nella selezione di un esclusivo campione con Personalità Depressiva (in assenza, attuale e passata, di comorbidità con disturbi psichiatrici e medici, oltre che di assunzione di psicofarmaci) e nella progettazione di analisi riguardanti anche aspetti anatomici.

Complessivamente, i contributi emersi dalla rassegna sistematica qui riportata suggeriscono e sollecitano il ripristino di un'antica intesa comunicativa tra neuroscienze e psicoanalisi (psicologia dinamica, in senso lato), dato l'immenso patrimonio di scoperte scientifiche a cui questo movimento potrebbe portare. L'ampliamento del bacino delle conoscenze sulla personalità depressiva permetterà sicuramente di rispondere in modo più adeguato alla sofferenza specifica espressa da ciascuna persona.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Il presente elaborato di tesi si è posto l'obbiettivo di delineare lo stato dell'arte della Personalità Depressiva (secondo la definizione data dal PDM-2), apportando nuove riflessioni a quanto già disponibile in letteratura. L'auspicio preposto è quello di, da un lato, evidenziare quanto due ambiti apparentemente distanti come quello delle neuroscienze e della psicologia psicoanalitica-dinamica possano integrarsi e complementarsi e, dall'altro, di sottolineare l'estrema necessità di studi futuri a riguardo. Come la costruzione di un ponte richiede un'attenta pianificazione che tenga conto non solo della qualità e della quantità del materiale da utilizzare, affinché questo non crolli e riesca a poggiare sull'altra sponda, ma anche che quest'ultima sia pronta a sostenere il peso di questo collegamento; così, pazientemente, ci siamo dedicati ad approfondire le radici della Personalità Depressiva potessero insediarsi in entrambe le discipline, delle neuroscienze e della psicoanalisi. Il filone di pensiero che ci ha guidati nella produzione di questo elaborato ha iniziato la sua trama ripercorrendo alcuni autori psicoanalitici. Sono stati accuratamente riportati i pensieri e le riflessioni che, incanalati in tempi più moderni, in cui è stato posto un maggior interesse allo strutturarsi di disturbi di personalità piuttosto che solo alla controparte clinica, sono convertiti nella nozione di Disturbo di Personalità Depressiva. Dopo aver analizzato la fenomenologia delle personalità depressive nelle sue sfumature (i modelli relazionali, i molteplici Sé, gli affetti e le pulsioni, le difese, il transfert ed il controtransfert), siamo andati a ricercare se questo quadro di personalità avesse suscitato l'interesse delle discipline neuroscientifiche, in termini di studi neuro anatomici e funzionali. Nello specifico, attraverso una Rassegna Sistemica (*Systematic Review*), strutturata seguendo la versione aggiornata delle linee guida PRISMA (Page et al., 2021), è stata condotta una ricerca qualitativa volta a rintracciare studi neuroscientifici su questa personalità, compresi tra l'anno 2000 ed il 2023. Questa metodologia richiede l'uso di precise *key-words* di ricerca, unite a specifici operatori booleani, da inserire in *database*, quali PubMed e Scopus. Le parole usate in questione sono state “*Depressive Personality*” (e “*Dysthymic Disorder*” OR “*Persistent Depressive Disorder*”, per la seconda ricerca) AND “*Physiol**” OR “*Brain*” OR “*Neur**”. Purtroppo, a causa dello scarso numero di ricerche pervenute, si è reso necessario allargare l'indagine anche al Disturbo Depressivo Persistente, condizione che presenta

molti aspetti comuni alla personalità depressiva. Il numero totale di record identificati con la ricerca bibliografica effettuata è andato incontro ad una scrematura volta ad eliminare i duplicati e constatare la soddisfazione dei criteri di eleggibilità: dei 8897 articoli iniziali ne sono risultati idonei solo 4 (di cui solamente uno con un campione costituito esclusivamente da personalità depressive). A quest'ultimi articoli ne sono stati aggiunti altri 2, acquisiti dalla lettura delle bibliografie degli articoli selezionati e da ricerche manuali. Nel riepilogare quanto emerso dai risultati pervenuti dalla rassegna sistematica, intrecciandoli con aspetti teorici, considereremo le riflessioni psicodinamiche della condizione di Personalità Depressiva come interscambiabile con il Disturbo Depressivo Persistente. Questa scelta stilistica non è volta a creare confusione diagnostica ma solo a rendere quanto riportato maggiormente scorrevole. Difatti, gli aspetti teorici (con riferimento a quanto riportato nel PDM-2), a cui verrà fatto riferimento in questa sede, accomunano entrambe queste condizioni e, inoltre, tenendo conto della frequente presenza di comorbidità tra i due disturbi e della loro parziale sovrapposizione, si ipotizza che studi futuri potrebbero riscontrare nella personalità depressiva correlati neurali verosimilmente affini a quelli rinvenuti per il Disturbo Depressivo Persistente. Quest'ultimo punto spetterà alle ricerche future verificarlo.

Prima di compendiare quanto risultato dagli studi neuroscientifici, evidenziamo come sia emersa un'integrazione armoniosa fra le evidenze pervenute dalle ricerche menzionate e quanto presente in letteratura. Effettivamente, se pur in un solo caso le ipotesi formulate non trovassero riscontro nei dati ottenuti dallo studio, vi è stata comunque la possibilità di inserirli in un chiave di lettura coerente e solida rispetto a quanto teorizzato a livello clinico-dinamico. A seguire, presenteremo due nuclei tematici centrali, ossia l'affettività e le relazioni oggettuali intrattenute da personalità depressive, per ognuno dei quali saranno riportate le evidenze a supporto. La scelta di porre il focus attentivo su questi due aspetti deriva dal constatare che tutti gli studi analizzati ruotavano attorno e corroboravano questi due punti focali.

Il mondo emotivo delle personalità depressive si sviluppa intorno a tre sentimenti: la rabbia e l'aggressività, non rivolte all'esterno ma verso il proprio Sé; il senso di colpa, solitamente controbilanciato ingaggiandosi nelle più svariate attività filantropiche ('altruismo riparativo'); e il dolore e la tristezza, estremamente palpabili, inconsolabili e dilaganti (Gaylin, 1968; Haynal, 1976; McWilliams, 2011; Lingiard & McWilliams,

2017). Queste personalità sono molto ‘affamate emotivamente’. Hanno vissuto, nel passato, delle relazioni oggettuali primarie contrassegnate da una seduzione alla vita e alla felicità. In seguito ad un preciso evento (abbandono, lutto, tradimento, etc.), purtroppo, questa relazione ha cessato di essere caratterizzata da un amore incondizionato (‘paradiso perduto’). Ciò non può che portarle a vivere il passato come l’unico canovaccio felice ed il futuro all’insegna della negatività. L’unica speranza alla quale si aggrappano e che può farli “restare a galla”, se pur non possa portare ad un cambiamento dell’epilogo, dato che il destino per loro sarà sempre improntato alla negatività (condizione di ‘*helplessness*’, ovvero ‘sentimento di impotenza’ e di ‘essere senza speranza’), è l’instaurare delle ‘relazioni-bozzolo emotivo’. Con quest’ultimo termine si fa riferimento a relazioni in cui loro sono disposti a fare qualsiasi cosa per l’altro che, in cambio, gli rimanda un attaccamento sicuro e sincero (Sandler & Joffe, 1965; Lambotte, 1993; McWilliams, 2011; Stanghellini & Mancini, 2018). L’amore che è stato offerto a queste personalità nel ‘passato felice’ gli ha donato la capacità di entrare profondamente in contatto ed in sintonia con le emozioni altrui (McWilliams, 2011). In accordo a ciò, sono emersi studi neuroscientifici convalidanti sia l’estrema emotività di queste persone che una predilezione attentiva per gli stimoli negativi, a discapito di quelli positivi. Yu, Gu, Yao, Wang & Fu (2019) mostrano come in individui con Disturbo di Personalità Depressiva, rispetto al controllo, si attivino maggiormente regioni connesse all’emotività come la P4 (area che gioca un ruolo chiave nella comprensione ed elaborazione delle emozioni): la profonda empatia e capacità di muoversi tra le emozioni, proprie ed altrui, conferisce a queste personalità la possibilità sentire intensamente sia gli affetti positivi (egodistonici) che quelli negativi (egosintonici). Invece, l’aumento di funzionalità nella porzione O3 può legarsi non solo all’aspetto filiativo (Sé filiativo), ma anche ai continui controlli volti al verificare la benevolenza e l’amore altrui, per timore dell’abbandono. Inoltre, Lyoo et al. (2002) hanno riportato una diminuzione del volume del genu in un campione misto composto da persone con Disturbo Depressivo Persistente (PDD) e Disturbo di Personalità Depressiva (DPD) a confronto con il gruppo di controllo. Il genu è una porzione dedicata all’integrazione di informazioni e comunicazioni interemisferiche, che permette l’elaborazione di segnali cognitivi, sensitivi e motori. Una riduzione del suo volume anatomico può esser letta come una riduzione della sua funzionalità (Diego et al., 2001; Knott et al., 2001; Lyoo et al., 2002). Questa evidenza

sembra muoversi in parallelo con i riscontri comportamentali di queste personalità: l'unico momento felice è il passato ('paradiso perduto'), il quale viene vissuto con nostalgia, e di conseguenza è molto difficile acquisire stimoli, principalmente positivi, percepiti nel "qui ed ora". Ravindran et al. (2009) rintracciano proprio un'ipoattivazione nella corteccia prefrontale dorsolaterale destra (dlPFC destra), sezione implicata nei processi concernenti gli stimoli emotivi, quando elicitata da stimoli positivi. Questa ipoattivazione può essere segnale di un *bias* emotivo negativo nei confronti di stimoli positivi. Il Sé depressivo può prendere la connotazione di un tirannico Super-io che sottrae queste persone alla possibilità di provare gratificazioni, collaborando con il Sé colpevolizzante e il Sé iper-moralizzante che ricordano all'Io di non meritarsi amore e felicità (sentimenti che difatti generano dissonanza interiore). Ciò non potrebbe essere altrimenti dato che una parte dell'Io si è identificata con le qualità negativa dell'oggetto abbandonico. Il presente può esser vissuto come segnato esclusivamente dalla negatività, dato che la positività regna nel 'paradiso perduto'. Tornando alle evidenze empiriche mostrate da quest'ultimo studio, potremmo supporre che in presenza di stimoli positivi vi sia un'ipoattività funzionale cerebrale. Questa ipotesi, tuttavia, non è estendibile a tutte le aree, come quella della corteccia cingolata anteriore (ACC), tra le cui funzioni vi è il monitoraggio emotivo. Quest'ultimo dato sembra solo apparentemente contrastare con quanto appena detto. Difatti, si potrebbe avere una maggior attivazione dell'ACC proprio per la dissonanza emotiva ed il conflitto interno che si genera nelle personalità depressive, in presenza di questi input. Stimoli qualitativamente positivi contrastano con lo stato emotivo dominante in questi individui (persistente percezione di dolore psichico e tono dell'umore deflesso) (Ravindran et al., 2009). Dall'altro lato, come sopradetto, vediamo un'estrema sensibilità ed attenzione per gli stimoli negativi. Ravindran et al. (2006) hanno riscontrato un'iperattivazione, con stimoli negativi, della corteccia cingolata posteriore (PCC), la quale ha un ruolo fondamentale nell'immagazzinazione mnestica e nel *Default Mode Network* (circuito correlato all'autoriflessione ma anche all'affetto negativo) (Raichle et al., 2001; Lemogne et al., 2011; Vilgis et al., 2011; Posner et al., 2013; Leech & Smallwood, 2019). Ciò conseguirebbe una maggior fissazione e ricordo di esperienze, eventi ed affetti tinti di negatività piuttosto che di positività. Il protratto interesse per questo tipo di stimoli può tradursi, nel tempo, in una diminuzione della differenziazione tra perdita e guadagno, ergo in una minor risposta agli input positivi ('*Reward Positivity*'),

RewP). Quanto appena detto è stato dimostrato da Bowyer et al. (2019) analizzando il circuito della ricompensa in un campione misto presentante PDD e DPD.

Scendendo nel particolare delle relazioni oggettuali che queste personalità solitamente instaurano, vediamo come siano all'insegna della paura dell'abbandono e della nostalgia del passato (McWilliams, 2011). Dinanzi a qualsiasi forma di maltrattamento, rifiuto o abbandono, le personalità depressive ritengono di esser loro stesse gli artefici di queste conseguenze, essendo "non degne" di amore. Per questo motivo ricercano le cause degli eventi esterni negativi dentro di Sé (Blatt, 1974, 2004; McWilliams, 2011; Campos, 2013; Lingardi & Gazzillo, 2014). Uno studio di Ravindran et al. (2009) rileva proprio un aumento di funzionalità a livello della corteccia cingolata posteriore (PCC) in PDD. Focalizzandoci sul ruolo chiave che la PCC assume nel giudizio morale, possiamo vedere questo dato empirico come associato allo sviluppo di un Super-io tirannico (restrittivo auto-giudizio morale), tipico dello spettro depressivo. Così, quest'istanza superegoica, elicitata da stimolazione negativa, porta subito il soggetto a domandarsi: "E' colpa mia?". Questo risultato è in accordo con quanto mostrato da Posner et al. (2013) nel loro studio. Quest'ultimi rinvennero un'iperattività, a riposo, del *Default mode Network* (DMN) in campioni con PDD, al contrario del gruppo di controllo dove il DMN era ipoattivato. L'aumento di funzionalità del DMN, rete alla base dei processi introspettivi, può portare ad una forte tendenza all'autoriflessione (con focalizzazione su affetti negativi) alla quale conseguono la ruminazione ed un persistente stato emotivo negativo. La circolarità dell'introspezione negativa sembra pietrificare ed intrappolare queste persone che non possono che esperire uno stato di *helplessness* ('essere senza aiuto') ed un ritorno allo stato di *Hilflosigkeit* (impotenza primaria, letteralmente 'essere senza aiuto'). Questa spirale di autorimproveri ed autocritiche è alimentata da meccanismi difensivi come la svalutazione del Sé ed il volgersi contro il Sé. Nello studio di Ravindran et al. (2009) risulta esservi una maggior attivazione dell'amigdala nella condizione PDD rispetto al controllo. L'amigdala di tutte le strutture del sistema limbico è quella maggiormente coinvolta nella generazione delle emozioni e nella comprensione delle conseguenze (ricompense o punizione) rispetto ad un input iniziale (legame stimolo-risposta) (Richardson, Strange & Dolan, 2004; Garrett, 2006; Ward, 2015). Inoltre, questa struttura è coinvolta anche nel condizionamento alla paura (Phelps, 2006; Ward, 2015). Per cui un aumento di attività in quest'area può esser associato alla sensibilità alla paura

ed alla rabbia altrui, tipicamente presente nelle personalità depressive. Davanti ad uno stimolo connotato negativamente, immaginando subito lo sviluppo dei peggiori scenari conflittuali temuti (estrema sensibilità alla rabbia ed alla critica), si riscontrerebbe un'iperattivazione dell'amigdala. Risultati concordi a questa riflessione, sono quelli che emergono in questo stesso studio in merito al giro fusiforme (ruolo chiave nel riconoscimento dei volti): un aumento di attività, in quest'area, in presenza di stimoli negativi (Ravindran et al., 2009). Quest'ultimo dato, nel caso di stimoli-tristezza piuttosto che stimoli-rabbia (come precedentemente riferito, sono connessi al terrore dell'aggressività dell'altro), potrebbe esser connesso alla grande empatia che caratterizza le personalità depressive: capacità di sintonizzarsi ed esperire il dolore e la tristezza altrui (McWilliams, 2011). In linea rispetto a quanto appena detto, la grande attenzione per l'umano e l'aspetto filiativo, tipico di queste personalità, viene nuovamente sottolineato nello studio di Xie, Jiang & Zhang del 2017. Qui sono proprio strettamente le personalità depressive a mostrare una maggior attività nell'area O3, porzione cerebrale legata al riconoscimento dei volti umani ed all'elaborazione delle espressioni. Tuttavia, l'iperattivazione di questa porzione non è solamente legata agli aspetti filiativi e di profonda connessione con gli altri, ma anche, nel caso di espressioni facciali rancorose, ai continui controlli attuati per verificare la presenza di benevolenza e l'amore nell'altro. Questi "check" vengono reiterati per timore dell'abbandono e della rabbia altrui.

Tenendo conto di quanto riportato finora, è interessante portare l'attenzione sullo straordinario risultato pervenuto dallo studio condotta da Bansal, Hellerstein & Peterson (2018). Grazie a strumenti di risonanza magnetica si è potuto osservare un ispessimento bilaterale corticale a livello del giro temporale (superiore e mediale), giro cingolato, lobulo parietale inferiore, giro sopra-marginale e giro pre e post-centrale, nel campione con PDD rispetto al controllo. Inoltre, vi è da evidenziare che la gravità sintomatologica era inversamente correlata allo spessore corticale. È straordinario constatare come possano esser possibili, anche in età adulta (per prove di neuroplasticità e funzioni compensatorie vedere Kays, Hurley e Taber, 2012), modificazioni cerebrali di assottigliamento corticale potenzialmente innescate dall'assunzione di farmaci (Posner et al., 2013; Bansal et al., 2018) o, ancor meglio, dalle terapie "parlate" (DeRubeis, 2008; Kirsch, 2019). Il nostro sistema nervoso centrale sembra presentare tutte le risorse per ammalarsi ma anche per auto-rigenerarsi e ripararsi.

Concludendo, questo elaborato mostra come sia possibile avvalersi della prospettiva dell'embodiment, riunificante mente e corpo, e come tale approccio possa offrirci una chiave comunicativa, generativa e nutriente, fra psicoanalisi e neuroscienze. Inoltre, le riflessioni emerse dall'integrazione di queste due discipline sottolineano l'importanza di ampliare ed approfondire il modello psicomodinamico attuale (fondato principalmente sugli approcci di David Shapiro, Otto Kernberg e Nancy McWilliams) proposto dal PDM-2.

BIBLIOGRAFIA

- Abraham, K. (1912). *Ansätze zur psychoanalytischen Erforschung und Behandlung des manisch-depressiven Irreseins und verwandter Zustände*, in “Zentbl. Psychoanal.”, vol. 2, 6, pp. 302-15 (Tr. It. *Note per l'indagine e il trattamento psicoanalitici della follia maniaco-depressiva e di stati affini*, in *Opere*, cit., vol. I, pp. 241-57).
- Abraham, K. (1924). *Versuch einer Entwicklungsgeschichte der Libido auf Grund der Psychoanalyse seelischer Störungen*, in “Neue Arbeiten zur ärztlichen Psychoanalyse”, 11, Intern. Psychoanal. Verlag, Leipzig, Wien und Zürich, pp. 1-96 (Tr. It. *Tentativo di una storia evolutiva della libido sulla base della psicoanalisi dei disturbi psichici*, in *Opere*, cit., vol. I, pp. 286-354)
- Abraham, N., & Torok, M. (1972). *Introjecter-incorporer. Deuil ou mélancolie*. *Nouv. Rev. Psychanal.*, 6, pp. 111-122.
- American Psychiatric Association (APA) (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Third Edition, DSM-III*. Arlington, VA: American Psychiatric Press Inc (Tr. It. *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali - Terza Edizione, DSM-III*. Masson, Milano, 1983)
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Third Edition, DSM-IV*. Arlington, VA: American Psychiatric Press Inc (Tr. It. *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali - Quarta Edizione, DSM-IV*. Masson, Milano, 1995)
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth Edition, DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Press Inc (Tr. It. *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali - Quinta Edizione, DSM-5*. Raffaello Cortina, Milano, 2014)
- American Psychiatric Association (APA) (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth Edition, Text Revision, DSM-5-TR*. Arlington, VA: American

Psychiatric Press Inc (Tr. It. *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali - Quinta Edizione, Text Revision, DSM-5-TR*. Raffaello Cortina, Milano, 2023)

Antoncecchi, M. (2021). Note sull'influenza dell'oggetto invasivo in un paziente melanconico. *La Rivista di psicoanalisi*, 67(3), 531-546. Doi: 10.26364/RPSA20210670531

Anzieu, D. (1985). *Le Moi-peau*. Parigi: Bordas Editions (Tr. It. *L'Io pelle*. Borla, Roma, 1987).

Arieti, S. (1962). The psychotherapeutic approach to depression. *American Journal of Psychotherapy*, 16, 397-406. Doi: 10.1176/appi.psychotherapy.1962.16.3.397

Arieti, S. (1977). Psychotherapy of severe depression. *The American Journal of Psychiatry*, 134(8), 864-8. Doi: 10.1176/ajp.134.8.864

Arieti, S., & Bemporad, J. R. (1980). The psychological organization of depression. *The American Journal of Psychiatry*, 137(11), 1360-1365. Doi: 10.1176/ajp.137.11.1360

Bar Emet, S. (2022) Good Breast, Bad Breast: Integrating Psychoanalytic Theory with Maternal Practice, *Psychoanalytic Perspectives*, 19(2), 212-229. Doi: 10.1080/1551806X.2022.2048615

Bear, M. F., Connors, B. W., Paradiso, M. A., Agrilli, A., Casco, C., Maravita, A., & et al. (2016). *Neuroscienze. Esplorando il cervello*. Milano: Endra

Bemporad, J. R. (1973). *New views on the psychodynamics of depressive character*. In S. Arieti (ed.), *World biennial of psychiatry* (pp. 219-243). New York, NY: Basic Books.

Berliner, B. (1966). Psychodynamics of depressive character. *Psychoanalytic Forum*, 1, 244-251

Berridge, K. C., & Kringelbach, M. L. (2015). Pleasure system in the brain. *Neuron*, 86(3), 646-664. Doi: 10.1016/j.neuron.2015.02.018

- Bibring, E. (1953). *The Mechanism of Depression*, in Greenacre, P. (a cura di), *Affective Disorders*, Intern. Univ. Press, New York, pp. 13-48 (Tr. It. *Il meccanismo della depressione*, in Gaylin, W., *Il significato della disperazione*, Astrolabio, Roma 1973, pp. 122-41)
- Bion, W. (1962). *Learning from Experience*. Londra: Routledge (Tr. It. *Apprendere dall'esperienza*. Armando, Roma, 1988)
- Birk, J. F. (1994). "Fated boy": Karpman's drama triangle and Melville's Billy Budd. *Lit Med.*, 13(2), 274-83. Doi: 10.1353/lm.2010.0025
- Blatt, S. J. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 29, 107-157. Doi: <https://doi.org/10.1080/00797308.1974.11822616>
- Blatt, S. J. (1990). *Interpersonal relatedness and self-definition: Two primary configurations and their implications for psychopathology and psychotherapy*. In J. L. Singer (ed.), *Repression and dissociation: Implications for personality theory, psychopathology, and health* (pp. 299-335). Chicago, IL: University of Chicago Press
- Blatt, S. J. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, research and clinical perspectives*. Washington, DC: American Psychological Association
- Blatt, S. J. (2008). *Polarities of experience: Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process*. Washington, DC: American Psychological Association Press
- Blatt, S. J. & Shahar, G. (2004). Psychoanalysis—with whom, for what, and how? comparisons with psychotherapy. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 52(2), 393–447. Doi: 10.1177/00030651040520020401

- Blatt, S. J., & Shichman, S. (1983). Two primary configurations of psychopathology. *Psychoanalysis & Contemporary Thought*, 6(2), 187-254
- Blatt, S. J., & Zuroff, D. C. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review*, 12(5), 527-562. Doi: 10.1016/0272-7358(92)90070-O
- Bollas, C. (1987). *The Shadow of the Object: Psychoanalysis of the Unthought Known*. Londra: Free Association Books (Tr. It. *L'ombra dell'oggetto. Psicoanalisi del conosciuto non pensato*. Borla, Roma, 2014)
- Bolognini S. (A cura) (2016). *Il sogno cento anni dopo*. Milano: Mimesis
- Bonaminio, V. (2019). “La capacità di essere solo”. Considerazioni sull’articolo di Winnicott del 1958. *Rivista di psicoanalisi*, 2(65), 409-419. Doi: 10.26364/RPSA20190650409
- Bondy, E., & Bogdan, R. (2022). Understanding Anhedonia from a Genomic Perspective. *Current topics in behavioral neurosciences*, 58, 61–79. Doi: https://doi.org/10.1007/7854_2021_293
- Botella, C. & S. (2001). Tr. It. *La raffigurabilità psichica*, Borla, Roma, 2004.
- Breuer, J., & Freud, S. (1895). *Studien über Hysterie* (Tr. It. *Studi sull'Isteria*. Bollati Boringhieri, Torino, 1977)
- Breuer, J., & Freud, S. (1895). *Studien über Hysterie* (Tr. It. *Studi sull'Isteria*. Bollati Boringhieri, Torino, 1977)
- Bruschi, R. (A cura) (2006). *L'arte di essere depressi. Figure della depressione nella musica, nella letteratura, nelle arti figurative*. Firenze: Edizioni ETS

- Busch, F. (2021). Self-criticism as an unconscious lifeline. *Scandinavian Psychoanalytic Review*, 44, 20–26. Doi: <https://doi.org/10.1080/01062301.2022.2040186>
- Campos, R. C. (2013). Conceptualization and preliminary validation of a depressive personality concept. *Psychoanalytic Psychology*, 30(4), 601–620. Doi: <https://doi.org/10.1037/a0033961>
- Carlén M. (2017). What constitutes the prefrontal cortex?. *Science*, 358(6362), 478–482. Doi: <https://doi.org/10.1126/science.aan8868>
- Caspers, J., Zilles, K., Amunts, K., Laird, A. R., Fox, P. T., & Eickhoff S. B. (2014). Functional characterization and differential coactivation patterns of two cytoarchitectonic visual areas on the human posterior fusiform gyrus. *Hum Brain Mapp*, 35(6), 2754-2767. Doi: 10.1002/hbm.22364
- Chen, Y. T., Huprich, S. K. & Hsiao, W. C. (2011). Affect regulation and Depressive Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 25(6), 755-64. Doi: 10.1521/pedi.2011.25.6.755.
- Chervet, B. (2021). The traumatic and the work of the *après-coup* in Freud's *opus*. *The International Journal of Psychoanalysis*, 102(4), 765–777. Doi: <https://doi.org/10.1080/00207578.2021.1944485>
- Chodoff, P. (1972). The depressive personality: A critical review. *Archives of General Psychiatry*, 27(5), 666-673. Doi: 10.1001/archpsyc.1972.01750290076014
- Cohen, M. B., Baker, G., Cohen, R. A., Fromm-Reichmann, F., & Weigert, E.V. (1954). An Intensive Study of Twelve Cases of Manic-depressive Psychosis. *Psychiatry*, 17(2), 103-138. Doi: 10.1080/00332747.1954.11022957.
- Da Rold, F. (2018). Defining embodied cognition: The problem of situatedness. *New Ideas in Psychology* 51, 9-14. doi: 10.1016/j.newideapsych.2018.04.001

- DeRubeis, R. J., Siegle, G. J. & Hollon, S. D. (2008). Cognitive therapy versus medication for depression: treatment outcomes and neural mechanisms. *Nature Reviews Neuroscience*, 9(10), 788-96. Doi: 10.1038/nrn2345
- Diamond, D. (2008). Empathy and identification in Von Donnersmarck's *The Lives of Others*. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 56(3), 811-32. Doi: 10.1177/0003065108323590
- Espasa, F. P. (2003). *Dépression de vie, dépression de mort*. Toulouse (FR): Éditions érès (Tr. It. *Depressione di vita, depressione di morte*, Raffaello Cortina Editore, Milano)
- Evans, A. C., Janke, A. L., Collins, D. L., & Baillet, S. (2012). Brain templates and atlases. *NeuroImage*, 62(2), 911–922.
Doi: <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2012.01.024>
- Ferenczi, S. (1909). *Introjektion und Übertragung*, in “Jahrbuch psychoanal. und psychopath. Forsch.”, 1909, I, pp. 422-57 (Tr. It. *Introiezione e transfert*, in *Fondamenti di psicoanalisi*, Guaraldi, Rimini-Firenze, 1972-1975, 5 voll., vol. I, pp. 3-37)
- Ferenczi, S. (1933). *Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind*, in *Intern. Zeitschr. Psychoanal.*, XIX, pp. 5-15 (Tr. It. *Confusione delle lingue tra adulti e bambini*, in *Fondamenti di psicoanalisi*, cit., vol. III, pp. 415-27)
- Ferro, A. (2002). *Fattori di malattia, fattori di guarigione. Genesi della sofferenza e cura psicoanalitica*. Milano: Raffaello Cortina Editore
- Fichman, L., Koestner, R., Zuroff, D. C. & Gordon, L. (1999). Depressive Styles and the Regulation of Negative Affect: A Daily Experience Study. *Cognitive Therapy and Research*, 23(5), 483–495. Doi: <https://doi.org/10.1023/A:1018768320680>
- Freud S., Abraham, K. (1915). *Lettera a Karl Abraham del 4 maggio*. Lettera raccolta in *Briefe 1873-1939*, Fischer, Frankfurt (1969)

- Freud, A. (1936). *L'Io e i meccanismi di difesa*, in *Opere, Vol. 1: Scritti 1922-1943*, pp. 149-265. Torino: Boringhieri
- Freud, S. (1905). *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*. Vienna: Franz Deuticke Verlag (Tr. It. *Tre saggi sulla teoria sessuale*, A. Fogola, Torino, 1910)
- Freud, S. (1914). *Zur Einfuehrung des Narzissmus*. Vienna: Vero Verlag (Tr. It. *Introduzione al narcisismo*. Bollati Boringhieri, Torino, 1977)
- Freud, S. (1917). *Trauer und Melancholie*, in *Gesammelte Werke*, XII, pp. 3-12 (Tr. It. *Lutto e melanconia*, in *Opere*, vol. VIII, pp. 102-18)
- Freud, S. (1918). *Aus der Geschichte einer infantilen Neurose*, in *Gesammelte Werke*, XII, pp. 27-157 (Tr. It. *Dalla storia di una nevrosi infantile – Caso clinic dell'uomo dei lupi*, in *Opere*, vol. VII, pp. 487-593)
- Freud, S. (1920). *Jenseits des Lustprinzips* (Tr. It. *Al di là del Principio di Piacere*. Bollati Boringhieri, Torino, 2013)
- Freud, S. (1920). *Jenseits des Lustprinzips*. Vienna: Vero Verlag (Tr. It. *Al di là del principio del piacere*. Bollati Boringhieri, Torino, 1977)
- Freud, S. (1921). *Massenpsychologie und Ich-Analyse*, in *Gesammelte Werke*, XIII, pp. 71-161 (Tr. It. *Psicologia delle masse e analisi dell'Io*, in *Opere*, vol. IX, pp. 193-249)
- Freud, S. (1923). *Das Ich und das Es*, in *Gesammelte Werke*, XIII, pp. 237-289 (Tr. It. *L'Io e L'es*, in *Opere*, vol. IX, pp. 476-520, Boringhieri, 1976)
- Freud, S. (1938). *Compendio di psicoanalisi*. OSF, vol. 11. Torino: Bollati Boringhieri
- Freud, S. (1915). *Triebe und Triebchicksale*. Vienna: Franz Deuticke Verlag (Tr. It. *Pulsioni e loro destini*, *Opere*, vol. VIII, Boringhieri, Torino, 1976)

- Gabbard, G. O. (2014). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. Fifth Edition*. American Psychiatric Press (Tr. It. *Psichiatria Psicodinamica. Quinta edizione basata sul DSM-5*. Raffaello Cortina Editore, Azzate, 2015)
- Gabbard, G. O. (2017). *Long-Term Psychodynamic Psychotherapy. A Basic Text. Third Edition*, Washington: APA Publishing (Tr. It. *Introduzione alla psicoterapia psicodinamica. Terza Edizione*. Raffaello Cortina Editore, Azzate, 2018)
- Galbussera, M. (2022). *Il cannibale che è in noi. Ammalarsi e guarire da anoressia e bulimia*. Milano: FrancoAngeli
- Gallese, V., Eagle, M. N., & Migone, P. (2007). Intentional attunement: mirror neurons and the neural underpinnings of interpersonal relations. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 55(1), 131-76. Doi: 10.1177/00030651070550010601
- Garrett, B. (2006). *Cervello e comportamento*. Bologna: Zanichelli
- Gaylin, W. (1968). *The meaning of despair. Psychoanalytic contributions to the understanding of depression*. New York: Science House (Tr. It. *Il significato della disperazione. Contributi psicoanalitici alla comprensione della depressione*. Astrolabio-Ubaldini Editore, Roma, 1973)
- Gerhardt, J. (2022). Where is Dinah? Discussion of Dinah Mendes's "Where is My Mother?: Childhood Trauma and the Configuration of the Self". *Psychoanalytic Dialogues*, 32(3), 12-32. Doi: 10.1080/10481885.2022.2061162
- Glenberg, A. M. (2010). Embodiment as a unifying perspective for psychology. *Wires Cognitive Science*, 1(4), 586–596. Doi: 10.1002/wcs.55
- Goldstein, A., Covington, B. P., Mahabadi, N., & Mesfin, F. B. (2023). Neuroanatomy, Corpus Callosum. *StatPearls*. StatPearls Publishing

- Graves, R. (1955). *Greek Myths*. Londra: Penguin Books (Tr. It. *I miti greci*. Longanesi, Milano, 1963)
- Green, A (1983). *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. Parigi: Minuit (Tr. It. *Narcisismo di vita, narcisismo di morte*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2018)
- Green, A. (1990). *La folie privée: Psychanalyse des cas-limites*. Parigi: Gallimard (Tr. It. *Psicoanalisi degli stati limite. La follia privata*. Raffaello Cortina, Milano, 1991)
- Grinberg, L., Sor, D., & Tabak De Bianchedi, E. (1977). *New Introduction to the Work of Bion, Revised Edition*. Lanham (USA): Jason Aronson Inc. (Tr. It. *Introduzione al pensiero di Bion, Nuova Edizione*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1993)
- Haynal, A. (1976). *Le sens du désespoir. La problématique de la dépression dans la théorie psychanalytique*. Paris: Presses Universitaires de France (Tr. It. *Il senso della disperazione. La problematica della depressione nella teoria psicoanalitica*. Feltrinelli Editore, Milano, 1980)
- Hendelman, J. W. (2016). *Testo-atlante di neuroanatomia funzionale con considerazioni cliniche*. Milano: CEA
- Hennissen, V. C., Meganck, R., Van Nieuwenhove, K., Norman, U. A., Loeys, T. & Desmet, M. (2019). Therapists' responses toward dependent (anaclitic) and self-critical (introjective) depressed outpatients: a multilevel approach. *Psychotherapy* 56(2), 193–204. Doi: 10.1037/pst0000213
- Horney, K. (1950). *Neurosis and Human Growth. The Struggle Toward Self-Realization*. New York: W. W. Norton & Company (Tr. It. *Nevrosi e sviluppo della personalità*. Bompiani, Milano, 1953)
- Horwitz, A. V. & Wakefield, J. C. (2007). *The loss of sadness: How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. New York: Oxford University Press

- Huprich, S. K. (2003). Depressive personality and its relationship to depressed mood, interpersonal loss, negative parental perceptions, and perfectionism. *Journal of Affective Disorders, 191*(2), 73-9. Doi: 10.1097/01.NMD.0000050935.15349.44
- Huprich, S. K., Porcerelli, J. H., Binienda, J., Karana, D., & Kamoo, R. (2007). Parental representations, object relations and their relationship to Depressive Personality Disorder and Dysthymia. *Personality and Individual Differences, 43*(8), 2171–2181. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.06.030>
- Huprich, S. K., Porcerelli, J., Keaschuk, R., Binienda, J., & Engle, B. (2008). Depressive personality disorder, dysthymia, and their relationship to perfectionism. *Depression and Anxiety, 25*(3), 207-217. Doi: <https://doi.org/10.1002/da.20290>
- Huprich, S., Luchner, A., Roberts, C. & Pouliot, G. (2011). Understanding the association between depressive personality and hypersensitive (vulnerable) narcissism: Some preliminary findings. *Personality and Mental Health, 6*(1), 50-60. Doi: <https://doi.org/10.1002/pmh.176>
- Imbasciati A., & Mattana, G. (2015, Marzo). *Mente/Cervello: nel corpo*. Relazione presentata al Centro Milanese di Psicoanalisi, Milano. https://www.spiweb.it/wp-content/uploads/oldfiles/images/stories/Imbasciati_e_Mattana_CMP_2015.pdf
- Jung, C., G. (1928). *Die Beziehungen zwischen dem Ich und dem Unbewussten*. Zurigo: Rascher Verlag (Tr. It. *L'Io e l'Inconscio*, Boringhieri, Torino, 1967)
- Jung, C., G. (1976). *Die Archetypen und das kollektive Unbewusste*. Olten (CH): Walter-Verlag (Tr. It. *Gli archetipi e l'inconscio collettivo*, Boringhieri, Torino, 1980)
- Jung, C., G., & Kerényi, K. (1941). *Einführung in das Wesen der Mythologie*. Saint Paul (MN): Rascher & Co. (Tr. It. *Prolegomeni allo studio scientifico della mitologia*, Boringhieri, Torino, 1972)

- Kanwisher, N., McDermott, J., & Chun, M. M. (1997). The fusiform face area: a module in human extrastriate cortex specialized for face perception. *The Journal of neuroscience*, *17*(11), 4302–4311. Doi: <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.17-11-04302.1997>
- Kaplan, H. B. (1977). *Gender and depression, in Phenomenology and Treatment of Depression*. Edited by Fann WE, Karacan I, Pokorny AD, et al. New York: Spectrum
- Kerényi, K. (1966). Tr. It. *Nel labirinto*, Bollati, Torino, 1983
- Kern, H. (1981). *Through the Labyrinth: Designs and Meanings Over 5,000 Years*. Monaco: Prestel (Tr. It. *Labirinti: Forme e Inteperetazioni, 5000 anni di presenza di un archetipo*, Feltrinelli, Milano, 1981)
- Kernberg, O. F. (1970). A psychoanalytic classification of character pathology. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *18*(4), 800-822. Doi: 10.1177/000306517001800403
- Kernberg, O. F. (1988). Clinical dimensions of masochism. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *36*(4), 1005-1029. Doi: 10.1177/000306518803600407
- Kernberg. (2004). *Contemporary controversies in psychoanalytic theory, techniques, and their applications*. Londra: Yale University Press
- Kirsch, I. (2019). Placebo Effect in the Treatment of Depression and Anxiety. *Frontiers Psuchiatry*, *407*(10), 1-9. Doi: 10.3389/fpsyt.2019.00407
- Lacan, J. (1959-1960). *Le séminaire de Jacques Lacan. Livre VII. L'éthique de la psychanalyse*. Parigi: Seuil (Tr. It. *Il seminario. Libro VII. L'etica della psicoanalisi*. Einaudi, Torino, 1959-1960)

- Lambotte, M. C. (1993). *Le discours mélancolique. De la phénoménologie à la métapsychologie*. Parigi: Anthropos-Economica (Tr. It. *Il discorso melanconico*. Borla, Roma, 1999)
- Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Parigi: Presses Universitaires de France (Tr. It. *Enciclopedia della psicoanalisi*, Laterza, Bari, 1973).
- Leranò, G. (2018). *Arianna. Storia di un mito*. Roma: Carocci Editore
- Levi, L. D., Fales, C. H., Stein, M. & Sharp, V. (1966). Separation and Attempted Suicide. *Arch Gen Psychiatry*, 15(2), 158–164. Doi:10.1001/archpsyc.1966.01730140046008
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and Management of Acute Grief. *American Journal of Psychiatry*, Vol. CI, 141-148
- Lingiardi V., & Gazzillo F. (2014). *La personalità ed i suoi disturbi. Valutazione clinica e diagnosi al servizio del trattamento*. Milano: Cortina
- Lingiardi, V. & McWilliams, N. (2017). *Psychodynamic Diagnostic Manual: PDM-2 (Second edition)*. New York: The Guilford Press (Tr. It. *Manuale diagnostico psicodinamico. Seconda edizione, PDM-2*. Raffaello cortina editore, Azzate, 2018)
- Lingiardi, V. & McWilliams, N. (2017). *Psychodynamic Diagnostic Manual: PDM-2 (Second edition)*. New York: The Guilford Press (Tr. It. *Manuale diagnostico psicodinamico. Seconda edizione, PDM-2*. Raffaello cortina editore, Azzate)
- Mahler, M. (1966). *Notes on the Development of Basic Moods: the Depressive Affect in Psychoanalysis*, in Loewenstein (a cura di), *Psychoanalysis. A General Psychology*, Intern. Univ. Press, New York, pp. 152-68
- Mangini, E. (2001). *Lezioni sul pensiero freudiano e sue iniziali diramazioni*. Milano: LED Edizioni Universitarie.

- Mangini, E. (2003). *Lezioni sul pensiero post-freudiano. Maestri, idee, suggestioni e fermenti della psicoanalisi del Novecento*. Milano: LED Edizioni Universitarie
- Mangini, E. (2015). *Elementi dell'esperienza psicoanalitica. Pulsione, immagine, parola poetica*. Azzate (VA): Raffaello Cortina Editore
- Marris, P. (1958). *Widows and Their Families*. Londra: Routledge
- McWilliams N. (2011). *Psychoanalytic Diagnosis. Understanding personality structure in the clinical process*. New York, Londra: The Guilford Press (Tr. It. *La diagnosi psicoanalitica. Seconda edizione riveduta e ampliata*. Casa Editrice Astrolabio – Ubaldini Editore, Roma, 2012)
- Migone, P., a cura della Redazione (2016). Cosa resta della psicoanalisi. Domande e risposte. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 3, p. 357-358. Doi: 10.3280/PU2016-003001
- Morgenstern, C. (1921). *Auf vielen Wegen*. Monaco: R. Piper & Co. Publisher
- Natoli, A. P., Nelson, S. M., Lengu, K. J. & Huprich S. K. (2016). Sensitivity to criticism differentially mediates the relationship between interpersonal problems and state and trait depression. *Personality and Mental Health*, 10(4), 293-304. Doi: 10.1002/pmh.1338
- Ørstavik, R. E., Kendler, K. S., Czajkowski, N., Tambs, K., & Reichborn-Kjennerud, T. (2007). Genetic and environmental contributions to depressive personality disorder in a population-based sample of Norwegian twins. *Journal of Affective Disorders*, 99(1-3), 181-9. Doi: 10.1016/j.jad.2006.09.011
- Page, M. J., Mother, D., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffman, T., Mulrow, C. D., et al. (2021). PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372:n160. doi: 10.1136/bmj.n160
- Pasche, F. (1963). De la dépression. *Revue française de psychanalyse*, 27(2-3), 191-222

- PDM Task Force (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM)*. Silver Spring (MD): Alliance of Psychoanalytic Organizations (Tr. it.: *PDM. Manuale Diagnostico Psicodinamico*. Milano: Raffaello Cortina, 2008)
- PDM Task Force (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM)*. USA: The Alliance of Psychoanalytic Organizations (Tr. It. *Manuale Diagnostico Psicodinamico – PDM*, Raffaello Cortina, Milano, 2008)
- Plutarco, Ampolo, C. (a cura di) & Manfredini, M. (a cura di) (1988). *Vite di Teseo e Romolo*. Milano: Mondadori
- Racker, H. (1968). *Transference and Countertransference*. Londra: Hogarth Press and Institute of Psycho-Analysis (Tr. It. *Studi sulla tecnica psicoanalitica. Transfert e controtransfert*, Armando, Roma, 1970)
- Rado, S. (1927). *Studien über die Libido sexualis*. Berlino-Zurigo: S. Karger (Tr. Eng. The Problem of Melancholia, 1928, *International Journal of Psycho-Analysis*, 9, 420-438)
- Rado, S. (1951). Psychodynamics of depression from the etiologic point of view. *Psychosomatic Medicine*, 13, pp. 51-55. Doi: <https://doi.org/10.1097/00006842-195101000-00005>
- Raichle, M. E., & Snyder, A. Z. (2007). A default mode of brain function: a brief history of an evolving idea. *NeuroImage*, 37(4), 1083–1099. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2007.02.041>
- Recalcati, M. (2019). *Le nuove melanconie. Destini del desiderio del tempo ipermoderno*. Azzate (VA): Raffaello Cortina
- Richard, F. (1858). Über Wesen und Behandlung der Melancholie mit Aufregung (Melancholia agitata). *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medicin*, 15, 28–66.

- Robinson, M. D., & Thomas, L. E. (2022). *Handbook of Embodied Psychology: Thinking, Feeling and Acting*. Berlino, DE: Springer International Publishing
- Rudolph, K. D. & Klein, D. N. (2009). Exploring depressive personality traits in youth: origins, correlates, and developmental consequences. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1155-80. Doi: 10.1017/S0954579409990095
- Russo, L. (2013). *Esperienze. Corpo, visione, parola nel lavoro psicoanalitico*. Roma: Borla
- Sandler, J. & Joffe, W. G. (1965). Notes on childhood depression. *International Journal of Psychoanalysis*, 46, pp. 88-96
- Santarcangeli, P. (2005). *Il libro dei labirinti. Storia di un mito e di un simbolo*, Sperling & Kupfer: Milano
- Schmale, A. H. (1958). Relationship of Separation and Depression to Disease. I. A report on a hospitalized medical population. *Psychosom Medicine*, 20(4), 259-77. Doi: 10.1097/00006842-195807000-00001
- Segal, H. (1964). *Introduction to the Work of Melanie Klein*. Londra: Routledge (Tr. It. *Introduzione all'Opera di Melanie Klein*. G. Martinelli Editore, Firenze, 1968)
- Semi, A. A. (2011). *Il metodo delle libere associazioni*. Milano: Raffaello Cortina Editore
- Schilder, P. (1914). *Selbstbewusstsein und Persönlichkeitsbewusstsein. Eine psychopathologische Studie*. Berlino: J. Springer
- Silva, J. R., Vivanco-Carlevari, A., Martínez, C. & Krause, M. (2018). Introjective Individuals Tend Toward Anhedonia: Self-Report and Experimental Evidence. *Frontiers in Psychiatry*, 5, 9-298. Doi: 10.3389/fpsy.2018.00298

- Smallwood, J., Bernhardt, B. C., Leech, R., Bzdok, D., Jefferies, E., & Margulies, D. S. (2021). The default mode network in cognition: a topographical perspective. *Nature reviews. Neuroscience*, 22(8), 503–513. Doi: <https://doi.org/10.1038/s41583-021-00474-4>
- Soenens, B., Park, S. Y., Vansteenkiste, M. & Mouratidis, A. (2012). Perceived parental psychological control and adolescent depressive experiences: a cross-cultural study with Belgian and South-Korean adolescents. *Journal of Adolescence*, 35(2), 261-72. Doi: 10.1016/j.adolescence.2011.05.001
- Spinks, N. (2023). Gay Men and Suicidality: The Development and Nature of the Critical Superego. *British Journal of Psychotherapy*, 39(1), 106-122. Doi: <https://doi.org/10.1111/bjp.12794>
- Spironelli, C., & Angrilli, A. (2009). Developmental aspects of automatic word processing: language lateralization of early ERP components in children, young adults and middle-aged subjects. *Biological psychology*, 80(1), 35–45. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2008.01.012>
- Spironelli, C., & Angrilli, A. (2015). Brain plasticity in aphasic patients: intra- and inter-hemispheric reorganization of the whole linguistic network probed by N150 and N350 components. *Scientific Reports*, 5, 12541. Doi: <https://doi.org/10.1038/srep12541>
- Stanghellini, G. & Mancini, M. (2018). *Mondi psicopatologici. Teoria e pratica dell'intervista psicoterapeutica*. Vignate, MI: Rotomail Italia S.p.A.
- Stevens, F. L., Hurley, R. A., & Taber, K. H. (2011). Anterior Cingulate Cortex: Unique Role in Cognition and Emotion. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 23(2), 121-125. Doi: <https://doi.org/10.1176/jnp.23.2.jnp121>
- Tanzilli, A., Trentini, C., Grecucci, A., Carone, N., Ciacchella, C., Lai, C., Sabogal-Rueda, MD., Lingiardi, V. (2022). Therapist reactions to patient personality: A pilot study of clinicians' emotional and neural responses using three clinical vignettes from in treatment

series. *Frontiers in Human Neuroscience*, 16, 1037486. Doi: 10.3389/fnhum.2022.1037486

Taylor, G. J. (2022). Psychoanalysis and Psychosomatics: A New Synthesis (Taylor, 1992). *Psychodynamic Psychiatry*, 50(2), 304-305. Doi: 10.1521/pdps.2022.50.2.304

Varela, F., Rosch, E., & Thompson, E. (1991). *The Embodied Mind: Cognitive Science and Human Experience*. Cambridge, GB: MIT Press

Vernant, J. P. (1986). *Le Dionysos masqué des Bacchantes d'Euripide*. In Vernant, J. P., & Vidal-Naquet, P., *Mythe et tragedie, deux*. Parigi: Editions La Découverte (Tr. It. *Mito e tragedia due. Da Edipo a Dioniso*, Einaudi, Torino, 1991)

Ward., J. (2015). *The Student's Guide to Cognitive Neuroscience*. Londra: Psychology Press

Warren, C. V., Kroll, C. F., & Kopp, B. (2023). Dopaminergic and norepinephrinergic modulation of endogenous event-related potentials: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 151, 105221. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2023.105221>

Weiner, K. S., & Zilles, K. (2016). The anatomical and functional specialization of the fusiform gyrus. *Neuropsychologia*, 83, 48–62. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2015.06.033>

Whiffen, V. E., Parker, G. B., Wilhelm, K., Mitchell, P. B., & Malhi, G. (2003). Parental care and personality in melancholic and nonmelancholic depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(6), 358-64. Doi: 10.1097/01.NMD.0000071583.32879.CC

Wilson, M. (2002). Six views of embodied cognition. *Psychonomic Bulletin & Review*, 9(4), 625-636. Doi: 10.3758/bf03196322

Wingbermhühle, E., Theunissen, H., Verhoeven, W. M., Kessels, R. P., & Egger, J. I. (2012). The neurocognition of alexithymia: evidence from neuropsychological and neuroimaging studies. *Acta neuropsychiatrica*, 24(2), 67–80. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1601-5215.2011.00613.x>

Winnicott, D. (1965). *The Maturation Process and the Facilitating Environment. Studies in the Theory of Emotional Development*. Londra: The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis (Tr. It. *Sviluppo affettivo e ambiente*. Armando Editore, Roma, 2013).

BIBLIOGRAFIA CITATA

- Adams, F. (2010). Embodied cognition. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 9(4), 619-628. Doi: 10.1007/s11097-010-9175-x
- Akiskal, H. S., & Cassano, G. B. (Eds.) (1997). *Dysthymia and the spectrum of chronic depressions*. New York: The Guilford Press.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), 217–237. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Aquinas, T. (2015). *Summa Theologica*. Rosenberg, TX: Xist Publishing
- Bansal, R., Hellerstein, D. J., & Peterson, B. S. (2018). Evidence for neuroplastic compensation in the cerebral cortex of persons with depressive illness. *Molecular psychiatry*, 23(2), 375–383. Doi: <https://doi.org/10.1038/mp.2017.34>
- Beckmann, M., Johansen-Berg, H., & Rushworth, M. F. (2009). Connectivity-based parcellation of human cingulate cortex and its relation to functional specialization. *The Journal of neuroscience*, 29(4), 1175–1190. Doi: <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.3328-08.2009>
- Berrebi, A. S., Fitch, R. H., Ralphe, D. L., Denenberg, J. O., Friedrich, V. L., Jr, & Denenberg, V. H. (1988). Corpus callosum: region-specific effects of sex, early experience and age. *Brain research*, 438(1-2), 216–224. Doi: [https://doi.org/10.1016/0006-8993\(88\)91340-6](https://doi.org/10.1016/0006-8993(88)91340-6)
- Botvinick, M. M., Cohen, J. D., & Carter, C. S. (2004). Conflict monitoring and anterior cingulate cortex: an update. *Trends in cognitive sciences*, 8(12), 539–546. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.tics.2004.10.003>

- Bowyer, C. B., Joyner, K. J., Yancey, J. R., Venables, N. C., Hajcak, G., & Patrick, C. J. (2019). Toward a neurobehavioral trait conceptualization of depression proneness. *Psychophysiology*, *56*(7), e13367. Doi: <https://doi.org/10.1111/psyp.13367>
- Cacioppo, S., Bianchi-Demicheli, F., Frum, C., Pfaus, J. G., & Lewis, J. W. (2012). The common neural bases between sexual desire and love: a multilevel kernel density fMRI analysis. *The journal of sexual medicine*, *9*(4), 1048–1054. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02651.x>
- Carlson, J. M., Foti, D., Mujica-Parodi, L. R., Harmon-Jones, E., & Hajcak, G. (2011). Ventral striatal and medial prefrontal BOLD activation is correlated with reward-related electrocortical activity: a combined ERP and fMRI study. *NeuroImage*, *57*(4), 1608–1616. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2011.05.037>
- Caspers, J., Zilles, K., Eickhoff, S. B., Schleicher, A., Mohlberg, H., & Amunts, K. (2013): Cytoarchitectonical analysis and probabilistic mapping of two extrastriate areas of the human posterior fusiform gyrus. *Brain Struct Funct*, *218*(2), 511–526. Doi: [10.1007/s00429-012-0411-8](https://doi.org/10.1007/s00429-012-0411-8)
- Chan, C. K., Soldan, A., Pettigrew, C., Wang, M. C., Wang, J., Albert, M. S., Rosenberg, P. B., & BIOCARD Research Team (2019). Depressive symptoms in relation to clinical symptom onset of mild cognitive impairment. *International psychogeriatrics*, *31*(4), 561–569. Doi: <https://doi.org/10.1017/S1041610218001138>
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, *100*(3), 316–336. Doi: <https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.3.316>
- Clarke, J. M., & Zaidel, E. (1994). Anatomical-behavioral relationships: corpus callosum morphometry and hemispheric specialization. *Behavioural brain research*, *64*(1-2), 185–202. Doi: [https://doi.org/10.1016/0166-4328\(94\)90131-7](https://doi.org/10.1016/0166-4328(94)90131-7)

- Coffey, C. E., Wilkinson, W. E., Weiner, R. D., Parashos, I. A., Djang, W. T., Webb, et al. (1993). Quantitative cerebral anatomy in depression. A controlled magnetic resonance imaging study. *Archives of general psychiatry*, 50(1), 7–16. Doi: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820130009002>
- Cohen, L., Dehaene, S., Naccache, L., Lehéricy, S., Dehaene-Lambertz, G., Hénaff, M. A., & Michel, F. (2000). The visual word form area: spatial and temporal characterization of an initial stage of reading in normal subjects and posterior split-brain patients. *Brain: a journal of neurology*, 123(Pt 2), 291–307. Doi: <https://doi.org/10.1093/brain/123.2.291>
- Cohen, N., Mor, N., & Henik, A. (2015). Linking executive control and emotional response: A training procedure to reduce rumination. *Clinical Psychological Science*, 3(1), 15–25. Doi: <https://doi.org/10.1177/2167702614530114>
- Craig A. D. (2009). How do you feel--now? The anterior insula and human awareness. *Nature reviews. Neuroscience*, 10(1), 59–70. Doi: <https://doi.org/10.1038/nrn2555>
- Curtis, C. E., & D' Esposito, M. (2003). Persistent activity in the prefrontal cortex during working memory. *Trends in cognitive sciences*, 7(9), 415–423. Doi: [https://doi.org/10.1016/s1364-6613\(03\)00197-9](https://doi.org/10.1016/s1364-6613(03)00197-9)
- Davidson, R. J., Irwin, W., Anderle, M. J., & Kalin, N. H. (2003). The neural substrates of affective processing in depressed patients treated with venlafaxine. *The American journal of psychiatry*, 160(1), 64–75. Doi: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.1.64>
- De Lacoste, M. C., Kirkpatrick, J. B., & Ross, E. D. (1985). Topography of the human corpus callosum. *Journal of neuropathology and experimental neurology*, 44(6), 578–591. Doi: <https://doi.org/10.1097/00005072-198511000-00004>
- Descartes, R., & Cottingham, J. (2013). *Descartes: Meditations on First Philosophy: With Selections from the Objections and Replies*. Cambridge, GB: Cambridge University Press.

- Destoop, M., Morrens, M., Coppens, V., & Dom., G. (2019). Addiction, Anhedonia, and Comorbid Mood Disorder. A Narrative Review. *Front Psychiatry, 10*. Doi: 10.3389/fpsyt.2019.00311
- Diego, M. A., Field, T., & Hernandez-Reif, M. (2001). CES-D depression scores are correlated with frontal EEG alpha asymmetry. *Depression and anxiety, 13*(1), 32–37. Doi: [https://doi.org/10.1002/1520-6394\(2001\)13:1<32::AID-DA5>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/1520-6394(2001)13:1<32::AID-DA5>3.0.CO;2-G)
- Downhill, J. E., Jr, Buchsbaum, M. S., Wei, T., Spiegel-Cohen, J., Hazlett, E. A., Haznedar, M. M., et al. (2000). Shape and size of the corpus callosum in schizophrenia and schizotypal personality disorder. *Schizophrenia research, 42*(3), 193–208. Doi: [https://doi.org/10.1016/s0920-9964\(99\)00123-1](https://doi.org/10.1016/s0920-9964(99)00123-1)
- Etkin, A., & Wager, T. D. (2007). Functional neuroimaging of anxiety: a meta-analysis of emotional processing in PTSD, social anxiety disorder, and specific phobia. *The American journal of psychiatry, 164*(10), 1476–1488. Doi: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07030504>
- Etkin, A., Egner, T., & Kalisch R. (2011). Emotional processing in anterior cingulate and medial prefrontal cortex. *Trends Cognitive Sciences, 15*(2), 85–93. Doi: 10.1016/j.tics.2010.11.004.
- Filipek P. A. (1995). Neurobiologic correlates of developmental dyslexia: how do dyslexics' brains differ from those of normal readers?. *Journal of child neurology, 10 Suppl 1*, S62–S69. Doi: <https://doi.org/10.1177/08830738950100S113>
- Fitzgerald, P. B., Laird, A. R., Maller, J., & Daskalakis, Z. J. (2008). A meta-analytic study of changes in brain activation in depression. *Human brain mapping, 29*(6), 683–695. Doi: <https://doi.org/10.1002/hbm.20426>
- Foglia, L., & Wilson, R. A. (2013). Embodied cognition. *WIREs. Cognitive Science, 4*(3), 319–325. Doi: 10.1002/wcs.1226

- Ghashghaei, H. T., Hilgetag, C. C., & Barbas, H. (2007). Sequence of information processing for emotions based on the anatomic dialogue between prefrontal cortex and amygdala. *NeuroImage*, *34*(3), 905–923. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2006.09.046>
- Goodwin G. M. (1997). Neuropsychological and neuroimaging evidence for the involvement of the frontal lobes in depression. *Journal of psychopharmacology*, *11*(2), 115–122. Doi: <https://doi.org/10.1177/026988119701100204>
- Grabenhorst, F., & Rolls, E. T. (2011). Value, pleasure and choice in the ventral prefrontal cortex. *Trends in cognitive sciences*, *15*(2), 56–67. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.tics.2010.12.004>
- Greenson, R. R. (1967). *Technique et pratique de la psychanalyse*. Parigi: Presses Universitaires de France (Tr. It. *Tecnica e pratica psicoanalitica*, Feltrinelli, Milano, 1974).
- Grill-Spector, K., Kourtzi, Z., & Kanwisher, N. (2001). The lateral occipital complex and its role in object recognition. *Vision research*, *41*(10-11), 1409–1422. Doi: [https://doi.org/10.1016/s0042-6989\(01\)00073-6](https://doi.org/10.1016/s0042-6989(01)00073-6)
- Grimm, S., Beck, J., Schuepbach, D., Hell, D., Boesiger, P., Birmohl, F., et al (2008). Imbalance between left and right dorsolateral prefrontal cortex in major depression is linked to negative emotional judgment: an fMRI study in severe major depressive disorder. *Biological psychiatry*, *63*(4), 369–376. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2007.05.033>
- Hahn, A., Wadsak, W., Windischberger, C., Baldinger, P., Höflich, A. S., Losak, J., et al. (2012). Differential modulation of the default mode network via serotonin-1A receptors. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, *109*(7), 2619–2624. Doi: <https://doi.org/10.1073/pnas.1117104109>

Hampel, H., Teipel, S. J., Alexander, G. E., Horwitz, B., Teichberg, D., Schapiro, M. B., & Rapoport, S. I. (1998). Corpus callosum atrophy is a possible indicator of region- and cell type-specific neuronal degeneration in Alzheimer disease: a magnetic resonance imaging analysis. *Archives of neurology*, *55*(2), 193–198. Doi: <https://doi.org/10.1001/archneur.55.2.193>

Hicks, R. D. (2015). *Aristotle De Anima: With Translation, Introduction and Notes*. Cambridge, GB: Cambridge University Press.

Hooley, J. M., Gruber, S. A., Parker, H. A., Guillaumot, J., Rogowska, J., & Yurgelun-Todd, D. A. (2010). Neural processing of emotional overinvolvement in borderline personality disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, *71*(8), 1017–1024. Doi: <https://doi.org/10.4088/JCP.07m03465blu>

Hyde, J. (2009), “*Fragile narcissist or the guilty good. What drives the personality of the psychotherapist?*”, Tesi di dottorato, Maquarie University, Sydney, Australia

Hynd, G. W., Hall, J., Novey, E. S., Eliopoulos, D., Black, K., Gonzalez, J. J., et al. (1995). Dyslexia and corpus callosum morphology. *Archives of neurology*, *52*(1), 32–38. Doi: <https://doi.org/10.1001/archneur.1995.00540250036010>

Johnson, M.K., Nolen-Hoeksema, S., Mitchell, K.J., & Levin, Y. (2009). Medial cortex activity, self-reflection and depression. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, *4*(4), 313–327. Doi: [10.1093/scan/nsp022](https://doi.org/10.1093/scan/nsp022)

Juraska, J. M., & Kopicik, J. R. (1988). Sex and environmental influences on the size and ultrastructure of the rat corpus callosum. *Brain research*, *450*(1-2), 1–8. Doi: [https://doi.org/10.1016/0006-8993\(88\)91538-7](https://doi.org/10.1016/0006-8993(88)91538-7)

Kanwisher, N., McDermott, J., & Chun, M. M. (1997). The fusiform face area: a module in human extrastriate cortex specialized for face perception. *The Journal of*

neuroscience, 17(11), 4302–4311. Doi: <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.17-11-04302.1997>

Kays, J. L., Hurley, R. A., & Taber, K. H. (2012). The dynamic brain: neuroplasticity and mental health. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 24(2), 118–124. Doi: <https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.24.1.118>

Keedwell, P. A., Andrew, C., Williams, S. C., Brammer, M. J., & Phillips, M. L. (2005). The neural correlates of anhedonia in major depressive disorder. *Biological psychiatry*, 58(11), 843–853. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.05.019>

Keller, M. B., Klein, D. N., Hirschfeld, R. M. A., Kocsis, J. H., Mccullough, J.P., Miller, I., et al. (1995). Results of the DSM-IV Mood Disorders Field Trial. *American Journal of Psychiatry*, 152(6), 843–849. Doi: [10.1176/ajp.152.6.843](https://doi.org/10.1176/ajp.152.6.843)

Kennedy, S. H., Evans, K. R., Krüger, S., Mayberg, H. S., Meyer, J. H., McCann, S., et al. (2001). Changes in regional brain glucose metabolism measured with positron emission tomography after paroxetine treatment of major depression. *The American journal of psychiatry*, 158(6), 899–905. Doi: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.6.899>

Kiang, M., Farzan, F., Blumberger, D. M., Kutas, M., McKinnon, M. C., Kansal, V., Rajji, T. K., & Daskalakis, Z. J. (2017). Abnormal self-schema in semantic memory in major depressive disorder: Evidence from event-related brain potentials. *Biological psychology*, 126, 41–47. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2017.04.003>

Klein, D. N., Riso, L. P., Donaldson, S. K., Schwartz, J. E., Anderson, R. L., Ouimette, P. C., et al (1995): Family study of early-onset dysthymia. Mood and personality disorders in relatives of outpatients with dysthymia and episodic major depression and normal controls. *Arch Gen Psychiatry*, 52(6), 487–496.

- Knott, V., Mahoney, C., Kennedy, S., & Evans, K. (2001). EEG power, frequency, asymmetry and coherence in male depression. *Psychiatry research*, *106*(2), 123–140. Doi: [https://doi.org/10.1016/s0925-4927\(00\)00080-9](https://doi.org/10.1016/s0925-4927(00)00080-9)
- Kunisato, Y., Okamoto, Y., Okada, G., Aoyama, S., Demoto, Y., Munakata, A., et al. (2011). Modulation of default-mode network activity by acute tryptophan depletion is associated with mood change: A resting state functional magnetic resonance imaging study. *Neuroscience Research*, *69*(2), 129–134. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.neures.2010.11.005>
- Kutas, M., & Federmeier, K. D. (2011). Thirty years and counting: Finding meaning in the N400 component of the event-related brain potential (ERP). *Annual Review of Psychology*, *62*, 621–647. Doi: [10.1146/annurev.psych.093008.131123](https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.131123)
- Kwon, J. S., Kim, Y. M., Chang, C. G., Park, B. J., Kim, L., Yoon, D. J., et al (2000): Three-year follow-up of women with the sole diagnosis of depressive personality disorder: Subsequent development of dysthymia and major depression. *Am J Psychiatry*, *157*(12), 1966–1972. Doi: [10.1176/appi.ajp.157.12.1966](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.12.1966).
- Leech, R., & Smallwood, J. (2019). Chapter 5 - The posterior cingulate cortex: Insights from structure and function. *Handbook of Clinical Neurology*, *166*, 73-85. Doi: <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-64196-0.00005-4>
- Lemogne, C., Gorwood, P., Bergouignan, L., Pelissolo, A., Lehericy, S., & Fossati, P. (2011). Negative affectivity, self-referential processing and the cortical midline structures. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, *6*(4), 426–433. Doi: [10.1093/scan/nsq049](https://doi.org/10.1093/scan/nsq049)
- Lemogne, C., le Bastard, G., Mayberg, H., Volle, E., Bergouignan, L., Lehericy, S., et al. (2009). In search of the depressive self: extended medial prefrontal network during self-referential processing in major depression. *Social cognitive and affective neuroscience*, *4*(3), 305–312. Doi: <https://doi.org/10.1093/scan/nsp008>

- Levitan, R. D., Parikh, S. V., Lesage, A. D., Hegadoren, K. M., Adams, M., Kennedy, S. H., & Goering, P. N. (1998). Major depression in individuals with a history of childhood physical or sexual abuse: relationship to neurovegetative features, mania, and gender. *The American journal of psychiatry*, *155*(12), 1746–1752. Doi: <https://doi.org/10.1176/ajp.155.12.1746>
- Lewine, R., Flashman, L., Gulley, L., Beardsley, S., Wasserman, A., Lucas, M., & Risch, S. C. (1991). Sexual dimorphism in corpus callosum and schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *4*(1), 63–64. Doi: [https://doi.org/10.1016/0920-9964\(91\)90012-G](https://doi.org/10.1016/0920-9964(91)90012-G)
- Lewinsohn, P. M., & Libet, J. (1972). Pleasant events, activity schedules, and depressions. *Journal of Abnormal Psychology*, *79*(3), 291–295. Doi: <https://doi.org/10.1037/h0033207>
- Lindsay, P., & Norman, D. (1977). *Human Information Processing: An introduction to psychology*. New York, NYC: Academic Press Inc.
- Lizardi, H., Klein, D. N., Ouimette, P. C., Riso, L. P., Anderson, R. L., & Donaldson, S. K. (1995). Reports of the childhood home environment in early-onset dysthymia and episodic major depression. *Journal of abnormal psychology*, *104*(1), 132–139. Doi: <https://doi.org/10.1037//0021-843x.104.1.132>
- Luck, S.J. (2014). *An introduction to the event-related potential technique*. Londra: The Bradford book of collector's plates
- Lyoo, I. K., Kwon, J. S., Lee, S. J., Han, M. H., Chang, C. G., Seo, C. S., et al. (2002). Decrease in genu of the corpus callosum in medication-naïve, early-onset dysthymia and depressive personality disorder. *Biological psychiatry*, *52*(12), 1134–1143. Doi: [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(02\)01436-1](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(02)01436-1)
- Lyoo, I. K., Noam, G. G., Lee, C. K., Lee, H. K., Kennedy, B. P., & Renshaw, P. F. (1996). The corpus callosum and lateral ventricles in children with attention-deficit hyperactivity

disorder: a brain magnetic resonance imaging study. *Biological psychiatry*, 40(10), 1060–1063. Doi: [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(96\)00349-6](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(96)00349-6)

Lyoo, I. K., Satlin, A., Lee, C. K., & Renshaw, P. F. (1997). Regional atrophy of the corpus callosum in subjects with Alzheimer's disease and multi-infarct dementia. *Psychiatry research*, 74(2), 63–72. Doi: [https://doi.org/10.1016/s0925-4927\(97\)00009-7](https://doi.org/10.1016/s0925-4927(97)00009-7)

Lyoo, K., Gunderson, J. G., & Phillips, K. A. (1998). Personality dimensions associated with depressive personality disorder. *Journal of personality disorders*, 12(1), 46–55. Doi: <https://doi.org/10.1521/pedi.1998.12.1.46>

MacFall, J. R., Payne, M. E., Provenzale, J. E., & Krishnan, K. R. (2001). Medial orbital frontal lesions in late-onset depression. *Biological psychiatry*, 49(9), 803–806. Doi: [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(00\)01113-6](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(00)01113-6)

Matthews, S. C., Strigo, I. A., Simmons, A. N., Yang, T. T., & Paulus, M. P. (2008). Decreased functional coupling of the amygdala and supragenual cingulate is related to increased depression in unmedicated individuals with current major depressive disorder. *Journal of affective disorders*, 111(1), 13–20. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.05.022>

Noordhof, A., Kamphuis, J. H., Sellbom, M., Eigenhuis, A., & Bagby, R. M. (2018). Change in self-reported personality during major depressive disorder treatment: a reanalysis of treatment studies from a demoralization perspective. *Personality Disorders*. 9(1), 93–100. Doi: 10.1037/per0000238

Palomero-Gallagher, N., Vogt, B. A., Schleicher, A., Mayberg, H. S., & Zilles, K. (2009). Receptor architecture of human cingulate cortex: evaluation of the four-region neurobiological model. *Human brain mapping*, 30(8), 2336–2355. Doi: <https://doi.org/10.1002/hbm.20667>

Paulus, M. P., & Stein, M. B. (2006). An insular view of anxiety. *Biological psychiatry*, 60(4), 383–387. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.042>

- Phelps, E. A. (2006). Emotion and cognition: insights from studies of the human amygdala. *Annual review of psychology*, *57*, 27–53. Doi: <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070234>
- Phillips, M. L., Young, A. W., Senior, C., Brammer, M., Andrew, C., Calder, A. J., et al. (1997). A specific neural substrate for perceiving facial expressions of disgust. *Nature*, *389*(6650), 495–498. Doi: <https://doi.org/10.1038/39051>
- Pinhas, M., Shaki, S., & Fischer, M. H. (2014). Heed the signs: Operation signs have spatial association. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*, *67*, 1527-1540. Doi: [10.1080/17470218.2014.892516](https://doi.org/10.1080/17470218.2014.892516)
- Pizzagalli, D. A. (2014). Depression, Stress and Anhedonia: Toward a Synthesis and Integrated Model. *Annual Review of Clinical Psychology*, *10*, 393-423. Doi: [10.1146/annurev-clinpsy-050212-185606](https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185606)
- Plato, & Lee, D. (1955). *Plato, the Republic*. Londra, GB: Penguin Books
- Posner, J., Hellerstein, D. J., Gat, I., Mechling, A., Klahr, K., Wang, Z., et al. (2013). Antidepressants normalize the default mode network in patients with dysthymia. *JAMA psychiatry*, *70*(4), 373–382. Doi: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.455>
- Raichle, M. E., & Snyder, A. Z. (2007). A default mode of brain function: a brief history of an evolving idea. *NeuroImage*, *37*(4), 1083–1099. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2007.02.041>
- Raichle, M. E., MacLeod A. M., Snyder, A. Z., Powers, W. J., Gusnard D. A., & Shulman G. L. (2001). A default mode of brain function. *Proceedings of the National Academy of Sciences (PNAS)*, *98* (2), 676-682. Doi: [10.1073/pnas.98.2.676](https://doi.org/10.1073/pnas.98.2.676)
- Ravindran, A. V., Smith, A., Cameron, C., Bhatla, R., Cameron, I., Georgescu, T. M., & Hogan, M. J. (2009). Toward a functional neuroanatomy of dysthymia: a functional magnetic

resonance imaging study. *Journal of affective disorders*, 119(1-3), 9–15. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.03.009>

Richardson, M. P., Strange, B. A., & Dolan, R. J. (2004). Encoding of emotional memories depends on amygdala and hippocampus and their interactions. *Nature neuroscience*, 7(3), 278–285. Doi: <https://doi.org/10.1038/nn1190>

Shapiro, L. (2007). The embodied cognition research programme. *Philosophical Compass*, 2(2), 338–346. Doi: [10.1111/j.1747-9991.2007.00064.x](https://doi.org/10.1111/j.1747-9991.2007.00064.x)

Shendler, J., & Westen, D. (2004). Refining personality disorder diagnosis: Integrating science and practice. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1350-1365. Doi: [10.1176/appi.ajp.161.8.1350](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.8.1350)

Singer, T., & Lamm, C. (2009). The social neuroscience of empathy. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1156, 81–96. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.04418.x>

Singer, T., Seymour, B., O'Doherty, J., Kaube, H., Dolan, R. J., & Frith, C. D. (2004). Empathy for pain involves the affective but not sensory components of pain. *Science*, 303(5661), 1157–1162. Doi: <https://doi.org/10.1126/science.1093535>

Solms M., & Turnbull, O. (2002). *The Brain and the Inner World: An Introduction to the Neuroscience of Subjective Experience*. Londra: Karnac Books (Tr. It. *Il cervello e il mondo interno*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2002)

Solms, M. (1997). *The neuropsychology of dreams, di Mark Solms*. Londra: Psychology Press

Steingard, R. J., Renshaw, P. F., Yurgelun-Todd, D., Appelmans, K. E., Lyoo, I. K., Shorrock, K. L., et al. (1996). Structural abnormalities in brain magnetic resonance images of depressed children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(3), 307–311. Doi: <https://doi.org/10.1097/00004583-199603000-00011>

- Steingard, R. J., Yurgelun-Todd, D. A., Hennen, J., Moore, J. C., Moore, C. M., Vakili, K., et al. (2000). Increased orbitofrontal cortex levels of choline in depressed adolescents as detected by in vivo proton magnetic resonance spectroscopy. *Biological psychiatry*, *48*(11), 1053–1061. Doi: [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(00\)00942-2](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(00)00942-2)
- Tanaka-Arakawa, M. M., Matsui, M., Tanaka, C., Uematsu, A., Uda, S., Miura, K., et al. (2015). Developmental changes in the corpus callosum from infancy to early adulthood: a structural magnetic resonance imaging study. *PloS one*, *10*(3), e0118760. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0118760>
- Tebartz van Elst, L., Woermann, F., Lemieux, L., & Trimble, M. R. (2000). Increased amygdala volumes in female and depressed humans. A quantitative magnetic resonance imaging study. *Neuroscience letters*, *281*(2-3), 103–106. Doi: [https://doi.org/10.1016/s0304-3940\(00\)00815-6](https://doi.org/10.1016/s0304-3940(00)00815-6)
- Topolinski, S., & Boecker, L. (2016). Mouth-watering words: Articulatory inductions of eating-like mouth movements increase perceived food palatability. *Appetite*, *99*, 112-120. Doi: [10.1016/j.appet.2016.01.018](https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.01.018)
- Tzourio-Mazoyer, N. (2016). Intra- and Inter-hemispheric Connectivity Supporting Hemispheric Specialization. In H. Kennedy (Eds.) et. al., *Micro-, Meso- and Macro-Connectomics of the Brain*. (pp. 129–146). *Springer*.
- Veldhuizen, M. G., Rudenga, K. J., & Small, D. M. (2010). The pleasure of taste, flavor, and food. In M. L. Kringelbach & K. C. Berridge (Eds.), *Pleasures of the brain* (pp. 146–168). New York: Oxford University Press.
- Vilgis, V., Chen, J., Silk, T. J., Cunnington, R., & Vance, A. (2014). Frontoparietal function in young people with dysthymic disorder (DSM-5: Persistent depressive disorder) during spatial working memory. *Journal of affective disorders*, *160*, 34–42. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.01.024>

- Vogt, B. A., (2005). Pain and Emotional Interactions in Subregions of the Cingulate Gyrus. *Nature Reviews Neuroscience*, 6(7), 533-544. Doi: 10.1038/nrn1704
- Vogt, B. A., & Pandya, D. N. (1987). Cingulate cortex of the rhesus monkey: II. Cortical afferents. *The Journal of comparative neurology*, 262(2), 271–289. Doi: <https://doi.org/10.1002/cne.902620208>
- Vogt, B. A., Vogt, L., & Laureys, S. Cytology and functionally correlated circuits of human posterior cingulate areas. *Neuroimage*, 29 (2), 452-466. Doi: 10.1016/j.neuroimage.2005.07.048
- Volz, H. P., Rzanny, R., Riehemann, S., May, S., Hegewald, H., Preussler, B., Hübner, G., Kaiser, W. A., & Sauer, H. (1998). 31P magnetic resonance spectroscopy in the frontal lobe of major depressed patients. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 248(6), 289–295. Doi: <https://doi.org/10.1007/s004060050052>
- Vuust, P., & Kringelbach, M. L. (2010). The pleasure of music. In M. L. Kringelbach & K. C. Berridge (Eds.), *Pleasures of the brain* (pp. 255–269). Oxford University Press
- Wandell, B. A., Rauschecker, A. M., & Yeatman, J. D. (2012). Learning to see words. *Annual review of psychology*, 63, 31–53. Doi: <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-120710-100434>
- Weiss, E. L., Longhurst, J. G., & Mazure, C. M. (1999). Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: psychosocial and neurobiological correlates. *The American journal of psychiatry*, 156(6), 816–828. Doi: <https://doi.org/10.1176/ajp.156.6.816>
- Weissman, M. M., Leaf, P. J., Bruce, M. L., & Florio, L. (1988). The epidemiology of dysthymia in five communities: rates, risks, comorbidity, and treatment. *American Journal of Psychiatry*, 145(7), 815–819. Doi: 10.1176/ajp.145.7.815

- Witelson S. F. (1989). Hand and sex differences in the isthmus and genu of the human corpus callosum. A postmortem morphological study. *Brain: a journal of neurology*, 112 (Pt 3), 799–835. Doi: <https://doi.org/10.1093/brain/112.3.799>
- Wood, J. N., & Grafman, J. (2003). Human prefrontal cortex: processing and representational perspectives. *Nature reviews. Neuroscience*, 4(2), 139–147. Doi: <https://doi.org/10.1038/nrn1033>
- Xie, H., Jiang, D., & Zhang, D. (2018). Individuals with depressive tendencies experience difficulty in forgetting negative material: two mechanisms revealed by ERP data in the directed forgetting paradigm. *Scientific reports*, 8(1), 1113. Doi: <https://doi.org/10.1038/s41598-018-19570-0>
- Yu, H. H., Gu, S. M., Yao, F. M., Wang, Z. R., & Fu, W. Q. (2019). Electrophysiological Characteristics in Depressive Personality Disorder: An Event-Related Potential Study. *Frontiers in psychology*, 9, 2711. Doi: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02711>