

## I MODELLI DELLA DEPRESSIONE (PARTE PRIMA): I MODELLI COMPORTAMENTALI

In psicologia, come in tutte le scienze, ad ogni orientamento teorico e anche all'interno dello stesso orientamento corrispondono diverse ipotesi di spiegazione dei fenomeni osservati. **In questa complessità, solo il professionista, specializzato in un determinato orientamento e con anni di esperienza clinica, può fornire informazioni corrette e/o evitare semplificazioni inopportune nella presentazione di quello specifico orientamento.** Per far comprendere bene l'approccio cognitivo e comportamentale alla depressione, in questo articolo, e negli altri che seguiranno, presenterò le teorie dei suoi principali esponenti storici (Ferster, Lewinsohn, Rehm, Lazarus, Seligman, Beck e Guidano). Inizierò presentando prima i modelli comportamentali, poi esporrò i modelli cognitivi e un'integrazione di alcuni di essi proposta da Durgoni e, infine, completerò questa disamina considerando gli approcci definiti di "terza generazione". Tra i **principali modelli comportamentali della depressione**, quelli di Ferster, Lewinsohn, Rehm e Lazarus sono i più noti. Per **Ferster** il comportamento depressivo si origina e si mantiene in seguito al verificarsi del seguente processo: 1) una diminuzione dei rinforzi positivi (premi, gratificazioni, lodi, ecc.) erogati dall'ambiente; 2) questa condizione determina un aumento della frequenza dei comportamenti di fuga o di evitamento di fronte a stimoli considerati frustranti o nocivi; 3) entrambe le condizioni definite ai punti precedenti sono determinate o favorite dalla mancanza, nel repertorio di comportamenti della persona, di abilità efficaci nell'affrontare gli stimoli frustranti o nocivi. Ferster ha dato parecchia importanza alla descrizione oggettiva dei comportamenti tipici del depresso, sia evidenziando i distretti muscolari coinvolti e il tipo di azione compiuta, sia sottolineando le differenti funzioni sottese ad uno stesso comportamento; infatti, all'interno dei diversi contesti di riferimento, le lamentele tipiche di una persona depressa, pur restando simili tra loro rispetto ai distretti muscolari coinvolti e al tipo di azione compiuta, possono, tuttavia, svolgere funzioni molto diverse (richiesta di vicinanza, evitamento, tentativi di contenimento della stimolazione frustrante o nociva, ecc.) e, quindi, generare tipologie molto differenti di rinforzi da parte dell'ambiente. Secondo Ferster, i comportamenti del depresso, pur non essendo dissimili da quelli di un non depresso (anche questo si lamenta, si affatica, piange, ecc.), sono molto più frequenti. Attraverso un attento esame è possibile individuare quando, dove, con chi e in che modo si eseguono automaticamente le risposte depressive, rilevando così cause ed effetti che determinano i comportamenti depressivi osservati. L'elevata frequenza di questi comportamenti (lagnanze, richieste d'aiuto, ecc.) non riesce ad estinguere la stimolazione frustrante o nociva (cioè quella che fa soffrire la persona depressa), ma la evita solo parzialmente e, pertanto, attraverso la loro emissione non si ottengono reali benefici nel medio e lungo termine. Ferster è convinto che tali modalità di comportamento in passato hanno prodotto un successo e sono state rinforzate dall'ambiente; tuttavia, il loro mantenimento è considerato "superstizioso", in quanto non funzionale e risolutivo nel contesto attuale. Inoltre, l'eccessiva frequenza di stimolazioni frustranti (o percepite come tali) e la contemporanea assenza di comportamenti adattivi atti a porvi fine o rimedio, alimenta il perpetuarsi delle modalità comportamentali depressive. In quest'ottica, la persona depressa può essere considerata come specializzata in una sterile attività indiretta di fuga e di evitamento. La riduzione di comportamenti attivi nel far fronte alla situazione evitata potrebbe essere stata determinata da un'assente, disfunzionale o incoerente presenza di rinforzi ambientali contingenti; in seguito, le modalità eccessivamente selettive di percezione e di memorizzazione della persona depressa che sottovaluta le proprie competenze, i propri attributi fisici e, nel contempo, sopravvaluta le proprie azioni scorrette e interpreta in senso sfavorevole il comportamento degli altri nei propri confronti, favoriscono il mantenimento di tale passività comportamentale che costituisce il presupposto per un'ulteriore riduzione della quantità dei

rinforzi, e così di seguito. In conclusione, per Ferster, sono le condizioni ambientali esterne che rivestono un ruolo decisivo: le attività della persona depressa si correlano soprattutto con le conseguenze prodotte sull'ambiente e da esso ne prendono il significato.

Per **Lewinsohn** la depressione consiste in un'alterazione caratteristica di una serie di moduli comportamentali, che considera rispettivamente come stato momentaneo e transitorio (caratteristica di "stato") e come aspetto permanente nel tempo ("tratto"). A tal riguardo Lewinsohn ha elaborato le seguenti ipotesi: 1) la riduzione di Rinforzi Contingenti Positivi (R.C.P.) - premi, lodi, gratificazioni dell'ambiente successivi al comportamento emesso da una persona - costituisce l'azione scatenante del mantenimento della sindrome comportamentale depressiva; 2) la presenza, preesistente allo stato depressivo, di un basso livello di "abilità sociali" (competenze nelle relazioni interpersonali), rafforza ulteriormente la condizione depressiva, impedendo alla persona depressa di ricevere R.C.P. dall'ambiente sociale e limitando ulteriormente la presenza di comportamenti attivi. In questo modo, la persona depressa viene a trovarsi in assenza costante di R.C.P.; 3) la persona depressa focalizza la sua attenzione (distrandola dai comportamenti socialmente adeguati) su una serie di sintomi somatici: insonnia, mancanza di energia, diminuzione del desiderio sessuale, inappetenza, dolori, ecc.; 4) lo stato emotivo malinconico contribuisce ad un'ulteriore riduzione del comportamento sociale della persona depressa; 5) la persona depressa vive una perdita della stima di sé come persona capace di affrontare in maniera adeguata l'ambiente sociale e di ottenere la soddisfazione dei propri bisogni. Determinante principale di questo vissuto è la bassa quantità e qualità dei R.C.P. Questi cinque aspetti relativi alla fenomenologia e al comportamento depressivo interagirebbero insieme peggiorando la condizione della persona depressa, la quale sperimenterà una costante perdita del "controllo interno" nell'efficacia e nell'efficienza personale e, parallelamente, un aumento del "controllo esterno" (ambientale) che, del resto, coincide con un'assente o ridotta presenza di R.C.P. Sulla base di tali premesse, Lewinsohn e altri studiosi hanno messo a punto uno strumento operativo, "la lista degli eventi piacevoli", che consiste in un questionario che la persona depressa deve compilare e dalla cui analisi è possibile quantificare il grado di depressione presente nella persona in esame e d'individuare quelle attività/eventi potenzialmente gratificanti per la persona depressa. Quest'analisi consente di prefigurare un intervento terapeutico concreto attraverso il quale creare o far recuperare alla persona depressa le condizioni per soddisfare le proprie esigenze e necessità evidenziate nel questionario. In conclusione, secondo Lewinsohn l'insorgenza della depressione è correlata, da un lato, alla possibilità che un comportamento attivo non produca un risultato gratificante per il soggetto e, dall'altro, al raggiungimento di un risultato gratificante indipendentemente dal comportamento emesso dal soggetto. Entrambe queste situazioni pongono la persona in condizioni di assenza costante di R.C.P., con successiva riduzione del comportamento attivo e continua perdita della stima di sé. Per un altro studioso, **Rehm**, la genesi e il mantenimento della depressione vanno individuate nella disfunzione dei tre processi fondamentali costituenti l'Auto-Controllo (*Self-Control*): *Auto-Monitoraggio* (*Self-Monitoring*), *Auto-Valutazione* (*Self-Evaluation*) e *Auto-Rinforzo* (*Self-Reinforcement*). Secondo Rehm, la persona depressa: 1) pone un'attenzione eccessiva e selettiva (*Auto-Monitoraggio*) sugli aspetti negativi e su quelli a breve termine del proprio comportamento; 2) presenta una rigidità nei criteri di valutazione (*Auto-Valutazione*), per cui attribuisce il merito per i successi personali a fattori ambientali e, viceversa, si considera sempre la sola responsabile per i suoi fallimenti; 3) dipende, per quanto riguarda l'erogazione dei rinforzi del proprio comportamento, sempre da fattori esterni, mentre è scarsa (o assente) la presenza di auto-rinforzi (*Auto-Rinforzo*) e notevole quella di auto-punizioni. Nel modello di Rehm, la passività e la dipendenza caratteristiche della depressione, sono viste come effetto del fallimento nell'efficacia del Self-Control rispetto alla scarsità o assenza del rinforzo esterno (ambientale). In conclusione, Rehm considera la persona depressa incapace di

mantenere risposte attive in assenza di rinforzo esterno contingente, mentre la persona “sana”, nelle stesse condizioni, è capace di utilizzare delle abilità di auto-controllo e di ottenere futuri rinforzi (i quali sono attesi con massima certezza, in virtù dell’adesione stessa ai criteri dell’auto-controllo). Applicando il suo modello di terapia multimodale alla depressione, un altro studioso, **Lazarus**, considera che il comportamento depressivo è determinato dalla riduzione o perdita dei rinforzi positivi, condizione che inibisce la produzione dei comportamenti sociali adattivi. La depressione è poi mantenuta dal rinforzo sociale fornito (sotto forma di attenzione, esortazione, commiserazione, ecc.) per il ruolo “abbattuto e sofferente” assunto dal soggetto depresso. Tutti i principali modelli comportamentali della depressione esaminati attribuiscono un’importanza fondamentale nella genesi e nel mantenimento dello stato depressivo alla ridotta quantità di rinforzi positivi erogati dall’ambiente alla persona depressa, condizione probabilmente causata dalla sua scarsa capacità d’interazione e competenza sociale antecedente l’insorgere dell’episodio depressivo. Tale scarsa capacità d’interazione e competenza sociale s’accompagna spesso ad ansia e fobia sociale, le quali si manifestano quando una persona non riesce ad inserirsi, come vorrebbe, o come dovrebbe nel contesto sociale in cui vive, oppure subisce o aggredisce indebitamente, quando non riesce ad esprimere sentimenti positivi e/o negativi o ad avanzare richieste e a conversare piacevolmente. Il risultato di questa incompetenza è una continua frustrazione e mortificazione emotiva da cui derivano ansia e paura nei confronti degli altri e, successivamente, il ritiro ambientale e la depressione. Sono state proposte fondamentalmente tre ipotesi per giustificare l’ansia e la fobia sociale che spesso si associa al quadro depressivo: 1) *l’ipotesi del Deficit Primario*. Secondo questa ipotesi la persona avrebbe una marcata carezza di base nelle abilità sociali e nelle competenze interpersonali; l’ansia sarebbe correlata all’incapacità a fronteggiare le specifiche situazioni sociali; 2) *l’ipotesi della Disinibizione*. In questo caso, la persona non avrebbe nessuna carezza di base nelle abilità sociali, bensì queste ultime sarebbero solo inibite dalla presenza di elevati livelli d’ansia e paura che sono state associate alle situazioni sociali; 3) *l’ipotesi della Distorsione Cognitiva*. L’assunto fondamentale su cui si basa questa ipotesi prevede che l’emozioni e il comportamento dell’individuo siano soprattutto determinati dal suo modo di strutturare il mondo. In questo caso, l’ansia eccessiva sarebbe correlata all’esigenza del soggetto di prefissarsi standard di prestazione troppo alti e, quindi, non sempre raggiungibili, oppure, ad aspettative irrealistiche sostenute da idee irrazionali. Dal punto di vista psicoterapeutico è molto utile accettare la complementarità tra le tre ipotesi sopra considerate e combinare le strategie e tecniche d’intervento che andrebbero coerentemente usate per ognuna delle singole ipotesi.