

I MODELLI DELLA DEPRESSIONE (PARTE SECONDA): IL MODELLO COGNITIVO CLASSICO E L'APPROCCIO SISTEMICO-PROCESSUALE

In questo articolo presento gli aspetti teorici di due dei principali modelli cognitivi classici della depressione (il modello di Seligman e il modello di Beck) e i principi base dell'approccio sistemico-processuale alla depressione di Guidano. **Il modello cognitivo di Seligman** è basato sull'ipotesi che una persona cade in depressione quando sente di non avere più il controllo sul suo ambiente e vive una condizione di "inermità appresa" (impotenza appresa). Questa definizione racchiude in sé l'aspettativa di non sapere o di non potere influenzare l'ambiente attraverso il proprio comportamento. Seligman ha sostenuto questa ipotesi basandosi sui risultati della sua sperimentazione con i cani (*per la mancanza di rispetto nei confronti degli animali sperimentali, oggi tale sperimentazione non sarebbe chiaramente più consentita*). Egli ha dimostrato che un animale assume una posizione di "inermità" quando non dispone di comportamenti idonei a raggiungere uno stimolo considerato positivo (il cibo) o ad evitare uno stimolo nocivo (scarica elettrica). In questo caso l'animale non è in grado d'esercitare alcun tipo di controllo sul proprio ambiente. L'aver sopportato tutta una serie di traumi ripetuti (scariche elettriche) in una situazione d'impotenza totale, porta l'animale ad una mancanza di reazione, d'immobilità, simile a quella che si trova nella *depressione reattiva*. I cani, dopo l'esperimento, presentavano tutta una sintomatologia analoga a quella dei soggetti umani diagnosticati come depressi (perdita del ruolo nel gruppo, disturbi del ritmo del sonno, inappetenza, astenia e riduzione dei livelli cerebrali di noradrenalina). La caratteristica più interessante presentata però dagli animali che erano stati sottoposti alla condizione d'impotenza totale (una serie inevitabile di stimolazioni elettriche dolorose) era quella di **non riuscire poi in alcun modo ad apprendere** uno schema motorio (cioè un comportamento) che costituiva una soluzione idonea ad evitare le ulteriori scariche elettriche. Sperimentazioni analoghe con gli esseri umani, usando come stimolo nocivo la somministrazione di rumori disturbanti durante l'esecuzione di un compito, confermano l'ipotesi della "inermità appresa". Fra le situazioni individuate da Seligman che possono scatenare la situazione d'inermità appresa ritroviamo molti degli eventi stressanti della nostra vita e tra questi: il litigio con il partner, il divorzio, il cambio di lavoro, la grave malattia fisica, l'allontanamento o la morte di un familiare, ecc. In conclusione, per Seligman l'inermità appresa sperimentata in condizioni d'elevata intensità, frequenza e durata, soprattutto fin dall'infanzia, crea le condizioni per l'insorgenza futura di ricorrenti Episodi Depressivi Maggiori. **Il modello cognitivo di Beck** utilizza tre concetti di base per spiegare la genesi e il mantenimento dello stato depressivo: gli **schemi**, la **triade cognitiva** e le **distorsioni cognitive**. Gli schemi, cioè strutture relativamente stabili che sottendono e controllano i processi di percezione, codificazione e valutazione selettiva degli stimoli che agiscono sulla persona, strutturano l'organizzazione della realtà in unità psicologicamente rilevanti. La depressione sarebbe il risultato di esperienze negative che si sono progressivamente consolidate in schemi cognitivi disadattivi, ossia rigidi, inappropriati ed eccessivi. Gli schemi depressivi, normalmente inattivi, verrebbero attivati da situazioni stressanti determinando una serie di errori sistematici nell'interpretazione della realtà. Gli schemi si organizzano in una triade cognitiva: la *visione negativa di se stesso*, che consiste in un atteggiamento di autosvalutazione e tendenza ad interpretare ogni insuccesso come chiara testimonianza della propria incapacità, insufficienza, inadeguatezza, accompagnato da sentimenti di colpa e convinzione di non meritare affetto, considerazione, serenità, ecc.; la *visione negativa dell'ambiente circostante e della realtà*, ovvero una visione pessimistica dell'interazione fra sé ed un ambiente percepito come ostile, pieno di ostacoli insormontabili ed insopportabili; la *visione negativa sul futuro in genere*, si presenta come un'assenza di speranza in merito alla possibilità di un'evoluzione positiva della propria condizione, la quale oltre a mantenere la depressione rende il paziente demotivato a collaborare anche nella

psicoterapia. Nella depressione, l'attivazione degli schemi disfunzionali depressivi favorisce le distorsioni cognitive, cioè distorte attribuzioni di significato ad eventi specifici (*errori sistematici*) che contribuiscono a loro volta a mantenere ulteriormente attivi gli schemi depressivi. Questi *errori sistematici* si mantengono in quanto i pensieri delle persone depresse sono "automatici", cioè non soggetti a controllo volontario, e "plausibili", cioè appaiono perfettamente accettabili. In conclusione, secondo Beck, gli schemi cognitivi negativi del soggetto depresso portano ad una errata percezione degli stimoli esterni con conseguente elaborazione di pensieri automatici di tipo depressivo. Ogni giudizio negativo determina un'immagine di sé negativa, la quale genera un nuovo giudizio negativo, e così di seguito. Con il tempo gli schemi s'irrigidiscono e si produce una conseguente limitazione della possibilità di nuovi apprendimenti ed emergono comportamenti ripetitivi ed infruttuosi. Con il tempo questa modalità diventa una struttura, una formazione permanente nell'organizzazione cognitiva, un modello complesso che vaglia, che pesa, che determina le modalità percettive ed interpretative di ogni evento, che resta ben presente anche quando non viene attivato e che determina le distorsioni di pensiero e di comportamento, nonché lo stato emotivo e le condizioni fisiologiche della depressione. Nell'**approccio sistemico-processuale proposto da Guidano**, l'aspetto cognitivo principale della persona depressa è la spiccata propensione a rispondere con disperazione e rabbia ad eventi anche banali della vita che spesso vengono vissuti in termini di **perdita e delusione**. Questa continua elaborazione di un senso di perdita viene ricondotta a dei **modelli di attaccamento non riusciti** (attaccamento ansioso, evitante e disorganizzato) con le figure genitoriali. Guidano indica i tre principali eventi e le condizioni che possono determinare modelli di attaccamento non riusciti che, in seguito, potrebbero causare un episodio depressivo:

- 1) la perdita di un genitore, ovvero una separazione prolungata o definitiva (purché venga vissuta dal figlio come una perdita), durante la fanciullezza o la pubertà. Se di tale perdita o separazione il bambino si sente in qualche modo artefice (per es., perché crede di essere stato un "bambino cattivo") le probabilità di vivere in maniera patologica successive perdite affettive possono indubbiamente crescere ;
- 2) l'esperienza di non essere mai stato in grado di ottenere, durante lo sviluppo, un attaccamento emotivo stabile e sicuro nonostante i continui sforzi effettuati per riuscirci. Questa esperienza è tanto più probabile quanto più i genitori, che mostrano un controllo parentale privo di affetto, richiedono al bambino livelli non comuni di prestazione e di senso di responsabilità, senza però fornirgli l'adeguato sostegno emotivo necessario per riuscirci;
- 3) inversione della relazione genitore-bambino, con il bambino reso responsabile della cura del genitore. Spesso questi genitori affliggono psicologicamente il bambino accusandolo di non essere degno del loro affetto, con la diretta conseguenza che il bambino svilupperà un concetto di sé come persona poco amabile ed inadeguata. Altri bambini possono reagire a questo stile di attaccamento genitoriale con un "atteggiamento di accudimento" (per esempio, prendendosi cura del genitore superstite nel caso della premorienza di uno dei genitori).

L'esperienza di perdita s'accompagna, da un lato a disperazione e tristezza e, dall'altro a rabbia e senso di ribellione. L'alternanza dinamica tra queste due emozioni e la capacità di tollerarle adeguatamente, inserendole in una cornice interpretativa coerente capace di predisporre al mantenimento e alla creazione di nuovi legami affettivi durante le diverse tappe evolutive della vita, determinerà il futuro atteggiamento comportamentale e cognitivo ("normale" o psicopatologico) del bambino che ha subito la perdita. Dal punto di vista terapeutico, la cura della depressione nell'ottica di Guidano, sarà fortemente determinata dalla qualità e dal modello di attaccamento affettivo che il paziente instaurerà con lo psicoterapeuta e dalla capacità di quest'ultimo di non deludere (e per questo è necessario non illudere) ulteriormente la persona che ha richiesto il suo aiuto.