

8. I SISTEMI COGNITIVI IN INTERAZIONE E LA TERAPIA COGNITIVA BASATA SULLA MINDFULNESS. COMPrensIONE E CURA DELLA RICORRENZA

Antonella Rainone, Paolo Lindaver, Irene Picone

8.1 Sistemi Cognitivi in Interazione: multisistemi e multilivelli

L'approccio Interacting Cognitive Systems (ICS) ovvero dei sistemi cognitivi in interazione è stato sviluppato da John D. Teasdale e Philip J. Barnard (1993) e descrive il sistema cognitivo come un insieme di sottosistemi continuamente in interazione tra loro, impegnati ad elaborare l'informazione a diversi livelli di significato.

In particolare, secondo il modello ICS vi sono nove sottosistemi cognitivi suddivisibili in tre gruppi:

- sottosistemi sensori (acustico e visivo);
- sottosistemi centrali (morfolessicale, proposizionale, implicazionale e dell'oggetto);
- sottosistemi effettori (dell'articolazione, dello stato del corpo e degli arti).

I sottosistemi elaborano l'informazione in parte in parallelo ed in parte in sequenza, a seconda del tipo di compiti che sono chiamati a svolgere e delle richieste a cui il sistema è sottoposto.

Ogni sottosistema opera in uno specifico codice mentale o di significato, legato ad un particolare aspetto dell'esperienza. Alcuni codici sono legati più direttamente ai dati sensori di base, come quelli che caratterizzano i sottosistemi sensori (ad es. il suono del clacson dell'auto dietro di noi e la luce verde del semaforo), altri più all'elaborazione "cognitiva" degli stessi dati, come quelli che riguardano i sottosistemi centrali (il significato del suono del clacson e della luce rossa nel pensiero "posso ripartire ed vogliono che mi sbrighi").

Ciascun sottosistema, quindi, elabora l'informazione ad un particolare livello di significato, trasformandola in una rappresentazione in un codice specifico e possiede una memoria, ovvero conserva le rappresentazioni che ha elaborato di quella informazione nel codice in cui opera.

Per la comprensione della depressione, sono rilevanti in particolare, due sottosistemi e i loro specifici codici: il proposizionale e l'implicazionale.

I patterns di codice proposizionale (livello proposizionale) corrispondono a significati espliciti, specifici e facili da cogliere, come quelli veicolati da una singola frase. Le unità di rappresentazione sono le proposizioni ovvero unità semantiche con un valore di verità. Per es., l'unità "il clacson sta suonando" è una proposizione, mentre non lo è l'unità "il clacson" perché non ha valore di verità, ma è semplicemente il nome di un oggetto. Il sottosistema proposizionale ha a che fare con la produzione dei pensieri.

I patterns di codice implicazionale (livello implicito) corrispondono a significati impliciti di ordine superiore. Le unità di rappresentazione sono i Modelli Schematici di esperienza, che non possono essere espressi in singole frasi, ma chiamano in causa l'intuito, l'olistico. Sono costituiti da tematiche e interrelazioni profonde ricorrenti che vengono estratte dall'esperienza. Il significato implicito rappresentato nei modelli schematici non può essere espresso mediante una singola frase né può essere trasmesso facilmente. Soggettivamente, la sintesi dei significati implicazionali è associata a sentimenti intuitivi, globali, ricchi di significati impliciti. Per esempio, un senso di fiducia sottolinea la creazione di modelli schematici associati a temi di competenze, valore, ottimismo e aspettative positive (Teasdale, 1999).

Per spiegare la differenza tra il livello proposizionale e il livello implicazionale, possiamo pensare all'esperienza della lettura di una poesia (Barnard e Teasdale 1993, 1999). Il significato dell'intera poesia è difficilmente traducibile a parole o con le singole frasi che la compongono. Anche quando tentiamo di farlo la sensazione può essere quella di perdere qualcosa. Il significato olistico che sentiamo leggendo una poesia, chiama in causa non solo le parole e le frasi che la compongono, né solo i pensieri espliciti, ma anche le sensazioni corporee, le nostre esperienze passate, ed è qualcosa che ha a che fare con le emozioni e i sentimenti. E' proprio il livello implicazionale infatti, l'unico a produrre direttamente l'esperienza emotiva.

8.2 L'interazione tra i sottosistemi

8.2.1 I processi di trasformazione dell'informazione

Come abbiamo visto, secondo il modello ICS vi sono diversi sottosistemi cognitivi che operano in specifici codici mentali, connessi a diversi tipi di esperienza. I sottosistemi interagiscono continuamente passandosi i patterns di informazione. Ogni sottosistema è specializzato nel ricevere l'informazione rappresentata in un codice, tradurla nel suo codice specifico ed emettere la rappresentazione che ne deriva agli altri sottosistemi. Il passaggio dell'informazione da un sottosistema all'altro, ovvero la trasformazione di patterns di informazione rappresentata in uno specifico codice di significato, in patterns di informazione rappresentata in un diverso codice di significato, costituisce il processo di elaborazione.

Il funzionamento della mente è prodotto dall'interazione dei sottosistemi cognitivi tra loro. La mente risulta quindi essere un sistema dinamico che si auto organizza.

Nel passaggio dei significati, l'unico sottosistema che riceve informazioni in tutti i diversi codici e che passa le sue rappresentazioni a tutti i diversi livelli (sottosistemi), è quello implicazionale. E' dunque a questo livello che si possono combinare le diverse e specifiche rappresentazioni dell'esperienza, ed è dalla combinazione dei diversi livelli di significato che si produce l'esperienza emozionale. Tale combinazione non si può ridurre alla semplice somma delle parti, ma è sempre qualcosa di più. Per fare un esempio semplice, consideriamo l'interazione solo tra quattro dei nove sottosistemi, immaginando una situazione specifica in cui si può provare paura: sdraiati sulla poltrona del dentista (Figura 1, tratta da M. Power e T. Dalgleish, 1997 e modificata). Come si può vedere, l'input del sottosistema implicazionale arriva dai sottosistemi visuale, proposizionale e dello stato del corpo. Il vedere il dentista che si avvicina con il trapano in mano (rappresentazione nel codice visivo), il sentirsi sdraiato sulla poltrona (rappresentazione nel codice stato del corpo) e i pensieri "l'anestetico non ha effetto!" o "Il dentista nazista nel film *Il maratoneta* non ha niente a che fare con questo tipo!" (rappresentazioni nel codice proposizionale) divengono gli input del sistema implicazionale. Qui si combinano generando un modello schematico del tipo "Sé che muore per le torture del dentista", che produce una esperienza emotiva di totale panico. Naturalmente, l'esperienza di panico costituirà a sua volta, l'informazione che verrà processata a livello dello stato del corpo e a livello proposizionale e che, da questi livelli, verrà trasmessa all'implicazionale. In tal modo si rigenererà lo stesso modello schematico e il panico si manterrà, in un circolo vizioso.

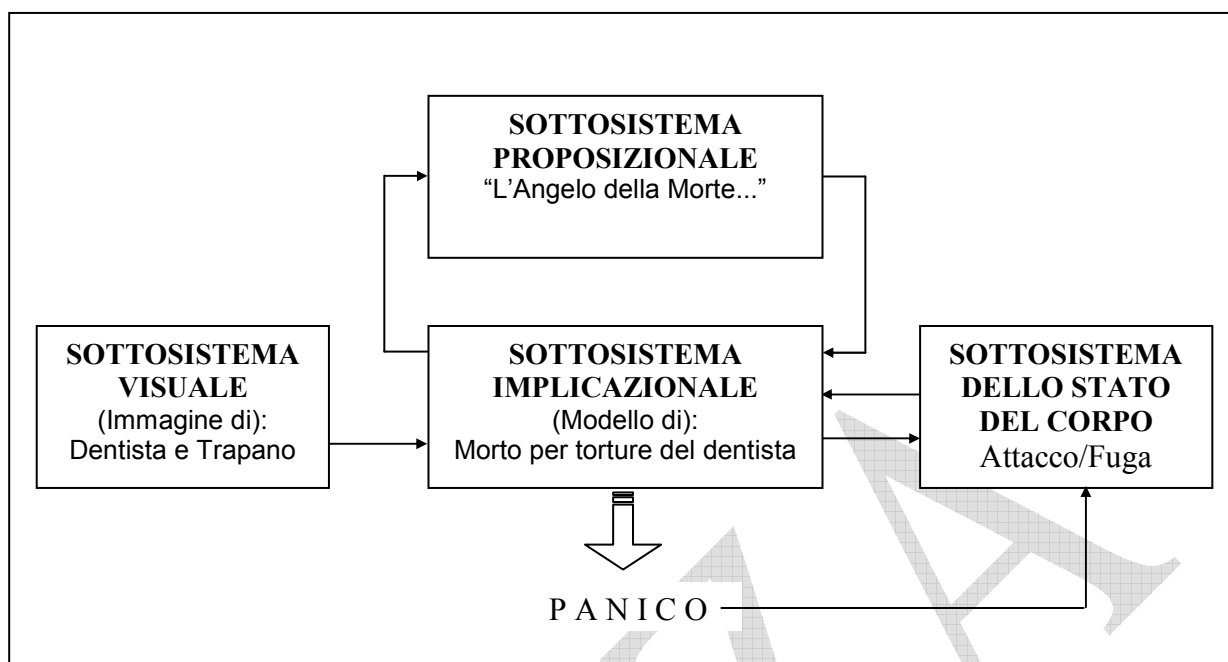


Figura 1. Tratta da Power M., Dagleish T. (1997) e modificata.

8.2.2 *Le interazioni tra i sottosistemi proposizionale e implicazionale: il motore centrale della cognizione*

Le interazioni tra il sottosistema proposizionale e quello implicazionale sono continue e reciproche e sono centrali nei processi di elaborazione cognitiva ed emozionale, inclusi i processi coinvolti nel mantenimento e nelle ricadute nella depressione. Per la centralità del suo ruolo, l'insieme di interazioni tra i sottosistemi implicazionale e proposizionale è stato definito da Teasdale e Barnard il "Motore Centrale della Cognizione" (vedi fig. 1). In questo processo, i patterns di significato proposizionale trasmessi al sottosistema implicazionale, contribuiscono a creare, attivare e mantenere attivi, specifici modelli schematici e, a loro volta, i modelli schematici creano, attivano e mantengono specifici significati. Così, facendo un esempio di Teasdale (1999), se qualcuno legge la frase: "Maria ha fatto cadere un bicchiere dal tavolo. Giovanni è andato in cucina a prendere una paletta per la spazzatura e ha pulito", può immediatamente inferire che il bicchiere si è rotto, nonostante non sia espresso esplicitamente nella frase. Nei termini del modello ICS, questo implica che, sulla base della combinazione dei significati specifici collegati all'oggetto fragile che cade su una superficie dura e all'uso di uno strumento di pulizia, venga sintetizzato il Modello Schematico della "rottura", avente tutte le caratteristiche ricorrenti estratte precedentemente dalle esperienze di rottura. Dalla conoscenza implicita in questo modello schematico, può essere derivato il significato specifico esplicito che qualcosa è stato rotto. Tale significato specifico è disponibile come parte di un più ampio pattern di significati specifici, dal quale può essere derivato un nuovo modello schematico (ad esempio collegato al biasimo). In tal modo può continuare a dischiudersi e a svilupparsi un pattern di elaborazione che sostiene l'evoluzione dinamica del pensiero e della comprensione.

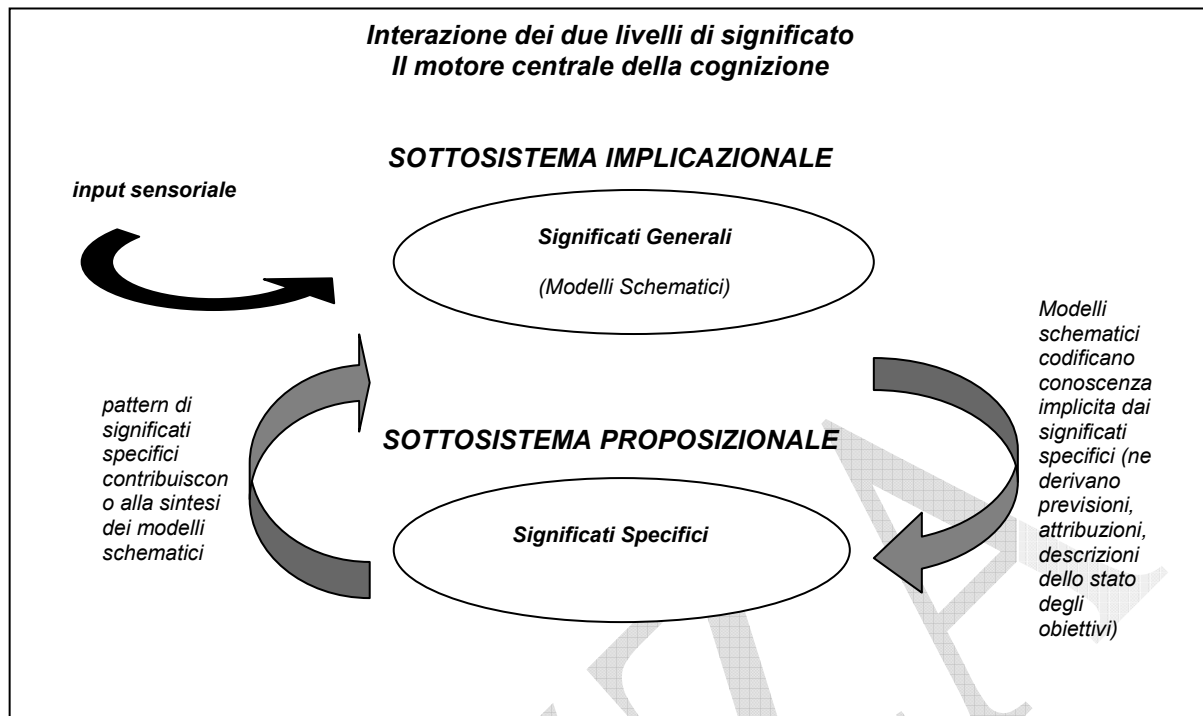


Figura 2 Schema del Motore Centrale della Cognizione (da “Emotional Processing, three modes of mind and the prevention of relapse in depression”, Behaviour Research and Therapy – 1999).

8.2.3 Le configurazioni di processo dell'ICS e i tre vissuti soggettivi

Nei loro continui scambi interattivi, i sottosistemi cognitivi possono operare in due modi specifici (*modes*): il *direct mode* e il *buffered mode*. Quando lavorano nella prima modalità traducono l'informazione che ricevono pezzo per pezzo, man mano che scorre (*on line*). La seconda modalità mutua il suo nome direttamente dalla terminologia informatica e si riferisce alla *memoria buffered*. Quando è in questa modalità, il sottosistema inizia il processo di traduzione solo quando ha accumulato una certa quantità di informazioni.

L'intero sistema è governato da un principio operativo secondo cui solo uno dei sottosistemi può operare in *buffered mode* allo stesso tempo. Quindi se il sottosistema implicazionale sta operando in *buffered mode*, quello proposizionale non lo può fare e viceversa. Ne consegue che nel motore centrale della cognizione, si possono avere tre configurazioni di processo:

- 1) il sottosistema cognitivo implicazione in *buffered mode* e quello proposizionale in *direct mode*;
- 2) il sottosistema cognitivo proposizionale in *buffered mode* e quello implicazionale in *direct mode*;
- 3) nessuno dei due sottosistemi in *buffered mode* ovvero entrambi in *direct mode*.

Queste configurazioni di processo corrispondono a tre specifici vissuti soggettivi, quindi siamo in grado di riconoscere quale configurazione di processo caratterizza il lavoro del nostro sistema cognitivo in un determinato momento.

- 1) La prima configurazione corrisponde alla “*mindful experiencing/being*” (*mindfulness*) o “mente saggia”, come la chiama Marsha Linehan (1993). Il vissuto è quello di vivere e sentire direttamente e consapevolmente gli stati mentali (emozioni e sentimenti, sensazioni somatiche, pensieri), senza commentarli né valutarli, ma accettandoli e vivendoli nel presente.
- 2) La seconda configurazione corrisponde alla “*conceptualising/doing mind*” o “mente razionale” nelle parole della Linehan. In questo caso gli stati mentali vengono vissuti come oggetti da valutare e da capire concettualmente. Divengono cioè l'oggetto del proprio

pensiero e spesso vengono analizzati confrontandoli con stati mentali desiderabili. La discrepanza che ne può derivare diviene a sua volta oggetto di analisi.

- 3) La terza configurazione corrisponde alla “*mindless emoting*” o “mente emotiva”, per la Linehan. L’esperienza è quella di essere completamente immersi e travolti dagli stati mentali, in particolar modo dalle emozioni, senza alcuna riflessione e con una bassissima consapevolezza.

Per il principio operativo suddetto, secondo cui solo un sottosistema per volta può lavorare in *buffered mode*, possiamo esperire solo uno di questi tre vissuti nello stesso momento. Come con un’automobile si può mettere una sola marcia per volta, alla stessa maniera la nostra mente può lavorare in un solo modo per volta (Segal, Williams e Teasdale, 2002). E come le mance di un’automobile sono tutte utili in un determinato momento, ma non utili o addirittura dannose per il motore intero in un altro (si pensi all’uso della prima anche dopo la partenza e in accelerazione), anche i modi di operare del nostro sistema mentale possono risultare funzionali o disfunzionali in relazione a compiti diversi a cui il sistema stesso è impegnato. Se per progettare un edificio è utile che il nostro sistema cognitivo operi in *doing mode* o mente razionale, vedremo che nella gestione degli stati mentali che precedono la ricaduta depressiva, il *doing mode* è disfunzionale, mentre diviene utile la modalità operativa *mindfulness* o saggia.

Abbiamo visto che i modelli schematici si formano dalla combinazione delle diverse rappresentazioni o significati che i vari sottosistemi trasmettono a quello implicazionale, e che non possono essere ridotti alla somma dei significati specifici che li costituiscono. Per produrre nuovi modelli schematici o per modificare quelli già esistenti, il sottosistema implicazionale ha dunque bisogno di rappresentazioni diverse e ne ha bisogno contemporaneamente. Come a dire che, per cambiare il significato olistico di una poesia, abbiamo bisogno di avere tutta la poesia sotto gli occhi insieme a tutte le sensazioni che proviamo nel leggerla. Ne segue che, l’unica configurazione di processo in cui è possibile produrre nuovi modelli schematici o modificare quelli vecchi, è la configurazione in cui il sottosistema implicazionale opera in *buffered mode*, perché può avere a disposizione nella sua memoria presente, contemporaneamente, i vecchi modelli e tutte le rappresentazioni dell’informazione codificate in quel momento dai diversi sottosistemi. Tradotto in termini esperenziali, si può avere una profonda e più stabile modificazione dell’esperienza emotiva o elaborazione emotiva, per usare le parole di Jack Rachman (1980), quando viviamo le emozioni, le sensazioni somatiche e i pensieri con consapevolezza, ma senza trattarle come oggetto delle nostre valutazioni critiche.

Quando avviene la produzione di nuovi modelli schematici o la modificazione di quelli vecchi, l’individuo ridefinisce gli schemi affettivi nel lungo termine, per cui quando lo stimolo che aveva prodotto una certa risposta affettiva si ripresenta, viene recuperato un nuovo schema e viene prodotta una risposta affettiva diversa. Quindi, l’intervento psicoterapeutico che voglia ottenere cambiamenti duraturi nel tempo, deve poter attivare la configurazione processuale con il sottosistema implicazionale in *buffered mode*.

8.3 L’interazione tra i sottosistemi nella depressione: l’ingranaggio depressivo

Il modello dell’ICS spiega il disturbo depressivo come una condizione di blocco nell’elaborazione dell’informazione, cioè nella dinamica del sistema. A livello di contenuto dei sottosistemi, il blocco nell’elaborazione è caratterizzato dallo stabilizzarsi di modelli schematici depressogeni. A livello delle operazioni che caratterizzano gli scambi interattivi tra i sottosistemi, questo blocco è dovuto all’instaurarsi delle configurazioni di processo che vedono il sistema implicazionale lavorare continuamente in *direct mode*. In tal modo, i modelli schematici depressogeni restano attivati e continuano a generare significati e stati emotivi depressivi. La cessazione dello stato depressivo si ha con la risoluzione di questo blocco e con la produzione di modelli schematici alternativi a quelli depressogeni.

La continua sintesi dei modelli schematici depressivi, infatti, non avviene solo quando si fa ripetuta esperienza di eventi ambientali critici (difficoltà persistenti, eventi di vita come lutti e perdite multiple), ma anche quando particolari processi cognitivi ne sostengono il mantenimento interno. L'ICS infatti l'esistenza di un processo autopertuante che continua a rigenerare i modelli schematici depressogeni attraverso un particolare flusso di elaborazione di significati specifici e di informazioni sensoriali. Questo processo è stato definito da Teasdale e Barnard come l'"ingranaggio depressivo".

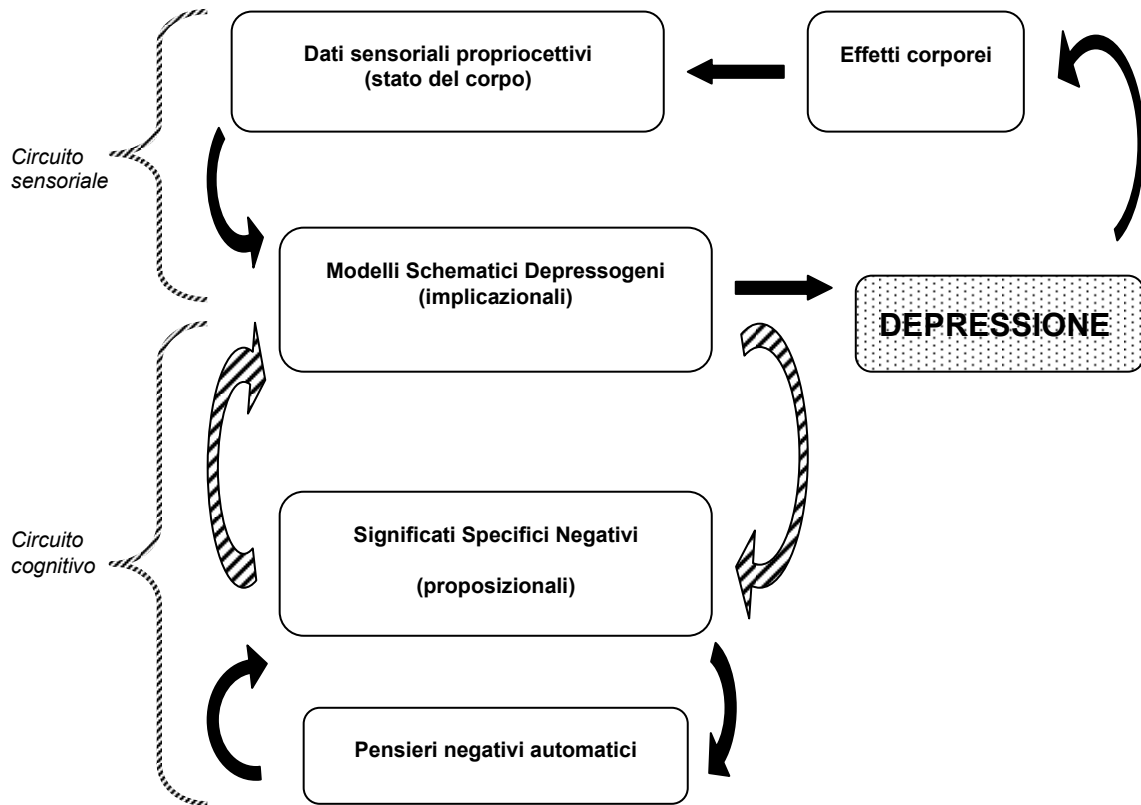


Figura 3 Ingranaggio depressivo (da "Emotional Processing, three modes of mind and the prevention of relapse in depression", Behaviour Research and Therapy – 1999).

Come si vede, l'ingranaggio depressivo è la configurazione mentale in cui alcuni circuiti cognitivi e sensoriali agiscono come circoli viziosi congiunti, creando un particolare flusso (bloccato) nei processi di elaborazione.

Nella depressione il circuito cognitivo bloccato è formato da modelli schematici implicazionali depressivi che, una volta attivati, stimolano l'elaborazione di nuovi significati specifici al livello proposizionale. Per la dinamica interattiva tra sottosistemi cognitivi, questi significati specifici hanno l'effetto di mantenere attivi i modelli schematici depressivi stessi. Nella configurazione depressiva, l'interazione tra sottosistemi viene così dominata dall'elaborazione di contenuti negativi come ad esempio, previsioni pessimistiche per il futuro, attribuzioni di fallimento a propria inadeguatezza personale, valutazioni negative delle interazioni interpersonali, rievocazioni di precedenti fallimenti o difficoltà.

Secondo il modello ICS, i pensieri automatici negativi che caratterizzano gli stati depressivi, non sono una causa diretta della depressione, ma agendo come significati depressivi specifici, possono contribuire alla sintesi dei modelli schematici implicazionali depressivi e mantenerli attivati (vedi fig. 2). I pensieri automatici negativi possono riflettere a livello cosciente elementi della configurazione di mantenimento della depressione. L'ICS ritiene comunque che i modelli schematici possano restare attivi anche senza che la loro elaborazione sia continuamente rilevabile a livello cosciente.

L'ingranaggio depressivo si stabilisce, quindi, quando le interazioni tra i sottosistemi cognitivi proposizionale ed implicazionale (circuito cognitivo) si bloccano nel processare un numero limitato di

temi dal contenuto negativo. Il blocco agisce perpetuando l'elaborazione di informazioni appartenenti a modelli schematici depressogeni a scapito di altri modelli alternativi.

La configurazione bloccata del circuito cognitivo depressivo si fissa solitamente su modelli schematici attinenti una visione negativa globale di sé o del futuro. Questa visione del circuito cognitivo depressivo presenta delle convergenze con il modello della triade cognitiva negativa di Beck (sé, mondo e futuro globalmente negativi) (Beck, 1987).

Pensiamo ad una persona vulnerabile alla depressione. Il pensare "oggi è domenica e sono a casa da solo", può attivare modelli schematici relativi alla solitudine e all'essere un fallito. Questi modelli, a loro volta mantengono il pensiero. Si può instaurare così un classico circolo vizioso. Inoltre, non c'è bisogno che il pensiero sia finito ed articolato. Bastano anche due parole tipo "domenica a casa" per attivare i modelli schematici "solitudine e fallito" che permettono di completare la frase in modo peculiare.

Parallelamente al circuito cognitivo, l'ICS ipotizza anche l'esistenza di un circuito sensoriale che opera attraverso l'effetto del feedback sensoriale della depressione sul corpo. Gli effetti somatici dello stato emotivo depresso (ridotto arousal, mimica e postura abbattute, ecc.) vengono infatti rielaborati nel sistema cognitivo come nuovi input sensoriali e contribuiscono a mantenere attivo il blocco dell'ingranaggio depressivo.

Se riprendiamo l'esempio precedente, la persona può essere sdraiata sul divano e sentire i suoi muscoli pesanti. I modelli schematici solitudine e perdente possono essere attivati, così, da queste informazioni derivanti dal sottosistema stato del corpo, mandare informazioni al sottosistema proposizionale attivando così quei significati specifici e dunque quei pensieri.

A livello processuale, l'ingranaggio depressivo si instaura quando il sottosistema implicazionale è in *direct mode* e quindi non ha a disposizione nello stesso tempo abbastanza informazioni di diversa natura per poter creare nuovi modelli schematici, e dunque per poter modificare l'esperienza emozionale. Questa modalità di lavoro del sistema si riflette nel vissuto soggettivo caratterizzato dalla ruminazione continua e dalla stabile focalizzazione su di sé e sui propri stati mentali depressivi nel tentativo di risolverli ("mente razionale"). Ciò mantiene e rinforza i modelli schematici depressivi.

Il mantenimento dello stato depressivo dipende quindi dalla continua creazione e rigenerazione di modelli schematici con tematiche depressogene. Se la sintesi di tali modelli cessa o si generano altri modelli, la depressione si allevia.

8.4 La vulnerabilità alle ricadute secondo ICS

Secondo il modello ICS, la vulnerabilità alla depressione e le ricadute dopo il recupero sono collegate alla facilità con la quale l'ingranaggio depressivo viene ristabilito nei momenti di umore disforico.

A livello di contenuto, la vulnerabilità è costituita dal mantenimento di modelli schematici depressogeni. A livello processuale, dallo stabilizzarsi di interazioni tra i sottosistemi che mantengono i modelli schematici depressogeni, cioè dall'instaurarsi della configurazione in cui il sottosistema implicazionale è continuamente in *direct mode* (modalità operativa conceptualising/doing). A livello esperienziale la vulnerabilità consisterà nell'utilizzo di strategie di coping degli stati disforici consistenti fondamentalmente nel trattamento degli stati mentali come oggetti da valutare criticamente (mente razionale), come avviene nella ruminazione. In altri termini, la vulnerabilità alla ricaduta è proporzionale alla facilità con cui si instaura l'ingranaggio depressivo nei momenti di disforia.

Diverse ricerche dimostrano che quando si induce disforia, anche chi non è depresso tende maggiormente a ricordare eventi negativi piuttosto che positivi. Se la persona ha avuto in passato un episodio depressivo, quando sperimenta un cambiamento dell'umore in senso disforico, anche piccolo, le ritorneranno in mente maggiormente le esperienze negative ed in particolare i ricordi relativi all'episodio depressivo passato. Inoltre, gli studi di Ingram (1998) mettono in evidenza che nelle persone che sono state depresse, tale bias di memoria è più accentuato.

Ci sono poi studi che dimostrano che l'induzione dell'umore provoca un aumento degli standard di prestazione e una diminuzione dell'autoefficacia percepita (Tillema, Scott e Cervone, 2001) e un aumento di pensieri di valutazione negativa (Miranda e Person, 1998). Il cambiamento nei patterns di pensieri risulta più sensibile nelle persone che hanno avuto almeno un episodio depressivo (Miranda e Person).

L'umore disforico è quindi associato a pattern di pensieri depressogeni, che andranno a peggiorare e mantenere l'umor nero. Teadsale chiama questo fenomeno "differential activation hypothesis" (2002): l'umore disforico ha maggiore probabilità di riattivare stili di pensiero associati con precedenti esperienze di umore disforico. Il Sè viene visto e sentito come inadeguato, privo di potere e di valore e

inefficace. Questi stati mentali vengono trattati come accurate riflessioni sulla realtà. In chi è stato depresso, anche un piccolo aumento della tristezza può restaurare quei pattern di pensieri che ha sperimentato durante l'episodio depressivo.

Oltre ad una maggiore accessibilità a contenuti di pensiero negativi e depressogeni, gli studi di Nolen-Hoeksema (1991, 1993) mettono in evidenza anche l'importanza della modalità di gestione di questi pensieri. Come abbiamo visto nel capitolo (...) le persone vulnerabili alla depressione cercano di risolvere lo stato disforico mettendo in atto maggiormente modalità ruminative e di concentrazione su di sé (stile di risposta ruminativo) (Nolen-Hoeksema, 1991, 1993 – Pyszcznski et al. 1987, 1991, 1992). Viene monitorato e valutato continuamente lo stato attuale del Sé (stati mentali legati alla disforia) e della situazione con uno standard ideale (quello che si desidera, ci si aspetta, si richiede). Se pensiamo alle ricerche che dimostrano che durante lo stato disforico aumentano gli standard di prestazione e contemporaneamente diminuisce la percezione di autoefficacia, possiamo immaginare quanto sia improbabile che nei momenti di disforia la persona possa non trovare discrepanze tra il livello attuale e quello ideale. La persona vulnerabile alla depressione tenderà a voler trovare a tutti i costi una soluzione e la cercherà ruminando ulteriormente, ritrovando continuamente la discrepanza stessa e sentendosi sempre più depressa, con il risultato che la discrepanza aumenterà. Siamo nel circolo vizioso che caratterizza l'ingranaggio depressivo, non solo per i contenuti ma anche per la modalità operativa dei sottosistemi: il doing mode o mente razionale.

Quindi, quando l'umore si abbassa la persona che ha avuto depressione tenderà:

- 1) ad avere un marcato cambiamento nei pattern di pensieri, con un massiccio ritorno dei pensieri, ed in generale, dei modelli mentali che hanno caratterizzato l'episodio depressivo precedente;
- 2) cercherà di risolvere l'umore depresso, i pensieri negativi e in generale, gli stati mentali che caratterizzano la fase disforica, ruminandoci su e concentrandosi su di sé. Questo faciliterà l'instaurarsi dell'ingranaggio depressivo e quindi la ricaduta.

Queste osservazioni, unite a quella di R.M. Post (1992), secondo cui il ruolo degli eventi esterni nello scatenare l'episodio depressivo diminuisce con l'aumentare del numero di ricadute, fanno concludere che la vulnerabilità alla ricaduta è direttamente proporzionale alla facilità con cui si innesca e si mantiene l'ingranaggio depressivo.

Da questa prospettiva il bersaglio degli interventi per la prevenzione delle ricadute e delle ricorrenze nella depressione, consisterà nel ridurre la probabilità che i circuiti di mantenimento che caratterizzano l'ingranaggio depressivo si instaurino nel momento di disforia. Secondo la prospettiva dell'ICS, questo obiettivo si può raggiungere in due modi: creando modelli schematici alternativi a quelli depressivi che si possano attivare nel momento disforico e disinnescando l'ingranaggio depressivo, attraverso una diversa gestione degli stati mentali: passando da una gestione degli stati mentali disforici "razionale" ad una "saggia" o *mindfulness*.

La prima strategia è quella elettiva della Terapia Cognitivo Comportamentale di Beck (TCC). La seconda è raggiungibile anche nella TCC, anche se non è direttamente e specificatamente perseguita, ed è rintracciabile ad esempio, nei lavori di esposizione e di decentramento ("è un tuo pensiero o una tua sensazione non un fatto").

Nel tentativo di ridurre la vulnerabilità alla ricorrenza in pazienti che hanno sofferto di più episodi depressivi, John Teasdale, Zindel V. Segal e a J. Mark G. Williams, hanno messo a punto un trattamento il cui l'obiettivo consiste proprio nell'insegnare al paziente a passare da modalità di rapporto con i propri stati mentali disfunzionali a modalità più funzionali, durante i momenti di disforia. Tale trattamento, chiamato dagli Autori Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) ovvero Terapia Cognitiva basata sulla Mindfulness, viene integrato alla TCC e alla farmacoterapia ed inizia quando il paziente è migliorato dai sintomi acuti.

8.5 La Terapia Cognitiva basata sulla Mindfulness: prevenzione delle ricadute

La terapia cognitiva basata sulla mindfulness è un trattamento breve, manualizzato, di otto sedute settimanali di gruppo (massimo 12 persone), a cui si aggiunge una fase di valutazione, di informazione e di motivazione condotta in colloquio individuale e quattro incontri di follow-up nell'anno successivo al trattamento. L'obiettivo specifico della MBCT è la prevenzione della ricaduta.

Nasce tra la fine degli anni '80 e l'inizio degli anni '90 dal lavoro clinico e di ricerca sui fattori di vulnerabilità alla ricorrenza, nel tentativo di aiutare i pazienti che avevano già sofferto di diversi episodi depressivi, a mantenere il miglioramento dai sintomi acuti ottenuto con la TCC e con i farmaci

antidepressivi. Vengono infatti accettati nel programma terapeutico pazienti che non presentano sintomi depressivi acuti ma che hanno una storia di ricorrenza, e che non abusano di droghe e alcol. Tutti i pazienti inoltre devono avere un supporto terapeutico aggiuntivo.

Come Segal, Williams e Teasdale precisano nel manuale della terapia (2002), la MBCT unisce la filosofia e la pratica orientali (*mindfulness meditation*), con l'epistemologia e la pratica che caratterizzano l'approccio cognitivo. In tal senso, non si limita ad essere un approccio terapeutico, ma può essere concepito come un particolare atteggiamento esistenziale di fronte agli eventi. Gli Autori sottolineano più volte l'importanza e la necessità, da parte di chi conduce la MBCT, di essersi sottoposto a sua volta al programma come partecipante attivo.

Le strategie generali con cui si persegue l'obiettivo di ridurre la vulnerabilità alla ricaduta sono:

- sviluppare le capacità di riconoscere consapevolmente le sensazioni somatiche, i sentimenti e i pensieri momento per momento, in particolar modo quelle che precedono la ricaduta e a riconoscere la loro natura di stati mentali;
- imparare a relazionarsi alle sensazioni, ai sentimenti e ai pensieri che precedono la ricaduta in modo funzionale, cioè non con la mente razionale caratterizzata dalla ruminazione ma saggia o *mindfulness*, caratterizzata dall'attenzione consapevole e accettante;
- trovare strategie funzionali alternative alla ruminazione, per risolvere gli stati mentali negativi.

Abbiamo detto che secondo il modello ICS, la persona vulnerabile alla depressione rischia di ricadere nella depressione ogni volta che fa esperienza di momenti disforici, perché tende a trattare gli stati mentali disforici come problemi da risolvere il prima possibile e cerca di farlo valutandoli, confrontandoli con il passato e il possibile futuro, commentandoli, in una parola: ruminando. A livello di modalità operative, la mente di chi mantiene una certa vulnerabilità alla ricaduta in situazioni di disforia, tende ad entrare in *doing mode* o razionale, in cui è il sottosistema proporzionale a lavorare in *buffered mode*. Si instaura e si mantiene così l'ingranaggio depressivo.

La strategia per ridurre la probabilità di ricaduta è passare il prima possibile dalla modalità di gestione mentale razionale a quella saggia o *mindfulness*, cioè modificare il rapporto che la persona ha con i propri stati mentali disforici. La MBCT aiuta proprio a far questo passaggio, insegnando a porre attenzione a questi stati mentali mentre si svolgono, intenzionalmente, senza volerli risolvere subito, senza giudicarli, commentarli né confrontarli con stati mentali ideali. L'obiettivo principale della MBCT è dunque il cambiamento nei modelli mentali che danno forma alla relazione che a persona ha con i suoi pensieri, sentimenti e sensazioni somatiche. In altri termini insegna alla persona a decentrarsi dai propri stati mentali. Per esempio la persona impara che i pensieri negativi sono solo pensieri, non la realtà. Come tali passano se non si cerca di scacciarli e di risolverli in tutti i modi.

Mindfulness vuol dire infatti "porre attenzione in una maniera particolare: intenzionalmente, sul momento presente e in modo non giudicante" (Jon Kabat-Zinn 1994). Durante la MBCT si insegna a porre attenzione in modo *mindfulness* ai propri stati mentali, cioè alle proprie sensazioni somatiche, alle proprie emozioni e sentimenti, e ai propri pensieri, soprattutto a quelli che caratterizzano i momenti di disforia e che precedono la ricaduta. L'obiettivo generale non è di modificarli o di non farli avvenire, ma di evitarne la stabilizzazione.

Porre attenzione in modo consapevole e non giudicante agli stati mentali riduce la probabilità di ricaduta, anche perché permette di aumentare la capacità della persona di riconoscere precocemente i cambiamenti che precedono la ricaduta, e riempie il limitato canale attentivo e di elaborazione delle informazioni, non lasciando spazio per la ruminazione.

La MBCT è un trattamento molto strutturato nelle sue fasi. Il manuale descrive dettagliatamente il lavoro.

Dalla seduta 1 alla 4 i partecipanti imparano a porre attenzione a esperienze quotidiane a cui solitamente non fanno attenzione, ma che eseguono inserendo il "pilota automatico", come ad esempio mangiare. Inoltre, cominciano a notare che la mente tende a spostarsi continuamente da una cosa all'altra. Quindi imparano a riportare la propria attenzione su un focus specifico, come il respiro. Tutto questo viene appreso prima in riferimento alle parti del corpo e poi alle idee depressive.

Dalla 5 alla 8 i partecipanti imparano a gestire i cambiamenti d'umore. Appena si accorgono di un pensiero o di un sentimento negativo, l'istruttore li invita a permettere a tale stato mentale di esserci e di non avere fretta di risolverlo. Dopo possono tentare di gestirlo con strategie funzionali, alternative alla ruminazione. Una, per esempio, è muovere la loro attenzione da quello stato mentale al proprio respiro per tre minuti prima di generalizzarla a tutto il corpo. La maggior parte delle volte, concedersi questo tempo è sufficiente a far passare quello stato mentale negativo.

Infine, i partecipanti sono aiutati a divenire consapevoli dei segnali di ricaduta e a trattarli con strategie utili.

Ogni seduta viene registrata e si chiede di ascoltarla durante la settimana. Le abilità e le conoscenze richieste possono essere acquisite soltanto con esperienza diretta. E' dunque necessario che i partecipanti lavorino a casa costantemente, oltre che esperire le strategie di mindfulness durante le sedute. Per questo motivo sono previsti esercizi da fare a casa tra una seduta e l'altra.

8.6 Prove di efficacia della MBCT

Essendo un trattamento strutturato e manualizzato, la MBCT può essere sottoposta a ricerche che ne dimostrino empiricamente l'efficacia.

Segal Z., Williams J. e Teasdale hanno condotto uno studio controllato con un campione di 145 pazienti che da almeno tre mesi conservavano il miglioramento dai sintomi depressivi e non assumevano antidepressivi, con una storia clinica di due o più episodi depressivi. I pazienti sono stati assegnati in modo random in due gruppi. In quello di controllo i pazienti continuavano a ricevere l'aiuto solito (medico di base, richieste di aiuto all'occorrenza, etc.). Nel gruppo sperimentale i pazienti erano sottoposti alla MBCT. I risultati hanno dimostrato l'efficacia della MBCT soprattutto per i pazienti con una storia di tre o più episodi depressivi alle spalle, con un tasso di ricaduta nelle 60 settimane di studio del 37% per chi aveva ricevuto il trattamento MBCT, rispetto al 66% del controllo.

Sembra quindi, che i maggiori benefici dalla MBCT li possa trarre chi ha nella propria storia clinica numerosi episodi depressivi e presenta una maggiore vulnerabilità alla ricaduta. Per spiegare questo risultato gli Autori sottolineano che:

- la vulnerabilità alla ricaduta è direttamente proporzionale alla facilità di attivazione e di mantenimento dell'ingranaggio depressivo;
- la facilità con cui si attiva e si instaura l'ingranaggio depressivo aumenta con l'aumentare delle ricadute;
- l'attivazione dell'ingranaggio depressivo diviene un fattore responsabile del relapse sempre più forte con l'aumentare del numero di ricadute, mentre diminuisce la forza degli eventi esterni (Post R.M., 1992).

Queste osservazioni suggeriscono che con l'aumentare del numero di ricadute, l'attivazione dell'ingranaggio depressivo diviene un fattore tanto potente da scatenare da solo l'episodio depressivo. Quindi l'intervento mirato a tale meccanismo assume un'efficacia maggiore con l'aumentare del numero di ricadute.

Bibliografia

- Barnard P. J., Teadsale J. D. (1991) Interacting cognitive subsystems: A systemic approach to cognitive-affective interaction and change. *Cognition and Emotion*, 5: 1-39.
- Beck A.T. (1987) Terapia cognitiva della depressione. Boringhieri.
- Clark D.A., Beck A.T., Alford B.A. (2000) *Teoria e Terapia Cognitive della Depressione*. Masson.
- Hollon, Thase e Markowitz (2002) Treatment and prevention of depression. *Psychological Science in the Public Interest*. 3(2).
- Ingram R.E., Miranda J., Segal Z.V. (1998) *Cognitive Vulnerability to Depression*. New York: Guildorf Press.
- Kabat-Zinn J. (1994) Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life. New York: Hyperion.
- Linehan M. (1993) Cognitive-behavioral treatment of borderline patients. New York: Guildorf Press.
- Miranda J., Person J.B. (1988) Dysfunctional attitudes are mood state dependent. *Journal of Abnormal Psychology*. 97: 76-79.
- Nolen-Hoeksema S. (1991) Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100: 569-582.
- Nolen-Hoeksema S., Morrow J., Fredrickson B.L. (1993) Response style and the duration of episodes of depressed mood. *Journal of Abnormal Psychology*, 102(1): 20-28.
- Post R.M. (1992) Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorders. *American Journal of Psychiatry*. 149: 999-1010.
- Power M., Dalgleish T. (1997) *Cognition and emotion. From order to disorders*. Psychology Press.
- Pyszcznski T., Greenberg J. (1987) Self-regulatory perseveration and the depressive self-focusing style: A self-awareness theory of reacting depression. *Psychological Bulletin*, 102: 1-17.
- Pyszcznski T., Greenberg J. (1992) Putting cognitive constructs in their place: Is depression really just a matter of interpretation? *Psychological Inquiry*, 3: 255-258.
- Pyszcznski T., Greenberg J., Hamilton J., Nix G. (1991) On the relationship between self-focused attention and psychological disorders: a critical reappraisal. *Psychological Bulletin*, 110: 538-543.
- Rachman S. (1980) Emotional processing. *Behaviour Research and Therapy*. 18: 51-60.
- Segal Z. V., Teadsale J. D., Williams J. M. G. (2002) *Preventing depression: mindfulness-based cognitive therapy*. New York: Guilford Press.
- Teasdale (1995) Depressive Thinking: Shift in Costruct Accessibility or in Schematic Mental Models? *Journal of Abnormal Psychology*. Vol. 104, 3: 500-507.
- Teasdale (1997) *The relationship between cognition and emotion: the mind-in-place in mood disorders* in Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy a cura di Clark e Fairburn.
- Teasdale (1999) Emotional processing, three modes of mind and the prevention of relapse in depression. *Behaviour Research and Therapy*. 37: 53-77.
- Teasdale (1999) Metacognition, Mindfulness and the Modification of Mood Disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 6 : 146-155.
- Teasdale J. D. (1996) Clinically Relevant Theory: Integrating Clinical Insight with Cognitive Science. In: Salkovskis P.M. (ed.) *Frontiers of Cognitive Therapy*. The Guilford Press (London).
- Teasdale J. D., Barnard P. J. (1993) *Affect, cognition, and change*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Teasdale J. D., Segal Z. V., Williams J. M. G. (1995) How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behaviour Research and Therapy*, 33: 25-40.
- Teasdale J.D. (1999) Multi-level theories of cognition-emotion relations. In *Handbook of cognition and emotion* by Power and Dalgleish.
- Tillema L.J., Scott, Cervone (2001) Negative mood, Perceived Self-Efficacy, and Personal Standards in Dysphoria: The Effects of Contextual Cues on Self-Defeating Patterns of Cognition. *Cognitive Therapy and Research*, 25: 535-54.