

LA DIMENSIONE COGNITIVA

Francesco Mancini, Antonella Rainone

1. Il modello cognitivo classico di Aaron T. Beck

Agli inizi degli anni sessanta, vengono pubblicati sugli *Archives of General Psychiatry* due lavori, in cui Aaron T. Beck descrive, oltre alla terapia cognitiva, l'insieme di ipotesi su cui articolerà il primo modello cognitivo della depressione (1, 2). Da allora sono state avanzate e studiate diverse ipotesi cognitiviste sul disturbo depressivo, alcune in linea con il modello di Beck, altre meno (per una rassegna completa: 3). In tutti i casi, questo modello costituisce ancora oggi la formulazione più conosciuta nel mondo clinico e accademico.

Secondo Beck, il nucleo cognitivo del disturbo depressivo è rintracciabile nell'attività di un insieme di schemi, detti appunto depressogeni, che fanno parte delle strutture deputate alla costruzione del significato degli eventi che capitano all'individuo, sia esternamente che internamente a lui. Gli schemi depressogeni sono costituiti da credenze, convinzioni e regole su di sé e sul mondo, soprattutto sociale, il cui tema principale è la perdita. Tale contenuto è rintracciabile nel flusso ideativo o pensieri automatici, che affollano la mente delle persone e che nel paziente depresso ha appunto temi di fallimento, autocritica, incapacità, insuccesso e non amabilità. La negatività presente nei pensieri e nei racconti della persona che soffre di depressione è generalizzata, riguardando se stesso, gli altri e il proprio futuro e costituisce la cosiddetta triade cognitiva.

Gli schemi depressogeni sono caratterizzati da qualità strutturali peculiari, che li rendono patogenetici. Sono rigidi, astratti, complessi e con un alto grado di correlazione, nel senso di contenere un alto numero di elementi fortemente correlati tra loro. Quindi gli schemi depressogeni contengono "giudizi erronei cronici,

atteggiamenti distorti, premesse non valide e obiettivi non realistici, sotto forma di strutture inflessibili, chiuse e impermeabili" (4, p.53).

Nel momento in cui si attivano cominciano a guidare gran parte del processo di costruzione dei significati, divenendo ipervalenti e iperattivi, e soprattutto generano una serie di distorsioni della realtà o errori cognitivi. Gli errori cognitivi che la persona depressa commette nel costruire le rappresentazioni della realtà sono sistematici, specifici e riguardanti il proprio dominio personale. I fatti della realtà, intrapersonale ed esterna, vengono distorti per essere adattati alle credenze negative precostituite contenute negli schemi, che sono in tal modo continuamente confermate e mantenute attive e valide.

Le distorsioni cognitive costituiscono errori in quanto trasgrediscono le regole delle teorie normative formali, in particolare quelle che sovrintendono al corretto ragionamento epistemologico (3). Alcune distorsioni cognitive descritte da Beck sono la generalizzazione, il pensiero dicotomico, la deduzione arbitraria, la personalizzazione o autoreferenzialità, l'astrazione selettiva.

Gli schemi depressogeni sono costruiti soprattutto durante l'infanzia dell'individuo e possono rimanere latenti anche tutta la vita, non producendo quindi depressione, ma costituendo un importante fattore di vulnerabilità. La loro attivazione avviene ad opera di eventi stressanti, che mettono in moto una reazione a catena, in cui la visione negativa di sé e del mondo e del futuro fino ad allora latente, si attiva e tutto comincia ad essere valutato nei termini di perdita reale o potenziale, prova del proprio disvalore, incapacità e impotenza, prova che niente cambierà mai e che gli altri sono indisponibili, con una serie di errori cognitivi. Questa costruzione degli eventi produce l'insieme di sintomi motivazionali, emotivi, comportamentali, cognitivi e fisiologici che costituiscono il disturbo

depressivo. Dal momento che il processo di costruzione del significato è guidato prevalentemente dagli schemi depressogeni, anche questi sintomi sono valutati in modo negativo, come prova della propria difettosità, impotenza e del proprio fallimento nella vita, con il risultato di sentirsi ancora più depresso.

Secondo il modello cognitivo classico la patologia è quindi legata all'attività di schemi rigidi di convinzioni distorte che definiscono il modo in cui l'individuo si rappresenta se stesso, gli altri e la propria prospettiva di vita e producono una serie di distorsioni nel costruire il significato degli eventi. La qualità della patologia dipende dal contenuto specifico degli schemi stessi: se è caratterizzato dal tema di perdita, di fallimento, di non amabilità si avranno i disturbi depressivi. In questo senso gli episodi di ipomaniacalità e di maniacalità sono considerati i prodotti dell'attivazione di schemi precedentemente costruiti, ma fino ad allora latenti, strutturalmente rigidi e chiusi di rappresentazioni distorte e irrealistiche di se stesso, sistematicamente sopravvalutato nei propri poteri e capacità; del mondo, minaccioso o completamente disponibile; dei propri obiettivi, inappropriati, irrealisticamente elevati e ritenuti facilmente raggiungibili (per una rassegna: 5).

1.1 I limiti del modello cognitivo classico

Il modello cognitivo di Beck, come abbiamo visto, postula che la vulnerabilità al disturbo dell'umore sia da ricondurre alla presenza latente di schemi di convinzioni nucleari rigide e assolutistiche, che una volta attivati sono responsabili della produzione dei sintomi. Tuttavia, le credenze patogene, evidenti durante gli episodi acuti del disturbo, non sono rintracciabili quando la persona è asintomatica, apparendo più conseguenza che non causa del disturbo. Beck sostiene che questa non indagabilità delle credenze patogene sia riconducibile al loro stato di latenza. Ma tale ipotesi, oltre a non spiegare il fenomeno della loro ricorrenza

nelle fasi di ricaduta, lascia irrisolto il problema della identificazione della vulnerabilità al disturbo e, quindi, della possibilità di prevenirlo.

Secondo le ipotesi di Beck, se la persona con disturbo emotivo riuscisse a valutare accuratamente la realtà, gli schemi patogeni si modificherebbero in direzione della sanità. Ma le ricerche sul ragionamento comune (6) hanno dimostrato non solo che gli errori cognitivi sono commessi anche dai sani, ma che le persone depresse ne presentano in numero minore rispetto ai sani, soprattutto quando processano eventi di risultati positivi (*realismo depressivo*). Rimanendo alle ipotesi di Beck è difficile spiegare la persistenza della patologia in presenza di valutazioni accurate della realtà e l'assenza della stessa in presenza di errori cognitivi, come l'illusione di controllo nei sani. Nonostante recentemente siano stati condotti due studi, i cui risultati sembrano ricondurre il fenomeno del realismo depressivo di nuovo alla presenza di distorsioni cognitive (7), il problema rimane ancora aperto. Il commettere errori cognitivi, per quanto sistematicamente, non sembra essere di per sé indice di patologia. La questione si può risolvere cambiando il criterio di patogenicità e ricercando la fonte della patologia nella disfunzionalità degli errori cognitivi o del realismo per il raggiungimento degli scopi dell'individuo (*funzionalità pragmatica*) (8), piuttosto che nella capacità di fare valutazioni accurate della realtà (9).

Nel modello classico di Beck la natura degli schemi patogeni è cognitivo-concettuale e le rappresentazioni in essi contenute sono sostanzialmente di qualità proposizionale. Come abbiamo scritto altrove (3), negli anni molti studiosi hanno individuato in questo aspetto uno dei limiti fondamentali del modello di Beck, accusandolo di essere troppo semplicistico e di non riuscire a render conto della complessità della sofferenza emotiva e, più in generale, dell'esperienza emotiva.

Sono stati proposti quindi modelli cognitivi multilivello, in cui gli schemi descritti da Beck costituiscono solo una parte delle strutture che compongono il sistema cognitivo e le rappresentazioni proposizionali solo un aspetto del significato complesso che l'individuo costruisce sugli eventi e che producono l'esperienza emotiva (3). Anche Beck ha rivisto in tale direzione le sue ipotesi, cominciando a parlare di configurazioni di schemi di rappresentazioni di diversa natura o *modes* (4).

2. La depressione clinica

2.1 La tristezza: lo stato mentale di perdita

Lo stato emotivo che più caratterizza la depressione clinica è la tristezza. Si tratta di un'emozione basilare, che si manifesta con modalità fisiologiche ed espressive tipiche, tra cui la possibile presenza di pianto e lamenti. È attivata dalla percezione e dalla rappresentazione della *perdita di un bene* e si associa ad un feeling in cui prevale la sensazione di mancanza, fino ad arrivare in alcuni momenti, alla disperazione. La tristezza dispone ad un'azione specifica: ritrovare il bene perduto. A livello cognitivo, tale attitudine comportamentale si traduce in un significativo aumento della focalizzazione sul bene da ritrovare e in una conseguente diminuzione su tutto ciò che non lo è. Il pensiero è fisso sull'immagine mentale dettagliata del bene perduto e l'attenzione nell'ambiente è rivolta massimamente agli stimoli ad esso legati, mentre si tende ad ignorare tutto il resto. Come suggerisce Bowlby, "sembra che nel corso dell'evoluzione il nostro apparato pulsionale abbia assunto un assetto tale da far supporre che tutte le perdite siano riparabili, così che ad esse si reagisce in modo conseguente a tale assunzione" (10, p. 115).

Secondo le ipotesi evoluzionistiche, il prototipo del bene perduto è un

individuo amato e la tristezza è primariamente associata all'attivazione del bisogno d'attaccamento (10). La separazione innesca nel cucciolo una serie di comportamenti tipici che, nel corso normale degli eventi, assicura il ritorno dell'adulto protettivo. Un cucciolo nella savana separato dalla madre emetterà grida di richiamo e, tentando di muoversi il meno possibile, la ricercherà con lo sguardo nell'ambiente circostante, interrompendo qualsiasi altra attività. La ricerca è animata dall'urgenza di ritrovare l'adulto protettivo e, dal momento che scambiarlo per un altro individuo può essere estremamente pericoloso, potendosi trattare di un predatore, il cucciolo deve tenere bene a mente l'immagine dettagliata dell'adulto e non può accontentarsi di un individuo qualunque. Si avrà quindi un'iperfocalizzazione sulla madre, funzionale allo scopo della sopravvivenza e la ricerca potrà avere termine solo se verrà ritrovata proprio lei e non altri.

L'intensità della tristezza dipende dal valore che l'individuo assegna al bene perduto e agli scopi che questa perdita compromette e dalla valutazione del proprio potere di recuperarli e/o di sostituirli e/o di rinunciarci. In particolare, quanto più *irrinunciabili, irrecuperabili e insostituibili* sono valutati il bene e gli scopi perduti, tanto più intensa e prolungata è la risposta di tristezza.

Se la persona valuta il bene perduto come *dovuto* e si rappresenta la perdita di tale bene come *danno ingiusto* ovvero come violazione di un diritto, l'esperienza di tristezza si accompagna a quella della rabbia, con possibili sentimenti di autosvalutazione, legati alla convinzione che non sia stato riconosciuto il *diritto* ad avere quel bene e che quindi sia avvenuta una discesa nella gerarchia di rango.

Infine, se l'individuo si valuta *responsabile* della perdita, ritenendo che avrebbe avuto il potere di evitarla, proverà colpa con la disposizione all'azione di riparare, ma con un contemporaneo sentimento di scadimento dell'autoefficacia

percepita.

2.1.1 Tra speranza e disperazione

Nell'esperienza di perdita e nello stato di tristezza e depressione che l'accompagnano, la speranza di recuperare o sostituire il bene perduto si alterna alla disperazione di poterci riuscire. Da un'ipotesi favorevole ("il bene perduto può essere recuperato e/o sostituito), l'individuo arriva alla conclusione che l'ipotesi sia falsa ("non è vero") passando a quella negativa ("il bene perduto non può essere né sostituito né recuperato"), nonostante la presenza di capacità e la disponibilità di informazioni che potrebbe usare correttamente per scelte più adatte, per esempio sostituendo il bene perduto con un altro disponibile ovvero realizzando in parte l'ipotesi favorevole.

Le ragioni dell'altalena tra speranza e disperazione sono da ricercarsi nell'iperfocalizzazione, che la speranza di riavere il bene perduto produce, e nei suoi effetti. Per prima cosa, l'iperfocalizzazione comporta cambiamenti nei processi attentivi e mnemonici. Diverse ricerche (per una rassegna: 11) dimostrano l'esistenza di una correlazione positiva tra stato depressivo e bias attentivi e mnemonici verso stimoli negativi di perdita, su cui viene posta maggiore attenzione e più a lungo. Questi stimoli sono selezionati e ricordati con maggiore accuratezza rispetto a stimoli positivi di felicità, che sono invece notati, selezionati e ricordati significativamente di meno. Inoltre, stimoli neutri tendono ad essere interpretati come tristi in percentuale significativamente superiore alla norma. Questi bias sono accompagnati da un'attività neuronale delle strutture deputate all'elaborazione delle emozioni significativamente diversa rispetto alla norma: maggiore per gli stimoli negativi tristi di perdita e minore per gli stimoli positivi di felicità. I bias di attenzione e di memoria portano più facilmente alla costruzione di significati

rinforzanti le credenze depressive. E' più facile trovare le prove della perdita e della sua irrecuperabilità se si notano e si selezionano maggiormente gli stimoli negativi di perdita.

L'iperfocalizzazione si accompagna inoltre ad un sensibile aumento della severità dei criteri che l'individuo utilizza per stabilire l'utilità di un evento ovvero per valutare se ciò che possiede sia, da una parte, realmente l'oggetto perduto (o che possieda strumenti per recuperarlo), e rappresenti, dall'altra, un degno sostituto dell'oggetto. Anche le ricerche in psicologia cognitiva evidenziano l'aumento degli standard con cui si valutano risultati e performance quando si prova umor nero (12).

La persona si focalizza sulla rappresentazione del bene perduto ed effettua un confronto tra esso e ciò che ipotizza essere il bene riguadagnato o la via che conduce ad esso o ai possibili sostituti. A causa della severità degli standard il confronto risulta negativo, con la conseguenza di falsificare l'ipotesi di poter riavere o sostituire il bene. Ciò che vi assomiglia e, paradossalmente, anche lo stesso bene scontato della distanza temporale che deve essere superata per riaverlo e dei costi e dei rischi negativi da sostenere, è percepito come insoddisfacentemente troppo diverso dal bene così come si è focalizzato e, quindi, viene rigettato.

Quanto più alto è il valore assegnato alla perdita, tanto più veloce si ritiene e si sente che debba essere il suo recupero. L'ipotesi evolutiva ci suggerisce che la persona depressa sta nello stesso stato mentale del cucciolo nella savana separato dalla madre: per poter sopravvivere deve ritrovare la madre il prima possibile e non può sbagliare animale. L'iperfocalizzazione lo aiuta in questo. Evolutivamente infatti è utile a ritrovare il bene perduto nelle condizioni in cui è opportuno farlo in

fretta e dove l'utilità attesa di un ritrovamento rapido è maggiore dell'utilità attesa di ricerche più lunghe, complesse e strategiche; ma può risultare non funzionale nel caso in cui il bene può essere recuperato più in là nel tempo o sostituito senza pericoli.

L'importanza della perdita è aumentata dal tempo e dal costo che si investono nella ricerca e che crescono man, mano che la ricerca va avanti. E, come si è detto sopra, più aumenta il peso della perdita, più crescono l'urgenza e la fretta di recuperare esattamente quel bene. D'altra parte, il valore della perdita aumenta anche intrattenendo l'ipotesi negativa della non recuperabilità: se si perde un oggetto e si ritiene di avere le capacità di recuperarlo in breve tempo, la perdita percepita è minore di quando si pensa di non averne le capacità o che passerà tanto tempo prima di riaverlo indietro. L'ipotesi negativa è ancora più drammatica quando la persona ha un'autoefficacia percepita molto bassa. Questa può essere precedente alla depressione, ma in tutti i casi l'umor nero l'abbassa ulteriormente. Quindi più si rimane nel processo della ricerca, più il peso della perdita aumenta e più diventa difficile uscirne.

Il desiderio di riavere esattamente e il prima possibile ciò che si è perduto può essere incrementato anche dal *desiderio di giustizia*, che implica la tendenza a rivolgere il bene senza costi aggiuntivi, né in termini di tempo, né di fatica, né di rischi aggiuntivi. Aspettare, faticare e rischiare per riavere ciò che ci spetta è valutato come ingiusto ed aggrava non solo il danno subito, ma anche l'ingiustizia patita. Il valore percepito della perdita sarà dunque ancora maggiore.

In sintesi, l'esperienza di perdita e la tristezza comportano il desiderio e la speranza di ritrovare il bene perduto, con conseguente disposizione alla ricerca, iperfocalizzazione su di esso e defocalizzazione su altri possibili beni. Più la

persona si focalizza, più l'unica condizione soddisfacente è riavere esattamente l'oggetto perduto e non altri, il prima possibile, con il risultato di vedere fallire facilmente la ricerca, disperarsi e sentire la perdita e quindi, di nuovo, il desiderio e la speranza di recuperarla (fig. 1). In questo circuito, instauratosi come risultato dell'alto valore attribuito alla perdita, del conseguente aumento della focalizzazione e dell'attribuzione in termini di ingiustizia subita, aumentano sempre di più l'iperfocalizzazione e la severità degli standard usati per valutare se gli eventi che accadono e gli oggetti che si hanno sono il bene perduto o suoi degni sostituti, con l'effetto di facilitare la falsificazione dell'ipotesi positiva di poter riavere o sostituire il bene perduto, anche in presenza di suoi validi sostituti. La possibilità di investire su oggetti diversi o sul bene ma scontato del tempo e dei costi necessari a riaverlo, verrà esclusa e resa ancora più difficile dalla defocalizzazione su tutto ciò che non è esattamente il bene perduto stesso (13). Il risultato è l'ulteriore aumento del sentimento di mancanza e l'inasprimento della ricerca e dell'iperfocalizzazione (fig. 1).

Figura 1

2.1.2 L'uscita dal circolo speranza/disperazione: l'accettazione

I meccanismi che permettono di uscire dall'altalena tra speranza e disperazione sono essenzialmente di due tipi: uno più semplice e primitivo e l'altro più complesso e "cognitivo". Entrambi comportano l'abbassamento degli standard di valutazione e della focalizzazione sul bene perduto.

Il primo tipo di meccanismo è suggerito dalle ipotesi evolucionistiche, per cui se il cucciolo separato dalla madre avvista nelle vicinanze un predatore, la minaccia indebolisce la focalizzazione sulla madre e abbassa gli standard, tanto il cucciolo che può arrivare ad accettare anche un suo sostituto. La previsione di perdite

maggiori rispetto ad altri scopi importanti, comporta l'abbassamento dell'iperfocalizzazione, degli standard di valutazione e, in generale, dell'attivazione dello scopo di riavere la madre e, quindi, la possibilità di focalizzare e investire su altri beni.

Il secondo meccanismo è ben rappresentato in una lettera di S. Paolo ad una comunità di cristiani che aveva perduto uno dei suoi membri. S. Paolo, per aiutarli ad accettare il lutto, l'invita a non maledire Dio per averli privati del fratello morto ma li incoraggia a benedire il Signore per averglielo dato. Per gli esseri umani, dunque, un evento negativo può essere visto come una perdita o, invece, come un mancato guadagno. La differenza di impatto psicologica tra le due visioni può essere davvero rilevante: la definizione di un evento come perdita implica una valutazione ben più grave di quanto accade se l'evento è definito come un mancato guadagno. Un ulteriore esempio può essere utile a chiarire la differenza tra la percezione di perdita e quella di mancato guadagno e, soprattutto, come sia possibile passare da una all'altra.

Anni orsono alcune persone che avevano acquistato il biglietto della lotteria di fine anno, ricevettero dal Ministero la notizia che avevano vinto. Dopo qualche giorno fu comunicato loro che c'era stato un errore e che in realtà non avevano vinto. Se si considera il livello di partenza con quello di arrivo da un punto di vista di semplice bilancio finanziario, queste persone erano nelle stesse condizioni di milioni di altri italiani: avevano speso il costo del biglietto e in cambio non avevano guadagnato nulla (mancato guadagno). La loro reazione psicologica e legale fu, però, comprensibilmente molto diversa. Infatti, la notizia che gli era stata comunicata aveva indotto in loro l'aspettativa della vincita e, di conseguenza, la notizia che si era trattato di un errore, li aveva indotti a considerare l'esito finale

una perdita e non un mancato guadagno (come invece per tutti coloro che avevano acquistato il biglietto e non avevano vinto e dunque guadagnato i miliardi di lire dei premi). Era stata infatti delusa una aspettativa. E non soltanto frustrata una speranza.

Chi ha subito una perdita è spinto dal suo dolore alla ricerca del bene perduto e ciò lo espone sistematicamente alla frustrazione e quindi a ribassare non solo le speranze ma anche le aspettative. Il bene che non si trova più, quindi, tende a non essere più considerato una perdita ma piuttosto un “mancato guadagno”. Di conseguenza diminuisce l’investimento nella ricerca.

Entrambi i meccanismi descritti permettono di andare verso l'accettazione della perdita e la riorganizzazione del proprio progetto esistenziale, dei propri scopi di vita alla luce della perdita avvenuta.

2.2 Il lutto

In natura esiste un importante esempio di esperienza di perdita di un bene di grande valore perché valutato irrinunciabile, irrecuperabile e insostituibile: *il cordoglio o lutto*.

Il lutto è una reazione emozionale, comportamentale e cognitiva complessa che si mette in moto fisiologicamente quando subiamo la perdita di una persona cara e che comporta una serie di fasi tipiche, ognuna riconoscibile per un caratteristico pattern di emozioni, reazioni somatiche, atteggiamenti cognitivi e comportamentali. Non si tratta di uno stato ma di un processo, in cui si può individuare una sequenza temporale complessiva, dove ogni fase lascia il posto a quella successiva, ma con un'altalena continua, per cui anche se la persona è passata nella fase successiva può improvvisamente tornare indietro e viceversa. Di conseguenza, in diversi momenti la persona a lutto può presentare quadri clinici

anche molto differenti.

Le fasi del processo di cordoglio sono state studiate e descritte dettagliatamente da Parkes e Bowlby, osservando le reazioni di adulti e bambini alla separazione da una persona cara dovuta alla sua morte o ad altre cause (14, 10) e le reazioni ad altre perdite, come di una parte del proprio corpo, del lavoro, dell'alloggio (14). Gli Autori individuano quattro fasi, che dalla graduale presa di coscienza della perdita, passano attraverso lo spasmodico tentativo di recuperare il bene perduto fino ad arrivare, nel lutto sano, all'accettazione e alla riorganizzazione del proprio mondo interno alla luce di tale mutamento.

La prima fase è quella dello **stordimento** o della **incredulità**. Solitamente dura da poche ore a pochi giorni, ed è caratterizzata dalla impossibilità di credere che la perdita sia avvenuta. "Non sembrava una cosa vera"; "Non riuscivo assolutamente a crederci" sono frasi comuni ricordando questa fase, che spesso si accompagna ad una sensazione di essere come in un sogno. La calma innaturale dello stordimento può essere rotta in ogni momento da uno scoppio intenso di sentimenti, quali la disperazione, il panico, la rabbia, ogni volta che la persona a lutto prende coscienza della realtà della perdita. Questi momenti corrispondono alle incursioni della seconda fase e preannunciano la sofferenza intensa che seguirà.

Bowlby chiama la seconda fase della **ricerca** e dello **struggimento** e della **protesta**. Anche se solo di tanto, in tanto, la persona a lutto inizia a rendersi conto della realtà della perdita subita. Tale consapevolezza è accompagnata da intenso dolore, angoscia e ansia, disperazione, collera. Quasi contemporaneamente si manifesta una grande irrequietezza anche motoria, con insonnia, difficoltà a concentrarsi su qualsiasi cosa che non sia la persona perduta e il ricordo degli eventi che hanno portato alla perdita, su cui la persona ruminava continuamente. E'

una fase "disperata e disperante" (14) con continuo allarme, tensione e urgenza di fare. Le vedove interrogate da Parkes riportano nervosismo e irrequietezza e tendono a riempire la loro vita di attività. Sia Parkes che Bowlby sono d'accordo nel sostenere che l'irrequietezza non sia affatto senza scopo, come apparentemente potrebbe sembrare. Lo scopo è la ricerca della persona morta o, nel caso del bambino osservato da Bowlby, della madre da cui è stato separato e "la ricerca è un'attività inquieta" (14, p.60). Anche quando l'individuo è consapevole che non serve a niente mettersi in cerca della persona morta, sperimenta comunque un forte impulso e un'intensa urgenza di ricerca.

L'ansia e il panico che si osservano nelle persone in lutto recente denotano un vissuto di pericolo. Il pericolo è la realtà della perdita stessa. In tale stato mentale, la persona tende a reagire con collera verso chi vuole ricordargli la realtà della perdita e la necessità di accettarla proponendole altre possibilità.

Il tentativo di recuperare la persona perduta è evidente anche nei comportamenti di richiamo quali il pianto, le grida, i lamenti e il continuo pronunciarne il nome. Anche la collera rivolta proprio verso la persona perduta, può essere interpretata come protesta e tentativo di farla tornare.

L'impegno nel compito della ricerca è totale e non lascia spazio ad altri interessi, e le persone in lutto recente si preoccupano molto poco del cibo, del sonno, dell'aspetto personale, del lavoro o della famiglia. Prese dalla ricerca, iperfocalizzano sul bene perduto e defocalizzano tutto ciò che non lo riguarda. Il tentativo di ritrovare la persona morta avviene sia nella realtà esterna che a livello di pensiero e di sensazioni. Chi sta a lutto pensa continuamente al proprio caro, ne ricostruisce l'immagine vividamente tanto da sentirlo presente, lo sogna, ripercorre mentalmente più volte gli eventi che hanno portato alla perdita illudendosi che le

cose si possano rimettere a posto, tende ad interpretare qualsiasi stimolo visivo o udito come prova della sua ricomparsa. Crede di riconoscerlo nelle persone per strada e tende ad interpretare i rumori in casa come prova del suo ritorno. Quando ciò avviene, prova per un attimo una grande gioia, per poi subito dopo sprofondare in una dolorosa delusione e disperazione, perché si accorge dell'equivoco. "Anche quando lo spasimo è più acuto qualcosa può accadere a mitigare il dolore del cordoglio. Qualcosa che si vede o si ascolta dà luogo a un equivoco percettivo e, per un istante, sembra che la ricerca sia giunta in porto... poi qualcosa ricorda che questa è soltanto un'illusione e di nuovo soffre amaramente" (14, pp.72, 75). Questo continuo oscillare *dalla speranza del ritorno alla delusione disperata e dalla delusione alla speranza*, ovvero dalla seconda alla terza fase e viceversa, può continuare per molto tempo.

La terza fase del processo di cordoglio è quella della **disperazione** e della **disorganizzazione**. Le continue delusioni portano sempre più alla presa di coscienza della impossibilità di recuperare il bene perduto e quindi a disperazione, apatia, senso di sconfitta e umore depresso. La persona a lutto deve ora fare i conti con il vuoto lasciato dalla perdita e, soprattutto, con l'evidenza che non può tentare di colmarlo rimettendo le cose a posto, ma solo tentando di riorganizzare i propri progetti di vita. La disperazione e il tono dell'umore basso indicano la consapevolezza "dell'irreversibile assenza", anche se il desiderio del bene perduto non scompare (10). La disperazione viene interrotta sempre di meno dalla speranza e l'urgenza della ricerca diminuisce gradualmente fino a scomparire. L'iperfocalizzazione sulla persona scomparsa diminuisce, mentre aumenta l'attenzione e l'interesse per il resto del mondo. La perdita può essere in parte colmata costruendo qualcosa di sostitutivo: le vedove intervistate da Parkes

descrivono il vissuto di portare il marito dentro di loro. In questa fase, tanto più importante era la persona morta nella vita del sopravvissuto, tanto più i progetti di vita di quest'ultimo e la definizione stessa di sé, devono essere destrutturati profondamente per poterli riorganizzare alla luce della perdita. Questo processo di accettazione viene definito da Parkes processo di **realizzazione** e dalla terza fase del cordoglio porta all'ultima di **riorganizzazione**.

Nel processo di lutto sano si ha quindi una graduale presa di coscienza e **accettazione** del mutamento che è avvenuto nel proprio mondo esterno con una conseguente riorganizzazione del proprio mondo interno. Il risultato finale è l'accettazione della perdita, che si raggiunge attraverso un complesso lavoro psicologico in cui si alternano diversi stati mentali: un oscillare continuo tra l'illusione e la speranza di poter raggiungere lo scopo di recupero e la delusione; una profonda disperazione ed infine, l'accettazione della perdita, con la ristrutturazione del proprio progetto esistenziale. In questo processo, la reazione depressiva è un fenomeno psicologico del tutto normale, fisiologico e comune, una "turba psichiatrica funzionale" (14, p.18) e adattativa (15).

2.3 Dal lutto alla depressione clinica

Lo studio del processo di lutto evidenzia come gli stati depressivi costituiscano una parte normale e fisiologica del processo che dalla percezione della perdita porta alla sua accettazione, di cui caratterizzano la seconda e la terza fase ovvero l'altalena tra la *speranza di ritrovare il bene perduto e la disperazione, tra l'illusione e la delusione*. Chi soffre di depressione clinica oscilla tra questi due stati, come la persona a lutto. I sintomi depressivi come la ruminazione, la difficoltà di concentrazione su qualsiasi cosa che non sia la perdita stessa, la difficoltà a prendere decisioni, l'agitazione psicomotoria sono riconducibili proprio

alla ricerca spasmodica del bene. Presa dall'urgenza della ricerca, la persona depressa, come quella a lutto, può non mangiare né bere, non dormire o dormire male, si trascura nell'igiene personale e nell'aspetto. L'ansia improvvisa, spesso presente soprattutto nei primi stadi della malattia, è legata allo stato di allerta e all'improvvisa presa di coscienza che la perdita possa essere irrecuperabile. Le parole di Parkes parlando della persona in cordoglio, valgono anche per la persona depressa: "finché la realtà della perdita non sia stata accettata il pericolo massimo è la perdita stessa. Chi è in lutto ha ancora l'impressione che la persona morta sia recuperabile e tutto ciò che evidenzia la perdita fa reagire come se si trattasse di una minaccia fondamentale" (14, p.96).

L'umore depresso, la rabbia, l'irritabilità, il senso di colpa sono legati alla consapevolezza della perdita e della sua non recuperabilità, alla sua ingiustizia o a quella dei tentativi di consolazione e alla valutazione di responsabilità.

Il senso di inutilità, la perdita di interesse e di piacere sono riconducibili al disinvestimento in altri scopi se non in quello di riavere il bene perduto. Come la persona a lutto "...poiché si affanna a trovare quanto non è possibile trovare, ignora quanto, invece, trovare si può. Ha l'impressione che l'aspetto più centrale... di se stessa sia scomparso e tutto ciò che rimane sia privo di senso ed irrilevante: e perciò il mondo stesso è divenuto privo di senso e irrilevante" (14, p.93).

Il rallentamento motorio, la passività, l'apatia, la faticabilità, l'ideazione suicidaria fino ad arrivare al suicidio, si legano alla disperazione di poter recuperare il bene perduto e all'assunzione che sia fondamentale e insostituibile.

Nonostante presenti gli stessi sintomi, la depressione clinica si differenzia dagli stati depressivi fisiologici per una durata e una intensità significativamente maggiori. Chi soffre di depressione clinica non riesce ad uscire dall'altalena tra

speranza e delusione e a passare nella fase dell'accettazione e della riorganizzazione. I meccanismi descritti nel paragrafo 2.1.2, che normalmente permettono questo passaggio, falliscono e la persona rimane bloccata nel circolo speranza/delusione chiuso dall'iperfocalizzazione. Lo stato depressivo diventa disturbo, in quanto *non superabile* e sempre più *sproporzionato rispetto alla perdita* che l'ha innescato (13). Le ragioni vanno ricercate in alcune caratteristiche individuali che differenziano la persona clinicamente depressa, da chi invece riesce a passare indenne attraverso l'esperienza di perdita. In particolare, il *problema secondario*; la prevalenza del meccanismo dell'*affect as information* e la presenza di un *progetto esistenziale povero* con una valutazione della perdita significativamente maggiore nel valore, nell'irrinunciabilità e nell'insostituibilità del bene perduto.

2.3.1 Il problema secondario: autocritica dello stato depressivo e tentativi disfunzionali di risolverlo

La persona che soffre di disturbo depressivo si critica aspramente per la propria depressione. Tale autocritica si articola su due livelli. Il primo riguarda valutazioni di inadeguatezza, non giustificazione ed esagerazione del proprio stato. Il secondo, valutazioni di dannosità del proprio stato rispetto ad altri scopi importanti, come quelli dell'affetto, dell'amabilità personale, delle capacità e della sanità mentale, dell'autoefficacia e del valore personale. Dal momento che la realizzazione di questi scopi è legata, tra l'altro, alla possibilità di raggiungere lo scopo attivo nella fase della speranza ovvero recuperare e/o sostituire il bene perduto, la persona valuterà la propria depressione dannosa anche per tale scopo. Spesso è presente una particolare attitudine cognitiva verso le componenti somatiche, cognitive ed emotive dello stato depressivo, nota come *Anxiety*

Sensitivity perchè originariamente concettualizzata e studiata nei disturbi d'ansia. Consiste nel timore per le sensazioni legate all'arousal neurovegetativo e nella conseguente aumentata attenzione che vi si pone. Le persone depresse tendono a valutare le componenti cognitive dell'arousal automatico dello stato depressivo, come, per esempio la difficoltà di concentrazione e di attenzione, come segnali di un'imminente perdita di controllo della propria mente e se ne possono spaventare (16).

Per tutte queste ragioni, l'individuo depresso assimila la tristezza e l'umore depresso alla cattiveria, all'incapacità, al malfunzionamento mentale e alla non amabilità (solitamente si tratta di credenze pregresse al disturbo). Di conseguenza, vuole risolvere il proprio stato il prima possibile e cerca di farlo attraverso tentativi di soluzione che possono essere di due generi fondamentali.

Il primo tipo consiste nel tentativo di *imporsi uno stato non depressivo*, cercando di modificare gli stimoli ambientali o se stesso, attraverso l'autoimposizione di comportamenti o emozioni non depressivi, manipolando i contenuti mentali o, direttamente, imponendosi uno specifico contenuto mentale. L'autoistruzione ha però un effetto paradossale: per esempio, se ci si impone di non pensare ad una certa cosa, si penserà di più. In tutti i casi, anche quando l'individuo ottiene successi potenziali, questi possono essere vanificati da un'intolleranza per la pochezza del risultato ottenuto: ha l'impressione di non risolvere la propria depressione e, dunque, abbandona tentativi che almeno parzialmente potrebbero risultare efficaci.

Il secondo genere di tentativi di soluzione sono i *tentativi di autoconvincimento*. In questo caso l'individuo depresso intrattiene dentro di sé un'attività di critica dialettica sulle proprie assunzioni depressive, su cui ruminerà

continuamente. Questa critica cognitiva risulta inefficace per lo scopo di risolvere lo stato depressivo, perché troppo pressante e poco rispettosa delle buone ragioni che lo sostengono. Come diceva Sartre, non si può discutere se non si è disposti ad avere torto, altrimenti si cerca di imporre e non si riesce a convincere (17). Inoltre, quanto più un'opinione appare esagerata, tanto meno le si dà credito e si è disposti ad ammettere di sbagliare nel criticarla. Di conseguenza, non si cerca di entrare nel merito e quindi è più difficile cambiare convinzione. L'esito di tentativi di autoconvincimento infatti ha l'effetto di rendere impossibile cambiare le credenze depressive.

L'impegno nei tentativi di risolvere lo stato depressivo si traduce in un continuo automonitoraggio con il fine di vedere se e quanto si sta risolvendo. L'individuo è sempre più assorbito e centrato su se stesso e nelle proprie ruminazioni, pone poca attenzione all'ambiente esterno con cui interagisce sempre meno ed è pronto a cogliere tutti i segnali interni di depressione e a volerli risolvere il prima possibile. Il risultato è un aumento dello stato depressivo stesso.

Il fallimento dei tentativi di soluzione può a sua volta essere oggetto di valutazione negativa da parte della persona depressa, ad esempio in termini di incapacità. Di nuovo l'effetto è l'aumento dello stato depressivo stesso.

La valutazione negativa del proprio stato depressivo e i conseguenti tentativi disfunzionali di risolverlo, in termini cognitivisti vengono chiamati *problema secondario* ovvero problema che si struttura su quello iniziale. Questo, come si può vedere nella figura 2, mantiene e aumenta la depressione stessa in un circuito di autoinvalidazione ricorsiva (18).

2.3.2 L'affect as information

Numerosi studi di psicologia cognitiva mostrano la bidirezionalità della

relazione tra emozione e cognizione: i processi cognitivi e le valutazioni influenzano la generazione dello stato emotivo e questo, a sua volta, influenza i processi cognitivi e le valutazioni. In tal senso, la valutazione di perdita coinvolta nella generazione di umore depresso è influenzata, ricorsivamente, dallo stato depressivo stesso.

Esistono diverse modalità attraverso cui gli stati affettivo-emozionali influenzano i processi cognitivi: 1) aumentano la disponibilità di pensieri e ricordi congrui con lo stato d'animo in corso; 2) accrescono la scelta di alcune strategie cognitive di elaborazione dell'informazione a svantaggio di altre; 3) aumentano l'utilizzo delle emozioni come fonte di informazione, meccanismo noto come *affect as information* (19, 13).

Nel fenomeno dell'*affect as information*, lo stato affettivo negativo è utilizzato come informazione saliente per esprimere valutazioni e giudizi sul mondo. Così come i soggetti ansiosi tendono a inferire la presenza di un pericolo a partire dalla loro ansia ("*If I feel anxious, then there must be a danger*"; 20); alla stessa maniera, nelle persone depresse, lo stato affettivo negativo è considerato come prova del grande valore della perdita e della falsità dell'ipotesi positiva ovvero della recuperabilità o sostituibilità del bene perduto, rendendo sempre meno probabile l'accontentarsi di sostituti del bene perduto. L'individuo che sviluppa depressione clinica tende a dirsi "se sono così triste vuol dire che ho subito una perdita grave, insostituibile, irrecuperabile e irrinunciabile". L'effetto è l'aumento della percezione di perdita e di irrecuperabilità, con un conseguente ulteriore abbassamento del tono dell'umore. Il risultato dei lavori di Scott e Cervone è coerente con questa ipotesi. L'induzione di umor nero accresce gli standard di prestazione e diminuisce il senso di autoefficacia percepita, con il risultato che

l'individuo più difficilmente si sente soddisfatto e smette di eseguire il compito (12).

L'utilizzo dello stato affettivo negativo come informazione rispetto alla gravità della perdita e alla possibilità di recuperarla o sostituirla, porta ad un inasprimento della ricerca, della iperfocalizzazione e dell'umore depresso stesso, riutilizzato ricorsivamente come informazione (fig. 2).

2.3.3 Il progetto esistenziale povero

La persona che sviluppa un disturbo depressivo spesso presenta un progetto di vita povero e poco articolato, sia perché caratterizzato da pochi scopi e obiettivi di vita iperinvestiti (21); sia perché tali scopi e obiettivi sono strettamente e direttamente legati al valore personale e ai diritti/doveri che la persona si riconosce. In queste condizioni è difficile disimpegnarsi da obiettivi anche se risultano irraggiungibili (15). Prendiamo ad esempio un progetto di vita in cui unico scopo importante per l'individuo sia la carriera lavorativa, la cui realizzazione sia legata strettamente al valore personale, connesso a sua volta alla possibilità di avere relazioni sociali e così via. Se tale scopo è compromesso, anche gli altri scopi lo sono. La perdita risulta drammatica e lo scopo insostituibile e irrinunciabile, con un aumento dell'urgenza della ricerca e perciò, della iperfocalizzazione e degli standard di valutazione.

2.3.4 Il circolo vizioso si chiude: bloccati tra speranza e disperazione

Come si può vedere nella figura 2, la perdita di un bene, sentito e pensato come irrinunciabile, irrecuperabile e insostituibile e l'insorgenza della tristezza attivano lo scopo di recuperare e/o sostituire quel bene. A livello di operazioni cognitive, tutto ciò si traduce nella iperfocalizzazione sul bene perduto, nella defocalizzazione su tutto il resto e nell'aumento degli standard, tutte operazioni

queste biologicamente funzionali a ritrovare proprio quel bene nel più breve tempo possibile. Nel processo sano, l'altalena tra la speranza di recuperare ciò che si è perduto e la disperazione diminuisce progressivamente: da una parte, man mano che l'individuo rimane deluso, abbassando di conseguenza le aspettative; dall'altra, con l'aumentare della consapevolezza che sta perdendo e della minaccia di poter perdere troppo continuando nell'estenuante e fallimentare ricerca. In tal modo, si arriva all'accettazione della perdita e, spesso, alla sostituzione del bene. Ma un insieme di caratteristiche individuali della persona che sviluppa depressione non permettono lo svolgimento sano del processo di lutto. Il problema secondario, la prevalenza dell'affect as information, la presenza di un progetto esistenziale con pochi scopi iperinvestiti e un alto valore assegnato al bene perduto fanno sì che a seguito di una perdita anche piccola, l'altalena, altrimenti fisiologica, tra speranza e disperazione si chiuda in un circolo vizioso patogeno in cui la reazione depressiva diviene sempre più grande e proporzionata rispetto alla perdita iniziale e non superabile.

FIGURA 2

3. La mania

3.1 La contentezza

La contentezza è un'emozione basilica, che accompagna il raggiungimento di uno scopo importante per l'individuo e si associa alla valutazione di possedere maggiori potenzialità personali. È caratterizzata da un tipico pattern espressivo, da una sensazione fisica di energia ed un feeling in cui prevale il senso di appagamento. Chi sperimenta contentezza si può disporre a due tipi di comportamento: 1) consumare il guadagno realizzato, che può comportare costruire su questo; 2) investire e perseguire altri scopi importanti a partire dal bene ottenuto.

Nella contentezza quindi l'individuo si ferma per godere del proprio successo e utilizza la sensazione di maggiore auto-efficacia ed energia per ripartire con un piano in cui sono definiti nuovi obiettivi, modalità per ottenerli e risorse necessarie.

3.2 L'euforia: lo stato mentale della potenzialità

L'euforia e l'irritabilità sono gli stati soggettivi più frequenti negli episodi ipomaniacali e maniacali. L'euforia è legata alla percezione di avere un'enorme potenzialità, senza un corrispettivo progetto di realizzazione. A differenza della contentezza, l'euforia non è legata alla scoperta di un bene, ma della potenzialità di un bene, senza però la rappresentazione di un'adeguata strada di realizzazione concreta e, spesso, senza la rappresentazione chiara del bene stesso. La sensazione soggettiva è di grande eccitazione e di urgenza di concretizzare le potenzialità scoperte, senza sprecarle. La persona euforica accelera per realizzare, con la sensazione che il tempo le scappi via. L'euforia infatti, dispone all'azione di passaggio dalla potenza all'atto. La persona sente di possedere dei poteri e delle risorse personali in più, che non credeva di avere, ma non ha (ancora) un piano di cosa farci con tutto questo potere. Quindi la mente corre a cercare un progetto per tradurre la potenza in atto. L'attenzione si disperde su mille possibilità.

Lo stato mentale delle potenzialità implica anche la rappresentazione di maggiori diritti personali. E' più facile perciò sentire irritazione. Così, quando la persona in questo stato mentale incontra degli ostacoli alla realizzazione delle proprie potenzialità, può considerare di star subendo danni ingiusti, violazioni dei propri diritti naturali e sperimentare irritazione e rabbia.

3.3 L'uscita dall'euforia: l'accettazione della perdita

Il meccanismo che permette di uscire dall'euforia implica l'*accettazione della perdita delle potenzialità*, o almeno di una loro parte, nel momento in cui avviene il

passaggio dalla potenzialità all'atto (fig. 3). Quando l'individuo euforico cala nella realtà specifica la potenzialità personale che sente, cercando di concretizzarla con un piano contenente specifici scopi e strumenti per raggiungerli e, ancora di più, quando comincia a perseguirlo nella realtà, sperimenta la perdita della potenzialità stessa. L'accettazione è più facile se la persona riesce a considerare il guadagno che il passaggio all'atto comunque comporta in termini di realizzazione di scopi e costruzione. Accettando la perdita e valutando il guadagno l'individuo euforico *mette in folle* (22) e passa alla contentezza.

FIGURA 3

3.4 L'innamoramento

In natura esistono diversi esempi di reazioni euforiche fisiologiche. Uno di questi è l'innamoramento. L'esperienza dell'innamoramento è caratterizzata dalla percezione di avere un'enorme potenzialità e di voler e poter realizzare qualsiasi obiettivo, senza che a questo vissuto corrisponda un piano specifico. Le sensazioni fisiche e mentali sono di grande energia e instancabilità. "Volare" o "camminare a un metro da terra" sono le espressioni più comuni per descrivere il primo periodo dell'innamoramento. La mente è affollata da mille idee e il tempo per stare con l'innamorato e per realizzare tutti i progetti possibili non basta mai. Frequentemente accade che le ore di sonno siano ridotte, così come la fame. Tutta l'attenzione è concentrata sull'innamorato e su ciò che si può fare e realizzare. Se interrogata a proposito, la persona innamorata difficilmente riesce a descrivere con chiarezza e specificità il bene che sente di aver raggiunto e che la fa sentire così eccitata.

Con il passare del tempo, l'esperienza concreta con l'innamorato ovvero il passaggio dalla potenzialità all'atto, porta a rendersi conto dei limiti rispetto all'enorme potenzialità sentita e, quindi, a esperire una perdita. L'euforia comincia a

diminuire e, se si accetta la perdita delle infinite possibilità per realizzazioni finite, il sentimento di amore si trasforma. All'eccitazione subentra la contentezza, l'appagamento e la costruzione di progetti meno elettrizzanti ma stabili e concreti. Alla perdita fa da contraltare il guadagno dello stare insieme e realizzare un progetto condiviso.

3.5 Dall'euforia alla maniacalità

Lo studio degli esempi in natura di euforia e di quelli indotti in laboratorio a seguito di esperienze di successo (22), mostrano che gli stati euforici sono una parte normale dell'esperienza umana e non sono necessariamente patologici. L'individuo che ha perseguito un successo importante nella propria vita o si è appena innamorato presenta reazioni qualitativamente sovrapponibili a quelle di chi presenta un episodio ipomaniacale. L'euforia e lo stato soggettivo di grande potenzialità con l'urgenza di realizzarla senza sapere come, spiegano l'iperattività fisica e mentale, con idee numerose e veloci, la maggiore loquacità, l'impulsività con la sottostima della realtà e la sovrastima di sé, la distraibilità, l'instancabilità e la riduzione di sonno. La percezione soggettiva di avere maggiori diritti spiega la grande irritabilità. Nonostante presenti gli stessi sintomi, l'alterazione patologica dell'umore si differenzia dalla reazione euforica normale per *durata e quantità*, tanto da arrivare al delirio paranoico e di grandezza. Non accettando la perdita implicata nel passaggio dalla potenzialità all'atto, chi soffre di ipomaniacalità e maniacalità non riesce ad uscire dall'euforia (e spesso non vuole), cerca di mantenere lo stato positivo alimentandolo continuamente e dalla normalità passa alla patologia (fig. 4). Come per la depressione clinica, i fattori che possono spiegarne le ragioni sono legate a caratteristiche individuali quali il *problema secondario*, l'*affect as information* e il *progetto esistenziale povero*.

3.5.1 Problema secondario, affect as information e progetto esistenziale povero: l'euforia diventa mania

Per descrivere il meccanismo che dall'euforia porta alla mania, partiamo da un esempio concreto ripreso da Bowlby, il quale tra le forme di lutto complicato descrive la *reazione euforica*, osservando che tale reazione patologica si può accompagnare ad un rifiuto enfatico a credere alla scomparsa della persona cara con una forte sensazione della sua continua presenza e alla scoperta di potercela fare anche da solo (10). Secondo le nostre ipotesi, l'alterazione dell'umore e gli elementi ad essa connessi rilevati da Bowlby, possono essere spiegati come arresto patologico tra la fase del lutto di incredulità e quella dell'ipotesi positiva, quando il bene perduto appare recuperabile e si sperimenta l'urgenza della ricerca in vissuti tipici sovrapponibili a quelli dell'euforia: "Mi sento su di giri"; "Mi sento sempre un tumulto dentro"; "Non posso fissarmi a fare niente", "Tutto mi irrita"; "E' come se il tempo passasse più velocemente" (14; p.48). Ipotizziamo inoltre che le persone descritte da Bowlby presentassero un problema secondario sullo stato depressivo evitato a tutti i costi e legato a disvalore personale e uno sullo stato di eccitazione, valutato positivo e desiderabile: "Devo essere sempre felice e iperattivo o quanto meno, non triste o depresso e passivo"; "Chi è felice e iperattivo o quanto meno non triste e passivo è di successo e vale" (5). Entrambe queste valutazioni secondarie spiegano la crescita sproporzionata dell'euforia: a quella legata alla recuperabilità del bene, si aggiunge quella connessa al sentirsi bene anche da solo e perciò a valere molto e a sentire di avere enorme potenzialità personale. Inoltre, nonostante non ci siano ancora prove empiriche al riguardo, ipotizziamo che per il fenomeno dell'affect as information, il sentirsi eccitati e/o irritati possa essere utilizzato per inferire l'informazione di poter finalmente

arrivare agli scopi importanti, sottovalutando i dati negativi e sopravvalutando le proprie risorse e capacità. "Se sono eccitato e mi sento bene, vuol dire che valgo, che ho potere, che ho infinite potenzialità". Nello stato euforico, le persone tendono a dare maggiore attenzione a stimoli positivi, che sono notati e ricordati molto di più (11). Si instaura quindi un circolo vizioso dell'illusione, in cui l'aspettativa positiva di poter recuperare il bene e l'eccitamento si alimentano reciprocamente. Ipotizziamo infine che le persone descritte da Bowlby avevano da prima del lutto un progetto esistenziale povero, in cui lo scopo del valore personale e dell'autoefficacia era direttamente e unicamente connesso alla capacità di non aver bisogno dell'altro, di non provare emozioni negative, soprattutto di tipo depressivo, di sentirsi su di giri ed eccitati. In questa configurazione cognitiva, possono aver interpretato le sensazioni di attivazione, di irrequietezza e di iperattività della seconda fase del lutto, come raggiungimento delle capacità e degli strumenti connessi alla possibilità di realizzarsi come persone di valore. E' come se avessero sempre pensato "Se riesco a farcela da solo, posso fare tutto e affrontare qualsiasi cosa". Ipotizziamo che l'intensità e la durata dell'euforia siano positivamente correlate al grado dell'iperinvestimento nello scopo "farcela da solo" e della forza del legame che tale scopo intrattiene con valore e potere personale.

Per la valutazione fortemente negativa degli stati depressivi e quella positiva degli stati positivi (problema secondario), per l'utilizzo degli stati positivi come informazione di avere enormi potenzialità personali (affect as information), e per la presenza di un progetto di vita con pochi scopi iperinvestiti, questi individui tentano di prolungare gli stati positivi (22), non potendo accettare la delusione che accompagna inevitabilmente la ricerca nella realtà della persona scomparsa perché porta alla consapevolezza della irrecuperabilità della perdita e quindi a stati

depressivi. In tal modo, il passaggio dalla fase della protesta a quella della disperazione risulta bloccato e nel circolo vizioso che si instaura a causa della inaccettabilità della perdita della sensazione di potenzialità, l'euforia si accresce fino a divenire un episodio ipomaniacale o maniaco (fig. 4).

Se nell'esempio specifico fornito da Bowlby, l'eccitamento euforico che porta all'ipomaniacalità o alla maniacalità è scatenato dal lutto, in generale, possono costituire eventi scatenanti, anche il successo o semplicemente le sensazioni soggettive di sentirsi bene o eccitati e su di giri o irritati e pieni di energia. Queste sensazioni possono essere l'effetto di un farmaco, ad esempio antidepressivo, o del ciclo biologico stagionale. Tali stati sono interpretati come possibilità di realizzarsi finalmente, traducendosi nel tentativo disregolato di mantenere lo stato di enormi potenzialità personali. L'irritabilità e la valutazione secondo cui la realtà impone ostacoli e limiti ingiusti e minacciosi per le proprie potenzialità e diritti possono accrescersi fino a divenire paranoia così come la rappresentazione di potere personale può divenire delirio di grandezza. In questa condizione i passaggi all'atto sono valutati e sentiti solo come perdita inaccettabile del bene irrinunciabile e insostituibile "potenzialità", come profonda delusione, mai come guadagno e quindi possono implicare la rinuncia alla realizzazione e il ritorno alla potenzialità (fig. 4). In tal senso, la vulnerabilità genetica alla mania è espressa a livello comportamentale nel perseguimento disregolato di scopi e l'eccessivo perseguimento di uno scopo può servire come trigger per gli episodi maniacali.

Figura 4

4. I disturbi bipolari: tra illusione e delusione

Il sistematico scontro tra la realtà e il senso di enorme potenzialità personale porta a continue delusioni e perdite, che divengono sempre più grandi man, mano

che l'individuo prova a realizzare tale potenzialità perchè, sottovalutando la realtà e sovrastimando i propri poteri e diritti, mette in atto comportamenti dannosi per sé e per gli altri. Il caso estremo è quello in cui venga ricoverato a seguito di azioni impulsive dannose. La realtà del ricovero è ben lontana dalla realizzazione delle potenzialità che sente di possedere e, ai limiti normali imposti dalla realtà alla possibilità di "essere un superuomo", si aggiunge il danno di venire trattato come un malato.

Le delusioni continue portano ad un certo punto all'impossibilità a mantenere in piedi l'ipotesi positiva e l'individuo prende atto del fallimento. Quanto più è volato in alto, tanto più la caduta sarà dolorosa. Riprendiamo i casi di lutto complicato osservati da Bowlby. La fase depressiva che segue alla reazione euforica è significativamente più intensa rispetto a quella osservabile quando tale reazione è assente (10). Quanto più l'individuo è euforico e rimane in questo stato, tanto più l'intensità della caduta depressiva sembra aumentare: l'investimento è maggiore, le aspettative sono più numerose e, perciò, la perdita è valutata più grave. Una volta che comincia a sentire stati depressivi, le stesse caratteristiche personali che hanno portato la persona a sviluppare l'episodio di mania ovvero la valutazione negativa di tali stati (problema secondario), la tendenza a usarli come informazione (affect as information) e la povertà degli scopi investiti e quindi la gravità della perdita, la incastrano negli stati depressivi stessi in un circolo vizioso che dall'illusione conduce alla delusione, dall'episodio maniaco o ipomaniaco la porta a sviluppare un episodio depressivo e viceversa.

5. La ricorrenza e i fattori di vulnerabilità

Le caratteristiche individuali suddette sono coinvolte anche nella vulnerabilità alla ricaduta. Diverse ricerche dimostrano che alterazioni normali

dell'umore producono in tutti bias di memoria e di attenzione, per cui si tende a ricordare maggiormente episodi positivi e a fare attenzione a stimoli positivi quando l'umore si alza, negativi quando l'umore si abbassa (per una rassegna: 11). Lo stesso fenomeno interessa anche i pensieri che automaticamente vengono alla mente. Chi ha sofferto di alterazioni patologiche dell'umore presenta bias più accentuati. Per esempio, in chi ha avuto almeno un episodio depressivo, i ricordi e i pensieri negativi che tendono a ritornare alla mente durante uno stato disforico normale sono maggiori che nei soggetti che non hanno mai sofferto di depressione e comprendono anche i ricordi e i pattern di pensiero dell'episodio pregresso. Le credenze secondo cui, da una parte, chi è triste e depresso è cattivo e perdente, cui si lega lo scopo di evitare questo stato affettivo, accompagnata dal ricordo che già una volta si è verificato; e dall'altra, chi è eccitato e felice è un vincente, inaspriscono la negatività della valutazione sullo stato disforico e sui pattern di pensieri e ricordi negativi (problema secondario). Quanti più episodi depressivi la persona ha alle spalle, tanto più sarà impegnata a non ricaderci. Molta parte della sua attenzione verrà spesa nel monitorare i propri stati interni, con un'alta sensibilità e intolleranza per i correlati somatici, emotivi e cognitivi normali dello stato disforico. Questi non saranno interpretati correttamente come stati affettivi né verranno trattati in modo funzionale, lasciandoli fluire e poi impegnandosi in qualche attività. Ma, sempre di più, l'individuo tenderà ad interpretarli come segnali di incapacità di controllo sulla propria mente (anxiety sensitivity) e segnali di ricaduta (affect as information). Allora, certo di star ricadendo o di essere ricaduto in depressione, l'individuo tenderà a tutti i costi e con urgenza di uscirne, cercando di smettere di sentirsi disforico e di pensare in negativo. Ovvero, certo di subire la perdita di un bene di valore (lo stato di benessere e quindi la possibilità di

realizzare i propri scopi) tenta urgentemente di recuperare quel bene e, se ha fatto l'esperienza dello stato di potenzialità, vive nel desiderio e nella speranza di ritornarci, usandolo come paragone di confronto con la realtà che si trova a vivere, che risulta quindi continuamente deludente. Mette in atto tutti quei tentativi di soluzione disfunzionali che costituiscono il problema secondario. A tal proposito, diverse ricerche evidenziano che chi è stato depresso almeno una volta tende a trattare i pensieri e i ricordi negativi fisiologicamente emergenti nello stato disforico ruminandoci su e, quindi, concentrandosi su di sé (per una rassegna: 3). Questi tentativi risultano disfunzionali, accrescendo la possibilità di ricadere in depressione.

Riassumendo, chi ha sofferto di almeno un episodio di alterazione patologica dell'umore può facilmente sviluppare un problema secondario su un normale abbassamento dell'umore, su transitori pensieri e sensazioni negative, su un momento di stanchezza o di demotivazione, trattandoli come una grave perdita da recuperare il prima possibile. Le modalità disfunzionali utilizzate instaurano circoli viziosi che intensificano la disforia e i pattern cognitivi negativi in modo sproporzionato rispetto alla perdita reale e li rendono di difficile soluzione prolungandoli nel tempo e arrivando allo stato patologico.

L'osservazione empirica di Post (23), secondo cui il ruolo degli eventi esterni nello scatenare la depressione diminuisce con l'aumentare del numero di ricadute, può essere spiegato proprio per la natura del meccanismo descritto. In accordo con le ipotesi di Teasdale, riteniamo infatti che con l'aumentare delle ricadute, tale meccanismo coinvolga sempre più dinamiche interne (da noi individuate nel problema secondario e nell'affect as information), tanto che basta un semplice e normale abbassamento d'umore ad attivarlo (24). Ipotizziamo che l'efficacia nel

ridurre la vulnerabilità alla ricaduta depressiva mostrata dalla Terapia Cognitiva Basata sulla Mindfulness (24) possa essere spiegata proprio in quanto in grado di spezzare tale meccanismo, insegnando alla persona, da una parte, a riconoscere il momento di disforia come stato somatico-affettivo-cognitivo, come stato mentale e non come fatto ovvero non come l'informazione che è avvenuta una perdita irrecoverabile e insostituibile né che si è cattivi, brutti e falliti e, dall'altra, a trattarlo funzionalmente con attività diverse dalla ruminazione.

Infine, la vulnerabilità alla ricaduta dipende anche, da una parte, dal mantenimento di un progetto esistenziale povero, in cui i pochi scopi iperinvestiti sono direttamente legati al valore personale e, dall'altra, dall'impoverimento ulteriore che può verificarsi se l'uscita dal disturbo è avvenuta non tramite l'accettazione della perdita e il guadagno della sostituzione del bene, ma la rassegnazione e quindi, tramite una *diminutio* delle proprie possibilità nella vita (con una frequente sensazione di non significato esistenziale) e della posizione occupata nella gerarchia di "rango" ovvero dei propri diritti/doveri, poteri e risorse personali e sociali. Molta parte dell'efficacia del protocollo cognitivo sviluppato da Fava, noto come Terapia del Benessere (25), nel ridurre la vulnerabilità alla ricaduta, secondo la nostra ipotesi, è da ricercarsi in questo aspetto.

6. La costruzione della vulnerabilità ai disturbi dell'umore

Dalla pubblicazione di "Lutto e Melanconia" di Freud nel 1915 (26), è stato ipotizzato un ruolo principe per la perdita di una persona cara nella prima infanzia nel produrre la vulnerabilità alla depressione. Sono state condotte diverse ricerche e, nonostante alcune abbiano dato risultati piuttosto discussi, altre sembrano validare in parte tale ipotesi patogenetica (27), indicando che una percentuale significativa di chi soffre di depressione ha subito la perdita di uno dei due genitori

durante i primi cinque anni di età o tra i dieci e i quattordici anni.

Il legame tra perdita precoce di una figura importante (per morte o per altri motivi di separazione) e costruzione dei fattori individuali di vulnerabilità alla depressione può essere ricercato nella impossibilità di elaborare adeguatamente la perdita stessa. Per la sua giovane età, il bambino a lutto ha bisogno dell'aiuto di un adulto competente che lo accompagni e lo sostenga attraverso le diverse fasi del cordoglio. Tra le altre cose, è necessario che l'adulto lo aiuti a non riferirsi le cause della perdita, dandosi la colpa e che gli insegni a riconoscere lo stato depressivo come stato normale dovuto al lutto e che gli permetta di esprimere il dolore e di non vergognarsene. Se il bambino in cordoglio si trova in un ambiente indisponibile, perché troppo assorto a sua volta nel lutto o perché intollerante alle proprie manifestazioni emotive, impara a valutare la depressione come stato negativo, indice di cattiveria, di debolezza, di non amabilità, di incapacità, di bruttura e causa di esclusione (problema secondario), dal momento che la sua manifestazione produce allontanamento o rabbia nell'adulto. Contemporaneamente, si costruirà la convinzione di dovercela fare da solo, che può riuscirci se non prova emozioni negative, con un'intolleranza verso i segnali di arousal emotivo (anxiety sensitivity), un'autoattribuzione del rifiuto e dell'accettazione da parte dell'adulto ed un progetto esistenziale guidato dallo scopo di evitare qualsiasi perdita, lo stato depressivo e le situazioni in cui potrebbe avere bisogno dell'altro e quello di realizzare uno stato di eccitazione, potenzialità, vitalità. Con queste convinzioni e questo progetto esistenziale, l'individuo reagirà alla perdita e al conseguente stato depressivo, cercando di risolverli urgentemente con tentativi di soluzione disfunzionali.

Bowlby suggerisce che tali fattori di vulnerabilità si possono costruire anche

in assenza di veri e propri eventi luttuosi, a seguito di esperienze di attaccamento insicuro, in particolar modo evitante (10). In questo caso la figura d'attaccamento (FDA) è rifiutante e molto critica rispetto ai bisogni e alle espressioni delle emozioni negative da parte del bambino. Frequentemente poi il rapporto di attaccamento è invertito, con il bambino che si prende cura della FDA (spesso depressa a sua volta) e che per assolvere tale compito gravoso dovrà evitare di sentire i propri bisogni emotivi. Questo, unito all'incapacità della FDA ad aiutarlo a mentalizzare gli stati emotivi, fa sì che il bambino (e poi l'adulto che diventerà), avrà difficoltà a trattare l'esperienza emotiva e tutti i suoi correlati somatici e cognitivi come tali e tenderà ad interpretarli, per esempio, come non controllo e perdita della ragione, come disturbo o come un'avvenuta perdita irrecuperabile (affect as information).

In questo ambiente relazionale, il bambino può costruire scopi esistenziali assolutistici direttamente legati al proprio valore personale e iperinvestirli. Per esempio, dalle reazioni affettuose che le figure di riferimento, altrimenti rifiutanti o critiche, manifestano ogni volta che prende un buon voto a scuola può costruire la convinzione che se sarà efficiente ed efficace a scuola allora varrà e sarà amato. Lo scopo così definito potrà con gli anni trasformarsi in essere efficiente ed efficace sul lavoro ed essendo direttamente legato al valore personale e alla propria amabilità, sarà iperinvestito a discapito di tutto il resto. Un progetto esistenziale siffatto costituisce un importante rischio patologico, in quanto la compromissione, anche solo momentanea, dello scopo iperinvestito sarà vissuta come grave e difficilmente sostituibile.

Tra le esperienze di attaccamento insicuro legate allo sviluppo futuro di un disturbo dell'umore, rientrano anche quelle ansioso-resistenti, caratterizzate da una

FDA imprevedibile nella sua disponibilità a rispondere ai bisogni del bambino. In questo caso, il bambino può costruire molto precocemente le convinzioni di non dover mai perdere di vista la FDA e di dover protestare intensamente e a lungo affinché questa risponda ai propri bisogni. Svilupperà quindi una grande sensibilità alle separazioni e alle perdite, cui tenderà a reagire protestando rabbiosamente e con espressioni emotive molto marcate e prolungate, con l'aspettativa che più si farà sentire, più avrà la probabilità di recuperare il bene perduto. In queste condizioni è facile che il processo che porta all'accettazione si blocchi e si sviluppi patologia.

Accanto alla critica degli stati d'animo negativi del bambino che diventerà un adulto vulnerabile ai disturbi dell'umore, gli adulti con cui vive possono esaltare e premiare la presenza di stati d'animo positivi o di eccitamento. Si tratta di famiglie i cui membri presentano tratti temperamentali molto elevati, cui è legato il loro successo lavorativo e sociale (22, 5). La valutazione critica degli stati emotivi depressivi o, in generale, negativi e l'esaltazione e la ricerca di stati di eccitazione, come abbiamo visto, può costituire uno dei fattori di rischio.

Infine, possiamo ipotizzare che il bambino che subisce un lutto precoce e/o che ha relazioni di attaccamento insicuro, esperirà, più di chi non è in queste condizioni, emozioni depressive. Così come proverà più a lungo stati d'animo legati all'eccitamento, il bambino che nasce in una famiglia "ipomaniacale", per eredità biologica e perché apprenderà a mantenerli e ad esaltarli quando li prova. Secondo le ricerche sull'affect as information, emozioni esperite più a lungo e più intensamente, orientano in modo più autorevole le valutazioni ed i giudizi delle persone, così come sostenuto da Damasio che ne "L'errore di Cartesio" (28) scrive "L'emozione esperita cronicamente (*dispositional affect*), amplifica l'effetto

informativa dell'emozione esperita transitoriamente". Nel valutare gli eventi, esterni ed interni, gli individui che hanno questa storia di sviluppo, tenderanno dunque a utilizzare in modo significativo gli stati depressivi e quelli di eccitazione e questo aumenterà la probabilità di rimanere incastrati nei circoli viziosi patogeni.

7. Conclusioni

Come già Freud e poi Bowlby avevano suggerito, il processo del lutto offre il modello base della depressione clinica. Adottando quest'ipotesi all'interno di una visione cognitiva funzionalista, abbiamo elaborato una concettualizzazione delle alterazioni patologiche dell'umore che, senza mai dimenticare il ruolo eziopatogenetico dei fattori biologico-genetici, dà ampio spazio ai fattori psicologici e, in particolare, a quelli cognitivi.

Nel nostro modello la tristezza e l'euforia non sono spiegate come attivazione di schemi, ma come stati della mente che comportano specifici cambiamenti cognitivi. La tristezza porta alla ricerca del bene perduto, che implica l'iperfocalizzazione, con la conseguente alternanza tra speranza e disperazione. L'euforia porta all'urgenza di realizzare le potenzialità personali sentite, senza possedere un piano d'azione specifico. Quando l'individuo triste o euforico presenta caratteristiche personali quali una tendenza 1) a criticare aspramente gli stati depressivi e ad esaltare quelli positivi, tra cui la rabbia, cercando di gestirli con modalità disfunzionali; a 2) interpretare questi stati emotivi come informazione su di sé e sulla realtà e 3) possiede un progetto esistenziale povero con scopi iperinvestiti e direttamente legati al valore personale; c'è un rischio molto alto che si instaurino circoli viziosi che portano ad una patologica alterazione dell'umore. Nella nostra ipotesi, quindi, molti fattori di rischio di sviluppare un episodio depressivo o uno ipomaniacale e/o maniaco sono gli stessi, in accordo con

l'ipotesi dell'esistenza di uno spettro bipolare (29).

A nostro avviso l'adozione di una visione cognitiva funzionalista permette di superare i limiti del modello cognitivo classico e di spiegare i disturbi dell'umore a partire dai processi normali della mente, dalle alterazioni fisiologiche e sane dell'umore indagabili in modo empirico, senza dover ricorrere a ipotesi difficili da invalidare, convinti che "nella comprensione di una malattia, si produce una svolta quando i processi patologici della malattia stessa possono inquadrarsi come intensificazioni, deviazioni o prolungamenti di processi che si verificano nella vita sana" (30, p.5).

Ringraziamenti

Si ringrazia la prof. Amelia Gangemi per le proficue discussioni a riguardo dell'affect as information e della influenza della depressione sul ragionamento e per la revisione critica del manoscritto. Si ringraziano anche i dottori Barbara Barcaccia e Claudia Perdighe per le loro riflessioni sul processo cognitivo della accettazione.

BIBLIOGRAFIA

1. Beck A.T. Thinking and Depression: Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1963; 9: 324-333.
2. Beck A.T. Thinking and Depression: 2. Theory and therapy. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1964; 10: 561-571.
3. Rainone A., Mancini F. (eds.) *Gli approcci cognitivi alla depressione*. Milano, FrancoAngeli, 2004.
4. Clark D.A., Beck A.T., Alford B.A. *Teoria e Terapia Cognitive della Depressione*. Milano, Masson, 2001.
5. Power M.J. Psychological approaches to bipolar disorders: A theoretical critique. *Clin. Psychol. Review*, 2005; 25(8): 1101-1122.
6. Panzarella C., Alloy L.B., Abramson L.Y., Klein K. Cognitive Contribution to Mental Illness and Mental Health. In: Durso R.S. (eds.) *Handbook of Applied Cognition*. John Wiley & Sons Ltd, 1999.
7. Msetfi R.M., Murphy R.A., Simpson J., Kornbrot D.E. Depressive realism and outcome density bias in contingency judgments: The effect of the context and intertrial interval. *J Ex. Psychol.: General*, 2005; 134(1): 10-22.
8. Baron J. *Thinking and Deciding*. Cambridge, University Press, UK, 2000.
9. Mancini F., Gangemi A. Ragionamento e irrazionalità e Il paradosso nevrotico ovvero della resistenza al cambiamento. In: Castelfranchi C., Mancini F., Miceli M. (eds.) *Fondamenti di Cognitivismo Clinico*. Torino, Bollati Boringhieri, 2002.
10. Bowlby J. *Attaccamento e perdita*. Vol.3: La perdita della madre. Torino, Boringhieri, 1983.
11. Leppanen J.M. Emotional information processing in mood disorders: a review of behavior and neuroimaging findings. *Curr. Opin. Psychiatry*, 2006; 19: 34-39.
12. Scott W.D., Cervone D. The Impact of Negative Affect on Performance Standas Evidence for on Affective-as-Information Mechanism. *Cognitive Therapy and Research*, 2002; 26(1): 19-37.
13. Johnson-Laird P.N., Mancini F., Gangemi A. A hyper-emotion theory of psychological illnesses. *Psychol. Review*, 2006; 113(4): 822-841.
14. Parkes C.M. *Il lutto*. Studi sul cordoglio negli adulti. Milano, Feltrinelli, 1980.
15. Nesse R.M. Is depression an adaptation? *Arch. Gen. Psychiatry*, 2000; 57: 14-20.
16. Mancini F., Capo R. Anxiety Sensitivity in età evolutiva. Rilevanza nella genesi e nel mantenimento di alcuni disturbi mentali. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 2003; 70(4): 661-672.
17. Sartre J.P. *L'essere e il nulla*. Il Saggiatore, 1980.
18. Mancini F., Semerari A. (eds.) *Le teorie cognitive dei disturbi emotivi*. Roma, La nuova Italia Scientifica (NIS), 1991.
19. Schwarz N., Clore G.L. How Do I feel about It? The Informative Function of Affective States. In: Fielder K., Forcas J. (eds.) *Affect, Cognition and Social Behaviour: New Evidence and Integrative Attempts*. Toronto, Hografe, 1988.
20. Arntz A., Rauner M., van den Hout M. If Feel Anxious, there Must Be Danger: Ex-Consequencia Reasoning in Inferring Danger in Anxiety Disorder. *Behaviour Research and Ttherapy*, 1995; 33: 917-925.
21. Champion L.A., Power M.J. Social and cognitive approaches to depression: Toward a new synthesis. *Br. J. Clin. Psychol.*, 1995; 34: 485-503.

22. Johnson S.L. Mania and dysregulation in goal pursuit: A review. *Clin. Psychol. Review*, 2005; 25: 241-262.
23. Post R.M. Transduction of psychosocial stress into neurobiology of recurrent affective disorders. *Am. J. Psychiatry*, 1992; 149: 999-1010.
24. Segal Z.V., Teasdale J.D., Williams J.M.G. *Preventing depression: mindfulness-based cognitive therapy*. New York, Guilford Press, 2002.
25. Fava G.A. Well-being therapy: conceptual and technical issues. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1999; 68: 171-179.
26. Freud S. *Lutto e Melanconia*. Torino, Bollati Boringhieri, 1915.
27. Barnes G.E., Prosen H. Parental death and depression. *J. Ab. Psychol.*, 1985; 94: 64-69.
28. Damasio A.R. *L'errore di Cartesio*. Milano, Adelphi, 1995.
29. Angst J., Cassano G.B. The mood spectrum: improving the diagnosis of bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 2005; 7(2): 1-9.
30. Bowlby J. Prefazione. In: Parkes C.M. (ed.) *Il lutto. Studi sul cordoglio negli adulti*. Milano, Feltrinelli, 1980.

BOZZA

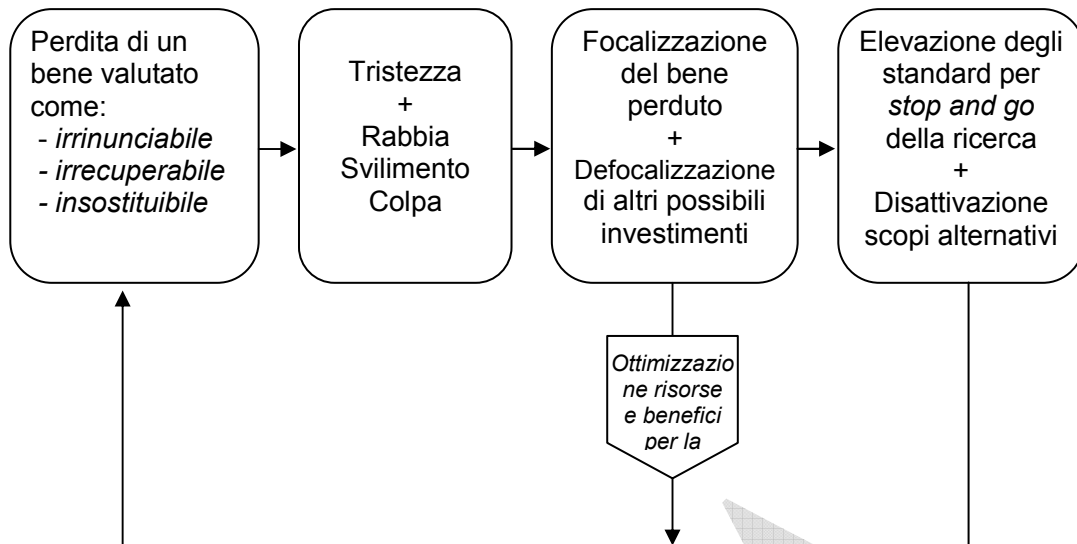


Fig. 1 Meccanismo della tristezza

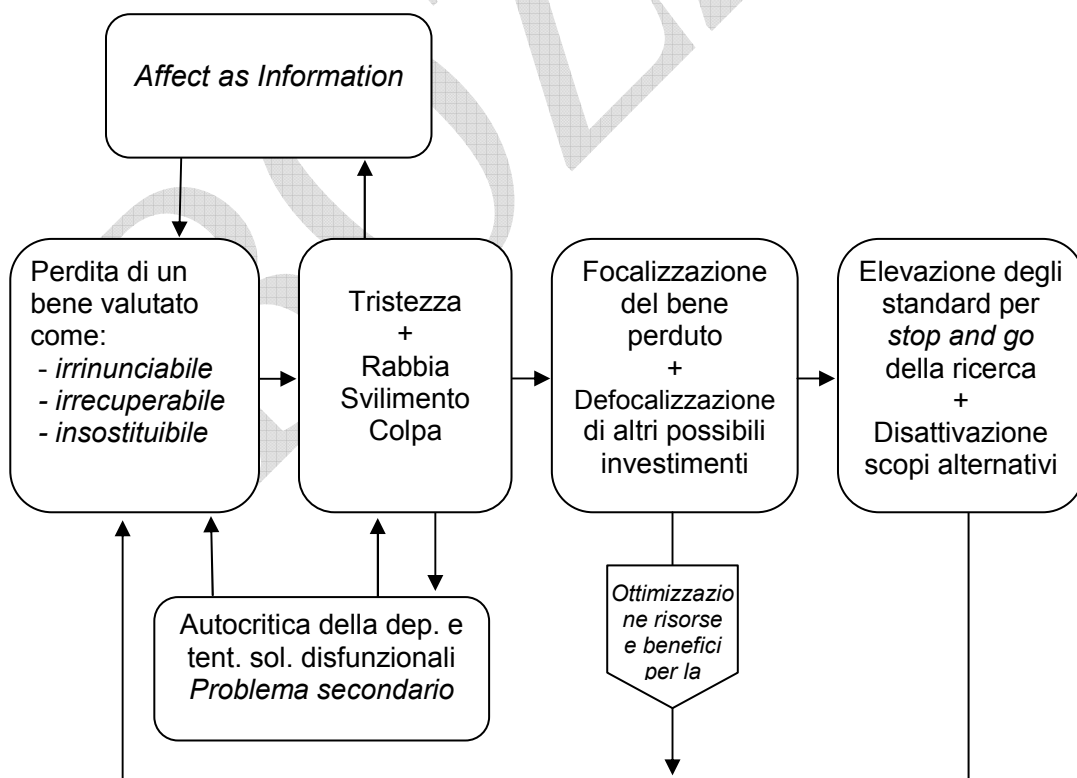


Fig. 2 Meccanismo della depressione clinica

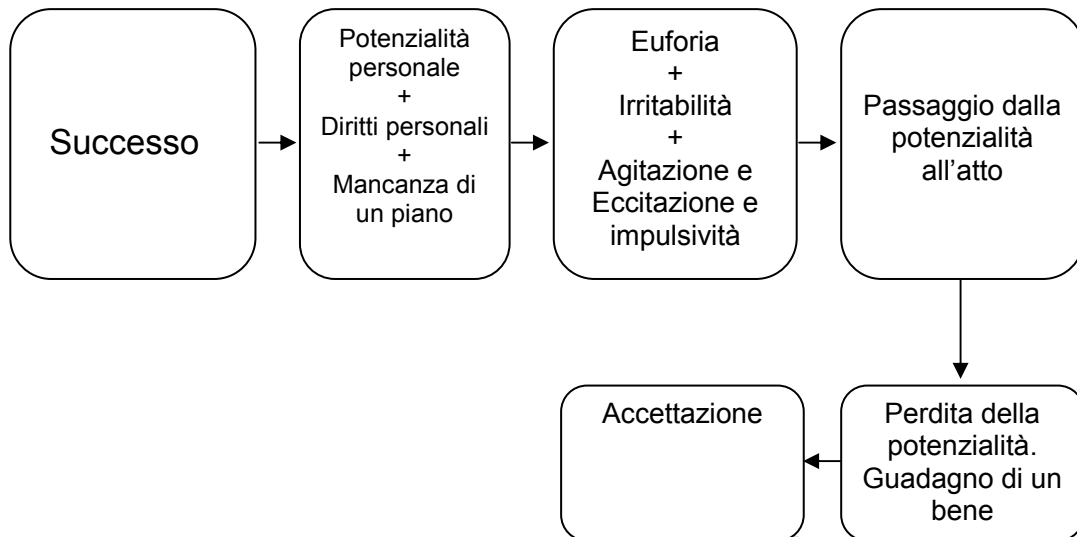


Fig. 3 Meccanismo dell'euforia

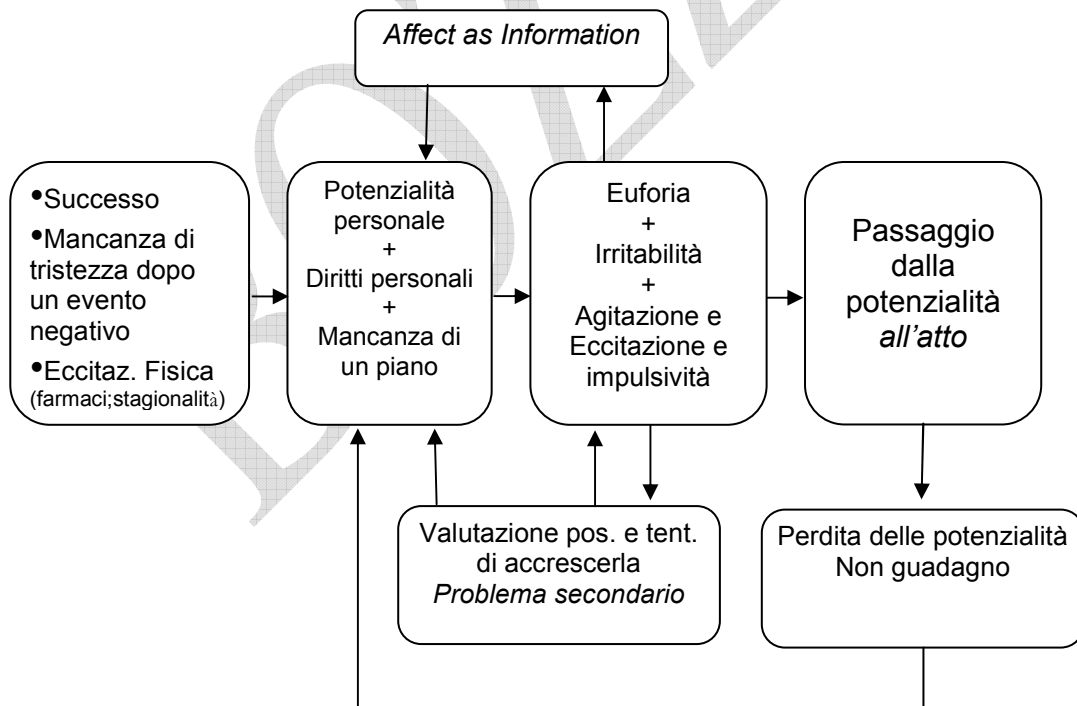


Fig. 4 Meccanismo della mania