LA DEPRESSIONE

Teorie e Modelli

prof. Giuseppe Sacco
Clinical Psychologist and Labour
formerly Professor of Psychology, University of Study of Siena
President Libra Scientific Association, Rome, Italy
www.librapsicologia.it
E.mail: **saccogiuseppe@libero.it**
Tel. 0039+ 339.3813129

DEPRESSIONE: UN'EMERGENZA INTERNAZIONALE !

Dati WHO (1998-1999):

- Il **DD** è la psicopatologia più diffusa
- Ogni anno si ammalano nel mondo circa 100 mil. di persone
- Di questi il 75% non viene trattato o ha cure inappropriate
- Le percentuali di prevalenza del **DDM** di durata superiore a 12 mesi nel ciclo di vita oscillano dal 2.6% - 12.7% negli uomini e dal 7% - 21% nelle donne

- Circa 1/3 della popolazione soffrirà di un episodio di **D** lieve nel corso della vita
- I possibili esiti della depressione possono essere molto gravi (deterioramento del funzionamento psicosociale, suicidio)
- Tra i pazienti depressi la probabilità di **suicidio** è del 15%

Principali **fattori di rischio** suicidario:

1. Appartenenza al sesso maschile
2. Ideazione suicidaria
3. Ritiro sociale
4. Sentimenti di disperazione
5. Durata episodio depressivo

Anche quando non si arriva al **suicidio** il **DD** può condurre a **gravi disagi** e **menomazioni** nella vita di chi ne soffre producendo:

1. Difficoltà sociali
2. Difficoltà nel lavoro e nello studio
3. Difficoltà a provare piacere/interesse in attività
4. Peggior stato di salute

- Calcolando le cause di morte, l'incapacità a lavorare, studiare, la disabilità e le risorse mediche necessarie la WHO ipotizza che tra circa 15 anni la **D** avrà un peso sulla salute mondiale secondo solo a quello della malattia cardiaca cronica

FASI del DD

I. **Fase progressione o scompenso**

- Comparsa dei primi sintomi depressivi che ancora non soddisfano i criteri diagnostici per il DDM.
- Tale fase può essere più o meno lunga o può rimanere stabile nel tempo.
- E' questo un momento delicato e importante per il riconoscimento precoce dei sintomi e l'intervento preventivo.

II. **Fase acuta**

- Se i sintomi progrediscono si entra in questa fase dove i sintomi soddisfano i criteri diagnostici per il DDM. Solitamente il trattamento inizia in questa fase con l'obiettivo di ridurre l'intensità dei sintomi

FASI del DD

3. **Risposta al trattamento**

- Si ha quando la gravità e la quantità dei sintomi si riduce almeno del 50%, per cui i criteri diagnostici non sono più soddisfatti

4. **Remissione**

- Una risposta più completa in cui il livello quantitativo e qualitativo dei sintomi rientra nel *range* della popolazione che non è mai stata malata.
- E' preferibile alla risposta in quanto presenta un rischio minore di ricaduta

FASI del DD

5. **Ricaduta**

- Si riferisce a un ritorno della sintomatologia dell'episodio depressivo già trattato.
- Avviene con maggior frequenza dopo trattamenti discontinui o interrotti precocemente
- Tutti gli studi di efficacia dimostrano la necessità di proseguire il trattamento anche dopo la remissione dei sintomi per evitare il rischio di ricaduta

FASI del DD

6. **Continuazione del trattamento**

- Estensione del trattamento dopo la fase di remissione allo scopo di ridurre il rischio di ricaduta.
- Anche se non è del tutto chiaro quanto debba essere lunga tale fase si parla di un periodo di almeno 6 mesi dopo la remissione

7. **Guarigione**

- Quando la causa sottostante i sintomi dell'episodio depressivo è risolta
- Naturalmente è difficile stabilirlo, tuttavia si usa il criterio temporale: se sono trascorsi 6 mesi senza disturbo la persona si considera guarita dall'episodio trattato

FASI del DD

8. **Ricorrenza**

- Il ritorno dei sintomi dopo la guarigione dall'ultimo episodio
- Per ridurre la vulnerabilità alla ricorrenza il trattamento viene continuato dopo la guarigione dell'episodio depressivo trattato

9. **Mantenimento del trattamento**

- In questo caso si parla di mantenimento del trattamento
- La durata di questa fase può esere indefinita, specie per alcuni pazienti con una storia clinica di molteplici episodi depressivi

Ricorrenza (RC) e Ricadute (RD)

- La **ricorrenza** è tipica dei DD
- Quasi il 70% delle persone che soffre di un **DD** presenta una condizione ricorrente per cui una volta guarite da un episodio **D** andrà incontro a una ricomparsa del disturbo
- La percentuale più alta di **RC** si ha nei 6 mesi successivi alla guarigione

Ricorrenza (RC) e Ricadute (RD)

Gli studi controllati mostrano che i fattori collegati a un maggior rischio di **RC** includono:

I. Il numero di episodi D
II. Esordio prima dei 40 anni
III. Presenza DD e DDMin.
IV. Assenza ambiente sociale supportivo

Ricorrenza (RC) e Ricadute (RD)

- La **RD** è un problema grave e urgente da affrontare
- Questo perché chi ne soffre tende di solito al **peggioramento** progressivo dei sintomi e aumenta la vulnerabilità a successive ricadute
- Più numerosi sono gli **episodi pregressi** più tenderà ad aumentare la **distorsione mnestica** sui ricordi negativi
- Il ruolo degli **eventi esterni** nello scatenare gli episodi **D** diminuisce in proporzione agli episodi pregressi e la persona potrà cadere in depressione anche in seguito ad eventi poco rilevanti o per una lieve disforia

La Depressione:mantenimento e cronicizzazione di altri disturbi

- La **D** si trova molto frequentemente associata con altri disturbi sia mentali che fisici

  Per quanto riguarda i primi prossiamo trovare **D associata** con:

- Disturbi d'ansia
- Disturbi alimentari
- Disturbi asse II (per es., Disturbi di Personalità)
- Ecc.

Fra le malattie organiche:

- HIV
- Neoplasie
- Malattie cardiocircolatorie
- Ecc.

TRATTAMENTI della DEPRESSIONE

Le Terapie della **D** riconosciute efficaci da vari organismi internazionale sono:

1. **Farmacoterapia** con antidepressivi (specie nelle forme moderate/gravi) (TCA, inibitori IMAO,SSRI)
2. **Psicoterapia**, in particolare approccio C-C e TI (specie nelle forme lievi/moderate)
3. Terapia elettroconvulsivante, nelle forme gravi (psicosi)

FARMACOTERAPIA

Malgrado il buon livello d'efficacia dei farmaci e la loro grande diffusione capillare, il grosso entusiasmo nell'uso degli stessi si è andato ridimensionando nel corso degli ultimi anni per una serie di motivi:

1. Circa il 60% dei pazienti **non risponde**
2. Gli **effetti collaterali** speeso portano più svantaggi che vantaggi
3. Gli **organismi internazionali** sconsigliano l'uso dei farmaci nelle forme lievi o transitorie per evitare effetti collaterali e altri rischi

FARMACOTERAPIA

4. Spesso i pazienti non seguono le **prescrizioni** nei **dosaggi** e nei **tempi** di somministrazione
5. Una volta smesso il farmaco non sembra garantire una efficacia significativa nella riduzione del **rischio di ricaduta**, molto elevato nel caso dei **DD**
6. I farmaci antidepressivi, usati per lungo tempo,possono presentare un effetto di **sensibilizzazione** alla depressione stessa

PSICOTERAPIA

- In tal senso si rivela molto importante sviluppare **terapie integrate** o **sostitutive** alla farmacoterapia
- Un problema delle psicoterapie è lo studio della loro **efficacia**
- Infatti molte di quelle esistenti non sono **empiricamente fondate** e quelle che lo sono non sempre vengono condotte correttamente
- L'analisi della letteratura attuale indica 2 forme di psicoterapia la cui efficacia sia dimostrata in studi controllati: la **TCC** e la **TI**

SCHEMI E PROCESSI.....

IDENTITA' PERSONALE

Atteggiamento verso sé

1. Valutazione di sé come **persona negativa**, **scarsamente amabile** o indegna di essere amata, impotente di fronte alla maggior parte delle situazioni
2. Il poter **contare solo su sé stessi** con un continuo senso di autoresponsabilità che rende pesante anche il minimo insuccesso o il recupero dopo una perdita

SCHEMI E PROCESSI……..

3. Una costante **immagine di sé perdente**, a cui si reagisce con rassegnazione e fatalismo dopo una serie di vani e pesanti sforzi che tendono a nasconderla

Atteggiamento verso la realtà

1. Aspettativa di **esclusione** al momento in cui verrà scoperto lo scarso valore personale, la scarsa amabilità e l'incapacità

SCHEMI E PROCESSI……..

2. La difficoltà di accettare gratificazioni e piaceri incondizionati. **Massimo sforzo per ottenere il minimo risultato** che per aver valore deve essere compiuto senza alcun aiuto
3. Gli obiettivi eventualmente raggiunti assumono **scarso valore**, dal momento che sono stati raggiunti perfino da lui. Gli aspetti positivi della realtà sono sempre quelli non ancora perseguiti o non perseguibili

SCHEMI E PROCESSI.....

MANTENIMENTO E SCOMPENSI

Le situazioni che con maggior frequenza provocano scompenso in un'organizzazione di personalità pre-morbosa di tipo depressivo sono tutte quelle che implicano o richiamano il concetto di **perdita**. Ecco l'elenco che fornisce Beck:

1. La perdita di un **oggetto tangibile** che è considerato motivo di gratificazione o di valore
2. La perdita di un **oggetto NON-materiale** (per es. stima di sé)

SCHEMI E PROCESSI.....

3. Un **cambiamento di opinione** su una delle componenti del proprio dominio personale (ciò che era una qualità può assumere un significato negativo)
4. Una **discrepanza** fra ciò che ci si aspetta e ciò che si riesce ad ottenere (delusione)
5. La **fantasia** o la previsione di una perdita futura (anticipazione immaginativa della perdita)

SCHEMI E PROCESSI.....

6. **Una perdita ipotetica**: non si è ancora verificata ma potrebbe accadere
7. **Una pseudoperdita**: la persona percepisce erroneamente come perdita un evento di qualche elemento del dominio personale

- In tutti gli esseri umani situazioni di questo genere possono provocare **naturale tristezza** che stimola alla soluzione del problema
- Per chi invece ha uno stile depressivo tali situazioni implicano sensazioni e immagini di **solitudine e tristezza stabili**

SCHEMI E PROCESSI.....

- In alcuni si evidenzia una tendenza a “**soffrire in silenzio**” per non pesare sugli altri e/o perché non ci si aspetta un aiuto affettivo
- Appena possibile queste persone tendono a reagire **isolandosi o occupandosi degli altri**, non concedendosi il tempo necessario per elaborare l’eventuale perdita
- In questo modo si ottiene, di fronte ad uno degli eventi di perdita precedentemente considerati, un **risultato opposto** a quello necessario per superarli

SCHEMI E PROCESSI……..

- Invece di confermarsi la possibilità di essere aiutati in caso di necessità si finisce per ritrovarsi più soli
- Un'altra possibilità è quella di "**sfidare" la solitudine** isolandosi fino a quando non si recupera la propria immagine di forzata efficienza
- Ma durante questo periodo i significati che si tendono ad attribuire agli eventi continuano a incentrarsi su schemi e rappresentazioni di **perdita**, **autosvalutazione**, **autoresponsabilità e di colpa**

SCHEMI E PROCESSI.....

- Un'altra situazione che può provocare scompenso è la radicalizzazione del concetto di **efficienza personale** che si collega a quello di **forzato mantenimento della stima in sé stesso e del dominio personale**
- Questo può provocare in caso di scompenso una **crisi esistenziale** che non è sempre possibile far risalire a un evento specifico

SCHEMI E PROCESSI.....

- Si tratta di persone che basano la stima di sé su un **grande senso di efficienza**, meticolosità e precisione ed hanno la pretesa di risolvere ogni problema rapidamente e senza eccessivi sforzi
- Accanto a ciò si possono presentare atteggiamenti di tipo **maniacale** dove devono sempre esibire **autonomia**, direttività, essere sempre attenti e su di giri

SCHEMI E PROCESSI.....

- Di fronte alle prime inevitabili difficoltà che si presentano alla luce delle **autorichieste** sempre maggiori, reagiscono nascondendo a sé e agli altri le "**debolezze**" e rafforzando l'**impegno** per ritrovare la sensazione di capacità personale
- A un certo punto, si acuisce, con l'aumento delle richieste e delle difficoltà, l'aspettativa di **impegno** e **sforzo personale**, **senza** concepire la possibilità di chiedere e ricevere **aiuto**

SCHEMI E PROCESSI.....

- A tale prospettiva è abbinata una **sensazione di fatica** e schemi di stanchezza e insoddisfazione che inizialmente possono essere mascherati con una **sintomatologia somatica**
- Tale tentativo disperato di reazione costituisce a volte **l'esordio** di un **quadro depressivo**

FATTORI PSICONEUROFISIOLOGICI: FATTORI GENERALI

- Tali soggetti si vengono a trovare in una situazione di *procurata deprivazione sensoriale*
- Al rilevamento dei **parametri psicofisiologici** si presentano come "spenti"
- Il **tono muscolare** è basso, la **risposta elettrodermica** collegata all'attivazione emotiva è quasi assente e la **temperatura periferica** e bassa

FATTORI PSICONEUROFISIOLOGICI PATTERN EMG

- I soggetti con modalità **depressiva** hanno manifestato un comportamento miografico che possiamo definire **pattern di ritiro** (Sacco, Ruggieri, 1998)
- Infatti, di fronte ad uno stimolo immaginativo ansiogeno essi, che partono già da livelli di attivazione miografica bassa, rispondono con un ulteriore abbassamento della tensione muscolare della regione frontale nella fase dello stimolo e specialmente in quella post-stimolo.

FATTORI PSICONEUROFISIOLOGICI: FATICA, BASSA ENERGIA E RITIRO

- In situazioni di perdita o difficoltà possono facilmente prodursi delle **rappresentazioni** di immagini con sensazioni **di fatica**, insieme a schemi emotivi e mnestici di **impegno e sforzo** per riportarsi alla condizione desiderata
- L'atteggiamento di **rallentamento** che ne deriva incide in modo ulteriormente negativo sull'immagine di sé e sulla possibilità di farcela

FATTORI PSICONEUROFISIOLOGICI:LA TEORIA DELL'ASIMMETRIA DELL'ATTIVITA' CORTICALE FRONTALE

- Numerosi studi suggeriscono che l'**affettività** con valenza **piacevole** è associata con una più ampia attività dell'**emisfero anteriore SX** rispetto al DX
- Analogamente, l'**affettività** con valenza **spiacevole** è associata con una maggiore attività **dell'emisfero anteriore DX** rispetto al SX

FATTORI PSICONEUROFISIOLOGICI:LA TEORIA DELL'ASIMMETRIA DELL'ATTIVITA' CORTICALE FRONTALE

- In sintonia con tali rilievi altri studi hanno mostrato che la **regione frontale SX** è coinvolta nell'esperienza di **umore piacevole** e il suo danneggiamento implica la depressione dell'umore
- Studi **EEG** con soggetti **depressi** hanno riportato un decremento dell'attività della **regione frontale SX**

- **DISTURBI DELL’UMORE E DSM5**

CARATTERISTICHE DEI PENSIERI AUTOMATICI

1. SI PRESENTANO ALLA MENTE IN MODO "**AUTOMATICO**", SPONTANEO.
2. HANNO UNA **FORMA** ESTREMAMENTE **RAPIDA** (DA QUALCHE MILLISEC. A POCHI SEC.) E **TELEGRAFICA**.
3. PER CHI LI PRODUCE POSSEGGONO UNA CARATTERISTICA DI OVVIA **PLAUSIBILITA'** SENZA ALCUNA DISTANZA CRITICA.
4. ESSI ESPRIMONO UNA **MODALITA' COSTANTE** DI ATTRIBUZIONE DI SIGNIFICATO AGLI EVENTI, CARATTERISTICA DELLA PERSONA CHE LI PRODUCE.
5. SONO FORTEMENTE **SPECIFICI** ALLA SITUAZIONE IN CUI SI PRODUCONO

ESEMPI DI PENSIERI AUTOMATICI NEGATIVI

- *Nessuno mi ama*
- *Nessuno mi vorrà*
- *Non ci riuscirò mai*
- *Sono un fallito*
- *Perderò tutto*
- *Sono sempre il solito incapace*

PENSIERI AUTOMATICI NEGATIVI (PAN)

- I **PAN** sono costituiti da quel fenomeno mentale osservato da Beck durante le sedute con pazienti depressi che consisteva nella produzione involontaria di un **flusso automatico di pensieri**, specialmente di autocritica, di cui almeno inizialmente essi stessi non erano consapevoli
- Egli considerò i **PAN** come uno dei principali sintomi del **DD** e li osservò attraverso la loro registrazione sistematica (DGRPA)

PENSIERI AUTOMATICI NEGATIVI (PAN)

- Tutte le persone hanno PA ma quelli del depresso si caratterizzano per il loro contenuto
- **Contenuti**: fallimento, autocritica, insuccesso, incapacità e NON-amabilità
- Tema dominante: **Perdita** valutata e sentita come irreversibile e irreparabile
- Presenza di **carenza di risorse** e di **energie** considerate fondamentali per il raggiungimento dei propri scopi

TRIADE COGNITIVA NEGATIVA (TCN)

1. **Visione negativa di sé.** Il paziente si considera inadeguato e difettoso e in virtù di ciò si sente indesiderabile, inutile, con sentimenti di autobiasimo e autocritica (si osserva nei PAN)
2. **Visione negativa del mondo.** Il paziente valuta negativamente le interazioni con l'ambiente circostante considerandole in termini di sconfitte, privazioni o denigrazioni-umiliazioni.Da ciò ne consegue un senso di insopportabilità e irrisolvibilità dei problemi quotidiani

TRIADE COGNITIVA NEGATIVA (TCN)

3. **Visione negativa del futuro (pessimismo).** Il paziente prevede e si aspetta frustrazioni e difficoltà future come un inevitabile prolungamento della sofferenza che sta attualmente vivendo. Quindi non fa nulla perché prevede una sicura sconfitta.Da qui il senso di inutilità (de-motivazione)

   Differenza fra persona ansiosa e depressa:

- Ansioso: previsione di **possibile** minaccia-preoccupazione
- Depresso:la perdita non è possibile ma **sicura**

DISTORSIONI COGNITIVE (DC)

- Durante il lavoro clinico e gli studi sperimentali Beck osservò che i pazienti con **DD** presentavano abitualmente degli **errori tipici** o **distorsioni** di pensiero nel processo di costruzione dell'esperienza individuale che sono **sistematici**, **specifici** e relativi al **dominio personale**

Tra questi ne identificò alcuni oramai classici tra cui:

- Inferenza arbitraria
- Astrazione selettiva
- Ipergeneralizzazione
- Minimizzazione ed esagerazione
- Personalizzazione
- Pensiero dicotomico
- Ecc.

SCHEMI

- I PAN e le DC sono il prodotto di particolari strutture cognitive denominate **schemi**
- Gli schemi possono essere definiti come:*strutture interne relativamente permanenti di caratteristiche generiche o peculiari di stimoli,di idee o di esperienze che vengono immagazzinate ed utilizzate per organizzare nuove informazioni dotandole di significato, determinando così il modo in cui i fenomeni vengono percepiti e concettualizzati.* (Clark et al., 1999)

SCHEMI

Sono stati ipotizzati **diversi tipi di schemi**:

1. Schemi cognitivo-concettuali
2. Schemi affettivi
3. Schemi fisiologici
4. Schemi comportamentali
5. Schemi relazionali

SCHEMI

1. **SCHEMI COGNITIVO-CONCETTUALI**

- Selezionano, **organizzano**, acquisiscono e interpretano le informazioni
- Attraverso tali schemi si traggono deduzioni, interpretazioni e valutazioni che conducono **all'attribuzione di significato**
- Un'altra funzione-chiave è quella di **valutare** gli stimoli al fine di distinguere tra **aspetti personali** e autoreferenziali e altri di tipo **impersonale**
- In virtù di ciò si tratta quindi di strutture che sono correlate con l'**identità**, i valori e gli obiettivi personali
- Sono gli schemi ipotizzati e descritti nel lavoro classico di **Beck**

SCHEMI

2. **SCHEMI AFFETTIVI**

- Hanno la funzione di percezione delle sensazioni e della loro reciproca combinazione

3. **SCHEMI FISIOLOGICI**

- Sono le strutture cognitive che descrivono la funzioni e i processi somatici, elaborano gli stimoli propriocettivi provenienti dalla muscolatura e dagli organi viscerali, conducendo alla rappresentazione dell'*arousal*

SCHEMI

4. **SCHEMI COMPORTAMENTALI**

- Consentono l'esecuzione automatica e coordinata delle risposte motorie comportamentali

5. **SCHEMI MOTIVAZIONALI**

a) **Primari**:impulsi automatici e involontari collegati a strategie comportamentali primarie

b) **Secondari**:appresi attraverso il processo di socializzazione

c) **Terziari**:obiettivi,valori,aspettative personali specifiche

SCHEMI DEPRESSOGENI (SD): CONTENUTO

- E' costituito da convinzioni, credenze, conoscenze, obiettivi

1. **Schemi semplici.**

- Rappresentazioni oggetti fisici e sociali.Scarsamente rilevanti

2. **Schemi intermedi.**

- Contenuti meno concreti e specifici costituiti da regole e convinzioni che l'individuo utilizza per valutare sé stesso e le proprie esperienze.
- Svolgono un ruolo importante nello sviluppo del DD, in quanto la triade cognitiva si trova a questo e al livello successivo.

SCHEMI DEPRESSOGENI (SD): CONTENUTO

- Troviamo **3** categorie di convinzioni:

a) **Regole condizionali** (*Se non sarò promosso allora vorrà dire che sono un fallito)*

b) **Regole imperative** *(Non devo mai commettere errori)*

c) **Convinzioni compensatorie** *(Per essere amato non devo commettere errori)*

SCHEMI DEPRESSOGENI (SD): CONTENUTO

3. **Schemi di base.**

- Riguardano le proprietà e le caratteristiche dell'identità personale.
- Hanno le caratteristiche di maggior astrazione, globalità e assolutismo
- Esempi nel paziente **D** sono*:Non sono amabile , Non sono degno di essere amato, Non valgo nulla*
- Tali schemi si formano precocemente nello sviluppo durante la costruzione dei legami di attaccamento

SCHEMI DEPRESSOGENI (SD): CONTENUTO

- Ricoprono un **ruolo importante** nella vulnerabilità, nello scompenso e nel mantenimento della **D**
- In sintesi, il contenuto degli **SD** è costituito da un **contenuto negativo** riguardo l'identità personale
- Il tema dominante è quello della **perdita** di risorse e potere personale e dell'impossibilità di raggiungere i propri scopi personali

QUALITA' E CARATTERISTICHE DEGLI SD

1. Grado di reciproca correlazione
2. Grado di complessità
3. Grado di rigidità
4. Grado di permeabilità
5. Grado di concretezza
6. Valenza e ampiezza

PERSONALITA' PRE-MORBOSA

- **Personalità.** *Organizzazione relativamente stabile di schemi cognitivi per la rappresentazione di risposte adattive o disadattive alle richieste e agli eventi stressanti della vita quotidiana* (Beck, Freeman, 1990)
- Beck ipotizza 2 sottorganizzazioni di personalità pre-morbosa depressiva:

1. **Personalità sociotropica.** L'individuo è orientato verso i rapporti interpersonali e valuta il proprio valore sulla base delle relazioni intime che intrattiene (*Se non piaccio sempre non valgo)*

PERSONALITA' PRE-MORBOSA

2. **Personalità autonoma.** Questo individuo è orientato all'indipendenza e al successo. Le valutazioni sul valore personale sono in rapporto alla propria abilità, successo e produttività (*Se non ho successo non valgo/sono un fallito)*

Eventi scatenanti

1. **Personalità sociotropica**: perdite sociali e interpersonali (lutto, rottura di una relazione)
2. **Personalità autonoma**: perdita di capacità o di ruolo (licenziamento, insuccessi lavorativi, avere figli, sposarsi, ecc.)

FORMAZIONE SCHEMI

- La struttura cognitiva sottostante ai sintomi depressivi si costruisce durante la **storia di apprendimento** individuale
- Centrali sono le esperienze relazionali precoci e in particolare quelle con le **figure di attaccamento**
- Spesso la **FdA** è anch'essa **depressa**
- In tal caso il bambino apprende una serie di convinzioni che andranno a formare gli schemi tra cui quelle rigidide, assolute e negative degli **schemi depressogeni**

VULNERABILITA' E SCOMPENSO

- La presenza di una struttura cognitiva depressogena non significa automaticamente la presenza di una sintomatologia depressiva, tuttavia costituisce un importante **fattore di rischio**
- Quando la persona non è depressa gli schemi cognitivi sono presenti in modo **latente** e perciò non sono attivi, anche se costituiscono un importante **fattore di vulnerabilità** insieme ad altri (variabili biologiche, eventi stressanti, scarsità di supporto sociale)

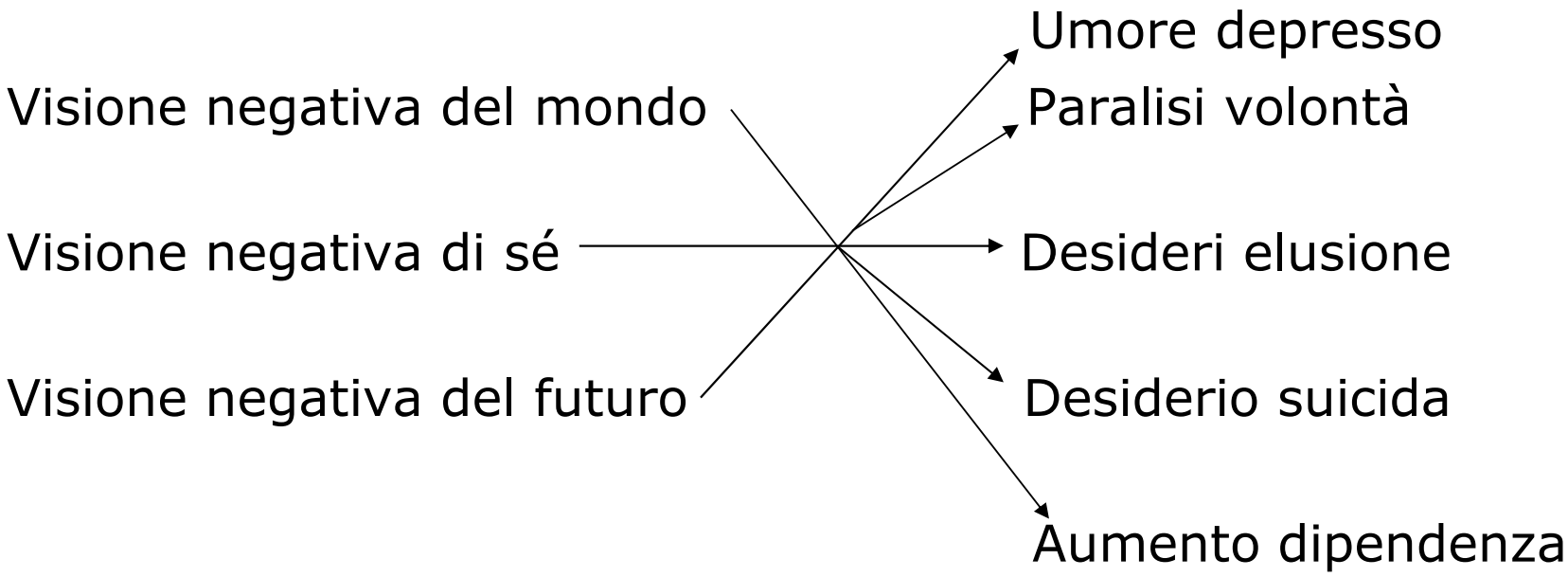
VULNERABILITA' E SCOMPENSO

- Gli studi effettuati finora non hanno dimostrato l'esistenza degli **SD**
- Beck spiega questa difficoltà ipotizzando che finché restano **latenti** gli schemi sono **inaccessibili**
- Come abbiamo visto le convinzioni depressogene si possono attivare in varie circostanze particolari, ma l'elemento comune è che la persona valuti l'evento in termini di **perdita**
- Non bisogna però pensare che la depressione sia sempre riconducibile a un singolo evento, spesso sono **diversi eventi negativi** sommati nel tempo, anche se non tutti gli eventi di perdita conducono alla depressione

VULNERABILITA' E SCOMPENSO

- Una volta attivati gli **SD** divengono iperattivi e ipervalenti
- Tutto comincia ad essere autoriferito negativamente
- Gli eventi vengono costruiti come **perdite** reali o potenziali, prove del disvalore, dell'indegnità, dell'incapacità e dell'impotenza
- Trattandosi di schemi rigidamente autoreferenziali vengono prodotti dei ***biases*** relativi alle interpretazioni su di sé (distorsioni cognitive)

VULNERABILITA' E SCOMPENSO



VULNERABILITA' E SCOMPENSO

- Anche i sintomi fisici, come il rallentamento motorio e l'affaticabilità, possono essere spiegati in chiave cognitiva, in quanto: *la profonda inibizione motoria appare consona alla visione negativa di sé, al senso di futilità e alla perdita spontanea di motivazione* (Beck, 1967)

MANTENIMENTO

- Il meccanismo generale di **M** dimostrato da Beck ha come base le qualità strutturali degli SD che producono gli errori cognitivi
- *Ogni giudizio negativo rafforza l'immagine di sé negativa, che a sua volta facilita l'interpretazione negativa delle esperienze successive, che a sua volta, consolida ulteriormente il concetto di sé negativo* (Beck, ib.)
- *Quanto più negativi sono i pensieri del paziente, tanto peggio si sente; quanto peggio si sente tanto più negativi sono i suoi pensieri* (Beck, ib.)

MANTENIMENTO:Circoli viziosi

1. Circolo vizioso tra i sintomi depressivi (per esempio, faticabilità\passività)
2. Circolo vizioso schemi\sintomi (per esempio, incapacità\demotivazione\convinzione incapacità)
3. Circolo vizioso tra persona depressa e ambiente sociale (per esempio, convinzioni depressogene\comportamento inadeguato\comportamento di isolamento da parte degli altri)

Aggiornamenti e riformulazione del modello: il concetto di "Mode"

- Al fine di ampliare il livello di analisi cognitivo-concettuale, negli ultimi anni, Beck e coll. hanno ampliato la formulazione classica del modello
- Viene introdotto il concetto di **mode** di respiro più ampio rispetto a quello classico di schema
- *Un mode è un cluster specifico di schemi intercorrelati cognitivo-concettuali, affettivi, fisiologici, comportamentali e motivazionali, organizzati per soddisfare particolari richieste poste nei confronti dell'organismo* (Clark et a., 1999

TIPI di “MODE”

1. “**Mode” primari.** Perdita, minaccia, vittima, autoaccrescimento. Ciascuno di essi costituisce 1 delle principali emozioni e attiene alla sfera evoluzionistica
2. **“Mode” costruttivi.** Sono acquisiti nell’esperienza di vita e favoriscono le attività individuali (capacità di instaurare relazioni, ecc.).La depressione persiste anche per la debolezza di questi “mode”
3. **“Mode minori”.** Informazioni acquisite con l’apprendimento delle abituali attività quotidiane

TIPI di “MODE”

- Secondo Beck, i soggetti predisposti alla depressione per via delle loro esperienze negative durante l’infanzia e per la base biologica, presentano un’ipervalenza e un’ipergeneralizzazione del **mode primario di perdita**
- In più, la loro organizzazione cognitiva presenta una relativa inattività dei **mode costruttivi di pensiero**

“Mode” primario di perdita nella depressione

Schemi comportamentali

Ritiro sociale e passività

Schemi affettivi

Disforia

Schemi cognitivo-concettuali

Valutazione perdita e fallimento

Schemi motivazionali

Perdita piacere e interesse

Schemi fisiologici

Faticabilità

ALCUNE CRITICHE

1. Carenze **basi sperimentali** delle ipotesi del modello
2. Il **modello** deriva principalmente dall'**osservazione clinica** dalla quale ne deriva una teoria clinica scientifica, ma non può essere considerato un modello sperimentale riguardante i disturbi psicologici (concetti vaghi e imprecisi ai fini della sperimentazione)
3. Impossibilità di accedere in pazienti depressi "guariti" ai **pattern cognitivi** stabili o alle assunzioni e agli atteggiamenti disfunzionali