

BLOCCATI TRA ILLUSIONE E DISPERAZIONE.  
UNA NUOVA IPOTESI COGNITIVISTA SUL DISTURBO BIPOLARE

Francesco Mancini\*<sup>o\*\*</sup>, Antonella Rainone<sup>o\*\*</sup>

\*Associazione di Psicologia Cognitiva

<sup>o</sup> Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC

\*\* Studio di Psicoterapia APC-SPC di Roma

### Riassunto

In questo lavoro viene presentata un'ipotesi cognitivista di comprensione dei disturbi dell'umore nuova e alternativa a quella classica. Tale ipotesi individua nel processo di lutto il modello base della depressione e nella perdita il nucleo dell'esperienza depressiva, come già Freud e poi Bowlby avevano suggerito. Adottando quest'ipotesi all'interno di una visione cognitiva funzionalista, analizzeremo le alterazioni patologiche dell'umore, partendo dal funzionamento normale della mente e, senza dimenticare il ruolo eziopatogenetico dei fattori biologico-genetici, descriveremo i fattori psicologici implicati nella patologia.

**Parole chiave:** disturbo bipolare, disturbo dell'umore, modello cognitivo, lutto, perdita, vulnerabilità, ricorrenza.

BETWEEN ILLUSION AND HOPELESSNESS. A NEW COGNITIVIST HYPOTHESIS ABOUT THE BIPOLAR DISORDER

### Abstract

We would describe a new cognitivist hypothesis about the bipolar disorders working. This hypothesis is alternative to the classic one. We suggest that the basic model of the mood disorders is in the mourning process and in the loss, as just Freud and Bowlby suggested. Adopting this hypothesis in a functionalistic view, we analyze the pathological mood alterations, starting from normal working of mind and we describe the psychological factors that are involving in the pathology, without never to forget the etiopathogenetic role of the biological and genetic factors.

**Key words:** bipolar disorder, mood disorder, cognitive model, mourning, loss, vulnerability, recurrence.

### Introduzione

È trascorso quasi mezzo secolo dall'elaborazione del modello cognitivo di comprensione e di trattamento dei disturbi dell'umore (Beck 1963, 1964, 1967) e, nonostante costituisca ancora

oggi la formulazione più conosciuta nel mondo clinico e accademico, sono state avanzate negli anni diverse critiche e nuove ipotesi, alcune con l'obiettivo di arricchire e aggiustare la formulazione classica, altre di sostituirla (per una rassegna completa: Rainone e Mancini 2004).

Secondo il modello cognitivo classico la patologia è 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 (Beck 1967; Beck e Freeman 1990; Young et al. 2001). La qualità della patologia dipende dal contenuto specifico degli schemi stessi: se è caratterizzato da temi negativi di fallimento, di non amabilità personale, di mancata speranza per il futuro e di negatività del mondo sociale si hanno episodi depressivi; se il contenuto degli schemi patogeni attivi è costituito da 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, si hanno episodi maniacali o ipomaniacali (Lam et al. 1999; Scott e Todd 2002; Newman et al. 2002; Wright e Lam 2004). L'attivazione quasi simultanea di entrambi i tipi di schemi di credenze patologiche produce episodi d'umore misto.

Altrove abbiamo descritto dettagliatamente diversi limiti che il modello cognitivo classico presenta (Rainone e Mancini 2004; Mancini e Rainone *in corso di stampa*). Qui vogliamo ricordare solo due punti critici. Il primo riguarda l'ipotesi sulla vulnerabilità ai disturbi dell'umore, che, secondo Beck, è riconducibile alla presenza di credenze patologiche latenti. Queste, tuttavia, risultano evidenti durante gli episodi acuti del disturbo, ma non sono più rintracciabili quando la persona è asintomatica ma ancora vulnerabile (Blackburn e Moorhead 2001), apparendo più conseguenza che non causa del disturbo. Il secondo punto critico riguarda il ruolo patogeno delle distorsioni. Secondo le ipotesi cognitiviste classiche, se la persona con disturbo emotivo riuscisse a valutare accuratamente la realtà, gli schemi patogeni si modificherebbero in direzione della sanità (Beck 1976, 1987). Le ricerche sul ragionamento comune (Alloy e Abramson 1982, 1988; Giroto 1994; Paranzella et al. 1999) 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 quando processano eventi di risultati positivi (*realismo depressivo*). 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* di Baron 2000), piuttosto che nella capacità di fare valutazioni accurate della realtà (Mancini 1998; Mancini e Gangemi 2002 a/b).

Presentiamo di seguito un'ipotesi cognitivista di comprensione dei disturbi dell'umore nuova e alternativa a quella classica (Mancini e Rainone *in corso di stampa*). Tale ipotesi individua nel processo di lutto il modello base dei disturbi dell'umore e nella perdita il nucleo dell'esperienza depressiva, come già Freud e poi Bowlby avevano suggerito (Freud 1915; Bowlby 1979, 1980). Adottando quest'ipotesi all'interno di una visione cognitiva funzionalista, analizzeremo le alterazioni patologiche dell'umore, partendo dal funzionamento normale della mente e, senza mai dimenticare il ruolo eziopatogenetico dei fattori biologico-genetici, descriveremo i fattori psicologici implicati nella patologia.

## Gli episodi depressivi

### *Lo stato mentale di perdita*

Lo stato mentale che caratterizza gli episodi depressivi è quello della *perdita* (Mancini e Rainone *in corso di stampa*). Le emozioni principali e più frequenti che colorano tale stato mentale sono la tristezza, la rabbia e il senso di colpa. La tristezza è un'emozione basica, attivata appunto dalla percezione e dalla rappresentazione della *perdita di un bene* e associata ad un feeling in cui prevale la sensazione di mancanza, fino ad arrivare in alcuni momenti, alla disperazione. 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. Inoltre, 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.

Lo stato mentale di perdita dispone ad un'azione specifica: ritrovare il bene perduto, soprattutto in situazioni svantaggiose e di emergenza. A livello cognitivo, tale attitudine comportamentale si traduce in un significativo aumento della focalizzazione sul bene da ritrovare e in una sua 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.

Secondo le ipotesi evoluzionistiche, il prototipo del bene perduto è l'individuo amato, la cui perdita è primariamente associata all'attivazione del bisogno d'attaccamento (Bowlby 1969, 1973, 1980; Johnson-Laird e Oatley 1989). 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 delle emozioni che caratterizzano lo stato mentale di perdita, prime fra tutte la tristezza, dipende dal valore che l'individuo assegna al bene perduto e agli scopi che la perdita compromette e dalla valutazione del proprio potere di recuperarli e/o di sostituirli e/o di rinunciare. 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 e la permanenza nello stato mentale di perdita.

### *Un'esperienza fisiologica di perdita: il lutto*

Per capire come accade che alcuni individui permangono nello stato mentale di perdita fino a sviluppare un episodio depressivo patologico, partiamo dall'analisi dei processi normali della mente. In natura esiste un importante esempio di esperienza di perdita di un bene di grande

valore valutato irrinunciabile, irrecuperabile e insostituibile: *il cordoglio o lutto*, processo fisiologico che dallo stato mentale di perdita porta fino a quello dell'accettazione passando attraverso la depressione fisiologica.

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, riconoscibili per un caratteristico pattern di emozioni, reazioni somatiche, atteggiamenti cognitivi e comportamentali. Si tratta di un processo in cui si può individuare una sequenza temporale generale, dove ogni fase lascia il posto a quella successiva, ma con un'oscillazione continua, per cui anche se si è passati nella fase successiva si può improvvisamente tornare indietro e viceversa.

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 (Parkes 1972; Bowlby 1973, 1979, 1980) e le reazioni ad altre perdite, come di una parte del proprio corpo, del lavoro, dell'alloggio (Parkes 1972). 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 riesco 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 ruma continuamente. È una fase "disperata e disperante" (Parkes 1972) 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" (Parkes 1972, 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. 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 dell'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 (Bowlby 1979). 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. 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" (Parkes 1972, p.18) e adattativa (Nesse 2000).

### *Tra speranza e disperazione*

Lo studio del cordoglio evidenzia che il processo fisiologico che dalla perdita porta all'accettazione è caratterizzato da un periodo in cui la persona a lutto oscilla tra la speranza di ritrovare il bene perduto e la disperazione di poterlo fare. Le ragioni di questa altalena sono da ricercarsi nell'iperfocalizzazione, che la speranza stessa di riavere il bene perduto produce, e nei suoi effetti.

L'iperfocalizzazione comporta cambiamenti nei processi attentivi e mnemonici (Ingram et

al. 1998; Segal et al. 2002; per una rassegna: Leppanen 2006). Esiste una correlazione positiva tra stato depressivo e bias attentivi e mnemonici verso stimoli negativi di perdita, su cui viene posta maggiore attenzione, più a lungo e vengono ricordati di più rispetto a stimoli positivi di felicità. Anche gli stimoli neutri tendono ad essere interpretati come negativi in percentuale significativamente superiore alla norma. In questa situazione mentale è più facile trovare le prove della perdita e della sua irrecuperabilità perché si notano e si selezionano maggiormente proprio gli stimoli negativi di perdita.

L'iperfocalizzazione si accompagna inoltre ad un sensibile aumento della severità dei criteri o standard che l'individuo utilizza per stabilire 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. Le ricerche in psicologia cognitiva evidenziano l'aumento degli standard con cui si valutano risultati e performance quando si prova umor nero (Cervone et al. 1994; Tillema et al. 2001; Scott e Cervone 2002). La persona quindi 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 troppo diverso dal bene così come si è focalizzato e, quindi, viene rigettato.

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. Più aumenta il peso della perdita, più crescono l'urgenza e la fretta di recuperare esattamente quel bene.

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 rivolere 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 comporta 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 (Mancini e Gangemi 2004a; Mancini et al. 2004; Mancini e Buonanno 2005; Jonhson-Laird et al. 2006). Il risultato è l'ulteriore aumento del sentimento di mancanza e l'inasprimento della ricerca e dell'iperfocalizzazione (fig. 1).

Per capire come si possa uscire da questo circolo vizioso riprendiamo di nuovo l'analisi dello svolgimento normale del processo di lutto. In esso l'oscillazione tra la fase della speranza e quella della disperazione viene fisiologicamente superata verso una graduale accettazione at-

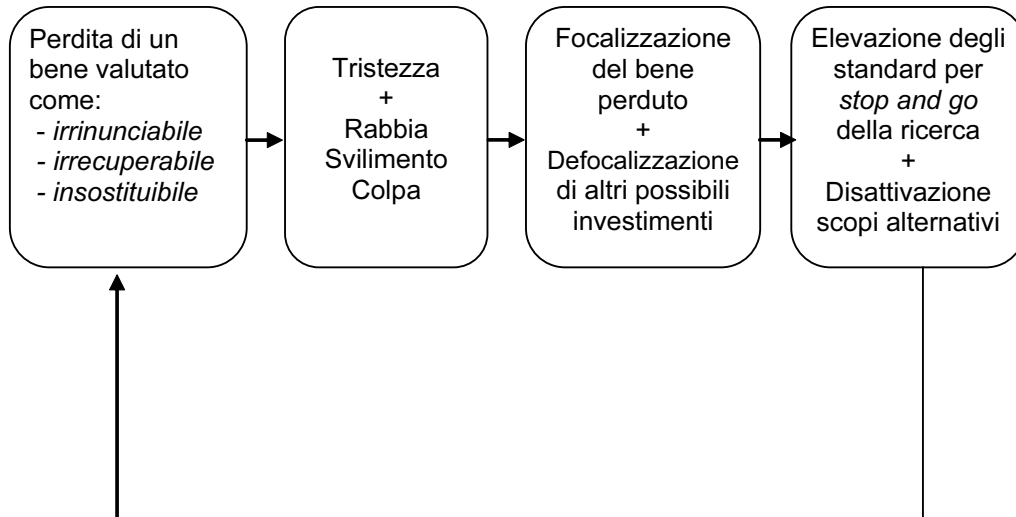


Fig. 1 Meccanismo della tristezza

traverso meccanismi che comportano l'abbassamento degli standard di valutazione e della focalizzazione sul bene perduto, essenzialmente di due tipi: uno più semplice e primitivo e l'altro più complesso e "cognitivo".

Il primo tipo di meccanismo è suggerito dalle ipotesi evuzionistiche, 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 che il cucciolo può arrivare ad accettare anche un sostituto della madre stessa. 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 il bene perduto 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 e 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 (Tversky e Kahneman 1982). La differenza di impatto psicologico 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. 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.

Nel processo che porta alla patologia entrambi i meccanismi si bloccano e l'individuo continua a fare l'altalena tra i due stati mentali di speranza e disperazione, vedendoli intensificarsi



e prolungarsi nel tempo senza arrivare mai alla fase di accettazione e riorganizzazione del proprio progetto esistenziale ovvero dei propri scopi di vita alla luce della perdita avvenuta, nonostante la presenza di capacità e la disponibilità di informazioni che potrebbe usare correttamente per scelte più adattive, per esempio sostituendo il bene perduto con un altro disponibile, che potrebbe realizzare in parte l'ipotesi favorevole che anima la fase di speranza.

### *Dal lutto agli episodi depressivi clinici*

L'analisi attenta del cordoglio conferma l'ipotesi che gli stati depressivi costituiscono una parte normale e fisiologica dell'esperienza di perdita, caratterizzandone la seconda e la terza fase ovvero l'altalena tra la speranza di ritrovare il bene perduto e la disperazione.

Come la persona a lutto, anche chi sta in un episodio depressivo patologico oscilla tra questi due stati. 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, trascurarsi nell'igiene personale e nell'aspetto. L'ansia improvvisa, spesso presente soprattutto nei primi stadi del disturbo, 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" (1972, 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" (Parkes 1972, 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 gli stessi sintomi, gli episodi depressivi patologici si differenziano dagli stati depressivi fisiologici per una durata e un'intensità significativamente maggiori. In tal senso, lo stato depressivo diventa disturbo in quanto *non superabile* e sempre più *sproporzionato rispetto alla perdita* che l'ha innescato (Johnson-Laird et al. 2006). Chi soffre di depressione clinica infatti non riesce ad uscire dall'altalena tra speranza e delusione e a passare nella fase dell'accettazione e della riorganizzazione. I meccanismi che normalmente permettono questo passaggio falliscono e la persona rimane bloccata nel circolo speranza/disperazione chiuso dall'iperfocalizzazione. I motivi possono essere trovati in alcune caratteristiche individuali che differenziano la persona clinicamente depressa, da chi invece riesce a passare indenne attraverso l'esperienza di perdita. Tali caratteristiche sono: 1) il *problema secondario*; 2) la prevalenza del meccanismo dell'*affect as information*; e 3) la presenza di un *progetto esistenziale povero*



con una valutazione della perdita significativamente maggiore nel valore, nell'irrinunciabilità e nell'insostituibilità del bene perduto.

### *Il problema secondario*

La persona clinicamente depressa si critica aspramente per la propria depressione, con autovalutazioni, da una parte, di inadeguatezza, non giustificazione ed esagerazione del proprio stato; dall'altra, di dannosità del proprio stato rispetto ad altri scopi importanti, come quelli dell'amabilità e del valore personale, dell'affetto, delle capacità e della sanità mentale e dell'autoefficacia. Dal momento che la realizzazione di questi scopi viene legata, tra l'altro, alla possibilità di raggiungere lo scopo di 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*, che, 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 (Schmidt et al. 1997; MacDonald et al. 2000; Taylor et al. 1996; Mancini e Capo 2003). Molte persone depresse tendono a valutare le componenti cognitive dell'arousal automatico dello stato depressivo (per es., la difficoltà di concentrazione e di attenzione) come segnali di un'imminente perdita di controllo della propria mente e se ne possono spaventare.

L'individuo depresso associa 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 risultano però disfunzionali, innanzitutto cercando di *imporsi uno stato non depressivo*, provando a 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 proprio a quella cosa (Wegner e Wenzlaff 1996; per una rassegna: Giovinazzo e Siano 2002). In tutti i casi, anche quando con questi tentativi l'individuo ottiene successi potenziali, questi possono essere vanificati da un'intolleranza per la pochezza del risultato ottenuto e, dunque, abbandona tentativi che almeno parzialmente potrebbero risultare efficaci.

Il secondo tipo di tentativi di soluzione che la persona depressa tenta di mettere in atto per risolvere la propria depressione sono i *tentativi di autoconvincimento*, intrattenendo dentro di sé un'attività di critica dialettica sulle proprie assunzioni depressive, su cui ruminava continuamente (Nolen-Hoeksema 1991; Lyubomirsky et al. 1995). 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 (Sartre 1943). Non si cerca di entrare nel merito e quindi è più difficile cambiare convinzione. Tentativi di autoconvincimento sifatti hanno l'effetto di rendere impossibile modificare 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 (Pyszcznski et al. 1989, 1991, 1992). 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, costituiscono quello che in termini cognitivisti viene chiamato *problema secondario* ovvero problema che si struttura su quello iniziale (Ellis 1962). Questo, come si può vedere nella figura 2, mantiene e aumenta la depressione stessa in un circuito di autoinvalidazione ricorsiva (Mancini e Semerari 1991).

### *L'affect as information*

La bidirezionalità della relazione tra emozione e cognizione è dimostrata da numerosi studi di psicologia cognitiva. 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. Uno dei meccanismi attraverso cui gli stati affettivo-emozionali influenzano i processi cognitivi è noto come *affect as information* (Clore 1992; Gasper e Clore 1998; Schwarz e Clore 1983, 1988, 1996; Scott e Cervone 2002; Mancini e Gangemi 2004a/b; Johnson-Laird et al. 2006; Mancini et al. 2006).

Nel fenomeno dell'*affect as information* lo stato affettivo 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*"; Arntz et al. 1995); alla stessa maniera, nelle persone depresse, la tristezza e l'umore depresso possono essere considerati come prova del grande valore della perdita e della falsità dell'ipotesi positiva (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" (Frezza 2006; Romano et al. 2006). 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 quest'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 (Scott e Cervone 2002).

L'utilizzo dello stato affettivo 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).

### *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 (Champion e Power 1995); 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 disimpe-

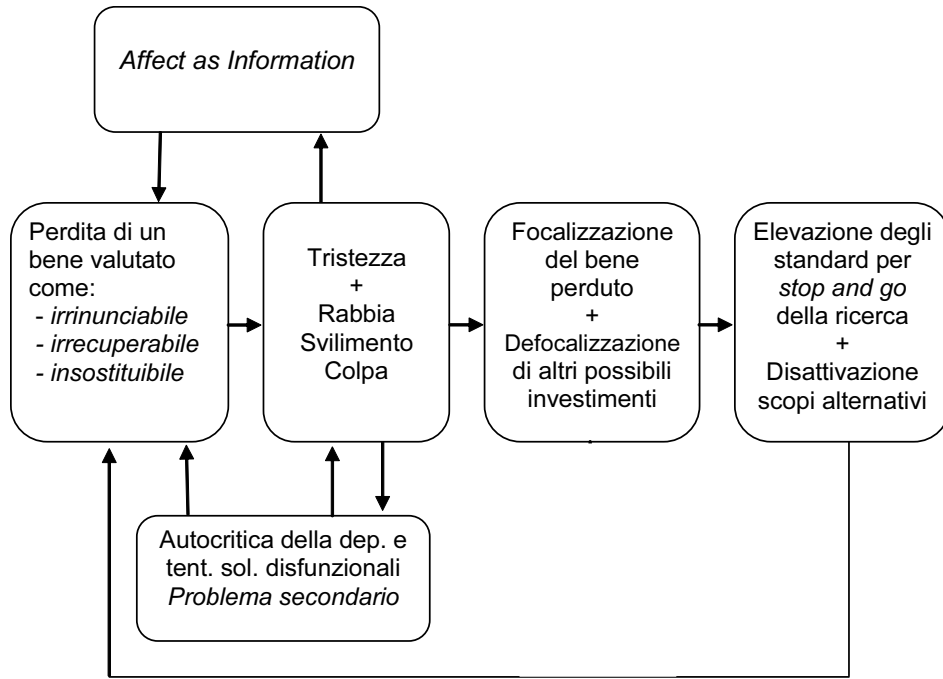


Fig. 2 Meccanismo della depressione clinica

gnarsi da obiettivi anche se risultano irraggiungibili (Nesse 2000). Prendiamo ad esempio un progetto di vita dove l'unico scopo importante per l'individuo è la carriera lavorativa, la cui realizzazione è 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, dell'iperfocalizzazione e degli standard di valutazione.

### *Il circolo vizioso si chiude*

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 nell'iperfocalizzazione sul bene perduto, nella defocalizzazione su tutto il resto e nell'aumento degli standard. Queste operazioni sono tutte biologicamente funzionali a ritrovare proprio quel bene nel più breve tempo possibile in una situazione svantaggiosa come può essere quella del cucciolo nella savana separato dalla madre.

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 ab-

### *Bloccati tra illusione e disperazione*

bassando di conseguenza le aspettative; dall'altra, con l'aumentare della consapevolezza che ostinandosi a cercare sta perdendo ulteriormente o 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. Nella persona che sviluppa un episodio depressivo patologico, lo svolgimento sano del processo di lutto è impedito da un insieme di caratteristiche individuali. 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 sproporzionata rispetto alla perdita iniziale e non superabile.

### Gli episodi ipomaniacali e maniacali

#### *Lo stato mentale della potenzialità*

Lo stato mentale che più caratterizza gli episodi di eccitazione maniacale e ipomaniacale è quello della potenzialità personale, colorato dalle emozioni di euforia e irritabilità (Mancini e Rainone *in corso di stampa*). L'euforia è uno stato emotivo legato alla percezione di avere un'enorme potenzialità personale, senza un corrispettivo progetto di realizzazione. Si tratta quindi di un'emozione qualitativamente diversa dalla contentezza e non semplicemente di una sua maggiore intensità. La contentezza infatti è un'emozione basica che accompagna il raggiungimento di uno scopo importante per l'individuo e si associa alla valutazione di possedere maggiori potenzialità personali. È caratterizzata da una sensazione fisica di energia ed un feeling in cui prevale il senso di appagamento. Chi sperimenta contentezza si può disporre a consumare il guadagno realizzato o 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 autoefficacia ed energia per ripartire con un piano in cui sono definiti nuovi obiettivi, modalità per ottenerli e risorse necessarie. 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 della potenzialità implica anche la rappresentazione di maggiori diritti personali. È 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.

#### *Un'esperienza fisiologica di potenzialità: l'innamoramento*

Come per capire lo sviluppo di episodi depressivi patologici abbiamo analizzato l'esperienza fisiologica del lutto, anche per cercare di comprendere come accade che alcuni individui

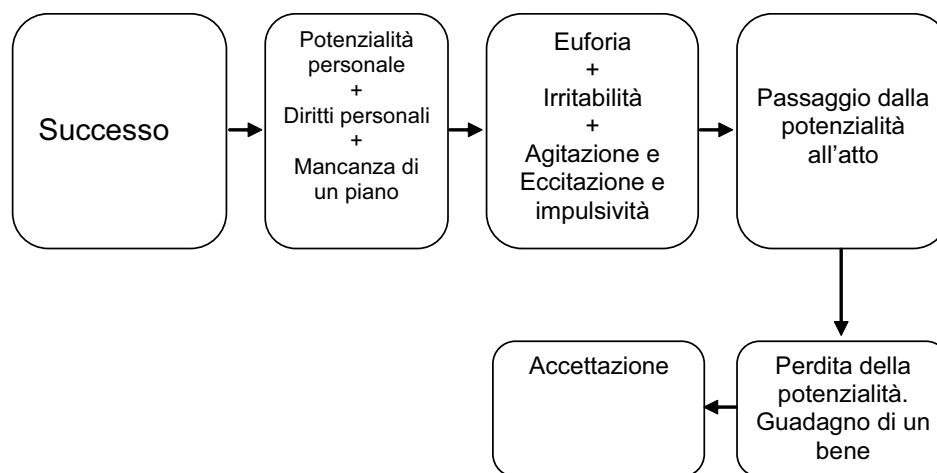


Fig. 3 Meccanismo dell'euforia

permanono nello stato mentale di potenzialità fino a sviluppare un episodio patologico di eccitamento, partiamo dagli esempi che si trovano in natura 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.

Il meccanismo con cui si esce naturalmente dall'euforia implica quindi 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, cercando di concretizzare le potenzialità personali che sente con un piano contenente specifici scopi e strumenti per raggiungerli e, ancora di più, quando comincia a perseguirlo nella realtà, sperimenta la perdita delle potenzialità stesse. 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* (Johnson et al. 2000) e passa alla contentezza.

### *Dallo stato normale di euforia alla maniacalità*

L'osservazione degli esempi esistenti in natura di euforia e lo studio di quelli indotti in laboratorio a seguito di esperienze di successo (Johnson 2005; Johnson et al. 2000, 2004), 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 sta in un episodio patologico di eccitamento. L'euforia e lo stato soggettivo di grande potenzialità con l'urgenza di realizzarla senza sapere in quale modo, 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 che può arrivare al delirio paranoico e di grandezza. Non accettando la perdita che il passaggio dalla potenzialità all'atto comporta, chi soffre di ipomaniacalità e maniacalità non riesce ad uscire dallo stato di potenzialità (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 spiegare le ragioni di questa mancata uscita dal circolo vizioso della potenzialità sono legati a caratteristiche individuali quali il *problema secondario*, l'*affect as information* e il *progetto esistenziale povero*.

### *Problema secondario, affect as information e progetto esistenziale povero*

Per descrivere come alcune caratteristiche individuali siano implicate nel meccanismo che dall'euforia porta alla mania, partiamo da un esempio che riprendiamo da Bowlby (1980). Tra le forme di lutto complicato, Bowlby descrive la *reazione euforica*, riguardo alla quale osserva che si può accompagnare 1) ad un rifiuto enfatico a credere alla scomparsa della persona cara con una sensazione della sua continua presenza; e 2) alla scoperta di potercela fare anche da solo. 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"; "È come se il tempo passasse più velocemente" (Parkes 1972, 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, iperattivo e/o rabbioso o quanto meno, non triste o depresso e passivo"; "Chi è felice, iperattivo e/o rabbioso o quanto meno non triste e passivo è di successo e vale" (Power 2005). Entrambe queste valutazioni secondarie possono spiegare 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

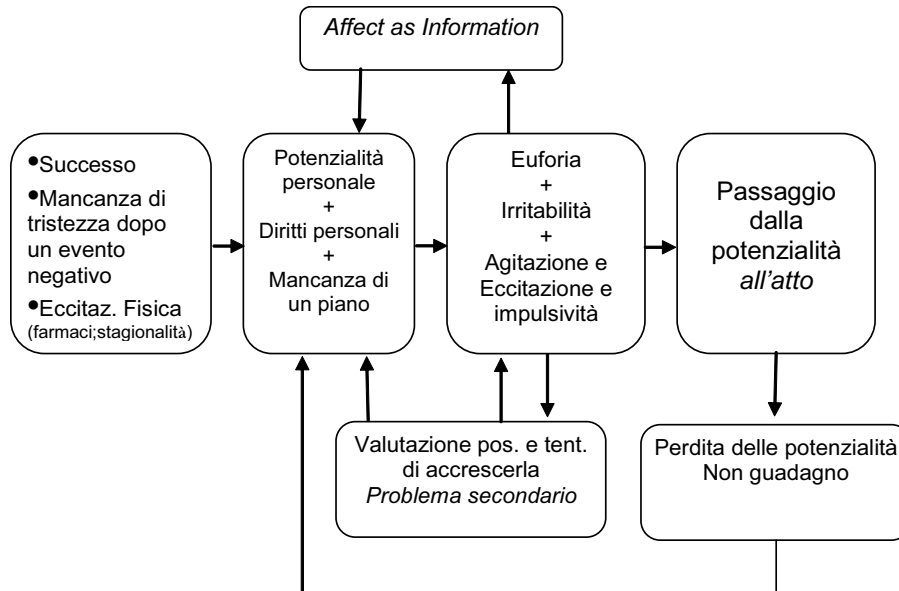


Fig. 4 Meccanismo della mania

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 ce la faccio anche da solo, 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 (Leppanen 2006). 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. È come se avessero sempre pensato: "Se riesco a farcela da solo, posso fare tutto e affrontare qualsiasi cosa".

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 (Johnson 2005), non potendo accettare la delusione che accompagna inevitabilmente la ricerca nella realtà della



### *Bloccati tra illusione e disperazione*

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 dell'inaccettabilità della perdita della sensazione di potenzialità, l'euforia si accresce fino a divenire un episodio ipomaniacale o maniaco (fig. 4).

Nell'esempio specifico di Bowlby, l'eccitamento euforico che può portare all'ipomaniacalità o alla maniacalità è scatenato dal lutto, ma esistono altri eventi scatenanti come 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 anche essere l'effetto di un farmaco, ad esempio antidepressivo, o del ciclo biologico stagionale. Lo stato di eccitamento è interpretato 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 (Johnson 2005).

### Tra illusione e disperazione: i disturbi bipolari

Il confronto e scontro sistematici 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 fa tentativi non organizzati di realizzare tale potenzialità perché, sottovalutando la realtà e sovrastimando i propri poteri e diritti, mette in atto comportamenti dannosi per sé e per gli altri. 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 (Bowlby 1980). 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 e quella positiva degli stati di eccitamento (problema secondario), la tendenza a usarli come informazione (affect as information) e la povertà degli scopi investiti e quindi la gravità della perdita, l'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.

### La ricorrenza

La tendenza a valutare molto negativamente gli stati depressivi anche normali e quella a

valutare molto positivamente gli stati euforici, il fare pieno di energia e/o l'irritabilità; la tendenza all'affect as information; e la presenza di un progetto esistenziale con pochi scopi iperinvestiti, sono caratteristiche individuali coinvolte anche nella vulnerabilità alla ricaduta.

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 (Ingram et al. 1998; Segal et al. 2002; Leppanen 2006). Lo stesso fenomeno interessa anche i pensieri che automaticamente vengono alla mente (Miranda e Person 1998). 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 clinico pregresso (Segal et al. 2002). Le credenze secondo cui 1) 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 2) 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, che 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. 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 (Nolen-Hoeksema 1991; Pyszcznski et al. 1991, 1992). 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. I tentativi di soluzione disfunzionali utilizzati 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 (1992), 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, il processo che porta alla ricaduta 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 (Teasdale 1999; Barnard e Teasdale 1991; Segal et al. 2002). Ipotizziamo che l'efficacia nel ridurre la vulnerabilità alla

ricaduta depressiva mostrata dalla Terapia Cognitiva Basata sulla Mindfulness (Segal et al. 2002) 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 ovvero come stato mentale e non come fatto né informazione che è avvenuta una perdita irrecuperabile 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 altri due aspetti importanti: 1) il mantenimento di un progetto esistenziale povero, in cui i pochi scopi iperinvestiti sono direttamente legati al valore personale; 2) l'impovertimento ulteriore che può verificarsi quando 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 (Fava 1999; Fava e Ruini 2003), nel ridurre la vulnerabilità alla ricaduta, secondo la nostra ipotesi, è da ricercarsi in questi aspetti.

## La costruzione dei fattori psicologici di vulnerabilità ai disturbi dell'umore

Ci vogliamo occupare ora dei meccanismi e dei processi che portano alla costruzione dei fattori di rischio psicologici, che interagendo con quelli biologico-genetici, producono la vulnerabilità ai disturbi bipolari e, in generale, ai disturbi dell'umore.

L'ipotesi freudiana secondo cui la perdita di una persona cara nella prima infanzia gioca un ruolo principe nel produrre la vulnerabilità alla depressione (Freud 1915) è stata testata in numerose ricerche. I risultati sono piuttosto discussi (Crook e Eliot 1980; Nelson 1982): solo alcuni e solo in parte sembrano validare tale ipotesi patogenetica (Heinicke 1973; Barnes e Prosen 1985), indicando che una percentuale 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.

È ipotizzabile che la costruzione dei fattori individuali di vulnerabilità alla depressione a partire dalla perdita precoce di una figura importante (per morte o per altri motivi di separazione) avvenga a causa della difficoltà nell'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, permettendogli 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 sue manifestazioni emotive cui risponde con allontanamento o rabbia, impara a valutare la depressione negativamente come indice di cattiveria, di debolezza, di non amabilità, di incapacità, di bruttura e causa di esclusione (problema secondario). Contemporaneamente, si può costruire 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 e un progetto esistenziale guidato, da una parte, dallo scopo di evitare qualsiasi perdita, lo stato depressivo e le situazioni in cui potrebbe avere bisogno dell'altro e, dall'altra, dallo scopo di realizzare uno stato di eccitazione, potenzialità, vitalità. Come suggerisce Bowlby questi fattori di vulnerabilità possono formarsi anche in assenza di veri e propri eventi

luttuosi, a seguito di esperienze di attaccamento insicuro, in particolar modo evitante (Bowlby 1980). In questo caso la figura d'attaccamento (FDA) è rifiutante e molto critica rispetto ai bisogni del bambino e alle sue espressioni di emozioni quali la tristezza o la paura (Bowlby 1979, 1980, 1988). Frequentemente poi il rapporto di attaccamento è invertito, con il bambino che si assume il compito gravoso di prendersi cura della FDA (spesso depressa a sua volta) e per farlo cerca di evitare di sentire i propri bisogni emotivi.

Le esperienze precoci su descritte, unite all'incapacità della FDA ad aiutare il bambino a mentalizzare gli stati emotivi (Fonagy et al. 2001), 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 incapacità di controllo e perdita della ragione, come disturbo o come un'avvenuta perdita irrecuperabile (*affect as information*).

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. Nell'adulto che sarà, queste condizioni potranno facilitare il blocco nel processo che porta all'accettazione e quindi lo sviluppo della patologia.

Il progetto esistenziale che può derivare dal vivere in un ambiente relazionale siffatto è povero e poco articolato con pochi scopi esistenziali iperinvestirli e assolutistici direttamente legati al proprio valore personale. Se per esempio, le figure di riferimento generalmente rifiutanti o critiche reagiscono affettuosamente ogni volta che il bambino prende un buon voto a scuola, questi 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 fattore di rischio patologico, in quanto la compromissione, anche solo momentanea, dello scopo iperinvestito sarà vissuta come grave e difficilmente sostituibile.

L'ambiente familiare del bambino che potrà diventare un adulto con disturbo dell'umore può da una parte criticare e rifiutare gli stati d'animo di tristezza, abbattimento o paura del bambino, e dall'altra, esaltare e premiare la presenza di stati d'animo "positivi" o di eccitamento. Spesso si tratta di famiglie i cui membri presentano tratti temperamentali molto elevati, cui è legato il loro successo lavorativo e sociale (Johnson 2005; Power 2005). 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 vulnerabilità al disturbo bipolare.

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", sia per eredità biologica, sia perché apprenderà ad esaltarli e a mantenerli. Secondo le ricerche sull'*affect as information* (Beck et al. 1985; Arntz et al. 1995), emozioni esperite più a lungo e più intensamente, orientano in modo più autorevole le valutazioni e i giudizi. "L'emozione esperita cronicamente (*dispositional affect*), amplifica l'effetto informativo dell'emozione esperita transitoriamente" (Damasio 1994). Nel valutare gli eventi, esterni ed interni, gli individui che hanno questa storia di sviluppo, tenderanno dunque a utiliz-

zare in modo significativo gli stati depressivi e quelli di eccitazione e questo aumenterà la probabilità di rimanere incastrati nei circoli viziosi patogeni.

## Conclusioni

Come abbiamo scritto altrove (Mancini e Rainone *in corso di stampa*), siamo partiti dall'ipotesi classica secondo cui il processo del lutto offre il modello base della depressione clinica (Freud 1915; Bowlby 1979, 1980; Gut 1989), l'abbiamo inserita all'interno di una visione cognitiva funzionalista, finendo per elaborare una concettualizzazione delle alterazioni patologiche dell'umore che, senza mai dimenticare il ruolo eziopatogenetico dei fattori biologico-genetici, dà ampio spazio ai fattori psicologici.

Nel nostro modello, alternativo a quello cognitivo classico, la depressione e la mania non sono spiegate come attivazione di schemi, ma come stati della mente che comportano specifici cambiamenti cognitivi. La depressione fa parte dello stato mentale della perdita, colorato emotivamente da tristezza, disperazione, rabbia, senso di colpa, e così via, e dalla tendenza all'azione di ricerca del bene perduto, che implica iperfocalizzazione, con la conseguente alternanza tra speranza e disperazione. La mania fa parte dello stato mentale della potenzialità personale, colorato emotivamente dall'euforia e dalla irritabilità, e dalla tendenza a realizzare urgentemente 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 pochi 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.

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" (Bowlby 1972, p.5).

## Ringraziamenti

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

## Bibliografia

Alloy LB, Abramson LY (1982). Learned Helplessness, Depression and the Illusion of Control. *Journal of*

- Personality and Social Psychology* 42 1114-1126.
- Alloy LB, Abramson LY (1988). Depressive realism: four theoretical perspectives. In: LB Alloy (a cura di), *Cognitive Processes in Depression*. New York: Guildolf.
- Arntz A, Rauner M, van den Hout M (1995). If Feel Anxious, there Must Be Danger: Ex-Consequentia Reasoning in Inferring Danger in Anxiety Disorder. *Behaviour Research and Therapy* 33, 917-925.
- Barnard PJ, Teadsale JD (1991). Interacting cognitive subsystems: A systemic approach to cognitive-affective interaction and change. *Cognition and Emotion* 5, 1-39.
- Barnes GE, Prosen H (1985). Parental death and depression. *Journal of Abnormal Psychology* 94, 64-69.
- Baron J (2000). *Thinking and Deciding*. Cambridge University Press, Cambridge, UK.
- Beck AT (1963). Thinking and Depression: Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry* 9, 324-333.
- Beck AT (1964). Thinking and Depression: 2. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatric* 10, 561-571.
- Beck AT (1967). *La Depressione*. Boringhieri, Torino 1978.
- Beck AT (1976). *Principi di Terapia Cognitiva*. Astrolabio, Roma 1984.
- Beck AT (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 1, 5-37.
- Beck AT, Emery C, Greenberg RI (1985). Decision-making, mood states and ritualistic behaviour among obsessional patients. In: Beech HR (a cura di), *Obsessional States*. London, Methuen.
- Beck AT, Freeman A (1990). *Terapia Cognitiva dei disturbi di personalità*. Mediserve, FI, 1993.
- Blackburn IM, Moorhead S (2001). Depressione. In: Lyddon WJ, Jones JV (eds), Mancini F (Ed. Italiana a cura di), *L'approccio evidence-based in psicoterapia*. McGraw-Hill, Milano 2002.
- Bowlby J (1969). *Attaccamento e perdita. Vol.1: L'attaccamento alla madre*. Boringhieri, Torino 1972.
- Bowlby J (1972). Prefazione. In: Parkes CM *Il lutto. Studi sul cordoglio negli adulti*. Feltrinelli, Milano 1980.
- Bowlby J (1973). *Attaccamento e perdita. Vol.2: La separazione dalla madre*. Boringhieri, Torino 1975.
- Bowlby J (1979). *Costruzione e rottura dei legami affettivi*, R. Cortina, Milano 1986.
- Bowlby J (1980). *Attaccamento e perdita. Vol.3: La perdita della madre*. Boringhieri, Torino 1983.
- Bowlby J (1988). *Una base sicura*. R. Cortina, Milano 1989.
- Cervone D, Koopp DA, Schaumann L, Scott WD (1994). Mood, self-efficacy, and performance standard: lower moods induce higher standards for performance. *Journal of Personality and Social Psychology* 67, 499-512.
- Champion LA, Power MJ (1995). Social and cognitive approaches to depression: Toward a new synthesis. *British Journal of Clinical Psychology* 34, 485-503.
- Clare GL (1992). Cognitive phenomenology: Feelings and Construction of Judgment. In: *The Construction of Social Judgments*, Martin LL, Tesser A (a cura di). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Crook T, Eliot J (1980). Parental death during childhood and adult depression: A critical review of literature. *Psychological Bulletin* 87, 252-259.
- Damasio AR (1994). *L'errore di Cartesio*. Adelphi, Milano 1995.
- Ellis A (1962). *Ragione ed emozione in psicoterapia*. Astrolabio.
- Fava GA (1999). Well-being therapy: conceptual and technical issues. *Psychotherapy and Psychosomatics* 68, 171-179.
- Fava GA, Ruini C (2003). Development and characteristics of a well - being enhancing psychotherapeutic strategy: well-being therapy. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry* 34, 45-63.
- Fonagy P, Target M (2001). *Attaccamento e funziona riflessiva*. Raffaello Cortina, Milano.
- Freud S (1915). *Lutto e Melanconia*. Trad. It.: Bollati Boringhieri.
- Frezza P (2006). *Ragionamento emozionale nei ragazzi con tono dell'umore depresso: l'influenza degli stati affettivo-emozionali sulla valutazione della perdita*. Tesi non pubblicata.



*Bloccati tra illusione e disperazione*

- Gasper K, Clore GL (1998). The persistent use of negative affect by anxious individuals to estimate risk. *Journal of Personality and Social Psychology* 74, 1350-1363.
- Giovinazzo S, Siano F (2002). La teoria del controllo mentale. *Psichiatria e Psicoterapia Analitica* 21,2, 10-18.
- Giroto V (1994). *Il ragionamento*. Il Mulino, Bologna.
- Gut E (1989). *Productive and unproductive depression: success or failure of a vital process*. New York, Basic Book.
- Heinicke CM (1973). Parental deprivation in early childhood. In: Scott P.J., Senay E.C. (a cura di) *Separation and depression – clinical research aspects*. Washington DC.
- Ingram RE, Miranda J, Segal ZV (1998). *Cognitive vulnerability to depression*. New York: Guilford Press.
- Johnson SL (2005). Mania and dysregulation in goal pursuit: A review. *Clinical Psychology Review* 25, 241-262.
- Johnson SL, Fingerhut R (2004). Negative cognitions predict the course of bipolar depression, not mania. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly* 18, 149-162.
- Johnson SL, Sandrow D, Meyer B, Winters R (2000). Life events involving goal-attainment and emergence of manic symptoms. *Journal of Abnormal Psychology* 109, 721-727.
- Johnson-Laird PN, Mancini F, Gangemi A (2006). A hyper-emotion theory of psychological illnesses. *Psychological Review* 113, 4, 822-841.
- Johnson-Laird PN, Oatley K (1989). The language of emotions: An analysis of semantic field. *Cognition and Emotion* 3, 81-123.
- Lam DH, Jones SH, Hayward P, Bright JA (1999). *Cognitive therapy for bipolar disorder*. Chichester: Wiley.
- Leppanen JM (2006). Emotional information processing in mood disorders: a review of behavior and neuroimaging findings. *Current Opinion Psychiatry* 19, 34-39.
- Lyubomirsky S, Nolen-Hoeksema S (1995). Effects of self-focused rumination on negative thinking and interpersonal problem solving. *Journal of Personality and Social Psychology* 69, 1, 176-190.
- MacDonald AB, Baker JM, Stewart SH, Skinner M (2000). Effects of alcohol on the response to hyperventilation of participants high and low in anxiety sensitivity. *Alcoholism, clinical and experimental research* 24, 1656-1665.
- Mancini F (1998). La mente ipocondriaca e i suoi paradossi. *Sistemi Intelligenti* 1, 85-108.
- Mancini F, Buonanno C (2005). La terapia cognitivo-comportamentale nel disturbo depressivo. *Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva* 25, 2, 258-266.
- Mancini F, Capo R (2003). Anxiety Sensitivity in età evolutiva. Rilevanza nella genesi e nel mantenimento di alcuni disturbi mentali. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza* 70, 4.
- Mancini F, Episcopo A, Capo R (2004). La depressione nell'infanzia e nell'adolescenza. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza* 71, 369-382.
- Mancini F, Gangemi A (2002a). Ragionamento e irrazionalità. In: Castelfranchi C, Mancini F, Miceli M (a cura di) *Fondamenti di Cognitivismo Clinico*. Bollati Boringhieri.
- Mancini F, Gangemi A (2002b). Il paradosso nevrotico ovvero della resistenza al cambiamento. In: Castelfranchi C, Mancini F, Miceli M (a cura di) *Fondamenti di Cognitivismo Clinico*. Bollati Boringhieri.
- Mancini F, Gangemi A (2004a). Il ragionamento emozionale come fattore di mantenimento della patologia. *Sistemi Intelligenti* 16, 2.
- Mancini F, Gangemi A (2004b). L'influenza del timore di colpa sui processi cognitivi: il caso del disturbo ossessivo compulsivo. *Sistemi Intelligenti* 16, 1, 113-144.
- Mancini F, Gangemi A, van den Hout M (2006). *Feeling guilt as a source of information about threat and performance*. Manuscript submitted for publication.



- Mancini F, Rainone A (in corso di stampa). *La dimensione cognitiva*. In: GB Cassano, A Tundo (a cura di) *Manuale Italiano di Psichiatria. Lo spettro bipolare*. Elsevier, Masson.
- Mancini F, Semerari A (a cura di) (1991). *Le teorie cognitive dei disturbi emotivi*. Roma: La nuova Italia Scientifica (NIS).
- Miranda J, Person JB (1998). Dysfunctional attitudes are mood state dependent. *Journal of Abnormal Psychology* 97, 76-79.
- Nelson G (1982). Parental death during childhood and adult depression: Some additional data. *Social Psychiatry* 17, 37-42.
- Nesse RM (2000). Is depression an adaptation? *Archives of General Psychiatry* 57, 14-20.
- Newman CF, Leahy RL, Beck AT, Reilly-Harrington N, Gyulai L (2002). *Bipolar disorder: A cognitive therapy approach*. Washington: American Psychological Association.
- Nolen-Hoeksema S (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology* 100, 4, 569-582.
- Panzarella C, Alloy LB, Abramson LY, Klein K (1999). Cognitive Contribution to Mental Illness and Mental Health. In: Durso RS et al. (a cura di), *Handbook of Applied Cognition*, John Wiley & Sons Ltd.
- Parkes CM (1972). *Il lutto. Studi sul cordoglio negli adulti*. Feltrinelli, Milano 1980.
- Post RM (1992). Transduction of psychosocial stress into neurobiology of recurrent affective disorders. *American Journal of Psychiatry* 149, 999-1010.
- Power MJ (2005). Psychological approaches to bipolar disorders: A theoretical critique. *Clinical Psychology Review* 25, 8, 1101-1122.
- Pyszcznski T, Greenberg G (1992). Putting cognitive constructs in their place: is depression really just a matter of interpretation? *Psychological Inquiry* 3, 255-258.
- Pyszcznski T, Greenberg G, Hamilton J, Nix G (1991). On the relationship between self-focused attention and psychological disorders: a critical reappraisal. *Psychological Bulletin* 110, 538-543.
- Pyszcznski T, Hamilton JC, Herring FH, Greenberg G (1989). Depression, self-focused attention, and negative memory bias. *Journal of Personality and Social Psychology* 57, 351-357.
- Rainone A, Mancini F (a cura di) (2004). *Gli approcci cognitivi alla depressione*. FrancoAngeli, Milano.
- Romano G, Bocchino E, Fini F, Di Marco F, Gangemi A (2006). *Ragionamento emozionale e depressione in età evolutiva*. Relazione presentata al XIII Congresso SITCC Napoli, 2006.
- Sartre JP (1943). *L'essere e il nulla*. Il Saggiatore (1980).
- Schmidt NB, Lerew DR, Jackson RJ (1997). The role of anxiety sensitivity in the pathogenesis of panic: Prospective evaluation of spontaneous panic attacks during acute stress. *Journal of Abnormal Psychology* 106, 355-364.
- Schwarz N, Clore GL (1983). Mood, Misattribution, and Judgment of Well-Being: Informative and Directive functions of Affective States. *Journal of Personality and Social Psychology* 45, 513-523.
- Schwarz N, Clore GL (1988). 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.
- Schwarz N, Clore GL (1996). Feelings and Phenomenal Experiences. In: Higgins ET, Kruglanski A (eds), *Social Psychology A Handbook of Basic Principles*. New York: Guilford Press.
- Scott J, Todd G (2002). Is there a role for psychotherapy in bipolar disorders? *Clinical Approaches in Bipolar Disorders* 1, 22-30.
- Scott WD, Cervone D (2002). The Impact of Negative Affect on Performance Standas Evidence for an Affective-as-Information Mechanism. *Cognitive Therapy and Research* 26, 1, 19-37.
- Segal ZV, Teasdale JD, Williams JMG (2002). *Preventing depression: mindfulness-based cognitive therapy*. New York: Guilford Press.

*Bloccati tra illusione e disperazione*

- Taylor S, Koch WJ, Woody S, McLean P (1996). Anxiety sensitivity and depression: How are they related? *Journal of Abnormal Psychology* 105, 474-479.
- Teasdale JD (1999). Multi-level Theories of Cognition-Emotion Relations. In: Power M, Dalgleish T (a cura di), *Handbook of cognition and emotion*. John Wiley & Sons Ltd.
- Tillema LJ, et al. (2001). Negative mood, Perceived Self-Efficacy, and Personal Standards in Dysphoria: The Effects of Contextual Cues on Self-Defeating Patterns of Cognition. *Cognitive Therapy and Research* 25, 535-549.
- Tversky A, Kahneman D (1982). *Evidential impact of base rates*.
- Wegner DM, Wenzlaff RM (1996). Mental control, In: Higgins ET, Kruglanski (eds), *Social Psychology: Handbook of basic principles*. New York: Guilford Press.
- Wright K, Lam D (2004). Bipolar affective disorder: Current perspectives on psychological theory and treatment. In: Power MJ (ed), *Mood disorders: A handbook of science and practice*. Chichester: Wiley.
- Young JE, Weinberger AD, Beck AT (2001). Cognitive therapy for depression. In: Barlow D (ed), *Clinical Handbook of Psychological Disorders. A step-by-step Treatment Manual*. The Guildford Press.

*Indirizzo per la corrispondenza*

Dott.ssa Antonella Rainone, Studio di Psicoterapia APC-SPC, V.le Castro Pretorio, 116A - 00185  
- Roma, Tel 0644704193, Fax 0644360720 - email rainone@apc.it