

LA PROSPETTIVA COGNITIVO- EVOLUTIVA NELLA COMPrensIONE DEI DISTURBI DEPRESSIVI

Antonio Onofri e Lucia Tombolini

A.R.P.A.S. (Associazione per la Ricerca in Psicologia dell'Attaccamento e dello Sviluppo) 00183 Roma, p.za Tuscolo 5.

Riassunto. Gli Autori illustrano la prospettiva cognitivo-evolutiva nello studio della depressione. A partire dal modello cognitivo di Beck e dal concetto di "schema", mostrano come tali disturbi possano essere compresi in termini di "schemi interpersonali" appresi e di storia personale di sviluppo. Gli Autori adottano infatti il punto di vista della "developmental psychopathology", che studia le radici evolutive dei disturbi psicopatologici dell'adulto a partire dalle prime fasi dello sviluppo cognitivo, emotivo e comportamentale del bambino e cerca di identificare le esperienze precoci che rendono le persone vulnerabili agli eventi vitali traumatici. Per far questo la "developmental psychopathology" si avvale della ricerca sul comportamento di attaccamento del bambino, che fornisce dati di notevole interesse clinico e teorico per la formulazione di una ipotesi di predisposizione e sviluppo dei disturbi depressivi.

Nella prospettiva cognitivo-evolutiva (che corrisponde ampiamente al modo di affrontare i problemi psicopatologici noto come *developmental psychopathology*; cfr. Cicchetti, 1989), i disturbi psichiatrici sono visti come il risultato di un lungo processo di sviluppo. Questo processo prende le mosse dalle prime esperienze di attaccamento nell'infanzia (Bowlby, 1969) e consiste nella costruzione progressiva di strutture cognitive che mediano da un lato il tipo di sofferenza emozionale e dall'altro lo stile di comportamento disadattivo, caratteristici di ogni specifica sindrome psicopatologica (Bowlby, 1973; 1980; Guidano e Liotti, 1983).

Lo studio dei disturbi disforici (depressione nevrotica) nella prospettiva cognitivo-evolutiva che presenteremo in questo articolo prenderà le mosse da una breve descrizione del modello cognitivo della depressione proposto da Aaron T. Beck (1967) per giungere poi ad una serie di riflessioni sugli itinerari di sviluppo che possono condurre alla "costruzione" delle strutture cognitive tipiche della sindrome depressiva.

Prima di descrivere il modello cognitivo della depressione proposto da Beck, è utile accennare alle aree di riflessione sviluppate dalle scuole psicodinamiche e comportamentiste che appaiono in qualche modo vicine al punto di vista sulla depressione che presenteremo in questo articolo.

Concezioni psicodinamiche e comportamentiste della depressione correlabili al modello cognitivo-evolutivo

Dal primo studio di Abraham del 1911, in cui viene sottolineata l'incapacità di amare del paziente depresso, a "Lutto e malinconia" di Freud, del 1917, in cui diventa preminente il ruolo della perdita e dell'ambivalenza, le teorie psicodinamiche hanno di volta in volta enfatizzato: il disperato bisogno di amore e di ammirazione per il mantenimento dell'autostima (Sandor Rado); la "perpetua avidità" di gratificazioni narcisistiche per mantenere alto il livello della stima di sé (Otto Fenichel); la rappresentazione del Sé come debole e capace di trarre forza soltanto da un oggetto d'amore potente e ideale (Edith Jacobson); la coscienziosità e il bisogno di piacere agli altri significativi (Hubertus Tellenbach).

Anche se la sintomatologia depressiva viene descritta da questi autori in termini di scariche pulsionali o di difesa dalle pulsioni, comune a queste teorie (che ovviamente non esauriscono i punti di vista psicoanalitici sulla depressione, ma la cui rassegna esula dai fini del nostro lavoro), appare essere una descrizione di sé negativa, strettamente connessa ad un rapporto interpersonale. Questi, come vedremo, sono anche i cardini del modello cognitivo-evolutivo della depressione.

In ambito comportamentista, il modello dell'"impotenza appresa" formulato da Seligman (Seligman & Maier, 1967), ha pure dei punti di contatto con le riflessioni e le osservazioni che hanno condotto a formulare il modello cognitivo-evolutivo della depressione. Punto di partenza fu l'osservazione sperimentale che i cani sottoposti a stimoli dolorosi ai quali non potevano sfuggire, non evitavano più neanche gli stimoli da cui potevano allontanarsi. Questa reazione venne chiamata "impotenza appresa" (learned helplessness) e Seligman ne fece la base di una ipotesi clinica: il depresso avrebbe avuto una storia dello sviluppo caratterizzata dall'incapacità di controllare le risposte provenienti dall'ambiente. Non avendo imparato a sviluppare delle capacità adattative per affrontare situazioni dolorose, avrebbe invece appreso un atteggiamento di impotenza. Da questa mancanza di "controllo sul trauma" deriverebbero il senso di disperazione e la passività del paziente depresso, fondati sulla percezione dell'inutilità del proprio comportamento.

Guidano e Liotti (1983) sottolineano come, dal punto di vista del comportamento, un paziente depresso possieda soltanto apparentemente le caratteristiche dell'impotenza appresa. Dietro la passività e l'inerzia attribuiti in origine alla mancanza di controllo sugli eventi ambientali, sembra esserci un *evitamento attivo* delle situazioni dolorose; l'impotenza appresa, inoltre, troverebbe una giustificazione nella convinzione del paziente depresso di non avere un controllo sugli eventi a causa di caratteristiche interiori negative (Abramson, Seligman e Teasdale, 1978).

L'individuo con un disturbo dell'umore non sarebbe quindi incapace di reagire agli stimoli negativi, come nella originaria situazione sperimentale ideata da Seligman, ma impiegherebbe la sua energia evitando i comportamenti che lo esporrebbero ad emozioni dolorose. Dietro una apparente inerzia ci sarebbe quindi un attivo sfuggire i potenziali stimoli dolorosi, in accordo anche con l'osservazione di Beck et al. (1979) che "i pazienti depressi con più probabilità dei pazienti non depressi evitano comportamenti evocanti rifiuto o disapprovazione, a favore di risposte che suscitano assenso

e approvazione negli altri". Le strutture cognitive controllanti il comportamento del depresso, studiate dal modello cognitivo-evolutivo, hanno un chiaro riferimento, come vedremo, al suddetto comportamento di evitamento evidenziato dagli studi comportamentisti che hanno preso le mosse dal modello della "learned helplessness".

Il modello cognitivo di Beck

Dalla scarsa utilità clinica delle interpretazioni psicoanalitiche sull'ostilità retroflessa trasformata in "bisogno di soffrire", e dalle osservazioni sperimentali comprovanti il desiderio di non soffrire evitando alcuni comportamenti, nasce il modello cognitivo della depressione (Beck, 1967; Beck et al., 1979). Questo si basa sul presupposto, confermato sperimentalmente in numerosi studi (Lazarus, 1972; Meichenbaum, 1977; Novaco, 1975; Beck, 1967) che, modificando i pensieri, ci sia un parallelo cambiamento dello stato affettivo.

Il modello cognitivo proposto da Beck individua due caratteristiche fondamentali nello stile di pensiero tipico della depressione: la presenza della cosiddetta "triade cognitiva negativa" e gli errori nell'elaborazione delle informazioni.

La "triade cognitiva negativa" è composta dai tre "modi di vedere" che il paziente utilizza per considerare se stesso, il futuro e le sue esperienze. Il primo elemento della triade è la *visione negativa che il paziente ha di sé*: egli si vede difettoso, malato o indesiderabile, privo delle qualità necessarie per essere amato ed accettato. Queste caratteristiche negative, per le quali si critica, sarebbero la causa delle sue esperienze dolorose o dei suoi fallimenti. Il secondo elemento della triade consiste nella *visione negativa che il paziente ha del mondo*: egli si sente pressato da richieste esterne alle quali non può rispondere adeguatamente; gli ostacoli tra sé e gli obiettivi che si è fissato sono insormontabili, le sue azioni e i suoi comportamenti sono fallimentari, le interazioni con il mondo esterno sono viste come perdite o delusioni. Il terzo elemento della triade consiste nella *visione negativa del futuro*: le sue previsioni a breve e a lungo termine sono negative, basate sulla certezza che le difficoltà rimarranno immutate, che le sue sofferenze non avranno fine, che non riuscirà a realizzare quello che si è proposto.

Il pensiero dell'individuo depresso è inoltre caratterizzato da una sistematica elaborazione errata delle informazioni, tale da renderlo "primitivo", simile per certi versi al funzionamento del pensiero infantile descritto da Piaget (1932). È un pensiero non dimensionale e globale, moralistico, invariante e irreversibile, assolutistico e dicotomico. Le esperienze vengono cioè collocate in due categorie opposte, delle quali quella negativa viene scelta nella descrizione di sé; inoltre gli attributi negativi hanno una connotazione morale (ad es: "Io sono un perdente"), non legata alle diverse valutazioni dei singoli avvenimenti ("Sono sempre stato e sarò un perdente"), basata su un difetto del carattere e non sull'osservazione dei comportamenti.

La convinzione della negatività del Sé, nel paziente depresso, viene mantenuta da una serie di errori sistematici nel modo di pensare (Beck, 1967; Beck et al, 1979). Questi sono: la *deduzione arbitraria*, processo con il quale si trae una conclusione in

assenza di prove che la sostengano; l'*astrazione selettiva*, che consiste nel focalizzarsi su un particolare, ignorando altri aspetti del contesto e attribuendo il significato all'intera esperienza sulla base del particolare preso in considerazione; la *generalizzazione eccessiva*, con la quale si trae una regola generale sulla base di un numero molto limitato di esperienze; l'*ingigantire* e il *minimizzare*, che comportano errori grossolani di valutazione di un evento; la *personalizzazione*, cioè la tendenza a porre gli eventi esterni in relazione a sé anche in assenza di elementi che giustificino tale associazione.

La visione negativa di sé, alimentata e confermata attraverso queste distorsioni del pensiero, si accompagna, su un livello più profondo, all'immagine di sé come destinato alla solitudine e alla perdita: i difetti del carattere, gli errori compiuti, la scarsa amabilità che l'individuo si attribuisce diventano allora gli strumenti attraverso i quali il destino di solitudine si compie. Per contrastare l'ineluttabilità di una simile sofferenza, il futuro paziente depresso sviluppa una serie di atteggiamenti di strenua lotta contro questa visione della realtà: se cioè riuscirà a piacere, a rendersi amabile non arrabbiandosi con le persone che lo circondano, nascondendo i suoi difetti, raggiungendo degli obiettivi prestigiosi, allora forse non sarà condannato ad essere solo. Si manifestano così quelle modalità tipiche della personalità premorbosa, descritte spesso come "energica", "ambiziosa", "dedita al lavoro", "intraprendente", "socievole".

Claudio, giovane professore universitario, depresso in seguito al fallimento del suo matrimonio, così si descrive all'inizio della psicoterapia: "Prima mi sentivo il padrone del mondo, e adesso non sono nessuno". In una seduta ricorda come da bambino, nei momenti in cui si sentiva più solo o trascurato dai genitori, pensasse: "Non importa se adesso mi trattano così: da grande diventerò ministro e allora dovranno ascoltarmi per forza".

A questo punto è facile immaginare come la forza e l'energia impiegate per sfuggire al destino di solitudine scompaiano non appena un evento di perdita - sia esso una separazione o una minaccia di separazione, un cambiamento radicale che si ha nell'immagine di una persona cara, una perdita economica, un cambiamento di residenza, etc. (Brown e Harris, 1978) - ripropone inesorabilmente ciò che l'individuo più temeva. "No, sono le piccole perdite della vita che ti colpiscono al cuore. Perdere le cose che per gli altri non valgono quasi niente." Queste parole di Ibsen esprimono poeticamente come sia il vissuto soggettivo, e non la realtà o l'entità della perdita, ad attivare la tristezza e il dolore.

Vengono allora a cadere i presupposti per i quali il futuro depresso si è dato tanto da fare: i suoi valori si trasformano radicalmente mostrandogli la completa *inutilità* dei suoi sforzi. Quello che prima era valido e importante diventa uno "sforzo inutile", le attività che prima erano piacevoli, il lavoro al quale aveva dedicato tanta abnegazione e tante energie, i divertimenti o la stessa vita di relazione, vengono adesso visti soltanto alla luce della quantità di sforzo che comportano, del tutto inutile dal momento che non ci saranno risultati positivi (Guidano e Liotti, 1983).

Marta si sveglia già al mattino con una tristezza profonda. Un senso di paralisi al corpo la pervade. Con enorme fatica accudisce la figlia e la prepara per la scuola. Si lava e si veste con la sensazione fisica "di essere un blocco di marmo". "Penso alla giornata che ho davanti, mi

appare vuota e senza fine. Esco e mi metto in macchina. Vedo il traffico: tutte quelle persone chiuse nelle loro auto, anonime, estranee l'una all'altra, che si danno da fare per chissà che cosa! Passo di fronte all'Università e il senso di disperazione si fa sempre più cupo: migliaia di poveri ragazzi illusi che si impegnano inutilmente. Non sanno quanto saranno mal ripagati, quanto inutili risulteranno i loro sforzi!"

La signora in questione è un avvocato che gode di un discreto successo professionale. Il terapeuta le chiede a questo punto se considera inutile anche il suo essersi impegnata negli studi, per laurearsi. "Certo, dottore! risponde Marta - mi sono laureata, eppure le sembra forse felice?"

E' più facile adesso capire perché a poco a poco, partendo proprio dalle attività piacevoli, l'individuo affetto da depressione riduca i suoi comportamenti fino ad eliminare anche quelli necessari e quotidiani: *non vale più la pena di alzarsi dal letto, di mangiare o di uscire da casa, perché tutto questo è uno "sforzo inutile"*; se costretto dalle pressioni ambientali o dalle circostanze ad intraprendere un'attività, reagirà cercando di impegnarsi il meno possibile dal punto di vista comportamentale ed emotivo, estraniandosi, *evitando* il più possibile il coinvolgimento interpersonale, non provando più nessun desiderio della presenza di altri. Quella solitudine tanto temuta diventa così una condizione attivamente ricercata, un modo per difendersi da delusioni e fallimenti aspettati e previsti con assoluta sicurezza. Il dialogo interno con il quale il depresso commenta ciò che gli accade è costellato di "pensieri automatici" (Beck et al., 1979) appartenenti alla triade negativa e condizionanti lo stato affettivo del paziente: il depresso, cioè, reagisce con rabbia e tristezza a cognizioni particolari che fanno parte del suo sistema di regole e valori con il quale affronta il suo mondo. Diventa allora importante all'interno di una psicoterapia indagare sulle aree caratteristiche intorno alle quali ruotano le convinzioni disfunzionali che il paziente ha costruito come teorie su di sé e sugli altri.

Dagli schemi cognitivi agli schemi interpersonali

A questo punto è necessario porsi l'interrogativo di come si sia formata una tale struttura conoscitiva, di come cioè la visione che un individuo ha di sé e della sua realtà si sia strutturata secondo la "triade cognitiva negativa" descritta da Beck. Per rispondere a questo interrogativo è utile far riferimento al concetto di "schema cognitivo". Uno schema cognitivo è uno schema di memoria, formatosi originariamente nell'infanzia, che regola il comportamento ed attribuisce significato agli eventi attuali. Si tratta di strutture che sottendono, dunque, non solo il comportamento osservabile, ma anche le diverse forme rappresentative che un concetto può assumere (è appena il caso di ricordare che una stessa idea può essere rappresentata in forme diverse: forme verbali, immaginative, logico-matematiche, motorie).

Numerosi autori hanno descritto delle strutture relativamente stabili, ipotizzate alla base delle regolarità osservate nelle diverse rappresentazioni del pensiero. Alcuni esempi dei nomi dati a queste strutture sono: gli "schemi" di Piaget (1932), gli "strumenti concettuali" di Rapaport (1951), le "categorie" di Postnam (1951), i "costrutti

personali" di Kelly (1955), i "sistemi di codificazione" di Bruner (Bruner, Goodnow e Austin, 1956), i "moduli" di Sarbin (Sarbin, Taft e Bailey, 1960) e i "concetti" di Harvey (Harvey, Hunt e Schroder, 1961).

Gli schemi relativi ad esperienze precedenti l'acquisizione del linguaggio o ad esperienze non verbalizzabili sono i cosiddetti "emotional schemata" (Leventhal, 1979), schemi taciti composti da rappresentazioni non lessicali a forte tonalità affettiva, comprendenti oltre alle rappresentazioni dell'esperienza, anche il ricordo dello stato emotivo del soggetto durante l'avvenimento. Nello schema sono quindi memorizzati immagini, emozioni, comportamenti, attivazioni neurovegetative, relativi ad esperienze significative per l'individuo.

Il modello di Beck appare di grande utilità clinica negli episodi depressivi, ma trascura la descrizione di strutture cognitive interpersonali (così come sono state descritte inizialmente da Sullivan, 1953; 1956; fino alla formulazione dei modelli operativi di Bowlby, 1969; 1973; 1980 e delle RIG, le Rappresentazioni Interne Generalizzate, di Stern, 1985), che a nostro avviso appaiono più utili per capire sia la predisposizione ai disturbi affettivi sia la cosiddetta personalità depressiva.

È facilmente intuibile, infatti, come le strutture cognitive più importanti per l'organizzazione della personalità e per gli eventuali sviluppi psicopatologici saranno gli schemi che regolano la conoscenza di sé e degli altri, chiamati da Safran (1990) "schemi interpersonali". Il termine "schema interpersonale" trova la sua giustificazione nel punto di vista secondo cui la visione che un individuo costruisce di sé e l'immagine che ha dell'altro sembrano essere strettamente connesse tra loro fin dalle prime fasi della vita, come dimostrano le riflessioni teoriche e le prove sperimentali a favore del cosiddetto "looking-glass self" (Cooley, 1902; Mead, 1934; Gallup, 1970; Hayes e Nissen, 1971; Linden, 1974).

In altre parole, se un individuo depresso rappresenta se stesso come non degno d'amore/incapace di amare, inevitabilmente vedrà l'altro come incapace di amare/non degno di amore. Così come, se penserà a se stesso come ad una persona comunque "rifiutabile", inevitabilmente penserà all'altro come a qualcuno comunque "rifiutante".

Modelli originari di attaccamento, ambiente familiare e sviluppo degli schemi interpersonali nei disturbi depressivi.

Per comprendere come questi schemi cognitivi interpersonali possano formarsi in relazione alle esperienze emozionali alle quali è esposto un individuo nelle diverse fasi del suo sviluppo, è utile a questo punto richiamarci ad alcune osservazioni che ci provengono dai teorici dell'attaccamento (Bowlby, 1969; Bretherton, 1985; Liotti e Tombolini, 1990) e della cosiddetta "developmental psychopathology" (Bowlby, 1988a; Cicchetti, 1984, 1989; Sroufe e Rutter, 1984), la cui linea di ricerca si propone appunto di comprendere le radici evolutive dei disturbi psicopatologici.

Tra gli obiettivi fondamentali della "developmental psychopathology" c'è quello di identificare le esperienze precoci che rendono le persone vulnerabili agli eventi vitali traumatici. Per far questo, essa si propone di utilizzare sia i dati epidemiologici che ci

provengono dagli studi retrospettivi, sia le conoscenze sperimentali offerteci dall'osservazione diretta del bambino e del suo sviluppo cognitivo, dallo studio degli stili familiari e dalle ricerche longitudinali.

Per quanto riguarda la teoria dell'attaccamento (per *attaccamento* si intende il sistema comportamentale innato che spinge gli individui in stato di disagio a ricercare la vicinanza con una figura protettiva; per una breve rassegna dell'opera di Bowlby, cfr. anche Onofri e Tombolini, 1987), essa ha fornito, negli ultimi venti anni, una gran mole di osservazioni cliniche e sperimentali particolarmente rilevanti per comprendere come possano svilupparsi le strutture cognitive che predispongono ai disturbi depressivi fin dalle prime fasi della vita.

Partendo da osservazioni condotte su bambini separati dalla madre per essere affidati ad asili nido o a reparti ospedalieri, John Bowlby (1951; 1969) ha individuato delle sequenze comportamentali caratteristiche nella risposta alle separazioni e al lutto. Il comportamento successivo alla separazione dalla figura materna può infatti essere diviso in tre fasi: la fase della protesta, della disperazione e del distacco. Nella fase della protesta, che può durare alcuni giorni, il bambino reclama il ritorno della madre con pianti e urla, e ha ancora speranza di rivederla. Nella fase successiva, la fase della disperazione, subentra la calma, ma solo in apparenza, dal momento che ad una osservazione attenta si può ancora cogliere la preoccupazione per l'assenza della madre e il desiderio di rivederla. Le due fasi possono alternarsi, ma alla fine, nel distacco, sembra che il bambino non mostri più interesse per il ritorno materno e una volta riunitosi alla madre, può anche dare segni di mancato riconoscimento.

Appare lecito ipotizzare che una volta dimostratisi *inutili* il pianto e la protesta come segnali di richiamo, la disperazione e il distacco possano essere il risultato non solo di una cronica assenza (come nel caso della perdita reale della madre), ma anche di una prolungata indisponibilità della figura di attaccamento.

Osservando infatti i diversi comportamenti mostrati dai bambini, subito dopo una breve separazione sperimentale, alla riunione con i genitori, si è potuto dimostrare che, già ad un anno di età, essi sono in grado di frenare attivamente la tendenza innata a cercare dall'adulto aiuto e conforto per il proprio disagio, nei casi in cui le figure di attaccamento si siano mostrate incapaci a comprendere correttamente ed accogliere le richieste del bambino (Ainsworth, 1982; Bretherton, 1985; Main e Weston, 1982).

In una situazione sperimentale ideata nel 1970 da Mary Ainsworth (Ainsworth e Bell, 1970), la cosiddetta "Strange Situation", i bambini osservati sono stati classificati in base al comportamento di attaccamento mostrato, in quattro gruppi: attaccamento ansioso evitante (chiamato anche "A", circa il 20%), attaccamento sicuro ("B", circa il 55%), attaccamento ansioso resistente (o "C", circa il 10%), attaccamento disorientato/disorganizzato ("D", circa il 15%) (Ainsworth et al., 1978; Main e Solomon, 1986; 1990).

Nei bambini "A" era caratteristico l'evitamento della figura di attaccamento al momento della riunione dopo una breve separazione e, spesso, l'assenza di protesta al momento della separazione stessa. Il bambino "A", è apparentemente calmo ed indifferente di fronte alla separazione dalla madre (ma sembra tranquillo solo in apparenza, dato che è possibile rilevare numerosi segni fisiologici di ansia non espres-

sa: tachicardia, tensione muscolare, etc.), ma soprattutto la evita al momento della riunione: da qui il termine di "attaccamento ansioso-evitante". Per certi aspetti, insomma, il comportamento del gruppo A appare simile a quello dei bambini osservati da Bowlby dopo separazioni prolungate dai genitori.

Liotti (1990) ipotizza che da tale pattern di attaccamento si possa sviluppare, con più probabilità che dagli altri, una predisposizione ai disturbi depressivi (cfr. anche Liotti, Onofri e Tombolini, 1988; Onofri, Tombolini e Liotti, 1989a).

Innanzitutto, l'attaccamento A appare più comprensibile prendendo in esame l'atteggiamento della madre verso il figlio.

Le madri di questi bambini, infatti, sono state classificate dagli sperimentatori come "rifiutanti": sembrano avere una vera e propria avversione ai contatti fisici, sono spesso arrabbiate e mostrano espressioni facciali rigide (Ainsworth, 1982; Main e Weston, 1982).

Appare quindi verosimile ipotizzare che in tale pattern di attaccamento, il bambino non sviluppi alcuna fiducia interna nel fatto che quando cercherà protezione riceverà una pronta risposta ma, al contrario, si aspetterà di essere rifiutato. Allo stesso modo appare probabile, ricorda Bowlby (1980), che i bambini che abbiano sperimentato una prolungata indisponibilità della madre, o la sua perdita reale, sviluppino progressivamente una marcata tendenza verso comportamenti di "autosufficienza obbligata", che cerchino cioè di vivere la propria vita senza l'amore e il sostegno degli altri.

John Bowlby (1980) annovera infatti tra le esperienze infantili che possono predisporre a disturbi depressivi in età adulta l'amara esperienza di non aver mai instaurato un rapporto stabile e sicuro con i genitori o l'essere stati in qualche modo dichiarati responsabili della propria presunta mancanza di amabilità, inadeguatezza, inettitudine, oltre alla reale perdita di un genitore durante l'infanzia.

Per quanto riguarda la conferma epidemiologica di quest'ultima ipotesi, è importante ricordare che George Brown e Tiril Harris (1978), in una delle ricerche sociologiche più note degli ultimi anni condotta in Gran Bretagna su un campione molto numeroso di donne, hanno dimostrato che la perdita della madre in età precedente agli undici anni costituisce un importante fattore predisponente allo sviluppo di disturbi depressivi in età adulta. Oltre alla perdita reale della madre o ad una prolungata separazione da essa durante l'infanzia, altri fattori importanti sono risultati l'assenza di una figura su cui contare al momento del lutto e la qualità delle cure ricevute in seguito.

Gli schemi cognitivi interpersonali in formazione, che accompagnano le prime modalità di attaccamento possono poi essere più o meno confermati dagli eventi successivi e dagli stili interpersonali generali che caratterizzano la vita della famiglia in cui cresce il bambino.

In effetti, nelle famiglie di origine di questi pazienti ritroviamo spesso la perdita della madre o del genitore più caro, una loro assenza prolungata, la presenza di un familiare che chiede al figlio sostegno e protezione invertendo il rapporto di attaccamento (e non fornendo quindi al bambino le cure necessarie) o comunque una notevole distanza affettiva e comunicativa. I pazienti, fin da piccoli, percepiscono i genitori piuttosto lontani emotivamente, poco interessati alle interazioni gioiose di scambio e

di gioco, distratti e indifferenti, poco espansivi, freddi se non apertamente ostili e rifiutanti.

I genitori di questi pazienti, molto spesso, scoraggiano attivamente (con degli aperti rifiuti, con la derisione, con la disattenzione e una costante "pressione selettiva", cfr. Stern, 1985) la ricerca di vicinanza emotiva che arriva dal bambino, le richieste di aiuto e conforto, i bisogni di intimità, di comunicazione, di incoraggiamento. Appaiono poco interessati alla vita affettiva del bambino, sembrano valorizzare più facilmente gli aspetti di dovere piuttosto che quelli di piacere all'interno del rapporto, a volte sembrano tenere solo ai successi sociali e scolastici del bambino, spesso lo responsabilizzano precocemente ed eccessivamente. Tutto ciò può anche verificarsi, comprensibilmente, in famiglie con disagi sociali ed economici, nelle quali una certa trascuratezza del bambino risulta inevitabile: famiglie con prole numerosa, nelle quali lavorano tutto il giorno entrambi i genitori, etc.

"Per me non c'era mai tempo - racconta Giovanna - i miei genitori trascorrevano l'intera giornata al negozio, io venivo lasciata dai vicini o, più grande, a casa da sola. Passavo il tempo facendo i compiti, leggendo, studiando e la sera il viso stanco con il quale mia madre rincasava era per me il chiaro segnale della sua indisponibilità. Ma questo lo dico ora, dopo un anno di psicoterapia; forse allora per me era solo il chiaro segnale di quanto io fossi poco interessante per lei e di quanto fossi egoista io a desiderare che lei si occupasse di me, stanca com'era"

Il clima affettivo generale in cui si sviluppa il futuro paziente depresso, quindi, appare spesso contrassegnato da una diffusa incapacità/impossibilità a rispondere adeguatamente e con sensibilità alle richieste e ai bisogni di protezione, di calore fisico e di vicinanza emotiva dei vari membri della famiglia.

Sembrano invece prevalere le risposte negative, l'indifferenza, gli inviti frequenti - espressi sia in maniera esplicita sia indirettamente - a "cavarsela da solo" nei casi in cui il bambino avrebbe invece bisogno di aiuto e sostegno. Ancora, appare frequente l'umiliazione del bambino quando questo manifesta apertamente la propria vulnerabilità, le proprie paure o la propria debolezza. In casi più gravi, i genitori possono reagire con percosse, maltrattamenti, continue colpevolizzazioni e descrizioni negative del bambino e del rapporto con lui, imputando ai suoi presunti difetti l'infelicità della relazione.

Ovviamente, tale descrizione dell'ambiente familiare originario è spesso resa possibile solo dall'attenta ricostruzione della storia personale che avviene all'interno di una buona relazione psicoterapeutica. Inizialmente, infatti, tale realtà è spesso coperta, nel paziente depresso, da una vera e propria idealizzazione delle figure genitoriali e da una sorprendente discrepanza tra la memoria semantica e quella episodica (Tulving, 1972; cfr. anche Onofri, Tombolini e Liotti, 1988a), cioè tra le descrizioni generali molto positive e l'impossibilità di trovare ricordi specifici in grado di esemplificare adeguatamente tali positive descrizioni generali, o la presenza, invece, di ricordi che contrastano palesemente con esse (cfr. anche Main, in preparazione). Gli adulti con cui il bambino forma i suoi primi legami affettivi fungono infatti (con il loro comportamento e con quanto dicono di sé e del bambino) da descrittori e da definitori della realtà, senza che il bambino possa cognitivamente prendere le distanze da

tali descrizioni. Queste verranno quindi incamerate come schemi cognitivi nella sua memoria semantica, anche senza che ricordi di episodi specifici possano confermarle. È facile comprendere come ripetute descrizioni negative del bambino fornite dai genitori vengano a costituire il nucleo della conoscenza di sé che il bambino si va formando (Liotti, 1990).

Francesco, 38 anni, descrive così il suo rapporto con i genitori: "Senza nessun problema! I miei mi hanno sempre dato tutto l'affetto di cui avevo bisogno. Ero un bambino molto tranquillo, che non faceva mai capricci e non creavo mai problemi."

Il terapeuta chiede a questo punto al paziente di riferirgli, se possibile, un episodio che illustri il modo particolare che usavano i suoi genitori per esprimergli affetto. Francesco dice di non ricordare nulla e insiste ripetutamente su questo per concludere: "Non avevo nessun bisogno che me lo dimostrassero, ogni genitore ama i propri figli!"

In seguito emergerà sempre più chiaramente, attraverso la rievocazione di ricordi specifici, la grande trascuratezza affettiva alla quale Francesco da bambino è stato esposto: "A 15 anni subì un intervento alle tonsille; beh, anche in quell'occasione andai da solo in ospedale, mi operarono, rimasi l'intera giornata, la sera tornai a casa, sempre da solo. Certo, avevo ormai imparato a non chiedere niente ai miei, sempre così indaffarati, e tutto questo mi appariva normale".

La memoria semantica del paziente ("Ho ricevuto tutto l'affetto di cui avevo bisogno. Ogni genitore ama i propri figli") corrispondeva semplicemente al modo in cui i genitori, dal loro punto di vista, avevano sempre descritto il loro rapporto con Francesco.

Non è difficile desumere, dal resoconto di questo tipo di esperienze precoci che il paziente riesce a fornire della sua famiglia di origine, quali siano state le esperienze con cui egli ha costruito gli schemi interpersonali che abbiamo descritto nei paragrafi precedenti. Ritroviamo infatti in questi resoconti molti tratti caratteristici di quegli schemi: la sfiducia nella disponibilità dell'altro ad accogliere le proprie richieste affettive, la visione dell'altro come distante, indifferente, rifiutante, l'aspettativa di una sicura perdita nel momento in cui stringerà un legame affettivo, la visione di sé come persona poco o per nulla amabile, incapace di suscitare interesse e attenzione negli altri, di formare e mantenere rapporti affettivi, dei cui fallimenti il paziente si sente sempre in qualche modo responsabile, la tendenza all'autosufficienza, il distacco emotivo e l'evitamento affettivo come forme di autoprotezione, in altre parole uno stile affettivo che Brown (1982) racchiude nell'aforisma "Quelli che investono meno hanno meno da perdere".

Quindi, fin da bambino il paziente depresso sembra aver sviluppato una strategia comportamentale adattativa basata sull'evitamento del contatto stretto con le figure significative. D'altra parte, se il sistema dell'attaccamento implica una intensa attività emozionale e neurovegetativa, l'inibizione attiva del sistema non comporta assolutamente la cessazione di queste emozioni (Liotti, 1988a), bensì solo il blocco della loro aperta espressione, come appare confermato dai rilievi psicofisiologici condotti durante la Strange Situation. Se tale blocco appare messo in atto dal bambino A attraverso una intensa concentrazione dell'attenzione sugli oggetti inanimati e un arresto dei movimenti di avvicinamento alla madre, quasi a voler escludere il più possibile gli stimoli che la riguardano, l'adulto depresso sembra reagire alla percezione soggettiva

della propria vulnerabilità personale con un costante tentativo di esclusione dei dati provenienti dal proprio mondo emotivo e con un *evitamento* dei contatti interpersonali (rappresentati a livello cognitivo come *inutili*, faticosi e portatori di ulteriore sofferenza) e con un progressivo isolamento affettivo. Nei momenti di maggior benessere potrà avvenire una concentrazione rabbiosa ed eccessiva nel lavoro e nell'adempimento dei propri doveri, fino a quando emergerà con forza la percezione soggettiva della inutilità di tale frenetica attività ad eliminare la penosa sensazione della propria solitudine affettiva. Infatti è proprio perché il depresso non crede che il suo eventuale avvicinarsi all'altro possa ridurre la sofferenza derivantegli dalla solitudine affettiva, che generalizza tale inutilità a tutto l'agire (Liotti, 1990).

D'altra parte, le stesse esperienze interpersonali, condizionate dai modelli operativi riguardanti sé, l'altro e la relazione, risulteranno facilmente fallimentari: ogni carenza dell'altro sarà l'inevitabile conferma della perdita imminente e della propria mancanza di amabilità. Non resterà che proteggersi costantemente da tale eventualità mantenendo la distanza, svalutando le dichiarazioni di disponibilità che possono arrivare dall'altro, escludendo i dati che, se fossero accettati, spingerebbero verso un naturale avvicinamento all'altro, rinnovando ulteriormente la paura della perdita e della indisponibilità altrui. Il distacco dagli altri diventa a questo punto un distacco dal proprio stesso mondo emotivo, facendo sempre di più perdere di vista, al soggetto depresso, il legame che esiste tra la propria tristezza, la sensazione di stanchezza, il rimpianto, la nostalgia, la delusione, la rabbia, suscitati da una perdita o da una difficile relazione affettiva e la stessa situazione che ha suscitato queste emozioni e queste reazioni neurovegetative. Come ricorda Bowlby (1980), "fintantoché sussiste uno scambio attivo tra noi stessi e il mondo esterno, consista esso in pensieri o azioni, la nostra esperienza soggettiva non è di depressione: si possono sperimentare speranza, paura, rabbia, soddisfazione, frustrazione, o qualsiasi loro combinazione. È quando lo scambio è cessato che fa la sua comparsa la depressione". Così, il paziente depresso - sempre teso al raggiungimento di una totale quanto impossibile autosufficienza - potrà attribuire significati distorti alle emozioni suscitate dalla attivazione del sistema di attaccamento: le stesse sensazioni neurovegetative correlate al bisogno di aiuto e compagnia potranno diventare gli oscuri segnali di una misteriosa malattia (Liotti, 1990).

La terapia

Se la base teorica della psicoterapia cognitiva è costituita dallo studio dei processi e delle strutture conoscitive viste nella loro relazione con l'esperienza emozionale e il comportamento, suo obiettivo clinico fondamentale sarà il loro riconoscimento e cambiamento. E se la psicologia cognitiva sperimentale si occupa soprattutto di definire la natura degli schemi conoscitivi riguardanti il mondo inanimato, la psicoterapia cognitiva si occupa prevalentemente di identificare e correggere gli schemi interpersonali (la visione che il paziente ha di sé e degli altri), ben più importanti dei primi per la comprensione dei diversi disturbi psicopatologici.

Primo passo verso questo obiettivo sarà quindi quello di aiutare il paziente depresso

ad *auto-osservare* in maniera ordinata i propri pensieri, emozioni e azioni nelle diverse situazioni di rapporto con gli altri, in modo da poter risalire - attraverso una attenta riflessione comune - agli schemi sovraordinati che "guidano" la sua esperienza emotiva, la valutazione degli altri e di sé, il suo comportamento; ai processi che "regolano" la selezione ed elaborazione delle informazioni che gli provengono da sé e dall'ambiente esterno; alle modalità con cui tenta di evitare, in maniera disfunzionale, le situazioni per lui dolorose.

Riconoscere e definire le proprie attivazioni neurovegetative e le proprie emozioni in maniera adeguata è il presupposto fondamentale per la successiva eventuale applicazione di tecniche più specifiche volte alla riorganizzazione cognitiva. Nel campo della terapia della depressione, molte di queste tecniche sono state ideate, raccolte e descritte da Beck (Beck, 1976; Beck et al., 1979), alle cui opere rimandiamo. Esse sono essenzialmente volte al fine di una "presa di distanza" e ad una messa in crisi dei contenuti e dei processi cognitivi del paziente. Per esempio, il terapeuta potrà condurre una "critica" di queste strutture invitando il paziente a ricercare insieme le "prove" delle sue assolute convinzioni pessimistiche o discutendo le difficoltà che incontra nel tentare differenti modalità di comportamento.

L'analisi delle "resistenze" (Liotti, 1989) che il paziente offre a questi cambiamenti permetterà inoltre di mettere ancora più a fuoco i processi di pensiero attraverso i quali il paziente "assimila" (cfr. il concetto di "assimilazione" di Piaget, in Flavell, 1963) ai propri schemi - annullandole - le nuove informazioni proposte dal terapeuta. Questi schemi, formati durante l'infanzia e la prima adolescenza (e caratterizzati quindi dall'egocentrismo tipico di quelle fasi della vita) sono stati infatti generalizzati dal paziente a tutta la propria esperienza (Liotti, 1990).

Da qui deriva l'interesse e l'utilità, per uno psicoterapeuta cognitivo, della ricostruzione dell'esperienza infantile e della storia di attaccamento del paziente (Liotti, 1988b; Onofri, Tombolini e Liotti, 1988a), affinché egli possa "riconoscere la natura relativa e contingente della sua attuale conoscenza di sé e del mondo" (Liotti, 1990) e tentare quindi, dopo questa presa di distanza, di affiancare una nuova costruzione conoscitiva che implichi minore sofferenza e maggiori possibilità di ulteriori sviluppi.

A tal fine appare particolarmente importante, anche in una psicoterapia cognitiva, l'utilizzazione della stessa relazione terapeutica, sia perché offrendo al paziente "una base sicura per l'esplorazione" dei propri vissuti (Bowlby, 1979; 1988b), il terapeuta facilita le abilità auto-osservative del paziente, sia perché offrendogli una relazione quanto più possibile empatica (in ambito psicodinamico il ruolo dell'empatia nel processo psicoterapeutico è stato ben messo a fuoco da Kohut, 1984) e collaborativa, basata sul rispetto e la chiarezza degli obiettivi concordati in comune fin dall'inizio, diversa dalle relazioni patologiche sperimentate dal paziente fin dai suoi primi anni di vita, il terapeuta crea le condizioni per una nuova esperienza interpersonale che possa contribuire al cambiamento della visione di sé e degli altri in un rapporto.

Sandra, 27 anni, ha cominciato una psicoterapia da circa sei mesi. Un giorno il terapeuta ha il raffreddore; Sandra guarda pensierosa i fazzoletti di carta sulla scrivania, gli occhi lucidi del terapeuta e si chiude in un mutismo incomprensibile. All'invito da parte dello psicoterapeuta a cercare di spiegare che cosa stesse succedendo dentro di lei, Sandra a fatica ammette: "Appre-

na mi sono accorta che Lei stava male ho pensato che sicuramente oggi non avrebbe avuto nessuna voglia di vedermi e di occuparsi di me". Le emozioni provate dalla paziente, e la sua lettura del contesto relazionale, sono allora servite da guida per la rievocazione di altri contesti infantili in cui Sandra aveva sperimentato la indisponibilità della figura genitoriale. Le esperienze quotidiane sulle quali aveva costruito i propri schemi interpersonali erano in effetti molto simili a quella vissuta in quel momento con il terapeuta: Sandra ricordava ancora le parole della madre che le diceva di non disturbare il papà tornato stanco dal lavoro e ricordava ancora la sensazione penosa di sentirsi inopportuna e petulante, mista al senso di solitudine e alla rabbia per il rifiuto ricevuto.

L'analisi di come il paziente valuta e reagisce al comportamento del terapeuta, può quindi rappresentare essa stessa un'ottima occasione per la messa a fuoco degli schemi interpersonali posseduti dal paziente e per la ricostruzione della sua storia di sviluppo (Bowlby, 1979, 1988b; Onofri, Tombolini e Liotti, 1988b; 1989b).

Bibliografia

- ABRAMSON L. Y., SELIGMAN M. E. P., TEASDALE J. D. (1978): "Learned helplessness in humans: critique and reformulation", *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74;
- AINSWORTH M. D. S. (1982): "Attachment: retrospect and prospect". In: C. M. Parkes & J. Stevenson-Hinde (Eds.), *The place of attachment in human behavior*, Tavistock, London;
- AINSWORTH M. D. S., BELL S. M. (1970): "Attachment, exploration and separation: illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation", *Child development*, 41, 49-67;
- AINSWORTH M. D., BLEHAR M.C., WATERS E., WALL S. (1978): *Patterns of attachment: assessed in the strange situation and at home*, Lawrence Erlbaum, Hillsdale, N.J.;
- BECK A. T. (1967): *Depression: clinical, experimental and theoretical aspects*, Harper & Row, New York (tr. it.: *La depressione*, Boringhieri, Torino 1978);
- BECK A. T. (1976): *Cognitive therapy and the emotional disorders*, International Universities Press, New York (tr. it.: *Principi di terapia cognitiva*, Astrolabio, Roma 1984);
- BECK A. T., RUSH A. J., SHAW B. F., EMERY G. (1979): *Cognitive therapy of depression*, Guilford Press, New York (tr. it.: *Terapia cognitiva della depressione*, Boringhieri, Torino 1987);
- BOWLBY J. (1951): *Soins maternels et santé mentale*, World Health Organization (tr. it.: *Cure materne e igiene mentale del fanciullo*, Giunti Barbera, Firenze 1957);
- BOWLBY J. (1969): *Attachment and loss. 1: Attachment*, Hogarth Press, London (tr. it.: *Attaccamento e perdita. 1: L'attaccamento alla madre*, Boringhieri, Torino 1972);
- BOWLBY J. (1973): *Attachment and loss. 2: Separation: anxiety and anger*, Hogarth Press, London (tr. it.: *Attaccamento e perdita. 2: La separazione dalla madre*, Boringhieri, Torino 1975);
- BOWLBY J. (1979): *The making and breaking of affectional bonds*, Tavistock, London (tr. it.: *Costruzione e rottura dei legami affettivi*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1982, pp. 150-168);

- BOWLBY J. (1980): *Attachment and loss. 3: Loss: sadness and depression*, Hogarth Press, London (tr. it.: *Attaccamento e perdita. 3: La perdita della madre*, Boringhieri, Torino, 1983);
- BOWLBY J. (1988a): "The developmental psychopathology comes of age", *The American Journal of Psychiatry*, 145, 1-10 (tr. it.: "Dalla teoria dell'attaccamento alla psicopatologia dello sviluppo", *Rivista di Psichiatria*, 1988, 23, 2, 57-68);
- BOWLBY J. (1988b): *A secure base*, Tavistock, London (tr. it.: *Una base sicura*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1989, pp. 133-151);
- BRETHERTON I., WATERS E. (eds.) (1985): "Growing points in attachment theory and research", *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 209, 50, 1-2, University of Chicago Press, Chicago;
- BROWN G. W. (1982): "Early loss and depression", In: C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde (eds.), *The place of attachment in human behavior*, Tavistock, London;
- BROWN G. W., HARRIS T. (1978): *The social origins of depression: a study of psychiatric disorder in women*, Tavistock Publications, London;
- BRUNER J. S., GOODNOW J.J., AUSTIN J.A. (1956): *A study of thinking*, Wiley, New York;
- CICCHETTI D. (1984): "The emergence of developmental psychopathology", *Child development*, 55, 1-7;
- CICCHETTI D. (1989): "Developmental psychopathology: some thoughts on its evolution", *Development and psychopathology*, 1, 1-4;
- COOLEY C. H. (1902): *Human nature and the social order*, Scribner's, New York (tr. it.: *L'organizzazione sociale*, Edizioni di Comunità, Milano 1977);
- FLAVELL J. (1963): *The developmental psychology of Jean Piaget*, Van Nostrand, New York (tr. it.: *La mente dalla nascita all'adolescenza nel pensiero di Jean Piaget*, Astrolabio, Roma 1971);
- GALLUP G. G. (1970): "Chimpanzees: Self-recognition", *Science*, 167, 86 e sg.;
- GUIDANO V. F., LIOTTI G. (1983): *Cognitive processes and emotional disorders*, Guilford Press, New York;
- HARVEY O. J., HUNT D. E., SCHRODER H.M. (1961): *Conceptual systems and personality organization*, Wiley, New York;
- HAYES K. J., NISSEN C. H. (1971): "Higher mental functions in a home-raised chimpanzee", In A. M. Schreier & F. Stollnitz (Eds.), *Behavior of Non-human primates*, vol 3, Academic Press, New York;
- KELLY G. (1955): *The psychology of personal constructs*, Norton & Co., New York;
- KOHUT H. (1984): *How does analysis cure?*, The University of Chicago Press, Chicago (tr. it.: *La cura psicoanalitica*, Bollati Boringhieri, Torino 1986);
- LAZARUS A. (1972): *Behavior therapy and beyond*, McGraw-Hill, New York;
- LEVENTHAL H. (1979): "A perceptual-motor processing model of emotions", In: P. Pliner, K. R. Blankstein, I. M. Spigel (Eds.), *Perceptions of emotions in Self and others*, Plenum Press, New York;
- LINDEN E. (1974): *Apes, men and language*, Penguin, New York;
- LIOTTI G. (1988a): "L'amore e la dimensione cognitivo-interpersonale dei disturbi psicogeni dell'alimentazione", *Psicobiettivo*, 2, 8, 25-36;
- LIOTTI G. (1988b): "Attachment and cognition", In: C. Perris, I. Blackburn, H. Perris

- (eds.), *Cognitive psychotherapy: theory and practice*, Springer, New York;
- LIOTTI G. (1989): "Resistance to change in cognitive psychotherapy", In: W. Dryden, P. Trower (eds.), *Cognitive psychotherapy: stasis and change*, Cassell, London;
- LIOTTI G. (1990): "La psicoterapia cognitiva", In: N. Lalli (a cura di), *Manuale di psichiatria e psicoterapia*, Liguori Editore, Napoli (in stampa);
- LIOTTI G., ONOFRI A., TOMBOLINI L. (1988): "Modelli operativi della teoria dell'attaccamento e sviluppo psicopatologico", *Atti del Convegno AIAMC, SIB e SITCC Salute e stile di vita*, Treviso;
- LIOTTI G., TOMBOLINI L. (1990): "I modelli di attaccamento e la costruzione degli schemi cognitivi interpersonali" (in stampa);
- MAIN M., WESTON D.R. (1982): "Avoidance of the attachment figure in infancy: description and interpretations", In: C. M. Parkes & J. Stevenson-Hinde (Eds.), *The place of attachment in human behavior*, Tavistock Publication, London, pp. 31-59;
- MAIN M., SOLOMON J. (1986): "Discovery of an insecure disorganized disoriented attachment pattern", In: M. Yogman, T. B. Brazelton, N. J. Norwood (eds.), *Affective development in infancy*, Ablex, Norwood, N.J.;
- MAIN M., SOLOMON J. (1990): "Procedure for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation", In: M. Greenberg, D. Cicchetti, M. Cummings (eds.), *Attachment in the preschool years*, University of Chicago Press, Chicago (in stampa);
- MAIN M. (Ed.), (in preparazione): *A typology of human attachment organization assessed in discourse, drawings and interviews*, Cambridge University Press, New York;
- MEAD G. H. (1934): *Mind, self and society*, University of Chicago Press, Chicago (tr. it.: *Mente, sé e società*, Il Mulino, Bologna 1972);
- MEICHENBAUM D. B.: (1977): *Cognitive-behavior modification: an integrative approach*, Plenum, New York;
- NOVACO R. (1975): *Anger control: the development and evaluation of an experimental treatment*, Health & Co., Lexington;
- ONOFRI A., TOMBOLINI L. (1987): "Psichiatria ed evolucionismo", *Scienze e Società*, 30, 32-37;
- ONOFRI A., TOMBOLINI L., LIOTTI G. (1988a): "Memoria episodica e memoria semantica: le emozioni del bambino nella rievocazione dell'adulto", In: T. Scrimali, L. Grimaldi (a cura di), *Atti del IV Congresso Nazionale della Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva*, Catania 1988, *Conoscenza ed emozioni nel processo psicoterapeutico*, *Quaderni di formazione psichiatrica*, 1988, 4, 84-87;
- ONOFRI A., TOMBOLINI L., LIOTTI G. (1988b): "La psicoterapia cognitiva orientata secondo la teoria dell'attaccamento", *Atti del XXII Congresso Nazionale della Società Italiana di Psicoterapia Medica, I fattori terapeutici delle psicoterapie*, Siena 26-27 novembre 1988 (in stampa);
- ONOFRI A., TOMBOLINI L., LIOTTI G. (1989a): "Pattern di attaccamento nel bambino e psicopatologia dello sviluppo", *Atti del XXXVII Congresso Nazionale della Società Italiana di Psichiatria, Progressi in psichiatria: psichiatria e neuroscienze*, Roma 6-11 febbraio 1989, CIC Edizioni Internazionali, Roma;
- ONOFRI A., TOMBOLINI L., LIOTTI G. (1989b): "Uso della teoria dell'attaccamento in

- psicoterapia cognitiva", *Atti del XXXVII Congresso Nazionale della Società Italiana di Psichiatria, Progressi in psichiatria: psichiatria e neuroscienze*, Roma 6-11 febbraio 1989, CIC Edizioni Internazionali, Roma;
- PIAGET J. (1932): *Le jugement moral chez l'enfant*, PUF, Paris (tr. it.: *Il giudizio morale nel fanciullo*, Giunti Barbera, Firenze 1972);
- POSTNAM L. (1951): "Toward a general theory of cognition", In: J. H. Rohrer & M. Sherif (Eds.), *Social psychology at the crossroads*, Harper, New York;
- RAPAPORT D. (1951): *Organization and pathology of thoughts*, Columbia University Press, New York;
- SAFRAN J. (1990): *Cognitive therapy: an interpersonal process perspective*, Basic Books, New York;
- SARBIN T. R., TAFT R., BAILEY D. E. (1960): *Clinical inference and cognitive theory*, Holt, New York;
- SELIGMAN M., MAIER S. (1967): "Failure to escape traumatic shock", *Journal of experimental psychology*, 74, 1-9;
- SROUFE L. A., RUTTER M. (1984): "The domain of developmental psychopathology", *Child development*, 55, 17-29;
- STERN D. N. (1985): *The interpersonal world of the infant*, Basic Books, New York (tr. it.: *Il mondo interpersonale del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino 1987);
- SULLIVAN H. S. (1953): *The interpersonal theory of psychiatry*, Norton & Co., New York (tr. it.: *Teoria interpersonale della psichiatria*, Feltrinelli, Milano 1962);
- SULLIVAN H. S. (1956): *Conception of modern psychiatry*, Norton, New York (tr. it.: *La moderna concezione della psichiatria*, Feltrinelli, Milano 1961);
- TULVING E. (1972): "Episodic and Semantic memory", In: E. Tulving, W. Donaldson (eds.), *Organization of Memory*, Academic Press, New York.

Summary. The Authors show the Cognitive-evolutionary perspective in the study of depression. Stepping from Beck's cognitive model and from the concept of "schema", they show how these disorders can be understood in terms of learned "interpersonal schemas" and personal history of development. The Authors in fact adopt the point of view of "developmental psychopathology", that studies pathogenesis of psychopathology in adults from the first steps of cognitive, emotional and behavioral development in children and tries to identify early experiences that make subjects vulnerable in front of traumatic life events. For doing that, "developmental psychopathology" takes into account research about attachment behavior in the child, that gives data of great clinical and theoretical interest for the formulation of a pathogenetic hypothesis of predisposition and development of depressive disorders.

Ringraziamenti

La stesura di questo articolo è stata discussa con Giovanni Liotti. A lui i nostri ringraziamenti.