

*L'elaborazione emotiva dei volti nella vulnerabilità alla depressione.
Un approccio integrato alla comprensione eziologica.*



**L'ELABORAZIONE EMOTIVA DEI VOLTI NELLA
VULNERABILITÀ ALLA DEPRESSIONE. UN APPROCCIO
INTEGRATO ALLA COMPrensIONE EZIOLOGICA**

Dott.ssa Carlotta Damiani

Introduzione

L'elaborazione emotiva dei volti si configura come una componente essenziale per un corretto sviluppo e funzionamento sociale dell'uomo, pertanto risulta essere un aspetto particolarmente indagato nell'ambito della letteratura sulla depressione e della vulnerabilità alla depressione. La depressione si colloca oggi come una delle principali cause di disabilità nel mondo (World Health Organization, 2004) e risulta essere associata a difficoltà nel funzionamento psicologico, sociale e lavorativo andando ad incidere fortemente sulla salute e sulla qualità della vita della persona.

Da un punto di vista storico diversi modelli teorici hanno proposto ipotesi eziologiche della depressione focalizzando l'attenzione ciascuno su a) il ruolo svolto dai fattori biologici con particolare riferimento all'ereditarietà, agli ormoni, al sistema delle monoamine e al Brain Derived Neutrophic Factor (Davison & Neale, 2000), b) il ruolo svolto da fattori interpersonali (Coyne, 1976; Lewinsohn, 1974), c) il ruolo svolto da fattori cognitivi (Seligman, 1974; Abramson, Seligman, & Teasdale, 1978; Abramson, Metalsky, & Alloy, 1989; Beck, 1967; 1987; 2008).

Gli studi sul funzionamento cognitivo in depressione ed in condizioni temporanee di umore negativo si sono avvalsi principalmente di modelli cognitivi, in particolare del modello cognitivo

della depressione di Beck, dimostrando la presenza di bias negativi a carico di attenzione, interpretazione e memoria attraverso l'utilizzo in un primo momento di parole stimolo a contenuto emotivo e successivamente di volti emotivamente espressivi. Tuttavia evidenze indirette suggeriscono che altri fattori possono concorrere a determinare una condizione di vulnerabilità alla depressione, in particolare carenze affettive e supportive o abusi fisici e/o psicologici durante l'infanzia possono portare ad una inadeguata elaborazione emotiva dei volti, determinando difficoltà nel funzionamento psico-sociale (Bistricky, Ingram & Atchley, 2011).

Pertanto è stato proposto un approccio integrato alla comprensione eziologica della depressione attraverso la proposta del modello cognitivo-interpersonale (Gotlib and Hammen, 1992) che cerca di descrivere il possibile percorso eziologico della depressione focalizzandosi sul ruolo svolto sia da fattori cognitivi sia da esperienze interpersonali negative avvenute durante l'infanzia, proponendo quindi un “ponte interdisciplinare” tra teoria dell'attaccamento, teoria interpersonale e teoria cognitiva nello studio della vulnerabilità alla depressione (Bistricky, Ingram & Atchley, 2011).

Psicopatologia dell'umore: La normalità e la patologia dell'umore

“Che cosa sia il Fondo di per sé, oltrepassa l'esperienza scientifica ed è una domanda filosofica. Per noi è unicamente un concetto limite. Noi cogliamo con esso anche un limite, che nessuna ricerca raggiunge, qualcosa di cui non si può dire niente, che non può essere psicologizzato. Si tratta cioè di qualcosa d'interamente altro, come l'Inconscio della psicoanalisi.” (Schneider, 1949)

L'umore si configura come una caratteristica peculiare dell'esistenza umana e riveste un ruolo di fondamentale importanza nel “colorarne” l'intera esperienza ed ogni sua rappresentazione psichica. Per umore s'intende uno “*stato prevalente, o prolungato o una disposizione*” che descrive lo stato del Sé in relazione al proprio ambiente esterno ed interno (Davison & Neale, 2000). Dal momento che gli affetti in generale esistono in quanto esperiti secondo contrasti, anche l'umore è concepito come *oscillante lungo un continuum* che va dal polo della tristezza, sfiducia ed abbattimento fino al polo dell'euforia, della gioia e della felicità. Essendo il tono affettivo parte

integrante dell'esperienza individuale, esso viene continuamente condizionato dagli avvenimenti sia esterni che intrapsichici di elaborazione cognitiva, per cui eventi positivi tendono ad attrarre il tono dell'umore verso il polo dell'euforia mentre avvenimenti negativi tendono a spostare il tono dell'umore verso il polo della tristezza. Naturalmente tale relazione risulta essere bidirezionale, cosicché anche l'esame di realtà viene ad essere condizionato dal tono dell'umore del momento, pertanto una persona di malumore tenderà a focalizzarsi in ogni cosa sugli aspetti negativi e sfavorevoli, mentre una persona di buonumore tenderà a enfatizzare invece gli aspetti favorevoli e positivi di una certa situazione. Questa interazione reciproca che provoca la continua oscillazione del tono dell'umore fa sì che *ogni persona sia costantemente esposta ad oscillazioni dell'umore*, che caratterizzano appunto la condizione di “normalità dell'umore”.

Avendo definito quindi l'umore “normale” come capace di oscillare lungo il continuum che lo caratterizza, l'umore patologico risiede invece nel *blocco della sua normale capacità di oscillare*: la perdita della normale motilità del tono affettivo porta il tono dell'umore a rimanere “fissato” ad una determinata polarità (tristezza o euforia) causando la rottura della relazione reciproca umore-ambiente sopracitata. Generalmente l'esperienza soggettiva del cambiamento patologico dell'umore viene definita col termine di *disforia*, ovvero sentimento di essere “a disagio” e principalmente focalizzato sul polo della tristezza, in quanto molto raramente la persona descriverà consapevolmente uno stato di euforia ed estasi (si noti che generalmente nell'episodio maniacale conclamato il paziente non mostra *insight* di malattia a differenza invece dell'episodio depressivo maggiore in cui tale consapevolezza viene mantenuta).

Schneider (1949) nel suo lavoro di distinzione tra depressioni endogene e depressioni reattive introduce il concetto di *Depressione del Fondo*, anch'essa una depressione endogena che colpisce soggetti normali e che è molto frequente e spesso grave per il vissuto che l'accompagna. Secondo Schneider essa è comprensibile in base alla distinzione di due componenti fondamentali dell'umore: il fondo (*Untergrund*) che rappresenta il colorito costante dell'affettività e che ne determina l'umore medio e lo sfondo (*Hintergrund*) che rappresenta lo stato affettivo reattivo a qualcosa di vissuto dalla persona. Pertanto mentre lo sfondo è reattivo, motivato ed esperibile, il fondo non è né reattivo, né vissuto, né esperibile.

Visto lo stretto legame che intercorre tra umore e realtà circostante, i sentimenti sono fortemente influenzati da coloro che ci circondano e sono visibili e comprensibili agli altri attraverso diversi canali della comunicazione non verbale come i gesti, la postura, il tono della voce,

l'aspetto generale, la scelta dei vestiti, ma principalmente attraverso il *volto*. La ricerca nell'ambito delle espressioni facciali (Argyle, 1975) ha individuato sette gruppi principali di emozioni discriminabili da parte dell'osservatore: felicità, sorpresa, paura, tristezza, rabbia, disgusto e interesse le quali vengono ad essere valutate dall'altro principalmente attraverso la capacità empatica.

Per quanto riguarda alcuni dati epidemiologici secondo il DSM-IV la prevalenza del disturbo depressivo maggiore in età adulta è del 10-25% nelle donne e del 5-12% negli uomini, con un rapporto F/M di 2:1. Dopo aver passato i rassegna diversi dati riguardo le differenze di genere nella depressione, Nolen-Hoeksema & Girgus (1994) hanno concluso che le ragazze già prima dell'adolescenza hanno maggiori probabilità rispetto ai ragazzi di presentare fattori di rischio per la depressione, ma è solo nel momento in cui tali fattori di rischio interagiscono con le problematiche dell'adolescenza (incremento ponderale, sviluppo dei caratteri sessuali secondari, conflitti con i genitori, confronto con i pari etc) che emergono le differenze di genere nel fenomeno. Secondo Disner, Beevers, Haigh, & Beck (2011) la depressione rappresenta uno dei disturbi psichiatrici maggiormente diffusi insieme ai disturbi d'ansia e data la grande diffusione del disturbo, la patologia depressiva si caratterizza anche per gli elevati costi economici, sociali e sanitari, ma soprattutto per l'elevato tasso di suicidio che comporta.

Comprensione eziologica della depressione: La teoria cognitiva di Beck

La depressione è stata studiata sia da una prospettiva psicologica, che prende in considerazione il ruolo svolto da fattori cognitivi, emotivi e relazionali, sia biologica, che prende in considerazione il ruolo svolto da fattori genetici, neurochimici e neuroendocrini. Nonostante il notevole contributo offerto da ciascuna teoria alla comprensione eziologica della depressione, non è tuttavia possibile prescindere da un approccio Bio-Psico-Sociale, un'impostazione quindi integrata che consideri l'eziologia di ogni disturbo di tipo multifattoriale e da ricondurre quindi al ruolo svolto da variabili sia biologiche, sia psicologiche che sociali nell'interazione individuo – ambiente valutandone di conseguenza i relativi pesi (Engel 1977).

Le teorie biologiche sull'etiologia della depressione lungo il corso degli anni si sono concentrate sul ruolo svolto da diversi tipi di fattori tra cui l'ereditarietà, i fattori neurochimici che fanno leva sul sistema delle monoamine (serotonina, noradrenalina, dopamina) e fattori endocrini che si concentrano sulla stretta relazione esistente tra depressione e sistema endocrino osservando come episodi simil-depressivi possano presentarsi nel corso di patologie endocrine o a seguito della somministrazione esogena di ormoni. Infine le più recenti evidenze neuroscientifiche suggeriscono che alla base della depressione possa esserci un'ipotrofia neuronale di specifiche strutture del Sistema Limbico tra cui l'Ippocampo e che vi sia una riduzione del Brain Derived Neurotrophic Factor (BDNF), fattore responsabile del normale processo fisiologico di neurogenesi.

Le teorie psicologiche sulla depressione possono essere esposte seguendo tre grandi filoni interpretativi: la teoria psicanalitica, la teoria interpersonale e le teorie cognitive. Queste ultime, in particolare il Modello Cognitivo della Depressione elaborato da Beck (Beck, 1967; 1987; 2008), rappresentano le teorie maggiormente accreditate ed utilizzate in ambito di ricerca sui bias cognitivi in depressione. Esse si basano sull'assunto che fattori cognitivi come pensieri e convinzioni svolgano un ruolo cruciale nel causare, influenzare o mantenere un certo stato emozionale nell'individuo, determinando così un'influenza non solo sui processi di elaborazione e attribuzione di significato, ma anche sul comportamento stesso. Il modello cognitivo di Beck in particolare consiste in un quadro finalizzato a identificare e comprendere le componenti che contribuiscono all'esordio e al mantenimento della depressione ed è stato inoltre utilizzato nell'ambito della pratica clinica, consentendo lo sviluppo di un modello di terapia cognitiva altamente efficace per il trattamento della depressione (Dobson, 1989). Assunto centrale del modello cognitivo della depressione è che nel processo di acquisizione ed elaborazione cognitiva delle informazioni avvengano degli errori (detti anche "vizi" o bias) dovuti alla presenza di schemi negativi latenti, ovvero rappresentazioni e credenze interne concernenti stimoli, idee o esperienze, i quali se attivati da eventi ambientali esterni o interni influenzano il processo di elaborazione dell'informazione in senso negativo. (Beck, 1967). In questo contesto gli schemi negativi latenti rappresentano quindi il "background cognitivo" dell'individuo e determinano quindi come l'individuo interpreta le proprie esperienze nel qui ed ora di un determinato contesto. Essi contribuiscono quindi a guidare e ad organizzare tutta l'esistenza. Nei soggetti depressi, secondo Beck, tali schemi negativi sono caratterizzati da credenze negative auto-riferite riguardo al Sé, il mondo e il futuro (*triade cognitiva negativa*) e generano in conseguenza ad una serie di eventi (ad esempio perdita di una persona cara,

incessante successione di eventi negativi, rifiuto sociale da parte dei coetanei, critiche degli insegnanti o presenza di un genitore depresso) che si verificano durante l'infanzia o l'adolescenza. Gli schemi negativi rimangono latenti rappresentando il normale modo d'essere dell'individuo, ma nel momento in cui vengono attivati da eventi stressanti, in particolare eventi che riflettono il contenuto stesso dello schema cognitivo (ad esempio la perdita del lavoro rappresenta un evento devastante per quell'individuo che basa la propria autostima sull'occupazione a tempo pieno), essi pongono l'individuo in uno stato di vulnerabilità alla depressione (Beck, 2008). Un altro aspetto importante della teoria, emerso da studi recenti, viene rappresentato dalle distorsioni (o vizi cognitivi) che insieme agli schemi negativi contribuiscono a determinare i bias a carico dell'attenzione, elaborazione e memoria e che si manifestano sul piano clinico sottoforma di stile di coping rimuginativo, ovvero la tendenza a pensare in modo pervasivo e ripetitivo alle cause e alle conseguenze delle emozioni negative. Diversi studi hanno dimostrato che la rimuginazione depressiva risulta essere significativamente associata all'insorgenza (Just & Alloy, 1997), al deterioramento (Kuehner & Weber, 1999), alla cronicizzazione (Nolen-Hoeksema, 2000) e alla durata (Just & Alloy, 1997; Nolen-Hoeksema, Morrow, & Fredrickson, 1993) della depressione. Tra i principali vizi cognitivi che si riscontrano nelle persone sofferenti di depressione possiamo individuare:

- Inferenza arbitraria: tendenza a trarre conclusioni in assenza di prove sufficienti o in base a solo qualche prova,
- Estrapolazione selettiva: tendenza a trarre una conclusione in base a uno solo di tanti elementi che contribuiscono a determinare una situazione,
- Iper-generalizzazione: tendenza a trarre una conclusione a carattere assoluto e generale in base ad un unico evento anche banale,
- Amplificazione e minimizzazione: tendenza a dare valutazioni esagerate, in un senso o nell'altro, della propria prestazione.

Gli schemi negativi insieme alle distorsioni e ai vizi cognitivi sono i fattori che perpetuano nel circolo vizioso che Beck chiama *triade cognitiva negativa*: la visione negativa di sé, del mondo e del futuro, dove la componente relativa al mondo si riferisce al giudizio che l'individuo formula sulla propria incapacità di far fronte alle richieste dell'ambiente (Davison & Neal, 2000; Clark, Beck, & Alford, 1999). L'attivazione quindi degli schemi negativi attraverso uno stressor esterno o

interno, determina elaborazioni distorte (bias) a carico dell'attenzione, dell'interpretazione e della memoria che si mantengono in modo pervasivo, secondo il circolo vizioso sopra descritto (Clark, Beck, & Alford, 1999). Sul piano dell'attenzione, l'attivazione degli schemi negativi aumenta la probabilità che la persona depressa selezioni stimoli congruenti al proprio umore e ignori le informazioni positive, determinando quindi una modalità di codifica negativa delle informazioni affettive. In questo contesto aumenta la consapevolezza per gli stimoli ambientali negativi e diminuisce la possibilità di sperimentare emozioni positive durante un evento piacevole, fenomeno tipico della depressione e indicato come “*positive blockade*”(Beck, 2004). Sul piano della memoria, in modo analogo, ci sono forti evidenze per bias di memoria, in particolare la persona depressa tende a mostrare una rievocazione mnemonica preferenziale per materiale a contenuto negativo piuttosto che positivo (Mathews & MacLeod, 2005).

Riassumendo quindi, nel modello cognitivo di Beck, gli eventi avversi precoci in associazione a fattori genetici e di personalità secondo un approccio multifattoriale, contribuiscono alla formazione di schemi depressivi auto-referenziali (detti anche schemi negativi latenti) i quali se attivati in occasione di un qualsiasi tipo di stimolo stressante per l'individuo, determinano bias nell'attenzione e nella memoria e l'attivazione di uno stile di coping rimuginativo, che vanno ad autoalimentarsi (triade negativa). Tutto ciò influenza quindi l'intero processo di acquisizione ed elaborazione delle informazioni, in particolare per quanto riguarda informazioni a contenuto emotivo. Infatti, in accordo con Disner, Beevers, Haigh, & Beck (2011), i deficit nell'elaborazione di informazioni a contenuto emotivo risulta essere il punto centrale attorno al quale verte tutto il modello cognitivo della depressione.

Studi sulla depressione e sulla vulnerabilità alla depressione: La metodologia in letteratura

Generalmente in letteratura gli studi sulla depressione e sulla vulnerabilità alla depressione si sono avvalsi dell'utilizzo di modelli cognitivi, in particolare il modello di Beck. Come precedentemente sposto esso si focalizza sul concetto di reattività di schemi cognitivi negativi

latenti di fronte a stimoli stressanti a valenza emotiva e particolarmente rilevanti per il Sé, definendo quindi tale reattività come un fattore di vulnerabilità alla depressione. Pertanto i primi studi sulla vulnerabilità cognitiva alla depressione che hanno utilizzato fattori di stress per valutare la risposta di attivazione cognitiva (Segal & Ingram, 1994) secondo un'ottica diatesi-stress risalgono agli ultimi 20 anni ed hanno utilizzato la metodologia di priming designs, con lo scopo di simulare sperimentalmente un tipo di stress in grado di attivare gli schemi cognitivi negativi latenti fondamentalmente mediante due metodologie: la prima si basa sullo studio di soggetti in remissione da un episodio depressivo, mentre la seconda metodologia si basa invece sull'utilizzo di procedure di induzione dell'umore in soggetti non clinicamente depressi. I disegni di priming basati sull'induzione dell'umore si basano sull'assunto che riproducendo in laboratorio, a livelli moderati, le conseguenze emotive negative che generalmente sono associate agli stress della vita quotidiana, si ricrea una condizione sufficiente per l'attivazione degli schemi cognitivi negativi latenti in soggetti vulnerabili alla depressione, così come avviene nella depressione clinica. Inoltre negli studi che utilizzano un paradigma sperimentale basato sull'induzione dell'umore generalmente la vulnerabilità alla depressione viene considerata la variabile indipendente, mentre le variabili dipendenti vengono misurate con due tipi di sistemi: a) questionari self-report (ad esempio il BDI-II) e b) misure basate sulla performance a compiti di attenzione, elaborazione e memoria. La maggior parte degli studi in letteratura che ha utilizzato la seconda metodologia si è avvalsa dell'utilizzo in un primo momento di stimoli lessicali a valenza emotiva, pertanto parole a contenuto affettivo negativo, positivo e neutro, ma in seguito ai contributi della ricerca sull'elaborazione emotiva dei volti e del suo significato adattivo, l'utilizzo degli stimoli si è spostato sui *volti emotivamente espressivi*.

La faccia è probabilmente la configurazione-stimolo più importante per la specie umana, ma non solo, anche per i primati (Bistricky, Ingram & Atchley, 2011). Fin dai primi giorni di vita il bambino entra in relazione col mondo esterno attraverso il volto della madre e di un adulto: il suo ambiente circostante è essenzialmente solo il volto con le sue caratteristiche visive, uditive, tattili e olfattive. Con il procedere dello sviluppo la faccia diverrà poi una fonte importante di comunicazione degli stati emotivi, un referente sociale, quindi il canale principale della comunicazione non verbale. Il bambino di conseguenza imparerà rapidamente da questo “ambiente” informazioni importanti per la sopravvivenza: imparerà a discriminare le espressioni facciali ed il loro significato, piangerà o sorriderà di conseguenza, contribuendo a regolare il proprio stato

emotivo e l'interpretazione del mondo. È prevedibile quindi che il cervello dei primati, ed in particolare la corteccia cerebrale umana, si siano sviluppati in funzione di elaborare lo stimolo “faccia” attraverso sistemi neuronali specializzati ed organizzati in moduli. L'importanza dello stimolo “volto” è legata quindi principalmente a diversi aspetti:

- a livello psicologico è uno strumento per lo sviluppo e il funzionamento sociale e di regolazione emotiva;
- a livello neurologico l'elaborazione emotiva del volti avviene grazie a reti corticali specializzate che risultano essere deficitarie nei soggetti con depressione;
- l'espressione emotiva evoca simultaneamente la salienza di una situazione sociale ed influenza ciò che la persona prova di fronte ad essa (Ruys & Stapel, 2008);
- l'attenzione verso l'emozione del volto attiva processi autoreferenziali, come se la persona si guardasse in uno specchio, determinando possibili valutazioni negative di sé in soggetti depressi (Frewen & Dozois, 2005);
- le emozioni sono uno strumento fondamentale per prepararsi all'azione pertanto l'elaborazione affettiva del volto assume un significato adattivo per una reazione sociale immediata ed adeguata;
- mentre il linguaggio risulta essere più astratto, l'espressione emotiva si configura come un mezzo molto più evocativo di trasmissione dello stato emotivo interno di quanto lo siano le parole (Vanderploeg, Brown, & Marsh, 1987);
- l'elaborazione emotiva dei volti avviene in maniera pre-verbale ed aiuta l'individuo nella regolazione sociale ed emotiva prima ancora dello sviluppo delle capacità linguistiche (Chapman, 2000; Cozolino, 2002; Gazzaniga, 1989);
- l'espressione emotiva risulta essere deficitaria nei soggetti depressi ed associata a difficoltà nel funzionamento sociale (Leppänen & Hietanen, 2001);
- l'espressione emotiva risulta essere un indicatore diretto dello stato interno e se interpretata in modo disfunzionale o “viziato” può determinare conseguenze a livello relazionale e sociale (Allen & Badcock, 2003; Gotlib, Krasnoperova, Yue, & Joormann, 2004).

Per quanto riguarda gli studi sull'attenzione verso stimoli volto emotivamente espressivi, emergono difficoltà in soggetti depressi e vulnerabili alla depressione ad inibire e disimpegnare l'attenzione verso facce ad espressione triste, così come emerge anche una difficoltà a orientare l'attenzione verso facce felici (Bistricky, Ingram & Atchley, 2011; Gotlib, Krasnoperova, Yue, & Joormann, 2004). Dagli studi sull'interpretazione di facce emotivamente espressive emerge che soggetti in depressione e soggetti vulnerabili alla depressione tendono a non avere difficoltà o bias negativi nel riconoscimento oggettivo di facce emotive statiche e non ambigue (Segrin, 2001), ma tendono ad interpretare emozioni dei volti ambigui in modo tendenzialmente più negativo rispetto a

soggetti non depressi (Gollan et al., 2008). In accordo con i modelli interpersonali della depressione tale bias potrebbe contribuire ad una interpretazione erronea dell'emozione dell'altro scatenando nell'individuo credenze disfunzionali circa la propria persona e la relazione con l'altro. Infine gli studi sulla memoria mostrano che mentre per quanto riguarda la memoria a lungo termine emerge un bias negativo per facce emotivamente espressive sia in soggetti clinicamente depressi (Gilboa-Schechtman et al., 2002; Ridout et al., 2003) sia in soggetti con stati depressivi sub-clinici, tra cui disforia (Jermann et al., 2008; Ridout, Noreen, & Johal, 2009; Studio 1) e umore depresso indotto da procedura sperimentale (Ridout, Noreen, & Johal, 2009; Studio 2). Per quanto riguarda invece la memoria a breve termine è emersa in pazienti clinicamente depressi l'evidenza di un bias di memoria negativo verso le facce tristi (Linden et al., 2011), mentre ancora nessuna evidenza in letteratura indica che tale bias possa essere generalizzato a stati sub-clinici come disforia o umore negativo temporaneamente indotto (Noreen & Ridout, 2010).

Il modello cognitivo-interpersonale: Un'integrazione tra prospettive

Le evidenze empiriche riscontrate in letteratura che hanno utilizzato prettamente un modello teorico cognitivo hanno permesso di evidenziare risultati significativi per quanto riguarda l'elaborazione emotiva delle facce in depressione e nella vulnerabilità alla depressione rilevanti anche per altre teorie (Bistricky, Ingram & Atchley, 2011). In particolare secondo il modello cognitivo-interpersonale della depressione (Gotlib & Hammen, 1992) comportamenti interpersonali di rifiuto, carenza affettiva e supportiva da parte dei genitori durante l'infanzia possono influenzare lo sviluppo dell'autostima, della percezione di auto-efficacia e delle aspettative nei confronti delle persone emotivamente vicine. In questo contesto tale assetto cognitivo può promuovere l'esordio o il mantenimento di episodi depressivi. Un aspetto molto significativo è che gli autori sottolineano il parallelismo concettuale tra il modello cognitivo-interpersonale della depressione e i modelli cognitivi, in particolare la teoria dell'attaccamento.

La teoria dell'attaccamento e la regolazione delle emozioni nello sviluppo affettivo

«È essenziale per la salute mentale che il bambino faccia esperienza di una relazione continuativa, intima, calda con la propria madre [...] nella quale entrambi trovino soddisfazione e gioia (Bowlby, 1951)».

«Molte psiconevrosi o disordini del carattere possono essere attribuiti o ad una deprivazione di cure materne, o a delle discontinuità nella relazione del piccolo con la sua figura materna (Bowlby, 1973)».

Nella trilogia *attaccamento e perdita* Bowlby (1969; 1973; 1980) descrive quali siano i meccanismi alla base della formazione della relazione che lega il bambino alla madre o a qualsiasi altra figura che fornisce cura (caregiver), sottolineando come rotture, perdite o inadeguatezze nei legami affettivi primari influenzino lo sviluppo della personalità, delle competenze sociali ed affettive, ma anche spieghino l'eventuale sviluppo di disturbi affettivi nell'età adulta. Bowlby utilizza il termine *attaccamento* per indicare un pattern comportamentale basato sul cercare cure da parte di qualcuno che si senta meno in grado di affrontare il mondo rispetto a qualcun altro cui indirizzi le sue richieste (Bowlby, 1986). Utilizzando una continua comparazione con quanto accade nelle altre specie animali, e in particolare basandosi sugli studi condotti dall'etologo Konrad Lorenz, Bowlby derivò analogamente al mondo animale il concetto di *imprinting* sostenendo che durante lo sviluppo infantile esistono dei "periodi sensibili" di apprendimento durante i quali è maggiormente presente una prontezza ad apprendere in maniera più rapida le caratteristiche del caregiver le quali, attraverso poi un processo di "imprinting filiale", potrebbero essere fissate in maniera più o meno permanente. Pertanto la predisposizione nel bambino a stabilire un legame di attaccamento con la madre sarebbe geneticamente innata e determinata (Bowlby, 1969) ed assume pertanto secondo una impostazione evoluzionistica un significato adattivo.

Secondo Bowlby la madre assume un ruolo fondamentale per lo sviluppo affettivo e cognitivo del bambino e per la costruzione di un adeguato legame affettivo ai fini dello sviluppo poi della personalità e delle competenze sociali e di adattamento all'ambiente. L'attaccamento del bambino alla madre deriva da una motivazione primaria ed intrinseca, da schemi quindi pre-programmati orientati a stabilire un contatto fisico ed emotivo necessario alla sopravvivenza e dunque alla successiva riproduzione. La stessa motivazione primaria che c'è nel bambino al legame

esiste anche nella madre nei termini di sensibilità a decodificare i bisogni del bambino e a fornire pertanto un accudimento adeguato. In quest'ottica Bowlby concepisce l'attaccamento come una risposta ad un segnale di disagio, allontanandosi da un lato da una concezione comportamentista che considera l'apprendimento come conseguenza di rinforzi positivi e negativi, dall'altro dalle precedenti teorizzazioni psicoanalitiche le quali concepivano la richiesta di accudimento da parte del bambino come l'espressione di un amore interessato alla soddisfazione di bisogni fisiologici e pulsionali verso una "madre oggetto". Nonostante il significato della relazione di attaccamento vari nelle teorizzazioni di Freud e di Bowlby, entrambi gli autori sono però concordi nell'affermare *come traumi o esperienze negative croniche avvenute durante l'infanzia con la figura di accudimento influenzino lo sviluppo della personalità nell'età adulta*. Secondo Bowlby infatti i disturbi affettivi e la personalità sarebbero frutto non tanto di fantasie infantili e meccanismi proiettivi della fase edipica come affermano le teorie psicoanalitiche classiche, quanto piuttosto conseguenza di reali esperienze infantili negative avvenute con la figura di accudimento. Sotto questa luce le esperienze di separazione temporanea o permanente dalla madre veicolano sentimenti di ansia e rabbia nel bambino talmente intense da determinare un serie di difficoltà a successione stadiale analoghe a quelle vissute dalle persone adulte nel caso del lutto. La perdita di una persona cara rappresenta un evento traumatico a qualsiasi età, ma le emozioni e il comportamento elicitati dallo stare lontani dipendono dal tipo di attaccamento in cui il bambino o l'adulto erano coinvolti prima della separazione (Bowlby, 1980).

L'enfasi della teoria dell'attaccamento si fonda quindi sulla separazione dalla madre o sulla presenza di cure materne inadeguate o carenti che determinerebbero effetti a breve e a lungo termine sullo sviluppo della personalità: tali esperienze portano alla formazione di modelli mentali del Sé, delle persone significative del mondo circostante e delle aspettative nei confronti di esse (Working Internal Models) che farebbero da filtro nei processi di elaborazione delle informazioni. Questo aspetto sottolinea come quindi il modello di attaccamento che si sviluppa durante l'infanzia e si mantiene nell'età adulta nello specifico modello operativo interno contribuisca a rappresentare un possibile fattore di vulnerabilità per lo sviluppo di episodi depressivi.

Tipologie di attaccamento e sviluppo della personalità

La teoria proposta da Bowlby pone quindi l'accento sulle reali esperienze affettive sperimentate dal bambino come fattori intervenienti nella costituzione dei Working Internal Models che analogamente agli schemi cognitivi negativi latenti elaborati da Beck guiderebbero l'elaborazione delle informazioni. Per accrescere il contributo sperimentale della teoria nel 1946 viene avviato un progetto di ricerca sugli effetti della separazione nello sviluppo della personalità a cui collabora Mary Ainsworth. È proprio grazie agli studi longitudinali condotti dalla Ainsworth attraverso l'osservazione sistematica delle interazioni madre-figlio durante il primo anno di vita che si arriva alla teorizzazione dei *modelli di attaccamento*. Grazie all'utilizzo della procedura sperimentale denominata "Strange Situation" e sviluppata dalla stessa Ainsworth, vengono individuati 4 tipi specifici di attaccamento sulla base del comportamento esplorativo e delle reazioni emotive del bambino a situazioni di assenza e presenza della madre e delle sue risposte alla riunione con essa dopo un breve periodo di separazione:

- Attaccamento di tipo B: rappresenta il legame sicuro (base sicura), ovvero una relazione di attaccamento basata su un legame affettivo introiettato adeguatamente per lo sviluppo della propria autonomia grazie ad una presenza costante e supportiva della madre;
- Attaccamento di tipo C: rappresenta il legame insicuro di tipo ansioso-ambivalente, ovvero una relazione di attaccamento caratterizzata da esperienze affettive ambivalenti talvolta di supporto ai bisogni espressi dal bambino altre di rifiuto degli stessi da parte di una madre imprevedibile;
- Attaccamento di tipo A: rappresenta il legame insicuro di tipo ansioso-evitante, ovvero una relazione di attaccamento caratterizzata da esperienze di rifiuto costante da parte della madre. Ricerche successive (Main, Kaplan, Cassidy, 1985) hanno inoltre individuato una quarta tipologia di attaccamento denominata di tipo D che rappresenta un legame di attaccamento di tipo ansioso-disorganizzato frutto di concrete esperienze di abuso e maltrattamento subiti dal bambino da parte del genitore.

I risultati ottenuti dalle ricerche condotte dimostrano come il modello di attaccamento influenzi la capacità di regolazione delle emozioni da parte del bambino e come nel corso dello sviluppo esso venga interiorizzato in rappresentazioni interne della relazione, ovvero un'immagine mentale del modello del Sé, delle figure affettive circostanti e delle aspettative nei loro confronti

circa le risposte in caso di bisogno (Working Internal Models). Tali rappresentazioni interne tendono ad agire come filtro nell'interpretazione delle informazioni che provengono dal mondo esterno, come dei veri e propri "copioni" o "script" che guidano l'individuo nelle nuove esperienze, spingendo, seppur a livello inconsapevole, a ricercare attivamente persone, situazioni e relazioni che corrispondono alle proprie aspettative affettive. Si formano così nel caso di un attaccamento insicuro aspettative preconcepite nei riguardi di se stessi e degli altri che possono portare ad interpretare in maniera disfunzionale e disadattiva i comportamenti degli altri, veicolando quindi specifiche esperienze emotive, difficoltà nella costruzione di legami affettivi genuini oppure comportamenti ostili verso l'ambiente sociale che provocano quindi nella persona la sofferenza, il disagio e il disadattamento sociale.

Stile di attaccamento come fattore di vulnerabilità alla depressione

Come precedentemente detto la storia della relazione affettiva tra madre e bambino porta allo sviluppo di modelli di attaccamento che nell'età adulta si strutturano in rappresentazioni mentali stabili denominate Working Internal Models che regolano il passaggio da una gestione duale delle emozioni e dei comportamenti ad una plurale, definendo quindi il formarsi della personalità. Esperienze di carenza affettiva, carenza di accudimento, abusi, maltrattamenti o qualsiasi esperienza affettiva negativa ricorrente sperimentata durante lo sviluppo infantile può portare allo stabilirsi di un modello di attaccamento insicuro (ambivalente, evitante o disorganizzato) che viene interiorizzato in un Modello Operativo Interno caratterizzato da aspettative preconcepite nei riguardi di se stessi e degli altri che possono "viziare" l'elaborazione delle informazioni e l'attribuzione di significato. In tal contesto è giustificata l'integrazione delle teorie cognitive della depressione con le teorie interpersonali della depressione che fanno riferimento alle esperienze negative infantili e all'importanza attribuita alle relazioni interpersonali.

Conclusioni

L'elaborazione emotiva dei volti risulta essere una capacità fondamentale alla persona per un corretto sviluppo e funzionamento sociale dell'uomo. La letteratura sull'elaborazione emotiva dei volti mostra risultati significativi circa la presenza di bias negativi a carico di attenzione, interpretazione e memoria sia in persone clinicamente depresse che in persone vulnerabili alla depressione. Le ricerche sperimentali che sono state condotte hanno per lo più utilizzato come modello teorico della depressione la teoria cognitiva di Beck la quale fa riferimento alla presenza di schemi cognitivi negativi latenti i quali si sviluppano in seguito ad esperienze negative croniche durante l'infanzia e che si attivano in presenza di stimoli stressanti rilevanti per il Sé. Dal momento che la teoria di Beck prende in considerazione le prime esperienze interpersonali durante l'infanzia, è stato messo in luce il contributo derivante da un modello interpretativo integrato, il modello cognitivo-interpersonale, il quale spiega l'esordio e il mantenimento della depressione in base alla presenza di deficit o carenze nelle abilità sociali presumibilmente determinate da esperienze croniche negative avvenute durante la prima infanzia, in accordo quindi con la teoria dell'attaccamento di Bowlby. Alla luce di ciò dopo un primo livello di elaborazione affettiva del volto, variabili cognitive ed interpersonali potrebbero agire in modo dinamico ed integrato cosicché in condizioni generali la persona tenderebbe a perseguire le interazioni sociali con lo scopo di incrementare l'umore positivo e rafforzare affiliazione sociale (Csukly et al., 2011; Depue & Collins, 1999). Interpretare però l'ambiente sociale in maniera "viziata", ovvero come sgradevole, ingestibile e meno gratificante, può influire sulla percezione negativa delle interazioni sociali, determinando pensieri svalutativi e sentimenti di bassa autostima e tristezza (Frewen & Dozois, 2005; Fritzsche et al, 2010; Persad & Polivy, 1993). Tutto ciò potrebbe quindi alimentare una continua ricerca di rassicurazione che paradossalmente potrebbe esacerbare il senso di alienazione e disforia per la reazione che tale comportamento di ricerca suscita negli altri (Falegname e Coyne, 1999; Swann et al, 1992). È importante sottolineare che, nonostante la logica che integra le diverse prospettive eziologiche sulla depressione, è necessario ancora un supporto empirico per valutare tale ipotesi nel contesto della vulnerabilità alla depressione.

Bibliografia

Abramson, L.Y, Metalsky, G.I., & Alloy, L.B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.

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.

Allen, N. B., & Badcock, P. B. (2003). The social risk hypothesis of depressed mood: Evolutionary, psychosocial, and neurobiological perspectives. *Psychological Bulletin*, 129, 887–913.

Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*. Harper & Row, New York.

Beck, A.T. (1969). Depression. Clinical, experimental and theoretical aspects. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 18(87), 249. Harper & Row.

Beck, A.T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1(1), 5-37.

Beck, A.T. (2004). In *Cognition and Psychotherapy*. (eds Freeman, A., Mahoney, M. J., DeVito, P. & Martin, D.) 197–220. Springer Publishing Co, New York.

Beck, A.T. (2004). In *Cognition and Psychotherapy*. (eds Freeman, A., Mahoney, M. J., DeVito, P. & Martin, D.) 197–220. Springer Publishing Co, New York.

Beck, A.T. (2008). The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *The American journal of psychiatry*, 165(8), 969-77.

Bistricky, S.L., Ingram R.E., , Atchley, R.A. (2011). Facial affect processing and depression susceptibility: cognitive biases and cognitive neuroscience. *Psychological Bulletin*, 137(6), 998-1028.

Boland, R.J., & Keller, M.B. (2009). Course and outcome of depression. In I.H. Gotlib & C.L. Hammen (Eds), *Handbook of depression* (pp. 23-43). New York: Guilford.

Bowlby, J. (1951). *Maternal care and mental health*. World Health Organization Monograph.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York, NY: Basic Books.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York, NY: Basic Books.

- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation*. New York, NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss. Vol. 3. Loss: Sadness and depression*. London, England: Penguin.
- Bowlby, J. (1981). *Attachment and loss. Vol. 3. Loss: Sadness and depression*. London, England: Penguin.
- Bowlby, J. (1986). *Interview*. In J. Munnichs e B. Miesen (Eds.), *Attachment, life span and old age*, Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Chapman, R. S. (2000). Children's language learning: An interactionist perspective. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 33–54.
- cognitive-interpersonal integration*. Oxford, England: Wiley.
- Coyne, J. C. (1976). Toward an interactional description of depression. *Psychiatry*, 39(1), 28 – 40.
- Cozolino, L. (2002). *The neuroscience of psychotherapy*. New York, NY: Norton.
- Csukly G, Telek R, Filipovits D, Takács B, Unoka, Z., & Simon, L. (2011). What is the relationship between the recognition of emotions and core beliefs? Associations between the recognition of emotions in facial expressions and the maladaptive schemas in depressed patients. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42, 129 –137.
- Csukly, G., Telek, R., Filipovits, D., Taka
- Davison, G.C., & Neale, J.M. (2000). *Psicologia clinica*. Zanichelli.
- Depue, R. A., & Collins, P. F. (1999). Neurobiology of the structure of personality: Dopamine, facilitation of incentive motivation, and extraversion. *Behavioral and Brain Sciences*, 22, 491–517.
- Disner, S.G., Beevers, C.G., Haigh, E.A.P., & Beck, A.T. (2011). Neural mechanisms of the cognitive model of depression. *Nature reviews. Neuroscience*, 12(8), 467-77.
- Dobson, K.S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 414–419.
- during adolescence. *Psychological Bulletin*, 115, 424-443.
- Engel, G.L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Faraone, S.V., Kremen, W.S., & Tsuang, M.T. (1990). Genetic transmission of affective disorders:

Frewen, P. A., & Dozois, D. J. A. (2005). Recognition and interpretation of facial expressions in dysphoric women. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27, 305–315.

Frewen, P. A., & Dozois, D. J. A. (2005). Recognition and interpretation of facial expressions in dysphoric women. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27, 305–315.

Fritzsche, A., Dahme, B., Gotlib, I. H., Joormann, J., Magnussen, H., Watz, H., . . . von Leopold, A. (2010). Specificity of cognitive biases in patients with current depression and remitted depression and in patients with asthma. *Psychological Medicine*, 40, 815– 826.

Gazzaniga, M. S. (1989, September 1). Organization of the human brain. *Science*, 245, 947–952.

Gershon, E.S. (1990). Genetics. In F.K. Goodwin & K.R. Jamison (Eds.), *Manic depressive illness*. New York. Oxford University Press.

Gilboa-Schechtman, E., Erhard-Weiss, D., & Jeczemien, P. (2002). Interpersonal deficits meet cognitive biases: Memory for facial expressions in depressed and anxious men and women. *Psychiatry Research*, 113, 279–293.

Gollan, J. K., Pane, H. T., McCloskey, M. S., & Coccaro, E. F. (2008). Identifying differences in biased affective information processing in major depression. *Psychiatry Research*, 159, 18 –24.

Gotlib, I. H., & Hammen, C. L. (1992). *Psychological aspects of depression: Toward a*

Gotlib, I. H., & Hammen, C. L. (1992). *Psychological aspects of depression: Toward a cognitive-interpersonal integration*. Oxford, England: Wiley.

Gotlib, I. H., & Hammen, C. L. (1992). *Psychological aspects of depression: Toward a cognitive-interpersonal integration*. Oxford, England: Wiley.

Gotlib, I. H., Krasnoperova, E., Yue, D. N., & Joormann, J. (2004). Attentional biases for negative interpersonal stimuli in clinical depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 121–135.

Gotlib, I.H., & Asarnow, R.F. (1979). Interpersonal and impersonal problem-solving skills in mildly and clinically depressed students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 86-95.

Gotlib, I.H., Krasnoperova, E., Yue, D.N. & Joormann, J. (2004). Attentional biases for negative interpersonal stimuli in clinical depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 121–135.

Jermann, F., van der Linden, M., & D'Argembeau, A. (2008). Identity recognition and happy

and sad facial expression recall: Influence of depressive symptoms. *Memory*, 16, 364–373.

Joormann, J., & Gotlib, I.H. (2008). Updating the contents of working memory in depression: interference from irrelevant negative material. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(1), 182-192.

Just, N. & Alloy, L.B. (1997). The response styles theory of depression: tests and an extension of the theory. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 221–229.

Kuehner, C., & Weber, I. (1999). Responses to depression in unipolar depressed patients: an investigation of Nolen-Hoeksema's response styles theory. *Psychological Medicine*, 29, 1323–1333.

Leppänen, J. M., Milders, M., Bell, J. S., Terriere, E., & Hietanen, J. K. (2004). Depression biases the recognition of emotionally neutral faces.

Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. In R. J. Friedman & M. M. Katz (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research* (pp. 157–185). Washington, DC: Winston-Wiley.

Linden, S.C., Jackson, M.C., Subramanian, L., Healy, D., & Linden, D.E.J. (2011). Sad benefit in face working memory: an emotional bias of melancholic depression. *Journal of affective disorders*, 135(1-3), 251-7.

Main, M., Kaplan, N., Cassidy, J. (1985). «Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation». In I. Bretherton e E. Waters (Eds.), «Growing points of attachment theory and research», *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, 1-2, 209, 66-104.

Mathews, A., & MacLeod, C. (2005). Cognitive vulnerability to emotional disorders. *Annual review of clinical psychology*, 1, 167-95.

Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 504–511.

Nolen-Hoeksema, S., & Girgus, J.S. (1994). The emergence of gender differences in depression

Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J. & Fredrickson, B.L. (1993). Response styles and the duration of episodes of depressed mood. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 20–28.

Noreen, S., & Ridout, N. (2010). Short-term memory for emotional faces in dysphoria. *Memory*, 18(5), 486-97.

Persad, S. M., & Polivy, J. (1993). Differences between depressed and nondepressed individuals in the recognition of and response to facial emotional cues. *Journal of Abnormal Psychology, 102*, 358-368.

quantitative models and linkage analysis. *Psychological Bulletin, 108*, 109-127.

Ridout, N., Astell, A., Reid, I. C., Glen, T., & O'Carroll, R. E. (2003). Memory bias for emotional facial expressions in major depression. *Cognition & Emotion, 17*, 101–122.

Ridout, N., Noreen, A., & Johal, J. (2009). Memory for emotional faces in naturally occurring dysphoria and induced sadness. *Behaviour research and therapy, 47*(10), 851-60.

Ruys, K. I., & Stapel, D. A. (2008). Emotion elicitor or emotion messenger? Subliminal priming reveals two faces of facial expressions. *Psychological Science, 19*, 593–600.

Schneider, K. (1949). Die Untergrundsdepressionen. *Fortschr. Neurol. Psychiatr. U. Ihre Grenzgebiete, 17*, 429-34.

Segal, Z.V., & Ingram, R.E. (1994). Mood priming and construct activation in tests of cognitive vulnerability to unipolar depression. *Clinical Psychology Review, 14*, 663–695.

Segrin, C. (2001). *Interpersonal processes in psychological problems*. New York, NY: Guilford Press.

Seligman, M.E.P. (1974). Depression and learned helplessness. In R.J. Freedman & M.M. Katz (Eds). *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. Washington, DC: Winston-Wiley.

Swann, W. B., Jr., Wenzlaff, R. M., & Tafarodi, R. W. (1992). Depression and the search for negative evaluations: More evidence of the role of self-verification strivings. *Journal of Abnormal Psychology, 95*, 314 – 317.

Vanderploeg, R. D., Brown, W. S., & Marsh, J. T. (1987). Judgments of emotion in words and faces: ERP correlates. *International Journal of Psychophysiology, 5*, 193–205.

World Health Organization. (2004). Global burden of disease. Retrieved from http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/.