

# **DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE**

## ***Il caso Francesca***

***Dott.ssa Mariangela Ferrone***

Psicologa

Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale

## INDICE

<b>1. Invio, informazioni generali e aspettative del paziente</b>	1
<b>2. Assessment</b>	3
2.1. <i>Primo colloquio</i>	4
2.2. <i>Colloqui successivi</i>	6
2.2.1. Profilo evolutivo	6
2.2.2. Storia di vita del paziente	7
2.2.3. Struttura e comunicazione intra-familiare e modello di attaccamento	13
2.3. <i>Interviste, test e questionari</i>	14
2.4. <i>Eventuali schede di auto-osservazione</i>	21
<b>3. Diagnosi finale secondo DSM-IV TR</b>	21
<b>4. Concettualizzazione del caso clinico</b>	22
<b>5. Elementi del contratto terapeutico</b>	27
<b>6. Relazione terapeutica</b>	28
<b>7. Trattamento suddiviso in sedute o gruppi di sedute</b>	31
<b>8. Prevenzione delle ricadute</b>	45
<b>9. Esito: retest</b>	47
<b>10. Follow up</b>	52
<b>Appendice I: materiale fornito al paziente</b>	53
<b>Appendice II: homework del paziente</b>	82

## 1. Invio, informazioni generali e aspettative del paziente

La Sig.ra Francesca giunge da me inviata da una psichiatra, la quale aveva considerato la necessità di un sostegno psicologico, cosa che la paziente aveva accettato di buon grado.

La paziente è una signora di 60 anni, sposata, madre di un ragazzo di 28 anni, primogenita di tre figli: quando Francesca aveva 10 anni, nasce sua sorella che muore in giovane età per una grave malattia, ma nel frattempo nasce il fratello, l'ultimo dei tre.

Francesca mi ha raccontato sin da subito della malattia del figlio (il quale soffre di un'importante patologia psichiatrica), cosa che *"mi ha schiacciato...non riuscivo a fare niente. Ho sacrificato tutta la mia vita per lui. Ancora oggi sto male per tutto questo e non solo"*. Andando avanti nel racconto si è descritta come una persona *"debole...sono stanca e infelice. Il senso di impotenza mi ha divorato"*; a ciò si è aggiunta la morte del padre e il trasferimento a casa sua della madre anziana.

Francesca mi ha sottolineato come lei sia sempre stata quella che si è presa cura di tutti e sui cui tutti hanno sempre contato, soprattutto per il suo senso pratico e la sua capacità di risolvere i problemi.

Mi sono soffermata sul peso che la malattia del figlio ha avuto nella vita della paziente, la quale mi racconta di momenti estremamente difficili in cui ha sperimentato un forte senso di impotenza e di isolamento, nonché di giudizio da parte degli altri: *"sin da subito ho capito che non avrei potuto fare niente, lui era in balia di se stesso. Mi sono sentita morire. Vederlo stare male e passare da una fase all'altra è stato terribile. Poi la gente... certe persone sono davvero sgradevoli. Persone che fino a ieri scambiavano sempre quattro chiacchiere con te, oggi ti passano accanto e girano la faccia dall'altra parte o addirittura cambiano strada. A questo punto è impossibile condividere qualcosa con qualcuno"*.

Mi parlò anche di un suo problema fisico, dicendo che aveva un dolore diffuso in tutto il corpo, già al mattino e che questo la condizionava molto: *"mi sveglio che sono già stanca, ho dolori ovunque e quindi mi sdraio sul divano o sto quasi sempre seduta sulla poltrona"*.

Indagando le aspettative della paziente, è emerso un forte senso di speranza rispetto all'uscire da questo stato, da lei definito *"nero, buio... sembra senza fine"*

per potersi godere gli anni della pensione insieme al marito, nonostante la malattia del figlio.

## 2. Assessment

L'*assessment*, oltre a favorire la formulazione di una diagnosi, attraverso l'utilizzo degli strumenti diagnostici, permette la *concettualizzazione del caso clinico* da un punto di vista cognitivo – comportamentale.

L'*assessment* prende la prima fase del trattamento; specificamente ho raccolto tutte quelle informazioni necessarie per effettuare la diagnosi e la concettualizzazione cognitiva.

Per fare ciò ho utilizzato vari strumenti, tra cui il colloquio clinico, i test e diversi questionari. Al fine di effettuare diagnosi di depressione ho adoperato i seguenti strumenti:

- Il Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2);
- Beck Depression Inventory II (BDI – II);
- Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D);
- Self- rating Depression Scale di Zung (SDS);
- Symptom Checklist -90 (SCL-90).

Inoltre ho somministrato la Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) al fine di avere una diagnosi più accurata. Ho utilizzato anche la Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II) per valutare l'eventuale presenza di un disturbo di personalità nella paziente.

Dopo aver effettuato la diagnosi mi è stato possibile costruire la concettualizzazione, oltre che con la storia di vita e tutta una serie di informazioni emerse man mano che la terapia andava avanti. Ciò mi ha permesso di avere una visione chiara ed unitaria non solo del paziente, ma anche del suo disturbo.

Il clima, durante tutto il percorso, è stato di totale collaborazione, sottolineando sin dal principio l'importanza che rivestono la motivazione e l'impegno nel processo di guarigione; nello specifico ho riferito alla paziente che anche piccoli passi e piccoli sforzi sarebbero stati importanti e che collaborare nello stabilire obiettivi a breve, medio e lungo termine sarebbe stato fondamentale.

## 2.1. Primo colloquio

Il primo colloquio, come precedentemente espresso, si è focalizzato su una specifica problematica, la malattia del figlio, per cui la paziente ha sviluppato un forte senso di impotenza, accompagnato da un grande sconforto, oltre che di preoccupazione. Come detto è emerso un vissuto di isolamento sociale, caratterizzato da critiche e rifiuto da parte degli altri. Inoltre, la morte del padre e il trasferimento della madre a casa della paziente, hanno contribuito ad intensificare il malessere di Francesca la quale, con il passare del tempo, si è sempre più sentita sola, infelice e senza speranza.

Mi ha riferito di aver richiesto una visita psichiatrica in quanto erano diversi mesi che in cui si sentiva “spenta”, senza alcuna voglia di fare le cose, e con una notevole facilità al pianto. La terapia farmacologia prescrittagli fu:

- Citalopram gocce 8 + 0 + 8

Rispetto alle relazioni familiari, Francesca riferisce di essere molto legata alla sua famiglia e a suo marito, con il quale ha condiviso ogni cosa; inoltre emerge una forte tendenza a prendersi principalmente cura dell'altro piuttosto che di se stessa: *“cucino sempre per tutti, lavo, stiro. Mi occupo di tutto in casa. Tutti fanno affidamento su di me, l'hanno sempre fatto”*.

Appena abbiamo iniziato il colloquio la paziente aveva lo sguardo basso, triste; le spalle erano curve e la voce tremante. Sin da subito la paziente ha pianto, ma al termine del colloquio mi ha riferito di sentirsi un po' più sollevata rispetto all'inizio.

Francesca riferisce di essere in uno stato depressivo per il quale sperimenta sintomi come perdita dell'appetito: Francesca mi riferisce di sentirsi lo stomaco chiuso e la nausea, da non riuscire a mangiare più di tanto *“ormai non faccio più colazione e a pranzo e a cena mi limito a mangiare un po' di pane con dell'insalata; a volte capita che vado a letto senza cena”*. Inoltre lamenta perdita dell'energia, anedonia, perdita dell'impegno e dell'interesse in qualsiasi attività: *“non ho più voglia e forza di fare niente, tutto mi sembra senza senso e niente mi appaga, niente mi gratifica”*. Francesca aggiunge che anche le cose che un tempo le davano soddisfazione oggi risultano essere *“banali e non stimolanti”*. La paziente riporta frequenti episodi di pianto, accompagnati da senso di colpa, durante i quali

sperimenta una forte angoscia; quando le chiedo cosa la porta a piangere e in quali momenti ciò accade mi dice: *"...spesso guardo mia madre, penso al peso e ai doveri che devo tollerare e inizio a piangere... stessa cosa per Valerio: guardo quel ragazzo e mi dico che non ce la faccio più a reggere tutto questo. Poi le giornate passano così, in un attimo è sera e io mi sento includente e infelice"*. Mi riferisce di avere problemi ad addormentarsi per via dei pensieri che le passano per la mente e che spesso le capita di svegliarsi presto al mattino. A ciò si aggiungono problemi di memoria e di concentrazione, nonché difficoltà a prendere decisioni: *"è come se il mio cervello fosse bloccato, anche se una persona mi parla ad un certo punto non la seguo, mi distraigo; per non parlare poi della mia passività: delego tutto a mio marito, qualsiasi decisione... non credo di essere capace di scegliere in maniera ottimale"*.

Ad un certo punto Francesca mi parla dei pensieri di morte; quando le chiedo di spiegarmi cosa intende, per appurare se si trattava o meno di ideazione suicidaria, mi riferisce che frequentemente le capita di fare dei pensieri che hanno come tema la morte: *"ho paura della morte, penso che sia terribile, ne sono talmente spaventata che ci penso spesso, soprattutto rispetto a mio figlio. Temo che possa fare qualche sciocchezza... spesso, in passato, è stato vicino alla morte"*. La paziente riporta anche pensieri negativi rispetto al suo attuale stato psicologico e paura di restare in questo stato per sempre; a tal proposito riporto una stralcio di dialogo: *"vede dottoressa io sono molto sfiduciata, mi sono talmente dedicata agli altri da aver esaurito le energie per fare qualcosa per me. Il dolore, la depressione mi hanno messa all'angolo e credo che cambiare tutto questo sia veramente difficile"*.

Sin da subito mi è apparsa visibilmente provata, lo sguardo è assente, il suo aspetto è trascurato.

Dopo aver accolto la paziente ho iniziato la raccolta dei dati per poter impostare l'assessment; ho spiegato alla paziente che, insieme, avremmo lavorato al fine di rendere i pensieri più funzionali e le emozioni più positive, per poter condurre una vita gratificante e sufficientemente serena.

Comunicando la presa in carico da parte mia, le dico che avremmo potuto fare un percorso, se lei era d'accordo, per riuscire a elicitarle tutte quelle risorse utili per emergere da uno stato di cose che, attualmente, le fa vedere il futuro senza speranza.

Prima di chiudere il colloquio consegno alla paziente la scheda settimanale delle attività, chiedendole di compilarla al fine di monitorare le attività che svolge nell'arco della settimana.

La paziente ha accettato la mia proposta e abbiamo iniziato il percorso.

## *2.2. Colloqui successivi*

Nel corso dei colloqui è emerso una modalità di pensiero inflessibile e dicotomico, condizionato da specifici valori: non è ammesso l'errore e la debolezza in quanto creano le condizioni per essere esclusi, messi in ridicolo, nonché in colpa.

Ho strutturato i colloqui successivi in un modo bene preciso: inizialmente si effettua il controllo del tono dell'umore del giorno e della settimana; nel momento in cui il paziente riporta dinamiche importanti, queste diventano argomento di discussione della seduta. Dopo aver ripreso gli argomenti oggetto della seduta precedente e aver raccolto il relativo feedback, si procede a fissare l'ordine del giorno; successivamente si rivedono gli homework, soffermandoci su eventuali difficoltà riscontrate. In seguito è possibile discutere rispetto agli argomenti oggetti dell'ordine del giorno, per poi assegnare nuovi homework per la settimana successiva. Infine si procede con un summarize e si chiede un feedback alla paziente su quanto discusso.

Nei colloqui successivi al primo, oltre a continuare l'assessment attraverso l'utilizzo di test e questionari, ho indagato e approfondito le relazioni interpersonali, lo stile comunicativo presente in famiglia, nonché valutato la presenza o meno delle sue risorse interne ed esterne.

### **2.2.1. Profilo evolutivo**

La paziente riferisce di aver sofferto di un primo episodio depressivo quando è morta la sorella, ma di essere riuscita a riprendersi; successivamente, ormai adulta la malattia del figlio porta Francesca a sperimentare un ulteriore episodio depressivo, per poi soffrirne nuovamente quando è morto suo padre.

La paziente si descrive come una persona intelligente, forte e determinata, nonostante le varie difficoltà incontrate nel corso della vita: *“sin da piccola mi sono confrontata con situazioni difficili; l’educazione che ho ricevuto mi ha fatto capire che bisogna essere sempre forti, senza lamentarsi. In fondo sono riuscita ad arrivare fin qui, solo che adesso sono stanca, non ce la faccio, mi sento avvilita, non ho voglia di fare niente, si sentire niente e nessuno. Piango, piango sempre”*.

### **2.2.2. Storia di vita del paziente**

Quando ho chiesto a Francesca di scrivermi la sua storia di vita, divisa in fasce d’età di 5 anni fino alla sua attuale età, era preoccupata rispetto al dolore che le avrebbe causato ripercorrere alcuni momenti della sua vita. Subito ho normalizzato la paziente dicendole che i suoi timori erano giustificati e comprensibili, in quanto non è facile entrare in contatto con aspetti di noi ed eventi che hanno generato sofferenza, ma ciò si sarebbe rivelato utile al fine di raccogliere più informazioni possibili per elaborare un buon trattamento.

Ho tranquillizzato la paziente dicendole che qualora il compito si fosse rivelato troppo difficoltoso, avrebbe potuto farlo presente e, insieme, avremmo affrontato la cosa. Nonostante i timori iniziali Francesca non ha mai espresso difficoltà nella trascrizione della storia di vita; anzi, spesso mi sottolineava come ciò la stesse aiutando a *“tirare fuori tutto questo dolore”*.

Di seguito la storia della paziente:

#### **– 0-5 anni**

La paziente riferisce di non ricordare molto del primo periodo della sua vita, specificamente sino all’età dei cinque anni. Racconta che avrebbe voluto stare di più con sua madre, ricorda la sua mancanza durante il giorno perché lavorava molto sino a sera e lei era costretta a stare all’asilo sino alle 16.30, a mangiare lì e poi fare i compiti con i pochi bambini che restavano. Poi quando la nonna la andava a prendere era quasi buio. La nonna la mandava il pomeriggio e giocare al piano di sopra con il figlio del loro dottore: Francesca ricorda che c’erano tanti giocattoli e lei, invece, quasi niente, perché non c’erano le possibilità; riferisce che si sentiva inferiore ed

inadeguata e questo senso di inferiorità le è rimasto nei confronti di chi ha maggiori disponibilità. In mezzo agli altri sta sempre un passo indietro in una posizione mai da protagonista, ma sempre di ascolto, infatti a volte veniva rimandata a casa perché non gradita. La paziente racconta di una sua zia malata di schizofrenia: Francesca aveva paura di lei e le era stato sempre detto di non disturbarla perché era nervosa, aggressiva e urlava. Francesca avrebbe voluto stare con sua madre, ma lei lavorava tutto il giorno ed anche il padre. Con lui non aveva un gran rapporto perché l'ha sempre tenuto a distanza senza manifestazioni fisiche di affetto e qualsiasi cosa veniva detta alla madre che faceva da tramite. Mai un complimento, e mai contentezza, anche se a scuola era brava: *"facevo solo il mio dovere"*. Riporta un episodio significativo legato alla mancanza della madre: *"sentivo tanto la mancanza di mia madre che non sono voluta mai andare in colonia. Mi hanno lasciato una volta ma sono dovuti venirmi a riprendere dopo tre giorni perché ho pianto ininterrottamente e non ho mangiato mai"*. Questo accadeva nel periodo dell'asilo e nei primi anni delle elementari.

– **5-10 anni**

La paziente racconta di aver frequentato un Istituto di suore, ma in terza elementare, a metà anno, i genitori la iscrissero in un'altra scuola, sempre gestita dalle suore. Francesca ricorda di non essere riuscita ad integrarsi nella classe, e nonostante studiasse come al solito (era molto brava a scuola perché lo studio le è sempre piaciuto molto) prendeva sempre brutti voti poiché la maestra la metteva in continua difficoltà di fronte alla classe. Rispetto alla non integrazione Francesca riporta un episodio che la turbò molto: *"fu sintomatico il fatto che con mia madre organizzai, per la prima volta in vita mia, una festicciola in casa (dato che avevamo finalmente la casa nuova) e nonostante avessi distribuito bigliettini di invito a tutta la classe, stetti inutilmente ad aspettare i bambini sino alle sei di sera. Non venne nessuno ed io con i miei genitori mangiai quello che avevamo preparato. Il giorno dopo in classe nessuno si scusò e tutti fecero finta di nulla, ed io anche nonostante la profonda mortificazione"*. Date le difficoltà scolastiche i genitori decisero di riportare Francesca alla vecchia scuola. All'età di 10 anni nasce sua sorella.

– **10-15 anni**

Quando Francesca ha 12 anni, sua sorella si ammala gravemente; la paziente racconta così l'evento: *“ricordo come se fosse oggi, eravamo a casa di mia nonna, mia sorella stava male con la febbre altissima da diversi giorni e quindi stavamo lì. La mattina erano venuti a farle un prelievo disposto dal medico di base perché la febbre durava da molto tempo. Dopo un periodo in ospedale mia sorella sfebbrò e fu l'inizio di un lungo calvario familiare che durò tre anni”*. In questi tre anni i genitori ebbero un altro figlio, che venne affidato alle cure della paziente, in quanto entrambi lavoravano. In quel periodo Francesca frequentava le scuole medie e le stava stretto il fatto di dover badare al fratello; inoltre doveva cucinare e riferisce che appositamente lasciava tutto in disordine *“per punire mia madre del fatto che non c'era mai. Lei usciva dal lavoro alle due ed andava direttamente in ospedale da mia sorella e spesso non tornava nemmeno la notte a dormire. Abbiamo sofferto tutti moltissimo”*. Rispetto al padre, la paziente lo descrive come geloso e controllante, non voleva farla uscire per andare a studiare dalla sua amica del cuore, voleva che pulisse e che facesse in casa il ruolo della madre. Inoltre con lui non aveva dialogo *“non mi capiva e mi teneva segregata, mentre io avrei voluto volare. Le poche volte che mi faceva uscire, mi portavo nel passeggino mio fratello e alle cinque dovevo essere a casa. Poi mi accorgevo che mi seguiva per vedere cosa facevo. Provavo a parlare con mia madre, ma comprensibilmente lei era in un'altra dimensione. Vedevo che il maggior dolore era solo suo. La figura di mio padre durante quel periodo era una figura che mi faceva soffrire, perché non mi concedeva niente”*. La paziente descrive una famiglia in cui vigeva la regola del risparmio: non si comprava mai niente al di fuori del cibo e tutto veniva riciclato o aggiustato e il padre gestiva ogni cosa. Il senso del sacrificio ha accompagnato la paziente tutta la vita e spesso si sentiva giudicata dai suoi genitori se era felice. All'età di cinque anni e mezzo sua sorella muore e Francesca sottolinea che le volte in cui la sorella tornava a casa lei se ne vergognava e provava astio nei suoi confronti perché la vedeva come *“la causa del dolore familiare e la causa della mia impossibilità di essere spensierata”*.

– **15-20 anni**

In questi anni la paziente racconta di quanto si sia sentita sempre più sola, caricata di doveri da parte di un padre descritto come anaffettivo, invadente, taciturno. A 16 anni Francesca decide di andare a lavorare, in modo da riuscire ad avere un minimo di disponibilità economica, ma il padre la costringe a versare metà del suo già piccolo stipendio per contribuire al pagamento delle bollette e per non farle avere troppi soldi per paura che li spendesse per cose futili. A 19 anni conosce quello che sarebbe diventato suo marito, e alla seconda uscita il padre l'ha obbligata a portarlo in casa: *“una sera al rientro ce lo siamo ritrovati sotto casa ad aspettarci e lo ha obbligato a venire a casa. Dopo pochi mesi abbiamo dovuto far conoscere i nostri genitori e abbiamo iniziato una frequentazione ufficiale”*.

– **20-25 anni**

Dopo sette anni di fidanzamento Francesca si sposa. Rispetto alla famiglia del marito, la paziente riferisce di non essersi mai sentita accolta, costantemente criticata e rifiutata. Nel frattempo Francesca si laurea in legge. I contrasti con la famiglia del marito continuano e questo porta la paziente a sperimentare forti sentimenti di rabbia nei loro confronti. Il legame con la sua famiglia d'origine è sempre più serrato: nonostante fosse sposata, le vacanze si facevano insieme e si stava sempre insieme. Tale stato di cose faceva sentire Francesca in gabbia e senza scampo: *“non avevo la possibilità di vivermi la mia vita matrimoniale... tutto era disciplinato da loro, come quando ero bambina”*.

– **25-35 anni**

A 26 anni nasce suo figlio e la paziente rinuncia a fare un importante concorso: *“sono cambiati all'improvviso tutti i miei obiettivi di vita, le mie aspirazioni lavorative. Non volevo fare nient'altro che la mamma. I primi due anni di vita del bambino sono stata sempre con lui”*. Intanto Francesca viene chiamata in un posto pubblico dove aveva fatto il concorso quando era in attesa di due mesi e così inizia a lavorare. Sin dal primo giorno di lavoro la paziente riferisce un profondo senso di colpa per la scelta fatta: *“avevo sbagliato tutto. Non era quella la vita che volevo, non volevo lasciar crescere*

*mio figlio con mia madre, non volevo che stesse in casa dei nonni tutto il giorno con mio fratello che diceva un sacco di parolacce e bestemmie, volevo stare con lui e non me ne fregava nulla di essere un vice dirigente". Inoltre aggiunge: "Tutto ciò che ha contraddistinto la mia vita lavorativa è stato il mio senso di mancanza della libertà e di poter disporre del mio tempo".*

Da qui inizia un periodo di forte sofferenza per la paziente.

– **35-60 anni**

Dopo aver vissuto sempre accanto ai suoi genitori, finalmente Francesca e il marito riescono ad acquistare una casa propria. Poco dopo aver traslocato, il bambino inizia a manifestare i primi sintomi del disturbo: *"La mattina non voleva più uscire da casa, portarlo a scuola era divenuto impossibile; eravamo arrivati al punto che la suora doveva telefonargli. Si sentiva inadeguato con gli altri bambini perché era grasso e si vedeva deformato. Era pieno di complessi già ad otto anni ed aveva un'ansia devastante. Lo abbiamo portato da una psicologa, la quale ci disse che era un bambino con una forte aggressività che andava canalizzata per evitare problemi futuri".* La situazione peggiorò notevolmente nel passaggio in prima media, quando il bambino venne iscritto ad una scuola privata. La scuola era molto severa e il bambino cominciò a dare segni di follia: *"vedeva la professoressa con la faccia da lupo, volle ritornare a dormire in camera con noi in quanto aveva il panico per il buio, e passò il primo anno di medie come un incubo. Ricordo che un giorno salì sul davanzale minacciando di gettarsi di sotto se lo avessimo di nuovo iscritto a quella scuola".* Durante questo periodo Francesca e la sua famiglia cambiarono di nuovo casa nello stesso comprensorio, e comprarono una casa più grande, su due livelli. Il cambiamento fu di nuovo deleterio per il figlio. Man mano le cose iniziarono a peggiorare: *"mio figlio era in balia di se stesso, la notte girava con il motorino, vendeva droga, si drogava, spacciava, si relazionava con la gente peggiore che ci possa essere, e poi al mattino verso le 4 tornava a casa dove dormiva per tutto il giorno in preda alle droghe sino al tramonto. Non ho più dormito per anni. Andavo a cercarlo con la macchina per la città sino al mattino. Da sola perché il padre era stato annientato come figura sia fisicamente, in quanto lo aveva più volte aggredito perché non lo faceva uscire (una volta gli ha rotto il naso con il*

*casco e lo ha mandato a finire in ospedale) sia psicologicamente in quanto non voleva vederlo perché lo vedeva con la faccia del maiale. Mio marito si è ritirato fisicamente, ma devo dire che ha sempre lottato per coprire tutti i casini che combinava in giro nostro figlio".* Dai racconti di Francesca emerge una situazione carica di sofferenza e di ansia: *"tornavo a casa quasi sempre senza averlo trovato e a volte era rientrato o rientrava poco dopo. Quindi mi mettevo a dormire sino alle 6 per poi alzarmi ed andare a lavorare, sono stati gli anni più tristi e disperati della mia vita. Mio figlio sfasciava tutta casa, buttava di sotto tutto, si drogava, si autolesionava perché diceva di non vedersi e di non sentirsi, si bruciava per provare emozioni, faceva entrare in casa tossicodipendenti e pregiudicati. Abbiamo subito l'isolamento sociale totale; eravamo anche costretti ad andarcene per non essere aggrediti".* La paziente sottolinea come in quegli anni abbia visto andare in fumo i sacrifici fatti da lei e dal marito: *"la casa comprata con tanto amore era distrutta; la mia famiglia non c'era più, io mi sono ammalata dal dolore, mio marito andava avanti a lavorare ma tutto questo si è riversato sul suo rendimento e sulla sua carriera".*

Francesca descrive questo come il momento più difficile: *"credo che la mia depressione, quella vera, sia cominciata da qui. Mi facevo forza, andavo a lavorare come se vivessi in una bolla di sapone, ma non avevo più nessuna emozione o interesse per il mondo circostante. Sul lavoro combinavo dei casini enormi e venivo ripresa, ma addirittura a volte rischiamo di addormentarmi mentre mi parlavano o mentre andavo in macchina. Era come se mi chiudessi nel mio guscio per non far capire a nessuno ciò che stavo passando".* Quando il figlio aveva 16 anni incontrano, finalmente, uno psichiatra che si rivelerà poi un punto di riferimento per il ragazzo. A 18 anni inizia una psicoterapia e piano piano le cose sembrano migliorare, anche se con grandi sacrifici.

Negli anni la paziente si è vista sprofondare nel buio più assoluto: *"è come se camminassi in un tunnel di cui non vedo la fine o la luce. Mi sono sentita in un pozzo melmoso, nelle sabbie mobili che mi inghiottono e dalle quali non riesco a districarmi".* Intanto Francesca perde il padre a causa di un cancro: la paziente si è totalmente fatta carico della situazione, provando a dividersi tra la gestione del figlio e la malattia del padre. Quando il padre muore

Francesca è stremata, senza forze e a rendere le cose ancora più difficili si aggiunge la presenza costante della madre e, nei weekend, del fratello con il bambino, i quali trascorrevano il sabato e la domenica a casa di Francesca; spesso il fratello lasciava il bambino a dormire lì il sabato sera e Francesca doveva prendersi cura di lui. Ciò, così come sostenuto dalla paziente, aumentava i suoi disagi e la sua frustrazione: *“adesso che mio figlio sta meglio avrei potuto fare cose per me o a volte stare da sola con me stessa, ma ho questi altri ruoli, di zia e di assistenza a mia madre che mi pesano. Non mi va di stare sempre a cucinare e pulire, anche perché non ce la faccio, vorrei stare a letto in pace ed alzarmi solo se mi va. Non mi va di vestirmi, non posso sentirmi gli abiti che mi stringono addosso, non mi va di parlare e di relazionarmi, non mi va di uscire e non mi va di sorridere per forza e simulare una contentezza che non ho. Non mi frega niente del buon cibo, della buona tavola, della convivialità ed anzi questa promiscuità forzata mi dà fastidio. Non riesco a concentrarmi su nulla, né sui discorsi degli altri da cui mi isolo, né sulla televisione che in realtà non guardo. Anche se c'è il sole non esco mai in giardino, perché il sole mi dà fastidio e poi mi stanco subito per qualsiasi cosa”*.

### **2.2.3. Struttura e comunicazione intra - familiare e modello di attaccamento**

Dopo aver raccolto tutta una serie di informazioni e considerando come la paziente descrive varie dinamiche familiari, ho dedotto che si tratti di una famiglia di tipo invischiato, dove ricorrono continue doverizzazioni, privazioni e induzioni di senso di colpa. La paziente riporta spesso situazioni in cui si alternavano momenti in cui il padre era altamente controllante e intrusivo e momenti in cui appariva freddo, anaffettivo, privativo e focalizzato sulle sole cose pratiche. La madre, come si evince dalla storia di vita, è stata una figura poco presente, disattenta e imprevedibile. Rispetto a ciò, Francesca si sente non considerata nei suoi bisogni emotivi e altamente doverizzata.

Nei confronti del marito si evidenzia uno stile di attaccamento di tipo sicuro (B): nei momenti di sconforto lo cerca e si lascia consolare e supportare. Rispetto

ad entrambi i genitori, invece, l'attaccamento è di tipo insicuro ambivalente (C), con uno stato mentale di tipo insicuro resistente: nello specifico si tratta di una tipologia di attaccamento in cui le aspettative nei riguardi degli altri e di se stessi sono preconcepite, portano ad interpretare in maniera distorta la realtà e il comportamento dei propri interlocutori e ad utilizzare in maniera insoddisfacente e distorta le proprie capacità cognitive al fine di gestire le relazioni interpersonali. Questo è il risultato di un caregiver imprevedibile o rifiutante nelle sue modalità di conforto: da una tale relazione emerge una rappresentazione di se stesso come vulnerabile e non capace di affrontare da solo le difficoltà, non degno di essere amato o amabile in modo confuso e intermittente. Il modello della figura di attaccamento (FdA) e degli altri è in termini di individui imprevedibili, minacciosi e subdolamente ostili, ai quali è possibile chiedere aiuto, ma dai quali talvolta è necessario difendersi. Un modello operativo interno (MOI) di questo genere fa sì che l'individuo utilizzi come strategia di sopravvivenza l'enfatizzazione delle proprie emozioni di paura, sconforto e rabbia al fine di mantenere viva l'attenzione della FdA a tratti distratta e a tratti iperintrusiva e controllante. In presenza della madre il bambino si mantiene stretto ad essa; in sua assenza mostra segni intensi di sconforto, piange e non esplora l'ambiente che lo circonda.

Ciò è stato molto evidente nell'infanzia della paziente e lo riscontriamo anche nel rapporto con il figlio dove, appunto, si è strutturato lo stesso tipo di attaccamento.

### *2.3. Interviste, test e questionari*

Sono stati somministrati alla paziente i seguenti test e questionari:

- Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2);
- Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II);
- Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I);
- Beck Depression Inventory II (BDI – II) ;
- Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D);
- Self- rating Depression Scale di Zung (SDS);
- Symptom Checklist -90 (SCL-90);

- STAI Y-1 e STAI Y-2 per valutare l'ansia di stato e di tratto;

La somministrazione dei test di personalità è stata motivata dalla necessità di valutare l'eventuale presenza di un disturbo di personalità in comorbidità con il disturbo dell'Asse I.

I risultati sono qui di seguito riportati, suddivisi per test.

### **Profilo MMPI-2: Rapporto narrativo**

*Si rileva che la paziente ha risposto in maniera corretta alle domande e senza tentare di influenzare i risultati del test anche se, d'altra parte, può esservi una certa difficoltà nel manifestare apertamente i propri problemi e nel comunicare la presenza di eventuali difficoltà.*

*Appare notevolmente depressa: probabilmente, sul piano clinico, mostra un grave rallentamento psicomotorio, lentezza ed uniformità ideativa, povertà mimica e contenuti ideativi prevalentemente depressivi.*

*Dichiara infatti di sentirsi triste, scoraggiata e di avvertire una diminuzione dell'attuale livello di energia e del senso di soddisfazione relativo alle comuni attività della vita quotidiana. Sono presenti sentimenti di inadeguatezza, malinconia, vuoto e disperazione con vissuti di incertezza rispetto al futuro e di indifferenza verso la propria vita. È anche da segnalare la presenza di sentimenti di colpa.*

*Il soggetto manifesta una condizione nevrotica-ansiosa caratterizzata dalla presenza di notevoli dolori fisici, scarsa energia, debolezza, tensione, tendenza alla preoccupazione, scarsa capacità di concentrazione e difficoltà di adattamento psicologico.*

*Il livello di autostima è estremamente basso; temi di autosvalutazione dominano la sua produzione ideativa, accompagnati da marcate tendenze alla colpevolizzazione e all'autoaccusa. Sono presumibili comportamenti o atteggiamenti che conducono a prestazioni lavorative scadenti: alcune delle difficoltà sono da mettere in relazione alla scarsa fiducia in se stessa, alla difficoltà di concentrazione e nel prendere decisioni.*

*Si evidenzia una forte dipendenza dagli altri, alla passività, il ricorso a mezzi di comunicazione non verbale a forte carica emotiva (la paziente ottiene un "vantaggio secondario" dall'esibizione del sintomo): interagisce prevalentemente rammaricandosi e lamentandosi. La paziente si descrive come timida, sperimenta*

*sentimenti soggettivi di difficoltà interpersonale e assume la tendenza a mettersi in disparte nelle situazioni di interazione sociale.*

*I sistemi di controllo pulsionale nei confronti di eventuali situazioni di disagio psicologico appaiono sufficientemente strutturati, anche se possono verificarsi, in situazioni di particolare stress, tendenze alla labilità emotiva con incertezze relative al controllo delle reazioni emotive.*

*Le capacità di insight sono scarse e vengono riconosciute con molta difficoltà le cause psicologiche sottostanti alla problematica in atto.*

*Le persone con questo profilo sono generalmente diagnosticate come disturbo somatoforme o disturbo ansioso o disturbo depressivo, in personalità passivo-dipendente.*

Di seguito sono riportati i punteggi e i profili.

Scale di base	Punti T
<b>L</b>	52
<b>F</b>	66
<b>K</b>	64

TABELLA 1. PUNTEGGI DELLE SCALE DI BASE

Scale cliniche	Punti T
<b>HS</b>	89
<b>D</b>	90
<b>HY</b>	70
<b>Pd</b>	59
<b>Mf-f</b>	44
<b>Pa</b>	58
<b>Pt</b>	60
<b>Sc</b>	65
<b>Ma</b>	32
<b>Si</b>	70

TABELLA 2. PUNTEGGI DELLE SCALE CLINICHE

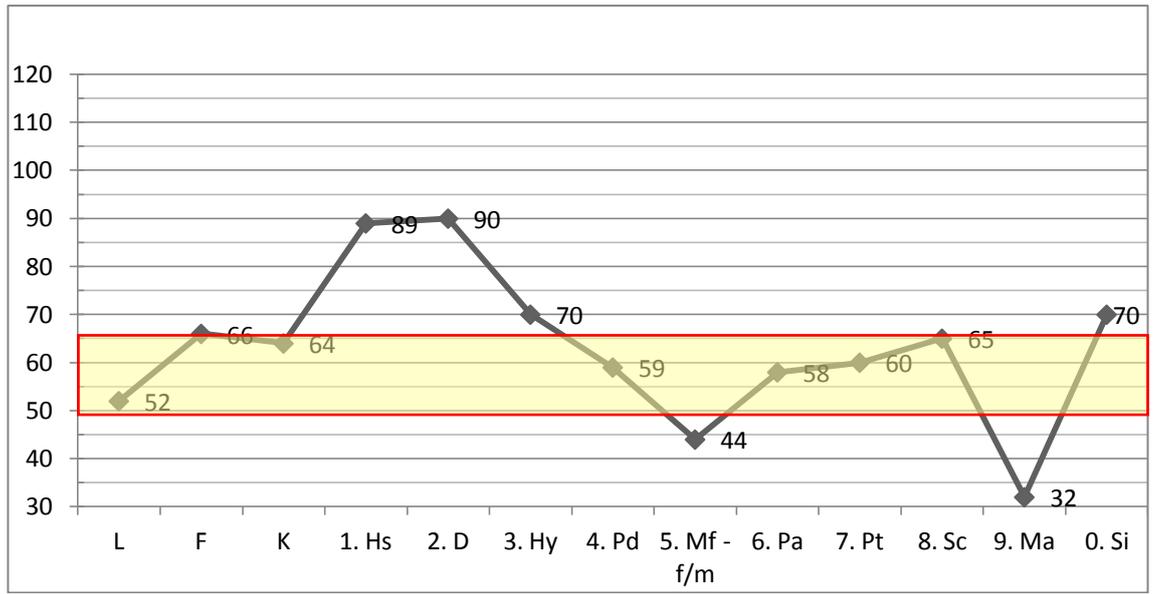


FIGURA 1. PROFILO SCALE FONDAMENTALI

Scale di contenuto	Punti T
ANX	75
FRS	57
OBS	58
DEP	74
HEA	74
BIZ	43
ANG	30
CYN	40
ASP	37
TPA	27
LSE	60
SOD	75
FAM	42
WRK	67
TRT	70

TABELLA 3. PUNTEGGI DELLE SCALE DI CONTENUTO

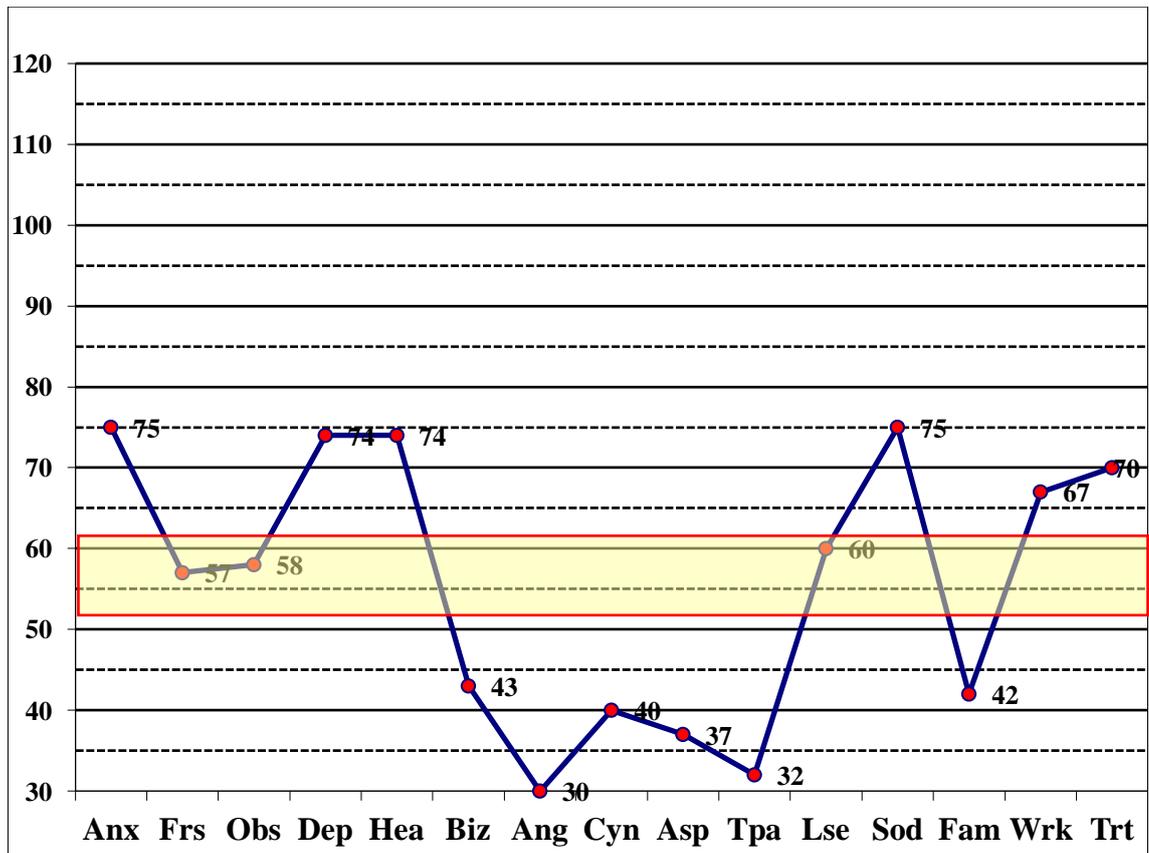


FIGURA 2. PROFILO SCALE DI CONTENUTO

### **Risultati test SCID-I: Intervista semistrutturata**

La paziente dimostra di soffrire di un Disturbo Depressivo Maggiore, Ricorrente (296.3x), con Manifestazioni Melanconiche.

### **Risultati test SCID-II: Intervista semistrutturata**

La paziente dimostra di non avere alcun disturbo di personalità.

<b>DDP</b>	<b>Punteggio</b>	<b>Cut-off</b>
<b>Evitante</b>	1	4
<b>Dipendente</b>	2	5
<b>Ossessivo-compulsivo</b>	0	4
<b>Passivo-Aggressivo</b>	1	3
<b>Depressivo</b>	3	5
<b>Paranoide</b>	1	4
<b>Schizotipico</b>	0	5
<b>Schizoide</b>	0	4
<b>Istrionico</b>	0	5
<b>Narcisistico</b>	2	5
<b>Borderline</b>	0	5
<b>Antisociale</b>	0	2

FIGURA 3. PROFILO SCID II

### **Risultati del questionario BDI-II**

I risultati al BDI-II hanno evidenziato un punteggio di 20/36 (grave) relativamente al *fattore somatico-affettivo* e un punteggio di 9/27 (normale) per il *fattore cognitivo*, per un totale di un punteggio di 29/63. Il valore totale rientra nel range "grave".

I range relativi al totale, per quanto riguarda le risposte delle donne al BDI-II, sono riportati qui di seguito:

- da 0/63 a 13/63 Normale
- da 14/63 a 17/63 Lieve
- da 18/63 a 19/63 Moderata
- da 20/63 a 63/63 Grave

### ***Risultati della scala HAM-D***

La paziente ha raggiunto in questo test un punteggio totale pari a 31, che equivale a Depressione Grave. I range sono di seguito riportati:

- ≥ 25 depressione grave
- 18-24 depressione moderata
- 8-17 depressione lieve
- < 7 assenza di depressione

### ***Risultati della scala SDS***

Il punteggio del test SDS, pari a 70, indica una depressione grave.

Segue la lista dei range:

- 25 – 49 Normale
- 50 – 59 Lieve
- 60 – 69 Moderato
- 70 – 100 Grave

### ***Risultati del questionario SCL-90***

I risultati della checklist SCL-90, che permettono di individuare dieci dimensioni sintomatologiche di diverso significato clinico, ha evidenziato punteggi significativi nelle seguenti dimensioni:

- I- Somatizzazione: 2
- III- Sensibilità interpersonale: 1,1
- IV- Depressione: 2,69
- V- Ansia: 1

### ***Risultati dei questionari STAI Y-1 e Y-2***

Allo STAI Y-1 il punteggio è risultato pari a 50/80 (medio-basso livello di ansia di stato). Allo STAI Y-2 il punteggio è di 48/80 (livello medio-basso di ansia di tratto). I range sono i seguenti:

- 80-71 altissimo livello
- 70-51 livello medio-alto
- 50-31 livello medio-basso
- 30-20 nullo o molto basso

#### *2.4. Eventuali schede di auto-osservazione*

Nell'assegnare gli homework ho consegnato alla paziente, oltre ad altri materiali, diverse schede di auto-osservazione, che sono state molto utili, oltre che al lavoro terapeutico, ai fini della formulazione della diagnosi e della concettualizzazione cognitiva. I materiali sono i seguenti:

- RPD (prima a tre, poi a 5 colonne);
- Schede settimanali delle attività;
- Scheda con lista e descrizione delle distorsioni cognitive di Beck comprensiva di spazi in cui inserire esempi propri;
- Scheda delle credenze intermedie e lista dei vantaggi/svantaggi;
- Scheda della credenza di base.

### **3. Diagnosi finale secondo DSM-IV TR**

Al termine dell'assessment, attraverso l'analisi e la valutazione di tutte le informazioni raccolte con l'utilizzo degli strumenti precedentemente citati e dopo un'accurata osservazione del comportamento della paziente in seduta, sono giunta alla conclusione che Francesca soddisfa i criteri del DSM-IV per un **Episodio Depressivo Maggiore**. Sulla base dei dati raccolti e dalle informazioni ricavate dai colloqui con la paziente, posso dedurre che Francesca soffre di un **Disturbo Depressivo Maggiore Ricorrente, Con Manifestazioni Melanconiche**. Considerando l'entità dei sintomi, il presente Episodio è inteso come Grave, Senza Manifestazioni Psicotiche.

Ho escluso la diagnosi di un Disturbo dell'Umore Dovuto a una Condizione Medica Generale, in quanto la paziente non riferisce alcuna malattia organica antecedente agli episodi depressivi.

In ASSE II non ho evidenziato alcun disturbo di personalità.

#### 4. Concettualizzazione del caso

Attraverso l'utilizzo di specifiche tecniche cognitive, mi è stato possibile indagare sui pensieri automatici negativi, sulle credenze intermedie e sulle credenze di base. Le tecniche utilizzate sono:

- Indagare su pensiero ed emozione nel momento in cui la paziente cambia espressione emotiva in seduta;
- Indagare su pensieri/emozioni su situazioni problematiche riportate dalla paziente;
- Tecnica della *freccia discendente* (Laddering), che consiste nell'aiutare il paziente ad arrivare fino in fondo ai suoi pensieri, facendo domande relative al significato che ha un evento/pensiero per lui;
- *Dialogo socratico*, che consiste nel procedere per confutazione ed eliminazione successiva delle ipotesi contraddittorie o infondate, portando alla luce l'infondatezza di tutte quelle convinzioni personali considerate come scontate, vere, rivelando la loro natura di opinioni;
- *Lista dei vantaggi/svantaggi* delle credenze intermedie e di base;
- Lista delle distorsioni cognitive con esempi da inserire;
- Elicitazione diretta delle credenze di base espresse sottoforma di pensiero automatico negativo;

In questo modo mi è stato possibile inquadrare in maniera approfondita il disturbo della paziente, per poi elaborare tre tipi di concettualizzazione cognitiva: la *concettualizzazione cognitiva della depressione*; la concettualizzazione secondo il *modello delle quattro P*, la concettualizzazione secondo il *modello metacognitivo*.

Di seguito la presentazione di ognuna.

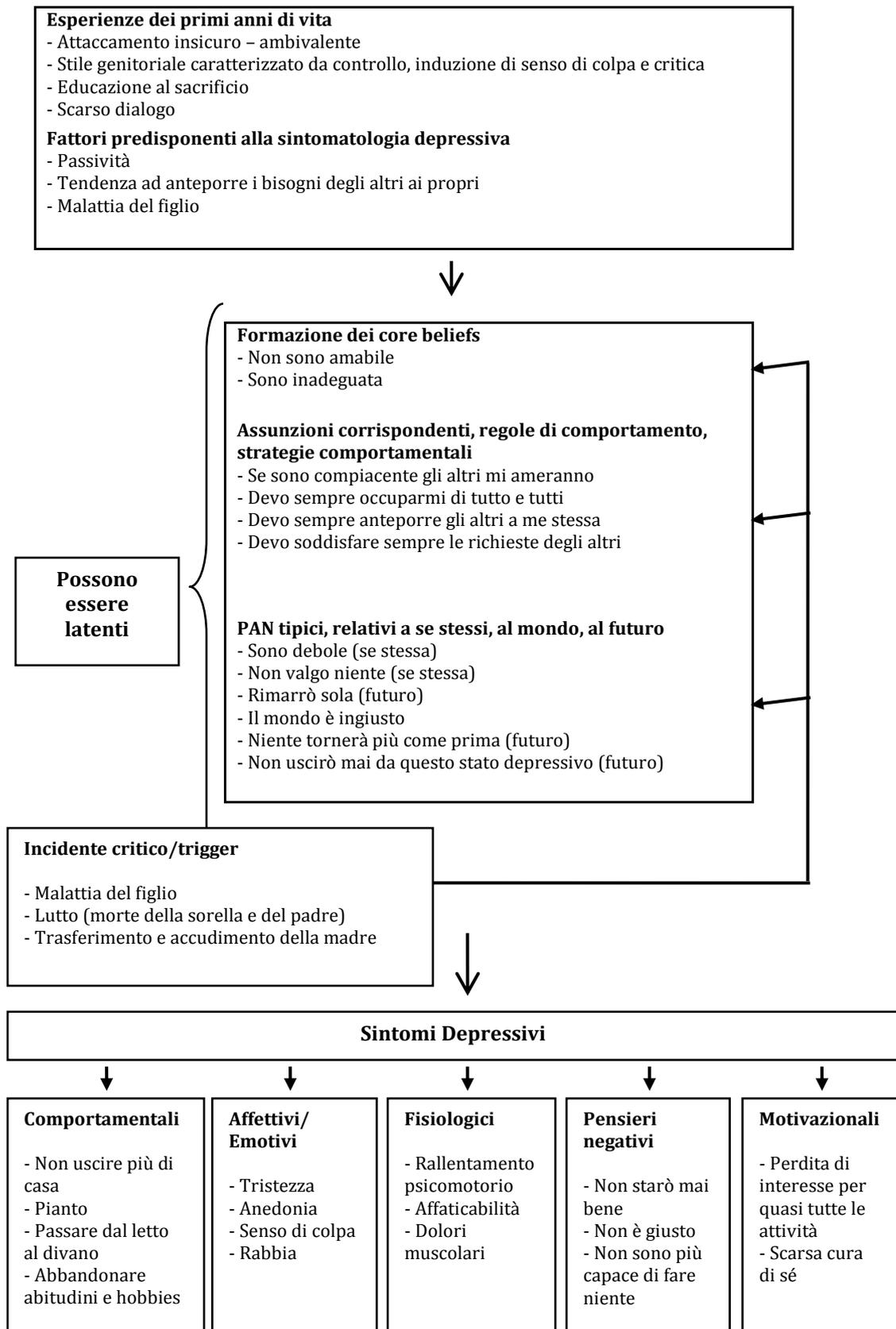


FIGURA 4. CONCETTUALIZZAZIONE COGNITIVA DELLA DEPRESSIONE

Come si evince dalla concettualizzazione cognitiva, la paziente ha acquisito un atteggiamento caratterizzato da forte passività e dall'anteporre gli altri a sé, non considerando importanti i propri bisogni. L'aver ricevuto un'educazione improntata al sacrificio e alle doverizzazioni ha fatto sì che la paziente non ponesse attenzione a quelli che erano i suoi pensieri e le sue emozioni.

I trigger individuati hanno riattivato le credenze di base di non amabilità e inadeguatezza. Sulla base di ciò si sono costruite le credenze intermedie, caratterizzate principalmente da doverizzazioni; queste rappresentano per la paziente l'unico modo per poter essere amata. A seguire, Francesca ha sviluppato tutti i pensieri automatici negativi legati al disturbo depressivo e i sintomi emotivi, fisici, comportamentali caratteristici di un Episodio Depressivo Maggiore.

A seguire, la concettualizzazione in base al modello delle Quattro P.

<p><b>Fattori predisponenti</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Educazione rigida e improntata al sacrificio</li> <li>- Attaccamento insicuro-ambivalente</li> <li>- Difficoltà a riconoscere ed esprimere le emozioni</li> </ul>
<p><b>Fattori precipitanti</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Malattia del figlio</li> <li>- Lutto (morte del padre)</li> <li>- Trasferimento e accudimento della madre</li> </ul>
<p><b>Fattori perpetuanti</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PAN (<i>"sono debole", "non valgo niente" "rimarrò sola" )</i></li> <li>- Credenze intermedie (<i>"se sono compiacete gli altri mi ameranno", "devo sempre anteporre gli altri a me stessa"</i>)</li> <li>- Credenze profonde (<i>"Non sono amabile", "sono inadeguata"</i>)</li> <li>- Ruminazione</li> </ul>
<p><b>Fattori protettivi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atteggiamento "ottimista" nei periodi interepisodici</li> <li>- Sostegno del marito</li> <li>- Intelligenza</li> <li>- Buone capacità organizzative e di problem solving</li> <li>- Buon livello di motivazione al trattamento</li> </ul>

FIGURA 5. CONCETTUALIZZAZIONE COGNITIVA SECONDO IL MODELLO DELLE "QUATTRO P".

La concettualizzazione basata sulle Quattro P chiarisce quelli che sono i fattori che influiscono sullo sviluppo e il mantenimento del disturbo; inoltre grazie ad essa è possibile cogliere in maniera specifica le risorse del paziente, elementi importanti per il processo di guarigione.

Di seguito è riportata la concettualizzazione metacognitiva secondo il modello di Wells e Papageorgiou.

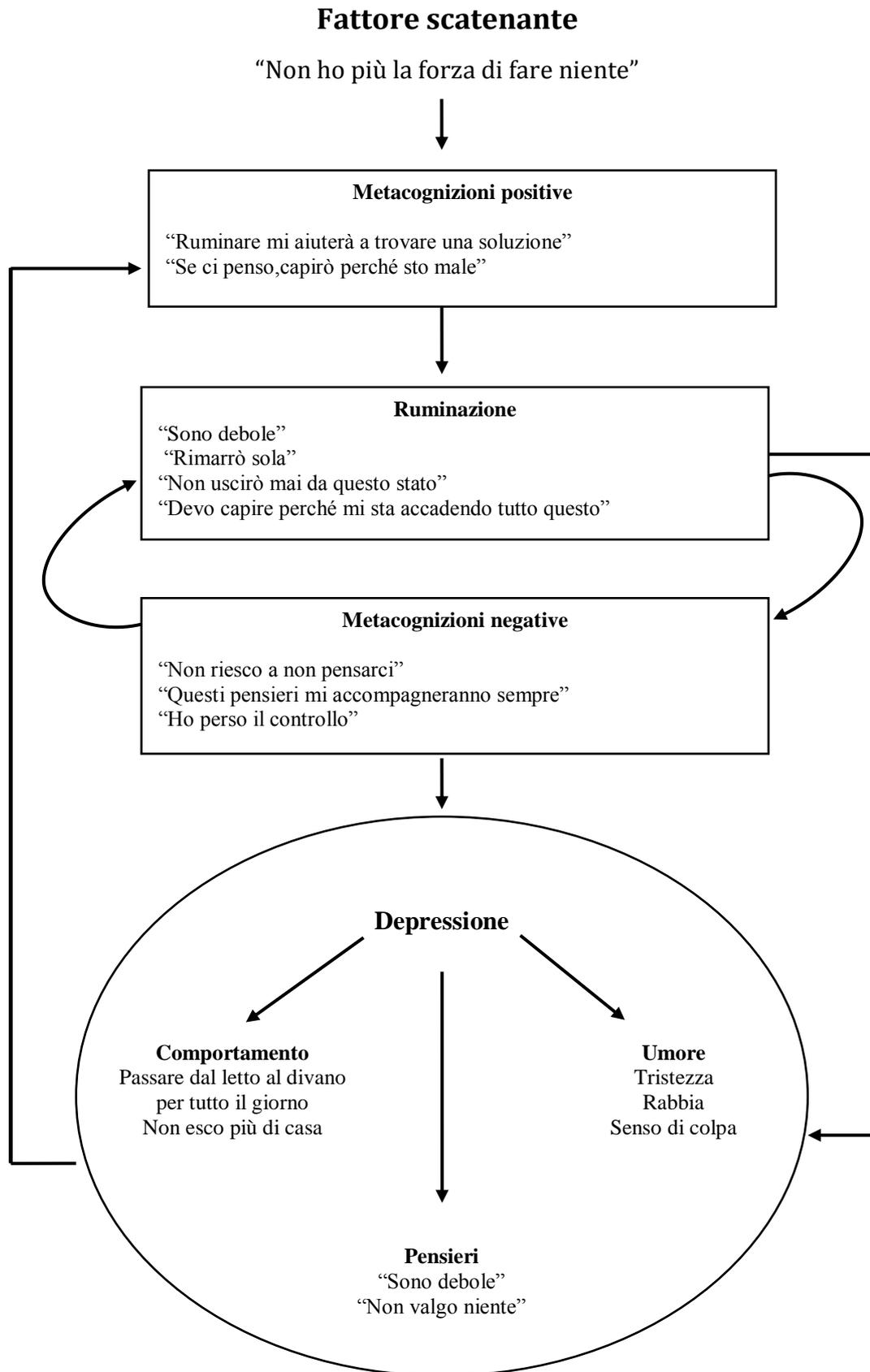


FIGURA 6. CONCETTUALIZZAZIONE METACOGNITIVA SECONDO IL MODELLO DI WELLS & PAPAGEORGIU (2009).

Come illustrato dallo schema, il pensiero che rappresenta il fattore scatenante attiva le metacredenze positive, ossia idee rispetto all'utilità della ruminazione, intesa come una strategia per fronteggiare lo stato depressivo.

Le metacredenze positive, a loro volta, alimentano la ruminazione sul proprio stato/pensiero negativo, tanto da creare un circolo vizioso tra i pensieri ruminativi e le metacredenze negative su di essi. Da ciò ne deriva che la paziente resta incastrata in un meccanismo il quale non porta ad alcuna soluzione, ma piuttosto alimenta e fortifica i pensieri negativi e il basso tono dell'umore.

## **5. Elementi del contratto terapeutico: determinazione degli obiettivi terapeutici a breve/medio/lungo termine**

Dopo aver effettuato l'assessment ed elaborato la concettualizzazione cognitiva, ho parlato con la paziente spiegandole che, insieme, avremmo dovuto stabilire degli obiettivi, chiari e realistici, al fine di rendere l'esito della terapia il più positivo possibile; ho sottolineato che tali obiettivi non sarebbero stati definitivi, bensì modificabili nel prosieguo della terapia, il tutto nell'ottica di una piena collaborazione. Ho spiegato a Francesca che gli obiettivi, specialmente all'inizio, non sarebbero dovuti essere troppo elevati e per tale motivo li avremmo scomposti in tre gruppi: a breve, medio e lungo termine.

Sulla base di quanto raccolto finora e tenendo presente le risorse della paziente, abbiamo stabilito gli obiettivi.

### **Obiettivi a breve termine:**

- *Ri-attivare il comportamento;*
- *Acquisire informazioni che la rendano consapevole del disturbo;*
- *Imparare a riconoscere e ad affrontare gli stati emotivi negativi.*

### **Obiettivi a medio termine:**

- *Imparare a prendersi cura di sé;*
- *Essere più assertiva;*
- *Mantenere stabile il tono dell'umore;*

### **Obiettivi a lungo termine:**

- *Apprendere nuove modalità di coping e farle proprie, per poterle utilizzare in futuro;*
- *Eliminare, per quanto possibile, la ruminazione depressiva;*
- *Apprendere a “stare” con le proprie emozioni, pensieri, sensazioni negative, senza giudicarli;*
- *Dare valori ai propri bisogni e desideri.*

## **6. Relazione terapeutica (elementi facilitanti e ostacolanti, ed eventuali difficoltà da parte del terapeuta)**

L'importanza della relazione terapeutica nel processo di guarigione dei pazienti era, fino a qualche decennio fa, decisamente poco considerata dai terapeuti cognitivo – comportamentali.

Laddove, infatti, nel corso di una terapia avveniva un momento di stallo, si procedeva, usualmente, a far proseguire i pazienti con i compiti specifici per la problematica oggetto di terapia, senza che venisse dato valore al legame che intercorre fra i due membri della relazione. Attualmente, la relazione terapeutica è considerata la base da cui far iniziare qualunque tipo di lavoro terapeutico ed è fondamentale per consentire il cambiamento del paziente; anzi, possiamo affermare con assoluta certezza che affinché un percorso di psicoterapia si concluda in maniera soddisfacente, è necessario lavorare per costruire una relazione terapeutica solida e buona.

Una relazione terapeutica efficace e funzionale al processo di guarigione si compone di due requisiti, uno per il paziente e l'altro per il terapeuta:

- 1) Il paziente ritiene che il terapeuta possa aiutarlo e sia dotato di calore e capacità di coinvolgimento emotivo;
- 2) Il terapeuta possiede i requisiti per fornire un ambiente sicuro al paziente e ottiene risultati dalla terapia grazie alla sua partecipazione attiva e alla sua collaborazione.

Affinché la qualità della relazione terapeutica sia ad un buon livello durante il corso della terapia, è importante che il terapeuta sappia rispondere in modo

appropriato al paziente e, soprattutto, sappia riconoscere le fratture dell'alleanza all'interno della relazione terapeutica e, di conseguenza riesca a porvi rimedio.

Per individuare una frattura dell'alleanza nella relazione, il terapeuta deve saper riconoscere in maniera attenta e consapevole quelle che sono le sue reazioni soggettive che si trova a sperimentare, di volta in volta, con il paziente.

Specificamente, il terapeuta cerca di instaurare col paziente una relazione gradevole e paritetica e di prevenire o, come precedentemente detto, riparare le possibili rotture dell'alleanza terapeutica. In particolare, il terapeuta cerca di promuovere una buona qualità edonica della relazione e di creare un clima di condivisione con il paziente, in modo che le sedute si svolgano il più possibile in un'emozionalità modulata.

I passi principali che il terapeuta dovrebbe compiere per migliorare la relazione con il paziente sono:

- 1) Identificare gli schemi di relazione (rappresentazioni di sé con l'altro) prevalenti che emergono sia nei racconti del paziente, che nell'interazione tra paziente e terapeuta;
- 2) Modulare le proprie reazioni, dopo aver riconosciuto e controllato gli svantaggi della tendenza all'azione;
- 3) Individuare i temi del discorso del paziente in cui è in sintonia con lui.

Quando terapeuta e paziente sono in sintonia, ovvero quando il paziente sente che il terapeuta capisce quello che lui sperimenta e pensa e che si interessa a ciò di cui lui si interessa, il terapeuta può tentare di:

- Favorire la consapevolezza degli schemi problematici (rappresentazioni problematiche di sé, dell'altro e di sé con l'altro), in modo che il paziente possa costruire un sé-autoosservante che guarda il proprio mondo interno da una prospettiva più vantaggiosa;
- Far emergere aspetti sani del paziente che erano messi in ombra dagli aspetti problematici del sé.

Quest'ultimo punto costituisce l'arricchimento del sé: il paziente amplia le modalità di relazione e la gamma degli affetti e utilizza le nuove conoscenze di sé per affrontare il mondo con più flessibilità e meno sofferenza.

Nello specifico del paziente depresso, spesso si può avere la sensazione di essere in una fase di “stallo”, il terapeuta può sentirsi impotente specialmente quando si verifica una riacutizzazione dei sintomi.

Rispetto a ciò, nella relazione con Francesca il mio essere un terapeuta giovane “in formazione” mi ha portato, soprattutto nella fase iniziale del trattamento, a concentrarmi sul “fare” e sul “fare presto e senza errori”: grazie alle supervisioni effettuate in ospedale con la psicoterapeuta responsabile, ho potuto lavorare su questi aspetti, rendendomi conto che rappresentavano solo un modo per soddisfare il mio bisogno di essere una brava ed efficiente terapeuta. Nel momento in cui tali convinzioni sono state messe in discussione e ho accettato di “stare” con il senso di impotenza che a tratti caratterizza tutti i percorsi di psicoterapia, sono riuscita ad entrare più in sintonia con la paziente, in una posizione di ascolto, senza enfatizzare troppo la tecnica.

Nel corso della terapia con Francesca, la relazione si è basata sin da subito sulla fiducia reciproca. La paziente si è “affidata” a me e sono state poste le radici per una buona alleanza terapeutica. La paziente si è dimostrata sin da subito collaborativa nello svolgimento degli homework e nella lettura del materiale che le ho fornito (psicoeducazione, introduzione alla TCC, ecc.).

L’instaurarsi di una buona relazione terapeutica è avvenuto, nella terapia con Francesca, in maniera molto graduale, nel rispetto dei tempi della paziente, nella quale coesistevano il desiderio di essere aiutata e il timore di incontrare il mio giudizio, nonché la paura di non guarire: *“credo di essere in questo stato da troppo tempo e non so se e quando ci saranno dei miglioramenti. In questo momento so che il suo aiuto è molto importante, ma ho paura di deluderla se non seguo le sue indicazioni”*. I miei interventi iniziali, dunque, sono stati cauti e, nello stesso tempo, volti a creare un clima il più possibile accogliente e non giudicante: *“considerando i suoi trascorsi è normale che lei tema il mio giudizio, così come sono comprensibili tutti i suoi timori ma, come le ho detto inizialmente, io non sono qui per giudicarla, valutarla o criticarla, bensì per sostenerla durante tutto il suo percorso, soprattutto nei momenti difficili, dove il desiderio di mollare sarà molto forte. Se le può servire mi veda come una stampella a cui poggiarsi quando non ce la fa”*. Ciò ha favorito una sempre maggiore apertura da parte della paziente, che ha trovato nella terapia uno spazio in cui sentirsi al riparo dalla spiacevole sensazione di essere continuamente

sotto giudizio e doverizzata. Una volta creata l'alleanza terapeutica, questo aspetto è divenuto oggetto delle nostre sedute e la relazione terapeutica si è configurata come importante osservatorio da cui la paziente, con il mio sostegno, ha potuto trarre informazioni su se stessa e sul suo modo di sperimentarsi nelle relazioni interpersonali.

Non ci sono state fratture nell'alleanza e ho mantenuto sempre un atteggiamento di fiducia nel suo possibile miglioramento e guarigione dalla depressione.

## **7. Trattamento suddiviso in sedute o gruppi di sedute**

Sulla base di quanto raccolto durante la fase di assessment e considerando gli obiettivi che, insieme alla paziente, sono stati definiti, è stato possibile articolare il trattamento nel modo che segue:

- 1) Psicoeducazione sul disturbo, con lo scopo di normalizzare i sintomi;
- 2) Assegnazione degli homework;
- 3) Modifica dei comportamenti disfunzionali attraverso tecniche comportamentali;
- 4) Training assertivo;
- 5) Istruire la paziente sul modello cognitivo – comportamentale;
- 6) Ristrutturazione cognitiva;
- 7) Ristrutturazione metacognitiva;
- 8) Prevenzione delle ricadute;
- 9) Follow up.

### **1) Psicoeducazione sul disturbo, homework, modifica dei comportamenti**

Il trattamento è iniziato con la psicoeducazione sul disturbo depressivo, sui sintomi, sulle sue cause, sulle caratteristiche psicofisiologiche. Ho fornito alla paziente un opuscolo da leggere (Appendice I), dov'era riportata una descrizione del disturbo e un primo accenno sulla terapia cognitivo – comportamentale.

Dopo aver letto il materiale fornitole, Francesca mi ha riferito di essere meno preoccupata della sua situazione: ho lasciato lo spazio necessario alla

paziente per esprimere i sintomi che più la preoccupavano, al fine poi di normalizzarli, spiegandole come essi rientravano nel quadro depressivo e che era possibile, nonché utile dare un nome a tutto ciò:

T.: *“Allora Francesca, secondo lei è possibile dare un nome alla sua depressione?”*

P.: *“...non so, non credo esista un nome capace di descrivere come mi sento e quanto io stia male”*

T.: *“Capisco, ma provi a pensare a un qualcosa che metta in evidenza proprio quanto lei sta male, un nome capace di descrivere come si sente in questo momento”.*

P.: *“A pensarci bene, mi sento come se avessi una sanguisuga attaccata al collo... la depressione mi ha letteralmente prosciugata...di tutto...di energie, di vita”.*

T.: *“Benissimo Francesca, allora che ne pensa di provare a staccare questa sanguisuga dal collo?”.*

P.: *“Certo, ma come si fa? Io non riesco a fare niente, nemmeno a pensare”.*

T.: *“La prima cosa che è necessario che lei sappia è che la sanguisuga può essere annientata e per fare ciò è necessario puntare sul FARE”.*

P.: *“Questo mi sembra impossibile, anche perché io non ho voglia di fare niente”.*

T.: *“Ora le sembra così proprio perché la sanguisuga l’ha prosciugata, ma sicuramente ci sono cose che un tempo la gratificavano ed è proprio da queste che bisogna partire”.*

P.: *“Sì, prima mi piacevano varie cose, ma onestamente ora non riesco a ricordarne nemmeno una”.*

T.: *“Questo è assolutamente normale, fa parte della depressione. Ora, attraverso una lista, le farò vedere come esistano delle attività che possiamo praticare ogni giorno e che per quanto possano sembrare banali, sono capaci di gratificarci”.*

Utilizzando una lunga lista (Appendice I), Francesca ha scelto delle attività che credeva di poter svolgere senza particolari problemi; sulla base di ciò, insieme, abbiamo elaborato un programma in base al quale la paziente avrebbe svolto ciascuna attività, a partire da quella più semplice.

La paziente è partita da quelle attività che aveva smesso di fare a causa del disturbo, come passeggiare nel parco, portare a spasso il cane o pregare, attività per lei un tempo gratificanti e soprattutto facilmente eseguibili. Ho sottolineato alla paziente che sarebbe stato importante definire in maniera accurata come e quando avrebbe deciso di svolgere le varie attività e che l’avrei guidata e

supportata nelle singole scelte. Nonostante la sfiducia iniziale, data principalmente dal blocco comportamentale che caratterizzava la paziente, Francesca ha iniziato a mettere in atto i primi comportamenti; man mano, con sua grande gioia e soddisfazione da parte mia, è passata a praticare attività totalmente nuove come farsi fare un massaggio o andare al lago.

Per cercare di fronteggiare i problemi quotidiani, ho insegnato alla paziente la tecnica del *problem solving*. Questa si è rivelata molto utile per quanto riguarda un aspetto riportato da Francesca, sin dal primo colloquio, ossia il trascorrere buona parte della giornata sulla poltrona, cosa che faceva sentire la paziente ancora più stanca e avvilita. (Per i dettagli dell'applicazione della tecnica si veda l'Appendice II)

Sin da subito, ho sottolineato a Francesca l'importanza di procedere in maniera graduale, ragionando in termini di micro obiettivi; man mano che la paziente otteneva dei risultati non è mai mancato da parte mia il rinforzo. Inoltre ho sollecitato la paziente a gratificarsi con qualcosa: all'inizio è stato difficile far comprendere a Francesca l'importanza dell'autorinforzo, visto e considerato che è cresciuta nell'ottica della privazione; con il tempo la cosa è migliorata, e Francesca era ben felice di concedersi un "premio" per il traguardo raggiunto. Uno dei primi premi scelti dalla paziente è stato uno smalto rosa per le unghie, successivamente ha acquistato un vestito, un libro. Ogni volta che si concedeva il premio la paziente mi scriveva per comunicarmi e condividere la gioia che provava in quel momento, legata non solo all'oggetto in sé, ma principalmente al fatto che quello fosse la giusta ricompensa per il tanto impegno.

Un aspetto che faceva soffrire molto la paziente era il non riuscire a condividere delle cose con il marito Luigi; Francesca sosteneva di non riuscire a provare emozioni positive e quindi ad ogni proposta fatta dal marito, lei puntualmente rispondeva no. Dopo aver ascoltato la paziente, le ho spiegato che tutto questo era normale, che era un modo attraverso il quale la depressione si faceva sentire: *"Vede Francesca, non deve farsene una colpa se non riesce a provare emozioni piacevoli. La depressione è come se l'avesse anestetizzata, ma questo non significa che lei è una persona piatta e senza cuore"*. Uno degli obiettivi della riattivazione comportamentale è stato proprio quello di passare più tempo con suo marito, iniziando man mano a fare delle cose insieme, attraverso *esperimenti*

*comportamentali*: durante la terapia è capitato che il marito le chiedesse di accompagnarlo ad una riunione per sostenerlo rispetto alla presentazione di un nuovo progetto; chiaramente Francesca era molto preoccupata: *“Non vedo perché io debba andare. E poi cosa dico, cosa mi metto...sono stanca e brutta; non so che mettermi...e tutti mi guarderanno e vedranno quanto sono triste e debole”*. Insieme abbiamo preso in considerazione ogni alternativa possibile rispetto al come sarebbero potute andare le cose, e al termine del colloquio Francesca era molto più tranquilla e decisa ad accompagnare il marito. Nel colloquio successivo la paziente mi ha raccontato di essere andata alla riunione insieme al marito e essere riuscita a tollerare l'ansia legata al momento. Questo episodio è stato il primo di una lunga serie di “esposizione” a cui Francesca, serenamente, si è sottoposta: con il tempo la paziente è diventata sempre più entusiasta di accompagnare il marito a queste riunioni, in cui veniva anche esplicitamente apprezzata, nonché condividere altri momenti, come passeggiate, guardare un film e cucinare insieme.

In questa fase della terapia ci sono state ricadute e peggioramenti, ma anche nuovi miglioramenti; infatti è stato possibile ottenere dei risultati decisamente soddisfacenti, il tutto con costante impegno e anche entusiasmo derivante dai successi che, man mano, la paziente accumulava: innanzitutto Francesca ha ripreso a svolgere attività che era solita fare prima dell'inizio della depressione, come fare cose insieme al marito, uscire da sola per andare a fare la spesa, andare dal parrucchiere, truccarsi, fare una passeggiata.

## **2) Training assertivo**

Come si evince dai dati raccolti in assessment, la paziente aveva la tendenza ad anteporre i bisogni degli altri ai suoi, ad essere doverizzata e molto critica nei confronti di se stessa; tutto questo incrementava i sintomi della depressione e di conseguenza anche il suo stato di sofferenza.

A causa della rigida educazione ricevuta, Francesca ha sempre messo in atto comportamenti mirati a soddisfare gli altri, anche quando non avrebbe voluto, ma pur di non allontanarli era disposta ad accontentare qualsiasi richiesta: *“quando mia madre mi chiede di portarla da qualche parte io lo faccio e anche prontamente, solo che poi mi sento come se qualcuno mi avesse dato un colpo allo stomaco e me la prendo con me stessa”*.

Attraverso l'*Assertive Training*, Francesca ha imparato ad esprimere al meglio bisogni, preferenze, desideri, emozioni, diritti e critiche, comprendendo la differenza tra un comportamento passivo, aggressivo e assertivo. Dopo aver spiegato alla paziente i tre tipi di comportamento abbiamo lavorato sui pensieri disfunzionali, principalmente di tipo passivo, al fine di giungere alla messa in pratica di comportamenti il più possibile assertivi.

Ho consegnato alla paziente del materiale illustrativo sui vari stili di comportamento e sui diritti assertivi (Appendice I), per poi far svolgere alla paziente l'esercizio sulla formulazione di una risposta assertiva rispetto a situazioni in cui aveva messo in atto uno stile passivo o aggressivo (Appendice II).

Nel leggere il materiale informativo e nello svolgere l'esercizio, la paziente si è ritrovata molto, infatti mi ha riferito di avere molte difficoltà non solo nel formulare richieste, ma anche nel rifiutarle.

### **3) Istruire la paziente sul modello cognitivo - comportamentale**

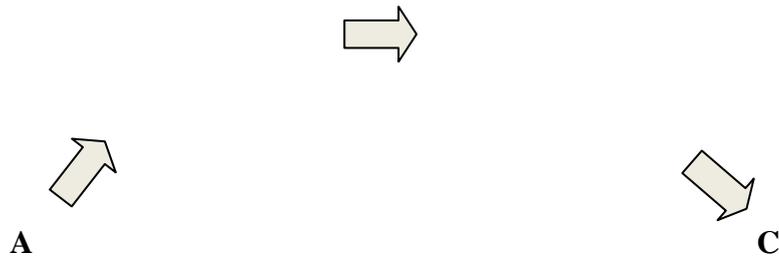
Attraverso i colloqui, il diario settimanale delle attività e un'attenta osservazione della paziente rispetto al livello di concentrazione, ho avuto modo di appurare un miglioramento sul piano comportamentale, il che mi ha permesso di passare alla parte cognitiva del trattamento, attraverso la spiegazione del modello.

Man mano ho consegnato alla paziente materiale di auto - aiuto (Appendice I) e ogni parte è stata adeguatamente discussa in seduta, fornendo alla paziente tutte le spiegazioni del caso, risolvendo così ogni suo dubbio.

Ho istruito la paziente su come il pensiero abbia il potere di modificare sentimenti ed emozioni, sottolineando come questi non derivino dalla situazione ma, appunto, dalla lettura che noi facciamo della stessa: *"Non è l'evento in sé che ci fa sperimentare una specifica emozione come la rabbia o la tristezza, ma il modo in cui leggiamo quella situazione o evento"*.

Per chiarire meglio riporto uno stralcio di colloquio.

T.: *"Grazie al modello cognitivo - comportamentale è possibile fare una lettura diversa di quello che ci accade: le nostre reazioni emotive e comportamentali sono determinate dal modo in cui interpretiamo le varie situazioni, quindi dal significato che diamo agli eventi. Il punto, però, è che siamo portati a credere che le cose vadano in tutt'altro modo. Adesso le mostro quanto detto attraverso questo schema:"*



**Evento attivante:**  
specifiche situazioni o  
persone

**Conseguenze:**  
le tue emozioni e/o i tuoi  
comportamenti

*Sulla base di ciò, è chiaro che non abbiamo alcuna possibilità di migliorare il nostro stato d'animo, in quanto la situazione, per sua natura, non è modificabile. Lei cosa ne pensa?"*

*P.: "Credo che sia proprio così, ma in fondo come faccio a stare meglio?". T.: "Secondo il modello cognitivo – comportamentale, non è la situazione che determina e influisce sulle nostre emozioni, bensì la lettura che noi facciamo della stessa, cioè il modo che noi utilizziamo per interpretare gli eventi".*

*P.: "Praticamente lei mi sta dicendo che è il pensiero che io faccio su una situazione a farmi stare male?"*

*T.: "Esattamente Francesca: tra A, cioè l'evento/situazione attivante e C, ovvero le conseguenze emotive e comportamentali, c'è B, il "pensiero", cioè la nostra interpretazione/lettura della realtà. Se riprendiamo lo schema che le ho fatto vedere prima si può rendere conto di come siamo proprio i B, cioè i pensieri, ad influire sulle sue emozioni e sui suoi comportamenti:"*



*“Vede Francesca, non è detto che ciò che pensiamo sia sempre corretto; spesso facciamo interpretazioni errate della realtà, e questo ci fa provare emozioni negative o, comunque, induce uno stato di malessere e sofferenza”.*

*P.: “Quindi è possibile che io stia male perché ho fatto un pensiero errato?”.*

*T.: “Sì, è una cosa molto comune e fare errori di valutazione è assolutamente normale. La cosa importante è diventare consapevoli di ciò per riuscire a modificare il modo di pensare e, quindi, stare meglio”.*

A questo punto ho spiegato a Francesca che nella depressione sono presenti soprattutto emozioni negative come tristezza, ansia, senso di colpa, disperazione; inoltre ho reputato opportuno effettuare un *training emotivo*: rispetto a questo ho consegnato alla paziente del materiale specifico (Appendice I).

*T.: “Come le ho spiegato, le emozioni negative derivano dal modo in cui interpretiamo la realtà e tale modo è la conseguenza di tutta una serie di convinzioni o credenze che derivano da una modalità di interpretazione della realtà, che si basa a sua volta su convinzioni o credenze che hanno avuto inizio durante la nostra infanzia, momento in cui abbiamo subito l’influenza dei condizionamenti familiari e sociali. Nel tempo possono rimanere silenti, ma ad un certo punto, nel momento in cui uno o più eventi negativi ci scuotono, essi si attivano. Questi pensieri che tornano alla luce dopo tanto tempo, prendono il nome di credenze”.*

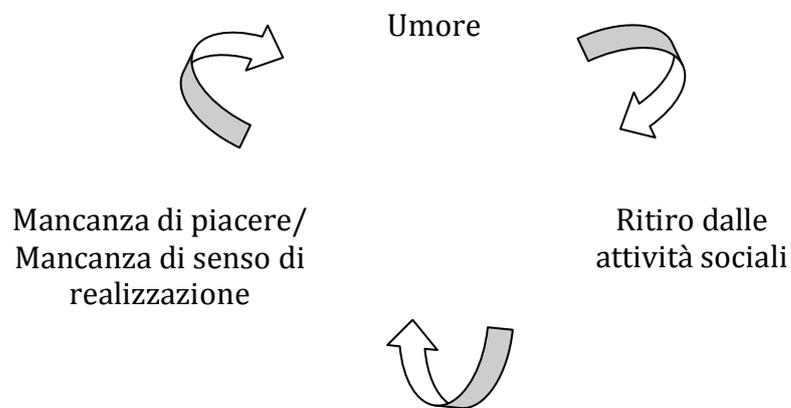
*P.: “Questo significa che quando ero piccola ho costruito delle credenze che, però, sono emerse solo ora?”.*

*T.: “Esattamente. Ad un certo punto potrebbe accadere di ritrovarci carichi di pensieri negativi, i quali ci inducono alla depressione. Questi pensieri vengono detti “pensieri automatici negativi”.*

*P.: “Perché sono chiamati “automatici”?”.*

*T.: “Sono detti “automatici” perché nascono nella nostra mente in modo del tutto spontaneo, non sono basati né sulla riflessione, né sulla deliberazione; oltre ad essere molto frequenti, solitamente si manifestano sotto forma di immagini e/o verbale e, da parte nostra, non è possibile esercitare alcun controllo su di essi. Il loro essere dannosi dipende dal fatto che le persone, di solito, li accettano come veri, senza riflessione o valutazione. Spesso non sono consapevoli dei loro pensieri automatici, ma dell’emozione associata che li accompagna. I pensieri automatici negativi generano umore depresso, il quale ci induce a mettere in atto comportamenti di ritiro*

sociale, che a sua volta aumenta il nostro umore depresso, inducendoci ancora una volta ad isolarci. Si creano così i circoli viziosi della depressione, che rischiano di intrappolarci in una morsa, di essere con le spalle al muro, come può ben vedere in questo schema:”



“Rispetto al circolo vizioso di cui le parlavo, guardi questo schema:”



P.: “Non l’avevo mai intesa in questi termini, non credevo che le cose andassero così. Ora però mi chiedo: come si fa ad uscire da questa trappola?”.

T.: “Innanzitutto è fondamentale prendere consapevolezza del meccanismo. In questo modo è possibile guardare i singoli pensieri e metterli in discussione. Attraverso

*quella che chiamiamo ristrutturazione cognitiva riusciremo a rompere il circolo vizioso della sua depressione, e ciò le consentirà di stare meglio”.*

Utilizzando un elenco in cui sono spiegate le distorsioni cognitive di Beck (Appendice II), al cui interno vi sono degli spazi per scrivere le proprie distorsioni, ho aiutato Francesca a riconoscere sia le distorsioni che più la caratterizzano che i processi di pensiero. Inoltre, le ho fornito un elenco delle principali idee irrazionali (Appendice I).

#### **4) Ristrutturazione cognitiva**

Man mano che la paziente entrava sempre di più nell’ottica della terapia cognitivo – comportamentale, comprendendone i singoli aspetti, ho dato inizio alla fase di ristrutturazione cognitiva.

Attraverso la *tecnica della freccia discendente (Laddering)*, ho identificato i **pensieri automatici negativi (PAN)** della paziente. Di seguito è riportato uno stralcio di colloquio in cui ho applicato tale tecnica.

P.: *“Se questa domenica mio marito mi dovesse chiedere di andare a fare una passeggiata, so che già che gli direi di no e poi mi sentirò terribilmente in colpa”.*

T.: *“Cosa accadrebbe se ciò fosse vero?”.*

P.: *“Che come al solito non facciamo niente a causa mia”.*

T.: *“Cosa significa per lei non riuscire a fare niente?”.*

P.: *“Significa che non sono una buona moglie”.*

T.: *“Cosa vuol dire per lei non essere una buona moglie?”.*

P.: *“Significa che sono sbagliata”.*

T.: *“Mi può spiegare chi è per lei, una persona sbagliata?”.*

P.: *“Beh..una persona sbagliata è una che non riesce ad assolvere ai suoi doveri”.*

T.: *“E l’opposto di una persona sbagliata?”.*

P.: *“Credo che sia una persona adeguata”.*

T.: *“Questo quindi significa che se lei assolve ai suoi doveri di moglie, allora sarà adeguata?”.*

P.: *“Sì, proprio così”.*

T.: *“E se ciò non dovesse sempre accadere, cosa significherebbe per lei?”.*

P.: *“Che sono un totale fallimento”.*

Successivamente, ho introdotto la paziente all'utilizzo della *Scheda per la Registrazione del Pensiero Disfunzionale (RPD)*, insegnandole in un primo momento la compilazione di quella a quattro colonne (Appendice II), per poi passare all'RPD a sei colonne (Appendice II), in cui si chiede di formulare un pensiero alternativo e le relative conseguenze emotive e comportamentali.

Ho istruito la paziente anche rispetto ad altre tecniche, finalizzate sempre alla ristrutturazione cognitiva dei PAN: le *interpretazioni alternative*, i *counter*, *esaminare l'evidenza* (Appendice II).

Nel momento in cui la paziente ha appreso a distinguere con facilità pensieri ed emozioni e a mettere in discussione i PAN, le ho consegnato la *scheda della gerarchia del pensiero* (Appendice I), soffermandomi nuovamente sulla spiegazione delle credenze intermedie e delle credenze di base.

Attraverso la tecnica della freccia discendente erano emerse le **credenze intermedie** di Francesca; al fine di modificare la tendenza della paziente a percepirsi come colei che si deve prendere dura di tutti, ho utilizzato la tecnica della *torta delle responsabilità* che illustro di seguito.

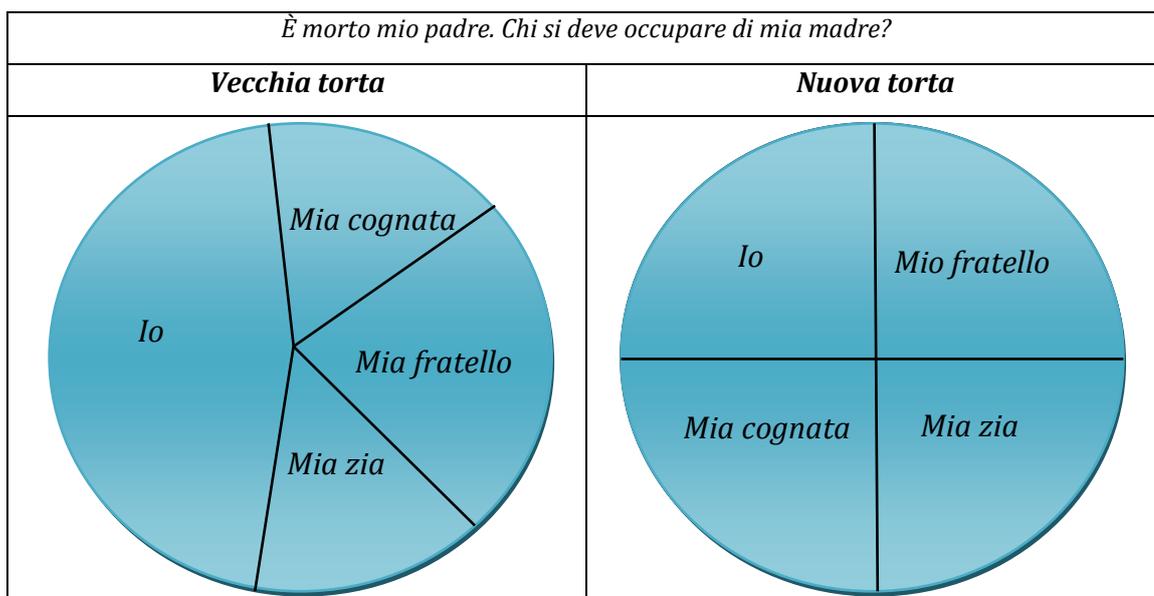


TABELLA 4. GRAFICO DELLA TORTA DELLE RESPONSABILITÀ.

Grazie a questa tecnica la paziente ha compreso quanto la responsabilità fosse non equamente distribuita; in questo modo è riuscita farsi meno carico della situazione.

Utile è stata anche la tecnica del *Doppio Standard*: applicando questa tecnica si chiede al paziente se con altre persone utilizza lo stesso standard che applica a se stesso e, visto che generalmente l'attribuzione del paziente verso se stesso è molto più negativa, gli si fa applicare lo standard utilizzato per l'altro con se stesso.

La tecnica ha permesso a Francesca, di iniziare ad abbandonare le sue credenze disfunzionali.

Il lavoro con le **credenze di base** e con gli **schemi depressogeni** ha previsto l'utilizzo della tecnica del *dialogo socratico*: è un metodo di conduzione del colloquio che consiste in una serie mirata di domande ed osservazioni volte a guidare il paziente alla scoperta delle sue convinzioni disfunzionali e a promuovere in lui un atteggiamento critico nei confronti di queste.

Successivamente, ho proposto alla paziente di compilare *la scheda della credenza di base*, con le prove a favore della nuova credenza costruita, più adattiva, e le prove a favore della vecchia credenza con relativa rivalutazione (Appendice II).

## **5) *Ristrutturazione delle metacredenze negative e positive sulla ruminazione depressiva***

La paziente passava molto del suo tempo seduta sulla poltrona, a pensare, continuamente. Di seduta in seduta sono emersi una serie di pensieri di tipo ruminativo: *“Come sono arrivata a questo punto? Com'è possibile che io stia così male? Da cosa dipende la mia depressione? Forse ho qualcosa di sbagliato?”*. Per ridurre la ruminazione depressiva ho istruito la paziente alla terapia metacognitiva della depressione, facilitando la ripresa e ponendo le basi per la prevenzione delle ricadute.

Prima di tutto ho effettuato la concettualizzazione metacognitiva, basandomi sul modello di Wells e Papageorgiou; il pensiero della paziente era *“Non ho più la forza di fare niente”*. Questo pensiero la immobilizzava e le faceva mettere in atto strategie di coping decisamente disfunzionali. Dopo averle spiegato come “il pensiero sul pensiero” stesse causando il perpetuarsi del suo umore depresso, invece di aiutarla a risolvere il suo problema, le ho illustrato il modello facendole

vedere la sua concettualizzazione metacognitiva e spiegandole come avremmo agito.

*“La ruminazione è un processo che ha un solo scopo, quello di riciclare il pensiero e, per tale ragione, esso non cambia. È un modo di pensare che si attiva facilmente durante la depressione: quando siamo depressi vogliamo trovare una soluzione il prima possibile e quindi iniziamo a pensare a tutte le cause possibili, con la speranza di trovare una soluzione; tale modalità risulta inefficace perché non solo non ci permette di cogliere gli aspetti positivi, che comunque ci sono, ma aumenta le emozioni negative e ci fa mettere in atto comportamenti che ci incastrano sempre di più. Oggi, insieme, cercheremo di capire quanto tempo passa a ruminare e come fare per ridurre il processo, in modo da consentirle di stare meglio”.*

Ho spiegato a Francesca, che quello che alimentava la ruminazione erano le metacredenze, cioè quello che lei stessa ne pensava e che queste erano positive e negative. A seguire ho esplorato le metacredenze positive e negative della paziente, per poi passare alla ristrutturazione metacognitiva.

Decido dunque di utilizzare alcune tecniche della MCT per la depressione, al fine di aumentare nella paziente la meta-consapevolezza di tali processi e di fornirle strategie di coping più funzionali per orientare le proprie cognizioni.

La prima tecnica utilizzata è l'ATT, ossia il training attentivo, così come descritto nella parte teorica.

*T: “Francesca., oggi vorrei fare un esercizio con lei, che dovrà ripetere anche a casa. Come le ho spiegato i suoi sintomi vengono esacerbati dalla sua continua attenzione sui suoi pensieri negativi, su quanto sta male e, trascorrendo la maggior parte del tempo a ruminare, si sente sempre peggio. Attraverso questo esercizio diventerà più consapevole di come focalizza la sua attenzione, cercando di rafforzare il controllo su di essa. Ci tengo a sottolineare che questo esercizio non ha lo scopo di mandare via i pensieri, bensì imparerà a trattarli come “rumori di fondo”, di passaggio, che possono essere presenti anche mentre lei sta facendo altro. L'obiettivo, quindi, è proseguire l'esercizio senza preoccuparsi di ciò che le accade internamente. Prima di iniziare vorrei che mi indicasse su questa scala quanto la sua attenzione, al momento, è rivolta verso l'interno di sé?”*

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Completamente all'esterno			Equa	Completamente all'interno		

P: *“Penso +3”*.

T: *“Ok, possiamo iniziare. Le chiedo di fissare lo sguardo sul quel chiodo sulla parete e vorrei che cercasse di guardarlo durante tutto l'esercizio. Le chiederò man mano di focalizzare l'attenzione su diversi suoni, sia in questa stanza che provenienti dall'esterno. Non si preoccupi se per la mente le passeranno pensieri o se avvertirà sensazioni di altro tipo, l'obiettivo è quello di imparare a focalizzare l'attenzione, indipendentemente da quello che affiora alla coscienza. Ora cerchi di dirigere tutta la sua attenzione al suono della mia voce. Nessun altro suono è importante. Ignori tutti gli altri suoni intorno a lei; può sentirli, ma cerchi di concentrare l'attenzione sulla mia voce”*.

Continuo l'esercizio invitando la paziente a concentrarsi su altri suoni, uno per volta, come il ticchettio della sveglia sulla scrivania, il rumore della penna che batte sul tavolo, il suono della radio che proviene dall'esterno della stanza.

T.: *“Ora che ha identificato i diversi suoni che le ho indicato, le chiedo di spostare l'attenzione rapidamente da un suono all'altro man mano che li nomino. Si concentri sul ticchettio della sveglia .... Ora sul rumore della penna che batte sul tavolo e solo su quello ... Infine, cerchi di estendere al massimo la sua attenzione, in modo che sia più ampia e profonda possibile, in modo da assorbire contemporaneamente tutti i suoni e tutti i diversi punti da cui provengono. Adesso provi a contare quanti suoni riesce a sentire in questo modo. Bene, l'esercizio è finito, quanti suoni è riuscita a contare?”*

P: *“Quattro”*.

T: *“Ritornando alla scala che le ho mostrato prima, quale pensa che sia ora il suo grado di attenzione rivolto all'interno?”*.

P: *“Prossimo allo 0”*.

Dopo aver sperimentato la tecnica in seduta, abbiamo concordato che la paziente avrebbe continuato ad esercitarsi a casa. Ho chiesto a Francesca di ripetere l'esercizio almeno una volta al giorno, per circa 12 minuti. Compilando la *“scheda di sintesi dell'ATT”* (allegato 7), abbiamo individuato insieme il posto e

l'orario migliore per potersi esercitare. La paziente ha scelto di esercitarsi nella sua camera da letto la mattina, momento in cui c'è maggiore tranquillità a casa. Abbiamo individuato tre fonti sonore da poter utilizzare con maggiore facilità (orologio, carillon e radio), collocate in diversi punti della stanza. La paziente ha annotato sulla scheda che le avevo consegnato i giorni in cui ha svolto gli esercizi. Nonostante le iniziali difficoltà, ossia la distraibilità data dai pensieri, la paziente è riuscita a svolgere l'esercizio con continuità; grazie ad esso Francesca ha iniziato sentirsi man mano padrona della sua attenzione, cosa che mi ha consentito di procedere con l'utilizzo di altre tecniche metacognitive.

In seguito ho utilizzato le tecniche della *detached mindfulness* e della *dilazione*.

La prima consiste nell'assumere un atteggiamento consapevole e distaccato verso i propri pensieri, considerandoli da una posizione di osservatore esterno. Per far questo ho utilizzato diversi metodi come ad esempio *la metafora del passeggero del treno*:

T.: *"Provi ad immaginarsi come un passeggero che sta aspettando un treno"*.

P.: *"Sì..."*.

T.: *"La sua mente è come una stazione movimentata in cui i pensieri che fa e le sensazioni che prova sono i treni che passano, nient'altro. Essendo come i treni, i pensieri vanno e vengono e lei non deve necessariamente fermarne uno o aggrapparsi per salirci sopra, per essere condotta nel posto sbagliato. Può scegliere di essere una semplice spettatrice, che guarda i suoi pensieri transitare"*.

Utilizzando la *metafora delle nuvole*, ho invitato la paziente a provare ad immaginare i propri pensieri come delle nuvole in transito, permettendo loro di occupare lo spazio che desiderano, ricordando che sono solo di passaggio.

A seguire, ho applicato la tecnica della *dilazione*: ho chiesto alla paziente di individuare un momento preciso in cui si attivano i pensieri negativi che attivano in lei la ruminazione e di provare ad essere consapevole del pensiero senza rimanervi intrappolata, cioè osservandolo come una spettatrice esterna. L'obiettivo è quello di posticipare la ruminazione, e non cercare di scacciare o controllare il pensiero.

Gradualmente la paziente si è resa conto di avere un grande potere sui suoi pensieri e ciò ha generato in lei ulteriore serenità.

## **8. Prevenzione delle ricadute**

Sul finire del trattamento ho ritenuto necessario informare la mia paziente della possibilità di un'eventuale ricaduta, un evento assolutamente probabile nelle persone che soffrono o hanno sofferto di depressione. Sulla base di ciò, ho aiutato Francesca a riconoscere i segni di una possibile ricaduta (perdita di energia, della volontà di fare le cose, caduta del tono dell'umore, perdita dell'appetito, disturbi del sonno) e a distinguerli da quelle che sono normali fluttuazioni del tono dell'umore.

Ho dedicato del tempo a sottolineare le tecniche apprese in terapia e l'ho incoraggiata ad utilizzarle anche in seguito.

Inoltre, ho ritenuto opportuno avvalermi di alcune tecniche della MBCT e della CFT.

### **Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT)**

Dopo aver spiegato alcuni aspetti della MBCT per aiutarla a coltivare una relazione decentrata con i propri pensieri e sentimenti negativi, ho spiegato a Francesca il significato della parola "mindfulness":

T.: *"La parola Mindfulness vuol dire, letteralmente: "Porre attenzione in un modo particolare: intenzionalmente, al momento presente, in modo non giudicante, non critico e di accettazione". Meglio detto, significa prestare attenzione a quello che le succedere succede in uno specifico momento, senza giudicarne nessun aspetto, nell'ottica dell'accettazione".*

P.: *"Sembra interessante. Mi ha insegnato tanto cose Dottoressa, mi dica come devo fare".*

T.: *"L'unico modo che ha per apprendere la Mindfulness è praticarla, viverla in prima persona, attraverso una serie di pratiche di meditazione che le mostrerò".*

P.: *"Come mi può essere utile la Mindfulness?".*

T.: *"La Mindfulness è molto importante per prevenire le ricadute. Imparerà ad accettare la realtà per quella che è, e sarà capace di lasciar andare ogni singolo pensiero, senza rimanervi intrappolata come le capita quando ruminava, in quanto agisce secondo un meccanismo contrario a quello della ruminazione".*

Ho istruito la paziente alla pratica del *body scan*, della *meditazione camminata* e dello *spazio di respiro di tre minuti* e la *meditazione informale*; le ho

spiegato che avrebbe dovuto svolgere tali pratiche in alcuni momenti particolari della giornata, durante lo svolgimento di attività di sua scelta.

### **Compassion Focused Therapy (CFT)**

Tutto il percorso terapeutico è stato caratterizzato dalla presenza di un clima caldo e accogliente, nonché rassicurante. Gli aspetti appena citati appartengono alla CFT; non sono mancati interventi di *validazione emotiva*, *rispecchiamento* e *richiamo al "qui ed ora"*, inoltre è stato effettuato un lavoro sugli aspetti di auto criticismo: nello specifico ho chiesto alla paziente di scrivere una lettera compassionevole (Appendice II). Inoltre, ho aiutato la paziente a costruire un'immagine capace di attivare il suo sistema calmante interno; le ho spiegato che avrebbe potuto richiamare tale immagine nei momenti più difficili.

T.: *"Nel corso della terapia è emerso più volte quanto lei sia critica verso se stessa, a volte, anche eccessivamente".*

P.: *"È vero, a volte ci vado giù pesante e poi ci sto male".*

T.: *"Quando ciò accade, quando le critiche sono incessanti, la depressione peggiora".*

P.: *"Quindi, così facendo, con i pensieri autocritici, aumento il mio disagio?".*

T.: *"Esattamente. Come ormai ben sa, i pensieri sono responsabili delle emozioni che proviamo".*

P.: *"Ma perché si diventa autocritici?".*

T.: *"Le ragioni possono essere diverse; ad esempio è possibile che da piccola lei sia stata molto criticata e quindi ha subito quello che all'inizio della terapia abbiamo chiamato "condizionamento"; essendo cresciuta con tutte quelle critiche, ha appreso che quando una persona commette un errore bisogna criticarla, ma ciò non fa altro che aumentare il livello di frustrazione".*

P.: *"Ma è possibile non essere autocritici?".*

T.: *"Innanzitutto è importante mettere da parte la severità nei confronti della nostra parte autocritica, bensì è utile e vantaggioso accettarla e accarezzarla. Utile è anche costruire un'immagine benevola nei nostri confronti e farla diventare una nostra parte gentile, che si prende cura di noi nei momenti più difficili".*

P.: *"Come si fa?".*

T.: *"Provi a chiudere gli occhi e cerchi di immaginare per un minuto una persona gentile, saggia e compassionevole. Pensi per un momento alle qualità ideali che*

*vorrebbe possedere essendo una persona compassionevole. Provi ad immaginarsi mentre diventa quella persona compassionevole ideale con quelle doti di compassione. Respiri lentamente e provi a sentire un senso di pace interiore crescente. Pensi a come le appare, agli atteggiamenti, al suo viso e alle sue espressioni”.*

P.: La paziente sospira.

T.: *“Può scegliere l’immagine che preferisce: una persona cara, un animale, qualsiasi cosa”.*

P.: *“Ok, sto immaginando il mio gatto, che era sempre molto caldo, affettuoso e presente con me...”.*

T.: *“Ora cerchi di osservare come si sente il suo corpo. Porti dentro di sé quell’immagine piena di benevolenza nei suoi confronti e la utilizzi nella vita di tutti i giorni”.*

P.: *“Quando dovrò farlo?”.*

T.: *“Ogni volta che si sentirà triste, angosciata, depressa faccia riaffiorare questa immagine. Inizialmente sarà difficile, ma con la pratica quotidiana riuscirà ad ottenere dei risultati per lei soddisfacenti”.*

P.: *“Credo di poterlo fare”.*

T.: *“Bene. Le farò vedere come il suo sistema calmante interno le sarà utile in molti modi e nelle circostanze più disparate”.*

La CFT si è rivelato decisamente utile per Francesca, in quanto è riuscita ad entrare in contatto con quella parte di sé benevola che la depressione aveva messo a tacere. La paziente mi ha riferito di averne tratto un grande giovamento.

## **9. Esito ed eventuali valutazioni psicometriche (test-retest)**

Alla fine della terapia, ho nuovamente somministrato alla paziente i test per la valutazione psicometrica effettuata all’inizio, qui riportati.

### **Profilo MMPI-2: Rapporto narrativo**

*L'intervistata ha risposto al test con sincerità e buona introspezione, sebbene ad un livello più profondo abbia presentato qualche difficoltà nell'accettare e nel comunicare le proprie eventuali problematiche emotive.*

*L'equilibrio timico (che valuta l'orientamento dell'umore) è compreso nei limiti della norma, anche se, in particolari condizioni di stress, possono essere presenti lievi note pessimistiche di fondo. La paziente appare comunque intraprendente ed entusiasmabile. Sembra valutare realisticamente le proprie possibilità e tende ad agire sulla base di una adeguata valutazione delle proprie capacità operative.*

*Si rilevano soddisfacenti capacità di inserimento nel gruppo, con una normale tendenza all'introversione sociale.*

*Le difese nei confronti dei propri disturbi e delle reazioni emotive, appaiono buone: vi è un sostanziale equilibrio tra le tendenze all'azione e la tendenze alla riflessione, anche se le prime tendono a prevalere leggermente.*

Di seguito sono riportati i punteggi e i profili.

Scale di base	Punti T
<b>L</b>	56
<b>F</b>	40
<b>K</b>	65

TABELLA 5. PUNTEGGI DELLE SCALE DI BASE

Scale cliniche	Punti T
<b>HS</b>	62
<b>D</b>	51
<b>HY</b>	61
<b>Pd</b>	52
<b>Mf-f</b>	31
<b>Pa</b>	42
<b>Pt</b>	51
<b>Sc</b>	55
<b>Ma</b>	41
<b>Si</b>	40

TABELLA 6. PUNTEGGI DELLE SCALE CLINICHE

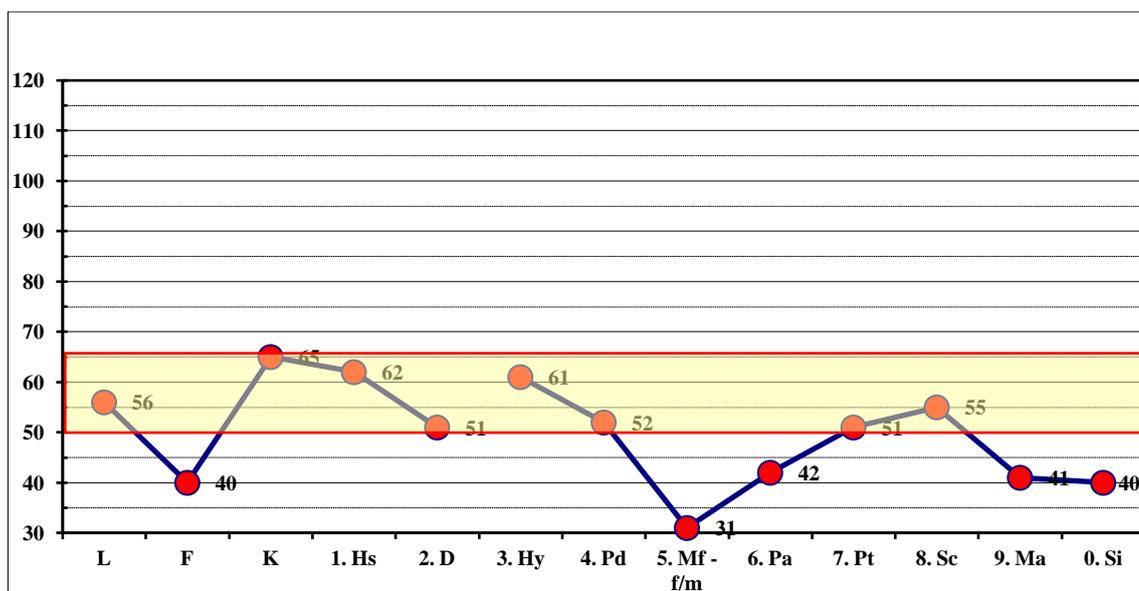


FIGURA 11. PROFILO SCALE FONDAMENTALI

Scale di contenuto	Punti T
ANX	35
FRS	52
OBS	35
DEP	38
HEA	47
BIZ	35
ANG	32
CYN	38
ASP	37
TPA	30
LSE	41
SOD	45
FAM	35
WRK	41
TRT	45

TABELLA 7. PUNTEGGI DELLE SCALE DI CONTENUTO

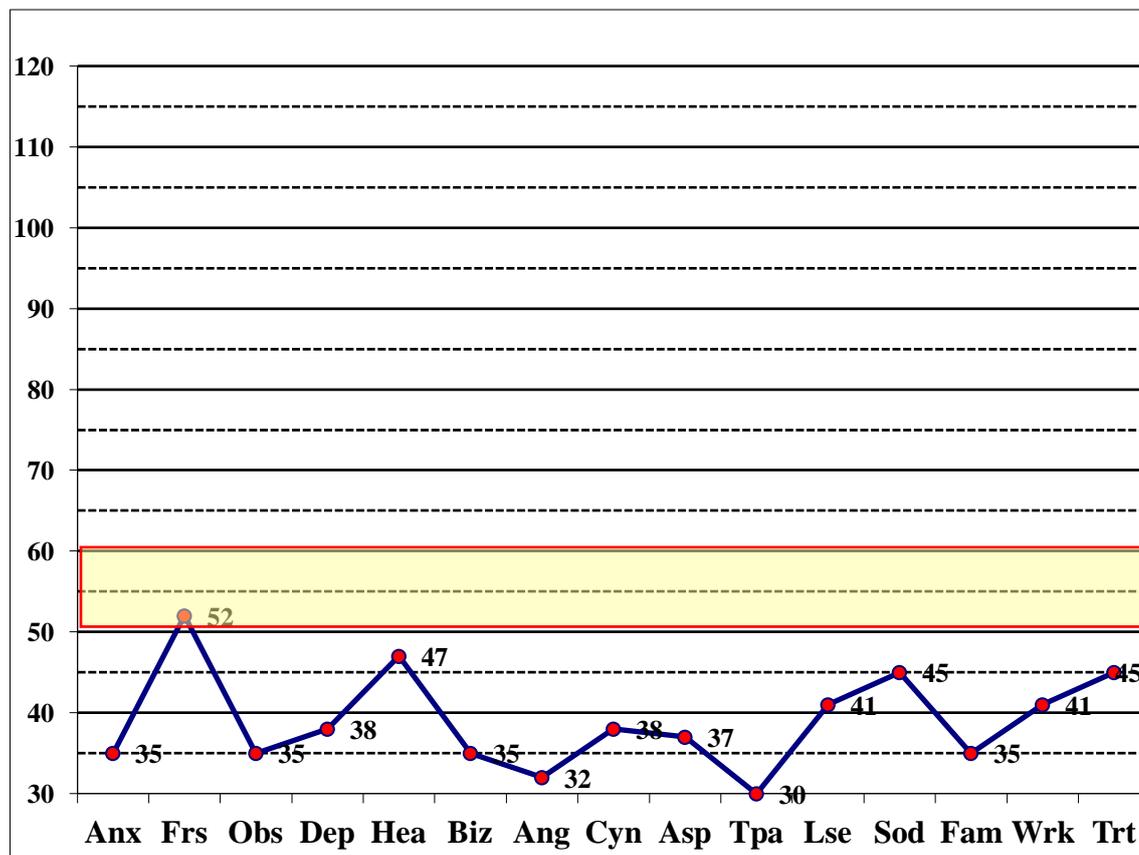


FIGURA 12. PROFILO SCALE DI CONTENUTO

### **Risultati del questionario BDI-II**

I risultati al BDI-II hanno evidenziato un punteggio di 6/36 (normale) relativamente al *fattore somatico-affettivo* e un punteggio di 0/27 (normale) per il *fattore cognitivo*, per un totale di un punteggio di 12/63. Il valore totale rientra nel range "Normale".

I range relativi al totale, per quanto riguarda le risposte delle donne al BDI-II, sono riportati qui di seguito:

- da 0/63 a 13/63 Normale
- da 14/63 a 17/63 Lieve
- da 18/63 a 19/63 Moderata
- da 20/63 a 63/63 Grave

### **Risultati della scala HAM-D**

La paziente ha raggiunto in questo test un punteggio totale pari a 6, che indica assenza di depressione. I range sono di seguito riportati:

- ≥ 25 depressione grave

- 18-24 depressione moderata
- 8-17 depressione lieve
- < 7 assenza di depressione

### ***Risultati della scala SDS***

Il punteggio del test SDS, pari a 28, indica punteggio nella norma.

Segue la lista dei range:

- 25 – 49 Normale
- 50 – 59 Lieve
- 60 – 69 Moderato
- 70 – 100 Grave

### ***Risultati del questionario SCL-90***

Durante l'assessment, la paziente aveva riportato punteggi significativi in 6 scale (Somatizzazione, Ossessione-compulsione, Sensibilità interpersonale, Depressione, Ansia, Ansia fobica). Al retest i punteggi relativi alle stesse scale sono risultati inferiori a 1.

### ***Risultati dei questionari STAI Y-1 e Y-2***

Allo STAI X-1 il punteggio è risultato pari a 30/80 (nullo o molto basso livello di ansia di stato). Allo STAI X-2 il punteggio è di 41/80 (livello medio-basso di ansia di tratto). I range sono i seguenti:

- 80-71 altissimo livello
- 70-51 livello medio-alto
- 50-31 livello medio-basso
- 30-20 nullo o molto basso

I dati raccolti nel corso del retest informano solo in parte sui miglioramenti ottenuti nel corso della terapia con Francesca.

In base agli obiettivi programmati all'inizio, abbiamo potuto considerarci soddisfatte del trattamento terapeutico: Francesca ha ripreso a svolgere le attività che svolgeva prima in casa, provando soddisfazione.

Insieme al marito hanno intrapreso nuove attività insieme, alcune molto divertenti e stimolanti, come frequentare un corso di cucina specifico per coppie. Mi ha raccontato, inoltre, di un viaggio che stavano programmando per capodanno.

La paziente è riuscita a crearsi uno spazio personale fatto di hobbies e attività per lei gratificanti. Ha appreso ad essere più assertiva, a dire di no quando non voleva fare una cosa, a comunicare desideri e sentimenti personali.

Grazie all'acquisizione di una nuova flessibilità psicologica, la paziente è stata capace di superare i dolori del passato e ha saputo ricostruire una vita piena di significato.

## **10. Follow up**

Quando stava per avvicinarsi la fine del trattamento ho spiegato alla paziente che era importante prevenire il rischio di ricadute. È stato fondamentale farle capire che interrompere bruscamente un trattamento poteva rivelarsi dannoso e quindi andava programmata una riduzione graduale della psicoterapia. Inizialmente ho visto la paziente una volta a settimana, per poi effettuare un colloquio ogni 15 giorni, poi uno al mese, uno ogni tre e infine uno dopo sei mesi.

Quando rivedo la paziente, l'umore è stabile e mi riferisce di sentirsi tranquilla e soddisfatta: *"finalmente riesco a godermi il mio spazio, senza sentirmi in colpa per gli altri"*. Riferisce di sentirsi più competente ed energica e mi comunica che vorrebbe iscriversi ad un corso di laurea per la terza età visto che le piacerebbe approfondire delle cose.

Le comunico la mia soddisfazione per i traguardi raggiunti e ho aggiunto che qualora se ne fosse presentata la necessità, io sarei stata disponibile per ulteriori colloqui e che avremmo affrontato la cosa come all'inizio, insieme.

Complessivamente la terapia è durata un anno e mezzo, durante il quale c'è stata solo un'interruzione legata alle mie ferie estive. La paziente ha rispettato il contratto terapeutico formulato a inizio trattamento e non ha mai saltato le sedute.

## **Appendice I: materiale fornito al paziente**

Nell'Appendice I vi è il materiale fornito alla paziente.

- Terapia cognitiva (opuscolo riassuntivo);
- Psicoeducazione depressione;
- Elenco attività piacevoli;
- Fiaba *“La principessa e il guerriero”*
- Assertività;
- Schema gerarchia del pensiero;
- Le emozioni negative;
- Schema delle emozioni.

## PSICOEDUCAZIONE SULLA DEPRESSIONE

È stata definita “il male del secolo”, se ne sente parlare sempre più spesso ma non tutti sanno davvero cosa sia. La depressione è una malattia del **tono dell’umore**, cioè di quella funzione psichica che accompagna l’adattamento al nostro mondo interno, psicologico e a quello esterno: il tono è alto quando siamo in condizioni piacevoli, va verso il basso quando viviamo situazioni sgradevoli. È corretto parlare di depressione solo quando il tono dell’umore perde **il suo naturale carattere di flessibilità**, cioè quando è sempre basso e non viene influenzato più dai fattori esterni favorevoli, provocando disagio e interferendo con le normali attività, la vita e la libertà di agire di una persona.

A volte si tende ad etichettare come “depressione” qualsiasi sentimento spiacevole, anche quando si tratta, invece, di rabbia, frustrazione, gelosia o paura. Più frequentemente viene chiamata “depressione” la presenza di sentimenti di tristezza e sconforto, in genere a causa di una delusione, di una perdita o di una serie di altri eventi e circostanze spiacevoli o anche per la presenza di fattori stressanti di minore intensità, ma continui. Si tratta di uno dei disturbi psicologici più diffusi nella popolazione e può colpire chiunque, indipendentemente dall’età, dal sesso, dal livello culturale e dallo status socioeconomico. Dagli studi scientifici emerge, però, che si manifesta maggiormente nelle donne rispetto agli uomini, infatti compare nel 25% delle donne e nel 12% degli uomini. Questa differenza sembra essere dovuta al fatto che le donne, rispetto agli uomini, hanno più frequentemente sentimenti di tristezza, sono più autocritiche e vengono maggiormente educate ad essere dipendenti. Gli uomini, invece, sembrano reagire ai vissuti depressivi soprattutto con comportamenti disfunzionali quali, ad esempio, l’uso di alcol e di droghe.

**L’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)** sostiene che la depressione, tra 20 anni, colpirà più di qualsiasi altra malattia e sarà un onere importante per le società. Inoltre, entro il 2020, diventerà il secondo più grave problema di salute per il genere umano. L’OMS sostiene che sono oltre 120 milioni le persone che

soffrono di depressione. **L'EURISKO** ha evidenziato, inoltre, come la depressione sia un fenomeno trasversale alle generazioni: colpisce, infatti, anche il 10% degli adolescenti.

Non è patologico avere delle leggere fluttuazioni dell'umore: la tristezza, se non è troppo intensa, può anche essere utile alla persona, in quanto porsi domande sul perché siamo tristi, ad esempio, può condurci a capire se abbiamo bisogno di qualcosa e può spingerci a trovare delle soluzioni ai nostri problemi.

La prima cosa che va esplicitata e chiarita è che la depressione è, innanzitutto, uno stato mentale e non una nostra debolezza o colpa. Caratteristica della depressione è la tendenza a valutare ogni situazione in maniera negativa e pessimistica, ecco perché essa rappresenta una patologia di schemi cognitivi, di pensiero e sensazioni che ti fanno sentire "giù di morale"; si verifica nel momento in cui hai la sensazione che tutti i sentimenti positivi circa il futuro siano spariti e ti senti incapace di apprezzare gli aspetti piacevoli della vita. La perdita della capacità di provare piacere, gioia, affetto e stupore prende il nome di ANEDONIA: tale fattore rappresenta il carattere principale della depressione.

Alcuni tipi di depressione derivano da particolari eventi della vita, altri invece sono il frutto di uno stile di vita stressante. Va detto, però, che la depressione è una patologia complessa e, in quanto tale, non ha un'unica causa ma è provocata da una serie di fattori che interagiscono fra di loro in modo sinergico:

- Debolezze genetiche
- Bassi livelli di serotonina (chiamato anche "ormone del buonumore")
- Alti livelli di cortisolo (chiamato anche "ormone dello stress")
- Lavoro difficile e frustrante
- Ambiente socio-familiare rigido
- Infanzia difficile
- Eccessive richieste verso se stessi
- Eccessiva criticità verso se stessi
- Difficoltà economiche
- Malattia
- Perdita del lavoro

- Lutti
- Conflitti di coppia

Questi fattori di ordine psicologico, biologico, sociale e culturale intervengono in misura diversa da caso a caso. Vediamo meglio nello specifico.

- **Squilibri biochimici** della chimica cerebrale.
- **Fattori ormonali** (come la sindrome premestruale).
- **Alcuni problemi di salute** possono influire in modo negativo sul tono dell'umore (l'ipotiroidismo, la sindrome da stanchezza cronica). Anche l'assunzione di certi farmaci come la pillola anticoncezionale può incrementare la tendenza a soffrire di depressione.
- **Fattori genetici:** chi ha un genitore che soffre di depressione maggiore ha una probabilità doppia di ammalarsi a sua volta di depressione rispetto ad una persona che ha un genitore non depresso.
- **Fattori stagionali:** la mancanza di luce e di sole favorirebbe lo scatenarsi di uno stato depressivo nelle persone predisposte.
- **Traumi nell'età dello sviluppo:** chi ha avuto durante l'età dello sviluppo esperienze difficili e dolorose come la morte di un genitore, può avere una fragilità psicologica che lo può predisporre a sviluppare la depressione. Anche l'abuso sessuale, fisico o psicologico, ci priva della necessaria autostima per affrontare le difficoltà della vita e ci predispone, a diventare un adulto depresso.
- **Fattori culturali:** la reazione a certi eventi è determinata non solo dalla personalità, ma anche dalla cultura di appartenenza. Per esempio, la menopausa in occidente viene vissuta come la perdita della giovinezza, della bellezza e del sex appeal, aspetti a cui la nostra cultura attribuisce un valore essenziale. Ecco perché la menopausa viene vissuta dalla maggioranza delle donne occidentali come una perdita di una parte molto importante della propria identità. In Cina, dove alla menopausa viene attribuita una valenza positiva di ingresso nel mondo della saggezza, la depressione da climaterio è molto più rara e le donne cinesi vivono la fine dell'età fertile con maggiore serenità.
- **Eventi stressanti:** la depressione può essere scatenata da alcuni eventi dolorosi come un licenziamento, un divorzio improvviso, la perdita di una

persona cara. Anche certi momenti della vita possono essere particolarmente delicati: la nascita di un figlio, l'entrata nella mezza età, la pensione, il momento in cui i figli se ne vanno di casa, ecc.

- **Fattori psicologici e cognitivi:** nell'insorgenza del quadro depressivo, infatti, riveste un ruolo cruciale il modo in cui la persona interpreta gli eventi e mobilita le risorse per far fronte ad essi. Ad esempio, si può perdere una persona cara e, dopo un periodo iniziale di sofferenza, reagire all'evento aumentando i comportamenti di autocura, migliorando le proprie relazioni interpersonali e definendo nuovi obiettivi personali. Al contrario, si può pretendere da se stessi comportamenti perfetti, rimproverarsi in modo eccessivo per piccoli errori e autopunirsi, favorendo, così, il mantenimento dell'umore depresso.

Quanto detto ci fa capire come la depressione non sia quindi, come spesso ritenuto, un semplice abbassamento dell'umore, ma un insieme di sintomi più o meno complessi che alterano anche in maniera consistente il modo in cui una persona ragiona, pensa e raffigura se stessa, gli altri e il mondo esterno. È una patologia dell'umore caratterizzata da un insieme di sintomi cognitivi, comportamentali, somatici ed affettivi che, nel loro insieme, sono in grado di diminuire in maniera da lieve a grave il tono dell'umore, compromettendo il funzionamento di una persona, nonché le sue abilità ad adattarsi alla vita sociale.

Sentirsi depressi significa vedere il mondo attraverso degli occhiali con delle lenti scure: tutto sembra più opaco e difficile da affrontare, anche alzarsi dal letto al mattino, fare una doccia, telefonare ad un amico, portare a passeggio il cane.

Molte persone depresse hanno la sensazione che gli altri non possano e non sappiamo comprendere il proprio stato d'animo e che siano inutilmente ottimisti.

È essenziale essere a conoscenza che esistono diversi tipi di depressione, vediamo i principali:

- **Depressione bipolare o maniacale:** abbiamo sensazioni di eccitazione, eccesso di energia, insonnia e impulsi a spendere molto denaro.
- **Depressione maggiore:** abbiamo tutta una serie di sintomi che ci impediscono e/o interferiscono con la nostra capacità di lavorare, studiare,

mangiare e godere di un'attività piacevole, abbiamo una perdita di interesse verso qualsiasi cosa. Tutto questo ci impedisce di funzionare normalmente. Più specificamente, quindi, la depressione si manifesta attraverso parecchi sintomi di tipo fisico, emotivo, comportamentale e cognitivo.

- I **sintomi fisici** più comuni sono: perdita di energie, senso di fatica, disturbi della concentrazione e della memoria, agitazione motoria e nervosismo, perdita o aumento di peso, disturbi del sonno (insonnia o ipersonnia), mancanza di desiderio sessuale, dolori fisici, senso di nausea, visione offuscata, eccessiva sudorazione, senso di stordimento, accelerazione del battito cardiaco e vampate di calore o brividi di freddo.
- Le **emozioni** tipiche sperimentate da chi è depresso sono: tristezza, angoscia, disperazione, senso di colpa, vuoto, mancanza di speranza nel futuro, perdita di interesse per qualsiasi attività, irritabilità e ansia.
- I principali **sintomi comportamentali** invece, sono: riduzione delle attività quotidiane, difficoltà nel prendere decisioni e nel risolvere i problemi, evitamento delle persone e isolamento sociale, comportamenti passivi, riduzione dell'attività sessuale e tentativi di suicidio.

Le persone che soffrono di depressione, inoltre, presentano un modo di pensare caratterizzato da regole o "filosofie di vita" disadattive, aspettative irrealistiche e pensieri spontanei negativi su se stessi, sul mondo e sul futuro. Le regole o "filosofie di vita" di queste persone risultano assolute, rigide e, quindi, non adattive. Chi ha la depressione fa riferimento a dei "doveri" che sente di dover assolvere per rispettare i propri valori (es. "Non posso sbagliare mai!", "Se non piaccio a qualcuno, non posso essere amato!", "Se fallisco in qualcosa vuol dire che sono un fallito!", "Se ho un problema da parecchio tempo significa che non potrò mai risolverlo!", "Non posso essere debole!"); inoltre, generalmente presenta **aspettative irrealistiche**: ha degli standard eccessivamente elevati sia nei confronti di se stesso, che degli altri. Crede, ad esempio, che fare errori sia assolutamente vietato, che non si possano avere conflitti e che bisogna essere sempre di buon umore. Altre persone depresse, invece, ritengono di non meritare nulla e accettano tutto quello che viene offerto loro senza ricercare qualcosa di migliore.

I pensieri spontanei che passano per la mente delle persone depresse, infine, generalmente rispecchiano la visione negativa che queste persone hanno di sé, del mondo e del futuro; chi ha **concezioni negative di sé, del mondo e del futuro** ne amplifica gli aspetti negativi e minimizza quelli positivi. Ad esempio, chi ha una concezione negativa di sé si focalizza solo sui propri difetti e si percepisce non amabile, incapace, fallito, stupido, brutto, debole o cattivo. Alcuni esempi sono: “Sono un totale fallimento!”; “Mia madre mi considera un perdente!”; “Di sicuro risulterò antipatico!”; “Niente va bene!”; “Quello che ho fatto non conta, tutti sarebbero in grado di farlo!”.

Ci sono, inoltre, alcuni comportamenti tipici delle persone depresse che favoriscono lo sviluppo di **circoli viziosi** e che, dunque, mantengono nel tempo l'umore depresso: questi comportamenti, riducendo la produttività lavorativa, il contatto con nuove esperienze e le attività ricreative, riducono anche la probabilità di provare emozioni piacevoli e di modificare le idee negative su se stessi, sul mondo e sul futuro. Alcune persone depresse, ad esempio, sperimentando molta fatica nell'affrontare le incombenze quotidiane (es. pagare le bollette, chiamare l'idraulico, far revisionare l'automobile), iniziano a rimandarle; in questo modo iniziano a sentirsi maggiormente incapaci e fallite. Questo evitamento mantiene la depressione in quanto non permette alla persona né di sperimentare brevi stati mentali positivi (es. un leggero senso di efficacia personale), né di verificare che, nella realtà, non è così incapace come pensa di essere. Spesso accade anche che le persone depresse, provando apatia e disinteresse per la maggior parte delle cose, smettano di uscire, evitino il contatto con le altre persone e trascorrono molto tempo libero in attività passive come guardare la televisione e stare a letto, rimuginando sui propri problemi ed assillando amici e conoscenti riguardo ad essi. Anche tali comportamenti mantengono la depressione in quanto impediscono alla persona di vivere esperienze gratificanti.

Detto questo, cosa bisogna fare? **RIBILANCIARE IL NOSTRO CERVELLO**

Dalla più assoluta e media normalità, fino alle situazioni più strane o fuori controllo, la mente non riesce a vedere se stessa. Il nostro vivere, il nostro essere persone che sentono, pensano e prendono iniziative non lo viviamo come

l'espressione dell'attività di una parte del nostro corpo, ma come se venisse da un livello diverso, da qualcosa che sta "intorno" alla mente, e non dentro.

Quando ci si giudica, il legame con il "se stesso" che si vede agire e sentire, e quindi soffrire, non consente un esame corretto dei meccanismi di funzionamento, anche se permette di riportare l'essenza del proprio malessere senza saperne il nome tecnico. Quando l'equilibrio è sufficientemente conservato, non si va troppo dietro alle proprie interpretazioni, e ci si regola piuttosto sull'evidenza dei fatti.

Poiché la mente non riesce a correggere automaticamente le proprie tendenze o insistere in direzioni che non gli sono congeniali, quando queste si irrigidiscono come espressione di un profondo malessere, tendiamo a rimanere intrappolati dentro a convinzioni o impressioni che ci mandano o ci tengono fuori strada.

Innanzitutto dobbiamo iniziare ad alleggerire il nostro stile di vita, nonché modificare il modo in cui guardiamo e interpretiamo le situazioni: facendo così si può riuscire a fare un respiro in più che ci farà sentire più liberi.

Quando avremo imparato a riconoscere quei pensieri e quei comportamenti che ci fanno stare/sentire male avremo la possibilità di scegliere una strada fatta sì di pensieri e comportamenti, ma differentemente dai primi capaci di neutralizzare lo stato di malessere che stiamo sperimentando e aiutarci ad uscire dal blocco depressivo creato proprio dalla nostra mente, la quale risulta essere piena di rimpianti: questo è il linguaggio che usa la depressione. Possiamo sentirla ogni volta che ci insultiamo, che ci perseguiamo, ogni volta che usiamo contro di noi il pugno di ferro. Allora perché non provare a parlare a noi stessi con più gentilezza e dolcezza? Perché non allenarci a guardare le cose da più punti di vista? Perché non guardare la nostra sofferenza con comprensione e com-passione?

Un maggiore senso di benessere e serenità lo si può raggiungere attraverso lo yoga, la meditazione, l'esercizio fisico, la light Therapy (ai cambiamenti di carattere fisico corrispondono modificazioni di ordine psicologico, soprattutto in persone sottoposte a stati di tensione) ma tutto questo da solo non basta; in alcuni casi occorre affidarci ai farmaci (che non devono essere visti come una minaccia) e alla psicoterapia.

Ma da che cosa parte, per la depressione, la psicoterapia cognitivo - comportamentale? Essa parte da tali considerazioni: quando soffriamo di depressione presentiamo, frequentemente, un'organizzazione di base

caratteristica, attraverso la quale costruiamo un'immagine di noi stessi, uno stile relazionale e delle aspettative nei confronti degli altri significativi che ci portano ad un percorso di vita che si struttura su sentimenti di inadeguatezza personale e solitudine. Ci percepiamo, con diversi gradi di consapevolezza, come incapaci di avere amore e attenzione per i propri bisogni più intimi e personali, costretti ad ottenere attenzione ed accettazione solo attraverso prestazioni socialmente apprezzabili anche a costo di doverci impegnare con fatica in compiti e ruoli estranei ai nostri desideri e alle nostre inclinazioni, destinati ad ottenere indifferenza o ostilità nel caso mostrassimo la nostra autentica natura. Talvolta, soprattutto in relazione ad eventi di grande risonanza emotiva, percepiti come conferma del proprio destino infelice, si manifestano profonde crisi personali, che possono arrivare ad avere una rilevanza clinica.

I passi previsti dalla psicoterapia cognitivo – comportamentale sono:

- capire come il modello cognitivo si applica al singolo caso e quindi istruire il paziente
- modificare i comportamenti
- imparare ad identificare e contrastare i pensieri disfunzionali
- imparare ad identificare e modificare gli errori di ragionamento e le pretese disfunzionali
- prepararsi ad affrontare il futuro senza ricadute nella depressione

L'approccio cognitivo – comportamentale alla depressione prevede l'utilizzo congiunto di tecniche comportamentali e cognitive.

Le **tecniche comportamentali** sono utili in quanto migliorano il livello di funzionamento, si oppongono al pensiero ossessivo, cambiano atteggiamenti disfunzionali e danno una sensazione di gratificazione. Queste tecniche vengono utilizzate per perseguire il PRIMO IMPORTANTE OBIETTIVO di spezzare i meccanismi che mantengono e aggravano la depressione, ossia il circolo vizioso fra passività, faticabilità, demotivazione, mancanza di piacere, pensieri negativi e umore depresso.

Le **tecniche cognitive** puntano a individuare e modificare le interpretazioni disfunzionali; permettono di entrare nell'organizzazione cognitiva del paziente. Il terapeuta cognitivo usa le tecniche per elicitare e testare i pensieri automatici,

oltre che identificare gli schemi. Tutto questo aiuta terapeuta e paziente a capire la costruzione della realtà da parte del paziente.

La terapia cognitivo – comportamentale modifica le modalità di pensare tipiche dello stato depressivo, (ad es. *“Se mi accade un evento negativo, poi me ne accadrà anche un altro, poi le cose andranno sempre peggio ed io non potrò farci nulla, perché sono impotente”*), può eliminare la cronicità per la malattia e può contribuire a prevenire le ricadute evitandole. Essa agisce cambiando la lettura delle esperienze negative, insegna a fronteggiarle, ad affrontarle e ad evitarle, aumenta la qualità di vita della persona e in particolare la capacità a procurarsi eventi positivi, primi fra tutti quelli sociali.

La persona viene messa nella condizione di trarre nuovamente soddisfazione e piacere dagli eventi positivi della vita, partendo dalle attività di tutti i giorni, viene posta nella condizione di poter attuare cambiamenti nella propria vita quotidiana, per evitare di incappare in eventi che possano condurre alla depressione.

È conoscendo la tipologia della depressione, lo stile cognitivo, il modo di pensare della persona che soffre che diventa possibile prevenire le ricadute e curare la depressione.

La psicoterapia porterà, gradualmente, a cambiare il modo di interpretare e valutare gli eventi di ogni giorno. Imparerai gradualmente non solo a “sentirti meglio”, ma a stare meglio, reagendo con più serenità e meno passività e/o aggressività e pessimismo alle contrarietà, spesso inevitabili, della vita. Troverai così nuova energia per cambiare ciò che desideri cambiare, riuscendo anche ad accettare ciò che non sei in grado di modificare.

Non è possibile uscire da una depressione, specie se grave, da soli, facendo ricorso alla forza di volontà. La depressione è un disagio psicologico decisamente importante: consigliare ad un depresso di “tirarsi su” o di “pensare positivo” o dirsi frasi di questo tipo, è efficace come consigliare ad una persona con una gamba rotta di alzarsi e camminare.

È importante sapere che dalla depressione non solo si può guarire, ma in molti casi, si può addirittura uscirne rafforzati. La depressione è un disagio esistenziale che porta con sé una possibilità di crescita e di riscatto e una forza innovatrice.

Spesso essa nasce da una parziale consapevolezza di essere intrappolati in una vita monotona e priva di piacere e da un'altrettanta consapevolezza di non poter controllare nulla. Non viviamo la nostra vita, ma viviamo la vita che gli altri hanno progettato e deciso per noi: tutto sembra vuoto e senza senso, perché non siamo in contatto con i nostri sogni e bisogni. La sofferenza della depressione rompe un equilibrio insoddisfacente, che magari durava da anni e spinge ad allargare i propri orizzonti e a trovare nuove strade.

La strada per vincere la depressione è imparare a scoprire se stessi, smettere di preoccuparsi in continuazione di quello che pensano gli altri e liberarsi di aspettative poco realistiche. Imparare ad ascoltarsi e prendere contatto con i propri sogni e desideri è il primo passo per stare meglio.

Proprio perché le persone depresse tendono ad avere un ipercriticismo verso se stesse, ad accusarsi oltre ogni evidenza, a notare maggiormente gli eventi negativi nelle situazioni quotidiane è fondamentale concentrarsi sugli sforzi che ogni giorno, momento per momento, mettiamo in atto per fare e dare del nostro meglio; impariamo ad apprezzare il nostro coraggio, la nostra volontà nel fare le cose.

Noi siamo come un piccolo fiore che ogni giorno necessita di una minima dose di acqua e non chiede di più. Ogni volta che il fiore riceve l'acqua ha più energia per stare dritto sul suo stelo. Ecco, per noi è la stessa cosa: solo spostando le lenti sugli aspetti positivi e gradevoli della nostra vita potremmo, pian piano, rialzare la testa. A testa alta ci sentiremo carichi... carichi di esperienze positive e pronti per essere aperti e in equilibrio.

Il risultato di tutto questo sarà quello di SENTIRCI MEGLIO e capaci di trovare le migliori modalità per affrontare e superare i problemi e le avversità.

Noi siamo il sostegno di noi stessi, il motore del nostro cambiamento e della nostra crescita.

## **Elenco delle possibili attività piacevoli**

1. Dare una mano a qualcuno
2. Fare attività di volontariato con anziani
3. Fare attività di volontariato con minori
4. Aiutare in parrocchia (centro ascolto, abiti usati, mercatini, ecc)
5. Programmare un viaggio
6. Andare in campeggio
7. Fare una gita giornaliera, o un pic-nic
8. Andare in un agriturismo
9. Andare a vedere una bella località
10. Andare ad una festa
11. Organizzare una festa con gli amici più cari
12. Fare giardinaggio
13. Curare i fiori sul balcone
14. Curare l'orto
15. Ascoltare musica
16. Leggere un libro
17. Leggere una rivista
18. Leggere un quotidiano
19. Guardare il telegiornale
20. Sorridere 🐾
21. Guardare un gioco a quiz
22. Guardare un film
23. Andare al cinema
24. Vedere un film in DVD
25. Fare una passeggiata in un parco 🐾
26. Fare una passeggiata in spiaggia
27. Fare una passeggiata per negozi
28. Andare in un centro commerciale
29. Cucinare
30. Imparare una nuova ricetta
31. Andare in libreria 🐾
32. Giocare ad uno sport
33. Assistere ad una gara sportiva
34. Fare sport con la WI
35. Fare un giro in bicicletta
36. Andare in mountain bike
37. Correre, fare jogging
38. Fare ginnastica
39. Fare immersioni subacquee
40. Giocare a carte
41. Andare in palestra
42. Andare a pescare
43. Andare a pattinare
44. Andare a giocare a bowling
45. Andare in barca
46. Andare a guardare un ruscello in montagna 🐾
47. Lavorare il legno, la pasta di sale o altro
48. Fare lavori in ceramica
49. Fare il decoupage
50. Dipingere o disegnare
51. Fare composizioni di vetro, mosaici
52. Giocare a dama, scacchi,
53. Fare composizioni di fiori secchi
54. Fare un corso di design floreale
55. Seguire un corso di lingua
56. Seguire un corso di uno strumento musicale
57. Fare un corso di ballo (tango, salsa, flamenco, danza del ventre ecc.)
58. Fare un corso di canto
59. Andare a cantare in un coro
60. Giocare con i bambini
61. Fare visita ad un amico
62. Comprarsi un tapis-roulant e/o cyclette (o altra macchina per fare sport) e farlo in casa
63. Navigare su internet
64. Guardare il tramonto o l'alba con qualcuno
65. Andare a teatro
66. Frequentare un corso di teatro
67. Usare la videocamera
68. Scrivere una lettera ad una persona cara

69. Leggere la posta
70. Visitare un posto nuovo
71. Andare a ballare
72. Fare un giro in auto
73. Visitare un museo, mostra
74. Andare ad un seminario
75. Fare un cruciverba
76. Andare in bicicletta
77. Andare a prendere qualcosa al bar
78. Andare a fare la spesa in un supermercato
79. Andare al mercato
80. Andare al ristorante con un'amica
81. Ascoltare musica di rilassamento
82. Pregare 🐾
83. Fare meditazione
84. Fare dei complimenti a qualcuno
85. Sognare ad occhi aperti 🐾
86. Avere fantasie sessuali
87. Fare l'amore
88. Avere un appuntamento di corteggiamento
89. Fare il bagno o la doccia
90. Riflettere sui risultati raggiunti al lavoro
91. Cominciare o continuare una collezione
92. Comparsi un vestito
93. Fare un idromassaggio
94. Andare dall'estetista
95. Andare in sauna
96. Comprarsi delle scarpe o accessori
97. Guardare una commedia
98. Fare un mazzo di fiori
99. Tagliare la legna
100. Andare ad un concerto
101. Andare ad uno spettacolo di beneficenza
102. Andare ad ascoltare un comico
103. Andare all'opera
104. Andare ad una manifestazione sportiva, politica, teatrale ecc
105. Ridipingere parte della propria casa
106. Spostare i mobili
107. Seguire la politica del proprio paese
108. Portare a passeggio il cane 🐾
109. Imparare qualcosa di utile per il proprio lavoro
110. Imparare ad usare il pc
111. Andare in piscina
112. Nuotare
113. Andare alle corse dei cavalli
114. Andare al casinò
115. Andare in discoteca
116. Leggere un libro di poesie
117. Scrivere poesie
118. Giocare con un cane o un gatto
119. Andare in un canile
120. Andare ad una funzione religiosa
121. Andare a fare un pellegrinaggio
122. Partecipare all'organizzazione di una pesca di beneficenza
123. Partecipare all'organizzazione di un incontro o festa di quartiere
124. Partecipare ad una campagna politica
125. Invitare un amico a cena e cucinare insieme
126. Vestirsi eleganti
127. Iscriversi ad un club
128. Scrivere un diario
129. Entrare in un'associazione culturale
130. Guardare foto ricordo fatte in passato e sistamarle
131. Andare a cavallo
132. Fare un puzzle

133. Accendere il fuoco nel camino
134. Organizzare un falò
135. Giocare a biliardo
136. Giocare a tennis
137. Andare a sciare
138. Andare a vedere automobili nuove
139. Giocare a golf
140. Fare una passeggiata in città
141. Andare allo zoo
142. Andare all'acquario
143. Fare una gita in montagna ↗
144. Lavorare a maglia
145. Imparare a cucire e a disegnare modelli
146. Leggere una fiaba ad un bambino
147. Congratularsi con qualcuno
148. Partecipare ad un'asta
149. Fare beneficenza
150. Ascoltare la radio
151. Pettinarsi i capelli o farsi un'acconciatura
152. Andare ad uno spettacolo di cabaret
153. Andare in mongolfiera
154. Fare yoga
155. Fare un corso di naturopatia
156. Fare un'arte marziale
157. Rastrellare le foglie
158. Terminare un compito iniziato da tempo
159. Cambiare un po' l'arredamento di casa
160. Andare a vedere un balletto
161. Far volare un aquilone
162. Fare una chiacchierata
163. Imparare una nuova canzone
164. Mettere in ordine qualcosa
165. Mangiare un dolce ↗
166. Andare al planetario
167. Fare un corso di candele
168. Prepararsi un tè
169. Visitare un sito archeologico
170. Saltare la corda
171. Andare sull'altalena
172. Comprare o costruire un regalo per qualcuno
173. Organizzare una festa
174. Comparsi un regalo
175. Sdraiarsi e prendere il sole
176. Fare una passeggiata con un cane
177. Imparare come funziona un apparecchio
178. Prendere un animale domestico ↗
179. Leggere un'enciclopedia
180. Restaurare un mobile
181. Incorniciare delle foto
182. Fare un barbecue
183. Giocare a pallacanestro
184. Mettersi la crema sul corpo
185. Farsi il manicure e il pedicure
186. Recitare
187. Giocare a pallavolo
188. Farsi un massaggio ↗
189. Fare tiro con l'arco
190. Giocare a pingpong
191. Guardare il cielo stellato ↗
192. Andare a prendersi un gelato ↗
193. Farsi una bella dormita
194. Farsi un bagno caldo
195. Farsi una tisana distensiva
196. Fare un giro in treno su un percorso panoramico
197. Far visita ad un parente
198. Andare a cercare funghi o erbe commestibili
199. Imparare il nome degli alberi o dei fiori
200. Guardare un documentario
201. Telefonare ad un programma televisivo o radiofonico
202. Fare shopping
203. Andare in pizzeria ↗

## LA PRINCIPESSA E IL GUERRIERO

(adattamento della dott.ssa Montano da: D. Bolelli, *La tenera arte del guerriero*, Castelvevchi Editore, Roma 1996)

Come tutte le fiabe che si rispettino, anche questa comincia con «C'era una volta...». È uno dei grandi miti universali che hanno fatto il giro del mondo, e che i nostri antenati si sono raccontati intorno al fuoco per innumerevoli secoli. È la storia di un guerriero che, per salvare la bellissima fanciulla prigioniera, deve affrontare il mostro che l'ha catturata e che ha posto fine alla carriera da aspiranti eroi di tutti coloro che fino ad allora hanno cercato di liberarla. I dettagli del mito cambiano da cultura a cultura, e da un'epoca all'altra; il mostro può essere il drago delle fiabe medievali o il cattivo di un film western; la storia è stata raccontata in centinaia di modi diversi, ma la sostanza non cambia.

Che gli autori delle varie versioni del mito ne fossero coscienti o meno, dietro a questa storia sta uno degli archetipi cosmici delle energie primordiali della vita, la sintesi alchemica degli opposti.

Come?!? Vuoi farci credere che uno degli arcani segreti dell'esistenza si trovi nella vecchia, pallosissima storia? Puoi giurarci! I più grandi miti universali non vengono tramandati nei secoli soltanto perché hanno avuto un alto indice di gradimento nel Paleolitico inferiore. Se un mito si diffonde nelle epoche e nello spazio, è perché ha in sé qualcosa che tocca il cuore degli esseri umani. Questa non è soltanto una storia, è una rivelazione di ciò che potremmo essere se avessimo il coraggio di vivere all'altezza delle nostre potenzialità. Il mito non è destinato solo ad artisti marziali o a fanciulle altezzose, ma parla per tutti gli esseri umani.

Il guerriero, il drago e la principessa sono immagini e simboli delle energie con cui gli esseri umani hanno a che fare tutti i giorni. Ogni essere vivente deve fronteggiare la sfida del drago. Il drago è formato da tutte le paure e i problemi che si presentano nella vita quotidiana. Il drago è ciò che si frappone fra noi e i nostri desideri. La nostra paura, rassegnazione e pigrizia alimentano il fuoco del drago. Ogni volta che pensieri come «vorrei tanto ma non posso» o «non ce la faccio» attraversano la nostra mente, il drago ci ha respinto.

Coloro che non sanno essere guerrieri, non possono che arrendersi di fronte ai problemi e vedere i propri sogni frustrati. Soltanto un guerriero può infatti avere la forza di affrontare il drago. L'eroe della storia (come in quasi tutte le leggende) è un guerriero, perché per sconfiggere il mostro che ci separa dalla mèta non basta essere gentili e di animo buono. Il drago non si sposta se glielo chiediamo per favore, l'eroe deve essere un esperto nell'arte della guerra per poter vincere il

conflitto. La forza, il coraggio, una volontà indomabile e l'abilità di un dio in battaglia sono le caratteristiche del guerriero. Queste qualità lo separano dagli uomini comuni e senza di esse nessun individuo può liberare la principessa.

Dove altri rinunciano alla sfida perché manca loro il coraggio di guardare il pericolo negli occhi, o vengono respinti dalla potenza combattiva e dell'apparente invincibilità del drago, il guerriero non ha paura di scendere in battaglia, né gli mancano le abilità marziali per abbattere il drago.

La fanciulla non è solo un ingrediente di contorno della storia, né un attraente scusa fornita all'eroe così che possa combattere. Il suo ruolo non è meno importante di quello del guerriero. Lei è tutto ciò che il guerriero non ha: sensibilità, creatività, dolcezza, capacità di sognare e gioire di ogni aspetto dell'esistenza. Se l'eroe è un maestro della guerra, lei è l'artista della pace. Il guerriero la salva dal drago, ma è lei che porta la felicità nella vita del guerriero, poiché il guerriero sa come combattere, ma lei sa come vivere. Fanciulla e guerriero, in realtà, non sono due entità separate, ma sono energie complementari. L'equilibrio di ogni essere umano, uomo o donna che sia, arriva solo quando la persona crea un'armonia tra il guerriero e la principessa interiori. Una delle tragedie dell'umanità è che moltissimi hanno perso per strada la capacità di essere guerrieri o principesse, accontentandosi di essere le ombre di ciò che potrebbero essere. Una delle tragedie delle arti marziali è che, sebbene ricordino lo spirito del guerriero, hanno perso per strada la principessa. Troppe energie maschili e poche energie femminili. Durezza, urla barbarici e sfoggio di muscoli hanno spesso il centro della scena, laddove lo sviluppo della personalità viene lasciato dietro le quinte. Gli aspetti più grezzi del guerriero sono quelli su cui più ci si concentra. La capacità di sconfiggere un avversario nel minor tempo possibile, la vittoria nei tornei e il costruirsi un ego monumentale sono le mètte di molti praticanti. Ma questi sono obiettivi più adatti a un bullo di strada che non a un artista marziale. Filosofia, arte, gentilezza e spiritualità formano la personalità di un artista marziale non meno che la tecnica di combattimento. A differenza di un semplice combattente di strada, che sa solo come randellare di botte qualcuno, l'artista marziale dovrebbe essere la sintesi vivente della potenza guerriera unita alla serenità d'animo femminile.

Storicamente, le donne contano su armi diverse dalla forza fisica. Ma le arti marziali possono fornire anche alle donne una grande occasione per entrare in contatto con la loro energia maschile, senza per questo doversi trasformare in energumeni. Avere fiducia nelle proprie possibilità di difendersi e combattere, rivestire un ruolo diverso da quello della preda o della vittima, fa svanire la paura. Quando sei consapevole di poter mettere a terra uomini grandi e grossi, qualcosa dentro di te comincia a rilassarsi, perché nel momento in cui conosci la misura

della tua forza, non hai più niente da dimostrare. Se sai combattere, la pace è una scelta. In questo modo, una donna può smettere di considerarsi debole e indifesa, sia nel corpo che nel carattere.

Tutti gli esseri viventi degni di questo nome dovrebbero diventare guerrieri. Azzardando un'affermazione forse eccessiva, direi che non si può godere di una vita completa se non si diventa guerrieri. No, non sto augurando a distinte signore e innocenti bimbi di trasformarsi in feroci barbari pronti a macellare i vicini di casa. Diventare guerrieri non significa che bisogna combattere né che bisogna praticare le arti marziali.

Il primo passo del guerriero è il rifiuto di dare via il proprio potere. Familiari, insegnanti, partiti politici, chiese, amici, amori... la lista di volontari che vorrebbe condizionare le nostre decisioni è lunga quanto le montagne scalate da Messner messe una sopra l'altra. Ma, indipendentemente dalle buone intenzioni, nessuna forma di condizionamento può aiutarci: né i dogmi delle autorità, né le pressioni emotive di chi sta vicino. Per questo è essenziale il guerriero. Diventare forti abbastanza da non lasciarsi tiranneggiare da niente e nessuno, né fisicamente né emotivamente, è ciò che ci permette di essere davvero liberi. Senza una volontà in grado di imporsi contro qualunque attacco, possiamo essere schiacciati dalle pressioni esterne in qualsiasi momento.

Il soldato, come ogni altro agente al servizio di poteri totalitari, è l'antitesi dello spirito del guerriero. Il guerriero si mangia un esercito per colazione, perché il guerriero è un individuo, mentre l'esercito è formato da numeri e "sissignore" senza carattere né personalità. Il guerriero non va a morire in una guerra in cui non crede. Mentre l'essenza del soldato sta nell'obbedire ed eseguire gli ordini senza pensare, la natura del guerriero è quella di scegliere. Il guerriero è padrone di se stesso. È anarchico nel senso migliore della parola. Segue i consigli di chiunque lo convinca e dà anima e corpo a chi tocca il suo cuore, ma nessuno può dargli ordini né obbligarlo contro la sua volontà.

Responsabilità è una parola che le cattive abitudini hanno reso equivoca. Normalmente, chiunque non venda la propria anima alla schiavitù di un lavoro economicamente rassicurante ma emotivamente ammorbante, viene accusato di irresponsabilità. Bugie, enormi bugie. Essere responsabili non vuol dire sacrificare la propria libertà all'altare del Dovere. Significa fare di tutto per rendere la nostra vita all'altezza dei nostri sogni. La quintessenza del guerriero sta nel giurare fedeltà alle proprie visioni. Siamo noi a creare il nostro ambiente: tutto ciò che ci sta intorno esiste perché noi accettiamo che sia così. La nostra casa, il nostro aspetto fisico, i nostri amici, il nostro lavoro, tutto è il risultato delle nostre scelte. Una volta capito questo, possiamo diventare artisti del vivere. Tutti i giorni, dovunque ci voltiamo, ci viene ripetuto che i nostri sogni sono utopie e che se

vogliamo avere successo dobbiamo lasciarli da parte e imparare ad accontentarci di mète più modeste. Sentiamo così tante volte questo messaggio che finiamo per crederci, e cominciamo a porre limiti inesistenti alle nostre vite. La rassegnazione diventa il nostro Dio. Prendiamo al volo ogni occasione in cui le cose non vanno esattamente come vogliamo e la usiamo come una prova inconfutabile del fatto che la vita è dura e non possiamo cambiarla. Ma se troviamo abbastanza fiducia in noi stessi da smettere di venerare i limiti che ci siamo autoimposti, possiamo trasformare la nostra vita e diventare la persona che vorremmo essere. Non esiste nessun premio per vivere un'esistenza infelice. La realtà a volte ci sbarra il passo con ostacoli e trappole ed è per questo che abbiamo bisogno del guerriero.

Il mito del guerriero non è destinato solo a chi si interessa di combattimento, ma riguarda tutti gli esseri viventi. Tutti sperimentano il conflitto tra la realtà e i propri desideri. Chi non ha uno spirito guerriero, subisce il conflitto. Il guerriero lo affronta. Senza guerriero, siamo in balia del Fato. Le nostre scelte non hanno potere. Molta gente si limita a sopravvivere, laddove il guerriero si apre una possibilità di scegliere il proprio destino. Non attende nella speranza che le cose accadano, ma le fa accadere. Certo può essere spaventoso pensare che tutto dipenda dalle nostre scelte. È molto più facile scaricare la responsabilità su qualcun altro. C'è qualcosa di rassicurante nel delegare il nostro potere di scelta ad altri e poter dare la colpa a loro quando le cose si mettono male. Se non ci sentiamo all'altezza, lamentarsi è sempre più facile che creare.

Ma questa è la via del codardo, non del guerriero. Il guerriero non si lamenta, né si mette nella condizione di poter incolpare gli altri per ogni problema. Il guerriero prende tutta la responsabilità su di sé. Non cerca giustificazioni per i suoi fallimenti. Nel basket, ad esempio, ci sono momenti in cui i giocatori cedono il passo ai guerrieri. Quando, a dieci secondi dalla fine, si gioca l'azione che decide l'esito della partita, il guerriero, anche se ha paura, vuole nelle sue mani la palla che scotta. Quando tutta la pressione è su di te e la paura ti urla nelle orecchie, lì si vede lo spirito guerriero. Non si diventa guerriero se non si prendono in mano le proprie paure e il proprio destino.

È naturale avere paura. Tutti gli esseri umani hanno paura di sbagliare e di dover pagare le conseguenze. Spesso nascondiamo le nostre paure, perché ci sentiamo incapaci di affrontarle, ma in questo modo la paura lavora dall'interno condizionando il nostro comportamento senza nemmeno esserne coscienti. La paura ci impone limiti che non ci appartengono. Il guerriero non ha paura di avere paura. La accetta, la guarda negli occhi e la sfida. Rifiutare di essere un ostaggio nelle mani della propria paura è l'azione di un guerriero. No, decisamente non sottovaluto lo sviluppo del guerriero. Ma poi? Se il guerriero venisse lasciato a se stesso, la vita sarebbe un campo di battaglia. Una volta che abbiamo coltivato la

forza di carattere e la volontà di un guerriero, ma non conosciamo la gentilezza, la morbidezza e l'amore di uno spirito gioioso, che cosa abbiamo guadagnato? Magari possiamo liberarci da tutti i tiranni esterni, ma se siamo rimasti i tiranni di noi stessi, siamo ancora in catene. Se la forza di un guerriero non è affiancata alla grazia e alla dolcezza della principessa, il guerriero non è molto di più di un killer: un dio quando combatte, ma incapace di creare. Può uccidere, ma non può dare vita. Conquista la libertà, ma non sa come usarla. Questo è il motivo per cui le rivoluzioni politiche inesorabilmente falliscono. Dopo aver abbattuto la dittatura, i rivoluzionari perdono il senso della propria esistenza. Una volta che hanno il potere di decidere della propria vita, non sanno più che fare. Finché c'è un tiranno da abbattere, tutti sono d'accordo e in fondo la vita è semplice. Ma quando il tiranno è morto e non è più tempo di lamentarsi ma di creare, cominciano i problemi. La guerra è facile, è la pace a essere difficile. Troppo occupati a combattere per coltivare abbastanza il proprio cuore e l'amore per la vita, i rivoluzionari si trasformano in oppressori perché non hanno mai ricevuto il bacio della principessa né hanno mai imparato da lei come vivere nella bellezza.

Un guerriero che non conosca la morbidezza è lontano dall'armonia quanto una principessa che non conosca la forza. Non è cosa da tutti essere sensibili, poetici e pacifici: ma se non sappiamo anche essere guerrieri, qualunque stronzo senz'anima ci può tiranneggiare. La principessa ha un cuore alato, l'immaginazione di una divinità onirica e l'abilità di rendere magica la vita di tutti i giorni, ma appena un ostacolo le sbarra il passo non è in grado di superarlo. Sa come sognare ma non sa camminare nel mondo. Poiché non è in grado di difendere il proprio spazio diviene una facile preda per il drago che la cattura e la rende prigioniera. Non è mai libera di scegliere senza la paura che qualcosa al di fuori del suo controllo frustra i suoi desideri. La paura la segue ad ogni passo. È la stessa paura provata dagli animali più piccoli quando sanno che, se incontrano un predatore, non hanno nessuna possibilità di affrontarlo. Non è una questione di muscoli, ma di attitudine. La paura non è solo quella dello scontro fisico, è molto più profonda. È l'angoscia che viene dalla mancanza di sicurezza, dalla poca fiducia nelle proprie capacità di affrontare i problemi, perché per troppo tempo siamo rimasti immobili nascondendo a noi e agli altri le nostre paure. Spesso persone con straordinarie abilità creative e con sensibilità fuori dal comune soffrono più di ogni altro perché i loro talenti non sempre funzionano nel mondo e manca loro la forza guerriera di affrontare gli ostacoli a viso aperto, lottando fino a superarli. Ma quando dentro al cuore di una persona la dolcezza creativa della principessa si accompagna al carattere di un guerriero, i limiti vengono trascesi e l'individuo muove i primi passi sulla pista da ballo della magia. L'unione tra femminile e maschile è l'unione tra volere e potere.

La principessa è la messaggera del cuore. Non ha bisogno della lente d'ingrandimento per vedere la differenza tra la vera vita e un'imitazione di plastica. Ci ricorda che non siamo parte di un ingranaggio televisivo né dell'arredamento di un ufficio. Ci fa sognare e fremere di passione, mostrandoci che vivere nella bellezza è nostro diritto e dovere, e che non dovremmo accontentarci di niente di meno della felicità. La creatività della principessa contrabbanda per noi immagini della vita dal migliore dei mondi possibili. Mettendo la propria forza al servizio dei nostri sogni, il guerriero l'aiuta a trasformare queste visioni in realtà. Con un ruggito rimuove tutti gli ostacoli, così da aprirci il cammino per rendere la nostra vita un'opera d'arte creata da una divinità felice.

Alcuni tra i più mitici guerrieri che popolano l'Olimpo delle arti marziali sono divenuti famosi non soltanto per la loro leggendaria abilità di combattenti ma anche per la serenità dei loro spiriti. Le loro descrizioni spesso coincidono. Uomini calmi, rilassati, pacifici, e pieni d'amore per ogni forma di vita. Hanno camminato lungo la via del guerriero perché ci vuole uno spirito indomabile se si vuole vivere al di sopra del conflitto, ma una volta raggiunto lo scopo, l'intensità da combattente viene messa a riposo per lasciare spazio alla gentilezza. Tengono la potenza guerriera a portata di mano in caso di bisogno, ma non hanno la rigidità di coloro che non si tolgono mai l'armatura.

Il femminile e il maschile si devono unire dentro di noi per regalarci il passaporto per il regno della felicità. La principessa disegnerà un sorriso sul volto del guerriero. Non c'è contraddizione tra la potenza guerriera e la tenerezza dei sentimenti. Il cuore del guerriero non è fatto per essere recintato da filo spinato. Il suo cuore è dolce. Per questo si diventa guerrieri, così da essere forti abbastanza da trasformare la nostra sensibilità in una fonte di gioia invece che di sofferenza.

## **APPRENDERE I DIRITTI ASSERTIVI E I LORO LIMITI**

Il concetto di diritto rappresenta uno dei principi basilari del training di assertività.

Per difendere i propri diritti il primo passo è proprio quello di avere ben chiaro quali essi siano.

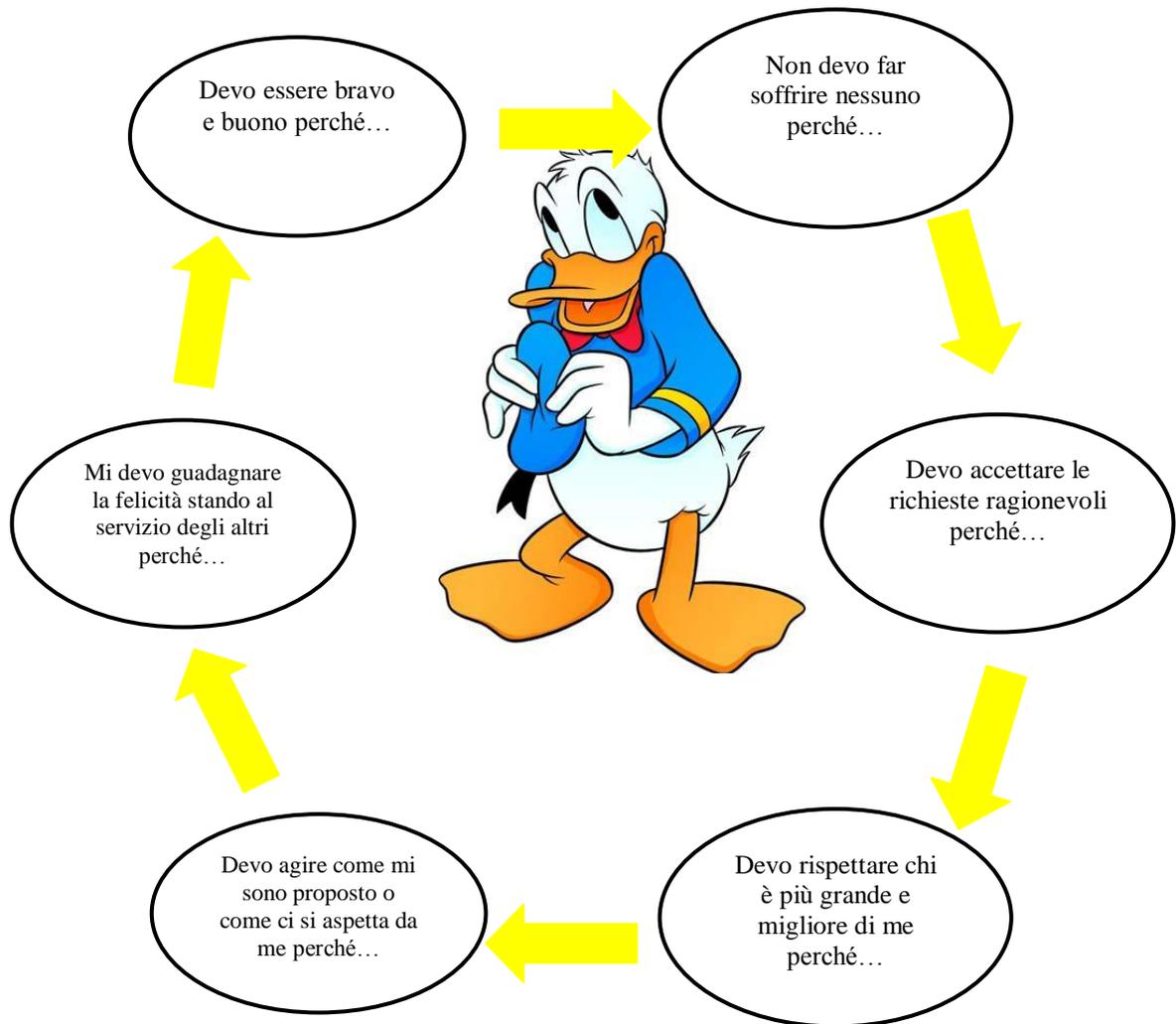
I diritti assertivi dovranno diventare le linee guida per i rispettivi comportamenti, ma è anche abbastanza facile capire che se non siamo convinti e consapevoli di avere dei diritti sarà difficile metterli in pratica.

Sapere che cosa possiamo chiedere, perché ci spetta di diritto, e che cosa invece non possiamo chiedere, perché invece leverebbe un diritto al nostro interlocutore, è l'unico modo per capire fino a che punto possiamo spingerci nella relazione con l'altro e quali sono le argomentazioni più efficaci per sostenere il nostro punto di vista.

Sostenere un proprio diritto o per lo meno pensare ai propri diritti, come ogni cosa nella vita, inizialmente può essere difficile, specialmente a causa dei lunghi anni passati a rinunciare ad essi.

Ricordatevi inoltre che è molto importante imparare ad allenare la nostra capacità di difenderli e sostenerli, anche in circostanze in cui la tentazione di lasciar perdere è molto forte!

## Le persone non assertive rimangono imprigionate dai loro “doveri”



## **I DIRITTI AFFERMATIVI di Smith**

1. Hai il diritto di essere il solo giudice di te stesso.
2. Hai il diritto di non giustificare il tuo comportamento, dando agli altri spiegazioni o scuse.
3. Hai il diritto di valutare e decidere se farti carico di trovare una soluzione ai problemi degli altri.
4. Hai il diritto di cambiare idea.
5. Hai il diritto di commettere errori, accettando di esserne responsabile.
6. Hai il diritto di dire "Non lo so".
7. Hai il diritto di sentirti libero dall'approvazione delle persone con cui entri in relazione.
8. Hai il diritto di apparire illogico nel prendere decisioni.
9. Hai il diritto di dire "Non capisco".
10. Hai il diritto di non essere perfetto.

## **Il comportamento passivo**

La persona passiva tende a inibire le proprie emozioni (rabbia, affetto, scontentezza, gioia, amore, etc.) a causa di momenti di imbarazzo, di tensione (ansia), o di sentimenti di colpa. Si sente spesso “oppressa” e intimorita dagli altri e si scusa eccessivamente, anche quando non è il caso. E’ inoltre spesso depressa, ha un basso concetto di sé o si vede in balia degli altri.

Il risultato è che una persona che si comporta in maniera passiva difficilmente riesce a soddisfare un suo bisogno e/o desiderio, ad instaurare rapporti con gli altri, a dire la sua opinione, ad accettare un complimento senza sminuirlo, etc.

Possiamo considerarci passivi se:

1. Subiamo gli altri
2. Abbiamo difficoltà nel fare richieste
3. Abbiamo difficoltà nel rifiutare richieste, non riusciamo a dire di “no”
4. Abbiamo difficoltà nel fare o accettare complimenti
5. Abbiamo difficoltà nel comunicare agli altri ciò che pensiamo
6. Abbiamo difficoltà nel comunicare agli altri i nostri sentimenti o ciò che proviamo
7. Cerchiamo di evitare il conflitto
8. Abbiamo difficoltà nel prendere decisioni
9. Abbiamo spesso paura di sbagliare
10. Dipendiamo dal giudizio altrui
11. Abbiamo bisogno dell’approvazione altrui
12. Ci scusiamo spesso anche quando non è il caso
13. Proviamo disagio in presenza di persone che non conosciamo bene
14. Dopo aver “agredito” una persona, ci sentiamo in colpa

## **Il comportamento aggressivo**

La persona che si comporta in maniera aggressiva riesce spesso a realizzare i suoi desideri, ma a spese degli altri, rovinando così il suo rapporto con loro. Con più frequenza di altre persone cerca di risolvere situazioni problematiche con la violenza (verbale e fisica), mettendo così a disagio gli altri o offendendoli. Lascia poco spazio agli altri e tende, anche inavvertitamente, ad imporsi in continuazione. Non ammette quasi mai di avere torto. Le sue “esplosioni” ripetute ne fanno una persona molto spesso evitata dagli altri e, dato il suo scarso successo sociale, una persona generalmente insoddisfatta di sé.

Possiamo considerarci aggressivi se:

1. Vogliamo che gli altri si comportino come fa piacere a noi
2. Non modifichiamo la nostra opinione su qualcuno o qualche cosa
3. Ci capita spesso di scegliere per gli altri senza ascoltare il parere dei diretti interessati
4. Prevarichiamo, dominiamo e manipoliamo
5. Siamo ostili in modo imprevedibile
6. Non accettiamo di poter sbagliare
7. Non chiediamo “scusa” per un nostro eventuale errato comportamento
8. Non ascoltiamo gli altri mentre parlano
9. Manchiamo di obiettività nell’esprimere pareri e valutazioni
10. Non riconosciamo i meriti altrui
11. Interrompiamo frequentemente il nostro interlocutore
12. Giudichiamo gli altri e/o li criticiamo
13. Usiamo “strategie colpevolizzanti o inferiorizzanti”
14. Ci consideriamo i “migliori”
15. Abbiamo scarsa fiducia e stima dei nostri interlocutori, siano essi figli, partner o colleghi

## **Il comportamento assertivo**

Per comportamento assertivo o affermativo si intende un comportamento sociale che implica un'onesta espressione dei propri sentimenti, bisogni, preferenze, opinioni, critiche, etc., in modo socialmente adeguato e senza imbarazzo o sentimenti di colpa.

La persona assertiva agisce per ottenere ciò che desidera e ritiene opportuno per sé, pur rispettando i diritti (e non necessariamente i desideri) degli altri. Ha poca ansia o imbarazzo nei rapporti con le altre persone, e conserva una buona opinione di sé, anche quando non riesce a raggiungere il proprio obiettivo (non si denigra, non mette in discussione il proprio valore, anche se ha un episodio di "fallimento", o non successo).

Possiamo considerarci assertivi se:

1. Sappiamo riconoscere ed esprimere le nostre emozioni
2. Siamo onesti con noi stessi e con gli altri
3. Viviamo relazioni in modo aperto e disponibile
4. Rispettiamo la nostra salute
5. Accettiamo il punto di vista altrui
6. Non giudichiamo
7. Non inferiorizziamo o colpevolizziamo gli altri
8. Ascoltiamo gli altri, ma decidiamo in modo autonomo
9. Siamo pronti a cambiare la nostra opinione (non siamo rigidi)
10. Non permettiamo agli altri di manipolarci
11. Non pretendiamo che gli altri si comportino come fa piacere a noi
12. Ricerchiamo la collaborazione di altre persone
13. Ci autovalutiamo in modo adeguato
14. Abbiamo una buona stima di noi stessi
15. Abbiamo un buon senso di autoefficacia

## SCHEMA DELLA GERARCHIA DEL PENSIERO

### Pensieri volontari

Pensieri automatici

Pensieri superficiali

Opinioni, regole, valori  
Assunzioni

Credenze intermedie

Schemi  
*Core beliefs*  
Credenze di base

Credenze profonde

## LE EMOZIONI NEGATIVE

### Alcune parole per riconoscere meglio le emozioni negative

Emozioni	Parole che esprimono l'emozione
<b>Rabbia</b>	Pazzo, inquietato, adirato, risentito, irritato, esasperato, arrabbiato, furioso, turbato, incazzato, alterato
<b>Ansia</b>	Preoccupato, timoroso, preso dal panico, terrorizzato, pauroso, spaventato, nervoso, apprensivo, inquietato, agitato
<b>Imbarazzo</b>	Stupido, impacciato, confuso, inadeguato
<b>Senso di colpa</b>	Pieno di vergogna, sentirsi in colpa, cattivo
<b>Senza speranza</b>	Scoraggiato, pessimista, sfiduciato, impotente, disperato
<b>Solitudine</b>	Abbandonato, solo, rifiutato, indesiderato, respinto, isolato
<b>Tristezza</b>	Dispiaciuto, giù, infelice, melanconico, depresso, deluso, ferito
<b>Stress</b>	Sopraffatto, sotto pressione, teso, soffocato, stressato

## LO SCHEMA DELLE EMOZIONI (Beck, J., 2002)

Rabbia	Tristezza	Ansia
1. Il fratello dice che sta andando a trovare gli amici	1.Mamma non richiama	1. Alzare la mano in classe
2. La compagna di stanza non restituisce il libro	2.Riunione del dormitorio-nessuno presta attenzione a me	2. Scrivere il compito di economia
3. La compagna di stanza ascolta la musica a volume troppo alto	3. Un brutto voto	3.Chiedere ad un amico di andare a cena

### *Emozioni negative (Beck, J., 2002)*

- Tristezza, sentirsi giù, solitudine, infelicità
- Ansia, preoccupazione, paura, sentirsi spaventato, sentirsi teso
- Rabbia, essere infuriato, irritazione, essere seccato
- Provare vergogna, imbarazzo, sentirsi umiliato
- Delusione
- Gelosia, invidia
- Sentirsi in colpa
- Sentirsi ferito
- Essere sospettoso

## **Appendice II: homework della paziente**

Nell'Appendice II sono contenuti tutti gli homework svolti dalla paziente, in linea con quanto svolto durante il trattamento.

- Diario settimanale delle attività (inizio trattamento e fase avanzata);
- Esercitazione sull'assertività;
- Problem solving;
- Identificazione distorsioni cognitive;
- RPD (a 4 e 6 colonne);
- Esaminare l'evidenza;
- Scheda delle credenze di base;
- Scheda di sintesi dell'ATT;
- Lettera compassionevole.

### Diario settimanale delle attività (inizio trattamento)

ORA	LUNEDI'	MARTEDI'	MERCOLEDI'	GIOVEDI'	VENERDI'	SABATO	DOMENICA
7-9	Dormo	Dormo	Dormo	Dormo	Dormo	Dormo	Dormo
9-11	Mi siedo sul divano	Mi siedo sul divano	Mi siedo sul divano	Mi siedo sul divano	Mi siedo sul divano	Mi siedo sul divano	Mi siedo sul divano
11-12	Guardo la TV	Porto mia madre dal dottore	Sulla poltrona	Pulizie	Poltrona	Guardo la TV	Faccio un bagno
12-13	Poltrona Pranzo	Poltrona Pranzo	Poltrona Pranzo	Poltrona Pranzo	Poltrona Pranzo	Poltrona Pranzo	Poltrona Pranzo
13-14	Poltrona	Mi riposo	Poltrona	Mi riposo	Mi riposo	Mi riposo	Letto
14-15	Letto	Letto	Letto	Letto	Letto	Letto	Letto
15-16	Guardo la TV	Guardo la TV	Guardo la TV	Guardo la TV	Guardo la TV	Guardo la TV	Guardo la TV
16-17	Guardo la TV	Guardo la TV	Stiro	Guardo la TV	Guardo la TV	Guardo la TV	Guardo la TV
17-18	Chiacchiero con mio marito	Guardo la tv	Sistemo casa	Guardo la tv Chiacchiero con mia madre	Guardo la TV con mia madre	Guardo la tv	Dormo
18-19	Torno a casa Mi siedo sul divano	Guardo la tv con mio marito	Guardo la tv con mio marito	Guardo la tv con mio marito	Guardo la tv con mio marito	Guardo la tv con mio marito	Guardo la tv
19-20	Preparo la cena	Preparo la cena	Preparo la cena	Preparo la cena	Preparo la cena	Preparo la cena	Preparo la cena
20-21	Cena Guardo la tv	Cena Guardo la tv	Cena Guardo la tv	Cena Guardo la tv	Cena Guardo la tv	Cena Guardo la tv	Poltrona
22-24	Mi metto a letto Dormo	Mi metto a letto Dormo	Mi metto a letto Dormo	Mi metto a letto Dormo	Mi metto a letto Dormo	Mi metto a letto Dormo	Mi metto a letto Dormo
24-7	Dormo	Dormo	Dormo	Dormo	Dormo	Dormo	Dormo

## Diario settimanale delle attività (trattamento in fase avanzata)

ORA	LUNEDI'	MARTEDI'	MERCOLEDI'	GIOVEDI'	VENERDI'	SABATO	DOMENICA
7-9	Dormo	Dormo	Dormo	Dormo	Dormo	Dormo	Dormo
9-11	Colazione Pulizie	Colazione Pulizie	Colazione Pulizie	Colazione Lavatrice	Colazione Pulizie	Colazione Pulizie	Colazione passeggiata con mio marito
11-12	Mercato	Da Ikea con mio figlio	Sulla poltrona	Supermercato	Poltrona	Spesa con Luigi	Al lago con Luigi
12-13	Preparo il pranzo pranzo	Da Ikea con mio figlio	Preparo il pranzo pranzo	Preparo il pranzo pranzo	Preparo il pranzo pranzo	Preparo il pranzo pranzo	A pranzo fuori con mio marito
13-14	Chiacchiere con mio figlio	Al Mc Donald's con mio figlio	Guardo la tv	Guardo la tv	Guardo la tv	Guardo la tv	A pranzo fuori con mio marito
14-15	Leggo un libro	Compere con Valerio	Leggo un libro	Leggo un libro	Leggo un libro	Leggo un libro	Mi riposo
15-16	Guardo la TV	Compere con mio figlio	Guardo la TV	Guardo la TV	Guardo la TV	Guardo la TV	Guardo la TV
16-17	Porto il cane fuori	Mi riposo	Porto il cane fuori	Porto il cane fuori	Porto il cane fuori	Porto il cane fuori	Porto il cane fuori
17-18	Corso di cucina con mio marito	Porto il cane fuori	Corso di cucina con mio marito	Faccio un dolce	Vado a trovare mio fratello	Manicure	Leggo un libro
18-19	Spesa	Dal parrucchiere	Guardo la tv con mio marito	con mio marito	Passeggiata con mia madre	Dal parrucchiere	Faccio un bagno
19-20	Preparo la cena con mio marito	Preparo la cena	Preparo la cena	Preparo la cena	Preparo la cena	Mi preparo per uscire	Preparo la cena con mio marito
20-21	Cena Guardo la tv	Cena Guardo la tv	Cena Guardo la tv	Cena Guardo la tv	Cena Guardo la tv	In pizzeria io, mio marito e mio figlio	Cena Guardo la tv
22-24	Mi metto a letto Dormo	Mi metto a letto Dormo	Mi metto a letto Dormo	Mi metto a letto Dormo	Mi metto a letto Dormo	Mi metto a letto Dormo	Mi metto a letto Dormo
24-7	Dormo	Dormo	Dormo	Dormo	Dormo	Dormo	Dormo

## ESERCITAZIONE SULL'ASSERTIVITÀ

Per riuscire a rendere proprio uno stile assertivo, è necessario imparare a distinguere il comportamento affermativo da quello passivo e aggressivo. Attraverso questo esercizio puoi imparare ad analizzare le singole reazioni.

<b>Evento:</b> - dove - con chi - quando - come (cosa è accaduto)	<b>Comportamento e comunicazione messi in atto</b>	<b>Se fossi stato/a assertivo/a avrei detto/ fatto...</b>
<i>Mio marito è indeciso su che camicia indossare e mi chiede un consiglio</i>	<i>Io gli rispondo bruscamente: "Mettiti quella che ti pare, che ne posso sapere io".</i> (COMUNICAZIONE AGGRESSIVA)	<i>"Perdonami, ma in questo momento non so davvero cosa consigliarti".</i>
<i>Mia madre mi chiede di accompagnarla al parco, ma io non ne ho voglia.</i>	<i>Rispondo di sì, anche se vorrei starmene a casa.</i> (COMUNICAZIONE PASSIVA)	<i>"Mi dispiace mamma, ma oggi non me la sento di accompagnarti. Riparliamone domani".</i>
<i>Mio figlio dopo essere tornato a casa, va di corsa in camera e sbatte la porta. Io gli chiedo cosa succede e lui mi dice: "Fatti i fatti tuoi"; la cosa mi ferisce molto</i>	<i>Non dico nulla.</i> (COMPORTAMENTO PASSIVO)	<i>"Mi è dispiaciuto il modo in cui mi hai risposto; non volevo essere invadente, ero semplicemente preoccupata".</i>

## PROBLEM SOLVING

### 1. DEFINIZIONE DEL PROBLEMA E DEGLI OBIETTIVI

La prima cosa da fare è individuare il problema. Discuteremo insieme sull'identità del problema che lei porrà e ne daremo una definizione chiara e precisa:

*Appena sveglio, mi alzo e mi siedo sulla poltrona, senza nemmeno fare colazione e sto lì fino a pranzo.*

Il principale ostacolo è *La sonnolenza.*

L'obiettivo o gli obiettivi che voglio pormi per risolvere il problema: *Alzarmi dalla poltrona e dare un senso alla giornata.*

### 2. FORMULAZIONE DELLE ALTERNATIVE

Questa fase, detta anche brainstorming, è quella in cui vengono prodotte più soluzioni possibili, senza valutarle, giudicarle, criticarle e analizzarle. Tenga presente che non deve escludere niente, in quanto tutto è possibile.

Ora indichi tutte le soluzioni che le vengono in mente:

1. *Chiedere a mio marito di farmi trovare la colazione pronta*
2. *Scrivere, ogni sera, un programma per la giornata*
3. *Mettere una sveglia che suona dopo 10 minuti che sono seduta sulla poltrona*
4. *Programmare un'attività con mio marito*
5. *Prendermi l'incarico di portare fuori il cane*

### 3. DECISION MAKING

Quando si naviga si decide una rotta e una rotta si può correggere perché sappiamo quanta strada abbiamo fatto e in che direzione e, quindi, dove ci troviamo.

Questa è la fase della valutazione delle possibili soluzioni alternative e della scelta di quella che riteniamo essere la strategia più efficace e più realizzabile.

Di seguito, elenchi quali soluzioni sono per lei più valide, tenendo conto delle relative conseguenze:

1. *Scrivere, ogni sera, un programma per la giornata*
2. *Mettere una sveglia che suona dopo 10 minuti che sono seduta sulla poltrona*

Ora, tra queste, scelga quella che le sembra più efficace e che, con maggiore probabilità, metterà in pratica:

*Scrivere, ogni sera, un programma per la giornata.*

#### **4. ESECUZIONE DEL PIANO**

Ora è arrivato il momento di valutare se la soluzione scelta abbia avuto successo o meno. Di seguito scriva una valutazione rispetto alla soluzione scelta e messa in pratica:

*La soluzione adottata ha avuto successo: grazie al programma fatto ogni sera, sono riuscita a trascorrere sempre meno tempo sulla poltrona; infatti ho iniziato a fare diverse cose nell'arco della giornata, così come si può vedere dal diario settimanale.*

## IDENTIFICARE LE DISTORSIONI COGNITIVE SECONDO BECK

Tutti noi tendiamo a fare continui errori di pensiero. Quando abbiamo un pensiero automatico, possiamo provare ad identificare mentalmente, verbalmente o per iscritto, il tipo di errore che stiamo facendo. Gli errori di pensiero più comuni sono riportati qui di seguito.

### 1. **PENSIERO “TUTTO O NULLA”** (chiamato anche pensiero bianco o nero, polarizzato o dicotomico)

Vediamo una situazione in soli due modo contrapposti, in due categorie, invece che in un *continuum*.

Gli eventi vengono visti come tutti bianchi o tutti neri, buoni o cattivi.

Si ha un'insistenza su scelte e valutazioni estreme. Ci possiamo sentire perfetti o completamente imperfetti. Non esiste una via di mezzo. Quando usiamo il pensiero “tutto o nulla” seguiamo binari prestabiliti e rigidi. Siamo sulla logica del “o...o”.

Esempi:

- a. “O fai quello che ti dico, o non ci vediamo mai più”
- b. “Se non mi realizzo nel lavoro, la mia vita sarà un completo fallimento”.
- c. “Siete con me o contro di me?”
- d. *O mi riprendo o mio marito mi lascerà.*

### 2. **PENSIERO CATASTROFICO** (chiamato anche predizione del futuro)

Prediciamo il futuro in maniera negativa senza considerare altri possibili esiti o sviluppi. Ci si aspetta in continuazione che avvenga un disastro. Siamo sempre all'erta perché ci aspettiamo che arrivi da un momento all'altro la temuta tragedia. “Che ne sarà di noi?”. Pensando in questo modo al futuro si creano intense reazioni di ansia.

Esempi:

- a. “Ho un neo, si trasformerà sicuramente in un tumore”
- b. “Se all'ora di pranzo non è tornata a casa è perché sicuramente ha avuto un incidente”
- c. “Sarò così agitato che non sarò in grado di agire adeguatamente”
- d. *Se mio figlio non è tornato a casa starà sicuramente male.*

### 3. **SQUALIFICARE O SVALUTARE IL POSITIVO**

Irragionevolmente ci diciamo che le nostre esperienze, azioni o qualità positive non contano, non hanno valore o, nello stesso modo, rifiutiamo o svalutiamo il nostro fisico o parti di esso, non attribuendogli alcun valore.

Esempi:

- a. “Ho realizzato bene quel progetto, ma questo non vuol dire che sono competente, ho semplicemente fortuna”
- b. “Ho eseguito bene questo compito, ma tutti ne sarebbero capaci”
- c. “Tutti mi dicono che ho dei begli occhi, ma per me non è così”
- d. *Mi fanno i complimenti ma non li merito perché valgo poco.*

#### 4. RAGIONAMENTO EMOTIVO

Pensiamo che qualcosa sia vera solo per il fatto che “sentiamo” (in realtà crediamo) fortemente che è così, ignorando, svalutando o minimizzando tutto ciò che prova il contrario.

Esempi:

- a. “Mi sento stupido e insignificante”. Il fatto di “sentire” qualcosa non significa affatto che sia vero.
- b. “Lo sentivo che alla fine mi avrebbe abbandonato”
- c. “So di far bene molte cose al lavoro ma mi “sento” lo stesso un fallimento”
- d. *Mi sento spenta e vuota.*

#### 5. ETICHETTAMENTO

Tendiamo ad attribuire a noi stessi e agli altri etichette globali, rigide, senza considerare che l’evidenza potrebbe condurre più ragionevolmente a conclusioni meno drastiche o disastrose. diamo, infatti, giudizi ad un evento o a una persona basandoci su una o poche caratteristiche che li riguardano.

Esempi:

- a. “Paola è stata una perdente dal primo giorno che l’ho conosciuta”
- b. “Io sono un buono a nulla”
- c. *Sono inutile.*

#### ESAGERAZIONE/MINIMIZZAZIONE

Quando valutiamo noi stessi, un’altra persona o una situazione, esageriamo irragionevolmente il negativo e/o minimizziamo il positivo.

Esempi:

- a. “Se ottengo una valutazione mediocre, questo prova quanto io sia inadeguato”
- b. “Se ottengo un voto alto, non significa che sono brillante”
- c. *Se ho ottenuto qualcosa con mio figlio non è perché sono stata una buona madre con lui.*

#### 6. FILTRO MENTALE (chiamato anche astrazione selettiva)

Prestiamo un’attenzione ingiustificata ad un unico dettaglio negativo invece di considerare e valutare adeguatamente tutto l’insieme.

Esempi:

- a. “Ho un solo voto basso nella mia valutazione (in cui ci sono però numerosi voti alti), divento triste perché penso di aver fatto un pessimo lavoro”
- b. “Tutti mi hanno fatto i complimenti per le scarpe nuove, ma a Marzia non sono piaciute. Quel solo giudizio negativo cancella tutti gli altri, rendendomi insoddisfatta”
- c. ....

## 7. LETTURA DEL PENSIERO

Crediamo di sapere quello che gli altri pensano e provano, o il motivo per cui agiscono in un certo modo evitando di considerare più probabili possibilità. In particolare diventiamo abili a prevedere quello che una persona pensa di noi (palla di vetro).

Esempi:

- a. “Anche se lei mi sorride, io so che non le piaccio”
- b. “Non mi ha salutato perché non mi ritiene un suo amico”
- c. *Mio marito mi abbraccia, ma so che non ha più pazienza.*

## 8. IPERGENERALIZZAZIONE

Tendiamo ad arrivare a conclusioni di carattere generale in maniera affrettata, allontanandoci dalla situazione concreta e attuale.

Esempi:

- a. “Siccome non mi sono sentito a mio agio alla festa, penso: Non ho ciò che ci vuole per fare amicizia”
- b. “Mi tratta sempre male”
- c. “Non mi ascolta mai”
- d. *Non starò mai bene.*

## 9. PERSONALIZZAZIONE

Crediamo che gli altri si comportino negativamente a causa nostra, senza prendere in considerazione spiegazioni più plausibili per il loro comportamento.

Esempi:

- a. “Il tecnico riparatore è stato sgarbato con me perché ho fatto qualcosa di sbagliato”
- b. “Papà beve perché sono cattivo”
- c. “Mi tratta male perché non valgo nulla”
- d. *Mio figlio è nervoso a causa mia.*

## 10. AFFERMAZIONI “DOVREI” E “DEVO” (chiamati anche imperativi)

Abbiamo un'idea fissa, precisa, rigida di come noi o gli altri dovremmo comportarci e diamo una valutazione eccessivamente negativa alle possibilità che queste aspettative non vengano soddisfatte. L'errore sta nel considerare un'esigenza assoluta ciò che nella maggior parte dei casi sarebbe obiettivamente solo preferibile. Chi infrange tali regole provoca in noi una collera intollerabile; se siamo noi stessi a farlo, ci colpevolizziamo.

Esempi:

- a. “È terribile che io abbia fatto un errore. Devo essere sempre irreprensibile”
- b. “non dovrei mai fare domande personali alla gente”
- c. *Devo ascoltare e non parlare*

*d. Non devo mai espormi dando la mia opinione personale.*

## **11. VISIONE TUNNEL**

Vediamo solo gli aspetti negativi di una situazione. Ad esempio, le persone con visione tunnel vedono soltanto ciò che collima con il loro atteggiamento o stato mentale. Altri aspetti importanti sono cancellati, censurati o minimizzati.

Esempi:

- a. “Non abbiamo fatto altro che litigare per tutto il viaggio” (in realtà quando valutiamo obiettivamente il tempo che del litigio ci rendiamo conto che era durato non più di 5 minuti)
- b. “Nessuno mi ha mai amato”
- c. *La mia vita non ha senso.*

## RPD a quattro colonne

Quando il tuo umore sta cambiando, domandati: **“Cosa mi sta passando per la mente proprio in questo momento?”** e, appena puoi, scrivi il pensiero o l'immagine mentale nella colonna del “Pensiero automatico”.

Data/ora	Situazione	Pensiero/i automatico/i	Emozione/i
	1. Quale evento reale, o flusso di pensieri, o sogno ad occhi aperti, o ricordo, ha portato all'emozione spiacevole? 2. Quali (se ce ne sono) sensazioni fisiche dolorose hai avuto?	1. Quale/i pensiero/i e/o immagine/i ti è passato per la mente? 2. In che misura ci hai creduto sul momento?	1. Quale/i emozione/i (tristezza, ansia, rabbia, ecc.) hai provato sul momento? 2. Quanto è stata intensa l'emozione (0-100%)?
10/06/2012	<i>Mio marito mi chiede di uscire con lui e io gli dico di no</i>	<i>Gli ho detto un'altra volta no, sono una pessima moglie 100%</i>	<i>Tristezza 90% Senso di colpa 80%</i>
08/07/2012	<i>Mi telefona mio fratello e mi dice che domani passa da noi con il bambino</i>	<i>Devo sempre caricarmi di tutto 100%</i>	<i>Ansia 80% Rabbia 90%</i>
28/07/2012	<i>Sono le 3.00 e mio figlio non è ancora rientrato</i>	<i>Sarà sicuramente successo qualcosa 100%</i>	<i>Ansia 100%</i>

## RPD a sei colonne con domande

Quando il tuo umore sta cambiando, domandati: **“Cosa mi sta passando per la mente proprio in questo momento?”** e, appena puoi, scrivi il pensiero o l’immagine mentale nella colonna del “Pensiero automatico”.

Data/ora	Situazione	Pensiero/i automatico/i	Emozione/i	Risposta adattiva	Esito
	1. Quale evento reale, o flusso di pensieri, o sogno ad occhi aperti, o ricordo, ha portato all’emozione spiacevole? 2. Quali (se ce ne sono) sensazioni fisiche dolorose hai avuto?	1. Quale/i pensiero/i e/o immagine/i ti è passato per la mente? 2. In che misura ci hai creduto sul momento?	1. Quale/i emozione/i (tristezza, ansia, rabbia, ecc.) hai provato sul momento? 2. Quanto è stata intensa l’emozione (0-100%)?	1. (opzionale) Quale distorsione cognitiva hai fatto? 2. Usa le domande sotto per comporre una risposta al/ai pensiero/i automatico/i. 3. Quanto credi ad ogni risposta?	1. Quanto credi ora al/ai pensiero/i disfunzionale/i? 2. Che emozione/i provi ora? Quanto è intensa (0-100%)? 3. Che cosa farai o hai fatto?
10/06/2012	<i>Mio marito mi chiede di uscire con lui e io gli dico di no</i>	<i>Gli ho detto un’altra volta no, sono una pessima moglie 100%</i>	<i>Tristezza 90% Senso di colpa 80%</i>	<b>Filtro mentale</b> <i>Il fatto che gli abbia detto di no non fa di me una pessima moglie. Gli ho detto di no perché ora ancora non me la sento. (90%)</i>	<i>20% Tristezza 30% Senso di colpa 20%</i>
08/07/2012	<i>Mi telefona mio fratello e mi dice che domani passa da noi con il bambino</i>	<i>Devo sempre caricarmi di tutto 100%</i>	<i>Ansia 80% Rabbia 90%</i>	<b>Doverizzazione</b> <i>Non è vero che devo sempre caricarmi di tutto; sono io che ancora non ho imparato a dire no quando non voglio una cosa (80%).</i>	<i>30% Ansia 20% Rabbia 30% Ho chiamato mio fratello e gli ho detto che ero stanca.</i>
28/07/2012	<i>Sono le 3.00 e mio figlio non è ancora rientrato</i>	<i>Sarà sicuramente successo qualcosa 100%</i>	<i>Ansia 100%</i>	<b>Pensiero catastrofico</b> <i>Non è ancora rientrato perché si sta divertendo con gli amici; non necessariamente deve essere accaduto qualcosa di terribile (90%).</i>	<i>20% Ansia 30%</i>

Domande per aiutarti a comporre una risposta alternativa: 1) Qual è la prova che il pensiero automatico è vero? Che non è vero? 2) C’è una spiegazione alternativa? 3) Qual è la cosa peggiore che potrebbe accadere? Potrei sopravvivere a questo? Qual è la cosa migliore che potrebbe accadere? Qual è l’esito più realistico? 4) Qual è l’effetto del mio credere al pensiero automatico? Quale potrebbe essere l’effetto del cambiare il mio pensiero? 5) Che cosa dovrei fare al riguardo? 6) Se \_\_\_\_\_ (nome di un amico) fosse nella stessa situazione e avesse questo pensiero, cosa gli/le direi?

## ESAMINARE L'EVIDENZA

Ora esamineremo l'evidenza a favore e quella contraria alla validità delle tue convinzioni negative. Precedentemente ha detto di essere una pessima moglie. Nello schema che segue, elenca le evidenze che confermano o contraddicono questa tua convinzione, indicando in percentuale quanto ci credi, e poi calcoliamo il totale:

<b>Evidenze a favore</b>	<b>Evidenze contro</b>
<i>Boccio le iniziative di mio marito 20%</i>	<i>Mi sto impegnando e qualche volta ho detto sì 30%</i>
<i>Non sono affettuosa come dovrei 20%</i>	<i>In passato lo sono stata 30%</i>
<i>Sono distratta 10%</i>	<i>Quando lui vuole parlare io lo ascolto 40%</i>
<i>Totale 50%</i>	<i>Totale 100%</i>

### SCHEMA DELLA CREDENZA DI BASE "Sono inadeguata"

Vecchia credenza	<i>Sono inadeguata</i>
Quanto credi alla vecchia credenza di base in questo momento 0-100%	50%
Quanto è il massimo che hai raggiunto in questa settimana?	60%
Quanto è il minimo che hai raggiunto in questa settimana?	30%
Quanto credi alla nuova credenza in questo momento 0-100%	80%

Prove che contraddicono la vecchia credenza di base e supportano la nuova credenza	Prove che supportano la vecchia credenza con rivalutazione
1. Sono stata capace di seguire mio figlio nel suo processo di guarigione	1. All'inizio mi sono lasciata schiacciare dalla depressione, ma poi ho chiesto aiuto
2. Nonostante tutti i miei problemi sono comunque sempre presente	2. In alcuni momenti non mi sono curata né del mio aspetto né della mia persona, ma ora sto facendo qualcosa per cambiare le cose
3. Mi sono sempre prodigata per gli altri quando questi ne avevano bisogno	3. Sono stanca e affranta, ma confido in un miglioramento

## SCHEDA DI SINTESI PER L'ATT

In seduta ha avuto la possibilità di esercitarsi con il training attentivo (ATT) assieme al suo terapeuta. Affinché esso sia efficace, deve fare pratica anche a casa e questa scheda è stata pensata per aiutarla a tener traccia degli esercizi.

1. Dovrebbe individuare un posto dove esercitarsi, in cui potrà introdurre – o identificare – diversi suoni (almeno tre, ma più sono meglio è): ne discuta con il suo terapeuta.

I suoni potenziali che potrei introdurre sono:

**a. ticchettio dell'orologio**

**b. carillon**

**c. radio**

d. suoni che posso udire nelle vicinanze

e. suoni che posso udire in lontananza

f. suoni che possono provenire da destra

g. suoni che possono provenire da sinistra

2. Si eserciti per circa 10-12 minuti, dividendo il tempo come segue: approssimativamente 5 minuti in cui si focalizza su singoli suoni differenti; 5 minuti in cui si sposta rapidamente tra i vari suoni; 2 minuti di attenzione divisa.

3. Annoti i giorni in cui si è esercitato apponendo una X nelle caselle sottostanti

	LUN	MAR	MER	GIO	VEN	SA
Sett.1		X	X		X	
Sett.2	X		X	X	X	X
Sett.3	X	X	X	X	X	X
Sett.4	X	X	X	X	X	X

## LETTERA COMPASSIONEVOLE

*Cara Francesca,*

*dev'essere stata veramente dura... vieni da un periodo in cui il tempo si era fermato: non c'erano suoni, colori, odori. Niente ti faceva sorridere, non vedevi alcuna via d'uscita, ma come sarebbe potuto essere altrimenti? Sulla tua pelle hai provato tanti, troppi dolori, alcuni non adatti alla tua età, eppure ce l'hai sempre fatta, perché sì, tu sei forte, tu sei tu!!! Solo che ora sei stanca, troppo stanca, troppe cose si sono accumulate, ma non prendertela con te stessa: quando l'acqua arriva all'orlo del bicchiere non può fare altro che fuoriuscire. Quando capitano tante cose brutte e pesanti come la malattia di tuo figlio e la morte di tuo padre è comprensibile farsi prendere dallo sconforto e cadere nella depressione.*

*Lo so che tendi a prendertela con te stessa, ma mi sento di dirti che se solo tu fossi più compassionevole sono certa che riusciresti ad accettare il dolore, le perdite e tutto ciò che di negativo ti tocca, emozioni incluse.*

*Voglio complimentarmi con te perché nel momento in cui hai deciso di fare la psicoterapia hai dimostrato nuovamente quanto tu sia una persona coraggiosa e intelligente. È stato un percorso faticoso, in alcuni momenti credevi davvero di non farcela, ma hai stretto i denti e con la caparbia che ti caratterizza sei andata avanti; e ora che ti guardo vedo entusiasmo, grinta e vivacità nei tuoi occhi e nella tua mente, autenticità e naturalezza nei tuoi gesti e tutto l'affetto che sai dare a chi ami.*

*Tutto questo, e molto di più, ti rendono la persona meravigliosa che sei.*

*Con infinito affetto,  
Francesca*