

ISTITUTO A.T. BECK

# La depressione

A cura di  
Antonella Montano  
e Roberta Borzi



Antonella Montano  
Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale,  
Direttrice Istituto A.T. Beck, Roma e Caserta

Roberta Borzi  
Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale,  
Docente interno Istituto A.T. Beck, Roma e Caserta

## Presentazione

La depressione è il disturbo psicologico più diffuso nel mondo (Gotlib & Hammen, 2009). Una previsione della World Health Organization per l'anno 2020 conferma che, tra tutti i disturbi, la depressione imporrà il secondo carico più grande sulla salute nel mondo (Murray & Lopez, 1998). Un rapporto dell'Ocse (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) afferma, infatti, che nel 2020 la seconda causa di decessi e d'invalidità sarà la depressione, dopo le malattie cardiovascolari.

La depressione è un disturbo dell'umore che colpisce la capacità delle persone a pensare in modo lucido e realistico, mina la motivazione all'azione, altera le funzioni corporee quali, ad esempio, appetito e sonno e fa sentire chi ne è affetto nel mezzo di una terribile sofferenza emotiva e, soprattutto, incapace di uscirne fuori (Segal, Williams, Teasdale, 2013).

Le persone affette da depressione presentano un più o meno drastico calo del funzionamento socio-lavorativo e una significativa compromissione in altre aree importanti della vita.

I seguenti moduli, rivolti a tutti coloro che pensano di avere un problema di depressione, sono stati creati con l'obiettivo di aiutarli a capire i primi segnali che ne indicano la presenza e/o i campanelli d'allarme che precludono a una ricomparsa.

L'intento è dunque quello di fornire una guida che conduca alla scoperta e alla comprensione di alcuni dei meccanismi mentali e dei pensieri disfunzionali associati al calo dell'umore; di illustrare e descrivere gli assunti di base dell'approccio cognitivo-comportamentale che da sempre è il trattamento più efficace per questo disturbo.

Aaron T. Beck, tra il 1960 e il 1970, è stato il fondatore della terapia cognitiva che nasce proprio come approccio strutturato e limitato nel tempo per il trattamento della depressione. Beck aveva notato quanto spesso i temi della perdita, del fallimento, dell'inutilità e del rifiuto fossero caratteristiche distintive del modo di pensare dei suoi pazienti depressi. Arrivò dunque a formulare che proprio questo pensiero negativo fosse esso stesso la causa della depressione, o quanto meno ne costituisse un fattore di mantenimento. Da allora il modello è stato arricchito per tante altre patologie (ansia e attacchi di panico, disturbo d'ansia generalizzato, fobia sociale, disturbo ossessivo-compulsivo, ecc.) e ora si chiama TCC Standard (Beck, 2013).

In questi moduli verranno fornite, inoltre, delle strategie e alcuni esercizi rappresentativi tra quelli tipicamente utilizzati durante il percorso terapeutico intrapreso con professionisti esperti del disturbo depressivo come quelli cognitivo-comportamentali.

Sarà spiegato, infine, come si può intervenire sulla prevenzione delle ricadute mediante l'utilizzo di un protocollo con solido fondamento scientifico denominato MBCT (Mindfulness Based Cognitive Therapy for Depression, Segal, Williams, Teasdale, 2013), dal momento che il disturbo depressivo è a carattere ricorrente, per cui chi ne ha sofferto una volta può rimanere molto vulnerabile ad ammalarsi di nuovo.

# Modulo 1

## La depressione: inquadramento generale

### In cosa consiste la depressione?

In cosa consiste la depressione?

Sintomi depressivi

Cosa causa la depressione?

Cosa mantiene la depressione?

Trattamenti per la depressione

I sintomi depressivi causano una profonda sofferenza nelle persone che ne sono affette. Essi possono essere di intensità lieve o grave, possono durare per poco tempo o, al contrario, persistere a lungo, costituire una risposta a eventi esterni o qualcosa che viene da dentro. Quando la depressione è grave, può essere immobilizzante, ma anche quando è lieve impedisce comunque di godere appieno della vita.

Forse non lo sai, ma si può essere depressi anche senza rendersene conto. Molti si aspettano infatti che la depressione porti una profonda e manifesta malinconia, quando invece può rivelarsi sotto forma di un'inspiegabile perdita di energia o interesse. I suoi effetti possono essere così sottili che quello che si percepisce è un po' di noia, inquietudine, distacco (Siegel, 2012).

Le persone depresse di solito vedono se stesse, l'ambiente circostante e il proprio futuro in modo negativo, e di conseguenza la vita e le relazioni ne risultano compromesse. Molto spesso, inoltre, chi soffre di depressione non viene del tutto compreso dalle persone che gli stanno intorno, anche dai più stretti familiari, che sovente utilizzano espressioni come "tirati su", "reagisci", "dai, basta un po' di buona volontà per risolvere tutto". Nonostante ci si possa sentire molto soli e incompresi quando si manifestano i sintomi della depressione, si deve tener presente che il disturbo depressivo è molto diffuso. Recenti ricerche epidemiologiche condotte in sei paesi europei su 14000 soggetti hanno rilevato infatti

che il 17% della popolazione riferiva episodi depressivi negli ultimi 6 mesi (Lepine et al., 1997).

Secondo lo studio ESEMED (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders) in Italia, la prevalenza della depressione maggiore e della distimia nell'arco della vita è dell'11,2% (14,9% nelle donne e 7,2% negli uomini). Nelle persone ultra 65enni la depressione maggiore e la distimia hanno una prevalenza nell'ultimo anno pari al 4,5% (ma tra le persone ricoverate di questa età la prevalenza è molto più elevata, in alcune casistiche arriva fino al 40%).

Da numerose indagini epidemiologiche risulta che il 2% dei bambini e il 4% degli adolescenti ha in un anno un episodio di depressione che dura almeno 2 settimane (nota 1 pag. 27).

Se soffri di depressione, quindi, ricordati prima di tutto che non sei solo! Ma cosa si intende precisamente per depressione? Nel suo uso comune, il termine indica che una persona "si sente giù", eppure questa definizione non coglie la natura essenziale di "sindrome", ovvero che la depressione consiste nella combinazione di elementi piuttosto che in una caratteristica unica. Può essere dovuta per lo più a circostanze ambientali o a una predisposizione biologica.

La depressione clinica, chiamata anche depressione maggiore, è uno stato in cui è presente un marcato e duraturo umore depresso o la perdita di interesse, insieme ad altri indicatori fisici e mentali, quali, come abbiamo accennato, dif-

ficoltà a dormire, scarso appetito, diminuita concentrazione e sentimenti di impotenza e inutilità.

È possibile fare diagnosi di depressione solo quando alcuni di questi elementi sono presenti nello stesso momento, per almeno due settimane, e interferiscono significativamente con la capacità della persona a svolgere le attività quotidiane (Segal, Williams, Teasdale, 2013).

Potrai scoprire che alcuni di questi comportamenti ed emozioni sono come quelli che hai tu. Di seguito troverai la descrizione dei sintomi, ma tieni in mente che, come al solito, esistono delle differenze individuali nel numero e nella modalità in cui questi potrebbero presentarsi.

## Sintomi depressivi

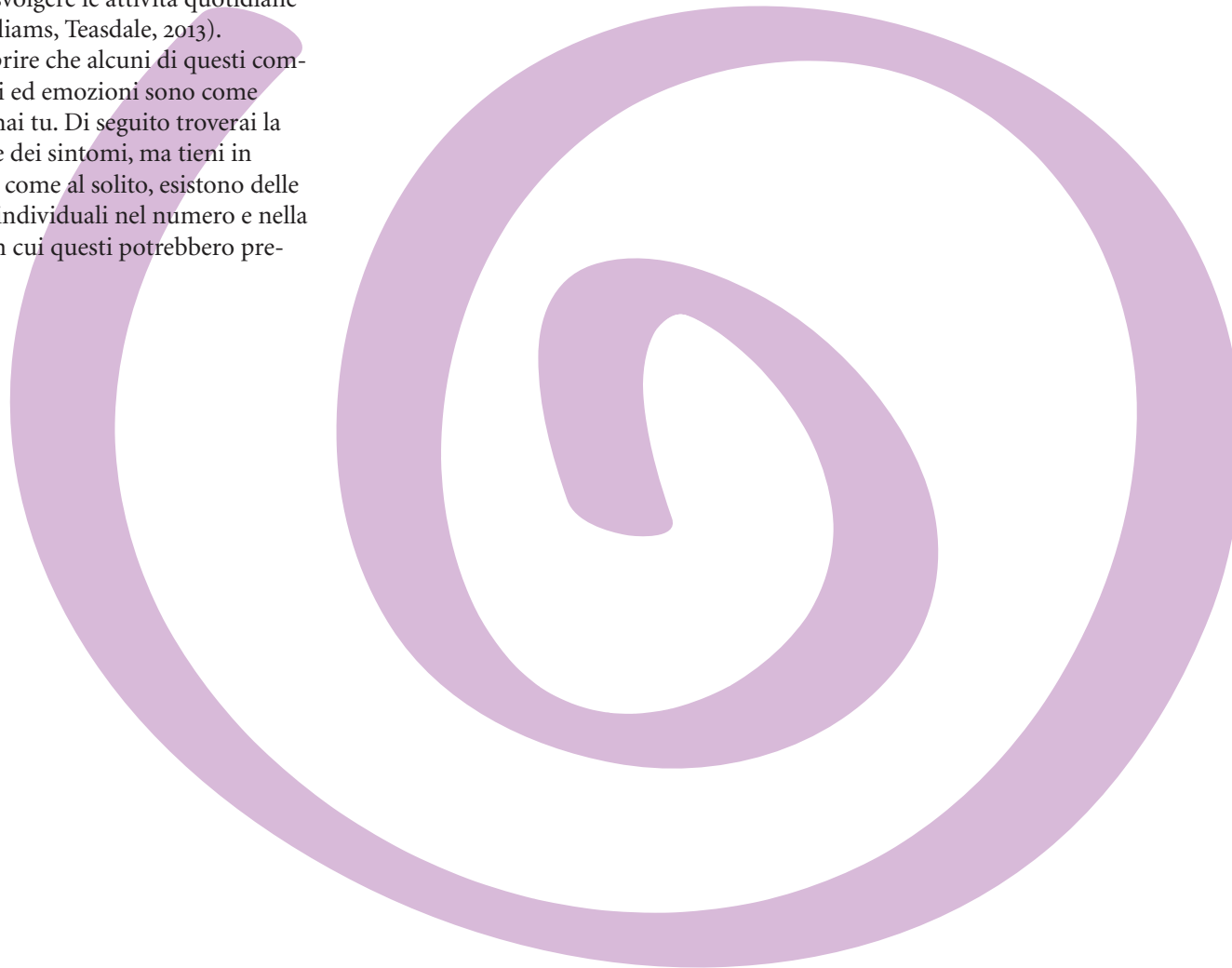
La depressione è un disturbo dell'umore. Le persone depresse, come abbiamo visto, riferiscono la presenza di un tono dell'umore basso che le caratterizza per più di due settimane.

Nella forma lieve i sintomi non sono pervasivi per tutta la giornata: ad esempio, alcune situazioni piacevoli potrebbero determinare un innalzamento momentaneo del tono dell'umore con la conseguente riduzione della tristezza. Nella depressione grave, invece, il tono basso dell'umore persiste tutto il giorno, indipendentemente dalla presenza di eventi piacevoli.

Come vide lo stesso Aaron T. Beck, le persone depresse tendono a valutarsi in maniera negativa, solitamente si considerano inadeguate e indesiderabili, come se ci fosse qualcosa di sbagliato in loro. L'ambiente esterno e le persone circostanti diventano una fonte di sofferenza e frustrazione, in grado di alimentare i pensieri di fallimento e insuccesso. L'individuo matura la convinzione di non saper interagire adeguatamente, ritenendo che gli altri non saranno disponibili nei suoi confronti e, dunque, sviluppando il timore che potranno solo peggiorare la sua situazione.

Nei contesti di gruppo, spesso si arriva a provare timidezza e ansia, perché si anticipa la possibilità di essere oggetto di rifiuto e critica. Le persone depresse, quindi, si sentono isolate e sole e, con il loro comportamento evitante, confermano questa percezione.

Per fare diagnosi di depressione maggiore (APA, 2013) è necessario che 5 (o più) dei seguenti sintomi siano stati



presenti per lo stesso periodo di 2 settimane e rappresentino un cambiamento rispetto al funzionamento precedente; almeno uno dei sintomi è (1) l'umore depresso oppure (2) la perdita di interesse o piacere.

1. Umore depresso per la maggior parte della giornata, quasi ogni giorno, come riportato dal soggetto (ad esempio, si sente triste, vuoto, disperato) o dall'osservazione degli altri (ad esempio, appare sul punto di piangere)
2. Significativa diminuzione di interesse o piacere in tutte, o quasi tutte, le attività per la maggior parte della giornata, quasi ogni giorno
3. Significativa perdita di peso senza che si segua una dieta oppure aumento di peso, oppure diminuzione o aumento di appetito, quasi ogni giorno
4. Insonnia o ipersonnia, quasi ogni giorno
5. Agitazione o rallentamento psicomotorio, quasi ogni giorno
6. Stanchezza o perdita di energia, quasi ogni giorno
7. Sentimenti di inutilità o eccessivi o inappropriati sensi di colpa, quasi ogni giorno
8. Diminuita capacità di pensare o concentrarsi, o indecisione, quasi ogni giorno
9. Ricorrenti pensieri di morte (non solo paura di morire), ricorrente ideazione suicidaria senza uno specifico piano, tentato suicidio oppure uno specifico piano per suicidarsi

Ora pensa alla tua esperienza...

Quali sono i sintomi depressivi che provi?

Nella figura 1 troverai una scheda di lavoro sui sintomi depressivi in cui potrai descriverli nel dettaglio e, se hai uno psicoterapeuta, condividerli con lui. Prima, però, prenditi un po' di tempo per identificarli, provando a rispondere alle seguenti domande:

- Come cambia la mia vita quando sono depresso?
- Mi vedo in modo diverso quando sono depresso?
- Cosa penso degli altri e del mondo quando sono depresso?
- Come è la mia visione del futuro quando sono depresso?
- Cosa faccio quando sono depresso?
- Cosa non riesco e/o non voglio fare quando sono depresso?
- Cosa pensano gli altri quando sono depresso?

I sintomi depressivi possono essere raggruppati in quattro principali categorie. La prima è costituita da sintomi di tipo somatico e fisiologico, che hanno a che fare con le sensazioni fisiche e il corpo, per esempio insonnia, ridotto appetito, ridotta energia, ecc.

Nella seconda categoria rientrano i sintomi di tipo cognitivo (pensieri), per esempio pensieri di mancanza di valore, inadeguatezza, isolamento, suicidio, ecc. Nella terza categoria rientrano i sintomi di tipo emotivo, per esempio sentimenti di tristezza, ansia, perdita di speranza, ecc.

La quarta categoria di sintomi ha a che fare con le azioni e il comportamento, per esempio stare nel letto, non uscire, evitare le persone, piangere, ecc. Ora pensa alla tua esperienza personale. Cosa ti succede quando sei depresso?

---

**Cosa senti fisicamente?**  
Avverti qualche cambiamento nel tuo corpo?

---

**A cosa pensi?**

---

**Quali emozioni provi?**

---

**Cosa fai e/o eviti di fare?**

---

Fig. 1 Scheda di lavoro sui sintomi depressivi

## Cosa causa la depressione?

È importante comprendere che la depressione non ha solo una causa, ma è la combinazione di fattori che interagiscono tra loro e che varia da persona a persona. Vediamone alcuni.

### Fattori biologici: fattori genetici, neurotrasmettitori e ormoni

Le evidenze empiriche indicano che la tendenza a sviluppare depressione è una caratteristica ereditaria e che il sesso femminile è più a rischio. La depressione, infatti, spesso si presenta nei membri della stessa famiglia, suggerendo l'implicazione di alcuni geni (come quello per il trasportatore della serotonina) nella vulnerabilità allo sviluppo della depressione (fig. 2). È però importante tenere presente che essere vulnerabili a un disturbo non vuol dire necessariamente svilupparlo. La maggior parte della comunicazione fra le cellule del sistema nervoso è ese-

guita da sostanze chimiche chiamate neurotrasmettitori.

La depressione sarebbe dovuta all'insufficiente attività di alcuni sistemi di neurotrasmettitori (per esempio, quelli monoaminergici; fig. 3) e alla conseguente diversa funzionalità di specifiche aree cerebrali che regolano il sonno, l'appetito, il desiderio sessuale e l'umore. Sono state riscontrate, inoltre, alcune modificazioni ormonali associate alla depressione nella fase precedente e durante l'episodio depressivo (fig. 4). L'azione dei farmaci antidepressivi, di conseguenza, è proprio quella di aumentare l'attività di alcuni specifici neurotrasmettitori e di modulare alcune modificazioni ormonali nel cervello.

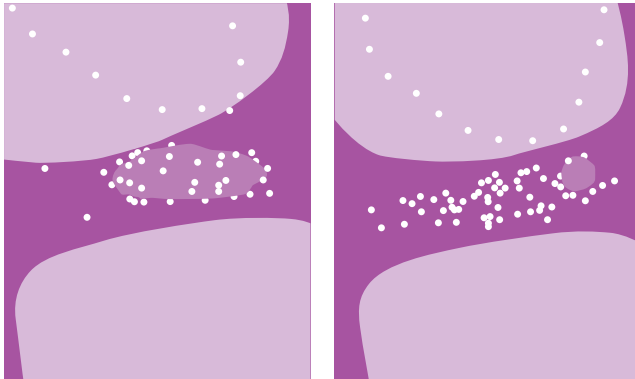


Fig. 2 Attività del trasportatore della serotonina. Nel pannello di sinistra è rappresentata la variante lunga del trasportatore, caratterizzata da alta affinità per la serotonina e maggiore ricaptazione di questo neurotrasmettitore. Al contrario, a destra è rappresentata la variante corta, che determina un malfunzionamento del meccanismo di trasporto della serotonina. ©2014 Genomind <https://www.genomind.com>



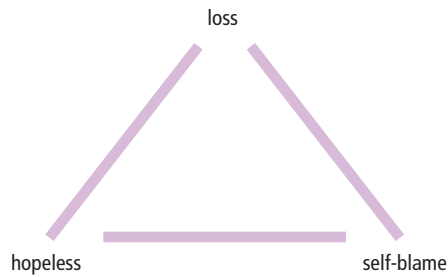
Fig. 3 Ipotesi monoaminergica della depressione. Nel pannello di sinistra è rappresentato ciò che avviene nel cervello di un soggetto normale, in quanto i neurotrasmettitori monoaminergici (in bianco) sono rilasciati dal neurone presinaptico e si congiungono ai recettori sul neurone postsinaptico; la trasmissione si completa con la ricaptazione del trasmettitore. A destra è rappresentato ciò che avviene nel cervello dei pazienti depressi, ovvero la presenza di una bassa concentrazione delle monoamine nei siti sinaptici, che produce il disturbo dell'umore (Castrén, 2005).



Fig. 4 Struttura della prolattina. Una delle alterazioni ormonali associate alla depressione, oltre l'elevata secrezione dei glucocorticoidi e il deficit dell'ormone della crescita (GH), è l'aumento (più comune nelle donne) di un ormone prodotto dall'ipofisi chiamato prolattina.

### Vissuti psicologici di determinati eventi scatenanti

Il contenuto dei pensieri associati alla depressione, come aveva già osservato lo stesso Beck, è tipicamente caratterizzato da una visione negativa dell'individuo stesso, del suo futuro e del mondo. I temi principali sono di fallimento, incapacità e mancanza di speranza.



In un appunto, datato 11 gennaio 1965, Beck configurava per la prima volta sotto forma di triangolo la presenza di tre schemi cognitivi depressogeni i cui temi principali erano: la perdita (loss), la disperazione (hopeless) e l'autocritica (self-blame). Più tardi Beck chiamerà questi temi "aspettative negative su di sé, sul mondo e sul futuro", concetti che diverranno noti come "triade cognitiva" della depressione. Le persone depresse tendono anche ad assumersi tutta la responsabilità degli eventi negativi, ma non di quelli positivi, che si verificano nella loro vita. Molto spesso, inoltre, si nota la presenza di regole inflessibili su come dovrebbero andare le cose, come se tutte le esperienze venissero classificate in categorie

del tipo "bianco-nero". Per quanto riguarda gli altri poi si tende a credere, ad esempio, di sapere cosa stiano pensando e che ci sia una loro valutazione negativa, nonostante non vi siano elementi che giustifichino tale attribuzione.

La depressione può essere causata da un singolo evento o da una serie di eventi stressanti. Quando alcune persone non riescono a raggiungere obiettivi quali superare un esame, ottenere un lavoro o trovare il partner della vita, possono valutare tutto questo in modo esagerato come un forte fallimento e ciò può indurre depressione. Anche preoccupazioni quali povertà, malattie gravi come il cancro, abuso di alcool o droghe, problemi finanziari, disoccupazione, oltre assenza di una buona rete di supporto sociale (amicale e/o parentale) e difficoltà familiari possono indurre depressione e senso di sconforto. La presenza di esperienze traumatiche infantili poi può generare una sofferenza emotiva che porterà a un umore depresso, con disperazione e senso di impotenza. Infine, un concetto centrale nella depressione è quello della "perdita". Spesso le persone diventano depresse per la perdita di una persona amata o di altri lutti significativi, oppure per la perdita di un lavoro o di una promozione. Inoltre la perdita come tema dominante della depressione può essere già avvenuta o può esserci anche solo la convinzione che si verificherà. Come si può vedere, gli eventi della vita vengono valutati come inaccettabili e irreversibili, non si lascia spazio alla speranza di

poter riacquistare serenità, tanto da arrivare a pensare, come abbiamo detto, al suicidio.

Per quanto riguarda i suicidi, rispetto ai quali gli uomini risultano maggiormente a rischio rispetto alle donne, i tassi di mortalità di genere si attestano a 12,15 ogni 100mila uomini contro 3 ogni 100mila donne.

Nel 78,1% dei casi, quindi, il suicida è un uomo. Nel biennio 2008-2009, il tasso medio annuo di mortalità per suicidio era pari a 7,23 per 100.000 residenti dai 15 anni in su, mentre nel biennio successivo, 2009-2010, si scende leggermente a 7,21. Dal confronto dei tassi specifici per età negli ultimi due bienni considerati, il Rapporto rileva per gli uomini un aumento della mortalità per suicidio nella fascia di età lavorativa tra i 30-69 anni del 10,21%, mentre vi è una riduzione del 14,3% tra i più giovani (maschi di 15-19 anni) e una riduzione del 4,46% tra gli anziani di 70 anni ed oltre. Per le femmine di 15-29 anni vi è una riduzione del 6,93%; per quelle di 30-69 anni la diminuzione registrata è del 2,53%; mentre per le donne anziane di 70 anni ed oltre si registra una riduzione del 2,47% (nota 2 pag. 27).

Tra i fattori di rischio di suicidio specifici per la depressione possiamo annoverare:

- Storia familiare di disturbi mentali
- Storia di precedenti tentativi di suicidio (compresi i gesti autolesionistici)
- Depressione grave
- Ansia
- Sentimenti di impotenza

- Disturbi di personalità
- Abuso di alcool o droghe
- Genere maschile

Altri fattori di rischio da tenere in debita considerazione sono (nota 3 pag. 27):

- Storia familiare di suicidi o autolesionismo
- Malattia fisica (soprattutto se diagnosticata di recente, cronica e/o dolorosa)
- Esposizione a comportamenti suicidari di altri, direttamente o attraverso i media
- Recente dimissione da reparto psichiatrico
- Accessibilità ad armi potenzialmente letali di suicidio o autolesionismo

Spesso in molte delle persone depresse si riscontrano pensieri di morte. In alcuni casi viene riferita la presenza di un vago desiderio di "farla finita", ma in altri si va a delineare una vera e propria pianificazione precisa e dettagliata del suicidio, che può essere o meno seguita dall'attuazione del tentativo.

Perché accade questo? Certamente la disperazione è un fattore di rischio importante. Il pessimismo e la perdita di speranza che accompagnano il depresso, infatti, non gli consentono di visualizzare possibili vie di uscita dalla sofferenza sperimentata ogni giorno. La vita diventa in questo modo, giorno dopo giorno, difficile e insostenibile, e ciò può portare a concepire il suicidio come unica forma di liberazione. Inoltre, durante il suo percorso di sofferenza, come abbiamo detto, il depresso si sente solo, incompreso e impotente, quindi

non in grado di poter modificare gli eventi; si aspetta anche che gli altri non lo aiutino e questo alimenta la sua ideazione suicidaria. Le persone depresse possono anche credere di essere un peso per i loro cari, tanto che pensieri ricorrenti possono essere quelli del tipo “sono convinto che starebbero meglio senza di me”. In casi estremi, possono anche arrivare ad accusarsi di essere la causa della rovina dei propri familiari, colpevolizzandosi del fatto stesso di essere depressi e di non aver fatto abbastanza per non esserlo, arrivando anche in questo caso a vedere nel suicidio l'unico modo per porre fine alle proprie colpe.

Se hai pensato o stai pensando al suicidio è importante rivolgerti subito a degli specialisti psichiatri o psicoterapeuti che ti potranno aiutare.

## Cosa mantiene la depressione?

Le persone che sono state depresse reagiscono alla tristezza o a un cambiamento dell'umore in modo diverso rispetto a chi non lo è mai stato. E questo dipende da una caratteristica distintiva del nostro sistema di memoria.

I contesti, infatti, attivano i ricordi: se ad esempio ci troviamo ad ascoltare una canzone, questa può far riemergere un possibile ricordo del passato a cui magari non pensavamo da anni, un posto di mare, una persona, un'occasione particolare. Inoltre, è noto che quando apprendiamo qualcosa di nuovo le probabilità di rievocarlo sono maggiori se lo richiamiamo nello stesso ambiente in cui lo abbiamo imparato.

Applicando questo stesso principio al contesto dei nostri pensieri e all'umore, quando ci sentiamo tristi, scoraggiati o depressi, probabilmente avremo anche dei pensieri negativi di autocritica legati a quel particolare stato d'animo.

Quindi ogni volta che proveremo nuovamente un'emozione negativa per qualsivoglia motivo, la nostra mente tenderà a richiamare quei pensieri negativi; se non impariamo a tener conto degli effetti di questo processo, probabilmente rischiamo di prendere i nostri pensieri per veri e, quindi, di deprimerci di nuovo.

Ogni volta che avremo un altro periodo di depressione, la connessione tra umore depresso e pensieri negativi si consoliderà, innalzando quindi le probabilità che il ciclo torni a ripetersi (Siegel, 2012).



I fattori di mantenimento sono, dunque, quei meccanismi che possono stabilizzare e cronicizzare quello che a volte poteva essere un episodio depressivo isolato.

Un primo tipo di meccanismo è quello che fa riferimento a schemi depressogeni, nei termini di visione negativa di sé, degli altri e del futuro, che gli individui possono aver costruito sin dall'infanzia. La persona depressa tenderà a interpretare gli eventi attuali come una conferma degli schemi depressogeni preesistenti, selezionando e distorto tutte le altre informazioni disponibili. Per fare un esempio, se una persona è convinta di essere difettosa e incapace

tenderà a estrapolare da ciò che le è capitato durante la giornata solo gli elementi visti come prova della propria difettosità, inadeguatezza e indegnità, ignorando quelli che ne sono, invece, una disconferma (fig. 5).

Anche la ruminazione del paziente sui suoi pensieri depressivi, come stile di pensiero, lo porterà ad aumentare e mantenere la depressione perché lo farà stare focalizzato sui pensieri negativi, responsabili dell'abbassamento del tono dell'umore. Ruminare sui pensieri, sulle perdite, gli insuccessi, sul modo di essere, ripercorrendo continuamente gli stessi pensieri come mucche ruminanti, infatti, non porta alla soluzione dei pro-

blemi, ma al contrario a focalizzarsi solo sugli aspetti negativi e catastrofici di essi. Dal momento che pensare è fondamentale per la nostra sopravvivenza, noi continuiamo a farlo, anche quando ci rendiamo conto che non serve a nulla (Siegel, 2012).

Un altro meccanismo di mantenimento del problema depressivo è quello che riguarda la valutazione che la persona stessa fa dei propri sintomi depressivi. Spesso, infatti, può criticarsi e svalutarsi proprio per il fatto di essere depressa, malata, difettata.

A volte per evitare questa forma di critica personale, l'individuo cerca di mettere in atto dei tentativi di soluzione e prende provvedimenti, che però si rivelano inutili e possono aggravare ulteriormente il problema stesso.

Ad esempio, se la persona depressa si sente stanca e senza energie ridurrà la sua attività giornaliera. Ma non sa che la passività e l'inattività hanno invece l'effetto di aumentare il senso di stanchezza, per cui si sentirà ancora più senza energie e si convincerà maggiormente di non riuscire a fare nulla e, di conseguenza, aumenterà il suo senso di inadeguatezza, la sua convinzione di essere malata, senza via d'uscita. Infine, un fattore di mantenimento riguarda la sfera interpersonale. Una persona depressa, infatti, come abbiamo spiegato, tende spesso a isolarsi ed evitare gli altri, anche i più stretti familiari, che potrebbero reagire, a loro volta, con risposte di rifiuto e critica.

Questa risposta esterna verrà interpretata come una conferma delle proprie convinzioni negative, con un conseguente aumento di autocritica e isolamento.

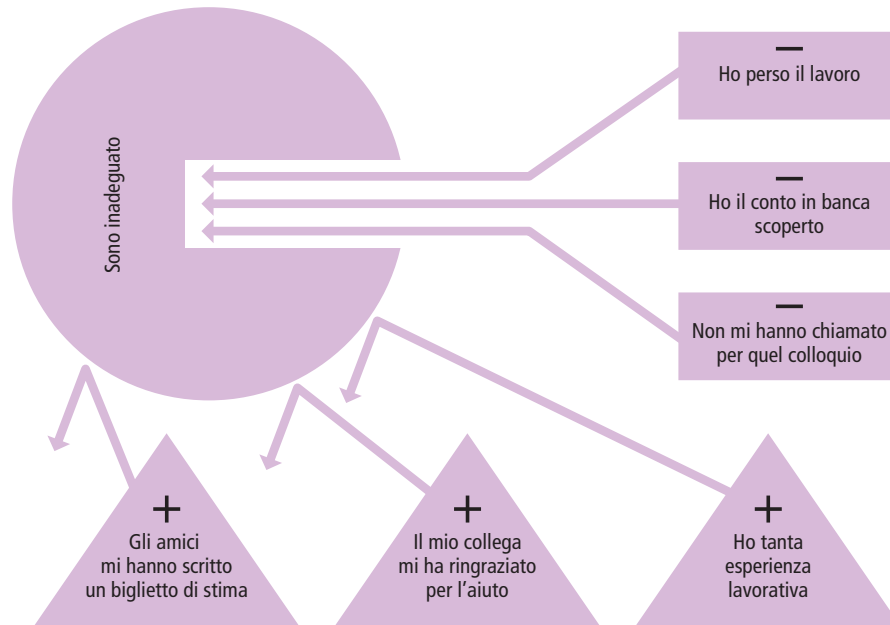


Fig. 5 Selezione e distorsione delle informazioni a conferma degli schemi (Beck, 2013)

## Trattamenti per la depressione

### Trattamento farmacologico

Soprattutto in casi di depressione grave, per tutti i fattori fisiologici esposti nella sezione precedente, il trattamento farmacologico risulta necessario, efficace e non provoca dipendenza; va comunque effettuato in conformità con le indicazioni del medico.

### Psicoterapia cognitivo-comportamentale

La psicoterapia cognitivo-comportamentale può essere integrata con l'approccio farmacologico e anche, in molti casi, sostituirlo del tutto, dal momento che la depressione è caratterizzata da convinzioni, pensieri negativi su noi stessi, sulla nostra situazione e sul futuro, e da comportamenti che la mantengono e alimentano. Ricordati che rivolgendoti a uno psicoterapeuta cognitivo-comportamentale potrai ricevere un trattamento personalizzato secondo le tue esigenze e caratteristiche. La terapia cognitivo-comportamentale mette in relazione pensieri, emozioni e comportamenti allo scopo di individuare le credenze disfunzionali e i meccanismi di mantenimento che sostengono e alimentano la sofferenza psicologica.

In primo luogo, come spiegheremo in seguito, la terapia cognitivo-comportamentale si occupa di aiutare gli individui a capire che possono influenzare il loro umore identificando e modificando i loro pensieri e le loro credenze. Quando le persone sono depresse infatti, come abbiamo visto, hanno pen-

sieri negativi su se stesse, sugli altri e sul futuro, e ciò ne peggiora l'umore.

È necessario, quindi, scoprire questi pensieri e credenze disfunzionali per svilupparne di nuovi più funzionali, rendendo meno rigide le proprie convinzioni. A partire da un singolo pensiero si potranno individuare possibili interpretazioni alternative che miglioreranno il tono dell'umore.

Un altro aspetto molto importante della terapia cognitivo-comportamentale è l'attenzione rivolta ai comportamenti che le persone mettono in atto in circostanze di disagio e sofferenza. Nello specifico, gli individui depressi si sentono apatici, poco motivati, spesso restano in casa e non vogliono uscire e interagire con gli altri. Un obiettivo centrale sarà, quindi, identificare e modificare aspetti del comportamento che possono perpetuare e peggiorare la depressione. Alcune strategie comportamentali, come vedremo, sono: la definizione di obiettivi, la programmazione di attività piacevoli, il training di abilità sociali, il problem solving, ecc.

La terapia cognitivo-comportamentale ha il vantaggio di essere strutturata, di breve durata e focalizzata sul presente. Nei moduli successivi ti verranno spiegate alcune strategie attinte dal modello cognitivo-comportamentale della depressione che ti potranno aiutare da subito a gestire meglio i cambiamenti del tuo umore.

Grazie alla psicoterapia cognitivo-comportamentale imparerai due tipi di abilità:

1. Attraverso delle tecniche specifiche apprenderai come correggere le tue interpretazioni errate di pericolo e minaccia;
2. Individuerai le tue risorse personali per fronteggiare e usare efficacemente le tecniche apprese.

## Modulo 2

# La depressione: strategie per il trattamento

## Tecniche comportamentali

Tecniche comportamentali

Tecniche cognitive

La terapia cognitivo-comportamentale della depressione si basa sull'uso combinato di tecniche comportamentali e cognitive. Le tecniche comportamentali vengono utilizzate soprattutto nella prima fase del trattamento e hanno lo scopo di promuovere l'attivazione comportamentale.

I sintomi depressivi modificano notevolmente la vita, le attività quotidiane e il comportamento delle persone. Molti di questi cambiamenti determinano un peggioramento del problema. Ad esempio, la mancanza di motivazione o di energia porta la persona depressa a ridurre le attività, a trascurare i compiti e le responsabilità quotidiane lasciando che siano gli altri spesso a prendere le decisioni. Come abbiamo già detto, quando si riducono le attività si tende a diventare sempre meno motivati, più stanchi e con meno energie, innescando un circolo vizioso che determina così un ulteriore peggioramento del tono dell'umore. Se risulta necessario fermarsi di fronte alla stanchezza fisica, al contrario aumentare le ore di sonno o ridurre le proprie attività quotidiane come risposta alla depressione determina maggiore stanchezza e sonnolenza.

Nello stesso modo in cui l'ansia è alimentata da preoccupazioni riguardo le eventuali catastrofi future, la depressione è mantenuta da pensieri negativi riguardo al passato. Quando si è in ansia, ogni preoccupazione ha lo stesso esito disastroso e questo non fa altro che suscitare ancora più ansia. Nella depres-

sione, ruminiamo per lo stesso motivo per cui, quando siamo ansiosi, ci preoccupiamo: usiamo la nostra capacità di analisi e così abbiamo l'impressione di fare qualcosa per risolvere i problemi. Ripercorriamo ciò che è andato male per prepararci al futuro ma questo in realtà non funziona (Siegel, 2012). Ruminare sul proprio stato o sul proprio passato aumenta, dunque, i sintomi, in una spirale verso il basso che peggiora le condizioni cliniche. Le persone che sono depresse dedicano, infatti, molto del loro tempo a ruminare sul perché si sentono in quel modo, cercando di capire i loro problemi e le loro personali inadeguatezze. Credono che pensare in questo modo possa aiutarle a trovare una soluzione per ridurre il loro disagio. Ma, in realtà, come abbiamo detto, questo non funziona. Il tuo psicoterapeuta ti potrà consigliare delle strategie mirate a contrastare la tua ruminazione depressiva.

Inoltre, decidere di non fare più anche le cose che solitamente si ama fare, ad esempio, preclude necessariamente la possibilità di sperimentare emozioni ed eventi positivi.

Le responsabilità quotidiane e i compiti di lavoro si accumulano perché non si ha la forza per svolgerli, e il solo pensare a questa crescente lista di attività mancate può provocare sensi di colpa o confermare la propria idea di essere inadeguato, incapace o fallito, peggiorando ulteriormente lo stato depressivo.

Un modo per interrompere questo circolo vizioso è proprio quello di aumentare il livello attuale di attività, special-

mente di quelle piacevoli. Questo dà la possibilità, infatti, di pensare ad altro, di non ruminare e di guardare avanti riconquistando, così, piano piano il controllo della propria vita e riassaporando di nuovo il piacere di provare emozioni positive.

Non devi iniziare proponendoti di fare troppe attività tutte insieme, perché quando si è depressi anche le singole azioni che prima non richiedevano alcuno sforzo diventano un enorme ostacolo da superare e sembrano necessitare di tantissima energia.

Dal momento che pensieri del tipo “è troppo difficile”, “non ce la farò mai”, “non ne ho la forza” o “non mi divertirò facendolo” ti potrebbero bloccare, poniti come obiettivo iniziale quello di svolgere un compito che richieda poco tempo. Se vuoi fare una passeggiata, per esempio, il primo obiettivo dovrà essere quello di passeggiare per 5-10 minuti piuttosto che percorrere un intero quartiere. Ognuno sceglierà un compito, anche piccolo, da cui cominciare.

Per aiutarti, di seguito trovi un elenco di attività piacevoli (fig. 6) da cui poter selezionare quelle che vorrai includere nel tuo programma settimanale.

Sceglie due o tre che trovi nella lista e prova a eseguirle la settimana prossima, aggiungendo al tuo programma anche uno o due compiti che abbiano a che fare con il lavoro o con qualche responsabilità. La cosa importante è che ognuna di queste non deve essere semplicemente un’idea o un proposito, ma deve concretizzarsi in un’azione, anche piccola, ma comunque effettiva.

Nelle righe vuote puoi aggiungere altre attività adatte a te che ti sembrano piacevoli e che non sono comprese nell’elenco.

- |   |   |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fare un bagno caldo</li> <li>2. Parlare al telefono con un amico</li> <li>3. Andare al cinema</li> <li>4. Passare del tempo con qualcuno a cui voglio bene</li> <li>5. Andare a trovare un amico</li> <li>6. Camminare</li> <li>7. Fare una corsa</li> <li>8. Sentire la musica</li> <li>9. Prendere il sole</li> <li>10. Andare in spiaggia</li> <li>11. Andare a pattinare</li> <li>12. Uscire a guardare le stelle</li> <li>13. Andare in chiesa</li> <li>14. Disegnare</li> <li>15. Comprare oggetti per la casa</li> <li>16. Curare i fiori</li> <li>17. Guidare la macchina</li> <li>18. Andare in un pub</li> <li>19. Comprare un regalo a qualcuno</li> <li>20. Cucinare</li> <li>21. Suonare uno strumento musicale</li> <li>22. Guardare uno sport in televisione</li> <li>23. Collezionare oggetti (conchiglie, monete, francobolli...)</li> <li>24. Andare in un salone di bellezza</li> <li>25. Noleggiare un DVD di un film che mi piace</li> <li>26. Indossare vestiti sexy</li> <li>27. Dire “Ti voglio bene”</li> <li>28. Praticare karate, judo o yoga</li> <li>29. Bere un caffè e leggere il giornale</li> <li>30. Fare sesso</li> <li>31. Sentire una musica che mi fa star bene</li> <li>32. Andare in palestra</li> <li>33. Andare in un campeggio</li> <li>34. Parlare con gli amici</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>35. Fare qualcosa spontaneamente</li> <li>36. Andare a pescare</li> <li>37. Accudire i miei animali domestici</li> <li>38. Guardare le vetrine dei negozi</li> <li>39. Andare a ballare</li> <li>40. Praticare la meditazione</li> <li>41. Pensare a un evento piacevole</li> <li>42. Giocare a carte</li> <li>43. Fare un cruciverba</li> <li>44. Vedere delle foto di viaggi</li> <li>45. Lavorare a maglia</li> <li>46. Discutere di politica</li> <li>47. Andare a teatro</li> <li>48. Fare un giro in bicicletta</li> <li>49. Pensare “L’ho fatto abbastanza bene” dopo aver svolto un compito</li> <li>50. Vestirmi in maniera elegante</li> <li>51. Pulire una parte della casa per non più di 20 minuti</li> <li>52. Mettere a posto un cassetto o un armadio</li> <li>53. Riflettere sui miglioramenti raggiunti</li> <li>54. Andare al museo</li> <li>55. Accendere delle candele</li> <li>56. Navigare su internet</li> <li>57. Andare a prendere un caffè al bar</li> <li>58. Giocare a tennis</li> <li>59. Comprare un libro</li> <li>60. Fare una sauna o un bagno turco</li> <li>61. Iscrivermi a un corso di ballo</li> <li>62. Comprare un acquario da mettere in casa</li> <li>63. Andare a giocare a bowling</li> <li>64. Farmi fare un massaggio</li> <li>65. Rileggere i file che mi ha dato lo psicoterapeuta</li> <li>66. Pensare di essere una persona che ce la può fare</li> </ol> |
|---|---|

Altre attività piacevoli

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

Fig. 6 Elenco di attività piacevoli

In questa tabella (fig. 7) dovrai indicare la data e l'attività che hai svolto. Poi per ogni attività dovrai indicare, prima e dopo, il livello di depressione, senso di padronanza e piacere, secondo la scala sotto riportata. Così potrai cogliere tu stesso la presenza di un eventuale miglioramento.

Data	Attività svolta		Depressione	Senso di padronanza	Piacere
7/4/14	Curare i fiori	Prima	6	2	3
		Dopo	5	5	5
		Prima			
		Dopo			
		Prima			
		Dopo			
		Prima			
		Dopo			
		Prima			
		Dopo			
		Prima			
		Dopo			
		Prima			
		Dopo			
		Prima			
		Dopo			
		Prima			
		Dopo			
		Prima			
		Dopo			
		Prima			
		Dopo			

**legenda** 0 Assente, 1 Molto basso, 2 Basso, 3 Moderato, 4 Alto, 5 Molto alto, 6 Altissimo

Fig. 7 Scheda di lavoro sulle attività

Questa tabella (fig. 8) ti sarà utile invece per organizzare il programma settimanale di attività. Ricordati di bilanciare attività piacevoli e compiti di responsabilità in ciascun giorno della settimana.

	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	Domenica
8:00-9:00							
9:00-10:00							
10:00-11:00							
11:00-12:00							
12:00-13:00							
13:00-14:00							
14:00-15:00							
15:00-16:00							
16:00-17:00							
17:00-18:00							
18:00-19:00							
19:00-20:00							
20:00-21:00							
21:00-22:00							
22:00-23:00							
23:00-24:00							

Fig. 8 Programma settimanale di attività

## Tecniche cognitive

Le tecniche cognitive permettono alla persona depressa di acquisire consapevolezza dei propri pensieri e credenze per imparare a modificarli, gestendo così la propria sofferenza.

Il caposaldo della terapia cognitivo-comportamentale dei disturbi emotivi, e dunque anche della depressione, è: “Il modo in cui pensi influisce sul modo in cui senti”.

Le persone, soprattutto durante episodi di depressione intensa, non riescono a comprendere che i loro pensieri influenzano i loro stati d'animo e che giocano un'importante funzione di mediazione tra la situazione e l'emozione con la conseguente reazione fisiologica e tra la situazione e il comportamento (fig. 9), come verrà spiegato successivamente. Vediamo con un esempio pratico come i pensieri influenzano lo stato d'animo. Immagina di essere invitato a un appuntamento al buio.

Incontri questa persona in un locale pieno di gente e inizi a parlare, ma lui/lei dopo essersi presentato/a si limita a rispondere alle tue domande senza guardarti negli occhi e guardando altrove. Immagina le emozioni che potresti provare se ti passassero per la mente questi tre diversi pensieri:

1. Che persona maleducata! Nemmeno mi guarda mentre gli/le parlo! Ma perché mi ha invitato/a!
2. Forse sta pensando che non sono interessante e che sono noioso/a.
3. Magari è timido/a e non mi guarda negli occhi.

Molto probabilmente questi tre pensieri di valutazione del comportamento dell'altro sopra descritto si associano a tre diverse reazioni emotive.

Nel primo caso, ad esempio, proverai rabbia o frustrazione; nel secondo, delusione e nel terzo speranza. Non è dunque l'evento in sé a determinare quello che provi, ma il modo in cui interpreti, attraverso i tuoi pensieri, la situazione. Nella terapia cognitivo-comportamentale esistono due flussi di pensiero, uno di cui siamo più consapevoli chiamati pensieri volontari, e altri così veloci e immediati che sono definiti “automatici”. A breve ti sarà spiegata una tecnica per individuare i pensieri automatici, allo scopo di poterli poi modificare. Spesso, proprio perché così veloci, non abbiamo la consapevolezza della presenza dei pensieri automatici ma la abbiamo più delle emozioni che ne conseguono e delle relative sensazioni fisiche che le accompagnano.

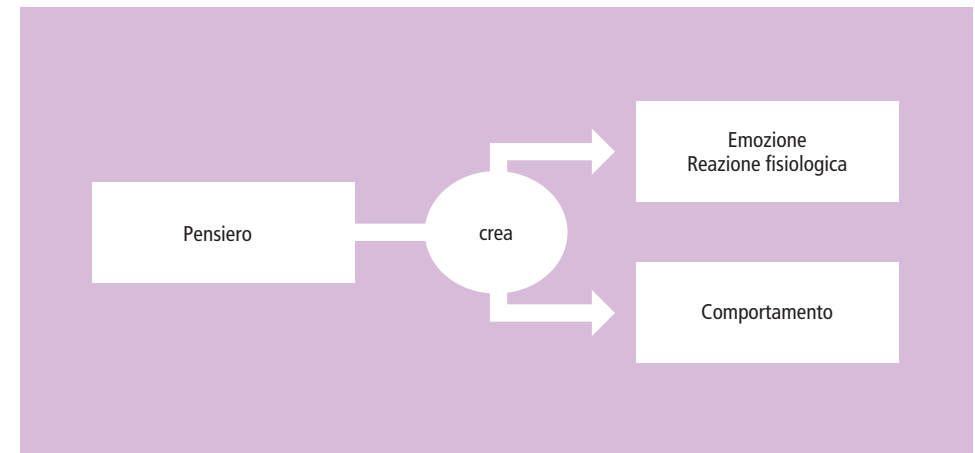


Fig. 9 Il modello cognitivo di Beck (2013)

Per tutti è più facile riconoscere certe emozioni piuttosto che altre e, dunque, potrà esserti di aiuto passare in rassegna le emozioni sotto riportate (fig. 10), al fine di collegarle all'evento che le ha scatenate.

Abbandonato	Inquieto
Adirato	Insicuro
Affranto	Interessato
Agitato	Invidioso
Alterato	Irritato
Angosciato	Isolato
Annoiato	Melanconico
Ansioso	Nervoso
Apprensivo	Ottimista
Arrabbiato	Pauroso
Calmo	Pazzo
Cattivo	Pensieroso
Colpevole	Pessimista
Confuso	Pieno di vergogna
Deluso	Preoccupato
Depresso	Preso dal panico
Disgustato	Respinto
Disperato	Rifiutato
Dispiaciuto	Risentito
Distratto	Scoraggiato
Esasperato	Sereno
Estasiato	Sfiduciato
Euforico	Soffocato
Felice	Solo
Ferito	Sopraffatto
Fiacco	Sorpreso
Frustrato	Sottomesso
Furioso	Sotto pressione
Geloso	Spaventato
Giù	Stanco
Imbarazzato	Stressato
Impacciato	Stupido
Impotente	Stupito
Inadeguato	Terrorizzato
Incazzato	Teso
Indesiderato	Timoroso
Indignato	Triste
Infelice	Turbato
Innamorato	Vigile

Fig. 10 Lista di emozioni (Beck, 2013)

### Il modello ABC

Imparare a riconoscere e modificare i pensieri disfunzionali automatici può influire positivamente sul tono dell'umore. Dei tipici pensieri automatici negativi che passano per la mente delle persone depresse sono: "Sono un fallito! Non sarò mai in grado di fare nulla! Sono uno stupido", "Mi considerano tutti un cretino e un perdente, e sicuramente mi lasceranno solo!". L'analisi ABC (fig. 11) è una tecnica per identificare e monitorare i pensieri automatici.

#### A. Evento attivante

Per prima cosa si deve individuare A che rappresenta un evento o una situazione in cui hai provato una forte emozione negativa come la depressione. Nel punto A cerca di descrivere la situazione nello stesso modo in cui la registrerebbe una telecamera, cioè raccontando solo i fatti. Per esempio: A=Ieri stavo passeggiando per strada e c'era molta gente intorno a me. A un certo punto noto un mio amico che sta camminando proprio nella mia direzione, ma quando arriva vicino a me non mi saluta e passa oltre.

#### C. Conseguenze emotive e comportamentali

Il prossimo passo è identificare C, che include le emozioni e i comportamenti che hanno seguito l'evento A. Facendo riferimento alla A (evento attivante) sopra descritto, le conseguenze emotive saranno "Tristezza, delusione, turbamento" e le conseguenze comportamentali saranno "Me ne torno subito a casa".

Per prima cosa, dunque, dopo aver identificato A devi individuare le emozioni che hai provato in quella situazione e assegnare un punteggio d'intensità in una scala che va da 0 a 100 (più alto è il numero più intensa è l'emozione). Puoi anche scrivere i comportamenti che hai adottato in quella situazione, come per esempio tornare subito a casa.

#### B. I tuoi pensieri

A questo punto devi identificare B, i pensieri, ovvero quello che ti passa per la testa in quel momento.

Continuando con l'esempio:

B =

- Mi ha visto e non mi ha neppure salutato!
- Sicuramente non voleva parlarmi e ha fatto finta di non vedermi.
- Avrà pensato di non voler perdere tempo con una persona noiosa come me!

Dopo aver individuato A e C, dunque, per facilitare l'identificazione dei tuoi B prova a chiederti: "Cosa stavo pensando quando si è verificato l'evento?", "Cosa mi stava passando per la mente?". Scrivi poi tutti i pensieri in una lista, come nell'esempio sopra riportato, e, una volta elencati tutti quelli che riesci a individuare, leggi ogni pensiero che hai riportato ed evidenzia quello che ti sembra più associato all'emozione principale che avevi provato durante A (evento attivante). Questo pensiero lo chiameremo il tuo pensiero automatico "caldo". Nella pagina successiva trovi un esempio di una scheda di lavoro ABC (fig. 12).

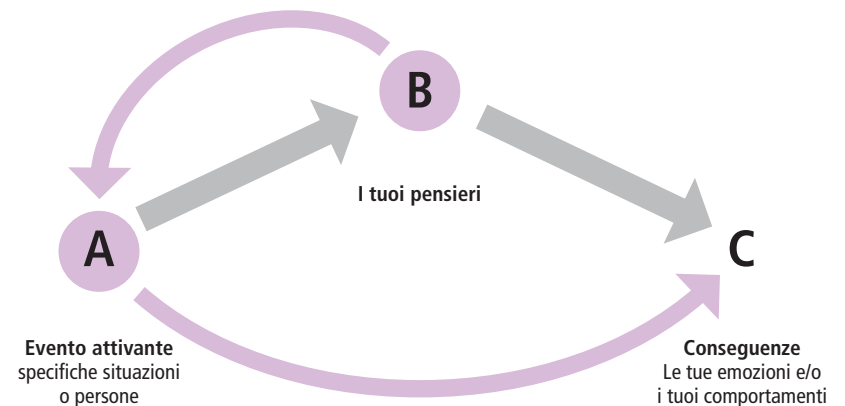


Fig. 11 Modello ABC



Adesso esercitati nella raccolta di ABC e, solo dopo che avrai imparato a farlo, procedi oltre.

**A. Evento Attivante**

Puoi includere un evento o una situazione attuale, un pensiero, un'immagine mentale o uno stimolo fisico

**B. I tuoi pensieri**

1. Elenca tutti i pensieri che collegano A a C. Chiediti: "A cosa stavo pensando? Cosa mi stavo dicendo? Cosa mi passava per la mente in quel momento?"
2. Identifica il pensiero più "caldo" ed evidenzialo.

**C. Conseguenze emotive e comportamentali**

1. Scrivi le emozioni che descrivono come ti senti e assegna un punteggio all'intensità di queste emozioni (da 0 a 100)
2. Annota tutte le sensazioni fisiche che hai provato
3. Annota i comportamenti che hai messo in atto

Esempio

*Il/la mio/a partner è tornato/a a casa dopo un viaggio di lavoro e mi ha dato solo un bacio senza abbracciarmi o chiacchierare con me*

1. *Deve essere stanco/a di me che sono sempre depresso/a*  
*Probabilmente non gli/le interessa più di me e forse neanche mi ama più*
2. *Probabilmente non gli/ le interessa più di me e forse neanche mi ama più*

1. *Sofferente (70)*  
*Impaurito/a (90)*
2. *Sembrava che il petto mi scoppiasse*
3. *Ho messo il broncio*

	1	1
		2
	2	
		3
	1	1
		2
	2	
		3

Fig. 12 Esempio di scheda di lavoro ABC

## Le distorsioni cognitive

Abbiamo spiegato che quando una persona prova un'emozione spiacevole come la tristezza, è sempre preceduta da alcuni pensieri. Questi possono contenere alcuni errori chiamati distorsioni cognitive. Ecco quelli tipici delle persone depresse (Beck, 2013):

### 1. Pensiero "tutto o nulla"

(chiamato anche pensiero in bianco e nero, polarizzato o dicotomico)  
Vediamo una situazione in soli due modi 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 nella logica del "o...o".

Esempi

- O farò tutto in maniera precisa o meticolosa o sarà tempo sprecato
- Se non mi realizzo nel lavoro, la mia vita sarà un completo fallimento
- O guarisco subito o sarò depresso per tutta la vita

### 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.

Pensando in questo modo al futuro, si creano intense reazioni di ansia.

Esempi

- Ho mal di testa, avrò qualcosa di grave
- Se all'ora di pranzo non è tornata a casa è perché sicuramente ha avuto un incidente
- Non ne uscirò più

### 3. 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

- Sento che le cose non cambieranno. Il fatto di sentire "qualcosa" non significa affatto che sia vero
- Sento che non ce la farò a fare tutto
- Sento di non valere

### 4. Filtro mentale

(chiamato anche astrazione selettiva)  
Cogliamo un unico dettaglio negativo e ci soffermiamo solo su quello, cosicché la nostra visione di tutta la realtà si oscura, diventa buia, come una goccia d'inchiostro che cade in un recipiente d'acqua e la colora.

Esempi

- Divento triste perché ho un solo voto basso nella mia valutazione (in cui ci sono però numerosi voti alti), "ho fatto un pessimo lavoro"
- Ho fatto varie attività piacevoli, ma non sono riuscito a completarne una, "non valgo nulla"

- Sono migliorato sulla maggior parte dei sintomi depressivi, ma dormo ancora poco, "è tutto inutile"

### 5. 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

- Anche se mi sorride, so che non le piaccio
- So che non mi considera capace, anche se non me lo dice
- Dallo sguardo del terapeuta, ho capito che pensa che sono un caso disperato

### 6. Ipergeneralizzazione

Tendiamo ad arrivare a conclusioni di carattere generale in maniera affrettata, allontanandoci dalla situazione concreta e attuale, usando spesso avverbi come "sempre" o "mai".

Esempi

- Il mio umore è sempre costante
- Mi tratta sempre male
- Dormo sempre male

### 7. Personalizzazione

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

Esempi

- Se non mi hanno assunto è perché non valgo abbastanza

- Se non mi aiutano è perché non me lo merito
- Si è arrabbiato per colpa mia

Per valutare se i tuoi pensieri sono validi e fondati devi prima individuare se contengono una o più distorsioni cognitive; in caso affermativo, metterli in discussione ed esaminare le prove a favore e quelle contrarie proprio come farebbe un investigatore. Per far ciò alle tre componenti dell'analisi ABC aggiungiamo "D" che indica la "Discussione" delle evidenze che pensi confermino o meno i tuoi pensieri automatici che contengono una distorsione cognitiva, cioè un errore di pensiero.

Alcune domande utili a questo scopo sono:

- Quali sono le prove che confermano il mio pensiero?
- C'è qualche evidenza contraria ai miei pensieri riguardo la situazione?
- Ci sono modi alternativi per interpretare questa situazione?
- Se non fossi depresso/a potrei rileggere questo evento in un modo diverso?
- Come faccio a essere certo/a che le mie interpretazioni sono esatte?
- Ci sono dei fatti che sto trascurando o ignorando?
- Quanto sono realistici i miei pensieri, credenze e aspettative?
- Un'altra persona potrebbe interpretare in modo diverso questa situazione?

Nella pagina seguente trovi la scheda di lavoro ABC con l'aggiunta della sezione D (fig. 13) in cui potrai elencare le eventuali distorsioni cognitive.

A. Evento Attivante	B. I tuoi pensieri	C. Conseguenze emotive e comportamentali	D. Discussione
Puoi includere un evento o una situazione attuale, un pensiero, un'immagine mentale o uno stimolo fisico	1. Elenca tutti i pensieri che collegano A a C. Chiediti: "A cosa stavo pensando? Cosa mi stavo dicendo? Cosa mi passava per la mente in quel momento? 2. Identifica il pensiero più "caldo" ed evidenzialo.	1. Scrivi le emozioni che descrivono come ti senti e assegna un punteggio all'intensità di queste emozioni (da 0 a 100) 2. Annota tutte le sensazioni fisiche che hai provato 3. Annota i comportamenti che hai messo in atto	Riesci a identificare nei tuoi pensieri la presenza di una o più distorsioni cognitive?
Esempio  <i>Il/la mio/a partner è tornato/a a casa dopo un viaggio di lavoro e mi ha dato solo un bacio senza abbracciarmi o chiacchierare con me</i>	1. <i>Deve essere stanco/a di me che sono sempre depresso/a</i>  <i>Probabilmente non gli/le interessa più di me e forse neanche mi ama più</i>  2. <i>Probabilmente non gli/ le interessa più di me e forse neanche mi ama più</i>	1. <i>Sofferente (70)</i> <i>Impaurito/a (90)</i>  2. <i>Sembrava che il petto mi scoppiasse</i>  3. <i>Ho messo il broncio</i>	<i>Palla di vetro</i>  <i>Filtro mentale</i>
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	1          2          	1          2          3          	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	1          2          	1          2          3          	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Fig. 13 Scheda di lavoro ABC con l'aggiunta della sezione D

Continuando con l'esempio:

Il pensiero "caldo" B è: "Probabilmente non gli/ le interessa più di me e forse neanche mi ama più"

Le domande di messa in discussione dei pensieri:

- Quali sono le prove che confermano il mio pensiero?  
*Ha detto che sono troppo depresso/a in questo periodo*
- C'è qualche evidenza contraria ai miei pensieri riguardo la situazione?  
*Mi ha detto che capisce che questo è un periodo difficile per me e che sarà sempre al mio fianco. Domani sera mi porterà a cena in un ristorante molto romantico*
- Ci sono modi alternativi per interpretare questa situazione?  
*Potrebbe essere stanco/a per il viaggio o essere distratto/a da questioni di lavoro*
- Se non fossi depresso/a potrei rileggere questo evento in un modo diverso?  
*Potrei rendermi conto che lui/lei mi dimostra il suo affetto in molti altri modi*

Il mio pensiero "caldo" B

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• Quali sono le prove che confermano il mio pensiero?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• C'è qualche evidenza contraria ai miei pensieri riguardo la situazione?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• Ci sono modi alternativi per interpretare questa situazione?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• Se non fossi depresso/a potrei rileggere questo evento in un modo diverso?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• Come faccio a essere certo/a che le mie interpretazioni sono esatte?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• Ci sono dei fatti che sto trascurando o ignorando?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• Quanto sono realistici i miei pensieri, credenze e aspettative?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• Un'altra persona potrebbe interpretare in modo diverso questa situazione?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Modulo 3

## La prevenzione delle ricadute nella depressione

Introduzione al programma Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) per la prevenzione delle ricadute nella depressione

Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)

Come è strutturato il programma MBCT

### Introduzione al programma Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) per la prevenzione delle ricadute nella depressione

Abbiamo visto che la depressione si manifesta in varie forme; può essere più o meno grave, con durata breve o persistente, dovuta a una predisposizione biologica o a vissuti psicologici.

La depressione è spesso una condizione cronica che presenta delle ricadute che, anche se lievi, comunque interferiscono con le normali attività quotidiane e impediscono di apprezzare la vita e goderla pienamente.

Perché la depressione ricompare?

- Quando le persone, per qualsiasi motivo, cominciano a pensare in modo più negativo, ricompare la depressione, perché è il pensiero che crea l'emozione.
- Durante il primo episodio depressivo, però, questa negatività non emerge subito alla formulazione dei primi pensieri ma richiede un po' di tempo.
- Dopo ripetuti episodi depressivi, si formano invece forti associazioni, e questo fa sì che anche un piccolo stimolo scatenante, come un normale calo dell'umore, possa essere interpretato negativamente e diventare, quindi, un punto iniziale critico per la ricomparsa della depressione.
- Da questo punto critico si innesca una spirale del pensiero ruminativo negativo che può condurre progressivamente a un senso di disperazione.
- Il sentirsi senza speranza porta poi al ritiro sociale e all'evitamento di un numero sempre maggiore di situazioni.
- Una volta che i vecchi pensieri sono attivati, spesso in maniera inconsapevole, risulta difficile svincolarsi dal circolo vizioso che innesca un nuovo epi-

sodio depressivo, perché è spesso frutto di una reazione istintuale, proprio come lo è il divincolarsi dalle sabbie mobili (Segal, Williams & Teasdale, 2013).

Durante un episodio depressivo, l'umore negativo si presenta, dunque, insieme a pensieri negativi e sensazioni fisiche di debolezza e stanchezza. Quando l'episodio è passato e l'umore è ritornato a livelli normali, anche il pensiero negativo e le sensazioni fisiche tendono a regredire fino a scomparire. Comunque, quello che è importante sottolineare è che, come abbiamo detto sopra, durante l'episodio, viene appresa un'associazione tra i vari sintomi cognitivi e fisici. Questo implica che, quando l'umore negativo si presenta nuovamente, per qualunque ragione, tenderà a innescare tutti gli altri sintomi in modo proporzionale alla forza dell'associazione precedentemente instaurata. Di conseguenza, i vecchi pensieri negativi si riattivano, seguendo il medesimo percorso che porta a un conclamato episodio depressivo.

È di enorme importanza dunque ricordare che, anche quando le persone si sentono bene, il collegamento tra l'umore negativo e i pensieri negativi resta pronto per essere riattivato. Questo implica, pertanto, che per modificare il proprio atteggiamento rispetto alla depressione è necessario apprendere le strategie per impedire che questa associazione si inneschi nuovamente e che, quindi, anche lievi stati depressivi diventino delle spirali fuori controllo

(fig. 14), attraverso la ruminazione. Da qui la scelta della spirale come immagine dell'opuscolo.

Gli studi fatti da Zindel Segal (Toronto), Mark Williams (Gales) e John Teasdale (Cambridge) hanno dato vita al programma Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT).

Questo protocollo, che è una rielaborazione del lavoro di Jon Kabat-Zinn sul programma di riduzione dello stress (MBSR) già sperimentato su più di 24000 pazienti negli ultimi 20 anni all'University of Massachusetts, ha indagato come la meditazione possa aiutare le persone a stare meglio dopo essere state trattate con successo per depressione.

Il lavoro di Segal, Williams e Teasdale si è basato sull'osservazione che, una volta che un paziente si è ripreso da un episodio depressivo, una quantità relativamente piccola di umore negativo, che può presentarsi, come abbiamo detto, per qualsiasi motivo, può scatenare nuovamente una grande quantità di pensieri negativi classici della depressione. "Sono un fallimento", "sono debole", "sono senza valore", "sono senza speranza" portano con sé sensazioni fisiche di debolezza, stanchezza o dolore inspiegabile.

Sia i pensieri negativi che la stanchezza spesso sembrano, agli occhi degli altri, sproporzionati rispetto alla situazione. I pazienti che credono di essere guariti possono sentirsi di nuovo al punto di partenza.

Si trovano in un loop ruminativo che li porta continuamente a chiedersi "cosa è andato male?", "perché sta succedendo a me?", "dove mi porterà tutto questo?". Tale ruminazione induce le persone a cercare quasi ossessivamente una risposta, ma in realtà causa solo un prolungamento e un peggioramento della depressione.

Il protocollo MBCT è designato ad aiutare coloro che soffrono di periodi di depressione e infelicità cronica attraverso uno strumento che permetta di affrontare tutto questo quando si ripresenta.

L'evidenza di efficacia dell'MBCT è così robusta che il National Institute for Clinical and Health Excellence (NICE) anglosassone la consiglia a tutti coloro che hanno avuto due o più episodi depressivi. In particolare:

- L'MBCT è più efficace delle dosi di mantenimento di antidepressivi nel prevenire una ricaduta nella depressione
- Tre quarti di coloro che hanno frequentato un corso MBCT e hanno assunto antidepressivi sono stati in grado di sospendere i farmaci entro 15 mesi
- L'MBCT può anche ridurre la gravità dei sintomi nei soggetti che stanno vivendo un episodio depressivo

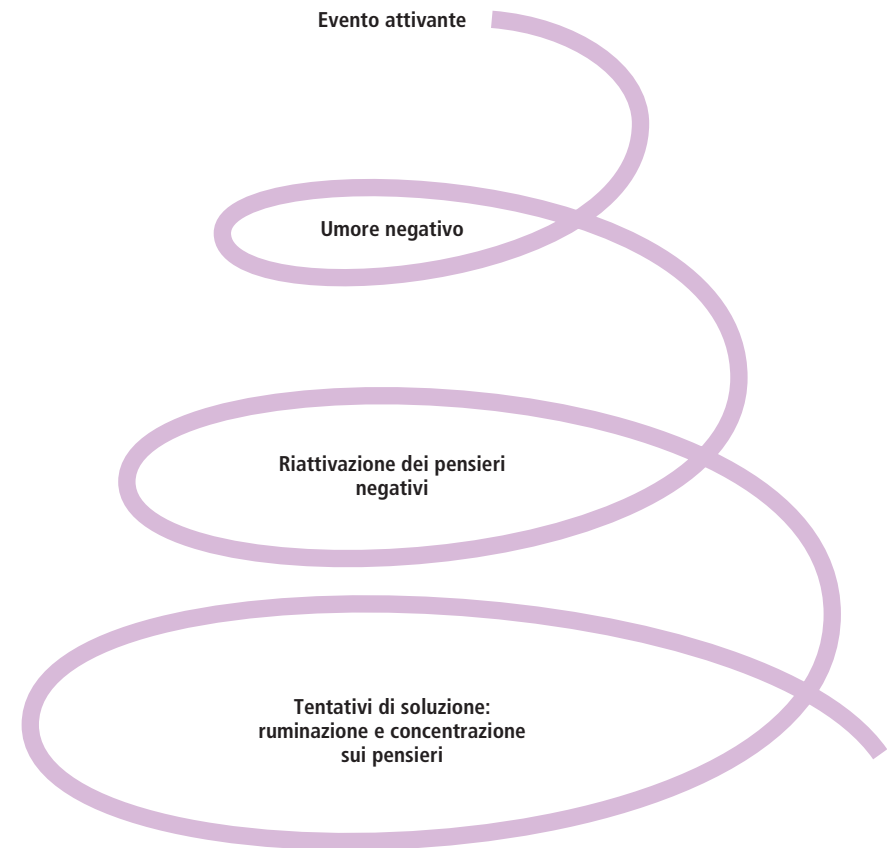


Fig. 14 Spirale depressiva

## Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)

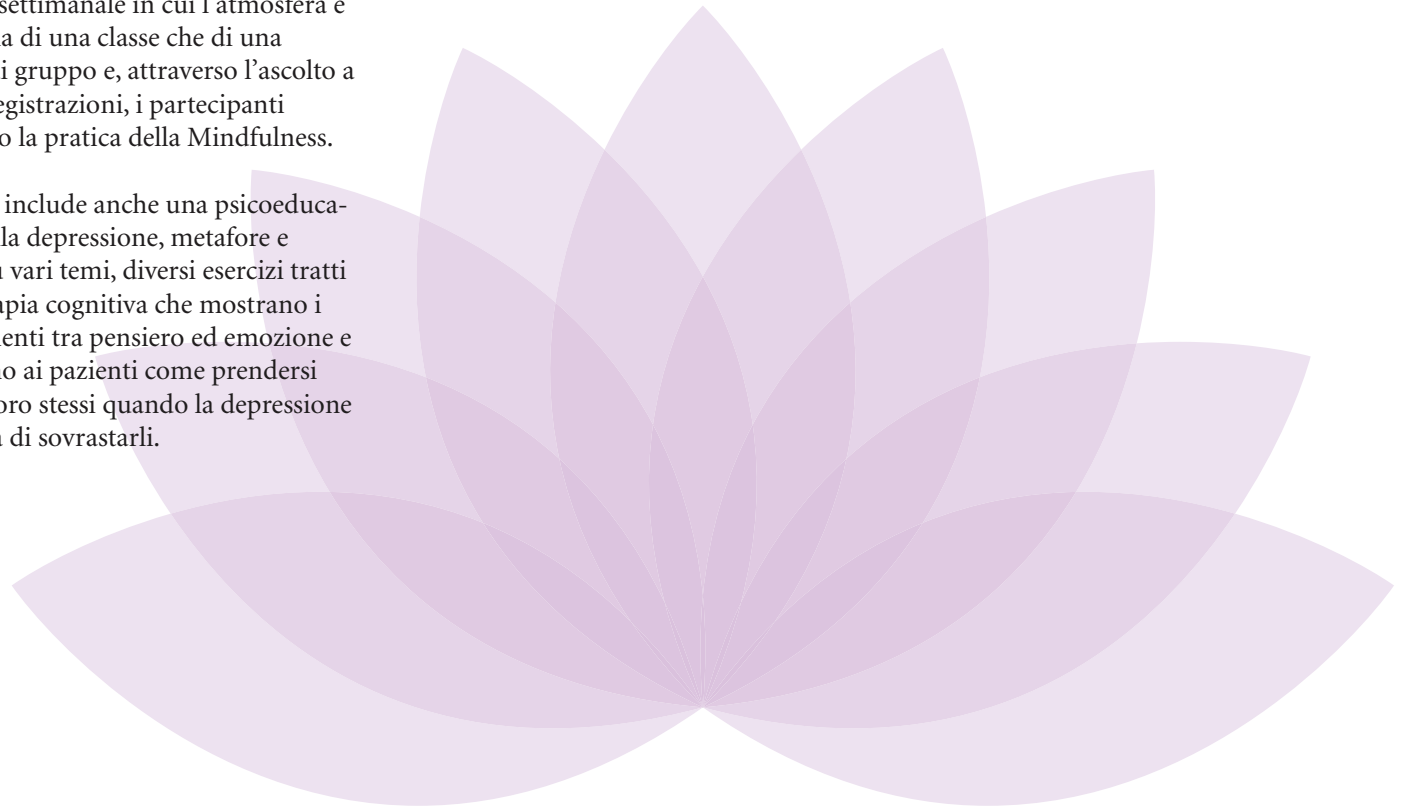
La Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) comprende semplici meditazioni guidate che aiutano i partecipanti a diventare più consapevoli e in grado di accettare il presente così come è, a entrare in contatto con i cambiamenti della mente e del corpo momento dopo momento. Secondo la definizione di Kabat-Zinn (1990), la Mindfulness è “porre attenzione in un modo particolare: intenzionalmente, al momento presente, in modo non giudicante, non critico e di accettazione”.

Allo scopo di apprendere questa abilità, il corso è articolato in 8 + 1 incontri a cadenza settimanale in cui l’atmosfera è più quella di una classe che di una terapia di gruppo e, attraverso l’ascolto a casa di registrazioni, i partecipanti imparano la pratica della Mindfulness.

L’MBCT include anche una psicoeducazione sulla depressione, metafore e poesie su vari temi, diversi esercizi tratti dalla terapia cognitiva che mostrano i collegamenti tra pensiero ed emozione e insegnano ai pazienti come prendersi cura di loro stessi quando la depressione minaccia di sovrastarli.

L’MBCT aiuta i partecipanti a vedere più chiaramente le modalità di funzionamento della mente e a imparare a riconoscere quando il loro umore comincia a scendere. Questo aiuta a rompere il collegamento tra umore negativo e pensiero negativo che normalmente si attiverebbe.

I partecipanti sviluppano così la capacità di lasciare andare e venire l’umore negativo, i pensieri e le sensazioni, senza necessariamente doverli contrastare. Realizzano così di poter stare in contatto con il momento presente, senza ruminare sul passato.



## Come è strutturato il programma MBCT

Il programma MBCT è strutturato in 8 incontri, della durata di 2 ore circa, più 1 della durata di un giorno intero, tra il sesto e il settimo. I corsi implicano una combinazione di tecniche mente-corpo, come le meditazioni e il lavoro sul respiro, principi ed esercizi di terapia cognitiva, e piccole finestre teoriche su argomenti strutturati e peculiari della depressione. Preliminare all'inizio, vi è un incontro di gruppo in cui si spiega il protocollo e uno individuale di valutazione, della durata di circa un'ora. In quest'occasione vengono spiegati anche alcuni aspetti della depressione e i dettagli del programma e si verifica se la persona sia in grado di beneficiare del corso.

L'obiettivo delle prime 4 settimane dell'MBCT è sviluppare la capacità di porre attenzione. È necessario, infatti, prestare una maggiore consapevolezza anche alle più banali e routinarie attività ed esperienze della vita quotidiana: si imparerà così a essere presenti in numerose situazioni in cui si viene di solito guidati dal pilota automatico. Nei primi incontri i partecipanti vengono aiutati a concentrarsi su un singolo compito (sulle parti del corpo e poi sul respiro) e a rendersi conto di quanto spesso la mente inizi a vagare, favorendo la ricomparsa di pensieri ed emozioni negativi.

L'obiettivo delle ultime 4 settimane è imparare a stare nel momento presente anche quando arrivano i pensieri, le sensazioni fisiche o le emozioni negative, utilizzando diverse strategie. Per far ciò viene insegnato come essere pienamente consapevoli dei propri pensieri e sentimenti per poi, dopo averli riconosciuti, spostare l'attenzione altrove. Acquisire uno spazio, come lo spazio per il respiro, diverso da quello occupato da pensieri, sensazioni e stati d'animo negativi su cui rivolgere l'attenzione rende più facile gestire le difficoltà legate al momento presente. I partecipanti, infine, vengono aiutati a diventare consapevoli dei propri specifici segnali di allarme che possono indicare la presenza imminente di un nuovo episodio depressivo, per sviluppare così dei piani di azione per affrontarli.

La parte principale del lavoro è quella svolta a casa mediante l'utilizzo di MP3 o CD contenenti meditazioni guidate che vengono, di volta in volta, forniti durante gli incontri. I partecipanti hanno, inoltre, la possibilità di parlare delle proprie esperienze relative alla pratica svolta a casa, agli ostacoli che inevitabilmente sopraggiungono e al modo in cui superarli con maggiore facilità. Le classi sono solitamente di piccole dimensioni, circa 12 partecipanti, poiché, dal momento che i soggetti sono altamente vulnerabili a disturbi dell'umore, è raccomandabile un numero esiguo di individui.

La finalità principale di un corso MBCT è, come abbiamo detto, aiutare coloro che hanno sofferto di depressione nel passato a imparare abilità che li aiutino a prevenire la ricaduta nel futuro. Come?

- Riconoscendo quando l'umore sta per abbassarsi
- Diventando più consapevoli dei pensieri, delle emozioni e delle sensazioni fisiche momento dopo momento
- Scegliendo la risposta più efficace a qualunque pensiero, sensazione o situazione spiacevole si incontri
- Sviluppando un modo diverso di rapportarsi alle sensazioni, ai pensieri e alle emozioni. Nello specifico, si impara ad accettare consapevolmente e riconoscere le emozioni e i pensieri indesiderati piuttosto che percorrere routine abituali e automatiche che tendono a perpetuare le difficoltà
- Scoprendo cosa rende più vulnerabili alla ricaduta e all'attivazione dei circoli viziosi che determinano il ripresentarsi del disturbo
- Bloccando l'intensificazione dei pensieri negativi e focalizzandosi sul momento presente, piuttosto che mantenere lo sguardo sul passato o sul futuro
- Acquisendo un modo di pensare e di porre attenzione differente da quello usuale, senza il pilota automatico. Il pensiero critico e giudicante lascerà il posto a una modalità diretta e non giudicante di entrare in contatto con l'esperienza personale e il mondo circostante



I pensieri negativi sono basati su vecchie e automatiche routine cognitive, spesso ruminative. Sono rinforzati, anche se in modo disfunzionale, dall'obiettivo di sfuggire o evitare la depressione, le emozioni dolorose o le situazioni difficili. Tuttavia, è bene che le esperienze negative pregresse non siano censurate né cancellate dalla nostra vita affettiva e dalla memoria del tempo che è stato. La censura potrebbe rendere al nostro tempo una sensazione di anestesia che, se per certi versi può apparire estremamente piacevole e rilassante, rischia di farci smarrire la percezione del verso emozionante della vita, fatto anche di slanci gioiosi, curiosità e tensione alla scoperta.

Tali routine improduttive persistono poiché la persona depressa rimane in una modalità caratterizzata dalle seguenti peculiarità:

- Vivere con il pilota automatico, piuttosto che con consapevolezza
- Rapportarsi all'esperienza attraverso il pensiero, piuttosto che attraverso la percezione diretta
- Soffermarsi nel passato e nel futuro, piuttosto che essere totalmente immersi nel momento presente
- Provare a evitare, fuggire o sbarazzarsi delle esperienze spiacevoli, piuttosto che affrontarle con interesse
- Aspettarsi che le cose siano diverse da come realmente sono, piuttosto che permettere loro di essere semplicemente quello che già sono

- Considerare i pensieri insorgenti come veri e ineluttabili, piuttosto che come eventi mentali che possono o meno corrispondere alla realtà effettiva
- Trattare se stessi in modo critico e severo piuttosto che prendersi cura di sé con gentilezza, compassione e rispetto delle proprie mancanze e debolezze

Inoltre, il programma MBCT consente di acquisire e sviluppare delle abilità specifiche:

#### **Concentrazione**

Consiste nell'acquisire maggiore abilità nel dirigere e sostenere l'attenzione su uno stimolo specifico (per esempio, il respiro, il cibo, i suoni), ed è una forma di attenzione diversa da quella che solitamente sorge e passa nell'esperienza quotidiana, che è spesso frammentata e parzialmente deviata dall'oggetto al quale la applichiamo.

#### **Consapevolezza dei propri pensieri, sensazioni fisiche ed emozioni**

Per poter "lasciare andare" intenzionalmente i pensieri, le sensazioni fisiche e le emozioni che provocano sofferenza è necessario per prima cosa esserne consapevoli col mezzo di un atteggiamento quanto più possibile neutrale e privo di acredine e criticità.

#### **Stare nel momento presente**

Vuol dire uscire dalla modalità del pilota automatico, non consentendo più che il corpo faccia una cosa e la mente un'altra. Infatti, se siamo assorbiti dalla tristezza causata da eventi passati o da preoccupazioni che riguardano il futuro, non siamo capaci di essere presenti nel-

l'istante. Vivere il momento presente vuol dire imparare a stare con quello che c'è mentre trascorre, cioè a prestare attenzione e conferire valore a ogni istante della propria esistenza vivendolo con pienezza e senza distrazione.

#### **Decentramento**

Vuol dire diventare veramente e pienamente consapevoli di pensieri, sentimenti e sensazioni fisiche, ponendo distanza tra osservatore e oggetto dell'osservazione, come facciamo seduti in un cinema di fronte alla scena di un film.

#### **Accettazione**

Vuol dire imparare a sostituire i pensieri e i comportamenti reattivi, automatici e distruttivi con la consapevolezza di ciò che è, entrando in contatto con i propri valori più profondi e autentici. Ciò significa addestrarsi alla propositività e all'accettazione profonda di sé, abbandonando i cliché socioculturali e le inclinazioni che sabotano la possibilità di essere felici.

#### **Lasciar andare**

È fondamentale sviluppare la capacità di lasciar andare le cose semplicemente così come sono, senza cercare di migliorarle o trasformarle, non mettendo in atto i soliti circoli viziosi che alimentano il problema e, quindi, la depressione. La meditazione non ha l'obiettivo di sperimentare delle sensazioni inedite, iperboliche, estranee all'esperienza quotidiana; invece, di percepire ed essere consapevoli di ciò che si pensa e si prova lasciando andare la mente così com'è.

#### **“Essere” piuttosto che “fare”, non essere orientati ai risultati, nessuno stato speciale da raggiungere**

Nella modalità del fare si è consapevoli del presente in un modo molto limitato, cioè tenendo conto solo dei successi/fallimenti nel raggiungere o mancare gli obiettivi prefissati anticipatamente. La modalità dell'essere, che si acquisisce con la meditazione, è concentrata invece sul presente, senza valutare l'esperienza secondo aspettative, desideri o doveri, ma vivendola in maniera nuova e libera. Ciò ci consente di fronteggiare l'imprevisto e modificare le direzioni esistenziali sulla base delle possibilità nuove e non calcolate che la vita, nella sua molteplicità, sovente ci impone.

#### **Acquisire consapevolezza della manifestazione somatica di un problema**

Essere consapevoli delle manifestazioni corporee di un problema, nel momento in cui si presentano, aiuta a interrompere le routine automatiche e disfunzionali che si mettono in atto per risolverlo e allontanarlo (Segal, Williams & Teasdale, 2013).

# La depressione

## Riassunto dei moduli

### Modulo 1

La depressione interessa numeri elevatissimi della popolazione mondiale. Un rapporto dell'Ocse (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) afferma che nel 2020 la seconda causa di decessi e d'invalidità sarà la depressione, dopo le malattie cardiovascolari.

Solo in Italia, la prevalenza della depressione maggiore e della distimia nell'arco della vita è dell'11,2% (14,9% nelle donne e 7,2% negli uomini).

- Alcuni dei sintomi della depressione sono l'umore depresso e la perdita di interesse o di piacere, i pensieri negativi, la stanchezza, i disturbi del sonno e dell'appetito, l'evitamento delle attività sociali.
- La depressione ha molteplici cause poiché è data dall'interazione di fattori biologici e psicologici e svariati sono anche i fattori che la mantengono.
- Oltre ai trattamenti farmacologici, un intervento molto efficace per la depressione è la terapia cognitivo-comportamentale.

### Modulo 2

- Quando le persone sono depresse si sentono prive di energia e la diminuzione di attività può renderle ancora meno motivate a fare e più stanche.
- Compiti quotidiani e responsabilità vengono spesso evitati, quindi l'allungamento della lista delle attività da svolgere ostacola ancor di più la motivazione a eseguirle e ci si sente ancora più

inadeguati e si diventa ancora più depressi per questo.

- Aggiungere alcune attività piacevoli al tuo programma settimanale può aiutarti a risollevare il tuo umore. Puoi iniziare con delle attività molto semplici e brevi in modo che possano essere realizzate più facilmente.
- Sono i pensieri e le convinzioni sulle situazioni o sulle persone che determinano le nostre emozioni e comportamenti.
- I pensieri arrivano automaticamente e spesso non ne siamo consapevoli. Proprio per questo si chiamano pensieri automatici.
- Se ci sentiamo tristi e depressi è perché probabilmente stiamo pensando a cose particolarmente negative che contribuiscono a farci sentire così.
- Per iniziare a individuare i pensieri disfunzionali e influenzare e cambiare il modo in cui ti senti puoi utilizzare un diario del pensiero ABC, identificando come A = Evento Attivante, B = Pensieri e C = Conseguenze emotive e comportamentali.
- Alcuni dei nostri pensieri contengono degli errori, chiamati distorsioni cognitive.
- Mettere in discussione i propri pensieri vuol dire porsi una serie di domande che possano aiutare a cercare altre informazioni su cui basare la propria ricostruzione dell'evento.

### Modulo 3

- La depressione è spesso una condizione cronica che presenta delle ricadute.
- Durante l'episodio depressivo, viene appresa un'associazione tra i vari sintomi che tende a essere sostenuta implicitamente. Questo significa che, quando l'umore negativo si presenta nuovamente per una qualsiasi ragione, tenderà a innescare tutti gli altri sintomi cognitivi e fisici in modo proporzionale alla forza dell'associazione precedentemente acquisita. Quando questo accade, i vecchi pensieri negativi si riattivano nuovamente, seguendo il medesimo percorso che porta a un conclamato episodio depressivo.
- Il programma MBCT, sviluppato da Segal, Williams e Teasdale (2013), è un protocollo per la prevenzione delle ricadute nella depressione che combina elementi del programma MBSR di Jon Kabat Zinn e della terapia cognitiva.
- L'obiettivo della MBCT è sviluppare l'abilità di riconoscere e liberarsi da uno stato mentale caratterizzato da schemi ruminativi negativi che si auto-alimentano, al momento di una potenziale ricaduta.
- Il programma MBCT ha l'obiettivo di acquisire abilità quali: concentrazione; consapevolezza dei propri pensieri, sensazioni fisiche ed emozioni; addestramento progressivo a stare radicati nel momento presente; decentramento; accettazione; lasciar andare; "essere" piuttosto che "fare"; acquisire consapevolezza della manifestazione somatica di un problema.

## Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Beck, A.T. (1978). *La depressione*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Beck, A.T., Alford, B.A., (2009). *Depression: causes and treatment*. Second edition. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A.T., Rush, A. J., Shaw, B. F., Emery, G. (1987). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: The Guilford Press. Trad.it. *Terapia cognitiva della depressione*. Torino: Bollati Boringhieri, 1993.
- Beck, J. S. (2013). *La terapia cognitivo-comportamentale*. Edizione Italiana a cura di A. Montano. Roma: Astrolabio-Ubaldini Editore.
- Castrén, E. (2005). Is mood chemistry? *Nature Reviews Neuroscience*, 6, 241-246.
- Gotlib, I. H. & Hammen, C. L. (2009). *Handbook of Depression*, Second Edition. New York: The Guilford Press.
- Hawton, K., Casañas i Comabella, C., Haw, C. & Saunders, K. (submitted for publication). Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Dell Publishing. Trad.it. *Vivere momento per momento*. Milano: Corbaccio Editore, 2005.
- Lepine, J. P., Gastpar, M., Mendlewicz, J., & Tylee, A. (1997). Depression in the community: The first pan-European study DEPRES. *International Clinical Psychopharmacology*, 12, 19-29.
- Montano, A. (2007). *Mindfulness. Guida alla meditazione di consapevolezza. Una terapia per tutti*. Salerno: Ecomind.
- Murray, C. L. & Lopez, A. D. (1998). *The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Boston: Harvard University Press.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Teasdale, J. D. (2013). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression* (second edition). New York: The Guilford Press.
- Siegel, D. R. (2012). *Qui e ora. Strategie quotidiane di mindfulness*. Gardolo (TN): Centro Studi Erickson.

### Note

1. [www.salute.gov.it/portale/salute/p1\\_5.jsp?lingua=italiano&id=164&area=Disturbi\\_psicichi](http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=164&area=Disturbi_psicichi)
2. [www.agi.it/research-e-sviluppo/notizie/201404161227-eco-rt10089-salute\\_piu\\_morti\\_per\\_disturbi\\_psicichi\\_in\\_calor\\_numero\\_suicidi](http://www.agi.it/research-e-sviluppo/notizie/201404161227-eco-rt10089-salute_piu_morti_per_disturbi_psicichi_in_calor_numero_suicidi)
3. [cebmh.warne.ox.ac.uk/csr/clinicalguide/docs/Assessment-of-suicide-risk--clinical-guide.pdf](http://cebmh.warne.ox.ac.uk/csr/clinicalguide/docs/Assessment-of-suicide-risk--clinical-guide.pdf)



# Istituto A.T.BECK

Terapia Cognitivo - Comportamentale

Direttore  
Dott.ssa Antonella Montano  
antonellamontano@istitutobeck.it

piazza San Bernardo 109, 00187 Roma  
telefono 06 4819817  
fax 06 4828665

via Gioberti 54, 00185 Roma  
telefono 06 44703820  
fax 06 49382241

[www.istitutobeck.com](http://www.istitutobeck.com)