

Elementi di terapia cognitiva dei Disturbi depressivi

Lucia Sideli

Disturbi depressivi nel DSM 5 TR

- Disturbo depressivo maggiore
- Disturbo depressivo persistente
- Disturbo da disregolazione dell'umore dirompente
- Disturbo disforico premestruale
- Disturbo depressivo secondario a uso di sostanze/ cmg
- Disturbo depressivo con altra specificazione
- Disturbo depressivo senza specificazione

Episodio Depressivo maggiore

- **periodo di almeno 2 settimane** durante il quale è presente (per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno): **umore depresso** o **perdita di interesse o di piacere per quasi tutte le attività**

Accompagnati da almeno altri 4 sintomi:

- Significativa diminuzione o aumento dell'appetito con significativa perdita/aumento di peso
- Insonnia o ipersonnia
- Agitazione o rallentamento psicomotorio
- Faticabilità o mancanza di energia
- Sentimenti eccessivi e inappropriati di autosvalutazione o di colpa
- Diminuzione della capacità di concentrazione, prendere decisioni
- Ricorrenti pensieri di morte o ideazione suicidaria



definizioni

- **Anedonia** Incapacità di trarre godimento dalle/impegnarsi nelle/trovare l'energia per le esperienze della vita; deficit nella capacità di provare piacere o interesse per le cose.
- **Ipersonnia** Sonnolenza eccessiva, come documentato da prolungamento del sonno notturno, da difficoltà a mantenere lo stato di veglia durante il giorno e da presenza di episodi di sonno diurno non desiderato.
- **Agitazione psicomotoria** Eccessiva attività motoria associata a un sentimento di tensione interiore. L'attività è solitamente non produttiva e ripetitiva, e consiste in comportamenti come andare avanti e indietro, essere irrequieti, torcersi le mani, manipolare i vestiti, e non riuscire a stare seduti fermi.
- **Rallentamento psicomotorio** Rallentamento generalizzato visibile dei movimenti e dell'eloquio.

Disturbo Depressivo Persistente

è caratterizzato dalla presenza per almeno 2 anni (con qualche intervallo libero di non oltre 2 mesi) di:

umore “cronicamente” depresso per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno, accompagnato da almeno altri **2** sintomi depressivi:

- ✓ Scarso appetito o iperfagia
- ✓ Scarsa energia o astenia
- ✓ Insonnia o ipersonnia
- ✓ Bassa autostima

- ✓ Difficoltà di concentrazione o nel prendere decisioni
- ✓ Sentimenti di disperazione

NOTA: il DSM-5 inserisce in questa classe anche:

- Episodi depressivi maggiori di lunga durata
- Episodi depressivi maggiori ricorrenti che si sovrappongono a sintomi depressivi cronici lievi (prima depressione doppia)

Cenni di epidemiologia

- La depressione è uno dei più comuni disturbi mentali: prevalenza complessiva incluse le forme subcliniche compresa tra 10 e 25%, rischio di ammalare di depressione nell'arco della vita è 30%
- Colpisce maggiormente le donne, 1: 2
- I disturbi bipolari hanno una prevalenza inferiore: 0.9-1.5%, e interessano i due sessi in eguale misura

Cenni di epidemiologia

- La familiarità è maggiore per i disturbi gravi
- Tra i familiari di pz con depressione la probabilità di ammalare è 3 volte superiore rispetto alla popolazione generale
- Più frequente nelle classi agiate e tra gli individui separati o divorziati
- Associato a significativo rischio suicidario: Il 50% di persone che commettono suicidio è affetto da depressione, il 15% dei pz con depressione attua nel corso della vita i propositi suicidari

Impatto della depressione sulle condizioni di vita

- ❖ In Europa occidentale la depressione rappresenta la 3° causa di disabilità e si stima che nel 2030 sarà la prima
- ❖ I pz con depressione presentano una disabilità lavorativa e sociale più elevata rispetto a malattie come il diabete, l'artrite, e diverse patologie cardiache e respiratorie (WHO, 2017; Mathers & Loncar, 2007)
- ❖ Costi sociali della depressione includono: costi sanitari diretti della depressione, costi indiretti in termini di assenteismo, perdita lavoro, invalidità, pre pensionamento; problemi coniugali e familiari; aumentato rischio di suicidio, uso di alcol e sostanze, patologie somatiche

Tristezza

- Emozione in risposta a vissuti di perdita, delusione o fallimento di uno scopo personale, di natura personale o interpersonale
- Associata a idee sulla recuperabilità e sostituibilità del bene perduto o dello scopo compromesso,
- Espressione facciale mesta, pianto, postura accasciata, riduzione della frequenza cardiaca, rallentamento motorio e del pensiero
- I comportamenti sono finalizzati a evitare la perdita del bene perduto e cercare di recuperarlo, ottenere accudimento e protezione, riorganizzare il proprio comportamento

Quale funzione per la tristezza?

- Tristezza, riduzione degli interessi, passività e ritiro sociale rappresentano reazioni comuni transitorie in risposta alla perdita di un bene ma il loro scopo è stato oggetto di dibattito:
- riconoscimento della perdita di un bene o legame significativo e ricerca di accudimento (Bowlby et al., 1987)
- riconoscimento di perdita o subordinazione in un conflitto sociale (Price et al., 1994)
- conservazione di energie, rinuncia a sforzi inutili e costosi per compensare perdite (Schmale e Engel, 1975; Nesse 2000)

Quale funzione per la tristezza?

- stabilizzazione degli investimenti attraverso una percezione di aumento soggettivo del bene valutato nel dominio delle perdite (vs disorganizzazione dell'identità e degli affetti)
- riorganizzazione dei propri schemi cognitivi (rappresentazioni, aspettative, abitudini etc) a fronte di un evento destabilizzante che produce perdita di significato

Colpa

- Emozione legata alla percezione di aver causato un danno (altruistico) o di aver trasgredito una norma morale (deontologico)
- Credenze legate alla gravità del danno e della trasgressione, attribuzione di responsabilità, intenzionalità, libertà di poter agire diversamente
- Senso di oppressione e di angoscia, senso di sporcizia
- Comportamenti di ricerca o aspettativa di punizione, evitamento di gratificazioni, azioni di riparazione

Colpa deontologica e altruistica

- Previene e sanziona violazioni delle norme deontologiche
- Spesso associata a disgusto, che previene la contaminazione da sostanze repellenti e comportamenti immorali
- Previene e sanziona il danno del simile (azione) o la mancanza di partecipazione alla sorte del simile (omissione)

Colpa e depressione

- Il senso di colpa è spesso associato alla tristezza e alla demoralizzazione
- Anche se tradizionalmente la depressione è stata descritta come una forma di ripiegamento su di sé
- Le persone depresse vengono spesso descritte come persone empatiche
- Alcune forme di depressione sono associate alla colpa altruistica e al sovrainvestimento del sistema empatico

Colpa e depressione

- **Colpa del sopravvissuto** (Neiderland, 1961; Modell, 1971): aver evitato, senza particolari meriti, la cattiva sorte toccata ai simili. Deriva dal confronto favorevole con gli altri e non richiede né intenzionalità, né responsabilità del danno
- **Colpa di separazione** (Bush, 1989): aver provocato dolore nell'altro mediante il perseguimento dei propri scopi, la separazione, la differenziazione. Associato a un vissuto di slealtà
- **Colpa da responsabilità onnipotente** (O'Connor, 1997): ritenere di avere più potere dell'altro nel garantirgli felicità e successo. Ritiene che in assenza del proprio impegno le cose andranno certamente male

Colpa e depressione

- E' stato confermato che diversi tipi di depressione siano associati sia diversi tipi di colpa:
- preoccupazioni di fallimento e perdita di reputazione, associate a vissuti di vergogna (Allen e Gilbert, 1997)
- preoccupazioni altruistiche di benefici immeritati e responsabilità onnipotente (O'Connor, 2002)

Depressione nel modello REBT di Ellis



Emozione speculare all'ansia, ha a che fare con l'aver fatto esperienza di qualcosa di terribile, insopportabile o minaccioso

- perdita o privazione di beni (persone, ruoli, possessi)
- condizioni fisiche o ambientali che provocano malessere, noia, frustrazione, infelicità
- esperienza di inadeguatezza, non amabilità, indegnità

Mentre l'ansia si associa ad eventi temuti possibili, la depressione ad eventi già accaduti

Depressione vs tristezza



A differenza della sana tristezza, delusione, insoddisfazione, dispiacere

- la persona non si blocca in una ruminazione depressiva fine a se stessa ma è motivata ad affrontare la perdita o il fallimento con un atteggiamento propositivo e realistico

Questo consente di mantenere un'immagine di sé realistica, relazioni significative e impegno in progetti e attività

Depressione nel modello REBT

per la **perdita o privazione** di un bene rilevante

- nell'ambito della salute,
 - degli affetti,
 - del lavoro
- spesso sperimentando nostalgia per il passato e convinzione che tutto sia perduto

da **discomfort disturbance**, sentirsi scontenti o demoralizzati a causa di

- sensazioni corporee
 - pensieri, immagini o impulsi indesiderati
 - condizioni di vita sgradevoli
- spesso contrapponendo tali condizioni al desiderio irrealistico di felicità

da **Ego disturbance, autosvalutativa**, associata alla convinzione di essere

- inadeguato, incapace (depressione introiettiva)
- non amabile e condannati alla solitudine (depressione anaclitica)
- cattivi, sporchi, moralmente indegni (depressione morale)

associate a vergogna o colpa e alla convinzione che gli altri siano totalmente buoni, forti e giusti

I coping maladattivi della depressione

- evitamento fisico
- distrazione patologica
- ritiro sociale
- procrastinazione
- scarsa cura di sé
- ruminazione
- comportamento dipendente
- autolesionismo
- neutralizzazione

Depressione da perdita o privazione

A	B	C
- cambiamenti o problemi lavorativi, economici - problemi, delusioni, fallimenti in ambito scolastico, lavorativo, finanziario - problemi di salute - conflitti, separazioni, divorzi - malattie e morte di persone care (ed elementi che li ricordano)	Ho perso qualcosa di importante - <i>le cose non vanno bene</i> - <i>la vita non ha senso</i> - <i>non ho ottenuto quello che volevo</i>	

Depressione da discomfort

A	B	C
- situazioni che generano malessere e in cui si è costretti a stare e ci si sente impotenti (es. problemi coniugali, mobbing) - luoghi o persone associati a sensazioni di malessere, noia, infelicità (es. ambiente estraneo) - sensazioni di malessere fisico su cui non si ha controllo	Non ho il controllo, sto male, sono infelice - ... - ... - ...	

Depressione autosvalutativa

A	B	C
esperienza o percezione di - errore, incapacità, fallimento - separazione, rifiuti abbandoni - aver pensato, detto o fatto qualcosa di sbagliato, dannoso, ingiusto ed espressioni altrui che segnalano noia, critica, derisione, disapprovazione, disprezzo	Ho commesso un errore, ho fallito - ... - ... Sono rifiutato, emarginato, isolato - ... - ... Ho detto o fatto qualcosa di sbagliato - ... - ...	

Le credenze irrazionali della depressione

Doverizzazione: un'estremizzazione del comune senso del dovere, ad esempio: *Non avrei mai dovuto comportarmi così! La vita dovrebbe essere più clemente con me!*

- ☐ Impone di aderire a regole arbitrarie a prescindere dalla loro utilità, dalle risorse disponibili o dalla coerenza col proprio ruolo
- ☐ Ha a che fare con una visione rigida, dicotomica di se stessi e della realtà
- ☐ Nella depressione doverizzazioni nel presente e nel passato

Le credenze irrazionali della depressione

Terribilizzazione: Riguarda l'etichettamento negativo di alcuni eventi sulla base di significati soggettivi: *è terribile quello che ho fatto!*

Dipende dal bisogno dell'individuo di definire come giusto o sbagliato una situazione o uno stato mentale alla luce dei propri significati e valori personali e al di là di possibili risvolti dannosi ('bisogno definizionale')

Spinge a considerare qualcosa, la peggiore possibile

Le credenze irrazionali della depressione

Intolleranza alla frustrazione: Come nel caso della doverizzazione è il frutto di una regola arbitraria ('non è normale soffrire così tanto', 'la vita non dovrebbe essere così') che rende più dolorose le sofferenze imposte naturalmente dalla vita

- pretesa di amore e approvazione
- pretesa di certezza, controllo, ordine, giustizia, perfezione
- pretesa di benessere e felicità

Le credenze irrazionali della depressione

Intolleranza alla frustrazione: Quando riferita esperienze attuali o del passato recente ha a che fare con la depressione da discomfort

Secondo Ellis la depressione non deriva direttamente dalla frustrazione di bisogni di base ma dall'incapacità di tollerare la frustrazione subita, ovvero dal divario tra le aspettative e la realtà

Contribuisce al problema secondario e può ostacolare la terapia

Le credenze irrazionali della depressione

Giudizi globali su di sé, gli altri, la vita: Si caratterizzano per l'uso del verbo essere che cristallizza l'esperienza di qualcosa in un giudizio assoluto e ineluttabile

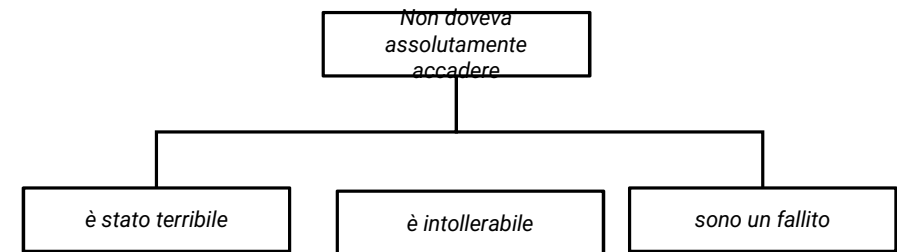
Ad esempio, possono riguardare una dispercezione del proprio valore, della propria competenza, della propria efficacia o addirittura un giudizio esistenziale

Le credenze irrazionali della depressione

Giudizi globali su di sé, gli altri, la vita: Sono intrinsecamente fallaci perché

- comportano delle generalizzazioni sulla base di esperienze particolari
- gli esseri umani sono dinamici, in continua trasformazione, possono cambiare e migliorare
- ciascuno possiede valore personale, indipendentemente dagli errori commessi

Le credenze irrazionali della depressione



Modello classico (Beck, 1971, 1979)



- **Problema principale:** sintomi affettivi, motivazionali, comportamentali, somatici e cognitivi
- **Fattori di scompensamento:** eventi di perdita o di mancato guadagno, affettive, materiali, o simboliche (svalutazione del dominio personale)
- **Fattori di mantenimento:** errori cognitivi, circoli viziosi
- **Fattori di vulnerabilità:** biologica e ambientale (inclusi eventi di perdita precoci e personalità premorbose)

Problema principale

- Sintomi affettivi: tristezza, colpa, disperazione, irritabilità
- Sintomi somatici: insonnia/ ipersonnia, iporessia/ iperfagia, faticabilità, mancanza di energia, disturbi della libido
- Sintomi cognitivi: idee di pessimismo, fallimento, autosvalutazione, autocritica, disturbi di concentrazione, memoria e indecisione
- Sintomi comportamentali: rallentamento/ agitazione, isolamento sociale
- Sintomi motivazionali: anedonia, ideazione, intenzioni e comportamenti suicidario

Schemi depressivi di base:

visione negativa di sé, degli altri, e del futuro

Modello classico (Beck, 1971, 1979)

EVENTI ESTERNI

PAN: sono un fallito, nessuno mi ama, non riuscirò mai
(automatici, plausibili, specifici, coerenti con gli schemi e lo stato emotivo)

Schemi depressivi di base: visione negativa di sé, degli altri, e del futuro

La visione negativa di sé, degli altri, del futuro (Beck, 1971, 1979)

- **Sè:** inadeguato, difettoso, fallito, perdente, non amabile. Tendenza ad esprimere giudizi globali negativi a partire da singoli eventi attivanti
- **Altri:** interpreta le interazioni con gli altri nei termini di sconfitte, privazioni, denigrazioni. Ipersensibile alle sconfitte e alle critiche, si considera meritevole dell'atteggiamento negativo degli altri
- **Futuro:** visione pessimistica che assume come certi possibili frustrazioni e insuccessi del futuro e prolunga a tempo indefinito quelle presenti

Modello classico (Beck, 1971, 1979)

EVENTI ESTERNI

Errori cognitivi: deduzione arbitraria, astrazione selettiva, ipergeneralizzazione, pensiero dicotomico, minimizzazione/ massimizzazione, personalizzazione (tendenza a darsi la colpa)

PAN: sono un fallito, nessuno mi ama, non riuscirò mai
(automatici, plausibili, specifici, coerenti con gli schemi e lo stato emotivo)

Schemi depressivi di base: visione negativa di sé, degli altri, e del futuro

Fattori di mantenimento

- **Errori cognitivi:**
 - **deduzione arbitraria** (saltare alle conclusioni) su informazioni che supportano le credenze negative su di sé e sugli altri
 - **astrazione selettiva** di dettagli estrapolati dal contesto,
 - **ipergeneralizzazione** di esperienze che confermano le credenze negative su di sé e sugli altri
 - **pensiero dicotomico sulla realtà**, associato a standard/ aspettative elevate
 - **minimizzazione** di esperienze positive/ massimizzazione di esperienze negative
 - **personalizzazione** anche in assenza di prove
 - tendenza ad attribuirsi la **responsabilità di eventi negativi**

Fattori di mantenimento

• Errori cognitivi:

- Il terapeuta può fare l'esempio di una persona depressa che ha sempre svolto il suo lavoro in modo puntuale e preciso.
- Un giorno compie un piccolo errore inviando una mail a un destinatario sbagliato e il capo glielo fa notare.
- La persona deduce e pensa da questo unico elemento: "Non sono più in grado di lavorare, il capo penserà che non sono più adatta per questo lavoro"

Fattori di mantenimento

• Errori cognitivi:

- La persona depressa non riesce a vedere sfumature: *o il capo la licenzierà per un errore commesso o penserà che è bravissima*; anche gli altri e le situazioni vengono viste da un punto di vista estremo: *il lavoro che svolgo è interessantissimo versus è terribile; quella persona è odiosa versus è amorevole, ecc.*;
- Se ad esempio, il capo al lavoro in una riunione dice a tutto il personale che ha notato un calo nella produttività, il paziente depresso tenderà a pensare che il messaggio sia rivolto a lei e inizierà subito a disperarsi pensando a tutte le cose che non ha fatto alimentando il senso di colpa e di angoscia;

Fattori di mantenimento

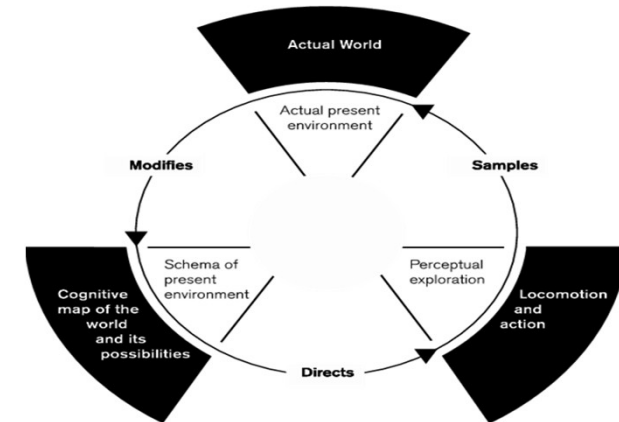
- **Circolo vizioso 1:** faticabilità >>> necessità di riposo >>> riduzione delle attività >>> aumento della stanchezza
- **Circolo vizioso 2:** alti standard personali + bassa autoefficacia percepita >>> umore nero >>> alti standard personali + bassa autoefficacia percepita
- **Circolo vizioso 3:** credenze negative su di sé e gli altri + attenzione centrata su di sé (+ scarse abilità sociali) >>> riduzione contatti sociali >>> distacco e critiche degli altri >>> credenze negative su di sé e gli altri

La persistenza del circolo vizioso della passività

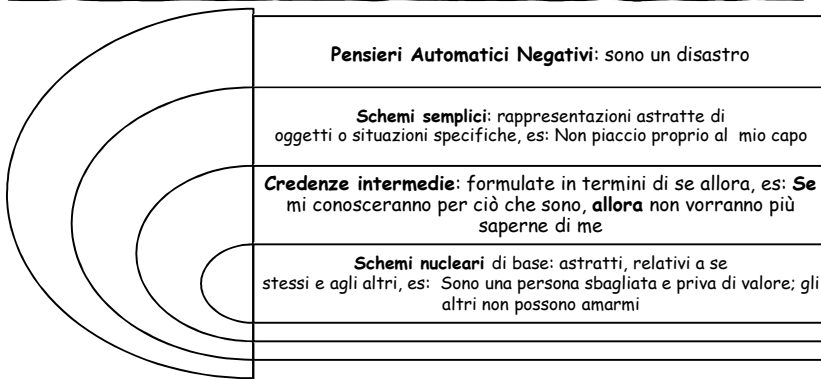
- **attenzione selettiva** riguardo le sensazioni corporee di stanchezza e fatica
- **comportamenti protettivi** associati alla situazione: pur facendo qualche attività, prende delle precauzioni per paura di non farcela: ad esempio può farsi accompagnare ovunque
- **inattività:** gradualmente smette di svolgere le normali attività di vita quotidiana (pettinarsi, truccarsi, fare la doccia, ecc.) anche quelle che prima procuravano piacere
- **evitamento:** può evitare di fare attività fisica per paura di non farcela a causa della stanchezza, può evitare le situazioni sociali e ricreative perché non ne sente il piacere

Gli schemi depressogeni

- I PAN, le distorsioni cognitive e la ricostruzione degli eventi in termini di triade cognitiva sono prodotti di schemi cognitivi depressivi che organizzano e interpretano le informazioni
 - cognitivo/concettuali: associate all'identità e ai valori personali
 - affettivi: richiamano l'attenzione sulle emozioni negative per garantire il perseguimento di scopi rilevanti
 - fisiologici: elaborano le sensazioni somatiche e regolano l'arousal
 - comportamentali: regolano l'attivazione di comportamenti semplici e complessi
 - motivazionali: regolano il soddisfacimento di bisogni fisiologici, sociali e di autorealizzazione



Gli schemi depressogeni



Gli schemi depressogeni

- Nel proprio ambiente la persona apprende una serie di convinzioni rigide, assolute, negative che andranno a strutturare gli schemi depressogeni
 - es. genitore con stile evitante tende a sminuire bisogni del bambino
 - bambino si considera indegno di attenzione e di cura
 - in seguito tende a generalizzare queste informazioni a tutte le relazioni
- Il fattore ambientale tende a interagire con il fattore biologico temperamentale

Gli schemi depressogeni

- Schemi depressogeni possono rimanere latenti nel tempo o venire slatentizzati in risposta a singoli eventi stressanti, eventi mancanti, eventi negativi minori ripetuti nel tempo, oppure ricorrenti disconferme delle proprie aspettative
- A volte l'esordio è insidioso e il paziente percepisce un graduale aumento dell'intensità della tristezza finché ha la percezione di aver toccato il fondo

Dagli schemi ai mode

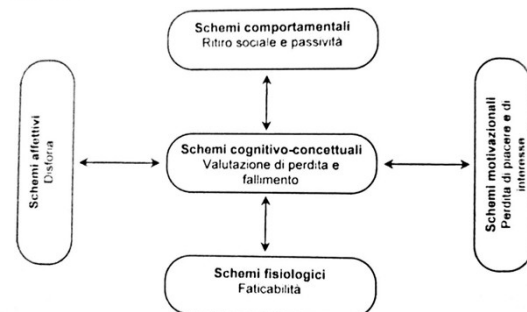
Un pattern specifico di schemi intercorrelati di diversa natura (cognitivo, affettiva, fisiologica, comportamentale, motivazionale)

Organizzato per rispondere a diverse richieste nei confronti dell'organismo

- primari: **perdita**, minaccia, vittima, autoaccrescimento
- costruttivi: finalizzati a promuovere attività costruttive personali e sociali (es, relazioni intime, attività produttive)
- minori: relativi a esperienze e contesti circoscritti

Il mode di perdita (Beck, 1996; Clark, Beck, Alford, 1999)

Fig. 2 – Attivazione del mode primario di perdita nella depressione



Fonte: tratto da Clark, Beck e Alford (1999)

Il mode di perdita (Beck, 1996; Clark, Beck, Alford, 1999)

La depressione rappresenta una risposta adattiva alla perdita percepita di un investimento in una risorsa vitale (es. relazione affettiva, ruolo sociale, bene personale importante)
→ diventa disfunzionale quando eccessiva o persistente

è riconducibile a mode di perdita iperattivi, che si attivano facilmente in risposta a temi di perdita di natura sociotropica/interpersonale o più autonoma/prestazionale

- Di contro, i mode di autoaccrescimento e i mode costruttivi sono ipoattivi

Il mode di perdita (Beck, 1996; Clark, Beck, Alford, 1999)

- **schemi cognitivi**: sé come difettoso o fallito, mondo come frustrante o deprivante, futuro come senza speranza.
- **schemi affettivi**: tristezza, abbattimento, dolore, vergogna, colpa o disperazione, a seconda del significato specifico della perdita.
- **schemi motivazionali**: riduzione dell'iniziativa, perdita di interesse, rinuncia, evitamento degli sforzi percepiti come inutili
- **schemi comportamentali**: passività, isolamento, riduzione delle attività gratificanti, rallentamento, ricerca di conferme o, in alcuni casi, dipendenza dagli altri.
- **schemi fisiologici**: stanchezza, alterazioni del sonno, appetito, energia e attivazione neurovegetativa

Sensibilità alle perdite come fattore di vulnerabilità (Beck e Freeman, 1990; Keller, 2005)

Personalità autonoma

- orientata all'indipendenza e all'autonomia
- più sensibile agli eventi che compromettono autonomia e autorealizzazione: errore, critica, insuccesso, perdita di ruolo, autonomia, status

Personalità sociotropica

- orientata alle relazioni sociali, ricerca accettazione e conferme da parte degli altri
- più sensibile agli eventi di perdita affettiva reali e simboliche: rifiuto, separazione, abbandono

Sensibilità alle perdite come fattore di vulnerabilità (Beck e Freeman, 1990; Keller, 2005)

Personalità autonoma

- **Sè**: "sono incapace / fallito / colpevole"
- **Altri**: "è competitivo, esigente, giudicante"
- **Mondo**: "fallirò ancora / non riuscirò mai a riscattarmi"

Personalità sociotropica

- **Sè**: "non sono amabile"
- **Altri**: "gli altri mi lasciano / non mi danno ciò di cui ho bisogno"
- **Mondo**: "resterò solo / non sarò mai amato"

Sensibilità alle perdite come fattore di vulnerabilità (Beck e Freeman, 1990; Keller, 2005)

Personalità autonoma

- **Emozioni**: colpa, vergogna, disperazione, rabbia verso sé
- **Comportamenti**: autocritica, ipercontrollo, ritiro, perfezionismo, autopunizione
- **Bisogno dominante**: essere competente, autonomo, valido, moralmente adeguato

Personalità sociotropica

- **Emozioni**: tristezza, ansia, vuoto, impotenza, vergogna relazionale
- **Comportamenti**: ricerca di rassicurazione, dipendenza, pianto, passività, protesta relazionale
- **Bisogno dominante**: vicinanza, cura, rassicurazione, protezione

Sensibilità alle perdite come fattore di vulnerabilità (Beck e Freeman, 1990; Keller, 2005)

Personalità autonoma

- **Reazione depressiva anedonica:** anedonia, colpa, faticabilità, perdita di appetito e libido, pessimismo e disperazione
- **Funzione:** rinuncia al bene perduto ma anche a tutti gli altri investimenti

Personalità sociotropica

- **Reazione depressiva affettiva:** tristezza, ansia, vuoto, lamentele somatiche, ruminazione
- **Funzione:** ricerca e tentativi di recupero del bene perduto, ricerca di supporto sociale

Fattori di vulnerabilità

- **Biologica:** storia familiare di depressione o disturbo bipolare
- **Ambientale:**
 - eventi di perdita precoce
 - attaccamento insicuro
 - genitori depressi

Limiti del modello classico



- Ruolo patologico dei bias cognitivi e delle credenze patogene (realismo depressivo vs illusione di controllo)
- Antecedenza temporale delle credenze nucleari su di sé, gli altri, il futuro rispetto ai sintomi depressivi (non evidenti prima delle fasi sintomatiche)
- Evidenza che pur disponendo di adeguate controprove, le persone con depressione rimangono legate alle proprie credenze depressive

Modello alternativo, profilo interno (Rainone e Mancini, 2008, 2018)

- **La depressione come blocco nel lutto:** mancata risoluzione di un processo fisiologico che conduce all'accettazione della perdita e reinvestimento in altri beni (< Freud, 1915; Bowlby, 1979)
- **Continuità tra reazione depressiva e disturbi depressivi:** più intesi, persistenti, egodistonici, invalidanti
- **Connessi alla compromissione di scopi:** irrinunciabili, irrecuperabili, insostituibili (affettivi o di valore personale)

'Fasi' del lutto: tra speranza e disperazione (Bowlby, 1979; Parkes, 1972)



- **Incredulità:** stordimento che dura da poche ore a pochi giorni
- **Speranza:** protesta e tentativi di recupero, dolore e collera, ansia e panico
- Consapevolezza della perdita, irrequietezza, tensione, pianto, invocazioni alla persona perduta e rabbia
- Pensieri continui, rimuginii riguardanti la persona perduta e le circostanze della perdita, immagine vivida della persona morta, illusioni percettive
- *'Chi è in lutto continua ad agire, sotto molti aspetti, come se la persona perduta fosse ancora recuperabile e ad inquietarsi della perdita tornandovi spesso sopra con la mente (Parkes, 1972)*

'Fasi' del lutto: tra speranza e disperazione (Bowlby, 1979; Parkes, 1972)



Tra speranza e disperazione:

- *Poiché la persona (in lutto) si affanna a trovare quanto non è possibile trovare, ignora quanto, invece, trovare si può. Ha l'impressione che l'aspetto più centrale, più importante di se stessa sia scomparso e tutto ciò che rimane sia privo di senso ed irrilevante: e perciò il mondo stesso è divenuto privo di senso e irrilevante.*
- *L'impegno totale nell'attività di cercare non lascia spazio ad altri interessi, e le persone in lutto recente che ho incontrato mostravano di preoccuparsi assai poco del cibo, del sonno, dell'aspetto personale, del lavoro o della famiglia (Parkes, 1972)*

'Fasi' del lutto: tra speranza e disperazione (Bowlby, 1979; Parkes, 1972)



- **Disperazione e disorganizzazione:** disperazione e deflessione del tono dell'umore che indica consapevolezza della 'irreversibile assenza' ma al contempo la difficoltà a rinunciarvi (Bowlby, 1980)
- Diminuisce l'urgenza di ricercare, la speranza, le illusioni percettive (iperfocalizzazione sulla persona perduta)
- Aumenta l'attenzione e l'interesse per il mondo circostante

'Fasi' del lutto: tra speranza e disperazione (Bowlby, 1979; Parkes, 1972)



- **Disperazione e disorganizzazione:** ... c'è il tentativo di dar senso alla perdita, di inserirla nell'insieme dei propri presupposti nel mondo o di modificare quei presupposti quando sia necessario (riprogettarsi nel mondo)... i tentativi di dar senso a quanto è accaduto sembrerebbero un modo per recuperare ciò che è andato perduto inserendone l'assenza entro un qualche schema di ordine superiore (Parkes, 1972)

‘Fasi’ del lutto: tra speranza e disperazione (Bowlby, 1979; Parkes, 1972)



- **Accettazione:** progressiva defocalizzazione del bene perduto e rifocalizzazione sugli altri beni
- diversa dalla rassegnazione, dove manca la rifocalizzazione sul altri beni
- Simile a quanto descritto da in una lettera di S. Paolo ad una comunità di cristiani che aveva perduto uno dei suoi membri. S. Paolo li invita a non maledire Dio per averli privati del fratello morto ma li incoraggia a benedirlo per averglielo dato

Ulteriori fattori di mantenimento

• Problema secondario:

- autocritica sui sentimenti depressivi, attribuzione di responsabilità, riattivazione della triade cognitiva
- tentativi di soluzione disfunzionale (soppressione, ruminazione)

• Depression sensitivity: aumentata attenzione verso le sensazioni interne (es. fatica) etichettate negativamente in termini patologici

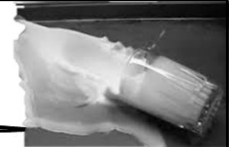
• Affect as information: lo stato depressivo conferma la gravità della perdita e l'insostituibilità del bene perduto

Problema secondario:

- **Autocritica sui sentimenti depressivi:** critica aspra dello stato depressivo in quanto tale come espressione di debolezza e indegnità ed esagerazione dell'intensità e della durata dei sintomi
- **Dannosità rispetto a scopi rilevanti:** efficienza, valore personale, amabilità, rango
- **Tentativi di soluzione disfunzionale:** focalizzati sul problema secondario anziché quello primario, distolgono dal compito di elaborazione della perdita. Includono: tentativi di imporsi emozioni e comportamenti non depressivi e tentativi di autoconvincimento con ruminazione

→ **Utilità di interventi che partono dal problema secondario**

I paradossi della depressione



• Perché piangere sul latte versato (continuare a investire su un bene perduto)?

- Percezione dell'accettazione come doppia perdita

• Perché conviene essere pessimisti (svalutare e disinvestire aree positive e gratificanti dell'esistenza)?

- Sovrainvestimento del bene perduto, violazione ordine naturale, senso di colpa verso l'oggetto perduto

• Perché buttare mezzo panino (rinunciare alle consolazioni)?

- Belief in a just world

Centralità degli scopi compromessi

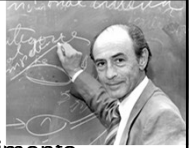
**irrinunciabili, irrecuperabili,
insostituibili**

**Progetto
esistenziale
povero
(sociotropico vs
autonomo)**

**Accettazione
come doppia
perdita**

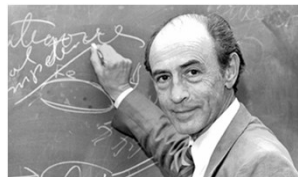
**Elevati standard
normativi
(trappola della
felicità)**

La trappola della felicità



- Negli anni 70 lo psicologo Mischel condusse un esperimento semplice ma ingegnoso con bambini di quattro anni
- I bambini venivano fatti entrare uno alla volta in una stanza e fatti sedere su un tavolo su cui c'era una scatola poi Mischel faceva loro questa proposta: *Ti lascio in questa stanza in questa scatola faccio un dolce puoi mangiarlo subito e avere solo quello. Oppure se hai la pazienza di aspettare che io ritorni, dopo potrai avere due dolcetti*

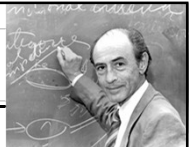
La trappola della felicità



Il Marshmallow Test

L'esperimento di Walter Mischel (anni '70) sulla capacità dei bambini di differire la gratificazione come misura fondamentale della tolleranza alla frustrazione.

La trappola della felicità



- Poi il bambino veniva lasciato solo nella stanza per 15- 20 minuti
- A quattro anni non è facile resistere alla tentazione di avere subito un dolcetto infatti circa 1/3 dei bambini non resisteva e mangiava lì per lì
- Due terzi dei bambini però riuscivano a resistere e attendevano il ritorno al ricercatore trovando da soli il modo per passare il tempo ad esempio cantando o inventandosi e giochi

La trappola della felicità



- Tutti i bambini vennero rivalutati i 12 anni dopo quando avevano circa 16 anni
- i bambini che erano stati capaci di aspettare erano ancora in grado di posticipare una gratificazione, e avevano anche più fiducia in loro stessi, erano più capaci di affrontare le difficoltà senza deprimersi, ed erano più efficienti nel perseguire i loro obiettivi
- quelli che avevano consumato subito il dolce erano più intolleranti alla frustrazione, più indecisi, più propensi a irritarsi e a rinunciare quando le cose andavano male

La trappola della felicità

- Nelle società occidentali di solito la felicità viene considerata normale, negli Stati Uniti il diritto alla felicità è addirittura sancito dalla dichiarazione di indipendenza
- Questo suggerisce l'idea che le persone siano sempre naturalmente felici e che quando non lo sono ci sia un ostacolo interno esterno, un problema da rimuovere



La trappola della felicità

- Però se ci pensiamo bene, se guardiamo alla nostra vita e alla vita degli altri senza pregiudizi ci rendiamo conto che non è vero: la felicità non è la norma

- La vita è difficile per sua natura ogni giorno facciamo i conti con qualche piccola o grande frustrazione, perché come diceva Anna Karenina ci sono molti modi di essere infelici



La trappola della felicità

- *È possibile avere amici senza andare mai incontro a qualche delusione o dispiacere?*
- *È possibile avere relazioni sentimentali senza provare mai il timore di perdere l'altro o il dolore di perderlo o la colpa per il fatto che lo si lascia?*
- *Si può lavorare senza rischiare di perdere il lavoro di avere un capo difficile?*

Piani e strategie di intervento

Principi di intervento

- Formulazione condivisa del caso
- Interventi comportamentali per spezzare i circoli viziosi
- Interventi cognitivi per mettere in discussione i pensieri automatici negativi
- Interventi cognitivi per promuovere accettazione degli scopi compromessi e ridefinizione di nuovi scopi

Tecniche comportamentali: diario delle attività

- Programma delle attività con assegnazione dei compiti graduati e tecniche di piacere e bravura
- **Strategia terapeutica:** spezzare il circolo vizioso tra i sintomi diminuendo l'inattività (e iniziare a lavorare su circolo vizioso sintomi-substrato cognitivo)

Tecniche comportamentali: diario delle attività

Perché:

- inattività si mantiene perché valutata come prova della propria incapacità e non come un tentativo di soluzione di questa convinzione.
- facendo alcune cose la persona si vede più abile, attivo, e può cominciare a modificare il concetto di sé;
- l'attenzione della persona viene spostata dalla sofferenza all'attività;
- le persone a contatto col pz reagiscono positivamente;
- può cominciare a riprovare piacere

Tecniche comportamentali: attivazione comportamentale

Perchè:

- spezzare il circolo vizioso dell'apatia
- tentare di seguire il programma, non cercare immediato sollievo dai sintomi

Come:

- spiegare il razionale della tecnica: l'obiettivo è conoscere non valutare
- conoscere il livello di attività, di piacere e di senso di autoefficacia

Tecniche comportamentali: diario delle attività

Come:

- si programmano le attività da svolgere e si assegna un valore di piacere e di senso di autoefficacia/ bravura
- scegliere le attività insieme, partendo dallo stato attuale non da quello desiderato, e scegliere le attività non quanto realizzerà
- scegliere prima le attività più semplici, quelle che prima erano piacevoli e/o davano senso di autoefficacia
- pianificare le attività in modo concreto e specifico
- dare il compito come esperimento

Tecniche comportamentali: attivazione comportamentale

Come:

- nessuno realizza tutto ciò che programma, prevedere gli ostacoli, aumentare gradualmente le attività
- se il livello di passività è molto grave, i primi compiti si svolgono in vivo in seduta o in immaginazione, per poi essere assegnati a casa
- cominciare a discutere le convinzioni depressive: *"Non faccio niente tutto il giorno", "Non provo più alcun piacere né mi sento in grado e utile"*
- cominciare a notare come l'aumentare attività coincide con la riduzione dell'umore depresso: *«si sentiva meglio o peggio quando faceva...?»*



SCHEDA: PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITÀ GIORNALIERE

Orario	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	Domenica
8-10							
10-12							
12-14							
14-16							
16-18							
18-20							
20-22							
22-24							



Le attività piacevoli

Questo elenco è un insieme di attività costruttive e di rinforzo che possono esserti utili a regolare il tuo umore e contrastare uno stato depressivo. Ognuno di noi può individuare quali di queste possono, nel proprio caso, risultare piacevoli, dare distrazione, dare degli scopi giornalieri. Questo lista può stimolarti a riflettere sulle attività quotidiane da inserire nel tuo programma giornaliero.

1. Fare una gita in campagna
2. Indossare abiti comodi e rilassati
3. Offrire un contributo per una giusta causa
4. Conoscere di sport
5. Fare una nuova conoscenza (danza, sesso)
6. Visitare un museo ben preparato
7. Andare a un concerto pop
8. Giocare a pallone
9. Programmare escursioni o vacanze
10. Fare degli acquisti per se stessi
11. Stare nella spangia
12. Fare attività creative (giardinaggio, cucinare, disegno, cinema, ...)
13. Fare shopping
14. Leggere la Bibbia o altri testi religiosi
15. Cercare il proprio o il marito
16. Modificare la disposizione dei mobili della casa o della stanza
17. Correre in giro nudi
18. Andare a vedere un avvenimento sportivo
19. Andare alle corse (cavalli, automobili, hockey)
20. Leggere romanzi per la propria situazione
21. Leggere romanzi, racconti, pezzi teatrali, poesie
22. Andare in un hotel
23. Andare a una conferenza
24. Guardare l'automobile
25. Scrivere una canzone o comporre un pezzo musicale
26. Giocare al computer
27. Esprimere un'opinione apertamente
28. Andare in barca o sulla neve (sci, pattinaggio)
29. Fare una cosa gradita ai genitori
30. Rimanere precisi anche (modelli, ecc.)
31. Guardare la televisione
32. Parlare da solo
33. Andare in compagnia
34. Fare attività politica
35. Fare una doccia
36. Guardare per un lungo tratto
37. Fare lavori di pulizia o manutenzione
38. Scrivere romanzi, racconti, pezzi teatrali, poesie
39. Incontrarsi di animali
40. Andare in nave
41. Fare giri esplorativi (diversi dalle strade comuni, esplorare aree non consuete)
42. Intrattenere un discorso breve e aperto
43. Andare in un coro
44. Riflettere su se stessi o sui propri problemi
45. Allevare professionalmente
46. Andare a un party
47. Parlare una lingua straniera
48. Andare a manifestazioni religiose (raccolte, preghiere, conferenze)
49. Andare a riunioni di associazioni
50. Andare a un'assemblea
51. Andare a un'assemblea
52. Andare a un'assemblea
53. Andare a un'assemblea
54. Andare a un'assemblea
55. Andare a un'assemblea
56. Andare a un'assemblea
57. Andare a un'assemblea
58. Andare a un'assemblea
59. Andare a un'assemblea
60. Andare a un'assemblea
61. Andare a un'assemblea
62. Andare a un'assemblea
63. Andare a un'assemblea
64. Andare a un'assemblea
65. Andare a un'assemblea
66. Andare a un'assemblea
67. Andare a un'assemblea
68. Andare a un'assemblea
69. Andare a un'assemblea
70. Andare a un'assemblea
71. Andare a un'assemblea
72. Andare a un'assemblea
73. Andare a un'assemblea
74. Andare a un'assemblea
75. Andare a un'assemblea
76. Andare a un'assemblea
77. Andare a un'assemblea
78. Andare a un'assemblea
79. Andare a un'assemblea
80. Andare a un'assemblea

Tecniche comportamentali: attivazione comportamentale

- Far emergere i motivi all'inattività, senza fermarsi a spiegazioni globali, indifferenziate: "sono pigro"
- Spiegare che se rinuncia ad attività piacevoli questo deriva tentativo di soluzione disfunzionale di un problema (evitamento)
- Fare un bilancio costi/ benefici dell'inattività: rischio di fare (ulteriore fallimento) vs al rischio di non fare (depressione)
- Bisogna provare a fare nonostante la demotivazione e la stanchezza

Elenco delle attività	Valutazione
Guidare l'automobile	
Guardare la TV	
Cucinare	
Andare al cinema	
Fare la spesa	
Mangiare cioccolata	
Ecc.	

Scala di valutazione:

⑤ Mi fa schifo ① Non mi piace ② Mi piace un po' ③ Mi piace ④ Mi piace molto

ATTIVITA' PIACEVOLE <i>Cosa ti piace fare? Dove eri? Con chi?</i>	EMOZIONI <i>Come mi sento in quel momento? Quali emozioni positive avevo?</i>	SENSAZIONI CORPOREE <i>Quali sensazioni nel corpo sentivo associate a quelle emozioni?</i>	PENSIERI <i>Cosa mi passava per la mente di positivo che mi faceva sentire quelle emozioni?</i>

Scheda n. 35b

Descrivi che cosa dovrebbe succedere perché lei possa sentirsi soddisfatta:
Per sentirmi soddisfatta ora dovrei sbagliare mai

Ora rispondi alle seguenti domande:
 Le sue previsioni sono realistiche o idealistiche?
Le realtà sono idealistiche; è impossibile essere perfetti

È proprio sicuro/la che, se tutto non andasse così come ha in mente, sarebbe un fallimento e la dimostrazione che lei è un incapace che non vale niente?
Probabilmente no, perché in tante cose che faccio riesco abbastanza bene

Se le cose non andassero secondo le sue aspettative, qual è la cosa peggiore che potrebbe capitarle?
Potrei perdere una cosa per me importante (lavoro, carriera ecc.)

È proprio sicuro/a che, se tutto non andasse così come ha in mente, sarebbe un fallimento e la dimostrazione che lei è un incapace che non vale niente?

Probabilmente no, perché in tante cose che faccio riesco abbastanza bene

Se le cose non andassero secondo le sue aspettative, qual è la cosa peggiore che potrebbe capitarle?

Potrei perdere una cosa per me importante (lavoro, carriera ecc.)

È proprio sicuro/a che non riuscirebbe a sopportare di non comportarsi come vorrebbe e che non ce la farebbe ad accettare l'idea che a volte si è meno "bravi" di quello che si pensa?

Probabilmente bene, sono così sicuro, perché mi è già capitato in passato e me è successo niente di realmente grave

Anche se non raggiungerà in pieno i suoi scopi e penserà di aver "fallito", non re valutato positivamente? Identifichi almeno un elemento positivo e lo scriva qui di seguito:

Ancora ci ho provato e ho acquisito esperienza in più

Fonte: Scheda elaborata da Claudia Sitta.

Matteo ha 34 anni e lavora come sviluppatore software da casa per un'azienda di medie dimensioni. Non è mai stato un "iperattivo": prima del periodo attuale, la sua routine era piuttosto tranquilla e sedentaria.

Andava in palestra una o due volte a settimana, il sabato sera usciva volentieri per una birra o una pizza con un piccolo gruppo di 3-4 amici storici, ma preferiva che fossero gli altri a organizzare

Nel tempo libero amava giocare online un paio d'ore a settimana o guardare qualche serie TV senza troppi sensi di colpa.

Manteneva la casa in ordine, non era un maniaco del pulito, ma lavava i piatti una volta al giorno e faceva la spesa regolarmente

Sei mesi fa, Matteo si è lasciato con la compagna dopo una relazione di quattro anni (una rottura dolorosa ma non drammatica, arrivata dopo mesi di trascinarsi).

Quasi contemporaneamente, il suo team a lavoro è stato ridotto e il suo carico di compiti è aumentato, costringendolo a passare molte più ore davanti allo schermo.

Invece di reagire, Matteo è scivolato lentamente in uno stato di apatia e stanchezza costante.

Oggi, la routine di Matteo è ridotta all'osso e caratterizzata da una forte passività

Lavoro: Lavora quasi sempre in pigiama, direttamente dal divano. Fa fatica a concentrarsi, rimanda i compiti complessi alla sera e si riduce a lavorare di notte con forte ansia da scadenza

Ambiente domestico: La casa è trascurata. I piatti nel lavandino si accumulano anche per 3-4 giorni, creando cattivo odore. Matteo non cucina più: ordina quasi ogni sera cibo d'asporto (spesso saltando il pranzo e mangiando solo schifezze la sera)

Socialità: Ha smesso di rispondere alla chat di gruppo dei suoi amici. Quando gli scrivono direttamente ("Oh, ci sei sabato per una birra?"), risponde dopo ore dicendo che ha da lavorare o che è troppo stanco. In realtà, teme di essere "pesante" e noioso

Il weekend: Passa il sabato e la domenica a letto o sul divano. Guarda la TV o scorre i social sul telefono per ore, non per vero interesse, ma come anestetico. A fine giornata prova un profondo senso di vuoto, fallimento e colpa per aver "buttato via un altro giorno".

Pensieri ricorrenti di Matteo sono:

"Se non mi sento in forma, è inutile che esca. Finirei solo per rovinare la serata agli altri»

"Oggi riposo per recuperare le energie, così domani sarò produttivo" (ma il giorno dopo si sente ancora più stanco)

"Non provo più piacere in nulla, che senso ha sforzarsi?"

1. Come presentereste a Matteo un foglio di monitoraggio (da compilare per una settimana) per registrare le sue attività quotidiane, associando a ognuna un voto da 0 a 10 per Piacere e Padronanza/Efficacia

- Quali attività passive dominano la sua settimana e che punteggi di piacere/ padronanza vi aspettate che abbiano?

2. L'attivazione non è semplicemente "fare cose a caso", ma riconnettersi a ciò che conta: quali erano le vecchie attività di Matteo su aree fondamentali (es. benessere fisico, relazioni sociali e autonomia nella vita quotidiana)?

3. Stilare una lista di attività (da quelle più semplici a quelle più complesse) divise per aree di valore. Applicare la regola dei micro-passi per evitare il fallimento dovuto a mete troppo ambiziose (es. non "andare in palestra", ma "fare 10 flessioni in camera" o "preparare la borsa della palestra")
4. Creare una bozza di calendario per la prima settimana di attivazione di Matteo.
5. Elencare i possibili ostacoli
6. Individuare possibili soluzioni

Ulteriori tecniche per intervenire sui circoli viziosi: problem solving

Perchè:

- Acquisire strategie di risoluzione dei problemi che permettano di spezzare il circolo vizioso della mancanza di efficacia e della depressione
- Migliorare il funzionamento

Ulteriori tecniche per intervenire sui circoli viziosi: problem solving

Come:

- individuazione e operalizzazione del problema
- generazione di più soluzioni possibili (brain-storming di soluzioni con sospensione del giudizio: "Elenchi tutte le soluzioni che le vengono in mente senza censurarne nessuna, nemmeno la più bizzarra e irrealistica")
- valutazione della fattibilità delle soluzioni sulla base dei criteri realistica e rapporto costi/benefici
- messa in atto in immaginazione della soluzione scelta (prova cognitiva)
- messa in atto nella realtà (esperimento o prova comportamentale)

"La mia vita è un disastro"

- 1. Definisci il problema in modo concreto:

Fase 1. Evita definizioni vaghe, usa fatti precisi: "Ho tre scadenze lavorative questa settimana e non so come organizzarmi".

- 2. Brainstorming delle soluzioni:

Fase 2. Scrivi qualsiasi soluzione ti venga in mente, anche la più bizzarra o irrealistica. Non giudicarle ancora. L'obiettivo è la quantità, non la qualità.

"La mia vita è un disastro"

- 3. Valuta i Pro e i Contro:

Fase 3. Seleziona le 3 opzioni più fattibili e analizza rapidamente i vantaggi e gli svantaggi di ciascuna a breve e lungo termine.

- 4. Pianifica l'azione:

Fase 4. Scegli la soluzione migliore e pianifica il primo micro-passo pratico che puoi compiere nelle prossime 24 ore.

- 5. Verifica dei risultati:

Fase 5. Dopo aver agito, valuta com'è andata. Se il problema persiste, analizza cosa non ha funzionato e seleziona un'altra soluzione dalla lista.

"La mia casa è un porcile, non riesco a fare nulla"



La depressione dice: "Non c'è niente da fare" oppure "Devi fare tutto e subito, ma non hai le forze". Chiediamo a Matteo di elencare tutte le opzioni possibili, anche quelle apparentemente pigre o imperfette.

Le opzioni di Matteo:

- Lavare tutti i piatti, pulire i fornelli e igienizzare tutta la cucina oggi stesso. (Opzione "tutto o niente" – genera ansia).
- Buttare via tutti i piatti e comprarne di plastica. (Opzione drastica, ma valida nel brainstorming per sbloccare la mente).
- Lavare solo 3 piatti e 2 forchette adesso, e lasciare il resto nel lavandino.
- Pagare qualcuno per venire a pulire.
- Spostare i piatti sporchi in un sacco della spazzatura per non vederli temporaneamente sul lavandino.

Fase 3: Analisi di Fattibilità: scegliere l'opzione a più basso costo energetico

- ~~Valutiamo pro e contro, tenendo conto che le risorse energetiche di una persona depressa sono limitate.~~
- L'opzione 1 (pulire tutto) richiede troppa energia: voto di fattibilità 2/10
- L'opzione 2 (buttare tutto) è costosa e irrazionale: 1/10
- L'opzione 3 (lavare solo 3 piatti) richiede meno di 3 minuti: 9/10

Fase 4: La regola dei 2 minuti e pianificazione dell'azione

- *Si pianifica l'azione definendo esattamente il **quando** e il **come**, riducendo al minimo lo spazio per il rimuginio.*
- Il piano concordato: "Oggi alle 16:00, imposto un timer sul telefono di 3 minuti. Entro in cucina, lavo solo 3 piatti e 2 forchette. Appena suona il timer o finisco i 3 piatti, ho il permesso assoluto di fermarmi e tornare sul divano, indipendentemente da quanti piatti rimangono."

• Fase 5: Debriefing (Ristrutturazione dell'esperienza)

Dopo l'esperimento, si analizza cosa è successo. Molto spesso accadono uno di questi due scenari, entrambi positivi:

Scenario A (Inerzia spezzata): Matteo inizia a lavare i 3 piatti. Una volta bagnate le mani e iniziato il movimento, decide di lavarne altri 5 perché "ormai è lì". Ha superato l'attrito iniziale.

Scenario B (Rispetto del limite): Matteo lava esattamente i 3 piatti e si ferma.

- *"Ottimo. Hai dimostrato che puoi agire anche quando la mente ti dice che è impossibile. La cucina non è perfetta, ma ci sono 3 piatti puliti in più rispetto a prima. Hai ripreso una minima quota di controllo."*

• Perché questo esercizio è terapeutico nella depressione?

Tecniche cognitive: individuazione e registrazione dei pensieri automatici

Perché:

- riconoscere e comprendere il legame tra pensieri, affetti e comportamenti
- Normalizzare i sintomi: «se pensi di sia inutile alzarti è comprensibile che rimani a letto»
- riconoscere, comprendere e regolare i pensieri automatici negativi, es. terribilizzare, doverizzare
- riconoscere e modificare le distorsioni cognitive/ bias es. generalizzazione, pensiero dicotomico,
- individuare e modificare i temi di pensiero ricorrenti, che costituiscono gli schemi depressogeni (visione negativa di sé, degli altri e del futuro)

Tecniche cognitive: individuazione e registrazione dei pensieri automatici

- definire cos'è un pensiero ("cosa che ti dici o immagine, in tutti i casi sono valutazioni, interpretazioni, ipotesi che ci facciamo sugli eventi") e le caratteristiche di un pensiero automatico
- spiegare e mostrare in seduta il legame tra pensieri, emozioni e comportamenti (ci sono molti modi di valutare uno stesso evento, il modo in cui lo valutiamo influenza i nostri stati d'animo e i nostri comportamenti)
- partire da emozione (quando ti senti triste, cosa ti passa per la testa? cosa stai facendo? cosa sta succedendo?)
- fare A-B-C su episodi concreti, specifici, sia in seduta che a casa

Tecniche cognitive: dialogo socratico

Obiettivo:

- conoscere e mettere in discussione le credenze e le idee nucleari depressogene

Tecnica:

- Si parte dal pensiero automatico o dal tema ricorrente e si chiede "se questo pensiero è vero, che significa per te?", fino ad arrivare alle credenze nucleari e agli scopi rilevanti

Tecniche cognitive: dialogo socratico

che cosa ha pensato in quel momento?

che cosa le è passato per la mente in quella determinata situazione?

che cosa si stava dicendo che l'ha portata a provare depressione?



Tecniche cognitive: dialogo socratico

- Terapeuta: "Mettiamo che è vero che il collega non ha risposto al suo saluto, come è per lei? Cosa significa per lei?"
- Paziente: "Che sono una persona antipatica e che rimarrò solo per sempre" (credenza patogena nucleare)
- Da quando Carla è stata lasciata da Andrea continua a pensare 'Certo che mi ha lasciata. Nessuno vuole stare con una pappamolle come me'.
- Carla sente che la propria reazione è segnale di non essere una persona amabile e degna di amore e quindi non ha la possibilità di essere amata da chicchessia. Perdere in modo definitivo la propria amabilità (credenza patogena nucleare) è molto più grave e difficile da accettare che non perdere l'amore di un uomo specifico

Tecniche cognitive, ristrutturazione cognitiva



- Una volta compreso il paradigma personale del paziente e averlo condiviso, si discutono le idee depressogene relative al blocco nel lutto
- E si ricerca una spiegazione alternativa e più funzionale della stessa situazione
- L'approccio è quello di insinuare il dubbio e permettere di testare la convinzione disfunzionale, evitando di continuare a pagare in maniera immotivata il costo della depressione

Tecniche cognitive, ristrutturazione cognitiva



- Tra le credenze irrazionali più frequenti nella depressione vi sono:
- Doverizzazioni
- Giudizi globali su di sé
 - Giudizi globali sugli altri
 - Giudizi globali sul futuro
- Intolleranza alla frustrazione
- Terribilizzazione

Tecniche cognitive, ristrutturazione cognitiva



- Tra le credenze irrazionali più frequenti nella depressione vi sono:
- Doverizzazioni
- Giudizi globali su di sé, sugli altri, sul futuro
- Intolleranza alla frustrazione
- Terribilizzazione

Tecniche cognitive, ristrutturazione cognitiva



- Tra le credenze irrazionali più frequenti nella depressione vi sono:
- Doverizzazioni
- Giudizi globali su di sé, sugli altri, sul futuro
- Intolleranza alla frustrazione
- Terribilizzazione

- *Se ho capito bene, lei soffre di una sorta di mancanza di interesse per le cose*
- *Sì, credo di sì*
- *E' sempre stato così? Queste cose che non le danno più alcun piacere un tempo le piacevano? Ne traeva maggiore coinvolgimento?*
- *Sì, un tempo sì. Fino a qualche tempo fa il mio lavoro mi piaceva. E anche il ragazzo con cui ero fidanzata mi piaceva di più*
- *E ora?*
- *Con il mio fidanzato mi pare di portare avanti una storia senza senso*

Disputare l'ansia vs la depressione



- Catastrofi possibili vs catastrofi già accadute
- Talvolta difficili da identificare (mancano gli 'A')
- Il carattere soggettivo dei giudizi globali e della intolleranza alla frustrazione indirizza su disputa pragmatica vs logico - empirica

- *Siamo d'accordo che il suo stato d'animo dominante è la tristezza e la mancanza di interesse e piacere per quello che fa?*
- *Sì, è così*
- *Qual è il momento in cui tutto questo è particolarmente intenso ed evidente?*
- *La sera, a casa, sono solo e non so che fare*
- *E in quel momento cosa prova?*
- *Tristezza, noia, disinteresse*
- *Come le ho detto, dobbiamo imparare a collegare le sue emozioni a quello che pensa. Quello che prova dipende da quello che ha pensato in quel momento. Cosa ha pensato esattamente in quel momento?*
- *Niente, pensavo che ero lì solo e triste. Non sapevo che fare e non avevo voglia di fare nulla*

- *Comprendo che la sua situazione sia dolorosa. Tuttavia, devo chiederle uno sforzo. Come le ho spiegato, la terapia cognitiva ha due principi: le nostre emozioni sono in qualche modo pensieri, sia pure pensieri 'sentiti'; ed esse, proprio come i pensieri, possono essere discusse e modificate.*
- *Riflettiamo: lei mi ha detto che quando si sente così triste in genere pensa di essere solo, disperato e privo di interessi a cui dedicare la serata, è giusto?*
- *Più o meno sì*
- *Scegliamo uno di questi pensieri tristi e mettiamolo in discussione; per esempio, il fatto che non ci sia nulla che l'appassioni. Possiamo rifletterci su? In base a cosa diciamo questo?*
- *In base al mio stato d'animo, semplicemente è così*

- *Riflettiamo. Ogni stato d'animo, come le dicevo, è una condizione interiore, non un fatto materiale: il suo sentimento di disinteresse è appunto un sentimento, non un fatto*
- *Cose da fare ce ne sono, sia in casa che fuori. Il fatto stesso che lei venga qui in terapia esprime il desiderio di tornare a trovare le cose interessanti*

Indagare e disputare le doverizzazioni

- *È normale avere questo desiderio, ma chi ha detto che debba essere proprio così?*
- *Solo perchè desidera qualcosa, ne consegue che debba necessariamente realizzarsi?*
- *Comprendo che queste idee siano da lei profondamente sentite, ma le chiedo: perchè lei deve fare questo? Perchè deve essere obbligata?*
- *Guardi io capisco le ragioni che espone, ragioni per le quali sarebbe preferibile che le cose andassero così, o che lei riuscisse a fare questo o che gli altri si comportassero così. Queste però sono preferenze, non doveri, obiettivi, non necessita*

Indagare e disputare le doverizzazioni

- *Che prove ha per sostenere che deve essere così?*
- *In base alla sua esperienza può sostenere che l'idea che le cose devono essere in un certo modo è fondata?*
- *Mi può fare esempi di persone o ambienti che condividono questa convinzione?*
- *Cosa penserebbe o come si comporterebbe un suo amico in quella situazione? Condividerebbe questa idea?*
- *A cosa ci serve ragionare così, dove ci porta questa idea?*
- *Pretendere qualcosa dagli altri le è utile per ottenerlo?*
- *Finché crederà questo, come pensa che si sentirà?*

Indagare e disputare del giudizio globale

- *Il primo suggerimento è di parlarne il meno possibile: una disputa prolungata un prolungato disquisire e discorrere su cosa sia l'autostima e su come non averla negativa è sempre un argomento penoso e poco convincente per il terapeuta.*
- *Ragioni per pensare male noi stessi ce ne sono sempre fin troppe e i pazienti sono particolarmente ferrati nel trovarle. Inoltre questo atteggiamento non eliminerebbe il problema, anzi!*
- *La vera soluzione alla bassa autostima non è una buona autostima è semplicemente smettere di giudicarsi tuttavia non si tratta di un'operazione semplicissima (Ruggiero & Sassaroli, 2013)*

Indagare e disputare del giudizio globale

- *In ogni caso se si capita dalle parti dell'autostima virgola in questi malfamati sobborghi della disputa cognitiva la bussola da seguire è: tutto quel che dice il paziente può essere vero e può essergli concesso eccetto il giudizio negativo su se stesso punto*
- *Ovvero, si giudicano le azioni e non le persone e questo vale soprattutto per se stessi (Ruggiero & Sassaroli, 2013)*

Indagare e disputare del giudizio globale

- *Solo perchè lei ha un difetto o ha commesso un errore, ne consegue logicamente che è una persona senza valore?*
- *Lei dice spesso 'io sono x' ma ha senso identificare un'intera persona con un'etichetta?*
- *Quindi se sbagliano gli altri, hanno solo commesso un errore, mentre se sbaglia lei è un fallito, le sembra ragionevole?*
- *Che prove ha per dire che è una persona senza valore? che prove ha per dire che la sua vita non ha senso o il mondo non ha valore?*
- *Se un atleta si ripete che è un perdente, secondo lei che gara farà?*

Indagare e disputare la terribilizzazione

- *In che senso usa la parola 'terribile' per descrivere questa cosa?*
- *Se 100 coincide con la cosa più terribile al mondo, quanto è terribile il suo problema?*
- *Che prove ha che questa cosa è terribile? che prove ha che se accade x la sua vita sarà finita?*
- *Qual è l'effetto di ruminare su questo, a parte farla sprofondare nella depressione?*

Indagare e disputare l'intolleranza alla frustrazione

- *In che senso usa la parola 'intollerabile' per descrivere questa cosa?*
- *A rigore una certa cosa diventa 'intollerabile' quando ci priva della possibilità di sopportarla, ad esempio cadendo in pezzi o esplodendo, può immaginare qualcosa di simile?*
- *Che prove ha che questa cosa è terribile? che prove ha che se accade x la sua vita sarà finita?*
- *Ripetersi che qualcosa è intollerabile, secondo lei la aiuta?*