

# Terapia Cognitiva Basata sulla Mindfulness per il disturbo ossessivo-compulsivo

Manuale di trattamento

Prefazione di Mark Williams

Fabrizio Didonna

**GUIDE**  
PSICOLOGIA

 Erickson

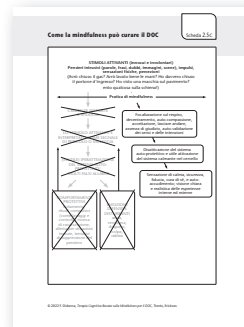
**IL LIBRO**

**TERAPIA COGNITIVA BASATA SULLA MINDFULNESS PER IL DOC**

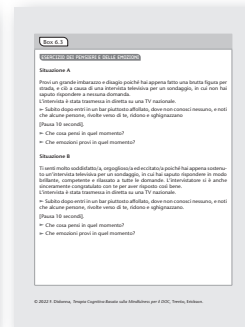
Il DOC è un disturbo largamente diffuso, eppure ancor oggi ritenuto difficilmente trattabile. Dopo anni di lavoro clinico e ricerca, Fabrizio Didonna, tra i più riconosciuti esperti internazionali di Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT), fornisce in questo volume una nuova ed efficace prospettiva teorica e terapeutica per questa complessa patologia.

Primo programma MBCT per pazienti DOC, ha dato prova di solida efficacia, dimostrando quanto l'apporto della mindfulness in ambito terapeutico sia destinato a svilupparsi.

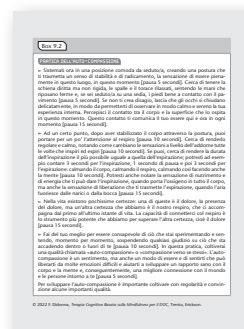
Introdotta da una cornice teorica dettagliata e scientificamente robusta, il volume si articola, seduta per seduta, in 11 incontri di gruppo o individuali dotati di un chiaro rationale e di esercizi efficaci. A corredo di ciascuna seduta, vengono forniti i materiali utili al professionista e ai pazienti: box informativi, schede operative e tracce audio per le pratiche di meditazione.



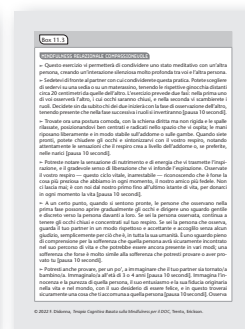
Come la mindfulness può curare il DOC



Esercizio dei pensieri e delle emozioni



Pratica dell'Auto-Compassione



Mindfulness Relazionale Compassionevole

**Include le TRACCE AUDIO SCARICABILI degli esercizi guida**

**L'AUTORE**



**FABRIZIO DIDONNA**

È psicologo e psicoterapeuta, visiting professor alla Jiao Tong University of Shanghai, docente all'Institute for Lifelong Learning of the University of Barcelona e docente a contratto di Psicologia Clinica all'Università di Padova. È direttore del Centro MBCT per il DOC e il Trauma, fondatore e presidente onorario dell'Istituto Italiano per la Mindfulness (IS.MIND) e di The Mindful Space-MBCT at Work e direttore scientifico del Master di Alta Formazione in Mindfulness-Based Therapy.

€ 39,00

9 788885 910274 6 1

www.erickson.it

**MATERIALE ONLINE** vai su:  
<https://risorseonline.erickson.it>

## Indice

<i>Prefazione all'edizione italiana</i> (S. Cheli)	19
<i>Prefazione all'edizione originale</i> (M. Williams)	23
<i>Introduzione</i>	29
Un viaggio personale	31
Inquadramento teorico	32
Mindfulness e DOC	34
Descrizione e obiettivi del libro	36
Avvertenze: prima di iniziare	38
PRIMA PARTE – Teoria e aspetti concettuali	
CAPITOLO 1	
<b>Che cos'è il DOC?</b>	41
Background storico	42
Epidemiologia	43
Aspetti fenomenologici e clinici	44
Livello di insight	47
Aspetti diagnostici	48
Bias e processi cognitivi nel DOC	50
<i>Bias attentivi</i>	51
<i>Rimuginio</i>	53
<i>I vari tipi di cognizioni nel DOC</i>	54
PENSIERI INTRUSIVI E/O OSSESSIONI	54
CREDENZE O ASSUNZIONI DISFUNZIONALI	54
INTERPRETAZIONI O SIGNIFICATI	56
COMPULSIONI MENTALI O NON MANIFESTE	56
<i>Credenze fusionali</i>	57
<i>Confusione inferenziale</i>	57
Il ruolo della sfiducia nel DOC	58
<i>Il DOC come disturbo della fiducia</i>	62
SFIDUCIA NELLA MEMORIA	64
SFIDUCIA NELLA PERCEZIONE	65
DUBBIO OSSESSIVO E AUTO-INVALIDAZIONE DELL'ESPERIENZA SENSORIALE	67
SFIDUCIA NELL'ATTENZIONE	70

Eziopatogenesi del DOC	71
<i>L'ipotesi cognitivo-comportamentale</i>	72
<i>L'ipotesi cognitivo-evoluzionistica</i>	74
I SISTEMI DI REGOLAZIONE EMOTIVA E IL DOC	78
CHE COSA STIMOLA LE SENSAZIONI DI SICUREZZA E CHE COSA ATTIVA I PROCESSI E GLI STATI CORRELATI ALLA MINACCIA NEL DOC?	81
LE CREDENZE DISFUNZIONALI E IL SISTEMA AUTO-PROTETTIVO	83
<i>L'ipotesi neurobiologica</i>	85
<i>Un modello cognitivo-evoluzionista del DOC</i>	90
Terapie efficaci, loro limiti e ostacoli al trattamento	93
Eterogeneità e trattamento	95
Verso un approccio ai problemi ossessivi basato sulla mindfulness	96

## CAPITOLO 2

### Un approccio basato sulla mindfulness per il DOC

99

Che cos'è la mindfulness?	100
Mindfulness e DOC: aspetti clinici e fenomenologici	102
Il rationale per l'utilizzo dei training di mindfulness per i problemi ossessivi	105
<i>Mindfulness e rimuginio</i>	108
<i>Mindfulness e credenze fusionali</i>	111
<i>Mindfulness e bias interpretativi: sviluppare un sano senso di responsabilità</i>	115
<i>Mindfulness e bias attentivi</i>	117
<i>Mindfulness e accettazione nel DOC</i>	118
<i>Mindfulness e sviluppo della fiducia in se stessi</i>	121
Il ruolo dell'auto-compassione e dell'auto-perdono nel DOC	124
<i>Che cos'è l'auto-compassione?</i>	125
LE DIVERSE DIMENSIONI DELL'AUTO-COMPASSIONE	126
L'AUTO-COMPASSIONE COME MODALITÀ PER EQUILIBRARE E REGOLARE L'IPERATTIVAZIONE DEL SISTEMA AUTO-PROTETTIVO	128
AUTO-COMPASSIONE E DOC	129
AUTO-PERDONO E DOC	131
Integrare la CBT con un intervento basato sulla mindfulness	132
<i>L'Esposizione Consapevole: facilitare il superamento delle difficoltà nel confrontarsi con le proprie paure e la realtà</i>	133
<i>L'uso di metafore nell'intervento basato sulla mindfulness per il DOC</i>	135
La ricerca sugli effetti del training di mindfulness per il DOC	136
<i>Gli effetti neurobiologici della mindfulness sul DOC</i>	139
Riassunto degli effetti del training di mindfulness per il DOC	144
Un modello esplicativo degli effetti del training di mindfulness per il DOC	146

## CAPITOLO 3

### Il programma MBCT per il DOC: rationale, struttura e principi di base

151

Numero e durata delle sedute	152
Caratteristiche chiave del programma MBCT per il DOC	153

Comprendere	153
Normalizzare l'esperienza ossessiva	155
Sviluppare fiducia e auto-validazione	156
Intervento cognitivo	156
Addestramento intensivo in mindfulness e auto-compassione	157
Esposizione Consapevole	158
Condivisione	158
Razionale, obiettivi e temi del programma a 11 sedute	159
Seduta 1: Capire che cos'è la mindfulness	159
Seduta 2: Comprendere il DOC e come la mindfulness può curarlo	160
Seduta 3: Aiutare i familiari e partner a dare supporto ai pazienti con DOC	161
Seduta 4: Comprendere la propria sfiducia e sviluppare una fiducia reale	161
Seduta 5: Usare i sensi per sviluppare fiducia	162
Seduta 6: Sviluppare una relazione sana con i pensieri	163
Seduta 7: Sviluppare accettazione come passo fondamentale verso il cambiamento	164
Seduta 8: Il Fare Consapevole e l'Esposizione Consapevole	165
Seduta 9: Sviluppare auto-compassione e auto-perdono	167
Seduta 10: Imparare a rischiare nella vita	168
Seduta 11: Affrontare la vita con fiducia e fronteggiare efficacemente gli ostacoli – Una seduta giornaliera di pratica di mindfulness e revisione dell'intero corso	170
Struttura delle sedute	172
I gruppi di follow-up/mantenimento	173
Chi è qualificato per condurre il programma MBCT per il DOC?	173
Stile di conduzione e modalità di relazione terapeutica dell'istruttore nel condurre il programma MBCT per il DOC	174
Prevenire le discussioni tra i partecipanti	175
Ascolto mindful vs. facilitazione direttiva e autorevole	177
Il materiale del corso	178
Pratica a casa	178
Aiutare i familiari e i partner a fornire sostegno al programma	179

#### CAPITOLO 4

### Preparazione alla conduzione del programma MBCT per il DOC e valutazione dei partecipanti

181

Preparazione per il gruppo	181
Il setting	181
Le dimensioni del gruppo	182
Materiali per gli istruttori e i partecipanti	183
Perché, quando e come implementare il programma MBCT per il DOC in formato individuale	183
Quando trattare i pazienti in un formato individuale	183
Come implementare il programma nel formato individuale	184
Valutazione preliminare dei partecipanti	186
Valutazione standardizzata dei problemi del partecipante	187
Informazioni da raccogliere durante l'intervista	188
Altre funzioni dell'assessment	189

## SECONDA PARTE – Il programma MBCT per il DOC

### CAPITOLO 5

#### Seduta 1: Capire che cos'è la mindfulness

(201)

- Introduzione alla seduta (201)
- Introduzione al corso (201)
  - Orientare i partecipanti alla seduta e stabilire le regole* (203)
  - Disporre i partecipanti a coppie per le presentazioni* (204)
- L'Esercizio dell'Uva Passa (204)
- Discussione sull'Esercizio dell'Uva Passa (207)
- La mindfulness e il pilota automatico (212)
- Pausa (213)
- Esercizio di Body Scan o Esplorazione Corporea: esplorare il corpo, capire la mente (213)
- Discussione sull'esercizio di Body Scan (219)
- Lettura e discussione delle citazioni della Seduta 1 (221)
- Consapevolezza del Respiro: una Meditazione Seduta breve (221)
- Distribuzione delle schede ai partecipanti e assegnazione delle pratiche a casa (223)
- Il Cerchio Consapevole (224)

### CAPITOLO 6

#### Seduta 2: Comprendere il DOC e come la mindfulness può curarlo

(233)

- Introduzione alla seduta (233)
- Informazioni sulla postura (235)
- Meditazione Seduta: Consapevolezza del Respiro e del Corpo (236)
- Discussione sulla pratica (239)
- Discussione sulla pratica a casa (241)
- Sintomi e credenze distorte nel DOC (245)
  - Credenze distorte nel DOC* (246)
- Esercizio dei Pensieri e delle Emozioni (246)
- Discussione sull'Esercizio dei Pensieri e delle Emozioni (247)
- Implicazioni per i problemi ossessivo-compulsivi (248)
  - Comprendere il funzionamento del DOC e l'effetto terapeutico della mindfulness* (248)
- Pausa (250)
- La testimonianza di una paziente e discussione (250)
- Le tre cause della sofferenza (250)
- Lettura e discussione delle citazioni della Seduta 2 (251)
- Distribuzione delle schede ai partecipanti e assegnazione delle pratiche a casa (251)
- Il Cerchio Consapevole (252)

### CAPITOLO 7

#### Seduta 3: Aiutare i familiari e partner a dare supporto ai pazienti con DOC

(271)

- Introduzione alla seduta (271)
- Accogliere i partecipanti e i loro familiari (274)
- Informazioni basilari sul DOC e spiegazione del rationale del programma (274)
- Esercizio di mindfulness: Meditazione Seduta — la Consapevolezza del Respiro e del Corpo (276)
- Discussione sulla pratica: capire il ruolo terapeutico della mindfulness (276)

Che cosa è utile fare e che cosa non lo è: linee guida per familiari e partner (277)  
Domande e discussione (278)  
Distribuzione delle schede ai partecipanti e assegnazione della pratica a casa (281)  
Il Cerchio Consapevole (282)

## CAPITOLO 8

### **Seduta 4: Comprendere la propria sfiducia e sviluppare una fiducia reale** (285)

Introduzione alla seduta (285)  
Meditazione Seduta: consapevolezza di respiro, corpo, suoni, emozioni e pensieri (287)  
Discussione sulla pratica (292)  
Discussione sulla pratica a casa (294)  
Discussione sulla sfiducia nel DOC e sulle sue possibili cause (296)  
Discussione sul *Questionario sulle Cause della Sfiducia* (297)  
Il Momento Dedicato al Respiro (298)  
Discussione sulla pratica (300)  
Pausa (300)  
Lettura e discussione delle citazioni della Seduta 4 (301)  
La Camminata Consapevole (301)  
Discussione sulla pratica (304)  
Distribuzione delle schede ai partecipanti e assegnazione delle pratiche a casa (305)  
Il Cerchio Consapevole (305)

## CAPITOLO 9

### **Seduta 5: Usare i sensi per sviluppare fiducia** (317)

Introduzione alla seduta (317)  
Percezione Consapevole: prestare attenzione consapevole ai sensi (319)  
Discussione sulla pratica (323)  
Discussione sulla pratica a casa (324)  
Esercizio di Validazione dell'Esperienza Percettiva (VEP) (325)  
Il Momento Dedicato al Respiro — al bisogno: fronteggiare pensieri, emozioni e sensazioni difficili (328)  
Discussione sulla pratica (331)  
Pausa (331)  
Meditazione Seduta: consapevolezza di respiro, corpo, suoni, emozioni e pensieri, con esposizione a uno stato disagiata (332)  
Discussione sulla pratica (335)  
Lettura e discussione delle citazioni della Seduta 5 (337)  
Movimenti e Stretching Consapevoli (337)  
Discussione sulla pratica (345)  
Distribuzione delle schede ai partecipanti e assegnazione delle pratiche a casa (346)  
Il Cerchio Consapevole (347)

## CAPITOLO 10

### **Seduta 6: Sviluppare una relazione sana con i pensieri** (355)

Introduzione alla seduta (355)  
Meditazione dei Cerchi Manuali Consapevoli (357)  
Discussione sulla pratica (360)

Discussione sulla pratica a casa (363)  
Il Momento Dedicato al Respiro (366)  
Che cosa sono i pensieri realmente? Sviluppare una nuova relazione con i pensieri (367)  
Esercizio dei Pensieri e delle Emozioni (369)  
Pausa (371)  
La Mente Pensante e la Mente Osservatrice (371)  
Meditazione della Mente Osservatrice: una Meditazione Seduta (373)  
Discussione sulla pratica (378)  
Lettura e discussione delle citazioni della Seduta 6 (379)  
Distribuzione delle schede ai partecipanti e assegnazione delle pratiche a casa (379)  
*La top-ten dei miei pensieri ossessivi* (379)  
Il Cerchio Consapevole (380)

## CAPITOLO 11

### **Seduta 7: Sviluppare accettazione come passo fondamentale per il cambiamento**

(391)

Introduzione alla seduta (391)  
Esercizio di Caricamento e Scaricamento (393)  
Discussione sulla pratica (395)  
Discussione sulla pratica a casa (396)  
Comprendere il significato e l'importanza dell'accettazione (398)  
Che cosa i partecipanti dovrebbero imparare ad accettare in relazione al loro problema (401)  
Meditazione della Mente Osservatrice: l'esposizione ai pensieri difficili e la loro accettazione (401)  
Discussione sulla pratica (402)  
Pausa (404)  
La Pratica di Accettazione R.E.A.L. Quattro passi verso l'accettazione (404)  
Discussione sulla pratica (410)  
Lettura e discussione delle citazioni della Seduta 7 (411)  
Distribuzione delle schede ai partecipanti e assegnazione delle pratiche a casa (411)  
Il Cerchio Consapevole (413)

## CAPITOLO 12

### **Seduta 8: Il Fare Consapevole e l'Esposizione Consapevole**

(427)

Introduzione alla seduta (427)  
Pratica di Accettazione R.E.A.L. (429)  
Discussione sulla pratica (430)  
Discussione sulla pratica a casa (430)  
Le Intenzioni Consapevoli (432)  
Consapevolezza e senso di responsabilità (434)  
La Tecnica della Discrepanza (435)  
Pausa (437)  
La Tecnica dell'Esposizione Consapevole (437)  
*Come creare una gerarchia di esposizione* (438)  
*L'esposizione consapevole in gruppo* (439)  
Discussione sulla pratica (443)  
Il problema della «vita vuota»: nutrire i vuoti esistenziali (444)



La Camminata Consapevole con Stabilizzatori Verbali (445)  
Discussione sulla pratica (447)  
Lettura e discussione delle citazioni della Seduta 8 (448)  
Distribuzione delle schede ai partecipanti e assegnazione delle pratiche a casa (448)  
Il Cerchio Consapevole (449)

### CAPITOLO 13

#### **Seduta 9: Sviluppare auto-compassione e auto-perdono**

(467)

Introduzione alla seduta (467)  
Esposizione Consapevole (470)  
Discussione sulla pratica (470)  
Discussione sulla pratica a casa (471)  
Introduzione all'auto-compassione (474)  
Discussione sulla pratica (481)  
Esercizio di Caricamento e Scaricamento (483)  
Discussione sulla pratica (483)  
Pausa (484)  
Pratica dell'Auto-Perdono (484)  
Discussione sulla pratica (487)  
Lettura e discussione delle citazioni della Seduta 9 (487)  
Distribuzione delle schede ai partecipanti e assegnazione delle pratiche a casa (488)  
Il Cerchio Consapevole (489)

### CAPITOLO 14

#### **Seduta 10: Imparare a rischiare nella vita**

(497)

Introduzione alla seduta (497)  
Pratica di Accettazione R.E.A.L. (500)  
Discussione sulla pratica (500)  
Discussione sulla pratica a casa (500)  
Introduzione all'assunzione dei rischi e della responsabilità (502)  
Assegnazione della pratica a casa: creare un Elenco dei Rischi Consapevoli (503)  
Camminata Consapevole (503)  
Discussione sulla pratica (504)  
Pausa (504)  
Pratica dell'Auto-Compassione (504)  
Discussione sulla pratica (505)  
Pianificazione dei Rituali Liberatori (505)  
Lettura e discussione delle citazioni della Seduta 10 (506)  
Distribuzione delle schede ai partecipanti e assegnazione delle pratiche a casa (506)  
Il Cerchio Consapevole (507)

### CAPITOLO 15

#### **Seduta 11: Affrontare la vita con fiducia e fronteggiare efficacemente**

**gli ostacoli – Una seduta giornaliera di pratica di mindfulness e revisione dell'intero corso** (519)

Introduzione alla seduta (519)  
Presentazione della seduta ai partecipanti (521)  
Meditazione della Mente Osservatrice: esporsi e coltivare decentramento e accettazione verso i pensieri difficili (522)

Discussione sulla pratica (522)  
Discussione sulla pratica a casa (523)  
Sequenza di esercizi di mindfulness e loro revisione (524)  
Pranzo consapevole (in silenzio) (524)  
Consulenza individuale su richiesta (525)  
Esercizio del Conducente d'Autobus (525)  
Discussione sulla pratica (528)  
Pratica dell'Auto-Compassione (529)  
Discussione sulla pratica (529)  
Movimenti e Stretching Consapevoli (530)  
Mindfulness Relazionale Compassionevole (530)  
Discussione sulla pratica: condivisione dei partecipanti a coppie (533)  
Discussione sulla pratica da parte dell'intero gruppo (533)  
Pausa (534)  
Lettura e discussione delle citazioni della Seduta 11 (534)  
Distribuzione del Questionario di Riflessione sul Programma e revisione dell'intero corso (534)  
Distribuzione delle schede ai partecipanti e discussione su cosa fare per proseguire nel percorso di miglioramento (539)  
La fine di un viaggio, l'inizio di uno nuovo (541)  
Meditazione conclusiva (542)  
Riepilogo e commenti finali (542)

#### APPENDICE

#### Formazione e supervisione per il programma MBCT per il DOC

(557)

Programma ufficiale di formazione professionale in Mindfulness-Based Cognitive Therapy per il disturbo ossessivo compulsivo (557)

1. *Training di primo livello in MBCT per il DOC (3 giorni)* (557)

OBIETTIVI DI APPRENDIMENTO DEL TRAINING (558)

STRUMENTI DIDATTICI (559)

CERTIFICATO DI PARTECIPAZIONE (559)

2. *Training professionale fondativo in MBCT per il DOC (6 giorni, 5 giorni in formato residenziale)* (559)

OBIETTIVI DI APPRENDIMENTO DEL TRAINING (560)

STRUMENTI DIDATTICI (561)

CERTIFICATO DI PARTECIPAZIONE (561)

3. *Training professionale avanzato in MBCT per il DOC (5 giorni)* (561)

OBIETTIVI DI APPRENDIMENTO DEL TRAINING (562)

STRUMENTI DIDATTICI (563)

CERTIFICATO DI PARTECIPAZIONE (563)

*Per organizzare o partecipare a un training o workshop* (563)

Supervisioni (564)

Centro di riferimento internazionale (564)

*Bibliografia*

(565)

*Ringraziamenti*

(595)

## Indice delle Schede, dei Moduli e dei Box

### CAPITOLO 4

#### **Preparazione alla conduzione del programma MBCT per il DOC e valutazione dei partecipanti** (181)

- Scheda Introduttiva – La terapia cognitiva basata sulla mindfulness per il disturbo ossessivo-compulsivo: un programma terapeutico intensivo di 11 sedute (192)
- Modulo 4.1 – Questionario sulle Cause della Sfiducia (CMQ) (194)

### CAPITOLO 5

#### **Seduta 1: Capire che cos'è la mindfulness** (201)

- Box 1.1 – Programma della Seduta 1 (202)
- Box 1.2 – L'Esercizio dell'Uva Passa (205)
- Box 1.3 – Body Scan: pratica di esplorazione corporea (214)
- Box 1.4 – Pratica di Consapevolezza del Respiro (222)
- Scheda 1.1 – Riassunto della Seduta 1: Essere presenti nel qui e ora come primo passo verso la libertà (225)
- Scheda 1.2 – Regole del gruppo MBCT per il DOC (226)
- Scheda 1.3 – Una definizione di mindfulness (228)
- Scheda 1.4 – Citazioni della Seduta 1 (229)
- Scheda 1.5 – Pratica a casa per la settimana successiva alla Seduta 1 (230)
- Scheda 1.6 – Modulo di registrazione della pratica a casa per la Seduta 1 (231)

### CAPITOLO 6

#### **Seduta 2: Comprendere il DOC e come la mindfulness può curarlo** (233)

- Box 2.1 – Programma della Seduta 2 (234)
- Box 2.2 – Meditazione Seduta: Consapevolezza del Respiro e del Corpo (237)
- Scheda 2.1 – Riassunto della Seduta 2: Comprendere il DOC e come la mindfulness può curarlo (253)
- Scheda 2.2 – Istruzioni pratiche sulla postura (254)
- Scheda 2.3 – Sintomi e caratteristiche del disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) (256)
- Scheda 2.4 – Le tipiche convinzioni distorte presenti nel disturbo ossessivo-compulsivo (258)
- Scheda 2.5A – Come funziona il disturbo ossessivo-compulsivo e come la mindfulness può curarlo (259)
- Scheda 2.5B – Come funziona il DOC (figura) (261)
- Scheda 2.5C – Come la mindfulness può curare il DOC (figura) (262)
- Scheda 2.6 – Testimonianza di una paziente: «La mindfulness come soluzione guaritrice per il mio DOC» (263)
- Scheda 2.7 – Le cause della sofferenza (264)
- Scheda 2.8 – Citazioni della Seduta 2 (265)
- Scheda 2.9 – Pratica a casa per la settimana successiva alla Seduta 2 (266)

Scheda 2.10 – Modulo di registrazione della pratica a casa per la Seduta 2 (267)

Scheda 2.11 – Informazioni per familiari e partner (268)

#### CAPITOLO 7

### **Seduta 3: Aiutare i familiari e partner a dare supporto ai pazienti con DOC** (271)

Box 3.1 – Programma della Seduta 3 con familiari e partner (273)

Scheda 3.1 – Il DOC: che cosa fare e che cosa non fare (283)

#### CAPITOLO 8

### **Seduta 4: Comprendere la propria sfiducia e sviluppare una fiducia reale** (285)

Box 4.1 – Programma della Seduta 4 (286)

Box 4.2 – Meditazione Seduta: consapevolezza di respiro, corpo, suoni, emozioni e pensieri (288)

Box 4.3 – Il Momento Dedicato al Respiro (299)

Box 4.4 – La Camminata Consapevole (302)

Scheda 4.1 – Riassunto della Seduta 4: Comprendere la propria sfiducia e sviluppare una fiducia reale (306)

Scheda 4.2 – Riconoscere le cause della sfiducia (307)

Scheda 4.3 – Che cos'è la fiducia reale? (309)

Scheda 4.4 – Come sviluppare fiducia (312)

Scheda 4.5 – Citazioni della Seduta 4 (314)

Scheda 4.6 – Pratica a casa per la settimana successiva alla Seduta 4 (315)

Scheda 4.7 – Modulo di registrazione della pratica a casa per la Seduta 4 (316)

#### CAPITOLO 9

### **Seduta 5: Usare i sensi per sviluppare fiducia** (317)

Box 5.1 Programma della Seduta 5 (318)

Box 5.2 Percezione Consapevole (320)

Box 5.3 Il Momento Dedicato al Respiro – al bisogno: fronteggiare pensieri, emozioni e sensazioni difficili (329)

Box 5.4 Meditazione Seduta: consapevolezza di respiro, corpo, suoni, emozioni e pensieri, con esposizione a uno stato disagiata (332)

Box 5.5 Movimenti e Stretching Consapevoli (338)

Scheda 5.1 Riassunto della Seduta 5: Usare i sensi per sviluppare fiducia (348)

Scheda 5.2A Tecnica della Validazione dell'Esperienza Percettiva (VEP):

Esempio (349)

Scheda 5.2B Tecnica della Validazione dell'Esperienza Percettiva (VEP):

Scheda per la pratica a casa (350)

Scheda 5.3 Citazioni della Seduta 5 (351)

Scheda 5.4 Pratica a casa per la settimana successiva alla Seduta 5 (352)

Scheda 5.5 Modulo di registrazione della pratica a casa per la Seduta 5 (353)

#### CAPITOLO 10

### **Seduta 6: Sviluppare una relazione sana con i pensieri** (355)

Box 6.1 Programma della Seduta 6 (356)

Box 6.2 Meditazione dei Cerchi Manuali Consapevoli (358)

Box 6.3 Esercizio dei Pensieri e delle Emozioni (370)

- Box 6.4 Meditazione della Mente Osservatrice (374)
- Scheda 6.1 Riassunto della Seduta 6: Sviluppare una relazione sana con i pensieri (381)
- Scheda 6.2 La Mente Pensante e la Mente Osservatrice (383)
- Scheda 6.3 Citazioni della Seduta 6 (385)
- Scheda 6.4 La top-ten dei miei pensieri ossessivi (386)
- Scheda 6.5 Pratica a casa per la settimana successiva alla Seduta 6 (387)
- Scheda 6.6 Modulo di registrazione della pratica a casa per la Seduta 6 (388)

## CAPITOLO 11

### **Seduta 7: Sviluppare accettazione come passo fondamentale per il cambiamento**

(391)

- Box 7.1 Programma della Seduta 7 (392)
- Box 7.2 Esercizio di Caricamento e Scaricamento (394)
- Box 7.3 La Pratica di Accettazione R.E.A.L. Quattro passi verso l'accettazione (405)
- Scheda 7.1. Riassunto della Seduta 7: Sviluppare accettazione come passo fondamentale per il cambiamento (414)
- Scheda 7.2. L'equazione della sofferenza (416)
- Scheda 7.3. La metafora del bravo albergatore (417)
- Scheda 7.4. Che cosa può essere necessario accettare per superare il DOC (419)
- Scheda 7.5. Citazioni della Seduta 7 (420)
- Scheda 7.6. Tabella dell'Accettazione (422)
- Scheda 7.7. Pratica a casa per la settimana successiva alla Seduta 7 (423)
- Scheda 7.8. Modulo di registrazione della pratica a casa per la Seduta 7 (424)

## CAPITOLO 12

### **Seduta 8: Il Fare Consapevole e l'Esposizione Consapevole**

(427)

- Box 8.1 Programma della Seduta 8 (428)
- Box 8.2 L'Esposizione Consapevole (440)
- Box 8.3 Camminata Consapevole con Stabilizzatori Verbali (446)
- Scheda 8.1 Riassunto della Seduta 8: Il Fare Consapevole e l'Esposizione Consapevole (450)
- Scheda 8.2 Mindfulness e senso di responsabilità (451)
- Scheda 8.3 Tecnica della Discrepanza (452)
- Scheda 8.4 Pratica delle Intenzioni Salutari (453)
- Scheda 8.5A Elenco delle situazioni disagiati per l'Esposizione Consapevole (454)
- Scheda 8.5B Scheda di registrazione dell'Esposizione Consapevole (456)
- Scheda 8.5C Schema riassuntivo della Tecnica dell'Esposizione Consapevole (458)
- Scheda 8.6 Elenco delle Attività «Nutrienti» (459)
- Scheda 8.7 Citazioni della Seduta 8 (462)
- Scheda 8.8 Pratica a casa per la settimana successiva alla Seduta 8 (463)
- Scheda 8.9 Modulo di registrazione della pratica a casa per la Seduta 8 (464)

## CAPITOLO 13

### **Seduta 9: Sviluppare auto-compassione e auto-perdono**

(467)

- Box 9.1 Programma della Seduta 9 (468)
- Box 9.2 Pratica dell'Auto-Compassione (476)
- Box 9.3 Pratica dell'Auto-Perdono (485)

Scheda 9.1 Riassunto della Seduta 9: Sviluppare auto-compassione e auto-perdono (490)

Scheda 9.2 Esplorare l'auto-compassione attraverso la scrittura.

Una lettera compassionevole a me stesso/a (491)

Scheda 9.3 Citazioni della Seduta 9 (493)

Scheda 9.4 Pratica a casa per la settimana successiva alla Seduta 9 (494)

Scheda 9.5 Modulo di registrazione della pratica a casa per la Seduta 9 (495)

#### CAPITOLO 14

### **Seduta 10: Imparare a rischiare nella vita**

(497)

Box 10.1 Programma della Seduta 10 (498)

Scheda 10.1 Riassunto della Seduta 10: Imparare a rischiare nella vita (508)

Scheda 10.2 Assumersi rischi consapevoli nella vita (509)

Scheda 10.3 Elenco dei Rischi Consapevoli (510)

Scheda 10.4 Elenco dei Rituali Liberatori (511)

Scheda 10.5 Citazioni della Seduta 10 (512)

Scheda 10.6 Pratica a casa per la settimana successiva alla Seduta 10 (514)

Scheda 10.7 Modulo di registrazione della pratica a casa per la Seduta 10 (516)

#### CAPITOLO 15

### **Seduta 11: Affrontare la vita con fiducia e fronteggiare efficacemente**

**gli ostacoli** – *Una seduta giornaliera di pratica di mindfulness e revisione dell'intero corso*

(519)

Box 11.1 Programma della Seduta 11 (520)

Box 11.2 Esercizio del Conducente d'Autobus (526)

Box 11.3 Mindfulness Relazionale Compassionevole (530)

Scheda 11.1 Riassunto della Seduta 11: Affrontare la vita con fiducia e fronteggiare efficacemente gli ostacoli (546)

Scheda 11.2 Citazioni della Seduta 11 (547)

Scheda 11.3 Questionario di Riflessione sul Programma (548)

Scheda 11.4 Elenco di pratiche ed esercizi del programma MBCT per il DOC (550)

Scheda 11.5 Vivere Consapevolmente (551)

Scheda 11.6 Pratica raccomandata per le settimane successive alla Seduta 11 (554)

Scheda 11.7 Modulo di registrazione della pratica a casa per la Seduta 11 (555)

## Tracce Audio per il programma di Terapia Cognitiva Basata sulla Mindfulness per il DOC

Voce: Dott. Fabrizio Didonna

- Traccia n. 1 (Box 1.3) Body Scan: pratica di esplorazione corporea
- Traccia n. 2 (Box 1.4) Pratica di Consapevolezza del Respiro
- Traccia n. 3 (Box 2.2) Meditazione Seduta: Consapevolezza del Respiro e del Corpo
- Traccia n. 4 (Box 4.2) Meditazione Seduta: consapevolezza di respiro, corpo, suoni, emozioni e pensieri
- Traccia n. 5 (Box 4.3) Il Momento Dedicato al Respiro
- Traccia n. 6 (Box 4.4) La Camminata Consapevole
- Traccia n. 7 (Box 5.2) Percezione Consapevole
- Traccia n. 8 (Box 5.3) Il Momento Dedicato al Respiro - al bisogno: fronteggiare pensieri, emozioni e sensazioni difficili
- Traccia n. 9 (Box 5.4) Meditazione Seduta: consapevolezza di respiro, corpo, suoni, emozioni e pensieri, con esposizione a uno stato disagiata
- Traccia n. 10 (Box 5.5) Movimenti e Stretching Consapevoli
- Traccia n. 11 (Box 6.2) Meditazione dei Cerchi Manuali Consapevoli
- Traccia n. 12 (Box 6.4) Meditazione della Mente Osservatrice
- Traccia n. 13 (Box 7.2) Esercizio di Caricamento e Scaricamento
- Traccia n. 14 (Box 7.3) La Pratica di Accettazione R.E.A.L. Quattro passi verso l'accettazione
- Traccia n. 15 (Box 8.2) L'Esposizione Consapevole
- Traccia n. 16 (Box 8.3) Camminata Consapevole con Stabilizzatori Verbali
- Traccia n. 17 (Box 9.2) Pratica dell'Auto-Compassione
- Traccia n. 18 (Box 9.3) Pratica dell'Auto-Perdono
- Traccia n. 19 (Box 11.2) Esercizio del Conducente d'Autobus
- Traccia n. 20 (Box 11.3) Mindfulness Relazionale Compassionevole

*A Riccardo e Rachele  
A mia madre e mio padre  
Ai miei insegnanti e ai miei pazienti*



## Prefazione all'edizione italiana

Il libro che state per leggere è il frutto di anni di passione personale, pratica clinica e rigore scientifico. Questi tre elementi mi attrassero sin da subito nel lavoro di Fabrizio Didonna, nome che divenne noto a livello internazionale a partire dal *Clinical Handbook of Mindfulness* (2009). In quel libro venivano riuniti per la prima volta i massimi esperti mondiali di approcci basati sulla mindfulness (Kabat-Zinn, Segal, Gilbert, Germer, per citarne alcuni), e a Fabrizio Didonna, in qualità di unico editor, spettavano due compiti assai rilevanti.

Il primo compito fu la definizione, nel primo capitolo, di cosa fosse la mindfulness clinica: un insieme di interventi basati su pratiche meditative riferibili primariamente agli approcci cognitivo-comportamentali. Questa definizione, che oggi sembra scontata, non lo era e non lo è. Quel capitolo offriva a tutti noi clinici una prospettiva comune che, pur non negando ma anzi intessendo un dialogo con gli approcci sapienziali orientali, chiariva il nostro *range* di azione: la psicoterapia e la sofferenza psicopatologica. A distanza di oltre dieci anni da quando lo lessi per la prima volta, quel testo mantiene il senso e il valore della prospettiva di Didonna sulla mindfulness. Ci ricorda che ai clinici è richiesto un impegno costante nel comprendere il vissuto dei propri clienti e nel proporre interventi che siano basati su evidenze e buone prassi.

Il secondo compito che si assunse in qualità di curatore fu di introdurre il lettore alle applicazioni della mindfulness in ambiti assai inesplorati, come i setting con pazienti in strutture residenziali e, appunto, il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC). In quest'ultimo ambito, determinò un importante giro

di boa che portò negli anni successivi allo sviluppo del protocollo *MBCT for OCD (Mindfulness Based Cognitive Therapy for Obsessive Compulsive Disorder)*, che qui si presenta in lingua italiana. Anche in questo caso, una scelta che sembra scontata non lo era. L'uso di approcci esperienziali è oggi assai *à la page* e spesso utilizzato senza un chiaro razionale. Presentare nel 2009 un capitolo sull'applicazione della mindfulness per il DOC in un *handbook* fu invero assai innovativo.

Ho avuto il piacere di osservare personalmente Fabrizio Didonna affinare il presente manuale, il suo razionale, i suoi interventi, e di osservare la formazione rivolta agli psicoterapeuti interessati ad applicare questo protocollo. E mi sono spesso detto che quello è (o dovrebbe essere) il modo di sviluppare un protocollo, ovvero bilanciando un lavoro clinico quotidiano con un costante *labor limae* e una costante revisione scientifica. Forse l'autore avrebbe a volte preferito approfondire minori energie in questo lungo processo, ma se il lettore sceglierà di partecipare a un ritiro formativo con lui vedrà come sia nella natura di Fabrizio Didonna spendersi a pieno e non tirarsi indietro.

Il manuale qui presentato ha almeno tre grandi pregi. Il primo è la sua chiarezza. Trova infatti un equilibrio tra la propensione anglosassone alla pulizia espositiva e l'ambizione mediterranea ad abbracciare la complessità di un fenomeno. Il secondo è la ricchezza dei dettagli clinici e tecnici nel presentare tanto il razionale quanto gli interventi. Questo pregio, unito alla vastità del materiale presentato, ha come effetto secondario l'offrire spunti a terapeuti che operino in contesti diversi da quello standard (il setting di gruppo) e addirittura con problematiche diverse da quella ossessivo-compulsiva. Il terzo pregio è la trasferibilità del protocollo. L'integrazione, presente in ogni modulo, tra teoria della mindfulness, comprensione del disturbo e conduzione degli esercizi facilita il lavoro di trasposizione dalla pagina stampata alla pratica clinica.

Questa prospettiva integrativa e traslazionale, in cui la mindfulness emerge come qualcosa di vitale e pertanto destinato ad ampliarsi e adattarsi, è facilmente ravvisabile nei passaggi centrali del manuale e nella produzione scientifica di Didonna (si vedano ad esempio Didonna et al., 2019a; Didonna et al., 2019b; Lu et al., 2018; Zhang, Didonna, Wang, Zhang, & Fan, 2021). Mi preme in particolare sottolineare come la definizione di DOC proposta dall'autore, che lo teorizza in quanto disturbo della fiducia, faciliti la concettualizzazione e il trattamento del disturbo integrando prospettive mutate tanto dai protocolli MBCT quanto dalla *Compassion Focused Therapy* e dalla *Mindful Self-Compassion*. La diffidenza e la sfiducia, che coinvolgono per la persona con diagnosi di DOC tutta l'esperienza e in particolare l'esperienza di sé, vengono comprese ed elaborate attraverso numerose concettualizzazioni condivise e

pratiche esperienziali. Il percorso vuole favorire in coloro che soffrono di DOC una progressiva apertura che, dal familiarizzare con i pensieri e le emozioni temute, permetta infine di dischiudersi a nuove esperienze e cambiamenti.

In una piena prospettiva zen, noi dubitiamo ed esitiamo infatti, dimenticandoci della nostra vera natura, del potere della nostra consapevolezza (Huikai, Yuanwu, Sekida, & Grimstone, 1977, p. 285). Ma se ci concediamo di divenir noi stessi, ovvero consapevoli, i dubbi — almeno per quell'istante — sembrano svanire.

Simone Cheli

Centro di Psicologia e Psicoterapia,  
Tages Onlus, Firenze

### Riferimenti bibliografici

- Didonna, F. (Ed.) (2009). *Clinical Handbook of Mindfulness*. New York, NY: Springer (trad. it., *Manuale Clinico di Mindfulness*, 2012, Milano, FrancoAngeli).
- Didonna, F., Lanfredi, M., Xodo, E., Ferrari, C., Rossi, R., & Pedrini, L. (2019a). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder. A pilot study. *Journal of Psychiatric Practice*, 25(2), 156–170. <https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000377>
- Didonna, F., Rossi, R., Ferrari, C., Iani, L., Pedrini, L., Rossi, N., Xodo, E., & Lanfredi, M. (2019b). Relations of mindfulness facets with psychological symptoms among individuals with a diagnosis of obsessive-compulsive disorder, major depressive disorder, or borderline personality disorder. *Psychology and Psychotherapy*, 92(1), 112–130. <https://doi.org/10.1111/papt.12180>
- Huikai, W., Yuanwu, K., Sekida, K., & Grimstone, A.V. (1977). *Two Zen classics: Mumonkan and Hekiganroku*. New York, NY: Weatherhill.
- Lu, L., Zhang, T., Gao, R., Zhang, Z., Cao, X., Chen, Y., Liu, Y., Zhang, F., Zheng, Y., Sun, Y., Bai, Y., Wang, J., Didonna, F., Zhang, H., & Fan, Q. (2018). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder. Study protocol for a randomized controlled trial with functional magnetic resonance imaging and a 6-month follow-up. *Journal of Health Psychology*, 25(13-14), 2072–2084. <https://doi.org/10.1177/1359105318780540>
- Zhang, T., Lu, L., Didonna, F., Wang, Z., Zhang, H., & Fan, Q. (2021). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for unmedicated Obsessive-Compulsive Disorder. A randomized controlled trial with 6-month follow-up. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 661807. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.661807>

# 1

## Che cos'è il DOC?

*Noi umani siamo esseri molto strani.  
Ci piace il sapore di certi veleni e continuiamo  
ostinatamente a berli anche quando ci stanno uccidendo.  
I pensieri a cui ci attacchiamo sono veleno.*

Henepola Gunaratana

Il DOC è un disturbo psichiatrico eterogeneo, tendenzialmente cronico e spesso di gravità invalidante, che affligge milioni di persone in tutto il mondo, indipendentemente da genere, età, nazionalità, etnia, razza, religione e stato socioeconomico. Il DOC è caratterizzato dalla presenza di pensieri, immagini o impulsi ricorrenti, intrusivi e disturbanti (ossessioni) e/o azioni manifeste o mentali ripetitive (compulsioni o comportamenti di neutralizzazione) messe in atto al fine di ridurre o eliminare il disagio e/o l'ansia provocati dai pensieri ossessivi e per prevenire qualsiasi conseguenza dolorosa percepita (American Psychiatric Association, 2013). Il disturbo può causare un disagio significativo non solo alle persone che ne soffrono, ma spesso anche ai loro familiari e conviventi; può compromettere fortemente la qualità di vita e condurre persino all'invalidità.

Il DOC risulta associato ad alti costi di assistenza sanitaria (Simon, Ormel, VonKorff, & Barlow, 1995), economici e sociali (relativi all'incapacità della persona di funzionare pienamente nella società; NCCMH, 2006). Il costo economico di questo disturbo solo per l'economia degli Stati Uniti è stato

stimato in circa 8 miliardi di dollari annui. Uno studio dell'Epidemiologic Catchment Area (ECA; Karno, Golding, Sorenson, & Burnham, 1988) ha rilevato che circa il 36% dei pazienti con DOC presenta difficoltà occupazionali, e in media le persone che soffrono di questa malattia perdono fino a 3 anni di stipendi nel corso della loro vita a causa del disturbo. Circa il 25% dei pazienti con DOC ha problemi nella relazione coniugale, e le persone colpite da questo disturbo hanno meno probabilità di sposarsi rispetto alle persone senza problemi ossessivi (Goodman, 1999).

### Background storico

*Dottore:* Che fa, ora? Guardate, si stropiccia le mani.

*Dama* [accanto al dottore]: Lo fa sempre, è come se cercasse di lavarle.

L'ho vista insistere a far quel gesto per quarti d'ora interi.

*Lady Macbeth:* [più avanti nella scena] Ah, saran mai pulite queste mani?...

Qui sa ancora di sangue: non varran tutti i balsami d'Arabia  
a profumar questa piccola mano.

*Dottore:* [più avanti nella scena] Questo è un male che supera i confini  
delle mie competenze.

*Macbeth* (Atto V, Scena 1)

Testimonianze del DOC sembrano risalire al XV secolo, come si può vedere, ad esempio, in un riferimento alle caratteristiche del DOC nel trattato *Malleus Maleficarum*, pubblicato da Kramer e Sprenger nel 1486, pur non nominandolo come disturbo psicopatologico specifico (Kramer & Sprenger, 1486/1951). Allo stesso modo, William Shakespeare, nel descrivere il comportamento di Lady Macbeth, racconta quella che potrebbe essere vista come una classica descrizione di una condotta di lavaggio compulsivo. E molti personaggi famosi nella storia, come Martin Lutero (1483-1546), Michelangelo (1475-1564), Ludwig van Beethoven (1770-1827), Charles Darwin (1809-1882) e Albert Einstein (1879-1955), si pensa fossero affetti da questo disturbo invalidante.

La prima descrizione del disturbo è attribuita a Etienne Dominique Esquirol che, nel 1838, lo definì come una forma di monomania, uno stato di delirio parziale — un «delire partiel», in cui un'attività istintiva, irrefrenabile e involontaria porterebbe il paziente a compiere azioni che la coscienza cercherebbe di bloccare ma che la volontà del paziente non sarebbe in grado di sopprimere. L'autore giunse alla conclusione che la causa del disturbo fosse principalmente una mancanza di forza di volontà e solo parzialmente un disturbo intellettivo

(Fava, Rafanelli, Grandi, Conti, & Belluardo, 1998). L'introduzione del termine «ossessivo» si deve a Emil Kraepelin (1856-1926), il quale, nel suo *Textbook of Clinical Psychiatry* (1883), chiamò il DOC «nevrosi ossessiva». In linea con il DSM-5, Kraepelin descrisse la nevrosi ossessiva come caratterizzata da idee ossessive, atti compulsivi o entrambi (Steinberg, Carius, & Fontenelle, 2017). Tuttavia, fu Pierre Janet (1903) a fornire la prima definizione diagnostica esaustiva del DOC. I termini «ossessione» e «compulsione» derivano dalle parole latine *obsidere*, «assediare» (de Silva & Rachman, 2004), e *compellere*, «costringere», «forzare».

## Epidemiologia

*L'apparenza delle cose alla mente  
è il principio alla base di ogni azione dell'uomo.*

Epitteto

Il disturbo ossessivo-compulsivo ha una prevalenza nel corso di vita di circa il 2-3% nella popolazione mondiale (Weissman et al., 1994; Karno & Golding, 1991; Robins et al., 1984; Okasha, 2003; Ruscio, Stein, Chiu, & Kessler, 2010); in altre parole, circa 1 adulto su 40 soffre di DOC, più di 60 milioni di persone nel mondo. Si stima che tra i 3,3 e i 5 milioni di persone negli Stati Uniti, circa 750.000 persone nel Regno Unito e circa 1.500.000 persone in Italia convivano con il DOC in qualche momento di vita. Inoltre, oltre un quarto degli adulti sperimenta ossessioni o compulsioni in alcuni periodi di vita.

Il DOC è il quarto disturbo psichiatrico più diffuso, dopo la depressione maggiore, la fobia sociale e i disturbi da uso di sostanze (Germer, Siegel & Fulton, 2005; Robins et al., 1984; Rasmussen & Eisen, 1992, 1994), e l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha classificato il disturbo ossessivo-compulsivo come la decima causa di disabilità nel mondo per gli individui tra i 15 e i 44 anni di età (World Health Organization, 1996; Murray & Lopez, 1996; Bobes et al., 2001).

Nonostante il numero enorme di persone affette da DOC, molte di esse tendono a nascondere i loro sintomi: alcuni sono riluttanti a parlare del loro problema per imbarazzo, vergogna e timore di essere etichettati, mentre altri sembrano ignari del fatto che le loro esperienze costituiscono una condizione psichiatrica accertata. Pertanto, il DOC risulta molto spesso sotto-diagnosticato e poco trattato. Gli studi epidemiologici stimano che più di metà dei pazienti con DOC (54.9%) negli Stati Uniti non riceve alcun trat-

tamento; a livello mondiale il tasso sale fino al 59.5% (Kohn, Saxena, Levav, & Saraceno, 2004). Secondo Jenike (2004) le persone con DOC vedono in media da tre a quattro medici e la quantità media di tempo che trascorre dalla prima comparsa dei sintomi a quando ricevono una diagnosi corretta e cercano aiuto professionale varia da 7,5 a 9 anni, con uno studio che registrava anche 17 anni di attesa (Jenike, 2004; Hollander et al., 1996). Questo ritardo potrebbe essere una delle cause del decorso cronico del disturbo. Torres e colleghi (2007), in una British Psychiatric Morbidity Survey, hanno rilevato che la maggior parte delle persone con DOC non riceve alcun trattamento (Goodwin, Koenen, Hellman, Guardino, & Struening, 2002), e che meno del 10% degli interessati è stato visto da un professionista della salute mentale nell'anno precedente l'intervista.

Il disturbo ossessivo-compulsivo inizia prima nei maschi che nelle femmine, di solito con un esordio graduale (American Psychiatric Association, 2013), e l'età media di insorgenza è di 21 anni per gli uomini e 24 per le donne (Burke, Burke, Regier, & Rae, 1990; Lensi et al., 1996; Minichiello, Baer, Jenike, & Holland, 1990), sebbene l'età di insorgenza copra un ampio ventaglio. Nel 60-70% dei casi, l'esordio avviene prima dei 25 anni, nel 15% prima dei 10 anni, e nel restante 15% dopo i 35 anni (Rasmussen & Tsuang, 1984, 1986; Thyer, 1985). Tuttavia, risulta difficile confrontare i dati relativi all'età di insorgenza provenienti da studi diversi a causa della disparità nelle definizioni di queste due parole, «età» e «insorgenza». Alcuni autori considerano l'età di insorgenza il momento in cui i sintomi appaiono per la prima volta, mentre altri quando i sintomi iniziano a provocare disagio nella persona; ovvero, quando i sintomi soddisfano i criteri del *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (DSM). Si tratta di una questione rilevante, dal momento che un gran numero di persone con DOC riporta di aver esperito sintomi subclinici per molti anni prima che questi diventassero abbastanza gravi da causare disagio e/o portare alla ricerca di trattamento.

La diagnosi di DOC presenta una proporzione uomo-donna approssimativamente uguale, con una lieve prevalenza del versante femminile. È interessante notare che il DOC infantile è più comune nei maschi; il rapporto di genere non è a favore delle femmine fino all'età adulta.

### **Aspetti fenomenologici e clinici**

*È men male l'agitarsi nel dubbio, che il riposar nell'errore.*

Alessandro Manzoni

Questa citazione del poeta e romanziere italiano del XIX secolo Alessandro Manzoni esprime il carattere essenziale e la motivazione alla base della «scelta» ossessiva. Le *ossessioni* sono pensieri, immagini, scene o impulsi ricorrenti, persistenti e indesiderati che una persona sperimenta come intrusivi e inappropriati. Le ossessioni suscitano ansia, disgusto, disagio o altre emozioni negative che portano la persona a cercare di liberarsene o neutralizzarle eseguendo una compulsione o un rituale. Ad esempio, una persona afflitta dal dubbio di non aver spento le luci cercherà di neutralizzare quest'incertezza controllando ripetutamente che siano spente. Le ossessioni cliniche sono spesso considerate pensieri espressi sotto forma di dubbio, ipotesi o inferenza (ad esempio, «Forse non ho chiuso la porta»; «Forse ho dimenticato di spegnere le luci»; «Potrei essere sporco»; «Potrei aver causato un incidente»), cioè pensieri vissuti soggettivamente come negativi.

In termini di frequenza, i temi ossessivi più comuni riguardano:

- Paura di essere contaminati, o di contaminare gli altri, tramite infezioni o sostanze o elementi disgustosi (ad esempio, germi, virus, sporcizia, sostanze chimiche, fluidi corporei, feci).
- Paura di far del male intenzionalmente a se stessi o agli altri diventando aggressivi (ad esempio, paura di uccidere un membro della famiglia usando coltelli, veleni o l'automobile).
- Dubbi sul danneggiare indirettamente se stessi o gli altri involontariamente (ad esempio, non avendo chiuso la porta o le finestre, non avendo spento il gas, i rubinetti o le luci).
- Eccessiva attenzione alle idee morali o religiose/blasfeme (ad esempio, gridare improvvisamente parolacce a un evento sociale, affermare che «Dio è morto»).
- Pensieri sessuali sgradevoli (ad esempio, immagini incestuose o perverse o paura di essere omosessuale o pedofilo) o pensieri violenti (ad esempio, di essere uno stupratore o un assassino).
- Eccessivo bisogno che le cose siano in ordine e simmetriche (ad esempio, sentirsi molto infastiditi o a disagio quando gli oggetti personali non sono disposti perfettamente).
- Paura di comportamenti vergognosi o di agire in modo inappropriato (ad esempio, immaginare o avere paura di urinare o defecare in un luogo pubblico o di fronte ad altre persone, di chiedere a un vicino di abbassarsi i pantaloni).
- Pensiero magico e credenze superstiziose, che consistono in pensieri irrazionali e irragionevoli, caratterizzati dal collegare eventi e azioni totalmente scollegati (ad esempio, «Se non conto fino a 120 quando cammino per strada,



allora succederà qualcosa di brutto ai miei genitori» o «Ho paura del numero 6 e devo evitarlo perché si dice che il 666 sia il numero del diavolo»).

Le *compulsioni* sono comportamenti ripetitivi o rituali che l'individuo si sente obbligato a eseguire in continuazione. Lo scopo di questi comportamenti è prevenire o ridurre il disagio causato dalle ossessioni o impedire, neutralizzare o contrastare le ossessioni stesse o fare in modo che se ne vadano. In altre parole, le compulsioni aiutano a ridurre la percezione personale di essere, o essere stati, responsabili di ipotetici danni a se stessi o agli altri, e fanno sentire la persona più «tranquilla» o le fanno ritenere di aver fatto la cosa giusta. Ad esempio, le persone con ossessioni di contaminazione possono ridurre il disagio mentale lavandosi ripetutamente le mani finché la pelle diventa rugosa o ruvida; le persone con timori ossessivi di intrusioni potrebbero controllare ripetutamente di aver serrato le porte; le persone che sperimentano pensieri blasfemi involontari potrebbero trovare sollievo contando all'indietro da 100 a 10 ogni volta che hanno queste idee. In alcuni casi gli individui attuano rigidi rituali seguendo regole che hanno sviluppato in modo idiosincratico, senza essere capaci di spiegare perché fanno ciò che fanno. Le compulsioni possono essere *manifeste*, quando sono osservabili dagli altri (ad esempio i lavaggi o i controlli), oppure *non manifeste*, nascoste, quando consistono in azioni mentali non visibili dall'esterno (come contare o ripetere mentalmente parole, frasi o preghiere). Le compulsioni più tipiche hanno a che fare con:

- lavaggi (mani, doccia) e pulizia (casa, vestiti, oggetti);
- controllo (che le porte, il gas o un rubinetto siano chiusi, che la luce sia spenta, o tornare indietro con l'automobile per assicurarsi di non aver investito un pedone);
- ordine e disposizione delle cose, cercando la simmetria o la perfezione;
- conteggio secondo certi schemi;
- ripetizione mentale di parole o frasi particolari;
- eccesso di preghiere o comportamenti attivati da credenze o timori religiosi;
- ripetizione continua di compiti, gesti o azioni;
- eccesso di pensieri «neutralizzanti» per contrastare i pensieri ossessivi.

Molte persone con DOC manifestano sia ossessioni sia compulsioni, tuttavia alcuni individui potrebbero presentare solo uno dei due sintomi. In genere, entrambi i sintomi provocano disagio e sofferenza, che a loro volta richiedono attenzione e sottraggono tempo per altre cose, interferendo in diverso grado con le normali attività sociali, lavorative e relazionali. Inoltre, elevati livelli di stress tendono a peggiorare la sintomatologia.

## Il programma MBCT per il DOC: razionale, struttura e principi di base

*Quando non siamo più in grado di cambiare una situazione,  
siamo chiamati a cambiare noi stessi.*

Viktor E. Frankl

Come descritto nell'introduzione, questo manuale è il risultato di vent'anni di lavoro con centinaia di persone affette da DOC, anni di pratica e insegnamento della meditazione, specialmente del modello MBCT, e molte conversazioni e confronti scientifici con un vasto numero di autorevoli esperti nel campo della mindfulness e della CBT. Nello sviluppo del programma, in questi anni ho cercato di capire cosa fosse più efficace e utile nel trattamento del DOC utilizzando il programma MBCT. Attraverso un processo per prove ed errori nell'uso della mindfulness in sedute individuali e di gruppo, ho cercato di identificare che cosa poteva essere più utile per affrontare efficacemente i complessi meccanismi di questo difficile disturbo in termini di pratiche o esercizi, informazioni psicoeducative, stile di conduzione dell'istruttore, struttura teorica, ecc. Ho analizzato e revisionato il rationale, i contenuti e il materiale delle sedute molte volte, con l'aiuto inestimabile dei pazienti e dei miei assistenti e colleghi, al fine di creare un formato che potesse adattarsi ed essere il più utile possibile per la maggior parte degli individui con questo disturbo. Infatti, una delle cose più rilevanti che ho dovuto comprendere nello sviluppare il programma era ciò che i pazienti con DOC hanno in comune, nonostante la loro diversa sintomatologia e fenomenologia (si vedano i capi-

toli 1 e 2). È importante che i pazienti capiscano che le origini di tutti questi comportamenti ossessivo-compulsivi sono in realtà le stesse (ad esempio, la sfiducia in se stessi, un rapporto disfunzionale con il pensiero, una tendenza a reagire all'esperienza interna, la difficoltà ad accettare stati interni normali e innocui).

Il programma MBCT per il disturbo ossessivo-compulsivo è chiaramente derivato e ispirato dal modello MBCT per la depressione (Segal et al., 2013), soprattutto per quanto riguarda la struttura, gli scopi e i diversi esercizi, e come tale può essere considerato in parte figlio di questo modello. Tuttavia, il programma MBCT per il disturbo ossessivo-compulsivo ha un rationale diverso da quello per la depressione, e molte pratiche, esercizi, temi e materiali sono stati modificati o aggiunti per lavorare con questa specifica popolazione clinica. Ad esempio, la componente comportamentale (come l'Esposizione Consapevole o «ERP basata sulla mindfulness») è un aspetto essenziale della CBT per il DOC che non può essere escluso da un programma di trattamento completo ed efficace per questo tipo di disturbo. La componente di auto-compassione del programma è implicitamente presente e coltivata in entrambi i programmi MBSR e MBCT, ma nel MBCT per il DOC è esplicitamente proposta come una pratica formale che viene insegnata e praticata regolarmente per almeno 3 settimane durante il corso. Nel tempo e attraverso la pratica intensiva durante le sedute e a casa, questo programma terapeutico standardizzato mira ad aiutare gli individui con DOC, passo dopo passo, a riconoscere e superare i bias e i meccanismi disfunzionali che attivano e mantengono il loro disturbo, ad apprendere nuove strategie efficaci per neutralizzare tali meccanismi, e a sviluppare modi stabili e sani di relazionarsi con la loro esperienza interna.

### **Numero e durata delle sedute**

Il protocollo MBCT per la depressione è stato sviluppato per persone che si trovavano in una condizione di remissione da un episodio depressivo, mentre il programma MBCT per il DOC è stato sviluppato per pazienti che si trovano in una fase acuta del disturbo, e di conseguenza presentano caratteristiche e condizioni più impegnative. Pertanto, è stato necessario aumentare il numero e la durata delle sedute rispetto ai protocolli standard MBCT e MBSR di 8 settimane. Al fine di fornire un livello maggiore di addestramento alla mindfulness e coprire tutti gli argomenti necessari, il programma MBCT per il DOC è composto da 11 sedute di gruppo, ciascuna della durata di 3 ore,

eccetto la Seduta 3, che si svolge con i membri della famiglia e/o i partner e dura 1 ora e 30 minuti, e la Seduta 11, che si articola in un'intera giornata di pratica intensiva e revisione dell'intero programma.

Nei nostri studi controllati, abbiamo pianificato rigorosamente le sedute di gruppo mantenendole a 2 ore e 30 minuti. Tuttavia, abbiamo rilevato, e altri professionisti hanno confermato, che è generalmente prudente e più efficiente pianificare sedute di durata maggiore. Con tutti i contenuti ed esercizi che gli istruttori e i loro pazienti devono condividere e discutere in ogni seduta, raccomandiamo di pianificare sedute di 3 ore.

Gli istruttori dovrebbero usare il loro giudizio clinico su quanto tempo concedere in ogni seduta a ciascun particolare argomento all'ordine del giorno, e rimanere flessibili in modo da poter rispondere sul momento a ciò che sta accadendo nel gruppo.

### **Caratteristiche chiave del programma MBCT per il DOC**

*I nostri pazienti non si disperano mai veramente  
a causa di qualche sofferenza in sé!  
Invece, la loro disperazione deriva in ciascun caso da  
un dubbio sul fatto che la propria sofferenza abbia un senso.  
L'uomo è pronto e disposto a sopportare qualsiasi sofferenza  
non appena e finché può scorgere un significato in essa.*

Viktor E. Frankl

Il programma MBCT per il DOC si basa principalmente su sette componenti chiave (Figura 3.1) che supportano il razionale e rendono il programma unico. È fondamentale che l'istruttore-terapeuta tenga a mente queste componenti quando conduce ogni seduta del programma.

#### *Comprendere*

Durante ogni seduta, il gruppo e l'istruttore aiutano i partecipanti a sviluppare gradualmente una profonda e chiara comprensione del funzionamento del DOC (ovvero, dei meccanismi e fattori causali di attivazione e mantenimento) e del modo in cui il training di mindfulness può intervenire efficacemente nel sostituire questi fattori e meccanismi con nuove modalità salutari e adattive — ossia, con stati e stili mentali incompatibili con i meccanismi e bias cognitivi ed emotivi ossessivo-compulsivi. Una frase che dico

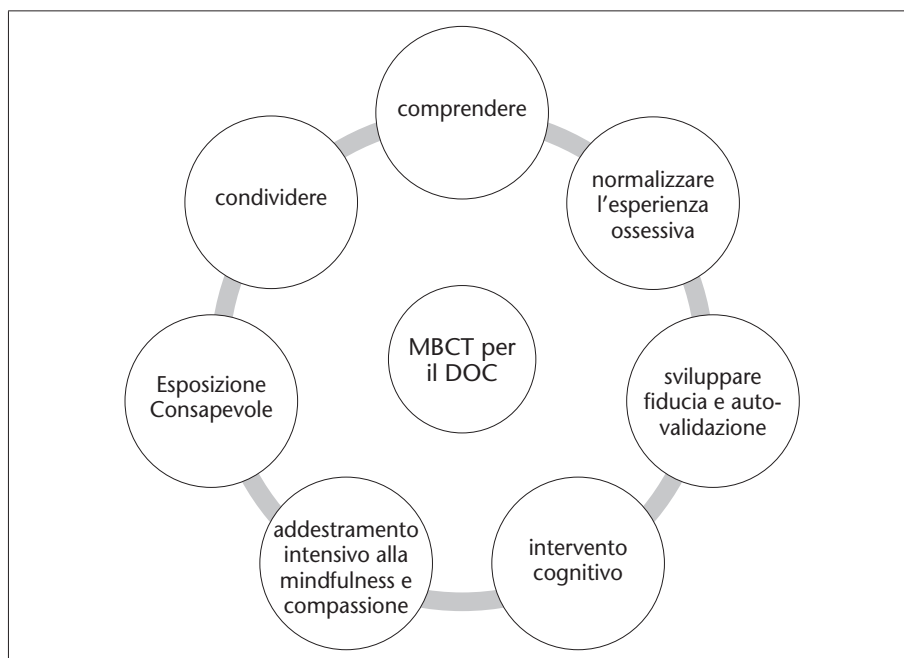


Fig. 3.1 Caratteristiche chiave del programma MBCT per il DOC.

spesso ai partecipanti è: «Capire è il primo passo per guarire». I membri del gruppo riescono a comprendere che la maggior parte delle «soluzioni» che hanno ripetutamente usato per affrontare le loro esperienze interne disturbanti sono diventate un disturbo — *ciò che era percepito come il rimedio al problema è diventato il vero problema*. Saranno di conseguenza maggiormente capaci di, e motivati a, usare e praticare gli insegnamenti, i principi e gli esercizi basati sulla mindfulness, i quali possono essere considerati degli antidoti alle suddette «soluzioni» e modalità efficaci per «uscire dal tunnel» ossessivo.

Le prime 3 sedute del programma sono finalizzate principalmente ad aiutare i pazienti a comprendere i processi di base implicati nel disturbo ossessivo-compulsivo; a tale scopo, ci si avvale di insegnamenti e materiali psicoeducativi, la «formulazione del problema» (la comprensione del funzionamento del disturbo ossessivo-compulsivo, si veda la Seduta 2), e di momenti di condivisione durante ogni seduta. Alcuni dei momenti di comprensione più fruttuosi nascono spontaneamente nel corso della pratica di mindfulness a casa o durante le sedute di gruppo; la comprensione acquisita viene poi condivisa con gli altri partecipanti durante la pratica di gruppo e attraverso le revisioni delle pratiche a casa.

## Riassunto della Seduta 2: Comprendere il DOC e come la mindfulness può curarlo

Scheda 2.1

Il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) è caratterizzato da pensieri, immagini o impulsi ricorrenti, intrusivi e disagiati (ossessioni) e/o da azioni, mentali o manifeste, ripetitive (compulsioni o rituali) attuate allo scopo di ridurre o eliminare il disagio e l'ansia causati dai pensieri ossessivi e/o per prevenire qualsiasi conseguenza percepita come dannosa. Dal 2% al 3% della popolazione mondiale soffre di tale disturbo. Risulta evidente che la maggior parte delle persone con questo disturbo ha spesso una relazione problematica non soltanto con i pensieri, ma con l'intera propria esperienza interna (percezioni sensoriali, emozioni e sensazioni fisiche). Tale relazione disfunzionale può giocare un ruolo importante nel mantenimento del disturbo. Per definizione, la mindfulness è uno stato che può essere considerato come l'opposto di molti meccanismi e sintomi ossessivi e, in tal senso, il problema ossessivo può essere definito come uno stato di grave *mindlessness* (mancanza di consapevolezza e concetto opposto a quello di mindfulness). I rituali ossessivi, infatti, nel tempo diventano dei veri e propri «pilotti automatici»: seguendoli, la persona non è più consapevole dei loro effetti reali e del loro significato. Più specificamente, la pratica di mindfulness ci permette di sviluppare la capacità **di riconoscere, e scegliere di non reagire a, pensieri, emozioni e sensazioni indesiderate**. Reagire nei modi abituali e automatici (ossessioni e compulsioni) porta semplicemente a mantenere e alimentare i sintomi del disturbo (si vedano le Schede 2.5A, 2.5B, 2.5C e 2.6). Coltivare la mindfulness significa **imparare a stare ancorati al presente, a contatto con la realtà** per come essa è e non per come viene distorta dalla mente. Inoltre, la mindfulness ci insegna come «osservare» **la nostra esperienza senza giudicarla**. La pratica di mindfulness e tutti gli esercizi previsti da questo corso ti aiuteranno a cambiare e migliorare radicalmente la relazione che hai instaurato con i tuoi stati interni, siano essi pensieri, emozioni o sensazioni fisiche, e in tal modo a sentirti gradualmente sempre più libero/a dalle abitudini ossessive e compulsive.

La migliore postura per la meditazione è quella in cui ti senti allo stesso tempo comodo/a, rilassato/a, sveglio/a, stabile e ben radicato/a al suolo, una postura che puoi mantenere comodamente per un certo periodo di tempo. Una corretta postura riduce gli ostacoli alla concentrazione, quali il dolore fisico, le distrazioni, la sonnolenza e la mente che vaga. Puoi ottenerla se il corpo trova il suo equilibrio, la calma, la stabilità ed è ben sveglio.

Quando mediti, può essere di aiuto indossare dei vestiti comodi, che non stringano il girovita, togliere le scarpe o, meglio ancora, essere scalzi.

Ci sono molte posture che permettono di trovare le condizioni migliori per la meditazione. Nella postura da seduti puoi scegliere di sistemarti in una sedia con schienale, oppure su una superficie morbida posta sul pavimento, con il bacino sostenuto da un cuscino, come il tradizionale *zafu* o una panchetta per inginocchiarsi.

Sia se ti siedi sul pavimento sia se ti siedi su una sedia, l'elemento chiave è mantenere la schiena dritta, ma non rigida, semplicemente eretta, con la parte posteriore del collo allineata alla colonna vertebrale. Adotta una postura dignitosa, nobile e dritta. Può aiutarti immaginare di essere sorretto/a da un filo che parte dalla cima della tua testa. Se sei seduto/a su una sedia, potresti scegliere di non appoggiarti allo schienale in modo che la schiena si autosostenga. Lascia che i tuoi piedi poggino sul pavimento.

**Stare seduti su una sedia** è una buona modalità per praticare la meditazione e può considerarsi ugualmente efficace allo stare seduti sul pavimento. È anche una postura molto adatta alle persone con problematiche fisiche o particolare rigidità muscolare.



Una postura comoda per la meditazione sul pavimento, specialmente per i principianti, è la **posizione birmana**.



(continua)

In questa posizione, siedi a gambe incrociate sul pavimento cercando di far sì, se possibile, che la pianta di un piede tocchi la tibia della gamba opposta. Le ginocchia dovrebbero preferibilmente toccare il pavimento o il tappetino, ma questo dipenderà dalla flessibilità muscolare di ogni individuo e non è un requisito. Potrebbe essere d'aiuto posizionare dei cuscini anche sotto le ginocchia.

Potresti anche scegliere di posizionarti in ginocchio (postura «**Seiza**» o «**Giapponese**») utilizzando una panchetta o un cuscino da meditazione posto come una sella tra le gambe, con le ginocchia appoggiate al pavimento e le braccia e le mani posizionate sopra le cosce.



In qualsiasi modo tu ti sieda, è importante trovare la postura più equilibrata, rilassata e stabile, che permetta alla tua mente di entrare in profondità nel processo della meditazione. Cerca di essere gentile verso te stesso/a.

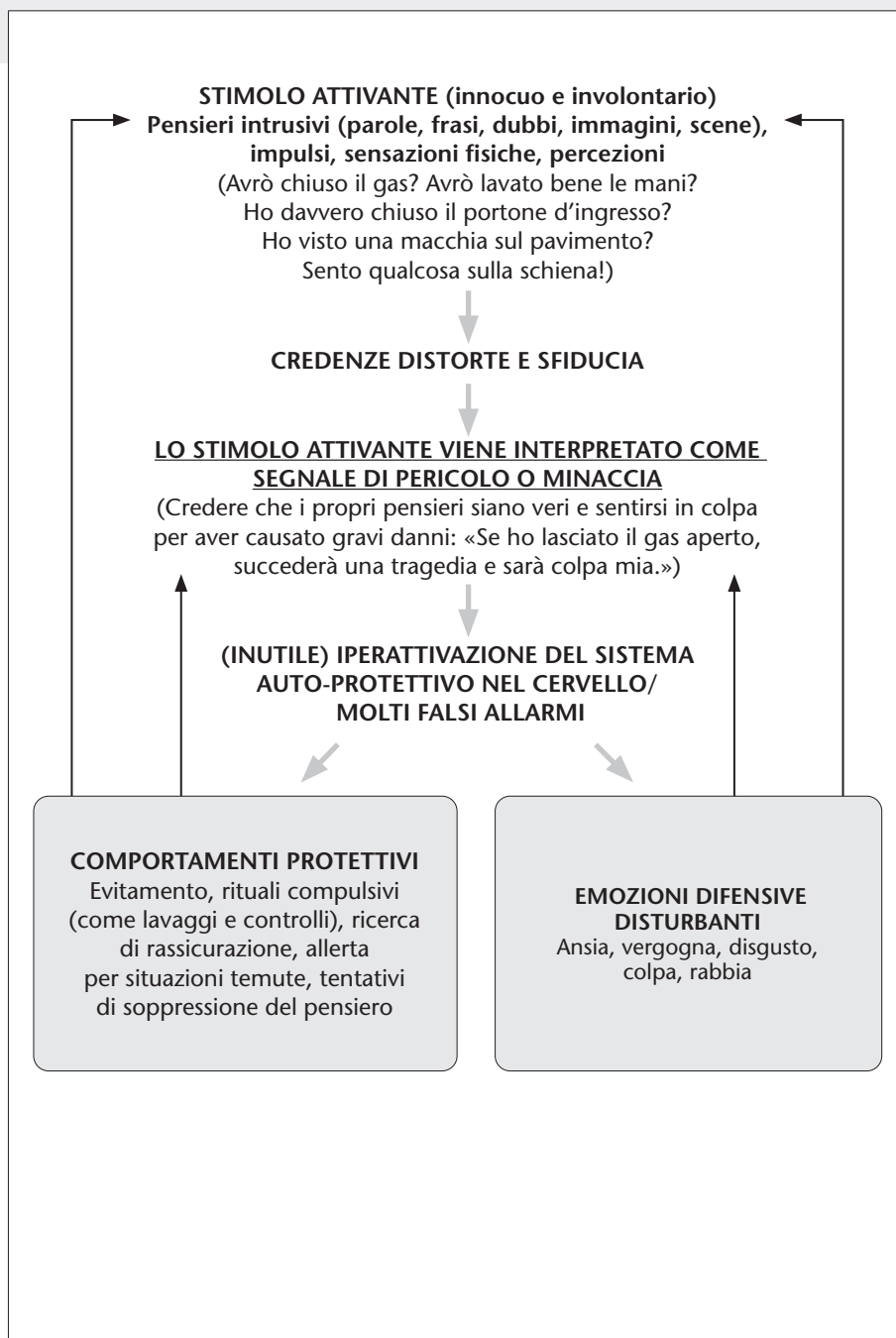
Permetti alle tue mani di trovare un supporto stabile. Potresti scegliere di appoggiarle sulle ginocchia o di tenerle sull'addome, accogliendo con il palmo della mano sinistra il dorso della mano destra e facendo sì che i pollici si sfiorino all'altezza dell'ombelico.



Rilassa le spalle. Puoi tenere gli occhi aperti, o chiuderli delicatamente per evitare distrazioni esterne.

Tratto e adattato da Bien e Didonna (2009).





## Modulo di registrazione della pratica a casa per la Seduta 2

Scheda 2.10

Nome: \_\_\_\_\_

Compila questo modulo ogni volta che ti eserciti. Annota qualsiasi cosa accade durante l'esercizio così da poterne parlare durante la prossima seduta.

Data	Esercizio	Commenti
Data: _____	<input type="checkbox"/> Body Scan <input type="checkbox"/> Consapevolezza del Respiro e del Corpo <input type="checkbox"/> Attività di routine	
Data: _____	<input type="checkbox"/> Body Scan <input type="checkbox"/> Consapevolezza del Respiro e del Corpo <input type="checkbox"/> Attività di routine	
Data: _____	<input type="checkbox"/> Body Scan <input type="checkbox"/> Consapevolezza del Respiro e del Corpo <input type="checkbox"/> Attività di routine	
Data: _____	<input type="checkbox"/> Body Scan <input type="checkbox"/> Consapevolezza del Respiro e del Corpo <input type="checkbox"/> Attività di routine	
Data: _____	<input type="checkbox"/> Body Scan <input type="checkbox"/> Consapevolezza del Respiro e del Corpo <input type="checkbox"/> Attività di routine	
Data: _____	<input type="checkbox"/> Body Scan <input type="checkbox"/> Consapevolezza del Respiro e del Corpo <input type="checkbox"/> Attività di routine	
Data: _____	<input type="checkbox"/> Body Scan <input type="checkbox"/> Consapevolezza del Respiro e del Corpo <input type="checkbox"/> Attività di routine	

Tratto e adattato da Segal, Williams, & Teasdale (2013).

## **Movimenti e Stretching Consapevoli**

Dopo essere stati seduti a lungo, è utile praticare i Movimenti e Stretching Consapevoli (Box 5.5). L'istruttore guida i partecipanti in questo esercizio in modo che possano sciogliere i loro muscoli, liberarsi da qualsiasi tensione nel corpo e focalizzare completamente la loro attenzione sulle sensazioni fisiche.

## **Mindfulness Relazionale Compassionevole**

L'ultima pratica di questa seduta è diversa dagli altri esercizi del programma, che vengono praticati individualmente. In questa pratica meditativa, illustrata nel Box 11.3, i partecipanti si dispongono a coppie e siedono l'uno di fronte all'altro a circa 20-30 centimetri di distanza. Nella prima parte della pratica, un membro di ciascuna coppia osserva in modo compassionevole l'altro, che tiene gli occhi chiusi. Le coppie poi si scambiano i ruoli, e il partner che aveva tenuto gli occhi chiusi diventa l'osservatore compassionevole. Quando sono nel ruolo di osservatori, ai partecipanti viene chiesto di guardare i loro partner in modo accogliente, compassionevole e non giudicante, diventando consapevoli dei fattori che condividiamo come esseri umani (sofferenza, ricerca del benessere) piuttosto che di quelli che ci differenziano.

Con questa pratica, i partecipanti hanno la possibilità di coltivare molte delle qualità insegnate attraverso il programma (ad esempio consapevolezza, accettazione, fiducia, compassione, gentilezza) in un contesto interpersonale. Ciò è particolarmente importante perché i partecipanti, a causa del loro disturbo, spesso vivono le relazioni interpersonali in modo problematico.

### **Box 11.3**

#### **MINDFULNESS RELAZIONALE COMPASSIONEVOLE**

- ▶ Questo esercizio vi permetterà di condividere uno stato meditativo con un'altra persona, creando un'interazione silenziosa molto profonda tra voi e l'altra persona.
- ▶ Sedetevi di fronte al partner con cui dividerete questa pratica. Potete scegliere di sedervi su una sedia o su un materassino, tenendo le rispettive ginocchia distanti circa 20 centimetri da quelle dell'altro. L'esercizio prevede due fasi: nella prima uno di voi osserverà l'altro, i cui occhi saranno chiusi, e nella seconda vi scambierete i ruoli. Decidete sin da subito chi dei due inizierà con la fase di osservazione dell'altro, tenendo presente che nella fase successiva i ruoli si invertiranno [pausa 10 secondi].

- ▶ Trovate ora una postura comoda, con la schiena dritta ma non rigida e le spalle rilassate, posizionandovi ben centrati e radicati nello spazio che vi ospita; le mani riposano liberamente e in modo stabile sull'addome o sulle gambe. Quando siete pronti, potete chiudere gli occhi e sintonizzarvi con il vostro respiro, notando attentamente le sensazioni che il respiro crea a livello dell'addome o, se preferite, nelle narici [pausa 10 secondi].
- ▶ Potreste notare la sensazione di nutrimento e di energia che vi trasmette l'inspirazione, e il gradevole senso di liberazione che vi infonde l'espirazione. Osservate il vostro respiro — questo ciclo vitale, inarrestabile — riconoscendo che è forse la cosa più preziosa che abbiamo in ogni momento, il nostro amico più fedele. Non ci lascia mai; è con noi dal nostro primo fino all'ultimo istante di vita, per donarci in ogni momento la vita [pausa 10 secondi].
- ▶ A un certo punto, quando si sentono pronte, le persone che osservano nella prima fase possono aprire gradualmente gli occhi e dirigere uno sguardo gentile e discreto verso la persona davanti a loro. Se sei la persona osservata, continua a tenere gli occhi chiusi e concentrati sul tuo respiro. Se sei la persona che osserva, guarda il tuo partner in un modo rispettoso e accettante e accoglilo senza alcun giudizio, semplicemente per ciò che è, in tutta la sua umanità. È uno sguardo pieno di comprensione per la sofferenza che quella persona avrà sicuramente incontrato nel suo percorso di vita e che potrebbe essere ancora presente in vari modi; una sofferenza che forse è molto simile alla sofferenza che potresti provare o aver provato tu [pausa 10 secondi].
- ▶ Potresti anche provare, per un po', a immaginare che il tuo partner sia tornato/a bambino/a. Immaginalo/a all'età di 3 o 4 anni [pausa 10 secondi]. Immagina l'innocenza e la purezza di quella persona, il suo entusiasmo e la sua fiducia originaria nella vita e nel mondo, con il suo desiderio di essere felice, e in questo troverai sicuramente una cosa che ti accomuna a quella persona [pausa 10 secondi]. Osserva la persona rivolgendole uno sguardo compassionevole, capace di sentire e di accogliere la sua sofferenza. Se puoi, prova anche a creare sul tuo viso il sentimento della compassione, con un'espressione morbida, dolce e gentile [pausa 15 secondi].
- ▶ Ad un certo punto lascia che il tuo sguardo si diriga gentilmente verso il respiro dell'altro, accompagnando l'attenzione verso la zona del corpo in cui puoi percepire meglio il suo respiro, consapevole che stai osservando la cosa più preziosa che quella persona possiede [pausa 10 secondi]. Stai osservando la sua stessa energia vitale [pausa 10 secondi].
- ▶ Fai ora del tuo meglio per sintonizzarti con quel respiro, e appena puoi cerca di sincronizzare il tuo respiro con quello dell'altro, in modo che all'inspirazione dell'altra persona corrisponda la tua inspirazione, e che lo stesso valga per la espirazione... fino a che non ti rendi conto che il tuo respiro e quello dell'altro sono diventati una cosa sola [pausa 10 secondi]. Respirando in un unico respiro [pausa 10 secondi]. Nota come ti senti nel creare questa sincronia... nel respirare insieme all'altro... nell'essere con l'altro attraverso il respiro [pausa 1 minuto e 30 secondi].