psicoterapeuti in-formazione

2024, NUMERO 34

# La terapia cognitivo-comportamentale nell'invecchiamento consapevole: un protocollo mindfulness per la cura dell'anziano fragile

Loredana Portone[1],

[1]Associazione di Psicologia Cognitiva - APC, sede di Verona

*Riassunto*

Negli ultimi anni, la "nuova vecchiaia" sta mettendo in discussione la prospettiva di invecchiamento intesa come fase di vita basata sui concetti di malattia e fragilità dell'anziano, ponendo nuove domande le cui fondamenta sorgono su una visione più positiva e consapevole; la persona che invecchia è considerata piena di risorse e potenzialità e con un futuro ancora da arricchire. La domanda di partenza è: "come aiutare l'anziano a vivere più pienamente questa fase della vita?". Un progetto di tirocinio implementato in una Casa di Riposo ha permesso di realizzare un meraviglioso viaggio di consapevolezza insieme agli anziani della struttura che hanno preso parte ad un percorso di mindfulness, condividendo i loro vissuti e le loro esperienze. Ciò che sorprende nell'avvicinarsi a questo mondo è il ritrovarsi ogni volta di fronte ad una grande dignità umana e ad un bagaglio valoriale ai quali sottende una forte resilienza. Queste pagine hanno lo scopo di trasmettere a chi legge e ai professionisti del settore interesse e curiosità nello studio dell'ambito dell'invecchiamento, fase caratterizzata da continui cambiamenti emotivi, psicologici e cognitivi. Tale conoscenza permette di ipotizzare nuovi modi di promuovere il benessere psicologico e un miglioramento del tono dell'umore nella cura dell'anziano fragile.

*Abstract.*

In recent years, the concept of "new old age" has challenged the traditional view of aging as a phase of life defined by illness and elder frailty. This has prompted new questions based on a more positive and mindful perspective. Older adults are now recognized as individuals rich in resources and potential, with a future that can still be enriched. The central question is: "How can we help older people to live this phase of life more fully?". A practicum project carried out in a nursing home enabled a transformative journey of awareness alongside the residents. They participated in a mindfulness-based program, sharing their lived experiences.

Loredana Portone, La TCC nell'invecchiamento consapevole: un protocollo mindfulness per la cura dell'anziano fragile, *N. 34, 2024, pp. 54-86.*
Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC e SPC. Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.itt

Engaging with this population revealed a constant encounter with profound human dignity and a core set of values underscored by strong resilience. This paper aims to inspire readers and professionals in the aging field to engage with the study of aging, a phase marked by continuous emotional, psychological, and cognitive changes. Such understanding opens new avenues for promoting psychological well-being and improving mood in the care of vulnerable elderly individuals.

## Introduzione

Negli ultimi anni una nuova prospettiva di invecchiamento sta emergendo nel panorama scientifico e l'attenzione viene posta, in misura sempre maggiore, non più esclusivamente sui cambiamenti fisici e cognitivi, ma anche su dimensioni interiori di consapevolezza, gentilezza, compassione, presenza mentale, legati a questa fascia di età.

Pur riconoscendo che l'inevitabile processo di invecchiamento sia costellato da limitazioni e perdite, si sceglie, in queste pagine, di adottare una visione più positiva e concentrarsi in particolare su guadagni e opportunità.

Si parla ad oggi di "conscious aging", ovvero invecchiamento consapevole, riferendosi all'abilità degli esseri umani di pensare al proprio modo di invecchiare, di prendere consapevolezza di come il proprio modo di vivere cambi e influenzi l'avanzare dell'età e di incorporare tale interpretazione nell'autorappresentazione di sé (Diehl, et al., 2014).

Nel lavoro con gli anziani e nell'ascolto delle loro storie di vita è facile accorgersi di come spesso esperienze piene di sofferenza e momenti di "crisi", come ad esempio lutti, guerre, malattie, vengano da loro stessi descritti in un'ottica di crescita e di scoperta di risorse personali; come una forza che non si credeva di avere dentro di sé. È altrettanto vero che le difficoltà possono portare allo sviluppo di psicopatologie che compromettono la qualità di vita della persona. La depressione, ad esempio, è una delle psicopatologie più diffuse nella terza età. Le domande, quindi, che dobbiamo necessariamente porci, considerando che il processo di invecchiamento interessa ciascuno di noi e che la nostra società invecchia sempre di più, sono: come arrivare a vivere più pienamente questa fase della vita? Che tipo di interventi aiuterebbero la persona anziana in questa direzione e migliorerebbero il suo benessere psicologico?

Un punto di partenza potrebbe essere dato da una conoscenza più ampia dei principali bisogni dell'anziano. Con questi quesiti, che saranno un filo conduttore tra le varie pagine

dell'articolo, si partirà con il primo paragrafo basato su un'analisi generale del processo di invecchiamento, intendendolo come un processo di crescita piuttosto che di declino. Particolare attenzione sarà posta sul concetto di benessere psicologico e delle sue dimensioni, prendendo come riferimento il modello di Carol Ryff e alla depressione nell'invecchiamento.

Il secondo paragrafo sarà poi dedicato alla spiegazione del concetto di mindfulness, una pratica di consapevolezza che consiste nel focalizzare l'attenzione sul momento presente, sospendendo il giudizio. Sono tanti gli studi che hanno indagato l'influenza di questa pratica su mente e corpo degli adulti, osservando benefici su depressione, ansia, stress e dolore cronico. Scarsa attenzione invece è stata rivolta allo studio della mindfulness applicata alla fascia della terza età e sono pochi i protocolli conosciuti e tradotti in italiano specifici per l'invecchiamento.

Nella terza parte, si prenderà in esame il protocollo Minfulness-Based Elder Care (MBEC), sviluppato da Lucia McBee, un'esperta riconosciuta nel campo della mindfulness applicata alla cura degli anziani e delle persone con disabilità croniche.

L'idea di questo lavoro nasce dall'applicazione di tale protocollo MBEC con gli anziani durante il tirocinio del quarto anno di scuola di specializzazione con alcuni residenti della Casa di Riposo "Opera Immacolata Concezione" – OIC, di Padova. Verranno riportate le parole degli anziani che hanno preso parte al progetto, le esperienze personali vissute durante le pratiche, i loro bisogni e le riflessioni sui risultati emersi. Verrà utilizzato un approccio di tipo narrativo, con la speranza di suscitare curiosità nel lettore e offrire uno spunto per studi di ricerca futuri in tale ambito.

**Invecchiamento: nuove sfide e opportunità per un futuro longevo**

Kofi Annan, ex Segretario Generale delle Nazioni Unite, nell'assemblea mondiale di Madrid nel 2002, parlò di "rivoluzione silenziosa", riferendosi al progressivo invecchiamento della popolazione mondiale. Con questa espressione Annan metteva in luce un fenomeno che, seppur nascosto e spesso impercettibile, ha un forte impatto a livello economico, sociale, culturale e sanitario globale.

Questo cambiamento epocale in atto richiede nuove risposte da parte delle istituzioni, dei professionisti e della società (Annan, 2002).

In questo paragrafo verrà preso in esame il processo dell'invecchiamento che, pur essendo stato considerato negli anni come rappresentativo della fragilità e del declino dell'anziano, è oggi visto invece come fase di preziose acquisizioni di funzioni e in cui è possibile migliorare il benessere psicologico della persona che invecchia.

*Definizione di invecchiamento*

L'invecchiamento può essere inteso come un complesso processo caratterizzato da più fattori che nel tempo impattano sulla sopravvivenza di un organismo vivente (De Beni, 2009).

Ogni persona che invecchia si trova a dover affrontare numerosi cambiamenti di tipo fisico, cognitivo, sociale ed emotivo che possono influenzare significativamente il suo funzionamento e la sua qualità di vita. Tuttavia, come ribadito precedentemente, questo processo non è da intendersi come declino, ma come fase in cui possono emergere nuove consapevolezze personali e una maggiore flessibilità emotiva che permette di fronteggiare le richieste ambientali, grazie al bagaglio di esperienze accumulate nel tempo. Pur osservando una maggiore fragilità fisica e cognitiva e un aumento delle malattie fisiche, gli studi dimostrano che il cervello è plastico e non statico anche in età anziana (Pascual-Leone, Amedi, Fregni, & Merabe, 2005) e le abilità legate alle esperienze accumulate (intelligenza cristallizzata) si mantengono stabili o addirittura possono migliorare con l'età (Horn & Cattell, 1966). Dal punto di vista dei cambiamenti emotivi, diversi studi mostrano che molte persone anziane hanno una migliore regolazione emotiva rispetto ai giovani e secondo la teoria della selettività socio-emotiva preferiscono "conservare" le relazioni più solide, "scartando" quelle più superficiali e negative, che non offrono sicurezza e vicinanza emotiva (Carstensen, Isaacowitz, & Charles, 1999; Lang & Carstensen, 2002).

In passato, l'invecchiamento normale non veniva distinto dalla malattia cronica e si era convinti che il deterioramento fisico, psicologico e sociale fosse inevitabile, legando vecchiaia a declino (Cumming & Henry, 1961). Questo concetto si riflette nella frase di Terenzio che affermava "senectus ipsa est morbus", ovvero "la vecchiaia stessa è la malattia". Il termine

“ageism” (Butler, 1969) ha contribuito a questa visione negativa e, sulla base di questa prospettiva, la depressione stessa in età avanzata era vista come aspetto caratterizzante il processo di invecchiamento e la psicoterapia considerata inutile.

La letteratura più recente, al contrario, non supporta più questa visione, evidenziando invece che la depressione è più comune tra i giovani adulti rispetto agli anziani e affianca termini positivi accanto al tema dell’invecchiamento: si parla di “Active Aging” (invecchiamento attivo) o “Successful Aging” (invecchiamento di successo) o ancora, negli ultimi anni, la definizione emergente è di “Conscious Aging” (invecchiamento consapevole). È ormai superato lo stereotipo dell’anziano inattivo a favore di un’interpretazione dell’invecchiamento inteso come periodo di vitalità, crescita, apprendimento e trasformazione. Basti pensare ad alcuni artisti, come ad esempio Picasso e Buonarroti, che crearono importanti opere in età avanzata, a dimostrazione del fatto che l'invecchiamento può essere una fase di innovazione e di sviluppo continui (Schulz & Salthouse, 1999). L'invecchiamento attivo enfatizza l’engagement in attività significative di tipo sociale anche dopo il pensionamento, come ad esempio continuare a lavorare o intraprendere attività di volontariato o studio, che aiutano a restar parte di una rete sociale (Brodie, 2009).

L'invecchiamento di successo è un concetto orientato alla qualità della vita durante l'invecchiamento, sottolineando la capacità di mantenere una buona salute fisica, mentale ed emotiva, nonostante l'età avanzata (Rowe & Kahn, 1997). L’invecchiamento consapevole è un concetto che si integra con l'invecchiamento di successo e l'invecchiamento attivo, ma si focalizza maggiormente sull'importanza della consapevolezza del processo di invecchiamento stesso. Il focus di quest’approccio è su come le persone anziane possano vivere con più pienezza e attenzione ogni fase della vita. È inteso come la capacità dell’individuo di comprendere il proprio cambiamento legato all’avanzare dell’età e di pianificarlo con scelte orientate al miglioramento della propria qualità di vita. Si parla di “consapevolezza dei cambiamenti legati all’età” (Steverink, Westerhof, Bode, & Dittmann-Kohli, 2001), tema importante da considerare in psicoterapia, quando la richiesta del paziente è quella di migliorare il proprio stile di vita e, allo stesso tempo, iniziare a progettare il proprio invecchiare.

*Il Benessere Psicologico*

In passato il benessere psicologico coincideva sostanzialmente con un'assenza di malessere (Ryff & Singer, 1996; Sheldon & King, 2001), mentre negli ultimi anni l'attenzione è più incentrata sugli aspetti "positivi" del funzionamento dell'individuo (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Bandura, 2001). Gli studi nell'ambito della Psicologia Positiva portano ad intendere il benessere come costrutto multidimensionale, differenziando il benessere soggettivo dal benessere psicologico. Da quest'ambito derivano due diverse prospettive: quella "edonica" (Kahneman, Diener, & Schwarz, 1999) fondata sull'insegnamento di Epicuro (342-270 a.C) di "ricercare il piacere ed evitare il dolore", che associa il benessere alla ricerca di emozioni positive e alla soddisfazione per la propria vita; e quella "eudaimonica" (Ryan & Deci, 2001) che, riprendendo la dottrina Aristotelica (383-322 a.C) "realizza il tuo potenziale personale", associa il benessere all'autorealizzazione e alla crescita personale (Seligman, 2002).

Gli studi sulle dimensioni del benessere psicologico nell'ambito dell'invecchiamento hanno riportato correlazioni positive con l'età. Questo è stato osservato in particolare dagli studi di Carol Ryff (1989), che unendo varie teorie della psicologia dello sviluppo e dell'arco di vita e della psicologia umanistica ha offerto una sintesi esaustiva delle varie dimensioni del benessere psicologico, intendendolo come processo multidimensionale e dinamico.

Le dimensioni considerate in questo modello sono le seguenti:

- Autonomia, capacità di autodeterminazione e indipendenza: fondare le proprie opinioni e azioni sui valori personali, avere un pensiero indipendente e non lasciarsi influenzare dalla società.
- Padronanza dell'Ambiente: padroneggiare efficacemente l'ambiente e le circostanze della vita, soddisfacendo le proprie necessità.
- Crescita Personale: sviluppare il proprio potenziale. Nell'arco di vita questo può derivare anche dalle sfide che si incontrano nei diversi momenti della vita.

- Relazioni Positive con gli Altri: buoni rapporti familiari e relazionali, basati sulla fiducia. Per creare relazioni positive con gli altri è necessario avere buone capacità di amare, capacità empatiche, compassionevoli e fiducia e rispetto dell'altro.
- Scopo nella Vita: sensazione che la propria vita abbia un significato. Questa dimensione è stata considerata anche dal neurologo Victor Frankl che credeva che anche nelle circostanze più estreme, come quelle che lui stesso ha vissuto nei campi di concentramento, gli individui possano trovare significato nella loro sofferenza e mantenere una certa libertà interiore (Frankl, 2006).
- Accettazione di Sé: atteggiamento positivo verso se stessi e la propria vita.

Il modello di Carol Ryff può essere approfondito e meglio compreso se collegato alle teorie di Abraham Maslow con la "Gerarchia dei Bisogni", di Erik Erikson con "Gli Stadi dello Sviluppo Psicosociale", di Gordon Allport con la "Teoria della Personalità" e di Carl Rogers con la "Teoria Centrata sulla Persona". Allport, ad esempio, sosteneva che la capacità di estendere il sé, cioè l'essere in grado andare oltre il sé, è favorita da una buona padronanza dell'ambiente (Allport, 1961). La dimensione delle relazioni positive si intreccia con le teoria di Maslow che la identifica nel bisogno di amore e appartenenza. Fa corrispondere, inoltre, la crescita personale all'autorealizzazione (Maslow, 1968).

Con gli stadi di intimità e generatività, Erikson, nella teoria dello sviluppo, sottolinea l'importanza dello stringere adeguati rapporti interpersonali (intimità), l'interesse a guidare le generazioni future e a contribuire al benessere degli altri (generatività). Questi stadi possono essere associati alla dimensione delle relazioni positive (Erikson, 1959). Rogers descrive la dimensione di crescita personale come un processo di apertura all'esperienza e in cui la persona si sviluppa continuamente e diviene (Rogers, 1961).

Il modello di Carol Ryff, se applicato nell'invecchiamento, fornisce un quadro utile per promuovere una visione più positiva e dinamica della vecchiaia.

*La psicoterapia cognitivo-comportamentale per il trattamento della depressione nell'anziano*

L'innalzamento dell'aspettativa di vita e la ricerca di un miglioramento del benessere psicologico nella terza età portano ad una maggiore attenzione alla diagnosi e al trattamento dei Disturbi dell'Umore nell'anziano. Gli studi in ambito epidemiologico riguardanti la salute mentale nell'invecchiamento hanno messo in luce che le principali psicopatologie più comuni fra gli anziani sono quelle caratterizzate da sintomi ansiosi e depressivi, spesso in comorbilità tra loro e/o con malattie organiche (De Martino & Couyoumdjian, 2012).

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, la depressione in tarda età è attualmente una delle principali cause di disabilità in tutto il mondo, non solo per il notevole impatto sulle funzioni biologiche, psicologiche e sociali della persona, ma anche per l'elevato tasso di suicidi ad essa correlato (World Health Organization, 2017).

Nell'anziano, rispetto all'adulto, si registra una maggiore incidenza di distimia, che può evolvere in disturbo depressivo maggiore entro i due anni dalla diagnosi (Alexopoulos, 2005; Lee, et al., 2019) e viene spesso curata dal medico di base (Rothera, Jones, & Gordon, 2001) solo con terapie farmacologiche e con dosaggi insufficienti (Birrer & Vemuri, 2004). Oggi il trattamento farmacologico continua a essere la soluzione principale per la depressione negli anziani. I farmaci, però, pur essendo senza dubbio efficaci per migliorare l'umore e ridurre i tentativi di suicidio (Lockwood, Page, NursCert, & Conroy-Hiller, 2004), espongono l'anziano a numerosi effetti collaterali, soprattutto in termini di aumento di problemi cardiovascolari e di incrementato rischio di cadute con frattura del femore (Arroll, et al., 2014; Seitz, et al., 2011), aumentando allo stesso tempo il carico di terapie dell'anziano, che andrebbe piuttosto alleggerito.

Si sta facendo strada l'interesse per approcci terapeutici alternativi al farmaco, come la terapia cognitivo-comportamentale (CBT), che ha dimostrato una notevole efficacia nel trattamento della depressione negli anziani (Bogner, Shah & de Vries, 2009) con una riduzione dei sintomi significativamente elevata e riportando un'efficacia pari all'80% (Cuijpers, 1998). Diverse ricerche hanno rilevato risultati sovrapponibili (Laidlaw, Davidson, Toner, Jackson & Clark, 2008) se non superiori rispetto ad altri approcci o rispetto al solo uso di farmaci (Wilson, Mottram & Vassilas, 2009; Serfaty, et al., 2009; Jayasekara, et al., 2015).

Inoltre, la CBT sembra agire a livello cerebrale, migliorando le funzioni di specifiche aree cerebrali a livello di corteccia frontale, il cingolato e l'ippocampo (Goldapple, et al., 2004). Sebbene questi risultati si riferiscono principalmente a una psicoterapia individuale, sono in crescita le ricerche a favore dell'efficacia della psicoterapia cognitivo-comportamentale di gruppo per il trattamento della depressione negli anziani (Krishna, et al., 2011). I setting di gruppo possono includere la condivisione di esperienze simili, la riduzione dell'emarginazione sociale e sono più economici rispetto alla terapia individuale, specialmente per anziani non istituzionalizzati senza gravi problemi di salute (Payne & Marcus, 2008; Pinquart & Sorensen, 2001). La psicoterapia risulterebbe essere il trattamento d'elezione per la depressione lieve e moderata negli anziani. Potrebbe tuttavia essere più efficace proporre al paziente anziano con depressione ulteriori strumenti da affiancare alla psicoterapia cognitivo-comportamentale per rispondere ai suoi bisogni primari. Ad esempio, programmi d'intervento MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy) e MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction) hanno fornito dati empirici promettenti in tal senso.

Nonostante il crescente interesse negli ultimi 20 anni per il trattamento cognitivo-comportamentale e per gli interventi mindfulness per la depressione negli adulti, soltanto di recente la ricerca ha cominciato ad esplorarne l'efficacia nell'età anziana.

Entrambi i protocolli MBSR e MBCT prevedono programmi di 8 settimane e con attività che includono pratiche di meditazione guidata, discussioni di gruppo, momenti di psicoeducazione sul benessere dell'individuo, esercizi da svolgere a casa per promuovere la consapevolezza. Negli ultimi anni, inoltre, è stato evidenziato che gli interventi basati sulla mindfulness sono associati ad una significativa riduzione della solitudine, della depressione, dello stress, dei disturbi del sonno e a un significativo miglioramento generale dell'umore, specialmente se il livello di gravità di partenza dei sintomi depressivi era elevato (Splevins, Smith, & Simpson, 2009; Creswell, et al., 2012; Gallegos, et al., 2013). In particolare, è stato osservato che per persone con depressione ricorrente l'MBCT ha mostrato un'elevata efficacia sul rischio di recidiva rispetto all'uso di antidepressivi.

Uno studio ha, infatti, rilevato che il 75% dei pazienti trattati con l'MBCT interrompeva completamente l'uso di antidepressivi (Kuyken, et al., 2008). Per concludere, la pratica della mindfulness si rivela particolarmente promettente per migliorare il benessere psicologico degli anziani, ridurre i sintomi depressivi e promuovere una maggiore consapevolezza. Nei prossimi capitoli quindi esploreremo più a fondo questa tematica, in particolare l'applicabilità in presenza di disturbi dell'umore nel contesto dell'invecchiamento.

**La mindfulness**

La mindfulness, è un concetto che ha ricevuto un enorme interesse e validazione da parte della comunità scientifica internazionale. Originariamente radicata nelle tradizioni meditative del buddhismo classico, si è poi evoluta per diventare un approccio terapeutico riconosciuto, utilizzato per migliorare il benessere psicologico e fisico.

Questo paragrafo si propone di esplorare le origini e i benefici relativi alla mindfulness, ponendo particolare enfasi sull'efficacia di tale pratica.

*La pratica della consapevolezza*

La mindfulness è una pratica di meditazione, e può essere così definita: "stare nel presente deliberatamente. Il mezzo e il fine della meditazione, in realtà, coincidono. Non cerchiamo di arrivare da qualche parte, cerchiamo di essere dove siamo già e di esserci pienamente […]. La consapevolezza, la capacità di percezione interiore e in verità anche la salute si sviluppano da sé, se siamo disponibili a essere presenti momento per momento e a ricordarci che abbiamo solo momenti da vivere" (Kabat-Zinn, XI ed., 2024, p.68). Il focus è quindi sul concetto di consapevolezza, intesa come osservazione non giudicante. Nella lingua pāli, la parola sati si riferisce a "consapevolezza" o "piena attenzione" e rappresenta uno degli elementi fondamentali del percorso buddista verso l'illuminazione e liberazione dalla sofferenza. Un'altra traduzione di questo termine è "attenzione nuda" e consiste nell'osservare le cose come se stessero accadendo per la prima volta, senza lasciarsi trascinare da concetti, opinioni o ricordi (Gunaratana, 1995).

Questo è un concetto che attraversa varie pratiche meditative, mantenendo in ognuna di esse l'attenzione sul momento presente.

La tecnica di meditazione vipassana ha lo scopo di far sperimentare una consapevolezza ininterrotta e ha origine nel buddhismo di venticinque secoli fa. Vipassana vuol dire "chiara visione". Meditare è "un atteggiamento esterno che ci aiuta a coltivare un atteggiamento interno di dignità, pazienza e auto-accettazione" (Kabat-Zinn, 1991, p.62). Con la mindfulness quindi si volge lo sguardo al proprio interno esplorando: i sensi (tatto, gusto, vista, udito, olfatto) e la percezione delle proprie reazioni fisiologiche, razionali ed emotive; l'interazione corpo-respiro; gli oggetti della mente (pensieri, immagini o schemi reali o frutto di elaborazioni) visti come fenomeni transitori, di passaggio e non definitivi; le emozioni fondamentali (rabbia, disgusto, tristezza, gioia e paura), le loro cause e formazioni più complesse come, compassione, dolore ecc. Questi aspetti sono interconnessi, dinamici e si influenzano a vicenda (Kabat-Zinn, 1990). Nel libro "Vivere Momento Per Momento" Kabat-Zinn delinea i sette pilastri su cui si basa la mindfulness: "non giudizio" "pazienza", "mente del principiante", "fiducia", "non cercare risultati", "accettazione" e "lasciare andare".

1. Il non giudizio richiede di coltivare la consapevolezza assumendo l'atteggiamento di testimoni

imparziali nei confronti della propria esperienza, senza attribuire etichette di "buono" o "cattivo" a quanto ci accade. Ad un certo punto dell'esercizio, alla mente possono presentarsi

frasi come "Che noia", o "Questo non funziona" o "Non ci riesco". Questi sono giudizi. Quando

si presentano, è importante riconoscerli come tali, semplicemente osservarli senza lasciarsi

coinvolgere e senza agire su di essi in alcun modo per poi ritornare all'osservazione del respiro.

2. La pazienza è una forma di saggezza. Essa nasce dalla comprensione e accettazione del fatto che le cose hanno un loro naturale tempo di maturazione. Pazienza è essere

semplicemente aperti a ogni momento e accettarlo nella sua pienezza così com'è, sapendo che, come la farfalla nella

crisalide, le cose maturano quando è il loro tempo.

3. La mente del principiante è una mente che è disposta a guardare ogni cosa come se la vedesse

per la prima volta. L'apertura della 'mente del principiante' ci permette di restare ricettivi a nuove possibilità e di evitare di cadere nell'atteggiamento di routine 'dell'esperto'.

4. La fiducia nella propria esperienza e nelle proprie sensazioni permette di trovare dentro di sé

una guida.

5. Non cercare risultati è la via migliore per ottenere risultati; concentrare l'attenzione sul vedere e accettare le cose così come sono, momento per momento.

6. Accettazione significa vedere le cose così come sono nel momento presente e amarsi così come si è ora, perché ora è il solo momento possibile per amarsi.

7. Lasciar andare, ovvero mettere deliberatamente da parte l'attaccamento della mente a pensieri,

sentimenti ed esperienze e piuttosto osservare l'esperienza per quello che è, istante per istante.

Oltre a questi sette atteggiamenti fondamentali della pratica ci sono altre qualità della mente che

alimentano la consapevolezza: non nuocere, generosità, gratitudine, tolleranza, perdono, gentilezza, compassione, gioia empatica ed equanimità. Inoltre, è importante mantenere impegno, autodisciplina e intenzionalità nel portare avanti la pratica.

La mindfulness può essere sia formale che informale: la prima richiede di ritagliarsi del tempo specifico per dedicarsi esclusivamente alla mindfulness; la seconda integra la mindfulness nella vita di tutti i giorni, ad esempio mangiare, lavorare, guidare, lavare i piatti con consapevolezza, senza bisogno di ritagliarsi del tempo specifico.

*Corpo e Mente: un'integrazione essenziale per la salute*

Il modo in cui un individuo pensa, sente e interagisce con l'altro è strettamente legato alla sua salute fisica. Martin Seligman e i suoi colleghi all'Università di Pennsylvania hanno studiato la differenza tra ottimisti e pessimisti nel contesto della salute. Dai risultati emerge che la persona pessimista è quella che si attribuisce la responsabilità di un evento negativo e immagina conseguenze negative e durature nel tempo. Tale atteggiamento e il pensiero catastrofico possono portare ad un grave stato di depressione con impatto sui mutamenti ormonali e immunitari che danno una maggiore suscettibilità alla malattia e allo sviluppo di sintomi fisici. Al contrario, la persona ottimista vede l'evento negativo come errore occasionale e rimediabile, interpretando i fatti in modo costruttivo. Viene, quindi, messo in luce come gli ottimisti tendono a vivere più a lungo e ad essere più sani (Seligman, 1990).

Insieme a questa modalità di approccio alle situazioni, anche le emozioni giocano un ruolo fondamentale nella salute di un individuo: reprimerle, ad esempio, può essere un fattore di rischio per condizioni come l'ipertensione e le malattie cardiache (Rutledge & Hogan, 2002). Questo avviene in particolare con la rabbia, osservando che le persone che la esprimono tendono ad avere una pressione sanguigna più bassa rispetto a chi cerca di controllarla; chi esperisce maggiore ostilità invece è più predisposto a rischio cardiaco significativo (Suls & Bunde, 2005). È, allo stesso tempo, importante sottolineare l'impatto dei fattori sociali sulla salute. Una revisione sistematica di Fan Wang et al. ha analizzato 90 studi prospettici che hanno coinvolto 2.205.199 persone, ottenendo come risultato che sia l'isolamento sociale che la solitudine sono significativamente associati a un aumento del rischio di mortalità (Wang, et al., 2023).

Poiché tutti gli studi analizzati sono di natura statistica, non possiamo affermare con certezza che un determinato modo di pensare o atteggiamento abbia causato una specifica malattia. Possiamo solo osservare che tra coloro che possiedono certi atteggiamenti e convinzioni, c'è una maggiore incidenza di malattie o mortalità prematura, indipendentemente dalle ragioni sottostanti (Kabat-Zinn, 2024).

Sono due i programmi di mindfulness più conosciuti e usati: MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction) e il MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy).

Il programma MBSR utilizza tecniche di consapevolezza per gestire il dolore, ridurre lo stress psicologico e migliorare il benessere complessivo. È stato ampiamente applicato a persone con malattie croniche, compresi i pazienti oncologici (Kabat-Zinn, 1990). La MBCT rappresenta un adattamento della MBSR, focalizzandosi maggiormente sulla prevenzione delle ricadute nella depressione ricorrente. Combina pratiche di meditazione mindfulness con la terapia cognitiva, mirata a diminuire l'identificazione con pensieri negativi (Segal, Teasdale, Williams, & Gemar, 2002). Numerosi studi hanno dimostrato che sia la MBSR che la MBCT hanno effetti positivi sul disagio psicologico nei pazienti oncologici di tutte le età (Segal, Williams, & Teasdale, 2012).

L'efficacia di questi interventi nel migliorare la qualità della vita è stata ampiamente confermata non solo per i pazienti con cancro, ma anche per altre condizioni patologiche e per le persone anziane. Nel prossimo paragrafo l'attenzione sarà posta sull'impatto della mindfulness a livello neurocognitivo.

*Mindfulness e controllo cognitivo*

Diversi studi neurofisiologici evidenziano che la mindfulness migliora l'efficienza dei processi attentivi, in particolare l'attenzione sostenuta (la capacità di mantenere l'attenzione su stimoli ripetitivi o noiosi), e modifica l'architettura neurale del cervello.

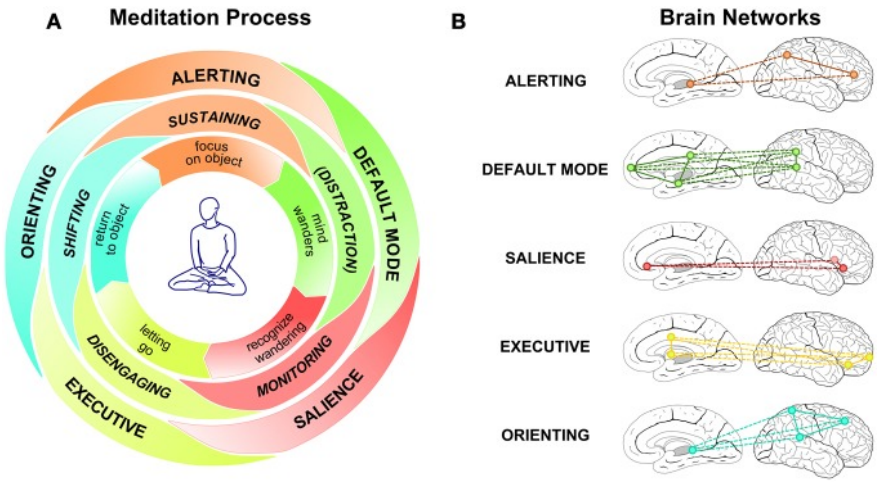

Figura 1 Processo di meditazione (A) e Network cerebrali (B) (tratta da: Malinowski, 2013)

Malinowski nel 2013 studiò la rete neuronale (Brain Networks) che veniva attivata durante la pratica di mindfulness e, come rappresentato nella figura 1, fornisce una rappresentazione schematica del processo di meditazione. Il cerchio interno del diagramma illustra il livello fenomenologico, ovvero la sequenza dei passaggi e l'esperienza che un meditante attraversa, presentati in ordine orario. Il cerchio centrale raffigura i processi attentivi, mentre il cerchio esterno mostra le diverse reti cerebrali coinvolte nell'esecuzione di queste funzioni. I diversi processi attentivi e le reti cerebrali sono rappresentati come parzialmente sovrapposti per indicare che, in molti casi, più di un processo/rete è coinvolto. Il pannello (B) delinea le principali aree cerebrali coinvolte in ciascuna delle cinque reti.

Queste reti rappresentano funzioni attentive e regolative cruciali per il mantenimento e la gestione dell'attenzione durante la pratica meditativa, e sono le seguenti:

• Rete di allerta (Alerting Network): si attiva per garantire uno stato di vigilanza e attivazione per affrontare stimoli esterni. Coinvolge principalmente la corteccia frontale destra, la corteccia parietale destra e il talamo.

• Rete di orientamento (Orienting Network): è attivata quando il meditante si focalizza su un oggetto specifico della meditazione e la mente vaga e bisogna riportarla sulla pratica meditativa. Le aree cerebrali coinvolte in questa rete includono la corteccia parietale superiore, la giunzione temporo-parietale, i campi oculari frontali e il collicolo superiore.

• Rete di controllo esecutivo (Executive Control Network): è responsabile del monitoraggio dell'attenzione, della gestione delle risposte automatiche e della regolazione del comportamento, intervenendo quando si tratta di mantenere l'attenzione su un oggetto di meditazione, o di interrompere il flusso di pensieri distrattivi. Coinvolge la corteccia cingolata anteriore (ACC), la corteccia prefrontale laterale, la corteccia ventrale e i gangli basali.

• Rete di salienza (Salience Network): questa rete è responsabile del rilevamento di eventi rilevanti o salienti per il meditante e fornisce segnali al sistema di controllo esecutivo per orientare l'attenzione. È particolarmente attiva quando la mente è distratta da pensieri,

emozioni o sensazioni, e deve essere "ri-orientata" verso l'oggetto di meditazione. Comprende la corteccia cingolata dorsale, la corteccia prefrontale ventrolaterale, l'insula anteriore e altre aree circostanti.

• Rete del default mode (Default Mode Network): questa rete si attiva quando l'attenzione si allontana dall'oggetto di meditazione e la mente inizia a vagare (mind-wandering). Include la corteccia cingolata posteriore, la corteccia prefrontale mediale, la corteccia parietale laterale posteriore e il giro paraippocampale.

La mindfulness migliora quindi la flessibilità e l'efficienza delle funzioni attentive e questi miglioramenti non sono legati solo al controllo della risposta, ma anche alla capacità di allocare meglio l'attenzione nelle prime fasi del processamento degli stimoli.

**Applicazione di un protocollo mindfulness per la cura dell'anziano fragile**

Durante il mio tirocinio del quarto anno di scuola di specializzazione presso la Casa di Riposo "Fondazione Opera Immacolata Concezione" - OIC di Padova ho avuto la possibilità di conoscere alcune persone anziane ed entrare in contatto con le loro storie di vita, che tutt'oggi porto nel cuore e che cercherò di trasmettere a voi lettori con quest'ultimo capitolo di tesi.

Una parte fondamentale del mio tirocinio ha riguardato l'implementazione in Casa di Riposo di un progetto basato sul protocollo mindfulness MBEC (Mindfulness-Based Elder Care) di Lucia McBee, con lo scopo di migliorare la regolazione dell'attenzione e la consapevolezza sul momento presente in ottica di prevenzione di deficit neurocognitivi e per migliorare il tono dell'umore. Si è cercato, allo stesso modo, di allenare l'attitudine dell'individuo a sviluppare una predisposizione verso l'esperienza e a guardare ai fenomeni che accadono con compassione e curiosità piuttosto che con rifiuto e diniego. Il progetto ha incontrato alcune difficoltà di applicazione nel corso dei mesi a causa dell'insorgenza di problemi di salute di alcuni anziani che non hanno garantito una frequenza costante a tutti gli incontri. Per tale ragione e per via del ridotto numero di partecipanti si è scelto di non riportare in questa tesi un progetto di ricerca con dei risultati di tipo quantitativo. Alla spiegazione del protocollo MBEC, le cui

pratiche sono state da me tradotte in italiano in questo capitolo, verranno affiancati i vissuti degli anziani, servendosi di un'ottica più di tipo narrativo.

L'auspicio è di creare interesse nei confronti di questo tema e approfondirlo in futuro con ulteriori studi orientati a cogliere i bisogni emergenti degli anziani e cercare soluzioni sempre più all'avanguardia che promuovano un invecchiamento consapevole.

*Le fasi del progetto*

*Gli strumenti*

Inizialmente è stata eseguita un'attenta valutazione delle condizioni psico-fisiche e cognitive degli anziani con colloqui e test. Sono stati identificati i partecipanti più idonei, in particolare sono state scelte persone con sintomi di depressione e cognitivamente nella norma.

Per valutare tali requisiti sono stati somministrati i seguenti test: il Mini-Mental State Examination (MMSE), il Test dell'Orologio e la Geriatric Depression Scale (scala su depressione emotivo-motivazionale).

Il Mini Mental State Examination (MMSE) (Folstein, Folstein & McHugh, 1975): è un test di screening globale utilizzato per la valutazione delle capacità cognitive e per identificare la presenza di un eventuale deterioramento mentale. Il punteggio totale è compreso tra un minimo di 0, indicativo di un grave deterioramento, ed un massimo di 30 punti, che invece corrisponde ad assenza di deficit cognitivo. Generalmente, un punteggio inferiore a 24 suggerisce la presenza di deterioramento cognitivo (Bowling, 1995). Per il progetto sono state selezionate persone con MMSE > 24.

Il Clock Drawing Test (Test dell'Orologio) (O'Rourke, Tuokko, Hayden, & Beattie, 1997) è uno test di screening utilizzato per identificare la presenza di deficit a livello del lobo frontale, implicato nella pianificazione e nel controllo attenzionale. Si chiede al paziente di scrivere i numeri di un orologio ponendoli all'interno di un cerchio e successivamente di posizionare le lancette alle due e quarantacinque. I vari tipi di errori possono segnalare una compromissione cognitiva o deficit visuo-spaziali, indicativi di demenza o lesioni cerebrali, anche quando in altri

test che misurano problematiche simili si ottiene un punteggio normale. La compromissione si rileva con un punteggio basso (ad esempio, inferiore a 5 su 10) considerando una scala da 0 a 10.

La Geriatric Depression Scale (GDS) - forma breve (Sheikh & Yesavage, 1986) è una tra le più diffuse scale per la valutazione dei sintomi depressivi nell'anziano e può essere applicata anche in caso di demenza lieve o moderata. La versione breve è composta da 15 item e le risposte sono di tipo binario (si/no), il che la rende di facile utilizzo. Il punteggio varia da 0 (non depresso) a 15 (massima gravità della depressione). Dall'analisi del test di screening GDS, il punteggio medio emerso è di 6 e indica un tono dell'umore degli anziani in media prevalentemente basso (6 = depressione lieve). Questo dato è stato ulteriormente approfondito con dei colloqui, raccogliendo maggiori informazioni sulla persona: la storia di vita, le caratteristiche personali, gli interessi e le relazioni significative.

*Il campione e la procedura*

Le sessioni di mindfulness sono state condotte in un piccolo gruppo composto da 8 persone di età compresa fra i 70 e i 90 anni (7 donne e un uomo), per favorire l'interazione e la socializzazione tra i membri e creare uno spazio intimo e protetto in cui sentirsi a proprio agio nell'esprimere i propri vissuti legati alla pratica. Si è scelto di tenere il gruppo aperto a tutti i residenti di età > ai 65 anni, che soddisfano i criteri indicati nel paragrafo precedente, consentendo agli ospiti di unirsi in qualsiasi momento.

Gli esercizi sono stati semplificati, adattati e resi accessibili alla comprensione degli anziani. La conduzione delle pratiche è stata condotta insieme alla tutor di tirocinio, affiancamento necessario per cogliere con maggiore cura i feedback sia verbali che non verbali dei partecipanti. La durata degli incontri è stata di circa 45 min. Durante le sedute i partecipanti sono stati incoraggiati a prestare attenzione al respiro e al corpo e a riportare l'attenzione sul compito ogni volta che la mente vagava. In seguito alla meditazione uno spazio è stato dedicato all'ascolto delle loro esperienze e vissuti e sono state lasciate loro le pratiche, scritte su un libretto, da allenare durante la settimana.

*In ascolto di sé: i vissuti degli anziani durante le pratiche*

Qui di seguito verranno descritte le pratiche di mindfulness proposte, prese dal protocollo MBEC di McBee e tradotte in italiano, riportando le parole esatte che sono state rivolte ai partecipanti durante gli incontri. A queste seguiranno le riflessioni e vissuti degli anziani.

*Il Respiro (1° incontro)*

"Sedetevi in silenzio. Inspirate ed espirate. Osservate il vostro respiro così com'è. Non provate a cambiarlo. Non pensate nemmeno al vostro respiro. Siate il vostro respiro. Il respiro inspirato. E l'espirazione. E le pause tra l'inspirazione e l'espirazione" (McBee, 2008, p.20).

Dopo la pratica è stato chiesto se, mentre l'attenzione era focalizzata sul respiro, sono stati osservati cambiamenti dentro di sé, o se il ritmo del respiro era collegato con l'umore e se dopo un po' cambiava la sua frequenza. L'homework da fare in settimana è stato quello di osservare il respiro durante il giorno e notare se vi erano legami con il tono dell'umore o con l'ambiente circostante.

La signora M. R., dopo la pratica, racconta di aver notato il pensiero "non riesco più a fare niente" e l'emergere delle emozioni di paura di perdere la memoria e di avvilimento perché sta gradualmente diminuendo la sua autonomia a causa di problemi alla vista e di problemi fisici. M. R. nota che nel corso della pratica sono emerse, allo stesso tempo, esperienze di "scoperta" e "curiosità" perché sente che sta facendo qualcosa di nuovo, mai fatto prima e che può essere utile per se stessa.

Il signor G., nota la difficoltà nell'eseguire quest'esercizio a causa dei suoi problemi respiratori e riporta frustrazione e impotenza nell'affrontare un compito che potrebbe essere, a suo dire, altrimenti semplice: "il mio corpo non funziona più bene come in passato, eppure da giovane ero uno sportivo". Tale pratica è stata un'occasione per comprendere il disagio e le fatiche dei partecipanti, fornendo comprensione e sostegno, senza nutrire nessuna aspettativa di cambiamento. Quest'approccio aiuta a lasciar andare giudizi e critiche verso di sé praticando, allo stesso tempo, la compassione verso se stessi.

*Respiro profondo (2° incontro)*

"Trovate una posizione comoda eretta, ma non rigida, con il petto aperto e la pancia morbida. Potrebbe essere utile mettere una mano sulla pancia per notare meglio il suo alzarsi e abbassarsi. Fate un respiro lungo e lento attraverso il naso, riempiendo lentamente la pancia come se fosse un palloncino. Quindi, posizionate le mani sui lati della gabbia toracica e riempitela lentamente d'aria, sentendo l'espansione sui lati e sulla parte anteriore e posteriore delle costole. Riuscite a sentire la loro flessibilità? Infine, posizionate la punta delle dita sulla clavicola e riempite d'aria la parte superiore del torace. Ancora una volta, potreste notare il movimento del vostro corpo. Ora rilasciate l'aria in ordine inverso, dalla parte superiore del torace, dalle costole e infine dalla pancia. Ad alcuni piace pensare a questo processo come riempire lentamente un bicchiere d'acqua e versarlo lentamente. Ricordatevi di procedere lentamente quanto vi è comodo e di assicurarvi che l'espirazione sia lunga almeno quanto l'inspirazione. Provate questo esercizio per tre respiri. Una volta che vi sentite a vostro agio con il respiro in tre parti, usatelo durante il giorno e la notte" (McBee, 2008, p.22).

La signora V. riporta interesse nell'essersi fermata ad osservare il respiro: "mi sono accorta di quanta tensione ho accumulato nel corpo e ho scoperto che posso rilassarmi un po' di più gonfiando e sgonfiando la pancia".

La signora M., la settimana successiva, racconta di aver usato la respirazione profonda per calmare l'ansia mentre era in ospedale per delle visite mediche e condivide con il gruppo che questa pratica l'ha aiutata a gestire più serenamente quel momento di tensione e a ridurre la tachicardia.

Il signor G. ha usato l'esercizio per spostare l'attenzione dal dolore del piede sul suo respiro, ma non ha notato particolare beneficio sul dolore, pur riferendo una sensazione di maggiore controllo sul respiro rispetto alla pratica precedente.

*Il body scan – l'ascolto del corpo (3° incontro)*

Questa pratica meditativa consiste nel focalizzare l'attenzione sul corpo o su diverse parti del corpo. All'inizio lentamente ci si concentra intensamente sulle dita dei piedi, e gradualmente

l'attenzione viene spostata attraverso il corpo, in ogni parte del corpo, fino alla testa, osservando se ci sono aree doloranti o in cui non si prova alcuna sensazione.

"Iniziate rivolgendo la vostra attenzione ai vostri piedi appoggiati a terra. Notate le dita dei piedi, l'arco, la parte superiore e inferiore e i lati dei piedi. Espandete la vostra consapevolezza per includere le caviglie, sinistra e destra. Poi, spostate l'attenzione sulla parte inferiore delle gambe o sui polpacci. Spostate la vostra consapevolezza verso l'alto per includere le ginocchia. Quando siete pronti, espandete la vostra attenzione per includere le vostre cosce. Portate la vostra attenzione sui glutei mentre sono appoggiati sulla sedia. Includete il bacino. Notate qualsiasi sensazione in questa zona o mancanza di sensazione. Portate la vostra consapevolezza sulla schiena, la parte bassa, media e alta della schiena. Potreste notare aree di tensione, dolore o stress nella schiena. Rivolgete la vostra attenzione alla parte anteriore del vostro torso, inclusi la pancia, le costole anteriori e il petto. Notate, se potete, dove sentite il vostro respiro. Provate a vedere se riuscite a prendere consapevolezza dei vostri organi interni, i polmoni, il cuore, l'intestino, tutti gli organi che vi sostengono ogni giorno. Ora, concentrate la vostra attenzione sulle braccia. Portate la vostra consapevolezza fino alle dita. Notate i palmi, la parte superiore delle mani e i polsi. Spostate la vostra consapevolezza sulle spalle e sul collo e sulla gola. Portate la vostra attenzione alla testa e sul vostro viso. Notate i denti, la lingua e le labbra. Ora concentratevi sulle guance, il vostro naso, le vostre narici e l'area sotto le vostre narici. Rivolgete la vostra attenzione ai vostri occhi e la zona intorno ai vostri occhi e sulla fronte. Fate alcuni respiri, lasciate che il vostro respiro torni alla normalità, senza controllarlo in alcun modo. Prendetevi qualche altro momento per notare le sensazioni che state provando qui e ora e dove le state provando. Quando la meditazione volge al termine, lasciate che il vostro respiro si approfondisca leggermente. Risvegliate lentamente il corpo al movimento, muovendo le dita delle mani o dei piedi come preferite." (McBee, 2008, p.182).

La signora M.R. dopo la pratica racconta: "ho fatto risalire l'attenzione dai piedi fin sulla testa e mentre inspiravo mi dicevo che devo imparare a fare bene l'esercizio, ma la mente tornava sui problemi di oggi e del passato. Ho pensato che nella mia vita non ho potuto prendermi dello

spazio dalle mie responsabilità perché dovevo occuparmi degli altri, della mia famiglia, non potevo pensare a me stessa. Ho impostato la mia vita per aiutare gli altri e ora sono sola".

Il signor G. riporta dei punti di tensione e dolore che ha osservato nel suo corpo e l'emozione che prevale al momento della pratica è quella della rabbia. Descrive la sensazione di tensione come "pareti che mi hanno bloccato dentro, per proteggermi".

La signora F. ha osservato di aver fatto difficoltà a causa del suo mal di schiena su cui si focalizzava la mente. Quando se ne accorgeva tornava sull'esercizio. Ha provato infine a cambiare posizione e questo le ha dato sollievo e le ha permesso di essere più concentrata sull'esercizio.

Con questa pratica l'attenzione è stata posta in particolare sull'accettazione di quanto emerso senza giudizio o resistenza. Il body scan favorisce una maggiore consapevolezza del corpo e delle emozioni, permettendo di riconoscere e accogliere tensioni fisiche e mentali. Aiuta a prendere coscienza dei propri limiti, a gestire il dolore, a esplorare emozioni come la rabbia o la tristezza, e diventa uno strumento di auto-compassione e di rilassamento.

*Immagini guidate (4° incontro)*

"Immaginate una spiaggia ed osservate come appare, se profuma, se ci sono dei suoni e se sentite il sole sulla vostra pelle. Provate a dirigere la calda luce curativa verso qualsiasi parte del vostro corpo che ha bisogno di aiuto. Lasciate che la luce fluisca attraverso di voi e poi semplicemente seguite il vostro respiro" (McBee, 2008, p.60).

La signora L. si commuove facendo l'esercizio. Racconta che qualche giorno prima è mancata una sua cara amica e mostra al gruppo una foto che lei le aveva inviato: "qui era in una spiaggia che le piaceva tanto, ci era andata qualche giorno fa, pochi giorni prima di morire. Nell'esercizio non ho provato tristezza, sono riuscita ad immaginare il mare dei miei viaggi in Sardegna e ad un certo punto è apparsa lei, la mia amica. Ho provato un profondo senso di gratitudine, per lei e per ogni momento che la vita mi ha donato con lei". In questo particolare caso la forza del gruppo è stata preziosa e L. ha ricevuto parole di conforto e vicinanza da parte di tutti i partecipanti.

*Lo Yoga: la posa della montagna e la camminata consapevole (5° e 6° incontro)*

Lo yoga è un'antica disciplina che combina posture fisiche (asana), tecniche di respirazione (pranayama) e meditazione. È una pratica che permette di espandere i propri orizzonti, di esplorare i propri limiti o apprenderli e nel tempo migliora flessibilità, la postura, l'equilibrio e la forza muscolare.

Gli esercizi vengono svolti in modo lento e controllato e possono essere adattati in base alle necessità e limitazioni fisiche delle persone. Ad esempio, può essere eseguito sulla sedia a rotelle piuttosto che in piedi e si può usare un solo braccio o si può solo respirare. La posa della montagna e la camminata consapevole sono entrambe pratiche di yoga (McBee, 2008).

La posa della montagna: "State in posizione eretta, con i piedi paralleli e alla larghezza dei fianchi. Prendetevi un momento per notare come state in piedi. Dov'è il vostro peso? All'interno o all'esterno dei piedi? Sul retro o sul davanti? Notate qualsiasi tensione nei vostri piedi e lasciatela andare rimanendo saldamente piantati. Bilanciate il vostro peso in modo uniforme su tutti e quattro gli angoli, piantando i piedi saldamente ed esattamente sul pavimento. Sentite il vostro peso piantato nella terra e, allo stesso tempo, il vostro corpo che si solleva verso il cielo. Lasciate che le vostre gambe siano forti, ma non rigide. Sentite i fianchi che sostengono con forza il busto. Le braccia e le mani pendono lungo i fianchi. Lasciate che la colonna vertebrale sia dolcemente eretta ma non rigida; c'è una curva naturale nella colonna vertebrale. Lasciate che la pancia sia morbida e le spalle aperte. La vostra testa è inclinata in avanti? Indietro? Vedete se riuscite ad allineare la parte superiore della testa al soffitto. Questa è la posa della montagna. Sentite la montagna dentro di voi, intorno a voi. Sentite la vostra forza e potenza simili a quelle di una montagna. Notate il vostro respiro mentre vi alzate. Chiudete gli occhi per qualche istante e sentite cosa vuol dire stare qui a respirare. Potreste notare che mentre siete fermi, il vostro corpo apporta sempre sottili aggiustamenti. Come le montagne, siamo forti, ma flessibili." (McBee, 2008, p.24)

La signora M. R. ha immaginato di essere una montagna che aveva visto in Islanda e si sente sorpresa per aver fatto un esercizio che pensava essere impossibile per lei: "ho superato i miei

limiti", sostiene, e ha osservato allo stesso tempo di aver sperimentato frustrazione nel non ricordare l'anno preciso in cui ha fatto quel viaggio.

La signora R., affetta da problemi motori sceglie di eseguire la pratica a livello immaginativo e condivide con il gruppo un ricordo emerso mentre eseguiva l'esercizio: "ho immaginato di essere una montagna ricoperta di neve e mentre respiravo vedevo nevicare intorno a me e mi è venuto in mente l'ultimo giorno di vita di mio marito. Quel giorno eravamo all'hospice e lui chiese di alzarsi dal letto per mettersi alla finestra. Fuori stava nevicando, ma è riuscito a stare lì solo 10 minuti perché era troppo affaticato. Quel ricordo mi ha dato spesso forza nei momenti più bui della mia malattia perché pensavo che lui, così vicino alla morte e così nella sofferenza è riuscito a fermarsi ad ammirare la vita per ancora 10 minuti. Lui è per me ancora oggi la mia montagna e mi aiuta ad essere forte e flessibile nonostante tutto. Questo pensiero mi aiuta ad andare avanti anche quando la vita mi sembra così difficile".

La camminata consapevole: "Iniziate restando nella posa della montagna per alcuni istanti. Può essere utile iniziare con una camminata molto lenta. Può sembrare esagerato o strano, eppure imparare a prestare attenzione agli eventi quotidiani è l'essenza stessa della consapevolezza. Camminate in cerchio o avanzate di 10-15 passi e fate un giro lento per tornare indietro. Concentratevi sul corpo che cammina, sui piedi a terra, sul respiro. Se sorgono pensieri, osservateli e lasciateli andare, riportando la vostra attenzione all'atto del camminare. Le mani possono essere ai lati o giunte davanti o dietro. La meditazione camminata è una pratica che può essere eseguita tranquillamente e lentamente come meditazione e anche inserita nella vostra vita quotidiana, a un ritmo più veloce, mentre svolgete le vostre attività quotidiane. (Nota: per chi è su sedia a rotelle, tutto può essere adattato a una posa seduta. Gli utenti su sedia a rotelle possono sedersi e ruotare consapevolmente)" (McBee, 2008, p.24).

La signora A. M. riporta di sentirsi grata perché è in salute e può camminare consapevolmente.

Il signor G. si sente un po' più forte ed energico dopo la pratica della posa della montagna e della camminata consapevole, ma riporta di aver riscontrato più difficoltà nell'ultima a causa del

dolore ai piedi che non gli ha permesso di essere concentrato sull'esercizio e per questo si è sentito frustrato.

La signora L. riporta dei fastidi alle gambe: "è la parte del corpo dove riesco a percepire di più.

Le distrazioni ci sono sempre, ma appena me ne sono accorta sono tornata sull'esercizio". In seguito a tale pratica e come risposta ai vissuti emersi è stato spiegato ai partecipanti che concentrarsi in modo intenso su un oggetto di meditazione, che può essere il respiro, una esperienza interna, il corpo o il dolore, può ridurre lo stress. In lingua pali, questo concetto viene riassunto con il termine "jhana" intendendo uno stato di profonda concentrazione meditativa. Osservare il dolore permette di distaccarsi da esso e vederlo come un fenomeno transitorio e meno minaccioso. Questa relazione con il dolore riduce la risposta automatica di attacco o fuga che normalmente attiva lo stress (Buddhaghosa, 2012).

*Mindful eating – mangiare consapevolmente (7° incontro)*

"Prendete 2 o 3 uvette, una banana o qualsiasi piccolo spuntino e mangiatelo lentamente, con totale concentrazione. Eliminate ogni distrazione. Mangiate semplicemente molto lentamente.

Notate l'odore e il sapore del cibo, il suo peso, la sua consistenza e il suo colore, il suono che fa quando lo mangiate. Usate la consapevolezza dei vostri sensi in questa esperienza. Evitate di nominare, categorizzare o ricordare concezioni precedenti sullo spuntino che state mangiando. Mangiate semplicemente come se non l'aveste mai sperimentato prima. Com'è questa esperienza per voi?" (McBee, 2008, p.25).

La signora M. riporta di aver notato che il sapore del cibo è più intenso e gustoso se ci porta l'attenzione.

La signora M. R. decide di voler fare quest'esperienza con i biscotti e riporta con tali parole la sua esperienza: "ho scoperto che un biscotto si ammorbidisce se lo tengo in bocca anche se non lo intingo nel thè e diventa più facile da mangiare e mandare giù. Ho pensato che questo vale anche per i problemi della vita, che se si stemperano sono più facili da accettare e mandare giù".

Il signor G. mette in luce le difficoltà che gli anziani vivono stando in struttura nel momento dei pasti: le sale rumorose e caotiche; il cibo che non è di loro gradimento; il doversi adattare agli orari modificando le loro abitudini; per alcuni di loro la difficoltà del dover mangiare alimenti frullati a causa di problemi di deglutizione.

La pratica dell'alimentazione consapevole potrebbe offrire un nuovo modo di rapportarsi con l'esperienza del mangiare e sarebbe utile generalizzarla a cibi frullati e ad altre routine.

*Meditazione della gentilezza amorevole (8° incontro)*

"Possa io essere felice. Che io possa stare bene. Possa io trovare la pace. Possa io essere pieno di amorevole gentilezza. Che tutti gli esseri siano felici. Possano tutti gli esseri stare bene. Possano tutti gli esseri trovare la pace. Che tutti gli esseri siano pieni di amorevole gentilezza". (McBee, 2008, p.28)

Un'ultima pratica meditativa proposta è quella della meditazione di amorevolezza. In questa pratica, ci si concentra sui sentimenti di felicità, pace, benessere e amorevolezza rivolti prima a se stessi, poi agli altri. Questa pratica conclusiva del percorso ha permesso anche di riflettere sui benefici, sugli ostacoli e sulla gradevolezza degli incontri di mindfulness. I partecipanti concordano nel dire che hanno particolarmente gradito il contesto di gruppo e questi incontri hanno creato e rafforzato il legame tra di loro.

La signora V. condivide il suo pensiero: "io sono entrata in Casa di Riposo perché ero sola a casa. Mio marito è morto 17 anni fa, non ho figli, né parenti. Ho sofferto molto la solitudine in questi anni e mi sono molto isolata. Poi mi sono accorta che questo dipendeva da me e mi sono detta che bisogna aprire le porte del cuore e far entrare gli altri. Qui mi sono fatta degli amici e l'altro giorno era il mio compleanno e ho ricevuto degli auguri e dei regali da parte dei signori del gruppo. Mi sono detta che non sono più sola e sono grata agli altri e a me stessa per essermi aperta all'altro."

La signora M. R. aggiunge che pur sentendosi indebolita a livello fisico, perché la malattia progredisce, si sente arricchita a livello psicologico ed emotivo, sente di aver imparato cose nuove ed è contenta di aver condiviso quest'esperienza con il gruppo.

Il signor G. invece sembra dubbioso sui benefici ricevuti e sperava che il dolore fisico si attenuasse con gli esercizi. Nonostante questo, è contento di aver trascorso qualche pomeriggio in compagnia.

La signora L. riporta che è stato per lei utile condividere i propri problemi con il gruppo e accorgersi che anche gli altri hanno difficoltà simili. Si è sentita meno sola e compresa.

La signora F. infine conclude dicendo: "questi esercizi mi hanno aiutato a prendere contatto con la realtà. Mi accorgo che li uso quando entro nel vortice dei miei pensieri, in cui mi sento slegata da quello che c'è intorno a me. È come se avessi un palloncino pieno di elio che vola su e la mindfulness mi permette di ritirarlo giù e ricalibrare il focus e riconnettermi su quello che sto facendo".

Ai partecipanti è stata rimandata l'importanza di tale pratica per integrare le varie parti di sé ancora non completamente accettate. Prendendo G. come esempio, emerge la sua difficoltà ad integrare quella parte di sé di oggi che fa fatica nel respirare con la parte di sé del passato, che si riconosce nell'essere uno sportivo e in salute. La pratica della "metta" aiuta a sviluppare un atteggiamento gentile e comprensivo verso tutte le parti di sé, favorendone l'integrazione (Salzberg & Mipham, 2008).

*Riflessioni conclusive*

Al termine del training sono stati nuovamente somministrati il Mini Mental State Examination e la Geriatric Depression Scale. I risultati sono stati inconcludenti dal punto di vista quantitativo; non sono state rilevate differenze significative rispetto ai punteggi iniziali, ma quanto emerso con questo percorso ci pone necessariamente di fronte ad alcune riflessioni. Gli anziani hanno riportato semplici frasi indicative di un maggior benessere, come ad esempio "mi sento più rilassato", "vedo le cose da un altro punto di vista", "mi sento meglio", "sono più concentrato sul presente".

Tra i bisogni emersi con il training si può rilevare, in primo luogo, il bisogno di connessione con l'altro. Spesso, con l'avanzare dell'età diminuisce progressivamente la propria rete sociale e possono presentarsi isolamento e sentimenti di solitudine, due aspetti non necessariamente

coincidenti (Di Prospero, 2004). L'isolamento (aloneness) corrisponde "all'essere fisicamente isolati dagli altri e ad esso non corrisponde un'emozione" (Weiss, 1975). La solitudine (loneliness) è invece "un sentimento spiacevole che implica una sensazione di discrepanza tra il numero e/o la qualità delle relazioni sociali desiderate e quelle reali" (Perlman & Peplau, 1982; Cavallero, Ferrari, & Bertocci, 2006, p.24). L'isolamento e la solitudine sono spesso il risultato di lutti o allontanamenti di persone care, un aspetto che caratterizza in particolar modo questa fase della vita.

A ciò si aggiungono la perdita del ruolo sociale, delle relazioni interpersonali e lavorative, nonché le difficoltà fisiche che frequentemente ostacolano la possibilità di socializzare (Gala, 1996). Diversi studi mostrano che la solitudine percepita è un fattore di rischio per depressione (Adams, Sanders, & Auth, 2004) e per il declino cognitivo (Boss, 2015).

Nel lavoro di psicoterapia con l'anziano, da affiancare al percorso di mindfulness, particolare cura dev'essere posta al considerare la dimensione relazionale per intervenire sul sentimento di solitudine e ridurre l'isolamento. Il gruppo diventa una risorsa preziosa e terapeutica in questa direzione. La signora V., ad esempio, sperimenta di "essere uscita da una situazione di isolamento" e si è sentita amata e apprezzata grazie ai compagni del gruppo che l'hanno festeggiata con un regalo di compleanno. Nella terapia va considerata anche la dimensione emotiva. Sono emerse, come nel caso del signor G., emozioni di rabbia e frustrazione derivanti dalla percezione di perdita di autonomia e a causa della compromissione dovuta al dolore fisico o alle malattie. Vedere di essere in grado di eseguire gli esercizi o di riuscire a sopportare la sofferenza restituisce un senso di controllo e di scoperta di nuove risorse personali. La condivisione in gruppo di tali problematiche, inoltre, permette di sentirsi capiti da chi si trova in una situazione simile e la modalità con cui si presta attenzione all'altro, con empatia e con compartecipazione attiva aiuta a formarsi un'immagine di sé più adeguata.

Diventa quindi sempre più importante pensare a nuove soluzioni, sia nelle Case di Riposo che per gli anziani che vivono soli a casa, che rispondano a questo bisogno di maggiori relazioni sociali e al bisogno di continuare ad apprendere cose nuove e sentirsi attivi e capaci. Le strategie apprese con le pratiche di mindfulness permettono di gestire meglio vissuti emotivi e

garantiscono una maggiore percezione di autonomia e benessere. Gli anziani si sono mostrati interessati verso quanto gli è stato proposto, riportando vissuti di curiosità e scoperta. Si sono osservati, allo stesso tempo, anche i timori di dimenticare le pratiche o di non essere in grado di fare gli esercizi. È stato utile fornire loro un libretto con le pratiche proposte ad ogni incontro e semplificate per la comprensione di tutti, per aiutare i partecipanti a ricordare ciò che era stato fatto in gruppo. È importante allo stesso tempo considerare delle componenti di base per consentire una buona riuscita delle pratiche, come ad esempio la presenza di una stanza silenziosa dove non ci sia il passaggio di altri operatori o altri anziani e siano limitate le distrazioni.

In futuro, sarebbe interessante approfondire il modello Mindfulness Based Elder Care di McBee, o ulteriori protocolli di mindfulness specifici per l'invecchiamento, utilizzando un campione più ampio e misure di tipo quantitativo. Le pratiche di consapevolezza potrebbero essere utili non solo con anziani autosufficienti, ma anche per persone con demenza e per i loro caregiver, per ridurre stress e paure. Potrebbe inoltre essere interessante andare ad indagare la possibilità di una compresenza di giovani e anziani all'interno dello stesso gruppo di mindfulness e l'impatto che ne deriverebbe su un'eventuale sintomatologia depressiva o a livello neurocognitivo.

## Bibliografia


Adams, K., Sanders, S., & Auth, E. (2004). Loneliness and depression in independent living retirement communities: risk and resilience factors. Aging & Mental Health, 8(6), 475-485.

Alexopoulos, G. (2005). Depression in the elderly. The Lancet, 365, 1961-1970.

Allport, G. (1961). Pattern and growth in personality. New York, NY: Holt, Rinehart, and Winston.

Annan, K. (2002). La rivoluzione silenziosa: il progresso dell'invecchiamento della popolazione mondiale. Discorso all'Assemblea Mondiale di Madrid.

Arroll, B., Elley, C., Fishman, T., Goodyear-Smith, F., Kenealy, T., Blashki, G., & Group, C. (2014). Antidepressants versus placebo for depression in primary care. Cochrane Database of Systematic Reviews, 4.

Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: an agentic perspective. Annual Review of Psychology,

52(1), 1-26.

Birrer, R., & Vemuri, S. (2004). Depression in later life: a diagnostic and therapeutic challenge. Am Fam Physician, 69(10), 2375-2382.

Bodhi, B. (2012). The numerical discourses of the Buddha: A complete translation of the Anguttara Nikaya (The teachings of the Buddha). Wisdom Publications.

Bogner, H., Shah, P., & de Vries, H. F. (2009). A cross-sectional study of somatic symptoms and the identification of depression among elderly primary care patients. Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry, 11(6), 285.

Boss, L. K. (2015). Loneliness and cognitive function in the older adult: a systematic review. International Psychogeriatrics, 27(4), 541-553.

Brodie, J. (2009). The active aging process: health, participation and quality of life. Canadian Journal on Aging, 28(1), 9-21.

Buddhaghosa, B. (2012). Visuddhimagga: the path of purification (Pali edition). CreateSpace Independent Publishing Platform

Butler, R. N. (1969). Age-ism: another form of bigotry. The Gerontologist, 9(4_Part 1), 243-246.

Carstensen, L., Isaacowitz, D., & Charles, S. (1999). Taking time seriously: a theory of socioemotional selectivity. American Psychologist, 54(3), 165.

Cavallero, P., Ferrari, M., & Bertocci, B. (2006). La solitudine degli anziani autosufficienti. G. Gerontol, 54:24-27.

Charles, S., & Carstensen, L. (2007). Emotion regulation and aging. In J. J. Gross (Ed.), Handbook of emotion regulation (pp. 307-327).

Creswell, J., Irwin, M., Burklund, L. J., Lieberman, M. D., Arevalo, J. M., & Ma, J. S. (2012). Mindfulness-based stress reduction training reduces loneliness and pro-inflammatory gene expression in older adults: a small randomized controlled trial. Brain, Behavior, and Immunity, 26(7), 1095-1101.

Cuijpers, P. (1998). Psychological outreach programmes for the depressed elderly: A metaanalysis of effects and dropout. International Journal of Geriatric Psychiatry, 13, 41-48.

Cumming, E., & Henry, W. (1961). Growing old: the process of disengagement. Basic Books.

De Beni, R. (2009). Psicologia dell'invecchiamento. Bologna: Il Mulino.

De Martino, P., & Couyoumdjian, A. (2012). La terapia cognitivo-comportamentale della depressione nell'anziano: una revisione della letteratura. Psicoterapia C, 18(3), 321–341.

Di Prospero, B. (2004). Il futuro prolungato (1st ed.). Roma: Carocci.

Diehl, M., & Wahl, H. W. (2010). Awareness of age-related change: examination of a (mostly) unexplored concept. Journal of Gerontology: Social Sciences, 65B(3), 340–350.

Diehl, M., Wahl, H., Barrett, A., Brothers, A., Miche, M., Montepare, J., . . . Wurm, S. (2014). Awareness of aging: theoretical considerations on an emerging concept. NIH Public Access, Developmental Review, 34(2), 93–113.

Erikson, E. (1959). Identity and the life cycle: selected papers. Psychological Issues, 1, 1–171.

Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (1975). "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatric Research, 12(3), 189-198.

Frankl, V. E. (2006). Man's search for meaning: an introduction to logotherapy (4th ed.). Beacon Press. (Original work published 1946).

Gala, C. (1996). Psicogeriatria medica. McGraw-Hill.

Gallegos, A. M., Hoerger, M., Talbot, N. L., Krasner, M. S., Knight, J. M., Moynihan, J. A., &

Duberstein, P. (2013). Toward identifying the effects of the specific components of mindfulness-based stress reduction on biological and emotional outcomes among older adults. The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 19(10), 787-792.

Goldapple, K., Segal, Z., Garson, C., Lau, M., Bieling, P., Kennedy, S., & Mayberg, H. (2004). Modulation of cortical-limbic pathways in major depression: treatment-specific effects of cognitive behavior therapy. Archives of General Psychiatry, 61(1), 34-41.

Gunaratana, H. (1995). La pratica della consapevolezza. In parole semplici. Roma: Ubaldini Editore.

Horn, J., & Cattell, R. (1966). Refinement and test of the theory of fluid and crystallized general intelligences. Journal of Educational Psychology, 57(5), 253–270.

Jayasekara, R. P., Jayasekara, R., Procter, N., Harrison, J., Skelton, K., Hampel, S., Deuter, K. (2015). Cognitive behavioural therapy for older adults with depression: a review. Journal of Mental Health, 24(3), 168-171.

Kabat-Zinn, J. (1990). Vivere momento per momento. Milano: Corbaccio Editori.

Kabat-Zinn, J. (1991). Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face

stress, pain, and illness. New York: Delta.

Kabat-Zinn, J. (XI ed. 2024). Vivere momento per momento: edizione riveduta e aggiornata.

Milano: Corbaccio - Garzanti.

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. Clinical Psychology: Science & Practice, 10, 144–156.

Kahneman, D., Diener, E., & Schwarz, N. (1999). Well-being: foundations of hedonic psychology. New York: Russell Sage Foundation.

Krishna, M., Jauhari, A., Lepping, P., T., D., C., & A., K. (2011). Is group psychotherapy effective in older adults with depression? A systematic review. International Journal of Geriatric Psychiatry, 26(4), 331-340.

Kuyken W, Byford S, Taylor RS, Watkins E, Holden E, White K, Barrett B, Byng R, Evans A, Mullan E, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. J Consult Clin Psychol. 2008 Dec; 76(6):966-78. doi: 10.1037/a0013786. PMID: 19045965.

Laidlaw, K., Davidson, K., Toner, H., Jackson, G., & Clark, S. (2008). A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy vs treatment as usual in the treatment of mild to moderate late life depression. International Journal of Geriatric Psychiatry, 23, 843–850.

Lang, F., & Carstensen, L. L. (2002). Time counts: future time perspective, goals, and social relationships. Psychology and Aging, 17(1), 125.

Lattanzio, F., Mussi, C., Scafato, E., et al. (2010). Health care for older people in Italy: the ULISSE Project (a computerized network on health care services for older people). Journals of Nutrition, Health & Aging, 14(3), 238-242.

Lee, Y., Stockings, E., Harris, M., Doi, S., Page, I., Davidson, S., & Barendregt, J. (2019). The risk of developing major depression among individuals with subthreshold depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. Psychological Medicine, 49(1), 92-102.

Lockwood, C., Page, T., NursCert, H., & Conroy-Hiller, T. (2004). Effectiveness of individual therapy and group therapy in the treatment of schizophrenia. JBI Library of Systematic Reviews, 2(2), 1-44. doi: 10.11124/01938924-200402020-00001.

Malinowski, P. (2013). Neural mechanisms of attentional control in mindfulness meditation. Frontiers in Neuroscience, 7.

Maslow, A. (1968). Toward a Psychology of Being. New York, NY: Van Nostrand.

McBee, L. (2008). Mindfulness-based elder care: a CAM model for frail elders and their caregivers. New York: Springer Publishing Co.

O'Rourke, N., Tuokko, H., Hayden, S., & Beattie, B. (1997). Early identification of dementia: predictive validity of the clock test. Archives of Clinical Neuropsychology, 12(3), 257-267.

Pascual-Leone, A., Amedi, A., Fregni, F., & Merabe, L. (2005). The plastic human brain cortex. Annual Review of Neuroscience, 28, 377-401.

Payne, K., & Marcus, D. (2008). The efficacy of group psychotherapy for older adult clients: a meta-analysis. Group Dynamics: Theory, Research, and Practice, 12(4), 268.

Perlman, D., & Peplau, L. (1982). Theoretical approaches to loneliness. In Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy, 36, 123-134.

Pinquart, M., & Sorensen, S. (2001). Influences on loneliness in older adults: a meta-analysis. Basic and Applied Social Psychology, 23(4), 245-266.

Rogers, C. (1961). On Becoming a Person. Boston, MA: Houghton Mifflin.

Romano, P. (2012). Psicoterapia di gruppo in pazienti anziani depressi. Appunti, 71.

Rose, A. M. (1964). A current theoretical issue in social gerontology. The Gerontologist, 4(1), 46-50.

Rothera, I., Jones, R., & Gordon, C. (2001). An examination of the attitudes and practice of general practitioners in the diagnosis and treatment of depression in older people. International Journal of Geriatric Psychiatry, 17, 354–358.

Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. The Gerontologist, 37(4), 433-440.

Rutledge, T., & Hogan, B. (2002). A quantitative review of prospective evidence linking psychological factors with hypertension development. Psychosomatic Medicine, 64(5), 758- 766.

Ryan, R., & Deci, E. (2001). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. Annual Review of Psychology, 52(1), 141-166.

Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Exploration on the meaning of psychological well-being. Journal of Personality and Social Psychology, 57(6), 1069-1081.

Ryff, C. (2013). Eudaimonic well-being and health: mapping consequences of self-realization. In The Best Within Us: Positive Psychology Perspectives on Eudaimonia (pp. 77–98).

Ryff, C., & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. Journal of Personality and Social Psychology, 69(4), 719-727.

Ryff, C., & Singer, B. (1996). Psychological well-being: meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. Psychotherapy and Psychosomatics, 65(1), 14-23.

Ryff, C., & Singer, B. (2008). Know thyself and become what you are: a eudaimonic approach to psychological well-being. Journal of Happiness Studies, 9(1), 13-39.

Ryff, C., Singer, B., & Love, G. (2004). Positive health: connecting well-being with biology. Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences, 359(1449), 1383-1394.

Salzberg, S., & Mipham, S. (2008). Quiet mind: A beginner's guide to meditation. Shambhala Publications

Schulz, R., & Salthouse, T. (1999). Adult Development and Aging: Myths and Emerging Realities (3rd ed.). New York: Houghton Mifflin.

Segal, Z. V., Teasdale, J. D., Williams, J. M., & Gemar, M. C. (2002). The mindfulness-based cognitive therapy adherence scale: inter-rater reliability, adherence to protocol, and treatment distinctiveness. Clinical Psychology & Psychotherapy, 9(2), 131-138.

Segal, Z., Williams, M., & Teasdale, J. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy for depression. New York: Guilford Press.

Seitz, D., Adunuri, N., Gill, S., Gruneir, A., Herrmann, N., & Rochon, P. (2011). Antidepressants for agitation and psychosis in dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2.

Seligman, M. E. P. (1990). Learned Optimism. New York: Knopf.

Seligman, M. (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In Handbook of Positive Psychology (pp. 3-12).

Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction (Vol. 55, No. 1, p. 5). Washington, D.C.: American Psychological Association.

Serfaty, M. A., Haworth, D., Blanchard, M., Buszewicz, M., Murad, S., & King, M. (2009). Clinical effectiveness of individual cognitive behavioral therapy for depressed older people in primary care: a randomized controlled trial. Archives of General Psychiatry, 66(12), 1332-1340.

Sheikh, J., & Yesavage, J. (1986). Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. In Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention (pp. 165). Binghamton, NY: Haworth Press.

Sheldon, K., & King, L. (2001). Why positive psychology is necessary. American Psychologist, 56(3), 216.

Splevins, K., Smith, A., & Simpson, J. (2009). Do improvements in emotional distress correlate with becoming more mindful? a study of older adults. Aging and Mental Health, 13(3), 328- 335.

Steverink, N., Westerhof, C., Bode, C., & Dittmann-Kohli, F. (2001). The personal experience of aging, individual resources, and subjective well-being. The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 56(6), P364-P373.

Suls, J., & Bunde, J. (2005). Anger, anxiety, and depression as risk factors for cardiovascular disease: the problems and implications of overlapping affective dispositions. Psychological Bulletin, 131(2), 260.

Wang, F., Gao, Y., Han, Z., Yu, Y., Long, Z., Jiang, X., & Zhao, Y. (2023). A systematic review and meta-analysis of 90 cohort studies of social isolation, loneliness and mortality. Nature Human Behaviour, 7(8), 1307-1319.

Weiss, R. (1975). Loneliness: the experience of emotional and social isolation. MIT Press.

Wilson, K., Mottram, P., & Vassilas, C. (2009). Psychotherapeutic treatments for older depressed people (Review). The Cochrane Collaboration. Published by J. Wiley & Sons.

World Health Organization. (2017). Depression and other common mental disorders: global health estimates.

**Loredana Portone**

**Specializzanda in psicoterapia cognitiva, training Masotto e Romano, Verona**

**e-mail: portoneloredana@gmail.com**

*Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista: psicoterapeutiinformazione@apc.it*

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it