

ISTITUTO DI TERAPIA COGNITIVA E COMPORTAMENTALE  
SEDE DI PADOVA

**Acceptance and Commitment Therapy (ACT):  
Nuove prospettive per la Psicoterapia Cognitiva  
e Comportamentale?**

Dott. Marco Vicentini  
info@marcovicentini.it

Anno Accademico 2007–2008

Il presente materiale è distribuito ai sensi della licenza  
Creative Commons Attribution-Noncommercial-Share Alike 2.5 Italy.  
Nessun altro uso è consentito senza il consenso scritto dell'Autore.

Per informazioni <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/it/>

Il presente lavoro intende offrire una rassegna della letteratura scientifica relativa alla Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Tale proposta di Stefen Hayes e collaboratori si situa all'interno di quella che è chiamata la Terza generazione della psicoterapia del comportamento. Il presente lavoro introduce la storia e i principi teorici del protocollo terapeutico. Successivamente riporta le principali evidenze di efficacia provenienti dall'applicazione di tale protocollo in differenti contesti clinici.

# Indice

<b>1</b>	<b>La terza generazione della terapia del comportamento</b>	<b>5</b>
1.1	Steven C. Hayes e la formulazione dell'ACT . . . . .	6
1.1.1	Contestualismo funzionale . . . . .	7
1.1.2	Relational Frame Theory . . . . .	8
1.2	Principi terapeutici . . . . .	8
1.2.1	Accettazione dell'esperienza . . . . .	8
1.2.2	Defusione cognitiva . . . . .	9
1.2.3	Una esperienza trascendente di sé . . . . .	10
1.2.4	Valori . . . . .	10
1.2.5	Impegno . . . . .	11
<b>2</b>	<b>Evidenze scientifiche</b>	<b>13</b>
2.1	Pubblicazioni relative all'ACT . . . . .	13
2.2	Rassegna della letteratura . . . . .	13
<b>3</b>	<b>Evidenze cliniche</b>	<b>17</b>
3.1	Disturbi d'ansia . . . . .	17
3.1.1	Disturbo d'ansia generalizzato . . . . .	19
3.1.2	Fobia sociale . . . . .	19
3.1.3	Disturbo post-traumatico da stress . . . . .	20
3.1.4	Disturbo ossessivo-compulsivo . . . . .	21
3.1.5	Disturbi del controllo degli impulsi . . . . .	21
3.2	Disturbi dell'alimentazione . . . . .	22
3.3	Disturbi somatoformi . . . . .	22
3.4	Disturbi correlati a sostanze . . . . .	24
3.4.1	Tabagismo . . . . .	24
3.4.2	Dipendenza da oppiacei . . . . .	24
3.5	Disturbo di personalita borderline . . . . .	25
3.6	Schizofrenia e altri disturbi psicotici . . . . .	25
<b>4</b>	<b>Conclusioni</b>	<b>27</b>
	<b>Bibliografia</b>	<b>29</b>



## Capitolo 1

# La terza generazione della terapia del comportamento

La “Acceptance and Commitment Therapy” (ACT), che in italiano può essere resa con “Terapia legata all’accettazione e all’impegno” (Spagnulo, 2007), viene collocata da Hofman e Asmundson (2008) all’interno di quella che è indicata come la terza generazione (“third wave”) della terapia cognitiva e comportamentale.

Se la prima fase della psicoterapia fu caratterizzata dal comportamentismo e la seconda dal cognitivismo, la terza fase è un movimento che si incardina su interventi che includono, in maniera differente, l’utilizzo dell’accettazione incondizionata, della meditazione, della relazione, dei valori e della spiritualità, in funzione dei differenti obiettivi terapeutici (Mace, 2007).

Più che focalizzarsi sulla riduzione dei sintomi, la finalità primaria della ACT consiste nell’aiutare i clienti ad accettare i propri pensieri ed emozioni e vivere in maniera consistente con i propri valori. Così, ad esempio, quelli che sono chiamati i sintomi dell’ansia non sono considerati come elementi problematici. Si ritiene infatti che la fonte principale del disagio (o sofferenza) sia il tentativo senza fine di controllare e gestire i sintomi.

In tale prospettiva, la ACT si propone come una terapia capace di affrontare un ampio spettro di disturbi psicopatologici e molteplici forme di disagio psicologico, pur privilegiando il trattamento dei disturbi d’ansia (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999; Eifert & Forsyth, 2005; Hayes, Follette, & Linehan, 2005).

All’interno di questo approccio, l’ansia non è considerata come qualcosa di negativo, né qualcosa che debba essere ridotta o eliminata. Al contrario, l’ansia è vista come parte integrante dell’ampio ventaglio dell’esperienza umana. Così, per poter giungere ad una qualità di vita più soddisfacente, le persone che sperimentano stati ansiosi non dovrebbero tentare di eliminare da loro stessi gli stati ansiosi. Viceversa, dovrebbero fare la scelta di agire in maniera da essere consistenti con i propri valori, invece di utilizzare l’ansia come una scusa per non partecipare pienamente alla vita.

In tale prospettiva, si capisce anche l'importanza dell'acronimo ACT, che in inglese rende i tre principali passi proposti dalla terapia: "Accept thoughts and feelings, Choose directions, and Take action" (accetta i pensieri e le emozioni, scegli le priorità, agisci).

Gli Autori riconoscono che tale approccio terapeutico possa apparire contro-intuitivo. In ambienti che sono focalizzati sulla gestione della salute degli utenti, i clinici sono interessati più alla riduzione dei sintomi che alla promozione della soddisfazione della vita.

In tale prospettiva, l'ACT è talora indicata più come una visione del mondo, che come una serie di tecniche terapeutiche. Si deve riconoscere come la filosofia soggiacente alla ACT, e in generale alle pratiche legate alla meditazione, mostri una modalità di considerare il dolore e il disagio opposta alla visione tradizionale occidentale, legata al controllo e alla riduzione dei sintomi.

Pur proponendo un approccio nuovo al disagio psicologico, Hofman e Asmundson (2008) ritengono che l'ACT non sia un trattamento per i disturbi emotivi così differente rispetto ai modelli tradizionali di terapia cognitiva-comportamentale (CBT). All'interno della letteratura riguardante la regolazione delle emozioni, queste ultime possono essere infatti regolate sia manipolando la valutazione degli stimoli interni o esterni che anticipano le emozioni (regolazione delle emozioni focalizzata sugli antecedenti), sia manipolando la risposta emotiva (regolazione delle emozioni focalizzata sulla risposta). In tale prospettiva sia i modelli CBT che l'ACT propongono strategie di regolazione delle emozioni adattive, differenziandosi nei processi regolatori. La CBT promuove strategie di regolazione delle emozioni focalizzate sull'analisi degli antecedenti, mentre la strategia dell'accettazione dell'ACT intende ridurre le strategie non adattive di risposta alle emozioni. In tale prospettiva, Hofman e Asmundson (2008) ritengono che, nonostante le fondamentali differenze filosofiche, le tecniche proposte dall'ACT siano pienamente compatibili con il modello CBT, e che tali tecniche possano portare degli interventi più adeguati per taluni disagi.

## 1.1 Steven C. Hayes e la formulazione dell'ACT

L'ACT venne proposta alla comunità scientifica da Steven C. Hayes con la pubblicazione di due articoli (Hayes & Brownstein, 1986; Hayes & Wilson, 1994) e di un libro (Hayes et al., 1999). A questi sono seguiti diversi manuali, tra i quali si segnalano i recenti Hayes et al. (2005) e Eifert e Forsyth (2005).

Hayes, attualmente docente presso il Dipartimento di Psicologia dell'Università del Nevada (Reno, Nevada, USA), principale esponente del protocollo terapeutico, descrive l'ACT da differenti prospettive. L'ACT è una filosofia, una teoria di base, una teoria applicata, ma è anche un insieme di tecniche, tra loro interconnesse, che hanno come elemento comune alcuni elementi che l'autore deriva esplicitamente dall'insegnamento buddista: l'ubiquità della sofferenza umana, il ruolo dell'attaccamento nel disagio psicologico, la meditazione, l'agire

etico e virtuoso (Hayes, 2002; Hayes, 2003).

Partendo da questi elementi, l'ACT si è sviluppata identificando i principali processi comportamentali che rendono ragione del principio di accettazione e dei trattamenti basati sulla “defusione cognitiva”. In tal modo gli autori hanno cercato di fornire, all'interno della tradizione comportamentale, un fondamento scientifico per concetti e pratiche provenienti dal mondo buddista.

Per Hayes (2002), aver incluso nella psicologia clinica delle tecniche che derivano da tradizioni spirituali e religiose rappresenta un positivo passo in avanti, anche perché, afferma l'autore, si riesce in tal modo a relativizzare il primato delle tecniche terapeutiche che non necessariamente permettono da sole un innovazione e un progresso nelle discipline psicologiche. In ogni caso, non si vuole con questo che la moderna psicologia scientifica venga limitata delle prospettive religiose e/o spirituali.

### 1.1.1 Contestualismo funzionale

Pur inserendosi in quella che è definita la terza fase della psicologia clinica, caratterizzata dall'accettazione di istanze filosofiche e spirituali, l'ACT non intende essere una proposta spirituale né cognitiva. Hayes (2004) la definisce come una proposta strettamente comportamentale, basata su di una analisi clinica del comportamento umano, secondo la prospettiva del contestualismo funzionale.

Hayes afferma che l'ACT si basa sul “funzionalismo contestuale”, il cui principio chiave è “iniziare ad agire nel contesto”, focalizzandosi sulla globalità di un evento, sul ruolo del contesto per definire la valenza funzionale di un evento, enfatizzando criteri pragmatici di verità, definendo obiettivi specifici che permettano di verificare il criterio di verità personale.

L'ACT concettualizza gli eventi psicologici come una serie di interazioni comportamentali tra gli organismi e contesti definiti storicamente e situazionalmente. Rimuovere i comportamenti problematici dei clienti dai contesti che vengono definiti in tali eventi significa, per Hayes, falsificare la natura del problema e precludersi a possibili soluzioni.

Il criterio di verità è definito in funzione del risultato ottenuto; per sapere cosa funziona è necessario conoscere quali sono gli obiettivi verso i quali il soggetto intende agire. Nel contestualismo, solo gli obiettivi ultimi permettono di formulare una analisi, senza essere oggetto di analisi, né richiedere giustificazione alcuna.

Tale prospettiva si definisce contestuale, o anche analisi comportamentale, in quanto considera la valenza predittiva e modulatore delle variabili contestuali che definiscono le interazioni in atto tra l'intero organismo e contesti definiti storicamente e situazionalmente. Hayes afferma che per poter raggiungere lo scopo di modificare un comportamento è necessario, e unicamente possibile, manipolare le variabili contestuali (Hayes & Brownstein, 1986).

### **1.1.2 Relational Frame Theory**

Il modello teorico soggiacente, di matrice post-Skinneriana, si basa su di un programma di ricerca sul linguaggio e sui processi cognitivi: la “Relational Frame Theory” (RFT), che può anche essere resa in italiano come teoria della struttura relazionale (Hayes, Barnes-Holmen, & Roche, 2001; Fletcher & Hayes, 2005). Tale modello teorico richiede che per analizzare qualsiasi comportamento umano sia necessario considerare la struttura relazionale cognitiva dentro la quale il comportamento si attua.

Le reti relazionali che vengono a crearsi sono resistenti al cambiamento e alla soppressione, al punto che spesso i tentativi di evitamento portano a rinforzare la rete stessa (“Non pensare a x” serve come stimolo contestuale per “x”, al punto da rendere presente psicologicamente l’evento relativo). Anche modalità cognitive quali la disputa comportano il rischio di mantenere e rinforzare una rete di relazioni. La RFT sottolinea come tali processi siano per il soggetto per lo più non consapevoli (e questa viene chiamata “cognitive fusion”, fusione cognitiva), rendendo il soggetto stesso meno in contatto con l’esperienza qui e ora, e maggiormente dominato dalle regole verbali e dalle contingenze dirette (Hayes, 1989). Il disagio psicologico stesso è comprensibile solamente all’interno della rete cognitiva creata dai processi linguistici (Fletcher & Hayes, 2005).

Secondo tale prospettiva, la RFT non intende modificare la catena causale S-R di pensiero-azione o emozione-azione, ma intende cambiare la struttura relazionale (il contesto) che sostiene la rete causale pensiero-azione, emozione-azione. Le tecniche utilizzate sono primariamente l’accettazione dell’esperienza e la defusione cognitiva (Hayes, 2004).

In ogni caso, Hayes (1989) riconosce come ogni tecnica della terapia del comportamento possa e debba essere utilizzata in un protocollo ACT, soprattutto nella seconda fase del trattamento stesso, dopo che l’accettazione delle esperienze evitate e della disponibilità (“willingness”) di cambiare verso i valori desiderati sono state consolidate.

## **1.2 Principi terapeutici**

### **1.2.1 Accettazione dell’esperienza**

Il primo elemento cardine dell’ACT è l’accettazione del cliente, in una forma ancora più radicale di quella formulata da Rogers. L’ACT vuole sostenere il cliente a sentire e pensare cosa egli senta direttamente e cosa egli pensi di fatto, ciò che è, non ciò che dice di essere, al fine di aiutare il cliente a muoversi nella direzione desiderata, con tutta la propria storia e le proprie reazioni automatiche. Le tecniche formulate non vogliono altro che facilitare la definizione di un contesto psicologico che renda possibile ciò. Il processo dell’ACT è ciclico: riconoscimento della fusione cognitiva e dei comportamenti di evitamento, defusione, e “scorrer via” (“letting go”), al fine di stabilire nuove relazioni fun-



zionali più flessibili con questi eventi, e poi muoversi nella direzione desiderata, costruendo repertori comportamentali sempre più ampi.

Per definire un esempio, una persona ansiosa vuole liberarsi del suo problema d'ansia. E potrebbe venir vissuto come invalidante rifiutarsi di lavorare direttamente sul risultato sperato. Ad un livello differente, comunque, il cliente con disturbo d'ansia vuole liberarsi dal suo problema al fine di vivere una vita migliore. A questo punto, la liberazione dall'ansia non è l'obiettivo ultimo: è una tappa per un fine. A tale cliente l'ACT propone qualcosa di differente rispetto ai suoi tentativi precedenti di liberarsi dall'ansia: muoversi direttamente e velocemente verso l'obiettivo finale, liberandosi dai circoli automatici dell'ansia, e affidandosi invece alle proprie esperienze (Twohig, Masuda, Varra, & Hayes, 2005).

Per far questo, l'ACT utilizza il linguaggio in una forma non lineare, in quanto il linguaggio lineare stesso rischia di essere la sorgente primaria di repertori rigidi e inefficaci. Strumenti cognitivi ben noti quali i paradossi, le metafore, le storie, gli esercizi, i compiti comportamentali, i processi esperenziali sono ampiamente utilizzati. Immagini quali l'essere caduti all'interno di un buco, o la metafora del poligrafo e della pistola puntata alla testa ricorrono spesso allo scopo di far fare esperienza al cliente dei processi impossibili dentro i quali sta cercando la soluzione.

### 1.2.2 Defusione cognitiva

La prospettiva della RFT considera il linguaggio e i pensieri non con valenza automatica o meccanica, ma contestuale. In tal senso, la RFT riconosce come spesso i pensieri funzionino come se fossero ciò che dicono di essere (Backledge, 2007). Il pensiero "Io sono un fallito" può far ritenere la persona di dover affrontare la realtà dell'essere una persona fallita, anziché il pensiero che pensa "Io sono un fallito".

Questo è un elemento ben noto all'interno della CBT, che ha offerto come soluzione di trovare verifiche per il pensiero stesso, o di analizzare il contenuto irrazionale dei pensieri. L'ACT invece propone di modificare il contesto, tramite la defusione cognitiva.

Le tecniche di defusione cognitiva intendono erodere le strette relazioni verbali che stabiliscono la funzione appresa dello stimolo (Masuda, Hayes, Sackett, & Twohig, 2004). Ad esempio una tecnica di defusione è data dall'esercizio del "latte, latte, latte", descritto per la prima volta da Titchener nel 1916. Si esplorano le proprietà di una singola parola (per esempio: bianco, cremoso, caldo) e si ripete rapidamente la parola per circa un minuto, fino a che, nel contesto della rapida ripetizione, la parola perde i suoi significati e diviene un semplice suono. L'esercizio è poi ripetuto avendo come parola una preoccupazione principale per il cliente o un pensiero ripetitivo (per esempio: stupido, debole, inutile).

Il punto esperienziale è che i pensieri non significano quello che dicono di si-

gnificare, e se non è possibile modificare il loro referente, è sempre possibile sperimentali come un processo in divenire.

### 1.2.3 Una esperienza trascendente di sé

Gli Autori riconoscono come sia irrealistico chiedere ad un cliente di sperimentare pensieri e emozioni che ritiene pericolosi senza fornire un luogo sicuro dove ciò sia possibile. Hayes (1984) ritiene che tale luogo si possa trovare lungo il continuum della autoconsapevolezza nel guardare le cose da una altra prospettiva (“perspective taking”).

Per spiegare tale concetto l’ACT usa sovente l’esercizio dell’osservatore, un esercizio da svolgersi ad occhi chiusi, finalizzato a promuovere l’esperienza del contatto con la dimensione trascendente di sé. Si chiede alla persona di fare attenzione alle proprie sensazioni, di ricordare un episodio avvenuto mesi prima e prestare attenzione a quello che si è provato in quella situazione. A questo punto si chiede alla persona di prestar attenzione a come una persona sia qui che sperimenta dei pensieri e delle emozioni, e una altra persona abbia sperimentato quell’evento mesi orsono. In tal modo si intende mostrare come il continuum delle esperienze possa essere interrotto, spostando il contenuto delle esperienze stesse.

Una metafora dall’analogo significato è data dall’osservatore che guarda l’acqua di un fiume scorrere: vede prima i tronchi e le foglie andar via, poi può immaginare che qualcun altro, dall’alto di un albero, lo fissi mentre osserva il fiume scorrere e trascinare con sé oggetti diversi.

Questi e simili esercizi intendono far fare esperienza alla persona della differenza tra la persona stessa e quelle cose che la preoccupano e le creano disagio. Hayes ritiene che (solo) tale esperienza trascendente di sé fornisca un luogo sicuro dal quale sperimentare alcuni dei contenuti psicologici temuti con minore preoccupazione.

### 1.2.4 Valori

L’elemento più specifico dell’ACT è forse dato dall’enfasi sui valori personali. Hayes (2004) afferma che solo partendo dal contesto valoriale l’azione, l’accettazione, la defusione si integrano tra di loro in una proposta efficace. I valori sono definiti all’interno della RFT come qualità dell’azione che possono essere istanziate nel comportamento ma non possono essere possedute come oggetto. Le prime fasi della terapia ACT si caratterizzano per ricercare quelli che sono i valori personali nei diversi domini della vita: nella famiglia, nelle relazioni intime, nella salute, nel lavoro, nella spiritualità e così via. Una delle tecniche usate consiste nel chiedere cosa uno desidererebbe che venisse scritto sulla propria pietra tombale, o cosa venisse detto durante il proprio funerale. Una volta che i valori personali sono chiarificati, è possibile definire obiettivi che incarnino tali valori, azioni concrete e graduali che possano permettere di raggiungere tali

obbiettivi.

Ancora una volta, strategie cognitive e comportamentali ben note per la risoluzione dei problemi sono utilizzate con finalità meno specifiche e più generali.

### 1.2.5 Impegno

Si chiarisce quindi che il senso dell'accettazione indica, anche etimologicamente, prendere quello che è offerto. Accettazione non è solo tolleranza, ma è un attivo abbracciare senza giudicare l'esperienza provata qui ed ora grazie alla tecnica della defusione cognitiva e dell'esperienza trascendentale di sé.

Accettazione implica intrinsecamente il concetto di esposizione, concetto centrale in molteplici terapie comportamentali basate sull'esposizione stessa. Ma l'ACT si differenzia da tali terapie in quanto non intende perseguire la finalità della regolazione delle emozioni. Non intende far sperimentare un sentimento con lo scopo di controllarlo o ridurlo direttamente. La finalità dell'esposizione nell'ACT è l'esperienza stessa del fare esperienza di emozioni e pensieri temuti. Si intende quindi aumentare il repertorio comportamentale della persona, aumentandone la flessibilità psicologica (Backledge & Hayes, 2001).

L'ACT si prope di costruire un repertorio comportamentale più ampio, sia rimuovendo gli effetti limitanti della fusione cognitiva e dell'evitamento, sia sostenendo un insieme di comportamenti coerenti con i valori personali. L'ACT intende far apprendere strategie generalizzate per muoversi verso i propri obbiettivi e raggiungerli, dissolvendo le barriere psicologiche tramite la defusione e l'accettazione, e dissolvendo le barriere situazionali tramite l'azione diretta. E le tecniche utilizzate sono quelle provenienti dal patrimonio della terapia comportamentale. In questa ottica, l'ACT è tanto una strategia orientata all'accettazione quanto una strategia orientata al cambiamento. Raramente viene però affermato come tale esposizione offra delle analogie con i presupposti delle tecniche di desensibilizzazione o di flooding.



## Capitolo 2

# Evidenze scientifiche

### 2.1 Pubblicazioni relative all'ACT

Consultando le principali banche dati relative alla letteratura psicologica internazionale, è possibile constatare il numero esponenziale di articoli e pubblicazioni che affrontano direttamente e indirettamente l'ACT.

In figura 2.1 vengono riportate le pubblicazioni censite da PsycINFO e da Google Scholar al 15 giugno 2008, suddivise per anni, considerando come parola chiave l'intera stringa "Acceptance and Commitment Therapy". Non è possibile non riconoscere un evidente trend crescente, quasi esponenziale, relativo alle ricerche pubblicate sul presente protocollo di ricerca.

Solo considerando i titoli e gli abstract presenti sul servizio PsycINFO, fornito dalla American Psychological Association, è possibile ottenere l'elenco di 703 articoli pubblicati. Utilizzando il recente servizio "Scholar" offerto da Google, che considera non solo gli articoli pubblicati su riviste peer-reviewed, ma anche libri e manuali, pur presentando alcuni problemi relativi alla presenza di duplicati nella lista fornita, si ottiene il considerevole numero di circa 1500 riferimenti. Tale servizio riporta inoltre come il primo libro di Hayes sull'ACT (Hayes et al., 1999) sia stato citato in 553 articoli, un suo articolo sul trattamento di disturbi della sfera psicotica (Bach & Hayes, 2002) è citato in 123 articoli, e un recente articolo sulle evidenze cliniche dell'ACT (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006) è stato citato 78 volte.

### 2.2 Rassegna della letteratura

La principale rassegna della letteratura sull'ACT è stata proposta da Hayes, Masuda, Bissett, Luoma, e Guerrero (2004) sulla rivista *Behavior Therapy*, e poi aggiornata da Hayes et al. (2006) sulle pagine di *Behaviour Research and Therapy*.

Queste rassegne indicano l'ACT come trattamento efficace in numerosi disturbi clinici e sub-clinici, spaziando dal trattamento dei disturbi psicotici, ai

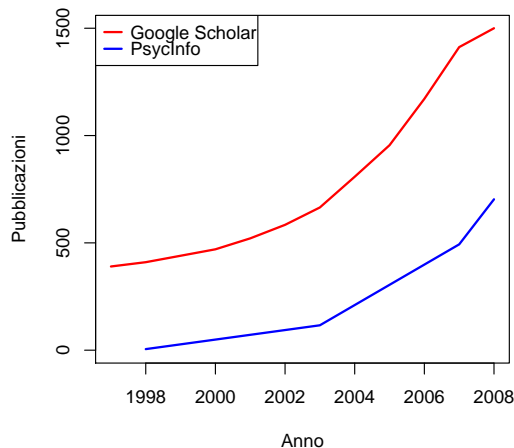


Figura 2.1: Pubblicazioni recensite da PsycINFO e Google Scholar, utilizzando come parola chiave “Acceptance and Commitment Therapy” [Aggiornato a giugno 2008].

disturbi d’ansia e dell’umore, per affrontare anche tematiche generali della psicologia sociale legate al pregiudizio. Un così ampio ventaglio di ambiti applicativi appare eccessivo, rispetto soprattutto ai riscontri effettivi proposti in letteratura.

Il protocollo terapeutico dell’ACT, pur avendo ormai quasi dieci anni di verifiche empiriche, necessita infatti di ulteriori verifiche relativamente all’efficacia e all’efficienza, mancando sovente di veri studi randomizzati e controllati.

Un recente studio controllato e randomizzato (Lappalainen et al., 2007) ha voluto confrontare gli esiti del trattamento tra psicoterapeuti formati sul modello CBT e sul modello ACT. In generale lo studio riconosce come entrambi i modelli raggiungano i medesimi risultati nel medesimo tempo. Lo studio riporta come i clienti trattati all’interno del modello ACT riportino un generale miglioramento sintomatologico, mentre i clienti trattati col modello CBT riportino un più veloce incremento nell’auto-consapevolezza della situazione di disagio.

In generale, è possibile affermare che l’applicazione dell’ACT nel trattamento del dolore, dell’ansia sociale, dell’ansia generalizzata, e della depressione ha portato a risultati consistenti e incoraggianti, sostenuti anche da studi su grandi gruppi di soggetti, metodologicamente corretti e replicati in differenti contesti culturali (Ivanovski & Malhi, 2007).

Differente è la situazione per altri disturbi di seguito descritti: la ricerca, pur presentata alla comunità clinica e scientifica su prestigiose riviste, è tuttora limitata a studi pilota condotti su gruppi selezionati, se non effettuata come studio di casi singoli.

Gaudio (2008) afferma che, nonostante la ricerca sull'ACT sia ancora in una fase iniziale, i risultati preliminari suggeriscono risultati più favorevoli rispetto ai protocolli tradizionali CBT, soprattutto perché si vengono a modificare i comportamenti disadattivi di evitamento, più che le convinzioni disfunzionali, che non sono primario oggetto del trattamento.

Gli stessi Hayes et al. (2006) riconoscono che non vi siano sufficienti studi controllati per poter concludere che l'ACT sia generalmente più efficace di altri trattamenti CBT per l'intera gamma di problemi affrontati. In ogni caso, i limiti metodologici delle ricerche presentate richiedono ulteriori approfondimenti prima che l'ACT possa essere raccomandata come trattamento primario nell'approccio ai disturbi d'ansia (Allen et al., 2006).





## Capitolo 3

# Evidenze cliniche

Nelle sezioni successive verranno indicati i principali ambiti clinici, ma non solo, nei quali l'ACT è stata applicata e per i quali sono state riportate indicazioni inerenti l'efficacia del trattamento stesso.

La scelta del materiale oggetto di approfondimento si è appoggiata sulle pagine bibliografiche preparate dalla Association for Contextual Behavioral Science (ACBS), associazione fondata e presieduta dallo stesso Hayes, sul sito web raggiungibile all'URL [www.contextualpsychology.org](http://www.contextualpsychology.org).

Il materiale bibliografico si è ulteriormente arricchito grazie a due rassegne sugli esiti della ACT posta a confronto con differenti protocolli CBT (Hayes, Masuda, et al., 2004; Hayes et al., 2006) e protocolli legati alle tecniche meditative. Una fonte critica è costituita da un gruppo di ricerca non direttamente collegato all'ACBS che ha effettuato una metanalisi relativa alla validità clinica dell'ACT (Allen et al., 2006).

I testi consultati provengono da una selezione dei principali articoli apparsi su riviste peer-reviewed nei quali Hayes è apparso come primo autore o come co-autore.

Si segnalano articoli pubblicati su (in ordine alfabetico): Behavior Therapy, Behaviour Research and Therapy, International Journal of Psychology and Psychological Therapy, Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, e The Behavior Analyst.

Si aggiungono articoli su riviste caratterizzate per un alto prestigio, valutato attraverso la misurazione dell'impact factor (IF). Tra di esse si segnalano articoli su Behavior Modification (IF = 1.33), Clinical Psychology: Science and Practice (IF = 1.89), Cognitive and Behavioral Practice (IF = 1.18), e Journal of Clinical Psychology (IF = 1.22).

### 3.1 Disturbi d'ansia

Tenendo in considerazione la base teorica (e filosofica) entro cui nasce la proposta dell'ACT, è facile considerare come i primi disturbi ad essere considerati

riguardano la sfera dei disturbi d'ansia.

Zettle (2003) ha trattato per 6 settimane un gruppo di studenti universitari ( $N = 24$ ) che riportavano sintomi ansiosi nelle discipline matematiche e nell'ansia da esame, con una desensibilizzazione sistematica o con un protocollo basato sull'ACT. I risultati del suo lavoro hanno portato ad una diminuzione significativa statisticamente e clinicamente per entrambi i gruppi, anche al follow-up a 2 mesi. Tale diminuzione si presentava sostanzialmente equivalente in funzione del diverso trattamento.

Campbell-Sills, Barlow, Brown, e Hofman (2006) hanno condotto uno studio su di un ampio gruppo ( $N = 60$ ) di pazienti afferenti al Centro per disturbi d'ansia della Università di Boston. Nello specifico, gli autori hanno voluto confrontare gli effetti psicofisiologici della soppressione emozionale e della accettazione in un campione cui era stata posta una diagnosi di disturbo d'ansia (in primis fobia sociale e disturbo d'ansia generalizzato). I partecipanti furono assegnati casualmente a due gruppi. Il primo gruppo affrontò una serie di incontri relativi a come sopprimere le proprie reazioni emozionali, mentre nel secondo il focus riguardava come accettare le proprie risposte emozionali. Ai partecipanti furono quindi mostrati dei cortometraggi ad alto contenuto emotivo, chiedendo che i partecipanti stessi seguissero le indicazioni fornite. Le misurazioni psicofisiologiche riportarono un simile livello di attivazione durante e successivamente la visione dei film. Il gruppo cui erano state indicate strategie di accettazione riportò un numero minore di emozioni negative durante il periodo successivo alla visione del film. Non vi furono differenze relativamente alla conduttanza cutanea o alla aritmia respiratoria. Tale studio mostra chiaramente come la soppressione della risposta emozionale non diminuisce il livello di distress provato dall'individuo, e sia dunque non efficace. Anzi, la soppressione mantiene più a lungo gli effetti negativi prodotti dagli stimoli ansiogeni. In ogni caso, lo studio qui indicato non fornisce un supporto alle strategie legate sull'accettazione, che, peraltro, non si mostrano meno efficaci delle strategie basate sulla soppressione.

Un successivo studio condotto da Forman, Herbert, Moitra, Yeomans, e Geller (2007) ha considerato un ampio gruppo ( $N = 101$ ) di soggetti trattati per disturbi d'ansia, depressione, distimia, e scarsa qualità della vita. Lo studio randomizzato e controllato ha posto a confronto una tradizionale terapia CBT con la ACT. Gli autori riportano miglioramenti sostanzialmente equivalenti nella sintomatologia in entrambi i gruppi ed evidenziano differenze nei meccanismi mediatori dell'esito. In particolare, le esperienze soggettive sono mediate dalle azioni di "osservare" e "descrivere" per i pazienti CBT; sono invece concettualizzate come "evitare l'esperienza", "agire con consapevolezza", e "accettare" per i pazienti del gruppo ACT.

Gli Autori dello studio ritengono che l'ACT sia un valido trattamento che può legittimamente essere considerato, in quanto la sua efficacia appare equivalente a quella di altri protocolli CBT.

### 3.1.1 Disturbo d'ansia generalizzato

In una recente rassegna bibliografica, Roemer e Orsilio (2002) hanno mostrato come sia possibile integrare gli esistenti trattamenti CBT per il disturbo d'ansia generalizzato (DAG) e per le preoccupazioni croniche con tecniche provenienti dai protocolli basati sull'accettazione, al fine di aumentare l'efficacia e la significatività clinica di tali approcci. In particolare gli Autori, rifacendosi alla letteratura, concettualizzano le preoccupazioni come una forma di evitamento delle esperienze, più che dei comportamenti, attraverso strategie sia di tipo superstizioso, che di tipo di evitamento dell'esperienza stessa. Le preoccupazioni funzionerebbero quindi come strategia di evitamento di un distress interno.

Gli autori riconoscono come, sebbene vi siano limitate esperienze cliniche relative al trattamento del DAG utilizzando il protocollo ACT, è possibile riconoscere la plausibilità teorica dell'ACT per il trattamento del DAG. Tale plausibilità è sostenuta sia mostrando come le preoccupazioni possano essere affrontate con strategie di accettazione, sia mostrando come numerose tecniche proposte dall'ACT siano riformulazione di ben note strategie della CBT.

Gli Autori ritengono che il protocollo terapeutico proposto nell'ACT permetta di ridurre l'uso di strategie che mirano ad evitare di confrontarsi con gli eventi personali, a diminuire le risposte automatiche ai propri pensieri disfunzionali, ad aumentare le abilità del cliente a prendersi impegni di cambiamento comportamentale, il tutto incoraggiando il cliente a spostarsi dal tentare di controllare gli eventi personali per lavorare verso il cambiamento del comportamento.

### 3.1.2 Fobia sociale

È ormai consolidata l'efficacia dei trattamenti CBT per il trattamento della fobia sociale (FS). Ciò nonostante alcuni soggetti non sembrano rispondere al trattamento o continuano a mostrare sintomi residui e limitazioni comportamentali dopo il trattamento (Dalrymple & Herbert, 2007). Vi sono in letteratura delle prime evidenze che gli approcci terapeutici basati sull'accettazione possono contribuire ad aumentare l'efficacia nel trattamento della FS, soprattutto tramite strategie basate sull'esposizione all'evento evitato.

Lo studio condotto da Ossman, Wilson, Storaasli, e McNeill (2006) ha considerato l'impatto di un protocollo basato sull'ACT nel trattamento di gruppo per soggetti con FS (N = 22). Il protocollo è consistito in 10 sessioni. Le misurazioni al post-trattamento e al follow-up hanno rivelato un significativo decremento della fobia sociale e dei comportamenti di evitamento esperienziale (effect-size al follow-up: 0,83 e 1,71 rispettivamente). Lo studio riporta anche come la soddisfazione nella qualità della vita, in particolare per quello che riguarda le relazioni sociali, sia significativamente aumentata. I sintomi sono diminuiti nonostante non fossero uno degli obiettivi primari del trattamento. I risultati del presente studio suggeriscono che il miglioramento sintomatologico possa essere il risultato della aumentata disponibilità di sperimentare sia le

emozioni aversive che di attivarsi in comportamenti sociali coerenti con i valori personali, comportamenti in precedenza evitati.

Un lavoro successivo di Dalrymple e Herbert (2007), purtoppo senza gruppo di controllo, ha considerato un trattamento individuale in 12 incontri, secondo un protocollo che integrava le tecniche CBT basate sull'esposizione con quelle dell'ACT. La misurazione al follow-up effettuate sul gruppo di soggetti (N = 19) ha rivelato una significativa riduzione dei sintomi dell'ansia sociale e un miglioramento generale nella qualità della vita. Tale studio mostra come i primi cambiamenti nell'evitamento esperienziale siano validi predittori di successivi cambiamenti nella riduzione della severità dei sintomi.

I lavori qui presentati rappresentano studi pilota che supportano con riscontri clinici la ragionevolezza empirica dell'ACT come strategia di supporto ai protocolli CBT basati sull'esposizione. Tale integrazione potrebbe aumentare l'efficacia dei trattamenti consolidati per la fobia sociale.

### **3.1.3 Disturbo post-traumatico da stress**

Partendo dall'assunto presente in letteratura che uno degli elementi centrali del disturbo post-traumatico da stress (PTSD) è costituito dall'evitamento, dall'impegno attivo di fuggire dai pensieri ed emozioni traumatiche, Orsilio e Batten (2005) hanno proposto un trattamento basato sull'ACT per il trattamento di tale disturbo.

Dopo aver considerato i principali trattamenti con evidenze empiriche per il trattamento del PTSD, tra i quali vengono segnalati lo Stress Inoculation Therapy (SIT), la Cognitive Processing Therapy (CPT) e la Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), gli Autori mostrano come uno degli elementi comuni a tutte le terapie precedentemente indicate sia il ruolo della esposizione, elemento cardine, ma spesso non banale da far comprendere ai clienti.

Gli Autori propongono dunque di considerare l'utilizzo dell'ACT nel trattamento del PTSD proprio per la capacità di tale protocollo terapeutico nell'aiutare i clienti ad accettare di sperimentare emozioni e pensieri, diminuendo i comportamenti di evitamento, e facilitando l'esposizione alle esperienze in vivo.

Gli Autori mostrano lo studio di un caso singolo trattato per PTSD con il protocollo ACT. In particolare nel trattamento gli Autori si sono posti come obiettivi l'aumento della consapevolezza delle strategie disfunzionali adottate, di porre in discussione l'efficacia dell'evitamento e delle strategie di controllo delle emozioni fin qui adottate, di promuovere la disponibilità di porre comportamenti attivi anche se questi ultimi possono comportare anche emozioni negative o temute, attraverso il metodo della defusione cognitiva, per fare una nuova esperienza di sé, inizialmente per immaginazione, e poi in vivo, ed impegnarsi così nelle azioni desiderate.

Tornano in questo protocollo proposto per il trattamento del PTSD i temi dell'ACT, ma anche elementi classici della desensibilizzazione e dell'esposizione immaginativa.

### 3.1.4 Disturbo ossessivo-compulsivo

La letteratura scientifica riconosce come l'esposizione con prevenzione del rituale (ERP) sia la tecnica terapeutica più efficace per il trattamento del disturbo ossessivo compulsivo (DOC). Un limite riconosciuto a tale tecnica risiede nel fatto che un certo numero di soggetti rifiuta il trattamento, non ritenendolo accettabile o efficace. Proprio per questo, la tecnica comportamentale viene spesso integrata da trattamenti cognitivi, che sembrano essere efficaci nel ridurre il numero di drop-out (Twohig, Hayes, & Masuda, 2006), volti a ridurre l'urgenza del soggetto a ricorrere a ritualismi.

Twohig et al. (2006) hanno proposto di utilizzare l'ACT nel trattamento del DOC, soprattutto per le caratteristiche di accettazione e defusione esperienziale. Infatti, i soggetti che soffrono di DOC si focalizzano in maniera disfunzionale sui loro pensieri ossessivi, e si attivano in una varietà di comportamenti di fuga o di evitamento. Lo studio è stato condotto in 8 sessioni individuali su un ristretto numero di soggetti ( $N = 4$ ) che rispondevano ai criteri per il DOC. Gli Autori hanno riscontrato diminuzione nei punteggi in tutti i questionari per la misura del DOC utilizzati. Inoltre hanno osservato cambiamenti positivi nella sintomatologia ansiosa e depressiva. Da tale studio gli Autori suggeriscono di valutare la possibilità di inserire in maniera consistente il protocollo ACT all'interno delle tecniche ERP per il trattamento del DOC.

### 3.1.5 Disturbi del controllo degli impulsi

Twohig e colleghi (Twohig & Woods, 2004; Twohig et al., 2006; Twohig, Hayes, & Masuda, 2006) hanno approfondito l'applicazione dell'ACT alla tricotillomania su di un gruppo di soggetti ( $N = 6$ ). Il protocollo utilizzato ha visto l'uso combinato della ACT con la Habit Reversal Training (HRT) proposta da Azrin e Nunn (1973), che, sommariamente, si basa sulla consapevolezza, sull'emissione di un comportamento competitivo rispetto al comportamento che si intende estinguere, e sul rinforzo sociale. La componente aggiunta dagli autori consiste in una versione ridotta del protocollo ACT consistente nell'abbandonare le strategie precedentemente utilizzate, accettare la volontà dell'urgenza di strappare peli o capelli, svolgere un esercizio di defusione dal significato letterale del linguaggio, attivarsi verso i valori personali desiderati. I risultati hanno indicato al post-trattamento degli esiti eccellenti nella diminuzione dei comportamenti compulsivi, nella diminuzione degli stati negativi legati all'ansia e alla depressione. Al follow-up il 75% dei soggetti ha mantenuto il livello raggiunto di completa estinzione del comportamento oggetto di attenzione clinica.

Risultati analoghi sono stati ottenuti dal gruppo di Woods, Wetterneck, e Flessner (2006) che ha utilizzato un protocollo analogo a quello di (Twohig & Woods, 2004) in uno studio randomizzato e controllato ( $N = 25$ ). I risultati sembrano confermare una riduzione significativa nella gravità dei sintomi, in molti casi una completa estinzione, con una riduzione dei comportamenti di evita-

mento esperienziale e con una diminuzione dei sintomi d'ansia e di depressione, anche al follow-up a tre mesi.

## 3.2 Disturbi dell'alimentazione

Differenti gruppi di ricercatori (Heffner, Sperry, Eifert, & Detweiler, 2002; Wilson & Roberts, 2002; Forman, Hoffman, et al., 2007) hanno voluto verificare se l'ACT potesse essere utilizzata nel trattamento dei disturbi dell'alimentazione, soprattutto nella popolazione adolescenziale.

Heffner et al. (2002) hanno descritto un protocollo utilizzato nel trattamento di una ragazza che soffriva di anoressia nervosa. Tale trattamento vedeva combinate tecniche cognitive comportamentali, supporto genitoriale, con tecniche e metafore proprie dell'ACT. Il protocollo ha permesso di raggiungere l'obbiettivo clinico di un aumento ponderale, accompagnato da una maggior accettazione del proprio corpo, e una riscoperta dei valori personali.

Il caso è stato successivamente analizzato da Wilson e Roberts (2002) che hanno cercato di concettualizzare il ruolo dell'ACT nel trattamento stesso. Questi ultimi Autori hanno evidenziato come l'ACT possa essere un valido protocollo nel trattare le emozioni negative e le convinzioni disfunzionali, anche associate alle condizioni corporee.

Forman, Hoffman, et al. (2007) hanno condotto uno studio sulle strategie di gestione del desiderio ardente ("craving") di cibo, concetto che è ritenuto critico nel mantenimento del peso corporeo. Il gruppo sperimentale non clinico (N = 19) è stato suddiviso casualmente in tre gruppi cui sono state proposte differenti strategie: a) distrazione e ristrutturazione cognitiva, b) accettazione e defusione, c) nessuna strategia. I risultati dello studio hanno mostrato, qui come altrove, una sostanziale efficacia equivalente delle strategie cognitive basate sulla distrazione rispetto a quelle basate sull'accettazione.

## 3.3 Disturbi somatoformi

Una degli ambiti clinici dove più è stato studiato il protocollo ACT è costituito dai disturbi somatoformi, ed in particolar modo il disturbo algico. In particolare si vuole indagare se gli strumenti della accettazione e della defusione cognitiva siano in grado di svolgere un ruolo significativo nelle strategie di gestione del dolore.

Un lavoro sperimentale condotto da Gutierrez, Luciano, Rodriguez, e Fink (2004) ha confrontato le strategie CBT con strategie basate sull'accettazione nella gestione del dolore indotto. Il gruppo sperimentale (N = 40) fu assegnato casualmente ad un protocollo ACT, il cui scopo era sconnettere i pensieri e le emozioni legate al dolore dalle situazioni concrete, o ad un gruppo di controllo, focalizzato al controllo o al cambiamento dei pensieri e delle emozioni collegate al dolore. I partecipanti erano coinvolti in un compito di matching di sillabe

che prevedeva progressive esposizione al dolore. I partecipanti del gruppo ACT mostrarono una maggiore tolleranza al dolore e riportavano una percezione soggettiva del dolore inferiore a quella del gruppo di controllo.

Uno studio analogo condotto da Masedo e Esteve (2007) su di un gruppo sperimentale ( $N = 219$ ), nel quale lo stimolo dolorifico era costituito dalla temperatura ambientale torrida, ha portato a risultati molto simili. Il gruppo definito da strategie di evitamento ha mostrato i tempi di tolleranza al dolore minori. Il gruppo definito da strategie di accettazione ha mostrato una percezione del livello di dolore e distress significativamente inferiore.

Partendo dai risultati ivi riportati, sembra lecito poter affermare che il protocollo ACT permetta di aumentare significativamente la tolleranza al dolore e contemporaneamente far diminuire la percezione soggettiva del dolore stesso.

Uno studio pilota riportato da Wicksell, Melin, e Olsson (2007) ha posto l'attenzione sull'efficacia dell'ACT nel trattamento del dolore cronico di origine non nota (idiopatica) in soggetti adolescenti. Il dibattito che ne è seguito ha cercato di distinguere, se presenti, gli elementi specifici del protocollo ACT rispetto a ben noti protocolli CBT (Asmundson & Hadjistravropolous, 2006), e ha comunque consolidato l'assunto che ogni protocollo terapeutico debba essere passato al vaglio della ricerca empirica (Rudd, Williams, & Trotter, 2006).

Una ricerca condotta da Dahl, Wilson, e Nilsson (2004) ha posto a confronto su di un gruppo di volontari ( $N = 19$ ) l'efficacia di una forma breve di ACT più il trattamento medico standard (MTAU) con il solo MTAU per il dolore cronico. Al follow-up a 6 mesi i partecipanti del gruppo ACT mostravano un numero minore di giorni di malattia dal lavoro e un minor ricorso al trattamento farmacologico.

Il gruppo di McCracken (McCracken, Carson, Eccleston, & Keefe, 2004; McCracken & Eccleston, 2006; McCracken & Vowles, 2006; McCracken & Yang, 2006; McCracken, MacKichan, & Eccleston, 2007) ha considerato l'efficacia del protocollo ACT in contesti clinici con soggetti cui era stata diagnosticata una grave disabilità data dal disturbo algico. Tali studi hanno posto a confronto l'efficacia non solo di diverse strategie psicoterapeutiche, ma anche l'efficacia dei trattamenti farmacologici standard per il dolore.

Gli Autori definiscono l'accettazione del dolore cronico come una disponibilità attiva di intraprendere attività significative nella vita senza tener conto delle sensazioni, dei pensieri e dei sentimenti collegati al dolore, sensazioni che altrimenti risultano precludenti le attività stesse (McCracken et al., 2004). Il nucleo della proposta consiste nel non attivarsi in violenti tentativi non necessari di fronteggiare le esperienze personali, tentativi che spesso hanno come effetto l'intensificare le componenti aversive delle esperienze stesse, pervadendo con influenze distruttive tutta la vita.

Il concetto che gli Autori ritengono di poter sostenere è che l'accettazione del dolore, accettazione che – ribadiscono – non è passività né rassegnazione, ma affrontare una sofferenza in modo tale che vi possa seguire un corso della vita

soddisfacente. Gli autori, in studi su ampi gruppi di pazienti ( $N = 230$ ), hanno successivamente dimostrato come l'accettazione sia un predittore efficace per le possibilità del paziente di aumentare il proprio funzionamento quotidiano e di vivere una vita soddisfacente rispetto ai valori personali (McCracken & Eccleston, 2006; McCracken & Vowles, 2006). Un analogo studio (McCracken & Yang, 2006) condotto su di un differente gruppo di pazienti ( $N = 140$ ) ha evidenziato come i valori personali che più sembrano essere capaci di focalizzare le risorse personali sono quelli relativi ai domini delle relazioni familiari ed amicali. In ogni caso gli autori concordano che il protocollo ACT non sia da proporre ad ogni tipologia di paziente che soffre di disturbo algico cronico, ma solo a quelli che utilizzano un'ampia quantità di risorse cognitive nel tentativo di controllare il disturbo stesso, senza arrivare ad alcun risultato, anzi esacerbando il dolore stesso (McCracken et al., 2007). Per tali pazienti l'ACT rappresenta un valido protocollo in grado di migliorare la qualità della vita.

## **3.4 Disturbi correlati a sostanze**

### **3.4.1 Tabagismo**

In uno studio randomizzato con un gruppo di persone dipendenti dalla nicotina ( $N = 76$ ), Gifford et al. (2004) hanno verificato l'efficacia del trattamento ACT rispetto al solo trattamento farmacologico sostitutivo della nicotina (NRT). Il gruppo ACT ha seguito un protocollo costituito da: definire gli stimoli interni ed esterni attivanti, identificare i problemi relativi all'impegno nel controllo, chiarificare i valori personali, accettazione e disponibilità, competenze nella meditazione, esposizione graduale, calendario programmato del fumo, competenze nella defusione cognitiva, attivazione comportamentale.

Il principale risultato dello studio è che, mentre non sono state evidenziate differenze al post-trattamento tra i due gruppi, il follow-up ad 1 anno ha mostrato esiti migliori per il gruppo ACT, con un odd-ratio di 1.82 rispetto al trattamento farmacologico.

### **3.4.2 Dipendenza da oppiacei**

Uno studio di Hayes, Wilson, et al. (2004) ha visti coinvolti  $N = 138$  soggetti appartenenti a comunità terapeutiche. I soggetti del campione presentavano problemi di dipendenza da oppiacei e seguivano una cura metadonica. Tali soggetti parteciparono ad un protocollo intensivo di 16 settimane. Furono posti a confronto tra loro: un protocollo ACT, il protocollo standard per gli Stati Uniti per il trattamento delle dipendenze da oppiacei (Intensive Twelve-Step Facilitation, ITSF), oggetto di controversie terapeutiche, e un controllo costituito dal solo trattamento farmacologico.

I risultati hanno mostrato una analoga efficacia dei due trattamenti al post-trattamento, ed una maggiore efficacia dell'ACT al follow-up a 6 mesi nelle



misure legate al ricorso farmacologico. Entrambi i trattamenti hanno mostrato una simile capacità nel ridurre gli stati aversivi.

Come già auspicato dagli Autori al momento della proposta del protocollo (Wilson, Hayes, & Byrd, 2000), l'ACT potrebbe rappresentare un protocollo condiviso all'interno della proposta cognitiva e comportamentale per affrontare le dipendenze da abuso di sostanze, almeno ponendosi come ulteriore offerta di protocollo terapeutico.

### **3.5 Disturbo di personalita borderline**

Uno degli elementi più critici all'interno del disturbo di personalità di tipo borderline è costituito dall'elevato numero di comportamenti di autolesionismo. Molteplici protocolli hanno cercato di aiutare i soggetti a regolare la risposta emozionale, soprattutto alle emozioni negative.

In uno studio pilota, Gratz e Gunderson (2006) hanno posto a confronto una terapia di supporto per pazienti non ricoverati ( $N = 10$ ) con una terapia finalizzata alla regolazione della risposta emotiva ( $N = 12$ ). Tale terapia era basata sull'educazione emozionale, sulle strategie di evitamento e di accettazione delle emozioni, sul controllo degli impulsi, e sull'impegno in azioni finalizzate a realizzare i valori personali.

I risultati dello studio hanno mostrato gli effetti positivi di tale terapia sulla diminuzione dei comportamenti di autolesionismo, sull'evitamento delle situazioni stressogene, sulla sintomatologia borderline, e sui sintomi d'ansia, depressione e stress. Diversi soggetti raggiunsero i valori normativi di funzionamento su tutte le misurazioni effettuate.

### **3.6 Schizofrenia e altri disturbi psicotici**

Una recente rassegna delle evidenze scientifiche nel trattamento delle psicosi (Dickerson & Lehman, 2006) mostra come le terapie cognitive e comportamentali abbiano le più forti evidenze di efficacia e mostrino i migliori benefici nella riduzione dei sintomi nei pazienti. Tra i protocolli che si aggiungono ai protocolli CBT, l'ACT rappresenta uno degli approcci che offre chiare evidenze di efficacia, soprattutto nel promuovere la qualità della vita dei pazienti e ridurre i comportamenti di controllo (Pankey & Hayes, 2003).

In tale direzione si è mosso lo studio condotto da Bach e Hayes (2002) sull'efficacia dell'ACT nel prevenire la riospedalizzazione di pazienti con disturbi psicotici. Il protocollo testato su  $N = 80$  pazienti ha posto a confronto un protocollo ACT in 4 sessioni di gruppo in aggiunta ad un protocollo standard. Tale offerta terapeutica aggiuntiva ha mostrato una efficacia definita da un odd-ratio di 2.00 nel numero di riospedalizzazioni dei pazienti al follow-up a 4 mesi.

Gaudiano e Herbert (2006) hanno approfondito lo studio di Bach e Hayes (2002) con un ulteriore gruppo di  $N = 40$  soggetti. I risultati a breve termi-

ne hanno mostrato che il gruppo ACT mostrava una diminuzione dei sintomi affettivi, un generale miglioramento nell'adattamento quotidiano, un miglior reinserimento sociale, ed un minor distress associato alle allucinazioni.

Uno studio di Gaudiano, Miller, e Herbert (2007) ha considerato il trattamento della depressione maggiore in pazienti con disturbi psicotici. Sebbene gli Autori mostrino come non esistono psicoterapie empiricamente supportate per tale disturbo, essi ritengono che un protocollo basato sull'ACT potrebbe essere adeguato. A tal scopo riportano gli esiti di uno studio pilota condotto su  $N = 18$  soggetti che sembra incoraggiare ulteriori approfondimenti. Nonostante gli Autori riportino che tale intervento sia stato ben tollerato dai pazienti, raccomandano cautela nell'utilizzare in modo intensivo le tecniche di meditazione con pazienti con disturbi psicotici.

## Capitolo 4

# Conclusioni

Il presente lavoro bibliografico ha voluto offrire una rassegna aggiornata relativamente alla Acceptance and Commitment Therapy, una delle forme di psicoterapia che sono classificate all'interno della terza generazione della psicoterapia cognitiva e comportamentale.

Tale proposta terapeutica, sostenuta da Stefen Hayes e collaboratori dell'Università del Nevada, si fonda da un lato su di una base scientifica definita dalla Relational Frame Theory, e dall'altro su prospettive ed elementi della meditazione di origine buddista.

La prospettiva buddista emerge nell'approccio proposto al disagio psicologico e negli elementi fondamentali dell'ACT (accettazione dell'esperienza, defusione cognitiva, esperienza trascendentale di sé, valori personali, impegno). Nonostante questo, gli Autori ripetutamente cercano di mostrare come l'ACT non sia un trattamento per i disturbi emotivi che si discosta radicalmente rispetto ai modelli tradizionali della terapia cognitiva-comportamentale.

Facendo propria la lettura critica di Hofman e Asmundson (2008), è possibile riconoscere come sia i modelli CBT che l'ACT proponano strategie di regolazione delle emozioni adattive, differenziandosi solamente nei processi regolatori. Mentre la CBT promuove strategie di regolazione delle emozioni focalizzate sull'analisi degli antecedenti, l'ACT cerca di ridurre le strategie non adattive di risposta alle emozioni.

Si può quindi ritenere che, pur partendo da prospettive differenti, le tecniche proposte dall'ACT siano pienamente compatibili con il modello CBT, e che tali tecniche possano portare degli interventi più adeguati per taluni disagi.

Dall'analisi delle evidenze riportate nella letteratura internazionale, è possibile affermare che l'ACT sia un promettente trattamento all'interno del modello cognitivo e comportamentale, in particolare per il trattamento del dolore cronico, dell'ansia sociale, dell'ansia generalizzata, e degli stati depressivi.

In ogni caso, gli studi fino ad oggi presentati alla comunità clinica e scientifica sono ancora limitati a studi pilota, studi su gruppi non clinici, e spesso allo studio di casi singoli.

Si può comunque concordare con Gaudiano (2008) quando afferma che, nonostante la ricerca sull'ACT sia ancora nella prima fase, i risultati fin qui ottenuti suggeriscono risultati equivalenti e spesso più favorevoli rispetto a protocolli tradizionali CBT. In particolare i migliori risultati sono stati ottenuti quando uno degli obiettivi del trattamento è la riduzione dei comportamenti disadattivi e dei comportamenti di evitamento.

# Bibliografia

- Allen, N. B., Chambers, R., Knight, W., Blashki, G., Hased, C., gullone, E., et al. (2006). Mindfulness-bases psychotherapies: a review of conceptual foundations, empirical evidence and practical considerations. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 285-294.
- Asmundson, G. J. G., Hadjistravropolous, H. D. (2006). Acceptance and Commitment Therapy in the rehabilitation of a girl with chronic idiopathic pain: Are we breaking new ground? *Cognitive and Behavioral Practice*, 13, 178-181.
- Azrin, N. H., Nunn, R. G. (1973). Habit-reversal: A method of eliminating nervous habits and tics. *Behaviour Research and Therapy*, 11, 619-628.
- Bach, P., Hayes, S. C. (2002). The use of Acceptance and Commitment Therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1129-1139.
- Backledge, J. T. (2007). Dirupting verbal processes: Cognitive defusion and Acceptance and Commitment Therapy and other mindfulness-based psychotherapies. *The Psychological Record*, 57, 555-576.
- Backledge, J. T., Hayes, S. C. (2001). Emotion regulation in Acceptance and Commitment Therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 57(2), 243-255.
- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., Hofman, S. G. (2006). Effects of suppression and acceptance on emotional reponses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1251-1263.
- Dahl, J., Wilson, K. G., Nilsson, A. (2004). Acceptance and Commitment Therapy and the treatment of persons at risk for long-term disability resulting from stress and pain symptoms: A preliminary randomized trial. *Behavior Therapy*, 35, 785-801.
- Dalrymple, K. L., Herbert, J. D. (2007). Acceptance and Commitment Therapy for generalized social anxiety disorder: A pilot study. *Behavior Modification*, 31(5), 543-568.
- Dickerson, F. B., Lehman, A. F. (2006). Evidence-based psychotherapy for schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(1), 3-8.
- Eifert, G. H., Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Fletcher, L., Hayes, S. C. (2005). Relational frame theory, Acceptance and Commitment Therapy, and a functional analytic definition of mindfulness.

- Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 23(4), 315-336.
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D., Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of Acceptance and Commitment Therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification*, 31(6), 772-799.
- Forman, E. M., Hoffman, K. L., McGrath, K. B., Herbert, J. D., Brandsma, L. L., Lowe, M. R. (2007). A comparison of acceptance- and control-based strategies for coping with food cravings: An analog study. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2372-2386.
- Gaudiano, B. A. (2008). Cognitive-behavioural therapies: achievements and challenges. *Evidence Based Mental Health*, 11, 5-7.
- Gaudiano, B. A., Herbert, J. D. (2006). Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using Acceptance and Commitment Therapy: Pilot results. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 415-437.
- Gaudiano, B. A., Miller, I. W., Herbert, J. D. (2007). The treatment of psychotic major depression: Is there a role for adjunctive psychotherapy? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 271-277.
- Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Antonuccio, D. O., Piasecki, M. M., Rasmussen-Hall, M. L., et al. (2004). Acceptance-based treatment for smoking cessation. *Behavior Therapy*, 35, 689-705.
- Gratz, K. L., Gunderson, J. G. (2006). Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 37, 25-35.
- Gutierrez, O., Luciano, C., Rodriguez, M., Fink, B. C. (2004). Comparison between an acceptance-based and a cognitive-control-based protocol for coping with pain. *Behavior Therapy*, 35, 767-783.
- Hayes, S. C. (1984). Making sense of spirituality. *Behaviorism*, 12, 99-110.
- Hayes, S. C. (1989). *Rule-governed behavior: Cognition, contingencies, and instructional control*. New York: Plenum Press.
- Hayes, S. C. (2002a). Acceptance, mindfulness, and science. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 101-106.
- Hayes, S. C. (2002b). Buddhism and Acceptance and Commitment Therapy. *Behavioral Practice*, 9, 58-66.
- Hayes, S. C. (2003). Mindfulness: Method and process. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 161-165.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, relational frame theory and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmen, D., Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post-skinnerian account of human language and cognition*. New York: Plenum Press.
- Hayes, S. C., Brownstein, A. J. (1986). Mentalism, behavior-behavior relations and a behavior analytic view of the purposes of science. *The Behavior Analyst*, 1, 175-190.
- Hayes, S. C., Follette, V. M., Linehan, M. M. (2005). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Luoma, J., Bond, F. W., Masuda, A., Lillis, J. (2006). Acceptance

- and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 1-25.
- Hayes, S. C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J., Guerrero, L. F. (2004). DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy*, *35*, 35-54.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G. (1994). Acceptance and commitment therapy: Altering the verbal support for experiential avoidance. *The Behavior Analyst*, *17*(2), 289-303.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Bissett, R., Piasecki, M. M., Batten, S. V., et al. (2004). A preliminary trial of twelve-step facilitation and Acceptance and Commitment Therapy with polysubstance-abusing methadone-maintained opiate addicts. *Behavior Therapy*, *35*, 667-688.
- Heffner, M., Sperry, J., Eifert, G. H., Detweiler, M. (2002). Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of an adolescent female with anorexia nervosa: A case example. *Cognitive and Behavioral Practice*, *9*, 232-236.
- Hofman, S. G., Asmundson, G. J. G. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat? *Clinical Psychology Review*, *28*, 1-16.
- Ivanovski, B., Malhi, G. S. (2007). The psychological and neurophysiological concomitants of mindfulness forms of meditation. *Acta Neuropsychiatrica*, *19*, 76-91.
- Lappalainen, R., Lehtonen, T., Skarp, E., Taubert, E., Ojanen, M., Hayes, S. C. (2007). The impact of CBT and ACT models using psychology trainee therapists: A preliminary controlled effectiveness trial. *Behavior Modification*, *31*, 488-511.
- Mace, C. (2007). Mindfulness in psychotherapy: an introduction. *Advances in Psychiatric Treatment*, *13*, 147-154.
- Masedo, A. I., Esteve, M. R. (2007). Effects of suppression, acceptance, and spontaneous coping on pain tolerance, pain intensity and distress. *Behaviour Research and Therapy*, *45*, 199-209.
- Masuda, A., Hayes, S. C., Sackett, C. F., Twohig, M. P. (2004). Cognitive defusion and self-relevant negative thoughts: examining the impact of a ninety year old technique. *Behaviour Research and Therapy*, *42*, 477-485.
- McCracken, L. M., Carson, J. W., Eccleston, C., Keefe, F. J. (2004). Acceptance and change in the context of chronic pain. *Pain*, *109*, 4-7.
- McCracken, L. M., Eccleston, C. (2006). A comparison of the relative utility of coping and acceptance-based measures in a sample of chronic pain sufferers. *European Journal of Pain*, *10*, 23-29.
- McCracken, L. M., MacKichan, F., Eccleston, C. (2007). Contextual cognitive-behavioral therapy for severely disabled chronic pain sufferers: Effectiveness and clinically significant change. *European Journal of Pain*, *11*, 314-322.
- McCracken, L. M., Vowles, K. E. (2006). Acceptance of chronic pain. *Current Pain and Headache Reports*, *10*, 90-94.
- McCracken, L. M., Yang, S.-Y. (2006). The role of values in a contextual cognitive-behavioral approach to chronic pain. *Pain*, *123*, 137-145.

- Orsilio, S. M., Batten, S. V. (2005). Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Behavior Modification*, 29, 95-129.
- Ossman, W. A., Wilson, K. G., Storaasli, R. D., McNeill, J. W. (2006). A preliminary investigation of Acceptance and Commitment Therapy in group treatment for social phobia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6(3), 397-416.
- Pankey, J., Hayes, S. C. (2003). Acceptance and Commitment Therapy for psychosis. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(2), 311-328.
- Roemer, L., Orsilio, S. M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 54-68.
- Rudd, M. D., Williams, B., Trotter, D. (2006). The elaboration and evolution of CBT: A familiar foundation and creative application with chronic pain. *Cognitive and Behavioral Practice*, 13, 188-190.
- Spagnulo, P. (2007). *Disturbi d'ansia e panico. il programma ACT. la terza generazione della terapia cognitivo comportamentale per tutti*. Salerno: Ecomind.
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., Masuda, A. (2006a). Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and Commitment Therapy as a treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 37, 3-13.
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., Masuda, A. (2006b). A preliminary investigation of Acceptance and Commitment Therapy as a treatment for chronic skin picking. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1513-1522.
- Twohig, M. P., Masuda, A., Varra, A. A., Hayes, S. C. (2005). Acceptance and Commitment Therapy as a treatment for anxiety disorders. In S. M. Orsilio L. Roemer (Eds.), *Acceptance- and mindfulness-bases approaches to anxiety: Conceptualization and treatment* (chap. 4). New York: Springer.
- Twohig, M. P., Woods, D. W. (2004). A preliminary investigation of Acceptance and Commitment Therapy and habit reversal as a treatment for trichotillomania. *Behavior Therapy*, 35, 803-820.
- Wicksell, R. K., Melin, L., Olsson, G. L. (2007). Exposure and acceptance in the rehabilitation of adolescents with idiopathic chronic pain: A pilot study. *European Journal of Pain*, 11, 267-274.
- Wilson, K. G., Hayes, S. C., Byrd, M. R. (2000). Exploring compatibilities between Acceptance and Commitment Therapy and 12-step treatment for substance abuse. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 18(4), 209-234.
- Wilson, K. G., Roberts, M. (2002). Core principles in Acceptance and Commitment Therapy: An application to anorexia. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 237-243.
- Woods, D. W., Wetterneck, C. T., Flessner, C. A. (2006). A controlled evaluation of Acceptance and Commitment Therapy plus habit reversal for trichotillomania. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 639-656.
- Zettle, R. D. (2003). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) vs. systematic desensitization in treatment of mathematics anxiety. *The Psychological Record*, 53, 197-215.