

ACT per il Disturbo Ossessivo Compulsivo
Manuale breve per il trattamento

Michael P. Twohig, Ph.D.
University of Nevada, Summer 2004

Traduzione a cura del Dr. Salvatore Torregrossa, psicologo.

Sintesi delle sessioni

- **Sessione 1**
 1. Introduzione
 2. Privacy e riservatezza
 3. Paziente a bordo
 - Metafora “*Le due montagne*”
 4. Assessment del DOC
 5. Introduzione alla *disperazione creativa*, sfidare l’agenda di cambiamento del paziente
 6. Homework 1: “*Cosa funziona?*”

- **Sessione 2**
 1. Valutazione funzionamento
 2. Discussione delle impressioni all'ultima sessione
 3. Discussione homework
 4. Ancora la *disperazione creativa*
 - Metafora, “*La buca*”
 - Metafora aggiuntiva, “*Il tiro alla fune con un mostro*”
 5. Homework 2: “*Cos’è scavare per te?*”

- **Sessione 3 e 4**
 1. Valutazione funzionamento
 2. Discussione delle impressioni all'ultima sessione
 3. Discussione homework
 4. Introduzione al concetto di *controllo come problema*
 - Metafora, “*La macchina della verità*”
 - Metafora, “*L’innamoramento*”
 - Metafora, “*La ciambella di marmellata*”
 5. *Disponibilità e Acceptance*: l’alternativa al controllo, la disponibilità
 - Metafora, “*Le due manopole*”
 6. Azione impegnata
 7. Homework 3 e 4: “*Diario quotidiano della disponibilità*”
“*Diario del disagio pulito e sporco*”

- **Sessione 5 e 6**
 1. Valutazione del funzionamento
 2. Discussione delle impressioni all'ultima sessione
 3. Discussione homework e azione impegnata
 4. Introduzione al *sè come contesto e defusione*
 - Esercizio, “*Quali sono i numeri?*”
 - Metafora, “*La scacchiera*”
 5. *Defusione* e riformulazione delle convenzioni linguistiche
 - Metafora, “*I passeggeri nell’autobus*”
 - Esercizio, “*Latte, latte, latte*” di Tichener”
 6. Homework 5 e 6
 - Esercizio, “*L’osservatore*”
 - Esercizio, passare da “*guardare dai tuoi pensieri*” a “*guardare i tuoi pensieri*”
 7. Esercizi di azione impegnata

- **Sessione 7 e 8**

1. Valutazione del funzionamento
2. Discussione delle impressioni all'ultima sessione
3. Discussione homework
4. Introduzione ai valori (consegna homework sui valori)
 - Assessment dei valori: *values assessment inventory*
5. Incrementare l'attenzione sulle azioni impegnate
 - Metafora, "*Barbone alla porta*"
 - Metafora, "*Muoversi attraverso una palude*"
 - Esercizio, "*Scegliere Coca-Cola o 7-Up*"

Questo lavoro è stato realizzato nell' estate del 2004 dal professor *Michael P. Twohig* e tradotto nel mese di Dicembre dell'anno 2020 dal *Dott. Salvatore Torregrossa*, Psicologo. L'autore ha realizzato un manuale in forma breve, un contributo di sintesi realizzato prendendo spunto dai seguenti lavori, più ampi e completi.

Hayes, S.C., Batten, S., Gifford, E., Wilson, K.G., Afairi, N., & McCurry, S. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy An Individual Psychotherapy Manual for the Treatment of Experiential Avoidance*, Second Edition. Reno, NV: Context Press.

Hayes, S. C. Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.

L'edizione originale è consultabile sul sito dell' *Association for Contextual Behavioral Science* (<https://contextualscience.org>), la traduzione italiana è consultabile e scaricabile gratuitamente dal sito del *Dott. Salvatore Torregrossa* nella sezione e-book, all'indirizzo <https://www.psicologotorregrossa.it/manuali-ed-ebook>. Per eventuali feedback sulla traduzione sarei grato di ricevere ogni prezioso spunto al mio indirizzo e-mail: **salvatore_torregrossa@virgilio.it**

Premessa

Orientamento terapeutico:

Ci sono differenze fondamentali tra terapeuti ACT e terapeuti appartenenti ad altri approcci più orientati al “controllo”. Queste differenze sono esposte nel manuale ACT¹ e dovrebbero essere lette e comprese. Si possono fornire tutti gli esercizi e le metafore come scritti nel libro, ma questo non è sufficiente a praticare l’ACT. Al centro di questa strategia terapeutica c’è il presupposto che non ci sia nulla di sbagliato nel paziente. Non è rotto e non sta incontrando il terapeuta per essere aggiustato. Il terapeuta deve ricordare che il paziente fa parte della sua stessa *comunità verbale* (comunità in cui il linguaggio e il pensiero influenzano significativamente i nostri atteggiamenti) e lotta con gli stessi tentativi di “controllare” le emozioni. Se il terapeuta entra in connessione con il paziente e con la sua lotta, notando di combattere la stessa lotta, allora il terapeuta sarà più efficace. Il terapeuta probabilmente non ha mai avuto un disturbo ossessivo compulsivo, ma sicuramente avrà lottato con le preoccupazioni sulle sue competenze, la sensazione di non essere amato e le preoccupazioni per il futuro. In poche parole, vi trovate entrambi all’interno di una buca, solo diverse. Porta questa esperienza nella dimensione della terapia, al servizio del paziente. Inoltre, c’è una difficoltà intrinseca nella creazione di un intervento standardizzato all’interno di un modello dove l’interazione personale è determinante, come nell’ACT. Quindi, sii flessibile. Se il paziente sta dimostrando *fusion* nella prima sessione, il terapeuta dovrebbe essere flessibile e rispondere in modo coerente con il modello ACT e assicurarsi che la *disperazione creativa* venga esplorata adeguatamente. Se per il paziente non è chiaro perché potrebbe valere la pena sentirsi a disagio e non rispondere all’ossessione, assicurati di collegare il lavoro ai suoi *valori*.

Formazione del terapeuta

Per un livello minimo il terapeuta dovrebbe aver letto il manuale ACT e avere familiarità con la particolare filosofia alla base di ACT – il *contestualismo funzionale*. Sarebbe utile, nel migliore interesse del terapeuta, partecipare a qualche workshop esperienziale ACT. Questi sono offerti molte volte prima dell’anno. Le informazioni su questi seminari sono disponibili su www.acceptanceandcommitmenttherapy.com. (ACBS – Association for Contextual Behavioral Science)

Si consiglia di approfondire il seguente capitolo del manuale:

Manuale ACT (Hayes, Strosahl, Wilson -1999)

Capitolo 10 - Relazione terapeutica efficace nel modello ACT.

¹I richiami al Manuale ACT presenti nei vari capitoli fanno tutti riferimento al seguente lavoro (per comodità si ad ometteranno ulteriori note per rendere il lavoro più scorrevole): **Manuale ACT: Hayes, S. C. Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.**

Sessione 1

Si consiglia di approfondire il seguente capitolo del manuale:

Manuale ACT (Hayes, Strosahl, Wilson -1999)

Capitolo 4: *Disperazione creativa*: sfidare il programma di cambiamento

NOTA: Questo è un protocollo che prevede otto sessioni generali di terapia ACT, dell'accettazione e dell'impegno, per il disturbo ossessivo compulsivo, con frequenza settimanale da un'ora ciascuna. Ogni sessione di trattamento prevedrà strategie di intervento principali, con altre aggiuntive, elencate alla fine di ogni sezione. Poiché questo manuale non si adatta alle esigenze di tutti i pazienti, può essere adattato a ciascun caso specifico. La personalizzazione del trattamento può comportare lo spostamento di elementi in questo manuale in sessioni diverse da quelle indicate o l'aggiunta di materiale a supporto delle componenti già suggerite in questo manuale. All'intervento può essere aggiunto solo materiale coerente con l'ACT.

1. Introduzione

Assicurati che il paziente comprenda in cosa consiste il trattamento. Parteciperà a otto sessioni di terapia. Le sessioni si svolgeranno ogni settimana, generalmente alla stessa ora nello stesso giorno. Il paziente deve partecipare a tutte le sessioni e contattare il terapeuta se non può essere presente. Assicurati di avere i numeri di telefono dei pazienti in modo da poterli riprogrammare nel caso in cui non possano partecipare alla sessione. Alla fine di queste otto sessioni il paziente dovrà partecipare a una valutazione post-trattamento.

Permetti al paziente di porre domande riguardanti l'intervento.

2. Privacy e riservatezza

Spiega che tutto ciò che accade durante le sedute rimarrà riservato. L'unica eccezione a questa prevede che alcuni individui, scelti appositamente, visioneranno un numero selezionato di videoregistrazioni delle terapie, assegnandovi un punteggio per garantire l'integrità del trattamento. Inoltre, la riservatezza può essere violata solo in casi previsti dal codice etico *dell'American Psychological Association (APA)*. Ciò include: se il paziente riferisce di voler fare del male a se stesso o ad altri, o riferisce di avere avuto una condotta abusante, delinquenziale o violenta verso un bambino o un anziano.

3. Fai salire i partecipanti a bordo

Consenso informato

Qualsiasi trattamento per il DOC sarà psicologicamente difficile. Il paziente probabilmente ha paura di contattare le sue ossessioni e avrà alcune riserve sull'inizio del trattamento. Per evitare di spaventarlo, allontanandolo dal trattamento e per aiutare la relazione terapeutica, dovrebbe essere reso consapevole di ciò che il trattamento comporta. Questo può essere difficile perché l'ACT è una terapia esperienziale. Pertanto, la seguente descrizione potrebbe essere utile.

Terapeuta: Ritengo opportuno rendere le persone con cui lavoro partecipi di ciò che accadrà in terapia. Vedo due strade da percorrere. Molti terapeuti lavorerebbero con te per cambiare direttamente il modo in cui pensi e ti senti. Potrebbe essere un'opzione. Tuttavia, poiché hai già provato questo approccio, ne esiste un secondo. È più impegnativo e può creare confusione. Non posso descriverti completamente questo approccio perché in una certa misura spiegare la terapia avviene nel corso della terapia stessa. Ma si basa sull'idea che, invece di aiutarti a vincere la *lotta* in cui sei impegnato, potrebbe funzionare meglio aiutarti ad uscire da quella lotta. Si concentra sulle cose che hai fatto nel corso di quella lotta e cerca di cambiare quelle cose. È un lavoro piuttosto essenziale, occuparsi della relazione tra te e le tue esperienze psicologiche - emozioni, pensieri, ricordi e così via. Non è un approccio da prendere alla leggera, è stato utile per alcune persone con problemi come il tuo.

Se il paziente mostra interesse per l'ACT, di solito viene specificato quanto segue:

Terapeuta: Come ho detto, entreremo in questioni abbastanza basilari, comprese alcune che potresti non aspettarti dalla terapia. La mia esperienza con questo approccio è che ti può portare sulle **montagne russe**. Potrebbero emergere tutti i tipi di emozioni: interesse, noia, ansia, tristezza, chiarezza, confusione e così via. È come tentare di pulire un bicchiere **sporco con del fango sul fondo**: l'unico modo per farlo è agitarlo. Quindi alcune cose potrebbero sembrare agitate per un po' e sembrare peggiorare prima di migliorare. Non è che sia opprimente, è solo che dovresti essere pronto a lasciare che si manifesti qualunque cosa accada.

Impegno verso una direzione

Il trattamento del DOC, per alcuni, può essere difficile e spaventoso. Inoltre, in alcuni casi, i risultati di ACT non si vedono se non nelle fasi avanzate della terapia. Pertanto, il paziente dovrebbe essere avvertito di questo in modo da accettare di partecipare all'intero trattamento e di non giudicarlo in modo affrettato.

Terapeuta: Un trattamento importante come questo è meglio farlo ritagliandosi uno spazio all'interno del quale lavorare. Soprattutto se finiamo per sollevare vecchi problemi a volte potrebbe sembrare che stiamo andando indietro quando in realtà stiamo davvero andando avanti. È come l'esercizio fisico: a volte le cose buone comportano fatica. Credo che i pazienti debbano percepire

i terapeuti affidabili: non stiamo chiedendo un assegno in bianco. Se stiamo andando avanti, lo saprai e lo vedremo entrambi nella tua vita. È solo che non possiamo esserne sicuri di settimana in settimana. Quindi quello che vorrei è un periodo di tempo, 8 sessioni. Andiamo avanti per quel lasso di tempo, qualsiasi cosa accada, anche se dovessi avere il desiderio reale di smettere. Uno dei motivi per cui lo trovo importante è che se non ti impegni davvero in queste 8 sessioni non saprai davvero se questo trattamento sia utile o meno.

Alcuni punti essenziali

Costruzione dell'alleanza terapeutica. Oltre a fornire e raccogliere le informazioni necessarie durante queste sessioni, il terapeuta dovrebbe anche lavorare per essere *caloroso, empatico e accogliente*. È importante che prima di iniziare a lavorare insieme paziente e terapeuta abbiano un senso di fiducia e rispetto reciproci, da una prospettiva di accettazione e impegno. Quando i nostri pazienti si sono fatti avanti, quasi sicuramente hanno provato molte, molte cose nel tentativo di agire un controllo sulle loro ossessioni. È anche probabile che si trovino in notevole difficoltà. Vale la pena che il terapeuta cerchi di avere un'idea della lotta del paziente "dall'interno". Potresti dire al paziente qualcosa del tipo:

Terapeuta: Naturalmente, non ho avuto le tue stesse esperienze, ma per quanto possibile, mi sarà d'aiuto, nell'ambito del tuo trattamento, avere un'idea della tua lotta dall'interno - per avere un'idea di come appare il mondo dentro la tua pelle. Adesso non ho intenzione di fingere di conoscere tutti i dettagli delle cose specifiche con cui lotti; non condividiamo questa esperienza. Ciò che condividiamo, tuttavia, è più essenziale. Siamo entrambi umani e, come esseri umani, abbiamo accesso alla lotta "umana". La mia competenza consiste nell'aiutare le persone che sono rimaste bloccate e che hanno provato tanto per sbloccarsi, ad andare avanti. Il tuo compito sarà essere l'esperto delle tue difficoltà. Il mio lavoro consisterà nel vedere come il nostro modello si può applicare ad esse.

Metafora. Le due montagne

È come se stessi per scalare una grande montagna che contiene molti passaggi pericolosi. Il mio lavoro è fare attenzione a te e offrirti indicazioni utili per evitare quei passaggi in cui potresti scivolare o farti male. Riesco a farlo, non perché sono in cima alla tua montagna guardandoti dall'alto verso il basso. Ti vedo perché sono sulla mia montagna, proprio di fronte alla tua. Non ho bisogno di sapere esattamente come ci si sente a scalare la tua montagna per vedere dove stai per muovere i piedi e quale potrebbe essere un percorso migliore per te.

4. Assessment generale

La funzione dell'assessment è di offrire al terapeuta un'idea del disturbo ossessivo compulsivo del paziente. Il manuale si adatterà indipendentemente dalle particolari ossessioni e compulsioni del paziente. È utile, però, conoscere quali sono le specifiche ossessioni e compulsioni per applicare correttamente il manuale.

- Chiedere al paziente di descrivere le proprie ossessioni e compulsioni. Probabilmente saranno numerose, chiedi pertanto di indicare quali sono quelle principali. Chiedi: da quanto tempo il disturbo ossessivo compulsivo è un problema? Quali altri trattamenti ha provato il paziente? Ha mai avuto periodi di tempo in cui non aveva il DOC?
- Quali sono le situazioni in cui agiscono più spesso le compulsioni, quali provocano le ossessioni?
- Perché stanno partecipando al trattamento? In che modo avere controllo sul DOC migliorerà la loro vita?

La fase di assessment può facilmente trasformarsi in *disperazione creativa* attraverso domande riguardanti l'ossessione e i diversi modi in cui il paziente cerca di controllarle. Il paziente potrebbe avere una serie di ossessioni diverse come *controllare, lavare, ripetere, ordinare, contare e accumulare*. Potrebbe anche impegnarsi in una serie di altri comportamenti di evitamento come: *compulsioni nascoste, neutralizzazione, pensiero magico, diverse strategie e comportamenti protettivi* come chiamare i propri familiari per assicurarsi che non siano feriti, *razionalizzare ed evitare* situazioni che suscitano l'ossessione. Cerca di avere un'idea di tutte le diverse cose che il paziente fa per sbarazzarsi dell'ossessione una volta che si trova nella situazione.

5. Introduzione alla *disperazione creativa*: sfidare l'agenda di cambiamento del paziente

Questa sezione inizia con la scoperta della classe di comportamenti presenti nel repertorio del paziente e la cui funzione è di sfuggire o evitare l'ossessione o i sentimenti di ansia associati all'ossessione. Il terapeuta dovrebbe aiutare il paziente a discriminare le diverse cose e strategie che pratica nel tentativo di ridurre o fuggire dall'ossessione, valutandone l'efficacia. Ciò che terapeuta e paziente si impegnano ad individuare sono le strategie efficaci a lungo termine. Molte di queste strategie di evitamento, come impegnarsi nella compulsione, ridurranno immediatamente l'ossessione, ma non sono metodi efficaci a lungo termine. L'ossessione ritorna.

I diversi comportamenti di fuga/evitamento includeranno la *compulsione, l'evitamento di determinate situazioni, le diverse modalità del dialogo interiore, rassicurazione, possibilmente droghe (sia legali che illegali) e una varietà di altri comportamenti*. L'obiettivo di questa fase è di aiutare il paziente a entrare in contatto con l'inefficacia di ciò che ha fatto per diminuire o controllare l'ossessione. È molto probabile che tutti i suoi comportamenti di fuga/evitamento non abbiano avuto successo nel lungo periodo. Se qualcuno di loro ne avesse avuto, il paziente l'avrebbe già assunto stabilmente.

Il terapeuta deve stare attento, in questa fase, a non far sentire il paziente "colpevole" per quello che ha fatto. Dovrebbe aiutarlo a capire che questo è ciò che la maggior parte degli esseri umani fa con eventi privati spiacevoli.

Questa è una fase molto importante nel trattamento del DOC, vi si dovrebbe dedicare un'ampia parte del lavoro. Sarebbe opportuno che il terapeuta proseguisse con le fasi del trattamento solo quando il paziente sia stato in grado di riconoscere l'inutilità e gli

effetti paradossali dell'*agenda di controllo*. Potrà capitare che il paziente torni a far riferimento alla sua agenda durante il trattamento, in quel caso il terapeuta dovrà aiutarlo a verificare la funzione del suo comportamento.

Terapeuta: “Oltre a pulire i ripiani della tua cucina, dimmi alcune delle altre cose che fai per diminuire quella sensazione che hai.”

Paziente: “Beh ... non entro in cucina.”

Terapeuta: “Bene ... È una strategia efficace?”

Paziente: “Non male. In un certo senso mi distoglie la mente, ma a un certo punto devo entrare lì dentro.”

Terapeuta: “Questa strategia non è una soluzione a lungo termine per gestire l'impulso, vero? Scommetto che anche se non sei in cucina i tuoi pensieri sono ancora sul bancone.”

Questo processo dovrebbe continuare coinvolgendo tutte le diverse cose che il paziente fa per diminuire le sue ossessioni e i sentimenti di ansia associati. Assicurati di agire evitando di colpevolizzare il paziente. Agisci come se fossi dalla parte paziente quando egli ha cercato di sperimentare qualcosa (la compulsione) per diminuire l'ossessione. Se il paziente non è sicuro di cosa potrebbe essere efficace o meno per lui, puoi aiutarlo a pensare a tutti i diversi metodi che potrebbero funzionare e invitare il cliente a provarli in casa. Non cercare di convincere il paziente, lascia che faccia esperienza di questi tentativi in modo che la sua esperienza possa far emergere l'inefficacia dei metodi precedentemente utilizzati.

Differenza tra ossessione e compulsione

Durante questa fase del trattamento molti pazienti cercheranno di spiegare le diverse cose che fanno per controllare la compulsione, ma non faranno lo stesso per l'ossessione. L'idea che l'ossessione e la compulsione non si verificano sempre insieme è davvero difficile da capire per i pazienti. In un certo senso, questa consapevolezza è una delle cose principali che stiamo cercando di promuovere nel paziente. Questo processo sarà più efficace se promosso in modo esperienziale.

Paziente: “Mi tengo impegnato quindi non controllo.”

Terapeuta: “Ti tieni occupato in modo che la voglia di controllare non si presenti o così non controlli.”

Paziente: “Non ho capito.”

Terapeuta: “Quello che sto cercando di capire è con quanto successo riesci ad importi all'impulso di controllare, non quanto bene sai controllarlo. So che non puoi controllare. Potrei venire a casa tua e impedirti di controllare. Potrei chiuderti in una stanza o legarti a una sedia. Ma quello che voglio sapere è quanto bene puoi fronteggiare i tuoi impulsi di controllare le tue compulsioni.”

Paziente: “Non ho mai pensato alla differenza.”

Terapeuta: “Le due cose accadono insieme così spesso che dimentichiamo che una non include necessariamente l'altro. Ecco un esempio.”

Terapeuta: “Prova adesso a *controllare* come faresti normalmente (qualunque sia la compulsione).”

Paziente: “Ma non ne ho voglia in questo momento.”

Terapeuta: “Va bene. Anche se non ne hai voglia, ti andrebbe comunque di provare?”

Paziente: “OK (*controllo*).”

Terapeuta: “Quanto era forte la voglia di controllare adesso che hai provato?”

Paziente: “Molto bassa.”

Terapeuta: “Immagina che tu abbia lasciato cadere le chiavi sotto la sedia. Cosa succederebbe alla tua voglia di controllare?”

Paziente: “Andrebbe alle stelle.”

Terapeuta: “Come ti senti adesso?”

Paziente: “Mi chiedo se sono davvero caduti dalla mia tasca”

Terapeuta: “Vai avanti e controlla. (*Controllo del paziente*). Nota in che modo hai controllato quando l'impulso ti ha suggerito di controllare o meno, ma non sono sicuro che hai deciso tu se avere l'impulso o meno. Quello che voglio capire è quanto bene puoi controllare questo impulso.”

Compiti a casa: chiedi al paziente di tenere traccia dell'efficacia delle diverse strategie che usa per diminuire le ossessioni. Suggestisci di provare tutto e vedere cosa funziona davvero a lungo termine. Al paziente possono essere assegnati i seguenti compiti.

Homework 1

Compiti del paziente: cosa funziona

1. Annota tutto quello che ha comportato nella tua vita il tuo disturbo ossessivo compulsivo (limitazioni, sacrifici, rinunce, etc). Prova ad essere il più specifico possibile.
2. Ora scrivi un elenco di tutto ciò che hai fatto nel tentativo di controllare le tue ossessioni. Sii accurato e specifico: dovresti essere in grado di elencare diversi esempi di strategie che hai utilizzato nei tuoi tentativi di fronteggiare le ossessioni e molti esempi specifici in cui hai utilizzato queste strategie (discutere, razionalizzare, evitare, ottenere aiuto dagli altri, criticare te stesso, ecc.).
3. Valuta onestamente fino a che punto ciascuna di queste strategie sia stata efficace a risolvere il problema.

Sessione 2

1. Valutare il funzionamento

Monitora come è andata la settimana del paziente. Verificare la presenza di fattori di stress, difficoltà sul lavoro o in famiglia. Queste aree non saranno direttamente affrontate ma sono utili perché possono influenzare il trattamento. Valuta frequenza e quantità di ossessioni e compulsioni. Fondamentalmente, guarda come stanno le cose per il paziente fuori sessione.

2. Discussione delle impressioni all'ultima sessione

Indaga le impressioni del paziente all'ultima sessione. Questo gli offrirà l'opportunità di porre domande o condividere feedback al materiale dell'ultima sessione. Qualunque sia la reazione del paziente, va bene. In alcuni casi il materiale e i passaggi delle sessioni saranno stati molto chiari per lui, in altri casi lo sarà meno. Non tentare di discutere o spingere il paziente a credere a ciò che è stato detto in seduta. Lascia che l'esperienza guidi il suo comportamento. Promuovere l'opportunità di presentare impressioni consente al terapeuta di vedere dove si trova il paziente rispetto alla terapia e quali aree richiedono ulteriore attenzione. Il terapeuta dovrebbe essere *compassionevole*, impegnarsi in questa terapia, infatti, può essere difficile.

3. Discussione Homework

Se il paziente non completa i compiti, il terapeuta dovrebbe considerare le variabili che lo hanno influenzato. Molto probabilmente, le stesse variabili che ostacolano il paziente quando sperimenta l'ossessione sono le stesse che ostacolano il paziente che non fa i compiti. Cerca di portare queste variabili all'attenzione del paziente. Potrebbe non aver completato i compiti perché emotivamente erano molto impegnativi, non aveva tempo o non voleva farlo. Tutti questi hanno una componente di evitamento. Aiuta il paziente a capire che ciò che lo intralciava era “dover” fare qualcosa di difficile e non si sentiva bene. Questo è molto simile alla lotta in cui si trova quando fa esperienza delle ossessioni e deve decidere se impegnarsi o meno nella compulsione. Ancora una volta, questo non dovrebbe essere fatto in un modo che potrebbe colpevolizzarlo. Lo scopo è aiutare il paziente a vedere che gran parte del nostro comportamento è agito nel tentativo di evitare esperienze spiacevoli. Se il compito a casa non viene svolto, può essere completato in sessione con il terapeuta o riassegnato con il successivo compito a casa.

4. Ancora la disperazione creativa

Al paziente è stato chiesto di valutare l'efficacia delle sue strategie nel tentativo di controllare l'ossessione. Questi aspetti dovrebbero essere rivisti con il terapeuta.

Terapeuta: "Raccontami alcune delle cose che hai provato per controllare l'ossessione."

Paziente: "Mi sono detto che non si trattava di un affare e che avrei potuto gestirla."

Terapeuta: "Quanto bene ha funzionato?"

Paziente: "Sembrava renderlo un po' più semplice."

Terapeuta: "Ma sembra che l'ossessione fosse ancora lì."

Paziente: "Sì."

Terapeuta: "Allora cosa hai fatto?"

Paziente: "Ho provato ad aspettare che andasse via. Ho fatto altre cose, mi sono distratto, ma alla fine ho dovuto rinunciare perché era troppo."

Terapeuta: "Mi hai detto che hai provato a fare molte cose, e mi sembra che tu abbia provato a fare praticamente tutto ciò che era ragionevole e ovvio fare. Hai pensato tanto (rimuginato), hai lavorato sodo. Hai valutato i punti di vista. E ora eccoti di nuovo in terapia... a provarci ancora. Ma sei venuto da me. Io lavoro per te, quindi è mio obbligo farti notare una cosa: questo non funziona, giusto?"

Paziente: "Non l'ho ancora capito."

Terapeuta: "Ecco un altro modo per dire quello che hai appena detto: *anche solo cercare di capirlo non ha funzionato finora.*"

Paziente: "Non ancora."

Terapeuta: "Non ancora. E anche in quel "non ancora" sento "ma lo farà. Sicuramente lo farà." E se non fosse così? E se l'intera cosa fosse un'illusione?"

Paziente: "Un'illusione?"

Terapeuta: "Non senti che c'è qualcosa sotto? Non ha senso. Sei una persona intelligente. Hai lavorato a questo problema. A volte sembrava persino che le cose stessero migliorando. Eppure, eccoti di nuovo in terapia. Non è vero *nella tua esperienza*, anche se non sembra che dovrebbe essere così, che più hai lottato con queste ossessioni e questi impulsi - più hai cercato di sbarazzartene - più difficile è diventato? Non sembrano rispondere al controllo volontario. Man mano che hai evitato o sei fuggito, le ossessioni non sono diminuite, sono diventate più grandi"

Paziente: "Non so come sbarazzarmene. Spero che tu possa aiutarmi. Come dovrei sbarazzarmene? Che cosa sto facendo di sbagliato?"

Terapeuta: "Queste sono domande importanti perché mostrano cosa è successo, ma non parliamo ancora del tutto. Cominciamo con ciò che conosci direttamente. Ti senti bloccato."

Paziente: "Esatto."

Terapeuta: "Non è chiaro cosa fare dopo, ma non sembra che ci sia una via d'uscita."

Paziente: "Esatto."

Terapeuta: "Quindi sono qui per dirti: *sei bloccato*. Non c'è nessuna via d'uscita. Agendo nel modo in cui hai agito c'era solo una cosa che poteva succedere: quello che è successo. Consideralo come una possibilità. Senti, sai che non ha funzionato. Ora consideriamo la possibilità che possa non funzionare. Non è che non sei abbastanza intelligente o non lavori abbastanza duramente. È una configurazione. Una trappola. Sei bloccato."

Paziente: “Quindi sono senza speranza. Dovrei arrendermi. Perché vengo qui?”

Terapeuta: “Non lo so. Ma in questo momento è per provare a vedere cosa non ha funzionato. Comunque, non ho detto che sei senza speranza, ho detto che questo è senza speranza. Tutta questa cosa che sta succedendo. Questa lotta che praticamente ti ha strangolato è senza speranza. E sì, se una lotta è senza speranza, è tempo di rinunciare a quella lotta. È una disperazione, ma un tipo creativo di disperazione. Se rinunciamo a ciò che non ha funzionato, forse c'è qualcos'altro da fare.”

Paziente: “Allora cosa dovrei fare?”

Terapeuta: “Beh... cominciamo da qui. Se tutta questa faccenda è un'illusione, una trappola, possiamo essere disponibili al fatto che possa accadere qualcosa di diverso. Sei venuto qui aspettandoti qualche tipo di trucco, qualcosa da fare, una soluzione che potrei avere. Hai provato a trovare la soluzione, non riesci a trovarla e forse ce l'ho. Ma forse queste cosiddette soluzioni sono in realtà parte del problema. Controlla e vedi se non è così - forse questo non è vero per te, ma guarda e vedi se lo è: *in fondo* non credi che ci sia un trucco. Se tirassi fuori un'altra idea intelligente, da terapeuta, una parte della tua mente direbbe: *oh, sì. Sicuro.* La tua esperienza diretta dice che questa situazione è senza speranza. La tua mente dice che ovviamente c'è una via d'uscita. Deve esserci una via d'uscita. Allora a cosa credi: *alla tua mente o alla tua esperienza?*”

Metafora. *La buca*

“Immagina di essere in un campo, con una benda sugli occhi, e ti viene dato un piccolo sacchetto di strumenti. Ti viene detto che il tuo lavoro è correre per questo campo bendato e vivere la tua vita. Quindi inizi a correre e prima o poi cadi in questo grande buco. Ora, una cosa che probabilmente potresti tentare di fare sarebbe quella di tentare di capire come sei entrato nel buco, esattamente quale percorso hai seguito. Potresti dire a te stesso: *Sono andato a sinistra, e su una piccola collina, e poi mi sono ritrovato dentro*, ecc. In un certo senso, può essere vero; sei nel buco perché hai camminato esattamente in quel modo. Tuttavia, sappiamo che non è la soluzione per uscire dal buco. Inoltre, anche se non avessi fatto esattamente quello, e invece fossi andato da qualche altra parte, in questa metafora, potresti comunque essere caduto in un altro buco, perché a tua insaputa in questo campo ci sono, sparsi, innumerevoli buche. Ad ogni modo, quindi, ora sei in questo buco, bendato. Probabilmente, quello che faresti in una situazione del genere è prendere la borsa degli strumenti che ti sono stati dati e cercare di uscire dal buco. Supponi ora che lo strumento che ti è stato dato sia una pala. Quindi inizi diligentemente a scavare, ma ben presto noti che non sei fuori dal buco. Quindi provi a scavare più velocemente, o con palate più grandi, o con uno stile diverso. Di più, diverso e meglio. Di più, diverso e meglio. Ma tutto ciò non fa differenza, perché scavare non è l'uscita dal buco; rende solo il buco più grande. Ben presto questo buco diventerà enorme. Ha più stanze, sale e caverne. È sempre più elaborato. Quindi forse ti fermi per un po' e provi a sopportarlo. Ma non funziona - sei ancora nel buco. È come quello che è successo con la tua ansia. È sempre più grande ed è diventato centrale nella tua vita. Sai che tutto questo non ha funzionato. Ma quello che sto dicendo è che non può funzionare. Non puoi assolutamente scavare per uscire dal buco. È senza speranza. Questo non vuol dire che non ci sia via d'uscita dal buco. Ma con il tipo di approccio che hai scelto - non importa quanta motivazione

hai o quanto ti sforzi - non c'è via d'uscita. Questo non è un trucco. Niente scherzi. Hai presente la sensazione che hai di essere bloccato? E che sei venuto qui per chiedere aiuto per risolverlo? Bene, sei bloccato. E con l'approccio che hai scelto, non c'è via d'uscita. Le cose che hai imparato a fare non funzionano anche se potrebbero funzionare perfettamente bene da qualche altra parte. Il problema non è negli strumenti, è nella situazione in cui li stai utilizzando. Quindi vieni qui e mi chiedi una pala placcata d'oro fumante. Beh, non posso dartela e anche se potessi non lo farei perché questo non risolverà il tuo problema. Significherebbe solo peggiorare le cose. Se il paziente chiede l'uscita dal buco, di qualcosa come - *il tuo lavoro in questo momento non è capire come uscire dal buco*. Questo è quello che hai fatto fin dall'inizio. Il tuo lavoro è fare spazio alla consapevolezza di essere nella circostanza (buca) in cui ti trovi adesso, anche se ti venissero date altre cose da fare, non funzionerebbe. Il problema non è lo strumento, è *l'agenda*, sta scavando. Se ti venisse data una scala in questo momento, non servirebbe a niente. Proveresti solo a scavare con essa. E le scale fanno spalate terribili. Se hai bisogno di scavare, hai già un ottimo strumento. Non puoi fare nient'altro finché non lasci andare la pala e rinunci al tentativo di scavare come obiettivo del giorno. Devi fare spazio per qualcos'altro nelle tue mani. E questa è una cosa molto difficile e audace da fare. La pala sembra essere l'unico strumento che hai. Lasciarlo andare sembra che ti condannerà a rimanere nel buco per sempre. E non posso davvero rassicurarti su questo. Niente di quello che posso dirti in questo momento ti aiuterebbe ad alleviare la difficoltà di ciò che devi fare qui. Il tuo miglior alleato è il tuo dolore e la consapevolezza che niente ha funzionato. Hai sofferto abbastanza? Sei pronto a rinunciare e fare qualcos'altro?.”

A questo punto del trattamento il paziente dovrebbe essere un po' meno attaccato all'*agenda* di cui ha bisogno per controllare l'ossessione. L'*agenda* di controllo esisterà ancora e il paziente, probabilmente, tenterà di adattare la metafora alla sua *agenda di controllo*. Di seguito sono riportate un paio di risposte alle domande più frequenti sulla metafora.

Paziente: “Oh, capisco cosa stai dicendo. Stai dicendo che devo solo aprirmi alla mia ossessione.”

Terapeuta: “Non è come nel tuo caso? Dire quello? Non hai mai pensato cose simili prima? *Ho bisogno di aprirmi.*”

Paziente: “Molte volte. Ho cercato di essere disponibile e sentire ciò che provo.”

Terapeuta: “E quindi, se quella fosse la soluzione, non avrebbe già risolto il problema?”

Ecco un altro esempio:

Paziente: “Immagino tu voglia che faccia delle mosse con la pala. Scavare una scala.”

Terapeuta: “Idea intelligente. Hai provato a farlo?”

Paziente: “Ho provato di tutto.”

Terapeuta: “Quindi non è così. Immagino che i lati siano troppo larghi per fare le scale. Dovremo provare qualcosa di diverso da *tutto*.”

Ed eccone un altro:

Paziente: “Questo è davvero interessante. Mi ricorda il Buddismo Zen. Ho sempre creduto nelle tradizioni orientali. Sembra che questo sia ciò a cui mi stai guidando.”

Terapeuta: “E quindi nota quel pensiero che la tua mente ti ha offerto. E voglio dire qualcosa in assoluta fiducia. Certo al 100%. Quello che mi senti dire adesso... qualsiasi cosa sia...Non è quello.”

Paziente: “Sono confuso.”

Terapeuta: “Bene.”

Paziente: “Allora perché anche solo pensare?”

Terapeuta: “Così puoi scoprire di cosa non sto parlando... E quel pensiero? Quello che si sta formando adesso? Guarda e osservalo. Non è nemmeno questo.”

E un ultimo esempio dello stesso tipo:

Paziente: “Non sono esattamente sicuro di dove mi stai guidando.”

Terapeuta: “Ti sto solo chiedendo di guardare alla tua esperienza. Nota.”

Paziente: “Quindi non dovrei sentirmi arrabbiato per me stesso. Ho amplificato tutto questo a dismisura.”

Terapeuta: “Questo è un pensiero interessante. Nota che non l'ho detto. Sicuramente non ho detto - *stai gonfiando tutto questo a dismisura*. Ho detto - *non credere a una parola di quello che sto dicendo* - giusto?”

Paziente: “Allora perché parlarne? Non ne ricaverò nulla.”

Terapeuta: “È fantastico. Ringrazia la tua mente per questo. Bellissimo. E questo è esattamente ciò che accade a te, non è vero? Questo è il genere di cose che fai. Quindi nota che lo stai facendo di nuovo. E nota che questa è ancora un'altra formulazione del mondo, ti muovi dall'una all'altra.”

Paziente: “Allora cosa dovrei fare?”

Terapeuta: “Inizia da qui.”

Paziente: “Vuoi dire che se parto da qui posso lasciarmi il passato alle spalle?”

Terapeuta: “Fantastico. Ottimo pensiero. E come ha funzionato in passato?”

Paziente: “Non sono mai stato in grado di farlo.”

Terapeuta: “Bene. Quindi cos'altro viene fuori?”

Paziente: “Sembra che qualunque cosa dica sia sbagliata.”

Terapeuta: “Super! E questo ha odore d' antico, non è vero? Roba vecchia. Quanti anni diresti che ti senti adesso?”

Paziente: “Circa 9.”

Terapeuta: “E sentire che qualunque cosa tu faccia sia sbagliata. Cos'altro?”

Paziente: “Stai cercando di farmi impazzire?”

Terapeuta: “Beh, so che sia io che te abbiamo anche una mente nella stanza, quindi in realtà siamo in quattro qui. Va davvero bene se la tua mente rimane in giro, sembra che facciamo questo e immagino che la mia non se ne vada, è solo che voglio parlare con l'umano nella stanza, non solo con la sua mente. Possiamo notare ciò che le nostre menti hanno da dire senza perderci in esse. Questa terapia non è un sistema di credenze o una nuova filosofia, ne hai già molti.”

Paziente: (*lunga pausa*). “Non so cosa dire. Non appena comincio a pensare o dire qualcosa penso – *ecco lo sto facendo di nuovo* - e poi si presenta un altro pensiero.”

Terapeuta: “Esatto. Prova a rimanere con questa esperienza per un po.”

Metafora aggiuntiva. *Il tiro alla fune con un mostro*

“Questa situazione è come trovarsi in un tiro alla fune con un mostro. È grande, brutto, molto forte. Tra te e il mostro c'è un pozzo e, per quanto tu dica, è senza fondo. Se perdi questo tiro alla fune, cadrà in questa fossa e verrai sconfitto. Quindi tiri e tiri, ma più forte tiri, più forte il mostro tirerà, e sembra che ti avvicini sempre di più alla fossa. La cosa più difficile da notare è che il tuo lavoro qui non è vincere il tiro alla fune. Il tuo lavoro è mollare la corda.”

A volte, dopo questa metafora, i pazienti chiedono: “*Come faccio?*”

È meglio non rispondere con fermezza a questo punto. Il terapeuta può dire qualcosa del tipo: “*Beh, non lo so. Ma il primo passo è scoprire che il tiro alla fune non può essere vinto ... e non è necessario.*”

A volte è utile dare al paziente un quadro di riferimento più ampio dell'abilità che stai suggerendo, e fornire alcune spiegazioni al fatto che potresti apparire evasivo. Se la persona ha una storia di sport, suona strumenti musicali o altre abilità motorie specifiche, queste possono essere usate come metafore per spiegare la situazione. Il paziente potrebbe pensare di avere una strategia per controllare l'ossessione o la compulsione. Il paziente potrebbe dire: “*quindi cosa dovrei fare questa settimana*”. Il terapeuta dovrebbe stare attento a non lasciare che il paziente utilizzi le nuove informazioni come parte della strategia di controllo. Si può dire al paziente che non è ancora necessario fare nulla di nuovo. Che lui (o lei) potrebbe lavorare per “mettere giù la pala” e prestare attenzione a tutti i diversi modi in cui scava. I seguenti compiti a casa aiutano in questo.

Homework 2

Cos'è scavare per te?

“Una cosa che puoi fare da ora a quando torneremo insieme è cercare di diventare consapevole di come porti avanti questa lotta nella tua vita quotidiana. Vedi se riesci a notare tutte le cose che fai normalmente; tutti i modi in cui scavi. Avere un'idea di cosa sia per te scavare è importante perché, anche se metti giù la pala, probabilmente scoprirai che le vecchie abitudini sono così forti che la pala è tornata nelle tue mani solo pochi istanti dopo. Quindi dovremo mollare la pala molte, molte volte. Potresti anche fare un elenco, che possiamo esaminare quando torneremo insieme, di tutte le cose che hai fatto per moderare, regolare e risolvere questo problema: *distrazione, senso di colpa, discolarsi, evitare situazioni* e così via. Non ti sto chiedendo di cambiare queste azioni; cerca solo di osservare come e quando si presentano.”

Sessione 3 e 4

Si consiglia di approfondire il seguente capitolo del manuale:

Manuale ACT (Hayes, Strosahl, Wilson -1999)

Capitolo 5. Il controllo è il problema, non la soluzione

Capitolo 6. Costruire l'*acceptance* attraverso la defusione dal linguaggio

La funzione delle sessioni uno e due era di "decifrare" *l'agenda di controllo* del paziente, il quale probabilmente aderiva alla regola verbale secondo cui non poteva o doveva sperimentare l'ossessione e che un particolare insieme di comportamenti (compulsione) avrebbe diminuito quella sensazione. La regola è stata contestata direttamente in seduta in modo esperienziale. Le due sessioni seguenti continuano a sfidare quella regola, ma espongono anche gli affetti paradossali dei tentativi di controllo. Impegnarsi nella compulsione per diminuire l'ossessione potrebbe effettivamente rendere l'ossessione più forte piuttosto che indebolirla, e forse il modo più utile per rispondervi è rinunciare a combatterla.

1. Valutazione funzionamento

Il terapeuta dovrebbe valutare eventuali cambiamenti nell'ambiente del paziente e ogni variazione del disturbo ossessivo compulsivo come frequenza, intensità o disturbi procurati. Valuta se il paziente sta facendo qualcosa di diverso grazie alla terapia.

2. Discussione delle impressioni all'ultima sessione

Dare al paziente l'opportunità di esprimere eventuali impressioni o effetti alle sessioni precedenti. Prestate particolare attenzione ai commenti che indicano che il paziente sta usando il materiale presentato in sessione come modi per controllare l'ossessione.

3. Discussione Homework

Esamina tutti i diversi modi in cui il paziente cerca di controllare le sue ossessioni. Questo può servire come revisione della "*disperazione creativa*". Il terapeuta dovrebbe prestare attenzione a quanto il paziente è attaccato al tentativo di controllare le sue ossessioni. Se il paziente è ancora molto attaccato alla sua *agenda di controllo*, rivedi la fase dedicata alla "*Disperazione creativa*" (Sessione 1 e 2). Nella sessione 4, durante il lavoro, il terapeuta dovrebbe collegare la sezione "*controllo come problema*" con quella "*disponibilità e acceptance*". *Disperazione creativa*, *Controllo come problema* e *Acceptance/Impegno* sono correlati, quindi possono essere facilmente integrati quando si discute della lotta del paziente con le sue ossessioni.

4. Introdurre il “controllo come problema”

La funzione del “*controllo come problema*” è quella di aiutare il paziente a sperimentare gli effetti paradossali dei suoi tentativi di controllare le ossessioni. Nella maggior parte dei casi, questi tentativi di controllo non solo non funzionano, ma aumentano l'importanza dell'ossessione. Le rende più grandi piuttosto che ridurle. Se il paziente entra in contatto con questa esperienza, allora è più probabile che rinunci *all'agenda di controllo* e provi qualcosa di diverso. Fondamentalmente, questo è utile a percepire la compulsione come meno utile.

Terapeuta: “Allora cos'altro hai notato?”

Paziente: “Beh, quando stavo per andare alla riunione del dipartimento ho notato che controllavo più volte per vedere se avevo ancora il mio portafoglio. Sapevo che era lì - è sempre lì - ma ho questi timori che avrei potuto dimenticarlo da qualche parte.”

Terapeuta: “A cosa credi che serviva il controllo?”

Paziente: “Per calmare quella sensazione di disagio che provo.”

Terapeuta: “A qualcos'altro?”

A questo punto, niente di tutto ciò è un grosso problema: viene toccato, chiarito, formulato in termini di buon senso e quindi lasciato sullo scaffale. Ma questo è importante, perché l'obiettivo immediato della fase successiva è riunire questo insieme di atteggiamenti in un'unica classe: *controllo consapevole, volontario e mirato*. Il nome del mostro è CONTROLLO. Il modo in cui si manifesta è attraverso la fuga e l'evitamento.

Terapeuta: “OK. Penso di aver capito, hai notato qualcos'altro?”

Paziente: “No. Questo è tutto.”

Terapeuta: “OK. In realtà, probabilmente, ne compariranno tanti altri mentre procediamo, ma non è importante conoscerli tutti adesso. Abbiamo solo bisogno di sapere abbastanza per avere un'idea della gamma di cose coinvolte. Quello che voglio fare oggi è cercare di avere un'idea più chiara di questo insieme di cose – in questo modo sarà più chiaro capire cosa vuol dire “*scavare*”. E vorrei dargli un nome, non per capirlo intellettualmente ma solo per farvi riferimento quando ne parleremo tra noi.”

Paziente: “Vuoi che diamo un nome al tema.”

Terapeuta: “Esatto. Sai, stavo dicendo, l'ultima volta, che la maggior parte di ciò che hai fatto è abbastanza logico, sensato e ragionevole. Il risultato non lo è stato forse, ma in realtà mi sembra che tu abbia fatto più o meno qualcosa di assolutamente normale. E tutte queste strategie “*per scavare*” che hai appena elencato, non sono il genere di cose che fanno normalmente le persone?”

Paziente: “Forse non persone normali, ma le persone come me lo fanno di sicuro. Sai a quale gruppo di supporto vado ogni mese? È quasi ridicolo. Ogni singola persona lì dentro ha la stessa storia. Voglio dire, puoi sapere quale sarà la loro storia anche prima che aprano bocca.”

Terapeuta: “Esatto. Ecco come funziona il sistema. Considera questa come una possibilità. È simile perché quello che stai facendo è ciò a cui siamo tutti addestrati. È solo che qui non funziona. Il linguaggio umano ci ha dato un enorme vantaggio come specie perché ci permette di scomporre le cose in

parti, di formulare un piano, di costruire futuri che non abbiamo mai sperimentato prima e di pianificare l'azione. E funziona abbastanza bene. Se guardiamo solo al 95% della nostra esistenza che coinvolge ciò che accade al di fuori del nostro corpo, funziona alla grande. Guarda tutte le cose con cui ha a che fare il resto della creazione e vedrai che facciamo abbastanza bene. Basta guardarsi intorno in questa stanza. Quasi tutto ciò che vediamo qui non sarebbe qui senza il linguaggio e la razionalità umana: la sedia di plastica; le luci; il condotto di riscaldamento; i nostri vestiti; quel computer, e così via. Quindi siamo al caldo, non pioverà su di noi, abbiamo luce - per quanto riguarda le cose con cui i non umani stanno lottando, praticamente ce l'abbiamo fatta. Dai a un cane o a un gatto tutte queste cose - calore, riparo, cibo, sostegno sociale - e saranno più felici di quanto possano sapere di essere.”

Paziente: “Cosa vuoi dire?”

Terapeuta: “Beh, sto solo dicendo che le cose importanti, davvero importanti - per noi come specie in competizione con altre forme di vita su questo pianeta - sono state fatte con il linguaggio (e l'ingegno) umano. C'è una logica di funzionamento: se qualcosa non ti piace, scopri come sbarazzartene e fallo. E quella regola funziona alla grande nel 95% della nostra vita. Ma non nel mondo dentro la nostra pelle, il nostro corpo. Quell'ultimo 5% è piuttosto importante perché è lì che risiede la soddisfazione, ma è solo una piccola parte delle nostre vite totali. Ma supponiamo che la stessa regola abbia funzionato completamente anche nell'ultimo 5%. Nella tua esperienza, non nella tua mente logica, controlla e vedi se non è così: nel mondo dentro la pelle, la regola in realtà è, **se non sei disposto ad averlo, ce l'hai.**”

Paziente: “Se non sono disposto ad averlo, ce l'ho ...”

Terapeuta: “Strano, eh? Solo per dare un nome, lasciamelo dire in questo modo: nel mondo esterno, il controllo consapevole, volontario e mirato funziona alla grande. Scopri come sbarazzarti di ciò di cui vuoi sbarazzarti e fallo. Ma nelle dimensioni della coscienza, della propria storia, del sé, delle emozioni, dei pensieri, dei sentimenti, degli apprendimenti, dei ricordi, degli atteggiamenti, delle sensazioni corporee e così via, spesso non è utile. In queste situazioni, il controllo volontario non è la soluzione, il controllo è il problema. Se cerchi di evitare la tua storia e ciò che automaticamente suscita nelle situazioni, stai affrontando una lotta impossibile da vincere. Scava, scava, scava.”

“Se non sei disponibile ad averlo, l'avrai.”

Terapeuta: “Nota che c'è un paradosso. Supponiamo che sia effettivamente vero che - *se non sei disponibile ad averlo, l'avrai.* Cosa potresti fare con tale consapevolezza, vediamo... - *ah, voglio sbarazzarmene ma se non sei disposto ad averlo, l'avrai.* Quindi - *se sono disposto ad averlo, me ne sbarazzerò! Questo è tutto! Se sono disposto ad averlo, me ne sbarazzerò! Ma se sono disposto ad averlo per liberarmene, allora non sono disposto ad averlo e ce l'ho di nuovo.* Quindi non puoi ingannare te stesso - *se non sei disposto ad averlo, l'avrai* - non può essere utilizzato per la vecchia agenda del controllo. Non puoi scavare con esso ... o meglio, se lo fai, non succederà nulla di positivo o di diverso.

In genere è utile parlare della lotta del paziente con le sue ossessioni. Ad esempio, potresti dire qualcosa del tipo: “*Quando la tua ossessione si manifesta, cosa ne fai?*”

Cerchi di sbarazzartene? È possibile che lottare per sbarazzarsi della propria ossessione sia di per sé molto fastidioso? Alla fine lo superi, e sembra che il motivo per cui l'hai superato fosse perché stavi lottando con esso, ma non sembra un po' strano? Se così fosse, perché il disagio è ancora presente? Chiaramente, lottare non risolve la confusione.” Prova a mettere in relazione questi sforzi di controllo con i problemi specifici del paziente.

Non sei ossessionato come un bambino in un supermercato

Terapeuta: “Hai figli?”

Paziente: “Sì, due figlie.”

Terapeuta: “Li hai mai portati in un negozio di alimentari quando erano giovani.”

Paziente: “Sì.”

Terapeuta: “Cosa succede quando passano davanti al reparto delle caramelle o dei giocattoli?”

Paziente: “Vogliono sempre qualcosa.”

Terapeuta: “Sì. Tutti i bambini lo fanno. E di solito dicono qualcosa di simile - *posso avere uno di questi?* - e devi prendere una decisione. Ti arrendi o no? Perché se non lo sai cosa succederà, tua figlia chiederà un po' più forte. E se dici di no, probabilmente insisterà di più e più forte.”

Paziente: “Sì, e andranno avanti.”

Terapeuta: “Esatto. Puoi provare a tranquillizzare il bambino con un giocattolo o una caramella o lasciare che il bambino pianga e che tutti si girino a guardarvi. Perché è problematico quando ci si arrende?”

Paziente: “In questo modo si insegna al bambino che può avere quello che vuole piangendo.”

Terapeuta: “Esattamente! Inoltre insegna al bambino quanto dev'essere rumoroso prima di arrendersi. Lotti con la tua ossessione per sentirti così? Si presenta e decidi di non cedere, ma poi diventa sempre più forte finché non ti arrendi.”

Paziente: “Totalmente!”

Terapeuta: “E se la tua ossessione fosse come tua figlia in un negozio di alimentari e le insegnassi quanto forte deve essere per ottenere ciò che vuole? Quindi, nel tentativo di controllarlo, gli stai insegnando quanto deve essere forte; potrebbe effettivamente avere l'effetto opposto di quello che desideri.”

Può essere utile offrire ai pazienti una comprensione letterale di come hanno appreso per la prima volta il controllo volontario e l'evitamento applicato agli eventi privati interni. Questo fa parte dello sforzo più ampio per mostrare la palese mancanza di successo del controllo applicata agli eventi privati, senza far sentire il paziente stupido per avere sposato questa *agenda di controllo*; che, dopo tutto, ha un successo spettacolare in altri domini (come il mondo fisico) e onnipresente.

Presenta i modi in cui viene stabilito il controllo emotivo.

Questi quattro fattori giustificano il controllo volontario nel dominio degli eventi privati:

- 1) *Funziona in altre aree della tua vita;*
- 2) *Ti è stato detto che dovrebbe funzionare qui (es. "Non aver paura...");*
- 3) *Sembrava funzionare per le persone intorno a te (es. "Papà non ha paura...");*
- 4) *Sembra che funzioni anche qui;*

Questi strumenti per stabilire *l'agenda di controllo* spesso portano le persone a presentarsi in modi non coerenti con la loro esperienza di se stessi. Metaforicamente, tutti vanno in giro assomigliando a John Wayne. A volte può essere utile dire al paziente che tra tutti i pazienti che hai visto, non hai mai incontrato John Wayne. Quando la porta della stanza dello studio del terapeuta si chiude, scopriamo che le persone grandi e forti sono spaventate quanto noi - *Mi piacerà? Mi adatterò? Sarò all'altezza?* Fai notare che anche John Wayne non è John Wayne. Prova a stabilire un contatto empatico con il paziente se egli è in grado di fare esperienza del costo del finto gioco del controllo emotivo e cognitivo.

È quello che tutti fanno bene

Terapeuta: “Questo è un modo divertente di guardare al tuo problema, non è vero? Non credo ci sia niente di strano in quello che hai fatto. È quello che facciamo tutti. Quando non ci piacciono le cose, le cambiamo. Come ho detto prima, funziona sul mondo esterno, ci è stato insegnato a farlo, a volte funziona immediatamente, ma non a lungo termine. Ti trovi in una posizione speciale in cui puoi vedere come funzionano effettivamente le cose. Forse le strategie di controllo consapevoli e volontarie, applicate alle tue ossessioni, non sono molto efficaci. Ho alcuni esercizi che aiutano a dimostrarlo.”

I seguenti esercizi aiutano il paziente a sperimentare l'impossibilità di controllare le ossessioni.

Metafora. *La macchina della verità*

“Immagina di essere collegato alla migliore macchina della verità che sia mai stata costruita. Questa è una macchina perfetta, la più sensibile mai realizzata. Quando sei connesso ad essa non c'è modo che tu possa essere teso o ansioso senza che la macchina non lo sappia. Quindi, hai un compito molto semplice: tutto ciò che devi fare è rilassarti. Se diventi un po' ansioso, tuttavia, lo saprò. So che vuoi impegnarti, ma voglio darti un ulteriore incentivo: ho anche una 44 Magnum che ti terrò puntata alla testa. Se rimani rilassato non ti faccio saltare le cervella, ma se ti innervosisci (e io lo saprò perché sei collegato a questa macchina perfetta) dovrò ucciderti. Il tuo cervello sarà dappertutto. Quindi, rilassati! ...cosa pensi che succederebbe? Che cosa otterresti? Sbam! Come potrebbe funzionare altrimenti? Anche il minimo istante di ansia sarebbe terrificante. Diresti - *Oh, mio Dio! Sto diventando ansioso! Ecco che arriva! "Sbam! Sei carne morta. Come potrebbe funzionare altrimenti?"*

Questa metafora può essere utilizzata per evidenziare diversi aspetti paradossali del *controllo e dell'evitamento* delle ossessioni. Come suggeriscono le successive precisazioni, la sostituzione dei contenuti verbali all'interno della metafora mantiene intatto l'impatto dell'esercizio consentendo al contempo di affrontare i diversi problemi del paziente.

1. *Il contrasto tra comportamento che può essere controllato e comportamento che non è regolato con successo dalle regole verbali.*

“Pensaci. Se ti dicessi - passa l'aspirapolvere o ti sparo - spazzerai il pavimento. Se dicessi - dipingi la casa o sparo - staresti dipingendo. È così che funziona il mondo al di fuori della pelle. Ma se dico semplicemente - rilassati o ti sparo - non solo non funzionerà, ma accadrebbe il contrario. Il solo fatto che ti chiedessi di farlo ti renderebbe dannatamente nervoso.”

2. *Come questa metafora permette di tracciare la situazione del paziente.*

“Quindi, sei già collegato alla migliore macchina della verità: è il tuo sistema nervoso. È migliore di qualsiasi macchina umana mai realizzata. Non puoi semplicemente sentire qualcosa e non avere contemporaneamente il tuo sistema nervoso in contatto con esso, naturale. E hai qualcosa puntato contro di te che è più potente e più minaccioso di qualsiasi pistola: la tua autostima, il tuo valore, quello che funziona della tua vita. Quindi in realtà ti trovi in una situazione molto simile a questa. Ti stai puntando la pistola alla testa e dici: *rilassati!* Quindi indovina cosa ottieni? SBAM!”

Altre metafore sono utili anche per affrontare le emozioni “positive”. Queste devono essere affrontate perché spesso il paziente ha l'idea che anche se le emozioni “negative” non possono essere controllate, è del tutto possibile controllare le emozioni “positive”, e quindi forse sostituendo le emozioni “positive” nella situazione, quelle negative scompariranno.

Metafora. *L'innamoramento*

“Ma non sono solo emozioni *negative*. Ecco un test. Vengo da te e dico: vedi quella persona? Se ti innamori di quella persona in 2 giorni, ti darò 10 milioni di dollari. Potresti farlo? E se tornassi da me in 2 giorni e mi dicessi: Ce l'ho fatta. E poi io - *scusa, era solo un trucco. Non ho 10 milioni di dollari.* Cosa farai dopo? In altre parole, non è solo eliminare le emozioni “negative” che è difficile, ma è ugualmente difficile generarle, anche quelle che ti piacciono, in qualsiasi modo prevedibile, sistematico e controllabile.”

In questa fase del lavoro con il modello ACT stiamo cercando di mostrare quanto sia debole il controllo volontario quando viene applicato al mondo degli *eventi privati*. In base a ciò con cui il paziente sta lottando, potrebbe essere utile sviluppare questo punto in relazione a pensieri, ricordi o altri domini di eventi psicologici. Eccone uno per i pensieri, ad esempio, che di solito è particolarmente utile se il paziente ha a che fare con pensieri ossessivi o ruminazioni.

Metafora. *La ciambella di marmellata*

“Non sono nemmeno soltanto emozioni, spesso. Diamo un'occhiata ai pensieri. Supponiamo che ti dica proprio ora che non voglio che tu pensi a ... Vedi? Non posso nemmeno dirtelo perché sai cosa succederebbe. Va bene. Vediamo - *non pensare a... ciambelle di marmellata calde.* Non pensare a loro. Non pensare a come profumano quando escono dal forno per la prima volta. Non pensarci! Il sapore della marmellata quando le mordi e che fuoriesce dal lato opposto fino in grembo attraverso la carta

oleata. Non pensarci! E la glassa bianca a fiocchi sulla parte superiore rotonda e morbida? NON PENSARE A NIENTE DI QUESTO!”

Per i pazienti con disturbo ossessivo compulsivo, questo problema dovrebbe essere correlato alla loro lotta con le loro ossessioni. Quello che la loro mente dice loro è che se non riescono a far sparire la loro ossessione, o almeno a ridurla, avranno sempre il DOC. Chiedi sempre al paziente se questa strategia ha funzionato. Di solito diranno che ha funzionato in modo limitato. Tuttavia, non può aver funzionato in un senso reale, duraturo, concreto, altrimenti il paziente non sarebbe stato in trattamento. È importante “validare” l'incredibile sforzo che il paziente ha investito nel controllo dei suoi impulsi. Il terapeuta dovrebbe anche esplorare l'effettiva esperienza del paziente in tutti i suoi tentativi di sopprimere l'ossessione, per notare che potrebbe non essere una buona possibilità visto che tentando di sopprimerli si ottiene di farli aumentare. Il terapeuta non ha bisogno di insistere sul fatto che è così. La tentazione crea meno resistenza. Potremmo dire qualcosa del tipo: *È possibile che sia così?* Facciamo notare che in altri ambiti della loro vita in cui hanno investito così tanto impegno sono riusciti ad apportare cambiamenti fondamentali. Chiediamo se non sembra un po' strano che questo non funzioni qui. Un altro modo per introdurre la possibilità è chiedere al paziente: *Dalla tua esperienza, i tuoi impulsi sono aumentati o diminuiti nel corso degli anni? Sono migliori o peggiori rispetto a 5 o 10 anni fa?* “

Terapeuta: “La lotta con le tue ossessioni sembra essere diventata più facile negli ultimi 5-10 anni o più difficile?”

Paziente: “Cercare di controllarli è un lavoro a tempo pieno.”

Terapeuta: “Stai andando bene? Sei migliorato o stai scoprendo che devi lavorare sempre di più.”

Paziente: “Non sto migliorando.”

Terapeuta: “Ti stai stancando, sfinendo da tutto questo lavoro?”

Paziente: “Sì. Decisamente!”

I pazienti resistenti, come quelli che hanno partecipato a questo progetto, avranno sicuramente, nella loro esperienza, tracce di quanto descritto. *È importante che entrino in contatto con gli sforzi dell'effetto paradossale dal controllo nella loro esperienza, piuttosto che come argomento logico convincente.* Il paziente sa abbastanza bene che il *controllo emotivo e l'evitamento* non hanno funzionato. Ciò che i pazienti di solito non hanno potuto considerare è che continuerà a non funzionare. Queste varie metafore espongono il paziente alla fondamentale “*infattibilità*” di questo sistema di controllo mirato, cosciente, intenzionale (regolato verbalmente) e applicato agli eventi privati interni.

Il costo della mancanza di disponibilità: sentimenti puliti e sporchi

A questo punto può essere utile collegare le variazioni di *disponibilità e controllo* alle sensazioni traumatiche che i pazienti sperimentano quando tentano di controllare o eliminare le loro esperienze spiacevoli, solo per scoprire che sono state amplificate e ora sono apparentemente “fuori controllo”. Il monologo seguente mostra come il terapeuta ACT introduce il concetto di sensazione pulita e sporca (disagio pulito e disagio sporco).

“Dovremmo cercare di distinguere il disagio *pulito* da quello *sporco*. Il disagio che la vita si limita a preparare - che va e viene come risultato del solo vivere la tua vita - è un disagio *pulito*. A volte sarà alto, o sarà basso, a causa della tua storia, delle circostanze ambientali in cui ti trovi, ecc. Il disagio *pulito* è ciò di cui non puoi liberarti cercando di controllarlo. Disagio *sporco*, dall'altra parte, è il disagio emotivo e i pensieri inquietanti che sono effettivamente creati dal tuo sforzo di controllare i tuoi sentimenti. Come risultato della fuga, si sono manifestate nuove serie di sentimenti “negativi”. Questa potrebbe essere una parte importante del motivo per cui sei qui. Quell'extra disagio - disagio su disagio - possiamo chiamarlo disagio *sporco* e una volta che la *disponibilità* è alta e il *controllo* è basso (vedi di seguito metafora delle due manopole), in un certo senso, rimane solo il tipo *pulito*. Non so quanto disagio ti rimarrà in una determinata situazione una volta che ci sarà solo il disagio pulito, non sto dicendo che il disagio diminuirà. Quello che sto dicendo è che se rinunci allo sforzo di manipolare il tuo disagio, nel tempo assumerà la forma dettata dalla tua storia attuale. Nè più, né meno.”

5. Accettazione/disponibilità

L'alternativa al controllo: la disponibilità

L'intero focus dell'ACT è indicato nel suo nome: *Accettazione e impegno*. Questo è un altro modo per dire "sii presente e vai avanti" o "inizia da dove sei e vai dove scegli di andare". Fino a questo punto, la terapia si è concentrata sull'indebolimento dell'agenda di controllo verbale che dice ai pazienti che possono andare avanti solo dopo aver prima iniziato da un'altra parte. È utile iniziare a individuare l'alternativa. Il terapeuta dovrebbe usare la parola *disponibilità* a questo punto della terapia perché *accettazione* è spesso interpretata dal paziente come *tolleranza*, che è una cosa completamente diversa, o *rassegnazione*, che il paziente può vedere come una sconfitta.

Metafora. Le due manopole

Questa metafora rappresenta un intervento ACT fondamentale, progettato per introdurre il concetto di *disponibilità* e la sua relazione con il disagio psicologico.

“Immagina che ci siano due manopole, come le manopole del volume e del bilanciamento di uno stereo. Una è proprio qui di fronte a noi e si chiama Ansia (usa etichette che si adattano alla situazione del paziente, se non prova ansia, come rabbia, senso di colpa, pensieri inquietanti, preoccupazione, ecc). Può anche essere d'aiuto muovere la mano come se si muovesse su e giù per una scala numerica, può andare da 0 a 10. Nella postura in cui ti trovi, quella con cui sei arrivata qui, era questo il tuo messaggio: *questa ansia è troppo alta*. È quassù e io la voglio più bassa e voglio che tu, terapeuta, mi aiuti a farlo, per favore. In altre parole, hai cercato di orientare il puntatore verso il basso su questa scala (il terapeuta può usare l'altra mano per abbassare senza successo la mano dell'ansia). Ma ora c'è anche un'altra manopola. È stata nascosta. È difficile da vedere. Anche questa può andare da 0 a 10. (muovi l'altra mano su e giù dietro la tua testa in modo da non vederla). Quello che abbiamo fatto è preparare gradualmente la strada in modo che possiamo vedere quest'altra manopola.

L'abbiamo portato in giro per vederlo (muovi l'altra mano davanti). È davvero la più importante delle due, perché è questa che fa la differenza ed è l'unica che puoi controllare. Questa seconda manopola si chiama *disponibilità*. Si riferisce a quanto sei disposto a sperimentare la tua esperienza quando questa emerge, rinunciando a controllarla, evitarla, sfuggirvi, cambiarla e così via. Quando l'ansia (o disagio, depressione, ricordi spiacevoli, pensieri ossessivi, ecc. - usa un nome che si adatti alla lotta del paziente) è vicina a 10 e ti sforzi di controllarla, farla sparire o diminuire, allora non sei disposto a provare questa ansia. In altre parole, la manopola della disponibilità è scesa a 0. Ma questa è una combinazione terribile. È come un cricchetto o qualcosa del genere. Sai come funziona una chiave a cricchetto? Quando hai un cricchetto impostato in un modo, non importa come giri la maniglia sulla chiave, può solo stringere il bullone. È come questo. Quando l'ansia è alta e la disponibilità è bassa, il cricchetto è in azione e l'ansia non può diminuire. Questo perché se sei davvero, davvero riluttante ad avere ansia, allora l'ansia è qualcosa per cui essere allarmato, in ansia. È come se, quando l'ansia è alta e la disponibilità diminuisce, l'ansia si blocca. Giri il cricchetto e, qualunque cosa tu faccia con quello strumento, lo spinge più stretto. Quindi, ciò che dobbiamo fare in questa terapia è spostare la nostra attenzione dalla manopola dell'ansia alla manopola della disponibilità. Hai cercato di controllare la signora *ansia* da molto tempo e semplicemente non funziona. Non è che tu non fossi abbastanza intelligente, semplicemente non funziona. Invece di farlo, concentreremo la nostra attenzione sulla *manopola della disponibilità*. A differenza della manopola dell'ansia, che non puoi spostare a piacimento, quella della disponibilità è qualcosa che puoi impostare ovunque. Non è una reazione - non un sentimento o un pensiero - è una scelta.

L'hai impostata bassa. Sei entrato qui con l'impostazione bassa. Infatti, venire qui inizialmente potrebbe essere stato un riflesso della sua impostazione bassa. Quello che dobbiamo fare è impostarlo in alto. Se lo fai, se imposti la *disponibilità* alta, posso garantirti cosa accadrà all'ansia. Ti dirò esattamente cosa succederà e puoi assumerlo come una solenne promessa. Se smetti di cercare di controllare l'ansia, la tua ansia sarà bassa ... (pausa) o ... sarà alta. Te lo prometto! Giuro. Hai la mia parola. E quando è basso, sarà basso, finché non sarà basso e poi sarà alto. E quando è alto sarà alto e ancora più alto poi. Quindi sarà di nuovo basso. ...non ti sto prendendo in giro. Semplicemente, non ci sono parole adatte per descrivere cosa significhi avere la scala della disponibilità impostata su un livello alto - queste strane parole sono quanto di più pertinente posso offrirti per descriverlo. Posso dire con certezza una cosa, però, e la tua esperienza dice la stessa cosa: *se vuoi sapere con certezza dove sarà la manopola dell'ansia, allora c'è qualcosa che puoi fare*. Basta impostare la disponibilità molto, molto bassa e prima o poi, quando l'ansia si avvia, il cricchetto si bloccherà e avrai molta ansia. Sarà molto prevedibile. Tutto nell'intento di abbassarla. Se aumenti la disponibilità, l'ansia è libera di muoversi. A volte sarà bassa, altre volte sarà alta, e in entrambi i casi ti manterrai fuori da una lotta inutile e traumatica che può portare solo in una direzione.”

A questo punto, il paziente non saprà esattamente cosa sia la disponibilità. Anche se il terapeuta ha chiarito che non si tratta di una sensazione o di un pensiero, il paziente cercherà una disponibilità esattamente di questo tipo: una *sensazione* di disponibilità o la *convinzione* che sia utile. Il paziente può anche credere che il terapeuta stia suggerendo di ignorare o tollerare il disagio. È essenziale che il terapeuta stia attento e riconosca questi malintesi, com'è chiaro nel dialogo seguente:

Paziente: "Non sono proprio sicuro di sapere cosa sia la disponibilità."

Terapeuta: "E non ne hai bisogno adesso. Per lo più, in questo momento sto solo mettendo un'alternativa sul tavolo, ma non mi aspetto che tu esca e faccia fuoricampo semplicemente dopo un piccolo discorso, hai bisogno di un po' di esperienza per farlo realmente. Non è un'abilità verbale."

Paziente: "Capisco, in teoria, ma non riesco a immaginare di poter essere effettivamente disposto a provare l'ossessione."

Terapeuta: "E questo è esattamente un po' della *colla verbale* che la tua mente ti ha dato per mantenere la scala a zero. La cosa fantasiosa è stata credere che se hai disponibilità a scendere a zero, l'ansia diminuirà. *Se chiedi che vada via, lo farà.* Questo è ciò che dice la tua mente, e continua a resistere per effetto di questa convinzione. Eppure non è quello che la tua esperienza ti dice, vero? Non è così che funziona effettivamente. Dice l'esatto opposto, giusto? È quasi come se fossi vittima dei tuoi sentimenti."

Paziente: "Mi sento così. È quasi una tradizione di famiglia. Mia madre diceva - *è quello che accade a noi. Alla fine ci facciamo fregare.* Ha sempre interpretato la vittima. Credo di averlo imparato presto."

Terapeuta: "Non sarebbe poi così male se non fosse che questo vittimismo non fa nulla di positivo. Rende solo i tuoi sentimenti tuoi nemici e la vita invivibile. Perché non importa quanto duramente fai la vittima, la tua stessa ansia non cura. Ricorda che stavo parlando della capacità di risposta. Bene, in questa metafora, hai la capacità di rispondere – puoi farlo solo sulla scala della disponibilità, non sulla scala dell'ansia. Se avessi il controllo, avresti impostato questo disagio a 0, e non saresti qui, giusto? Chi non l'avrebbe fatto? Se avessimo fatto a modo nostro, nuoteremmo tutti nella melassa e tra le zollette di zucchero, tutto il giorno. Ma supponiamo che la vita ti dia questa scelta: tu puoi scegliere di provare a controllare ciò che senti e perdere il controllo sulla tua vita, o lasciare andare il controllo sul disagio e prendere il controllo sulla tua vita. Quale scegli?"

Paziente: "Preferirei avere il controllo della mia vita, ho sempre pensato di non poterlo fare se non quando l'ansia se ne fosse andata."

Terapeuta: "Esattamente. È così che le nostre menti sono addestrate a pensare. Quindi quello che dobbiamo imparare è dove funziona il controllo e dove no; non importa cosa dice la tua mente, la tua esperienza ti dice... non funziona allo stesso modo con la manopola del disagio emotivo e dei pensieri fastidiosi. Tuttavia, qui sulla manopola della disponibilità - chi sceglie come impostare questa?"

Paziente: "Io posso farlo."

Terapeuta: "Tu. Solo tu. Posso farti sentire le cose, ma non posso farti rimanere aperto o meno a quello che hai. Dipende da te. È l'unica cosa che spetta sempre a te. "

Dopo aver introdotto la disponibilità come alternativa al controllo, è importante spiegare al paziente che la disponibilità non è qualcosa che può essere fatto direttamente:

“Quindi, sappiamo che l'alternativa al controllo è la disponibilità. Sfortunatamente, in concreto la disponibilità non è qualcosa che può essere agita direttamente. Soprattutto da dove ti trovi... non sarebbe sicuro se ti chiedessi di iniziare a essere completamente disposto a sperimentare tutte le cose dolorose con cui hai lottato per tutto questo

tempo, senza prima mettere qualcos'altro al suo posto. Quindi quello che dobbiamo fare è trovare un posto sicuro da cui puoi scegliere di sperimentare i tuoi pensieri e sentimenti. E questo potrebbe essere più difficile di quanto potresti pensare, perché in realtà siamo in quattro nella stanza in questo momento: *io, tu, la mia mente e la tua mente*. E la tua mente combatterà questa scelta di disponibilità. Quindi vediamo se riusciamo a trovare un nuovo contesto in cui la disponibilità è un'opzione.”

6. Azione impegnata

A questo punto, il paziente sarà probabilmente interessato a provare qualcosa di diverso. Il terapeuta dovrebbe suggerire di praticare la disponibilità. Gli esercizi di apertura riguardano la pratica del paziente ad essere disponibile ad avere l'ossessione. Nel trattamento del disturbo ossessivo compulsivo, gli esercizi di disponibilità non dovrebbero essere limitati dalle emozioni del paziente. Ad esempio, il paziente può scegliere di non agire la compulsione dalle 8:00 alle 9:00, o non più di 20 volte al giorno, se è quella che può facilmente controllare. Gli esercizi di disponibilità non dovrebbero comportare impegni *imprecisi* come l'essere più disponibili questa settimana. Quello che stiamo cercando sono impegni di buona qualità, non invece propositi enormi che il paziente non mantiene. Questo tipo di esercizi di disponibilità dovrebbero essere fatti come compiti a casa dopo ogni sessione e per le sessioni rimanenti; sono diversi dall'esposizione nei trattamenti CBT (Terapia Cognitivo Comportamentale di seconda generazione) in cui si tratta di diminuire le ossessioni. In ACT si tenta di promuovere la disponibilità a vivere anche eventi privati spiacevoli. Questi esercizi di disponibilità dovrebbero essere incrementati ogni settimana, man mano che cresce il repertorio del paziente per sperimentare l'ossessione rinunciando alla compulsione. Questa è una parte molto importante del trattamento perché offre al paziente esperienze di vita reale con il materiale che viene presentato in seduta. Inoltre, fornisce il materiale per le seguenti sessioni. Il paziente molto probabilmente incontrerà difficoltà con l'ossessione tra le sessioni, esperienze queste che possono essere utilizzate come materiale per il trattamento.

Caratteristiche dell'“impegno”

Spiega al paziente che c'è un problema che sta alla base della questione della disponibilità, e quel problema è: puoi prendere un impegno e mantenerlo? È possibile che tu dica: *“per me funzionerebbe nella mia vita fare questo, e quindi lo sto facendo.”* E poi fallo. E se scivoli, o fallisci nel tentativo, girati e fallo di nuovo. L'*impegno*, che è una scelta, una possibilità, è possibile coltivarlo anche in altri ambiti della vita e non solo nell'area del disagio emotivo e dei pensieri disturbanti? Spiega al paziente che non stiamo parlando di essere all'altezza degli standard di qualcun altro (ad es. chiesa, mamma, marito, ecc.), ma piuttosto di essere all'altezza di nessuno standard. Inoltre, non stiamo parlando di qualcosa che ti farà sentire necessariamente bene. Se si ritiene che sensazioni o i pensieri siano il requisito per prendere decisioni, mantenere un impegno diventerebbe impossibile, perché non puoi controllare i tuoi pensieri e le tue sensazioni. Discuti su come un impegno può applicarsi ad una serie di situazioni o circostanze o quando verrà fatta un'eccezione comportamentale (ad esempio, un impegno a non mangiare il dessert per i prossimi sei mesi può includere l'eccezione che quando sono a casa di mamma il giorno del mio compleanno, lo

mangerò.) Sottolinea, inoltre, che non si dovrebbe prendere un impegno a meno che non si sia sicuri al 100% di mantenerlo, e succederà che non lo si potrà mantenere sempre. La domanda è: *sei disposto a prendere un impegno, sapendo che non sarai sempre all'altezza; sei disposto a provare quello che proverai quando non manterrai i tuoi impegni e tornare ad impegnarti nuovamente?*”

7. Homework

Oltre a prendere impegni comportamentali ogni settimana, al paziente dovrebbero essere assegnati i seguenti compiti a casa. Lo aiuteranno ad interagire con il materiale presentato in sessione, fuori dalla sessione.

Homework 3 - Diario della disponibilità quotidiana

Completa questo diario dopo che si è presentata la tua ossessione. Non deve essere completato dopo ogni ossessione, ma solo un paio di volte. Per favore porta lo schema compilato nella sessione successiva.

Giorno	Qual è l'esperienza?	Quali erano le tue sensazioni mentre questo accadeva?	Quali erano i tuoi pensieri mentre stava accadendo?	Quali sono state le tue sensazioni mentre stava accadendo?	Cos' hai fatto mentre rispondevi ai tuoi sentimenti, pensieri o sensazioni?
Giorno 1					
Giorno 2					
Giorno 3					
Giorno 4					
Giorno 5					

Homework 4 – Diario del disagio pulito e disagio sporco

Istruzioni: ogni volta che ti imbatti in una situazione in cui ti senti "bloccato" o in cui stai lottando con la tua ossessione, completa le colonne sottostante.

Situazione	(Disagio pulito) Le mie prime reazioni	Livello di sofferenza	(Disagio sporco) Cosa ho fatto delle mie reazioni	Nuova sofferenza
Cosa ha dato inizio a tutto questo? Cos'è successo?	Quale ossessione si è "manifestata"? Descriva i suoi pensieri, sentimenti o sensazioni fisiche.	Valuta il tuo livello di sofferenza attuale su una scala da 1 a 100 (1 = nessuna sofferenza, 100 = sofferenza estrema).	Ho lottato con l'ossessione? Mi sono criticato? Ho provato a respingere le mie reazioni o ho fatto finta che non ci fossero?	Valuta il tuo nuovo livello di sofferenza sulla stessa scala da 1 a 100.

Sessione 5 e 6

Si consiglia di approfondire il seguente capitolo del manuale:

Manuale ACT (Hayes, Strosahl, Wilson -1999)

Capitolo 7. Alla scoperta del sé, difendersi

1. Valutazione del funzionamento

Il terapeuta dovrebbe valutare eventuali cambiamenti nell'ambiente e nelle caratteristiche del disturbo ossessivo compulsivo del paziente, come frequenza, intensità o disturbi causati dal disturbo. Valutare se il paziente sta facendo qualcosa di diverso a grazie alla terapia.

2. Discussione delle impressioni all'ultima sessione

Dare al paziente l'opportunità di esprimere eventuali feedback alle sessioni precedenti. Siate particolarmente attenti ai commenti che indicano che il paziente sta usando il materiale presentato in sessione come modi per controllare l'ossessione. Queste informazioni forniranno informazioni su quali processi del modello ACT si deve intervenire.

3. Rivedi gli homework

Rivedi le esperienze del paziente associate ai compiti. Le esperienze del paziente con i compiti a casa dovrebbero essere integrate nelle sessioni di terapia.

4. Presenta il sé come contesto e Defusione

Il *sé come contesto*, nel trattamento del disturbo ossessivo compulsivo, implica la capacità di trattare i propri eventi privati come nient'altro che qualsiasi altro evento quotidiano, trattare un pensiero come un pensiero, un sentimento come un sentimento e le sensazioni come sensazioni, niente di più. Le persone con disturbo ossessivo compulsivo hanno difficoltà a non cedere alle loro ossessioni perché si sentono come se fossero eventi reali. Il paziente potrebbe riscontrarlo durante gli esercizi di disponibilità nelle ultime due sessioni. Se manifesta difficoltà nel praticare la disponibilità a sperimentare l'ossessione senza rispondere ad essa, usalo come occasione per presentare il *sé come contesto*: non è qualcosa che può essere descritto verbalmente, è una postura psicologica che è meglio se appresa attraverso la pratica e l'esperienza. La *defusione* produce l'incremento del repertorio comportamentale del paziente rispetto all'ossessione. Quando egli sperimenta un'ossessione, l'unica mossa nel suo repertorio è fuggire. Lo stesso vale per le situazioni che suscitano l'ossessione, l'unica scelta che il paziente ha è quella di evitare la situazione. Entrambi questi

comportamenti sono utili, ma possono diventare problematici quando sono gli unici modi in cui il paziente risponde alla situazione. Gli esercizi di defusione aiutano il paziente a interagire con l'ossessione in modi diversi, in tal modo si aumenta il repertorio comportamentale rispetto all'ossessione. Inoltre, quando si interagisce con l'ossessione in vari modi, la sua credibilità diminuisce. Pertanto, l'ossessione può verificarsi alla stessa velocità, ma si presenta come qualcosa di diverso, non più così minacciosa.

Esercizio: *quali sono i numeri?*

Molti pazienti con disturbo ossessivo compulsivo riferiscono che molte situazioni innescano l'ossessione. Questo può essere fastidioso per il paziente perché questi eventi spesso non sono sotto il suo controllo. Questo esercizio aiuta il paziente a notare la futilità del controllo.

Terapeuta: "Supponiamo che io sia venuto da te e dicessi: ti darò tre numeri da ricordare. È molto importante che te li ricordi, perché tra diversi anni ti darò un colpo sulla spalla e ti chiederò - *quali sono i numeri?* - Se riesci a rispondere, ti do un milione di dollari. Quindi ricorda, questo è importante. Non puoi dimenticare queste cose. Valgono un milione di dollari. OK. Ecco i tre numeri: Pronto? 1, ... 2, ... 3. Ora ... quali sono i numeri? "

Paziente: "1, 2, 3."

Terapeuta: "Bene. Ora non dimenticarli. Se lo fai, ti costerà molto. Cosa sono?"

Paziente: (ride) "Ancora 1, 2, 3."

Terapeuta: "Super. Pensi di riuscire a ricordarli?"

Paziente: "Suppongo di sì. Se davvero ti credessi lo farei."

Terapeuta: "Allora credimi. Un milione di dollari. Quali sono i numeri?"

Paziente: "1, 2, 3."

Terapeuta: "Giusto. Ora, se mi hai davvero creduto (in realtà ho mentito) è molto probabile che potresti ricordare questi stupidi numeri per molto tempo."

Paziente: "Certo."

Terapeuta: "Ma non è ridicolo? Voglio dire, solo perché qualche terapeuta intelligente vuole sottolineare un punto qui, potresti andare in giro per il resto della tua vita con 1, 2, 3 bloccato nella tua testa. Per nessun motivo questo ha qualcosa a che fare con te. Solo un incidente, davvero. La fortuna del sorteggio. Mi hai preso come terapeuta e ciò che sai è che hai dei numeri che girano nella tua testa per Dio sa quanto tempo. Quali sono i numeri? "

Paziente: "1, 2, 3."

Terapeuta: "Giusto. E una volta che sono nella tua testa, non se ne vanno. Il nostro sistema nervoso funziona per addizione, non per sottrazione. Una volta che le cose entrano, entrano. Controlla questo. E se ti dicessi, è molto importante che tu abbia l'esperienza che i numeri non sono 1, 2, 3. OK? Quindi ti chiederò dei numeri e voglio che tu risponda in un modo che non abbia assolutamente a che fare con 1, 2, 3. OK? Ora, quali sono i numeri? "

Paziente: "4, 5, 6."

Terapeuta: "E hai fatto quello che ti avevo chiesto?"

Paziente: Ho pensato 4, 5, 6 e li ho detti."

Terapeuta: "E questo ha raggiunto l'obiettivo che mi ero prefissato? Lascia che te lo chieda in questo modo: come fai a sapere che 4, 5, 6 è una buona risposta."

Paziente: (ridacchia) "Perché non sono 1, 2, 3."

Terapeuta: "Esatto! Quindi 4, 5, 6 ha ancora a che fare con 1, 2, 3 e ti ho chiesto di non farlo. Quindi facciamolo di nuovo: pensa a qualsiasi cosa tranne 1, 2, 3 - assicurati che il tuo la risposta sia assolutamente scollegata da 1, 2, 3."

Paziente: "Non posso farlo."

Terapeuta: "Nemmeno io. Il sistema nervoso funziona solo per addizione, a meno che non si subisca una lobotomia o qualcosa del genere. 4, 5, 6 si aggiunge a 1, 2, 3. 1, 2, 3 sono lì e non se ne vanno. Quando hai 80 anni, potrei avvicinarmi a te e dirti: quali sono i numeri? E potresti effettivamente dire 1, 2, 3 semplicemente perché qualcuno ti ha detto di ricordarli! Ma non è solo 1, 2, 3. Ci sono tutti i tipi di persone che ti dicono tutti i tipi di cose. La tua mente è stata programmata da tutti i tipi di esperienze. (Aggiungine alcune rilevanti per il paziente, come - quindi pensi *Sono cattivo* o pensi *Non mi trovo bene*). Ma come fai a sapere che questo non è solo un altro esempio di 1, 2, 3? A volte non lo noti nemmeno, questi pensieri sono nelle voci dei tuoi genitori o sono collegati a cose che le persone ti hanno detto? *Se non sei altro che le tue reazioni, sei nei guai*. Poiché non hai scelto cosa potrebbero essere, non puoi controllare cosa si presenta e hai tutti i tipi di reazioni che sono sciocche, prevenute, meschine, odiose, spaventose e così via. Non sarai mai in grado di vincere a questo gioco."

Vedere che le reazioni sono programmate biologicamente, mina sia l'utilità di impegnarsi in una lotta di successo contro contenuti psicologici indesiderati (perché queste reazioni sono automatiche e condizionate) sia la necessità di questa lotta (poiché non significano ciò che dicono di voler dire). "*Sto male*" non è intrinsecamente più significativo di "1, 2, 3."

Metafora. *La scacchiera*

La metafora della scacchiera è un intervento centrale nel modello ACT e un altro modo per connettere il paziente alla distinzione tra sé come *contenuto* e sé come *osservatore*.

“È come se ci fosse una scacchiera che si estende all'infinito in tutte le direzioni. È ricoperta di pezzi di colore diverso, neri e bianchi. Lavorano in squadra in sinergia, come negli scacchi - i pezzi bianchi combattono contro i pezzi neri. Puoi pensare ai tuoi pensieri, sentimenti e convinzioni come a questi pezzi; anche loro si ritrovano insieme in squadre. Ad esempio, i sentimenti *cattivi* (come ansia, depressione, risentimento) sono accompagnati da pensieri e ricordi cattivi. Stessa cosa con quelli *buoni*. Quindi sembra che il modo in cui si gioca la partita dipenda dalla parte in cui vogliamo stare. Mettiamo i pezzi buoni da una parte (come pensieri dell'essere sicuri di sé, sentimenti di avere il controllo, ecc.), e i pezzi cattivi dall'altra. Poi ci alziamo in groppa alla regina bianca e cavalchiamo in battaglia, combattendo per vincere la guerra contro ansia, depressione, desiderio di droghe, qualunque cosa. È un gioco di guerra. Ma qui c'è un problema logico, ed è evidente da questa posizione, un'enorme porzione di te stesso è il tuo nemico. In altre parole, se hai bisogno di essere in questa guerra, c'è qualcosa che non va. E poiché sembra che tu sia allo stesso livello di questi pezzi, possono essere grandi o addirittura più grandi di te, anche se questi pezzi sono dentro di te. Quindi in qualche modo, anche se non è logico, più combatti più diventano grandi. Se è vero che *se non sei disposto ad averlo, ce l'hai*, allora mentre li

combatti diventano più centrali nella tua vita, più frequenti, dominanti e più legati a ogni area della vita. L'idea logica è che ne eliminerai un numero sufficiente in modo da dominarli alla fine, tranne per il fatto che la tua esperienza ti dice che accade l'esatto contrario. Apparentemente, i pezzi neri non possono essere eliminati deliberatamente dal tabellone. Quindi la battaglia continua. Ti senti senza speranza, hai la sensazione di non poter vincere, eppure non puoi smettere di combattere. Se sei sul dorso di quel cavallo bianco, combattere è l'unica scelta che hai perché i pezzi neri sembrano in pericolo di vita. Eppure, vivere in una zona di guerra è un modo misero di vivere.”

Quando il paziente si connette con questa metafora può farlo anche alla questione del sé.

Terapeuta: “Ora, lascia che ti chieda di pensarci attentamente. In questa metafora, supponi di non essere i pezzi degli scacchi. Tu chi sei?”

Paziente: “Sono io il giocatore?”

Terapeuta: “Questo è esattamente quello che hai cercato di essere, quindi è un'idea vecchia. Il giocatore ha una grande aspettativa su come andrà a finire questa guerra. Inoltre, contro chi stai giocando? Qualche altro giocatore? Quindi supponi di non essere neanche quello.”

Paziente: “...sono la scacchiera?”

Terapeuta: “È utile vederla in questo modo. Senza una base questi pezzi non hanno un posto in cui essere collocati. La scacchiera li sostiene. Cosa accadrebbe ai tuoi pensieri se tu non fossi lì ad essere consapevole di averli pensati? I pezzi hanno bisogno di te. Non possono esistere senza di te, ma tu li contieni, loro non ti contengono. Nota che se tu sei i pezzi, il gioco è molto importante, devi vincere, la tua vita dipende da questo. Ma se sei la scacchiera, non importa se la guerra si ferma o meno. Il gioco può continuare, ma non fa alcuna differenza per la scacchiera. Come scacchiera, puoi vedere tutti i pezzi, puoi tenerli, sei in intimo contatto con loro e puoi guardare la guerra che si gioca nella tua consapevolezza, ma non importa. Non richiede alcuno sforzo.”

La metafora della scacchiera è spesso recitata fisicamente in terapia. Ad esempio, un pezzo di cartone viene posizionato sul pavimento e sopra vengono messe varie cose interessanti e altre brutte (ad esempio mozziconi di sigaretta, immagini). Al paziente può essere chiesto di notare che la tavola non fa alcuno sforzo per trattenere i pezzi (una metafora che descrive il non necessario sforzo nella disponibilità, con l'atto fisico della tavola che tiene le cose come metafora della disponibilità). Al paziente può essere chiesto di notare che nella dimensione della scacchiera si possono fare solo due cose: tenere i pezzi e muoverli tutti in una direzione. Non possiamo spostare pezzi specifici senza abbandonare la scacchiera. Notate anche che la scacchiera è in contatto diretto con i pezzi più di quanto non lo siano i pezzi l'uno con l'altro, quindi la disponibilità non riguarda il distacco o la dissociazione. Piuttosto, quando discutiamo un pensiero o lottiamo con un'emozione, ci poniamo al livello di un pezzo e a quel livello, altri pezzi, sebbene spaventosi, non vengono veramente toccati.

Una volta che il paziente è stato introdotto alla metafora, è utile rinvigorire periodicamente il processo chiedendo semplicemente al paziente: *sei a livello dei pezzi o della scacchiera in questo momento?* Tutte le argomentazioni, le ragioni e così via, che il paziente porta, sono tutti esempi di azione a livello dei "pezzi" e quindi

questa metafora può aiutare a svincolare il paziente da tali reazioni. Il concetto di "livello della scacchiera" può essere usato frequentemente per connotare una posizione in cui il paziente guarda *al* contenuto psicologico, piuttosto che *dal* contenuto psicologico. Il punto è che pensieri, sentimenti, sensazioni, emozioni, ricordi e così via "sono pezzi: non sei tu". Questo è immediatamente disponibile a livello esperienziale, ma la fusione con il contenuto psicologico può sopraffare questa consapevolezza. Metafore come quella della scacchiera aiutano a rendere concreta la questione.

Esercizi utili:

Il seguente esercizio si rivela spesso un'esperienza potente per i pazienti. Riferiscono spesso un forte senso di pace. Va sottolineato che l'esercizio non è inteso come metodo per far sparire pensieri e sentimenti *cattivi*. Piuttosto, se fatto correttamente, l'esercizio consente al paziente di accettare pienamente i propri pensieri e sentimenti: qualsiasi esperienza di pace è effetto indiretto di questo processo. Il punto è stabilire un contatto esperienziale con il luogo da cui pensieri, sentimenti, impulsi ad agire e simili non devono essere creduti, agiti, o essere qualcosa da cui fuggire, ecc. Il paziente dovrebbe essere aiutato a notare i diversi aspetti dell'esperienza: i limiti della lotta, la loro esperienza viscerale e qualsiasi altra cosa descrivono.

5. Defusione e riformulazione delle convenzioni linguistiche

Esistono pattern verbali specifici che sembrano mantenere il potere che l'ossessione ha su chi soffre di DOC. Dite al paziente che, se è disposto a sperimentarne un paio, proveremo alcune cose nuove per contrastare la tendenza delle parole a trascinarci nella lotta.

Diremo:

"Ci sono cose incorporate nel nostro linguaggio che ci aiutano a tirarci fuori dalla zona di guerra, cose che ci portano a prendere i nostri pensieri letteralmente per ciò che dicono di essere. Quindi adesso forse, per un po', possiamo adottare un paio di strategie verbali utili a richiamare la nostra attenzione su ciò che stiamo dicendo e su ciò che intendiamo veramente quando facciamo riferimento a questi aspetti. Le proposizioni che proporrò possono essere un po' imbarazzanti, ma non dovremo adottarle per sempre>.

La prima è questa, nomina il pensiero utilizzando questa formula:

"Sto avendo il (pensiero / sentimento / valutazione / sensazione corporea) che ..."

Se dai un nome al processo, è più facile vedere di cosa si tratta veramente, piuttosto che quello che dice semplicemente di essere.

Le componenti chiave della riformulazione sono:

1. *Affermazione "IO".* I particolari eventi comportamentali devono essere formulati in prima persona;
2. *Una chiara etichetta del processo comportamentale.* Le principali, nella maggior parte del lavoro clinico sono *pensieri, sentimenti, valutazioni, sensazioni corporee e ricordi;*
3. *Fare o avere, non essere.* C'è una sottigliezza qui che non insegniamo deliberatamente ai pazienti, ma che tuttavia di solito viene appresa. Il comportamento rispondente è utilmente visto come qualcosa che hai. Il comportamento operante è visto invece come un'azione che hai scelto. In entrambi i casi, tuttavia, queste azioni o reazioni non sono ciò che sei, non ti rappresentano. *Il problema è fare o avere, non essere.* Pertanto, il costrutto "Sono arrabbiato" è quasi sempre dannoso. Pone un'emozione come qualità dell'essere. "Mi sento arrabbiato" o "Ho un sentimento di rabbia" sono molto più sicuri perché distinguono tra la persona e l'evento.

1. Tipica verbalizzazione del paziente: *"Questa relazione fa schifo. È davvero triste. Non c'è modo di rimetterla insieme."*

Verbalizzazione riformulata del paziente: *"Sto avendo il pensiero che questa relazione fa schifo. Ho sentimenti tristi associati a quel pensiero, e poi ho il pensiero che non ci sia modo di rimetterlo insieme."*

5. Tipica verbalizzazione del paziente: *"Nessuno potrebbe vivere come me. Sono troppo ansioso e infelice."*

Verbalizzazione del paziente riformulata: *"Ho il pensiero che nessuno potrebbe vivere come me. Ho sentimenti di ansia e ho il pensiero che siano troppi. Lo considero triste."*

L'artificiosità di queste costruzioni verbali è inizialmente un problema. Se il terapeuta è persistente, tuttavia, la maggior parte dei pazienti può ridurre l'impatto, entro mezz'ora o giù di lì. In genere, non è necessario prestare subito attenzione a questi aspetti verbali. Solo una o due ore di applicazione consentirà di renderle disponibili per l'uso secondo necessità. Quindi possono essere evocate ogni volta che il paziente è travolto dal contenuto della propria esperienza privata. Questi costrutti aiutano a creare una distanza sufficiente tra la persona e le proprie reazioni in modo che queste possano essere viste come tali (risposte), piuttosto che il mondo visto attraverso queste reazioni. La seconda ha a che fare con il nostro uso delle parole "ma" e "e". Ciò che significa letteralmente "ma" è che ciò che segue la parola, "ma", contraddice ciò che precede la parola. È letteralmente una contraddizione. Etimologicamente, "ma" sembra derivare dalle parole "essere fuori". Quindi, "questo, ma quello" significa che ci sono due cose che sono incoerenti, che sono letteralmente in guerra tra loro. Uno deve "essere fuori". Tuttavia, ciò che è veramente opportuno è che tu li abbia entrambi, "questo e quello". Quindi la strategia che potremmo adottare è di dire "e" invece di "ma" quando parliamo. Se lo provi, vedrai che quasi sempre "e" è più

fedele alla tua esperienza. Ad esempio, se voglio andare a lavorare eppure mi sento resistente, invece di "*Voglio andare ma mi sento così resistente*" prova "*Voglio andare e mi sento così resistente.*" Entrambe le cose sono vere, il desiderio andare a lavorare e la sensazione di resistenza. Richiamando l'attenzione su ciò che stiamo dicendo con l'uso di questo piccolo espediente verbale, sarai sensibile a uno dei modi in cui le persone vengono trascinate nella lotta profonda con la propria storia.

Metafora. *I passeggeri sull'autobus*

La metafora dei passeggeri sull'autobus è un intervento fondamentale nel modello ACT volto a "*deletteralizzare*" (defondere) il contenuto psicologico provocatorio attraverso la sua oggettivazione. Questa è una strategia particolarmente efficace per chi soffre di DOC perché li aiuta a guardare l'ossessione in un modo meno minaccioso, più facile e gratificante da accettare.

“È come se ci fosse un autobus e tu sei l'autista. Su questo autobus abbiamo un gruppo di passeggeri. Immagina i passeggeri come se fossero pensieri, sentimenti, sensazioni, ricordi e altri aspetti dell'esperienza. Alcuni di loro sono spaventosi, e sono vestiti con giacche di pelle nera e hanno coltelli a serramanico. Quello che succede è che stai guidando e i passeggeri iniziano a minacciarti, dicendoti cosa devi fare, dove devi andare. *Devi girare a sinistra, devi andare a destra, ecc.* La minaccia che hanno su di te è che, se non fai quello che dicono, verranno fuori dal retro dell'autobus (saranno più visibili ai tuoi occhi). È come se avessi fatto un patto con questi passeggeri, e il patto è: *ti siedi sul retro dell'autobus e ti accucci in modo che non possa vederti molto spesso, e farò quello che dici, più o meno.* E se un giorno ti stanchi di questo e dici: *non mi piace! Sto per buttare quelle persone giù dall'autobus! Fermi l'autobus e torni indietro per occuparti dei passeggeri dall'aria meschina. Solo che noti che la prima cosa che dovevi fare era stare fermo.* Nota ora, non stai più guidando e non stai andando da nessuna parte, hai solo a che fare con questi passeggeri. E in più, sono davvero forti. Non hanno intenzione di andarsene e tu combatti con loro, ma semplicemente non funziona bene. Alla fine torni a placare i passeggeri, per cercare di farli sedere di nuovo in fondo dove non puoi vederli. Il problema con quell'accordo è che, in cambio eliminarli dalla tua vita, fai quello che ti chiedono. Ben presto non avranno più nemmeno bisogno di dirti "*Gira a sinistra*" perché sai che appena ti avvicini a una svolta a sinistra i passeggeri ti strisceranno addosso. Alla fine potresti diventare abbastanza bravo da poter quasi fingere che non siano affatto sull'autobus, dicendo soltanto a te stesso che a sinistra è l'unica direzione in cui vuoi svoltare. Tuttavia, quando alla fine si presentano, sfruttano il potere guadagnato dagli accordi che hai fatto con loro in passato. Adesso il trucco dell'intera faccenda è questo: il potere che i passeggeri hanno su di te è basato al 100% su questo: *se non fai quello che diciamo, stiamo arrivando e ti stiamo spingendo a guardarci.* Questo è tutto. È vero che quando salgono sembra che potrebbero fare molto di più: hanno coltelli, catene, ecc. Sembra che potresti esserne distrutto. L'accordo che fai è fare quello che dicono in modo che non si avvicinino a te e tu non li debba guardare. L'autista (tu) ha il controllo dell'autobus, ma scambi il tuo controllo in questi accordi segreti con i passeggeri. In altre parole, cercando di ottenere il controllo, hai effettivamente rinunciato al controllo! Ora nota che, anche se i tuoi passeggeri affermano di poterti distruggere se non giri a sinistra, in realtà non è mai successo. Questi passeggeri non possono farti fare qualcosa contro la tua volontà.

Il terapeuta può continuare ad alludere alla metafora dell'autobus durante il lavoro di "deletteralizzazione". Domande del tipo: "Quale passeggero ti sta minacciando adesso?" può aiutare a riorientare il paziente che pratica l'evitamento emotivo in seduta.

Esercizio di Tichener: latte, latte, latte

Il seguente esercizio ACT è uno degli interventi di defusione più comunemente usati. Dopo averlo eseguito con i pazienti è più utile fare l'esercizio con l'ossessione del paziente. Se l'ossessione è un'affermazione lunga sarebbe utile abbreviarla in un'espressione che possa essere ripetuta rapidamente.

Terapeuta: "Facciamo un piccolo esercizio. È a occhi aperti. Ti chiederò di esprimere la tua ossessione più frequente."

Paziente: "Mi verrà una malattia toccando qualcosa di contaminato."

Terapeuta: "Se dovessi accorciarlo in una parola, quale sarebbe?"

Paziente: "Morte, malattia, immagini orribili."

Terapeuta: "OK. Cos'altro. Cosa si presenta dentro di te quando diciamo - contaminato?"

Paziente: "Sono spaventato."

Terapeuta: "Bene. Cos'altro?"

Paziente: "Mi sento a disagio."

Terapeuta: "Esatto. E puoi sentire come ci si potrebbe sentire ad essere contaminati."

Paziente: "Certo."

Terapeuta: "OK, quindi vediamo se va bene. Ciò che ti passava per la mente erano aspetti legati alla contaminazione e all'esperienza che credi reale e a cui dai fiducia. Tutto quello che è successo è che abbiamo pronunciato uno strano suono - contaminato - e molte delle cose che abbiamo elencato si sono presentate. Nota che non c'è alcuna contaminazione in questa stanza. Proprio nessuna. Ma la contaminazione era *psicologicamente* nella stanza. Tu ed io lo stavamo vedendo, sentendolo, ma solo la parola era effettivamente qui. Ora, ecco un piccolo esercizio, se sei disposto a farne esperienza. L'esercizio è un po' sciocco, quindi potresti sentire un po' di imbarazzo nel farlo, ma lo farò con te così possiamo essere sciocchi insieme. Quello che ti chiederò di fare è di pronunciare la parola - contaminazione - ad alta voce, rapidamente, ancora e ancora e poi notare cosa succede. Sei disposto a provarlo?"

Paziente: "Penso di sì."

Terapeuta: "OK. Facciamolo. Di - contaminazione - ancora e ancora. (Il terapeuta e il paziente svolgono l'esercizio per uno o due minuti, con il terapeuta che incoraggia periodicamente il paziente a continuare, a continuare a dirlo ad alta voce o ad andare più veloce)."

Terapeuta: "OK, ora fermati. Dov'è la contaminazione?"

Paziente: "Andata!!! (ride)."

Terapeuta: "Hai notato cosa è successo agli aspetti psicologici della contaminazione presenti fino a pochi minuti fa?"

Paziente: “Dopo averlo ripetuto circa 40 volte è scomparso. Tutto quello che potevo sentire era il suono. Sembrava molto strano - in effetti ho avuto la strana sensazione di non sapere nemmeno quale parola stavo dicendo per qualche istante. Sembrava più il suono di un uccello che una parola.”

Terapeuta: “Esatto. Le cose spaventose, orribili, malate e legate ai germi se ne vanno. La prima volta che l'hai detto, era come se la contaminazione fosse effettivamente qui, nella stanza. Ma tutto quello che è successo veramente è che hai pronunciato una parola. La prima volta che l'hai fatto era davvero piena di significato, quasi reale. Ma quando l'hai pronunciata, ancora e ancora e ancora, ha iniziato a perdere quel significato e anche le parole hanno iniziato ad essere solo un suono.”

Paziente: “Questo è quello che è successo.”

Terapeuta: “Beh, quando dici cose a te stesso, oltre ogni altro significato di queste parole, non è anche vero che queste parole sono solo parole. Le parole sono solo fumo. Non c'è niente di solido in loro.”

Questo esercizio dimostra in modo rapido che mentre il significato letterale è dominante nel linguaggio, non è così difficile individuare contesti in cui il significato letterale si indebolisce rapidamente e quasi scompare.

6. Homework 5 e 6

Entrambi questi esercizi per casa sono esperienziali. Pertanto, dovrebbero essere eseguiti almeno una volta in sessione in modo che il paziente possa eseguirli a casa durante la settimana. Ciascuno impiega circa 10 minuti. Il terapeuta può verificare lo svolgimento con il paziente per assicurarsi che li stia seguendo. Ma prima di eseguire gli esercizi si dovrebbe dire al paziente di rimandare ogni altra considerazione o riflessione con il terapeuta solo al termine dell'esercizio e di dare una risposta il più breve possibile a qualsiasi domanda del terapeuta.

Esercizio: l'osservatore

Dobbiamo fornire al paziente un'esperienza di se stesso come *contesto* piuttosto che se stesso come *contenuto*. L' *esercizio dell'osservatore* (una variante dell'esercizio di *autoidentificazione* sviluppato da Assagioli, 1971, pp. 211-217) è progettato per iniziare a stabilire un senso di sé che esiste nel presente e fornisce un contesto per la defusione cognitiva.

“Faremo un esercizio, che ci offre un modo iniziale per provare a fare esperienza di quel luogo in cui *non sei tu a scegliere cosa vi accade*. Non c'è la possibilità che qualcuno possa fallire in questo esercizio; guarderemo semplicemente qualsiasi cosa tu stia sentendo o pensando in modo che qualunque cosa salti fuori sia giusta. Chiudi gli occhi, accomodati sulla sedia e segui la mia voce. Se ti ritrovi a vagare con la mente, torna dolcemente al suono della mia voce. Prova a prestare attenzione a te stesso in questa stanza. Immagina la stanza. Immagina te stesso in questa stanza, esattamente dove ti trovi. Ora inizia ad entrare dentro la tua pelle, in contatto con il tuo corpo. Nota come sei seduto sulla sedia. Guarda se può notare esattamente la forma che è data dalle parti della tua pelle che toccano la sedia. Nota tutte le sensazioni corporee che emergono in quei punti. Quando le noti, riconosci quella

sensazione e consenti alla tua coscienza di andare avanti. (pausa) Ora nota qualsiasi emozione tu stia provando e se ne noti qualcuna, semplicemente riconoscila (pausa). Ora mettiti in contatto con i tuoi pensieri e guardali in silenzio per alcuni istanti (pausa). Ora vorrei che tu notassi che quando hai notato queste cose era presente una parte di te che le ha notate. Hai notato quelle sensazioni... quelle emozioni... quei pensieri e quella parte di te che chiameremo *sé che osserva*. C'è una persona qui, dietro quegli occhi, che è consapevole di quello che sto dicendo in questo momento. Ed è la stessa persona che sei stata per tutta la vita. In un certo senso più profondo, questo osservatore è ciò che chiami *tu*.

Voglio che ricordi qualcosa che è successo la scorsa estate. Alza il dito quando hai in mente un'immagine. Bene. Ora guardati intorno. Ricorda tutte le cose che stavano accadendo allora. Ricorda i panorami... i suoni... i tuoi sentimenti... e mentre lo fai vedi se puoi notare che eri lì a notare quello che stavi notando. Vedi se riesci a cogliere la persona dietro i tuoi occhi che ha visto, sentito, percepito. Eri lì allora e ora sei qui. Non ti sto chiedendo di crederci. Non sto adottando un criterio logico. Ti sto solo chiedendo di annotare l'esperienza dell'essere consapevoli e verifica, vedi se non è così che in un certo senso il *tu* che è qui ora era lì anche allora. La persona consapevole di ciò di cui sei consapevole è qui ora ed era lì allora. Vedi se riesci a notare la continuità essenziale: ad un livello più profondo, a livello di esperienza, non di convinzione, sei stato *tu* per tutta la vita.

Voglio che tu ricordi qualcosa che è successo quando eri un adolescente. Alza il dito quando hai in mente un'immagine. Bene. Ora guardati intorno. Ricorda tutte le cose che stavano accadendo allora. Ricorda i panorami... i suoni... i tuoi sentimenti... prenditi il tuo tempo. E quando sei consapevole di cosa c'era, vedi se solo per un secondo capisci che c'era una persona dietro i tuoi occhi che ha visto, sentito e percepito tutto questo. Eri lì anche allora, e vedi se non è vero, da come nei hai fatto esperienza e non da una tua convinzione, che c'è una continuità essenziale tra la persona consapevole di ciò di cui sei consapevole ora e la persona che era consapevole di ciò di cui eri a conoscenza da adolescente in quella specifica situazione. Sei stato *tu* tutta la tua vita.

Infine, ricorda qualcosa che è successo quando eri un bambino abbastanza piccolo, diciamo intorno ai sei o sette anni. Alza il dito quando hai in mente un'immagine. Bene. Ora guardati di nuovo intorno. Guarda cosa stava succedendo. Guarda i panorami... ascolta i suoni... senti i tuoi sentimenti... e poi cogli il fatto che eri lì a vedere, udire e sentire. Nota che eri lì dietro i tuoi occhi. Eri lì allora e ora sei qui. Controlla e vedi se in una dimensione profonda il *tu* che è qui ora era lì allora. La persona consapevole di ciò di cui sei consapevole è qui ora ed era lì allora. Sei stato *tu* tutta la tua vita. Ovunque tu sia stato, ci sei stato notando. Questo è ciò che intendo per *sé osservatore*. E da quella prospettiva o punto di vista voglio che tu guardi alcune aree della vita. Cominciamo con il tuo corpo. Nota come il tuo corpo cambia costantemente. A volte è malato e a volte sta bene. Può essere riposato o stanco. Può essere forte o debole. Una volta eri un bambino piccolo, ma il tuo corpo è cresciuto. Potresti persino aver rimosso parti del tuo corpo, come durante un'operazione. Le tue cellule sono morte e praticamente quasi tutte le cellule del tuo corpo non erano lì da adolescente, o anche la scorsa estate. Le tue sensazioni vanno e vengono. Anche mentre abbiamo parlato sono cambiati. Quindi, se tutto questo sta cambiando e tuttavia il *sé* che chiami *tu* è stato lì per tutta la tua vita, ciò deve significare che mentre hai un corpo, per esperienza e non per convinzione, non sperimenti te stesso come solo il tuo corpo. Quindi nota il tuo corpo ora per alcuni istanti e, mentre lo fai, ogni tanto nota che sei tu a notare. (dai tempo al paziente per farlo)

Ora passiamo a un'altra area: i tuoi ruoli. Nota quanti ruoli hai o hai avuto. A volte sei nel ruolo di (adattale al paziente, ad esempio, "madre... o un'amica... o una figlia... o una moglie... a volte sei un lavoratore rispettato... altre volte sei un leader... o un gregario ", ecc.). Nel mondo esterno, hai sempre un ruolo. Se dovessi provare a non esserlo, allora staresti giocando il ruolo di non recitare un ruolo. Anche adesso, una parte di te sta recitando un ruolo ... il ruolo del paziente. Tuttavia, per tutto il tempo nota che sei presente anche tu. La parte di te che è *tu* ... osserva ed è consapevole di ciò di cui sei consapevole. E in una dimensione profonda quel *tu* non cambia. Quindi, se i tuoi ruoli cambiano costantemente, eppure il *tu* che sei è stato lì per tutta la tua vita, deve essere che mentre hai dei ruoli, non fai esperienza di te stesso per essere i tuoi ruoli. Non crederci. Non è questione fede. Guarda e nota la distinzione tra ciò che stai guardando e te che stai guardando.

Adesso passiamo ad un altro ambito: le *emozioni*. Nota come le tue emozioni cambiano costantemente. A volte provi amore e talvolta odio, calma e poi tensione, gioia-tristezza, felicità-malinconia. Anche adesso potresti provare emozioni... interesse, noia, relax. Pensa alle cose che ti sono piaciute e che non ti piacciono più; delle paure che avevi una volta che ora sono risolte. L'unica cosa su cui puoi contare con le emozioni è che *cambieranno*. Anche se arriva un'ondata di emozioni, passerà nel tempo. Eppure, mentre queste emozioni vanno e vengono, nota che in una certa dimensione profonda quel *tu* non cambia. Sarà che mentre provi delle emozioni, non ti accorgi che sono solo le tue emozioni. Consenti a te stesso di percepirlo come un evento di cui puoi fare esperienza, non come una convinzione. In un modo molto importante e profondo percepisci te stesso come una costante. Sei *tu* attraverso tutto. Quindi nota solo le tue emozioni per un momento e mentre lo fai, nota anche che le stai notando (Lascia un breve periodo di silenzio).

Passiamo ora a un'area molto difficile. I tuoi pensieri. I pensieri sono difficili perché tendono ad agganciarci e a portarci in giro. Se ciò accade, torna al suono della mia voce. Nota come i tuoi pensieri cambiano costantemente. Eri ignorante, poi sei andato a scuola e hai imparato nuovi pensieri. Hai acquisito nuove idee e nuove conoscenze. A volte pensi alle cose in un modo e a volte nell'altro. A volte i tuoi pensieri possono avere poco senso. A volte sembrano emergere automaticamente, dal nulla. Sono in continua evoluzione. Osserva i tuoi pensieri da quando sei arrivato oggi e nota quanti pensieri diversi hai avuto. Eppure, in una dimensione profonda, il *tu* che sa quello che pensi non sta cambiando. Quindi questo vuol dire che mentre hai pensieri, non sperimenti essi stessi come solo i tuoi pensieri. Non crederci. Notalo e basta. E nota anche se te ne rendi conto, che il tuo flusso di pensieri continuerà. E potresti farti prendere da loro. Eppure, nell'istante in cui te ne rendi conto, realizzi anche che una parte di te è in disparte, a guardare tutto. Quindi ora osserva i tuoi pensieri per alcuni istanti e, mentre lo fai, nota anche che li stai notando (Lascia un breve periodo di silenzio). Ora immagina di nuovo te stesso in questa stanza. E ora immagina la stanza. Immagina (descrivi la stanza). Fai qualche altro respiro profondo. E quando sei pronto per tornare nella stanza, apri gli occhi.”

Dopo questo esercizio, elabora l'esperienza dei pazienti con l'esercizio, facendo attenzione ad evitare l'analisi dell'esperienza, ma concentrati sull'esperienza stessa. È utile vedere se c'erano particolari caratteristiche dell'esperienza di connessione con il *tu*. Non è insolito, per i pazienti, segnalare un senso di tranquillità o pace. Le esperienze di vita evocate in questo esercizio, molte delle quali sono minacciose e promuovono l'ansia, possono essere accolte pacificamente e tranquillamente (cioè accettate con un atteggiamento di disponibilità) quando sono viste come frammenti

del contenuto del sé, non come una definizione del sé. Di solito, vale la pena lasciare al paziente le implicazioni attive di questa esperienza. Il terapeuta può ricollegare il paziente alle esperienze con la metafora della scacchiera: ad esempio, c'è un'altra cosa che la base, come una scacchiera, può fare, oltre a tenere i pezzi. Può prendere una direzione, indipendentemente da ciò che i pezzi stanno facendo in quel momento può vedere cosa c'è, sentire cosa c'è e ancora dire: "Eccoci!". Al paziente può essere assegnato questo esercizio come compito a casa. Il paziente dovrebbe trovare un posto nella sua casa dove non sarà interrotto, concentrarsi e osservare cosa accade.

Secondo esercizio di Defusione

Homework 6

L'esercizio aiuta a distinguere tra pensieri osservati come pensieri e pensieri assunti come convinzioni o concetti.

Questo esercizio mostra quanto velocemente i pensieri ci allontanano dall'esperienza quando ci agganciano. Tutto quello che ti chiederò di fare è pensare a qualunque pensiero tu abbia ed essere disponibile affinché possano fluire, un pensiero dopo l'altro. Lo scopo dell'esercizio è notare quando c'è un passaggio *dal guardare i tuoi pensieri, al guardare dai tuoi pensieri*. Saprai che è successo quando la parata si ferma o sei in parata o l'esercizio è terminato. Ti chiederò di immaginare che ci siano piccole persone, soldati, che marciano fuori dal tuo orecchio sinistro che marciano davanti a te in una parata. Sei dietro le transenne e guardi la parata che passa. Ogni soldato sta portando un cartello e ogni pensiero che hai è una frase scritta su uno di questi cartelli. Alcune persone hanno difficoltà a tradurre i pensieri in parole e vedono i pensieri come *immagini mentali*. Se questo è il tuo caso, metti ogni immagine su uno dei cartelli esposto dai soldati. Ad alcune persone non piace l'immagine dei soldati, e in questo caso ho usato un'immagine alternativa: *le foglie che galleggiano in un ruscello*. Puoi scegliere quello che ti sembra migliore.

Centrati e inizia a lasciare andare i tuoi pensieri scritti sui cartelli dei soldati. Ora ecco il compito. Il compito è semplicemente quello di guardare la parata che passa senza che si fermi e senza che tu salti giù nella parata. Dovresti solo lasciarlo fluire. È molto improbabile, tuttavia, che tu possa farlo senza interruzioni. E questa è la parte fondamentale di questo esercizio. Ad un certo punto avrai la sensazione che la parata si sia fermata, o che tu abbia perso contatto con l'esercizio, o che tu sia giù in parata invece di essere dietro le transenne. Quando ciò accade, vorrei che tornassi indietro di qualche secondo e provassi a capire cosa stavi facendo prima che la parata si fermasse. Quindi vai avanti e metti di nuovo i tuoi pensieri sui cartelli, finché la sfilata non si ferma una seconda volta, e così via. La cosa principale è notare quando si ferma per qualsiasi motivo e vedere se riesci a capire cosa è successo appena prima che si fermasse.

Un'altra cosa. Se la parata non inizia mai e pensi "non funziona" o "non lo sto facendo bene", lascia che quel pensiero sia scritto su un cartello e invialo alla parata.

6. Azione impegnata

Il terapeuta dovrebbe continuare a offrire al paziente l'opportunità di impegnarsi ad essere disponibile a sperimentare l'impulso. Questi esercizi di disponibilità dovrebbero continuare per tutto il trattamento in modo che il paziente possa sperimentare cosa implica la disponibilità. Gli esercizi dovrebbero continuare per durata e quantità specifiche. Il paziente dovrebbe aumentare il suo impegno durante il trattamento. Il paziente non dovrebbe essere spinto a prendere impegni più grandi di quanto occorra; mentre allo stesso tempo dovrebbe scegliere impegni che siano passi abbastanza grandi da far progredire la terapia e aumentare il suo repertorio di disponibilità. Ancora una volta, questi esercizi forniscono materiale molto utile per le sessioni successive. Il paziente molto probabilmente incontrerà difficoltà con l'ossessione tra le sessioni che possono essere utilizzate come materiale per il trattamento.

Sessione 7 e 8

Si consiglia di approfondire il seguente capitolo del manuale:

Manuale ACT (Hayes, Strosahl, Wilson -1999)

Capitolo 8 - Valori

Capitolo 9 - Mettere in atto la disponibilità

1. Valutazione del funzionamento

Il terapeuta deve valutare eventuali cambiamenti nell'ambiente del paziente e nelle caratteristiche del disturbo ossessivo compulsivo quali frequenza, intensità o disturbi causati dal disturbo. Valuta se il paziente sta facendo qualcosa di diverso grazie alla terapia.

2. Discussione delle impressioni all'ultima sessione

Dare al paziente l'opportunità di esprimere eventuali impressioni alle sessioni precedenti. Siate particolarmente consapevoli dei commenti che indicano che il paziente sta usando il materiale presentato in sessione come tentativi di controllare l'ossessione. Queste informazioni saranno utili a descrivere quali aree ACT devono essere riconsiderate.

3. Discussione Homework

Rivedi le esperienze del paziente associate ai compiti. Le esperienze del paziente con gli homework dovrebbero essere integrate nelle sessioni di terapia.

4. Introduzione ai valori

Si spera che a questo punto del trattamento il paziente mostri una diminuzione delle sue compulsioni e sia meno coinvolto nelle lotte con le ossessioni. Contattando le contingenze naturali, il paziente dovrebbe iniziare ad avere riscontro dei risultati rinforzanti del non cedere alle compulsioni. Presumibilmente, se il paziente trascorre meno tempo a impegnarsi e lottare con le compulsioni, sarà speso più tempo impegnandosi in attività di valore. A questo punto del trattamento, il terapeuta dovrebbe aiutare il paziente a chiarire i suoi valori. Il completamento dell'inventario di valutazione dei valori fa questo. Il chiarimento dei valori del paziente aiuta a dare indicazioni al paziente al di fuori del supporto del terapeuta. Ciò aiuterà nei risultati a lungo termine del trattamento perché aiuta a dirigere il paziente in situazioni difficili. Inoltre, aumentare il tempo coinvolto nelle attività di valore aiuterà a mantenere un comportamento basato sui valori rispetto al comportamento regolato evitando o sfuggendo all'ossessione.

Il *Values Assessment Inventory* viene utilizzato per chiarire i valori del paziente.

Esercizio di assessment dei valori

Le seguenti suddivisioni sono aree della vita apprezzate in genere dalle persone. Non tutti hanno gli stessi valori e questo foglio di lavoro non è un test per vedere se si hanno i valori "corretti". Descrivi i tuoi valori come se nessuno leggesse mai questo foglio. Mentre lavori, pensa a ciascuna area in termini di obiettivi concreti che potresti avere e anche in termini di direzioni di vita più generali. Quindi, ad esempio, potresti considerare il matrimonio come un obiettivo concreto e l'essere un coniuge amorevole come una preziosa direzione. Il primo esempio, *sposarsi*, è qualcosa che potrebbe essere completato. Il secondo esempio, *essere un coniuge amorevole*, non ha fine. Potresti sempre essere più amorevole, non importa quanto lo fossi già. Lavora attraverso ciascuno dei domini della vita. Alcuni dei domini si sovrappongono. Potresti avere problemi a tenere la famiglia separata dal matrimonio/dalle relazioni intime. Fai del tuo meglio per tenerli separati. Il tuo terapeuta ti fornirà assistenza quando discuterai di questi obiettivi e della valutazione dei valori. Numerare chiaramente ogni sezione e tenerle separate l'una dall'altra. Potresti non avere obiettivi di valore in alcune aree. Puoi saltare queste aree e discuterle direttamente con il tuo terapeuta. È anche importante che tu annoti ciò che valuteresti se non ci fosse nulla sulla tua strada. Non ti stiamo chiedendo cosa pensi di poter ottenere realisticamente o cosa pensi di meritare tu o gli altri. Vogliamo sapere cosa ti interessa, per cosa vorresti lavorare, nella migliore delle situazioni. Mentre fai il foglio di lavoro, fingi che la magia sia avvenuta e che tutto sia possibile.

- 1. Matrimonio/coppie/relazioni intime.** In questa sezione, scrivi una descrizione della persona con cui vorresti avere una relazione intima. Annota il tipo di relazione che vorresti avere. Cerca di concentrarti sul tuo ruolo in quella relazione.
- 2. Rapporti familiari.** In questa sezione, descrivi il tipo di fratello/sorella, figlio/figlia, padre/madre che vuoi essere. Descrivi le qualità che vorresti avere in quelle relazioni. Descrivi come tratteresti queste persone se tu fossi l'ideale in queste varie relazioni.
- 3. Amicizie/relazioni sociali.** In questa sezione, scrivi cosa significa per te essere un buon amico. Se potessi essere il miglior amico possibile, come ti comporteresti nei confronti dei tuoi amici? Prova a descrivere un'amicizia ideale.
- 4. Carriera/impiego.** In questa sezione, descrivi il tipo di lavoro che vorresti fare. Questo può essere molto specifico o molto generale. (Ricorda, questo è in un mondo ideale.) Dopo aver scritto del tipo di lavoro che vorresti fare, scrivi perché ti piace. Successivamente, discuti che tipo di lavoratore vorresti essere rispetto al tuo datore di lavoro e ai colleghi. Come vorresti che fossero i tuoi rapporti di lavoro?

- 5. Istruzione/Crescita e sviluppo personale.** Se desideri seguire un'istruzione, formale o informale, o seguire una formazione specializzata, scrivi a riguardo. Scrivi perché questo tipo di formazione o istruzione ti attrae.
- 6. Attività Ricreativa/Tempo libero.** Discuti il tipo di vita ricreativa che vorresti avere, inclusi hobby, sport e attività ricreative.
- 7. Spiritualità.** Non ci riferiamo necessariamente alla religione organizzata in questa sezione. Ciò che intendiamo per spiritualità è qualunque cosa significhi per te. Questo potrebbe essere semplice come comunicare con la natura o formale come la partecipazione a un gruppo religioso organizzato. Qualunque cosa significhi spiritualità per te va bene. Se si tratta di un'area importante della vita, scrivi quello che vorresti che fosse. Come per tutte le altre aree, se questa non è una parte importante dei tuoi valori, passa alla sezione successiva.
- 8. Cittadinanza.** Per alcune persone, la partecipazione agli affari della comunità è una parte importante della vita. Ad esempio, alcune persone ritengono che sia importante fare volontariato con i senzatetto o gli anziani, fare pressioni sui responsabili delle politiche governative a livello federale, statale o locale, partecipare come membri di un gruppo impegnato nella conservazione della fauna selvatica o partecipare al servizio struttura di un gruppo di auto-aiuto, come Alcolisti Anonimi. Se questo tipo di attività orientate alla comunità è importante per te, scrivi quale direzione vorresti prendere in queste aree. Scrivi cosa ti attrae di questa zona.
- 9. Salute/benessere fisico.** In questa sezione, includi i tuoi valori relativi al mantenimento del tuo benessere fisico. Scrivi di questioni relative alla salute come sonno, dieta, esercizio fisico, fumo e così via

Valori, schema narrativo

Offri una breve narrazione, per ogni riga, basata sulla discussione dei valori con il paziente. Se una di esse non è applicabile, inserisci "nessuno". Dopo aver generato tutte le narrazioni, leggile ciascuna al paziente e perfezionale. Continua questo processo, prestando attenzione contemporaneamente alle risposte di tipo flessibile, finché tu e il paziente non arrivate ad una narrazione con cui il paziente concorda e che sia coerente con i propri valori in un determinato dominio.

Dominio	Narrazione delle direzioni valoriali
Matrimonio/ coppia/ relazioni intime	
Rapporti familiari	
Amicizie/ relazioni sociali	
Carriera/ impiego	
Attività Ricreativa/ Tempo libero	
Spiritualità	
Cittadinanza	
Salute e benessere	

Assessment dei valori Rating Scale

Leggi e poi valuta ciascuna delle narrazioni sui valori generate da te e dal tuo terapeuta. Valuta quanto è importante questo valore per te, su una scala da 1 (importanza alta) a 10 (importanza bassa). Valuta l'efficacia con cui hai vissuto questo valore durante l'ultimo mese su una scala da 1 (molto successo) a 10 (per niente con successo). Infine, classifica queste narrazioni di valore in base all'importanza che dai al lavoro su di esse in questo momento, con 1 il grado più alto, 2 il successivo più alto e così via.

		Valutazione e priorità		
Dominio	Narrazione delle direzioni valoriali	Importanza	Efficacia	Priorità
Matrimonio/ coppia/ relazioni intime				
Rapporti familiari				
Amicizie/ relazioni sociali				
Carriera/ impiego				
Attività Ricreativa/ Tempo libero				
Spiritualità				
Cittadinanza				
Salute e benessere				

5. Aumentare l'attenzione sulle azioni impegnate

Dopo che i valori sono stati chiariti, è tempo di aiutare il paziente a spostare l'attenzione sull'impegno in questi comportamenti. Il paziente si è impegnato ad aumentare la sua disponibilità durante il trattamento e ora l'impegno dovrebbe essere più focalizzato in queste preziose attività. I seguenti esercizi aiuteranno il paziente a impegnarsi in attività di valore piuttosto che a scivolare di nuovo in una strategia di evitamento.

Metafora. *Barbone alla porta*

"Immagina di avere una nuova casa e di aver invitato tutti i vicini a una festa, una inaugurazione della casa. Tutti sono invitati da tutto il quartiere - hai persino messo un cartello al supermercato. Quindi tutti i vicini si presentano, la festa sta andando in modo fantastico, ed ecco che arriva Joe-il-barbone, che vive dietro il supermercato nel cassonetto della spazzatura. È puzzolente e maleodorante e pensi, Dio, perché si è presentato? Ma hai detto sul cartello - *tutti sono i benvenuti*. Riesci a vedere che è possibile per te accoglierlo e farlo davvero, pienamente, senza che ti piaccia che sia lì? Puoi accoglierlo anche se non pensi bene di lui. Non deve piacerti. Non devi amare il modo in cui odora, o il suo stile di vita o i suoi vestiti. Potresti essere imbarazzato per il modo in cui si tuffa nel punch o nei tramezzini. La tua opinione su di lui è assolutamente distinta dalla tua disponibilità ad averlo come ospite a casa tua. Ora puoi decidere che anche se hai detto che tutti erano i benvenuti, in realtà non è il benvenuto. Ma appena lo fai, la festa cambia. Ora devi essere davanti alla casa, a guardia della porta in modo che non possa rientrare. Oppure se dici, OK, sei il benvenuto, ma non lo pensi davvero, intendi solo che è il benvenuto finché rimane la cucina e non si mescola con gli altri ospiti, quindi dovrai costringerlo costantemente a farlo e tutta la tua festa sarà quello. Nel frattempo, la vita va avanti, la festa continua e tu stai facendo la guardia al barbone. Semplicemente non migliora la vita. Non è molto simile a una festa. È molto lavoro. Ciò di cui parla la metafora, ovviamente, sono tutti i sentimenti, i ricordi e i pensieri che si manifestano e che non ti piacciono; sono solo altri barboni alla porta. Il problema è il rapporto che assumi riguardo alle tue cose. Sono i benvenuti? Puoi scegliere di accoglierli, anche se non ti piace il fatto che siano venuti? In caso contrario, come sarà la festa? "

L'idea fantasiosa è che trattenere la disponibilità promuoverà la tranquillità. La realtà è l'opposto. In effetti, la maggior parte dei pazienti ha notato che quando ci sforziamo di impedire a una reazione di unirsi alla festa, altre reazioni indesiderate seguono subito dietro: quello che un terapeuta ACT ha chiamato "*i ragazzacci*".

Metafora. *Muoversi attraverso una palude*

A questo punto della terapia, è utile spiegare al paziente che il bisogno di disponibilità emerge nel contesto dell'impegno. Senza un obiettivo e un impegno verso valori e obiettivi, non c'è bisogno di volontà. È come se davanti a te ci fosse una palude. L'accettazione è ciò che accade quando sei disposto ad entrare in quella palude. Ma nota anche che ha uno scopo. Non abbiamo bisogno di sguazzare nelle paludi. Quando stiamo andando da qualche parte, a volte c'è una palude lì, e abbiamo la

possibilità di cambiare direzione o di aprirci. È come se potessi lanciare una corda attraverso la palude per raggiungere un punto particolare dall'altra parte. Quindi, quando sei fino al culo alla palude, puoi sempre fare riferimento alla corda e vedere se sei diretto nella direzione che ti sei prefissato. Solo tu puoi lanciare quella corda e senza di essa l'accettazione perde la sua direzione.

Esercizio: scegliere Coca-Cola o 7-Up

Chiedere al paziente di immaginare di poter scegliere tra due tipi di bevande analcoliche: *Coca-Cola e 7-Up* (può anche essere fatto con due tipi di succhi, caffè e tè, due gusti di gelato, ecc.). Chiedi al paziente di scegliere. Qualunque cosa dica il paziente, chiedi perché. Se viene fornito un motivo, discuti il motivo, sottolinea che la scelta avrebbe potuto essere diversa anche con quel motivo e chiedi ancora una volta al paziente di scegliere. E comunque, il problema è quale scegli, non quali scelgono le tue ragioni. Continua finché non è chiaro che qualsiasi ragione fornita dal paziente può essere argomentata e che le ragioni, di per sé, non sono necessarie. Spiega al paziente che il problema non è nemmeno fare le cose perché le vuoi fare, perché ci sono molte cose nella vita che facciamo, indipendentemente dal fatto che le vogliamo o meno. Piuttosto, il problema è scegliere semplicemente perché scegli tu. Di: "Hai la capacità di adottare una condotta per nessun altro motivo se non per la scelta di farlo." Non è necessario difendere o spiegare.

Bibliografia

- Hayes, S.C., Batten, S., Gifford, E., Wilson, K.G., Afairi, N., & McCurry, S. (1999). Acceptance and Commitment Therapy An Individual Psychotherapy Manual for the Treatment of Experiential Avoidance, Second Edition. Reno, NV: Context Press.
- Hayes, S. C. Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.

Michael P. Twohig, Ph.D.
Utah State University (USA)

Michael P. Twohig, Ph.D. è co-direttore all' USU ACT Research. Past presidente dell' ACBS (Association of Contextual Behavioral Science). Ha ottenuto la laurea in Psicologia e il master in Analisi del comportamento all'Università del Wisconsin-Milwaukee; Ha svolto il dottorato di ricerca presso l'Università del Nevada completando il suo tirocinio presso l'Università della British Columbia Hospital. La sua attività si concentra soprattutto sull'applicazione dell' ACT in favore di un' ampia varietà di ambiti, con enfasi sui disturbi ossessivo compulsivo. Ha pubblicato oltre 100 articoli peer-reviewed e più libri, tra cui *"An ACT-Enhanced Behavior Therapy approach to the Treatment of Trichotillomania"* (D. W. Woods & M.P. Twohig) e *"ACT Verbatim for Depression and Anxiety"* (S. Hayes & M. P. Twohig).