

## IL PROCESSO DI DEFUSIONE NELLA TERAPIA DELL'ACCETTAZIONE E DELL'IMPEGNO (ACT)

Barbara Barcaccia

Associazione di Psicologia Cognitiva

**Corrispondenza:** Barbara Barcaccia

barbara.barcaccia@uniroma1.it

### Riassunto

La defusione cognitiva è uno dei processi fondamentali nell'ambito della terapia dell'Accettazione e dell'Impegno (ACT), la cui efficacia è stata dimostrata in numerose ricerche di esito, per una varietà di disturbi. La procedura consente di prendere le distanze dalle esperienze private (ad es. pensieri, immagini mentali). Lo scopo è di modificare la relazione tra sé e i pensieri negativi in modo da promuovere la flessibilità psicologica e ampliare il repertorio delle reazioni comportamentali ed emotive.

I dati di letteratura mostrano come la defusione sia efficace nel ridurre la credibilità dei pensieri, permettendo quindi al paziente di agire guidato dai propri valori, anziché governato dalle proprie credenze disfunzionali.

Vengono presentati una breve cornice concettuale della defusione cognitiva, due esempi di tipici interventi, e alcune indicazioni per il suo corretto utilizzo in terapia.

**Parole-chiave:** defusione cognitiva, ristrutturazione cognitiva, terapia dell'Accettazione e dell'Impegno (ACT), relational frame theory

## THE PROCESS OF DEFUSION IN ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY (ACT)

### Abstract

Cognitive defusion is a fundamental process in Acceptance and Commitment Therapy, whose effectiveness has been demonstrated by many outcome studies across a large number of psychiatric disorders. This procedure allows to achieve psychological distance from private experiences (e.g. thoughts and mental images). The aim of defusion is to modify how an individual relates to negative thoughts so as to promote psychological flexibility, and to broaden the repertoire of behavioural and emotional responses.

Research data demonstrate its effectiveness in reducing the believability of dysfunctional thoughts, thus allowing patients to act in line with one's values as opposed to being governed by their dysfunctional beliefs.

The conceptual framework of cognitive defusion is briefly presented, along with two exemplifications of typical defusion interventions and some indications for its correct implementation in psychotherapy.

**Key words:** cognitive defusion, cognitive restructuring, Acceptance and Commitment Therapy (ACT), relational frame theory

## Introduzione

Negli ultimi vent'anni si è assistito a un approfondimento di ricerche e di interventi clinici basati sull'accettazione e sulla *mindfulness*. In generale queste forme di trattamento sono centrate principalmente sull'alterazione della funzione di pensieri, emozioni, sensazioni, ricordi etc., piuttosto che sul loro contenuto o sulla loro frequenza di comparsa (Segal et al. 2004, Fisher e Wells 2005, Blackledge 2007).

Indubbiamente la forma di psicoterapia più completa e sistematica, che ha enfatizzato i concetti di accettazione e di modificazione della funzione dei contenuti cognitivi, è la terapia dell'Accettazione e dell'Impegno (*Acceptance and Commitment Therapy, ACT*; Hayes et al. 1999).

La defusione cognitiva è uno dei processi fondamentali dell'ACT, impiegata in particolare in quelle situazioni in cui i pazienti, indipendentemente dalla diagnosi, sono eccessivamente "fusi" con il contenuto dei pensieri, nel senso che il loro livello di adesione alle credenze è estremamente elevato, e pertanto sono guidati nelle proprie scelte e decisioni da ciò che quei contenuti cognitivi suggeriscono o intimano.

È stato ampiamente dimostrato che le strategie basate sul controllo, come la soppressione del pensiero, che mira ad alterare direttamente la frequenza di comparsa dei pensieri/immagini disfunzionali, sono inefficaci, e anzi hanno un effetto-paradosso: i tentativi di scacciare i pensieri intrusivi dalla mente può intensificarne la frequenza di comparsa (Wegner et al. 1987, Becker et al. 1998, Abramowitz et al. 2001, Wenzlaff & Luxton 2003, Dalgleish & Yiend 2006, Clark & Purdon 2009, Najmi et al. 2009, Najmi et al. 2010).

Uno dei metodi più usati in terapia cognitivo-comportamentale per trattare i pensieri disfunzionali è la ristrutturazione cognitiva, tramite la quale si aiuta il paziente a identificare interpretazioni alternative degli eventi. Si tratta di una strategia estremamente efficace, che può essere utilizzata con vari gradi di direttività da parte del terapeuta, dalla vera e propria discussione sugli elementi di realtà contenuti o meno nelle credenze riportate, alla semplice generazione di ipotesi alternative tesa a introdurre flessibilità nella rigidità con la quale tali credenze sono intrattenute dal paziente.

La defusione cognitiva costituisce un'altra delle possibili modalità per la gestione dei pensieri disfunzionali, la cui efficacia è stata verificata in numerose ricerche di esito (Healy et al. 2008, Masuda et al. 2010, Deacon et al. 2011).

Nella prospettiva ACT questa procedura ha come bersaglio principalmente i pensieri, mentre per quanto riguarda le emozioni e le sensazioni si utilizzano di solito esercizi di accettazione esperienziale. Essendo però le due tipologie di esperienze spesso associate, non è infrequente l'utilizzo congiunto di entrambe le tecniche (Gutiérrez et al. 2004, Páez-Blarrina et al. 2008, McMullen et al. 2008).

La defusione è basata sull'idea che molti problemi psicologici e psichiatrici siano riconducibili a problemi di linguaggio/cognizione. Questa visione è in realtà condivisa con la maggior parte delle diverse correnti di terapia cognitiva, che hanno sempre considerato le interpretazioni e costruzioni cognitive dell'individuo, espresse attraverso il linguaggio, degli elementi fondamentali per spiegare la sofferenza umana (Beck 1976, Ellis 1994).

Gli esseri umani, infatti, entrano in relazione con il mondo e con gli eventi in modo profondamente mediato: le cognizioni, sotto forma di pensieri o immagini mentali diventano dei sostituti del contatto diretto con gli eventi che accadono nel mondo. Un paziente con fobia sociale che pensa "*farò una figuraccia, tutti rideranno di me, verrò umiliato*", di solito crede

alla verità letterale di questi contenuti cognitivi. Si relaziona con questi pensieri *come se* essi stessero descrivendo la realtà dei fatti; se ciò accade, il paziente agirà facendosi guidare, vale a dire molto probabilmente eviterà quella situazione sociale, e tale comportamento andrà a sua volta a confermare quelle stesse credenze d'incapacità che sono parte del disturbo stesso.

La defusione offre una possibilità di gestione efficace delle credenze: il paziente defuso noterà la comparsa di quei pensieri nella mente, li riconoscerà come tali, e agirà *come se* quei contenuti cognitivi non fossero presenti.

Come si fa a sapere se la tecnica ha funzionato? Fondamentalmente se il paziente, in concomitanza di pensieri ossessivi, depressivi, ansiogeni, o di qualsiasi altra natura, agisce in un modo diverso da come era portato a fare abitualmente. Se ad esempio non evita, laddove in passato la fusione cognitiva lo portava all'evitamento.

La defusione è uno strumento utilizzabile in tutti quei casi in cui le persone soffrono per l'impatto emotivo, ma anche per le conseguenze sulle proprie azioni, della fusione con contenuti mentali. È una procedura che, avendo lo scopo di modificare la funzione delle cognizioni, più che la loro forma o frequenza, può risultare molto utile qualora altre tecniche, come la ristrutturazione cognitiva, abbiano fallito, o nelle situazioni in cui il tempo a disposizione per il trattamento sia limitato da vincoli esterni (Luoma e Hayes 2009). La defusione, infatti, può agire in tempi piuttosto rapidi (Deacon et al. 2011).

Può essere comunque utile adottare questa procedura nei casi in cui le credenze siano radicate da molto tempo, si presentino in forma automatica e rapidissima, per cui le tecniche standard della terapia cognitiva risultano particolarmente ostiche da adottare ed estremamente laboriose sia per il terapeuta che per il paziente (Luoma e Hayes 2009).

Infine la defusione può risultare efficace anche per aumentare la *compliance* del paziente al trattamento e alle strategie e tecniche condivise in seduta per la gestione delle sue difficoltà. Si possono infatti trattare anche i pensieri relativi alla difficoltà nella messa in atto delle tecniche proposte come delle regole verbali (*Non ce la posso fare/È troppo difficile/Chi me lo fa fare?/E se poi fallisco?/ È insopportabile*) auto-generate, nocive al trattamento. Esse infatti possono determinare nel paziente, con elevata probabilità, la decisione di non impegnarsi nelle strategie stabilite e nei compiti assegnati, che invece sarebbero utili ai fini del cambiamento.

L'efficacia della defusione è stata dimostrata in diverse ricerche di esito, che hanno utilizzato una forma breve di ACT, nella quale la componente della defusione rappresentava l'intervento principale (Zettle e Hayes 1987, Zettle e Raines 1989).

In alcune ricerche si è invece indagata specificamente solo la procedura di defusione, della quale è stata dimostrata l'efficacia (Healy et al. 2008, Masuda et al. 2010, Deacon et al. 2011).

I dati disponibili sull'efficacia della defusione non dimostrano che essa sia di molto superiore ad altre tecniche "tradizionali" della terapia cognitivo-comportamentale, ma che è efficace almeno come queste ultime. In particolare essa si rivela molto utile nel ridurre la **credibilità** dei pensieri (Deacon et al. 2011).

La procedura non è particolarmente efficace nel ridurre la frequenza di comparsa dei pensieri, ma del resto non è questo un obiettivo perseguito dall'ACT: in questa prospettiva di trattamento, i sintomi non sono neanche definiti come tali, e sin dall'inizio non si condivide con il paziente come obiettivo di trattamento una riduzione della sintomatologia. I terapeuti ACT ritengono di non dover concordare, nel contratto iniziale, la remissione o diminuzione dei sintomi. Mentre da un punto di vista teorico è chiara la motivazione di un tale atteggiamento (se lo scopo è modificare la funzione, piuttosto che il contenuto, non sarà particolarmente importante un decremento delle occorrenze), da un punto di vista pratico-clinico va rilevato che può risultare

un po' difficile mantenere questa posizione con il paziente, soprattutto nelle fasi iniziali di conoscenza e di valutazione. Pertanto risulta particolarmente importante conoscere bene anche le altre componenti del modello di terapia dell'Accettazione e dell'Impegno, il cosiddetto esagono della flessibilità, per riuscire a utilizzare al meglio la procedura di defusione (Hayes et al. 1999).

## La *Relational Frame Theory* come cornice concettuale della defusione

La defusione è una tecnica basata sulla *Relational Frame Theory* (RFT), una teoria del linguaggio e della cognizione secondo la quale i pensieri finiscono per acquisire un significato letterale, così come molto del loro impatto su emozioni e comportamenti, solo perché si è venuto a stabilire nel tempo una relazione arbitraria tra eventi (Hayes et al. 2001).

Per l'illustrazione di alcuni punti-chiave della RFT e della sua relazione con la defusione farò riferimento in questo paragrafo al lavoro di Snyder, Lambert e Twohig (2011), pp. 4-6.

I pensieri, al pari di immagini mentali, ma anche emozioni e sensazioni, sono definiti "eventi privati". Per comprendere meglio la cornice teorica vale la pena fare cenno alla distinzione tra comportamenti modellati dalle contingenze e comportamenti governati da regole.

I comportamenti che sono modellati dalle contingenze sono determinati dall'esposizione diretta alle contingenze non-verbali, che è ciò che accade, ad es., quando un bambino tocca un oggetto bollente, si brucia, e impara a non toccarlo più. Invece se il genitore, prima che il bambino tocchi l'oggetto, gli dice: *se lo tocchi ti brucerai e ti farà male*, e il bambino non lo tocca, siamo di fronte a un comportamento governato da regole. In quest'ultimo caso, infatti, il comportamento del bambino è controllato da una regola verbale in cui è esplicitato il legame tra il comportamento e le sue conseguenze, e non è determinato dalle conseguenze dell'entrare in contatto diretto con un oggetto che scotta.

Le regole sono naturalmente molto utili in tante circostanze, soprattutto perché sono in grado di produrre un cambiamento nei comportamenti più velocemente di quanto non possano fare le contingenze dirette, o perché consentono di far evitare alle persone quelle contingenze che potrebbero risultare fatali anche se ci si dovesse entrare in contatto una volta sola.

È chiaro quindi che le regole servono, spesso sono necessarie, soprattutto in ambito educativo. Il pensiero/linguaggio consente inoltre agli esseri umani di risolvere problemi, di pensare a soluzioni in tante circostanze della vita. Vi sono dei casi in cui però le regole verbali possono risultare dannose, soprattutto quelle auto-prodotte, come sarà illustrato più avanti.

Infatti, quando si parla di "regole", non ci si riferisce necessariamente a ciò che altri hanno detto, come nell'esempio del genitore che mette in guardia il bambino dalle conseguenze del contatto con l'oggetto che scotta. Anche le regole auto-generate funzionano nello stesso modo, cioè tendono anch'esse a essere resistenti al cambiamento. Una persona, infatti, può produrre autonomamente delle regole che sono rappresentate nella mente da pensieri, come ad es. *se andrò a quella festa non saprò cosa dire, balbetterò e mi suderanno le mani, e gli altri penseranno che sono un cretino*. Questo pensiero potrà avere come conseguenza la decisione di chiedere a un'altra persona di essere accompagnati (comportamento protettivo), o evitare del tutto di uscire (evitamento). Entrambi questi comportamenti sappiamo rappresentare dei meccanismi di mantenimento dell'ansia (Barcaccia e Mancini 2006).

Innanzitutto va rilevato che i comportamenti determinati da regole sono poco sensibili ai cambiamenti dei dati di realtà (contingenze), cioè spesso sono più "resistenti" al cambiamento, anche in presenza di dati dirimenti provenienti dal contatto diretto con il mondo, che potrebbero disconfermare la validità di quella regola, rispetto ai comportamenti modellati dalle contingenze.

Questa osservazione è di particolare rilevanza per lo psicoterapeuta, perché ciò significa che i pazienti (in realtà tutti gli esseri umani) tendono a essere influenzati molto poco dal contatto diretto con la realtà e molto di più dalle regole verbali, essendo queste ultime “insensibili” e molto difficili da modificare.

E la defusione cognitiva, nata all’interno della cornice teorica della *Relational Frame Theory*, rappresenta un’alternativa possibile alla ristrutturazione cognitiva, proprio per la gestione di quelle regole auto-generate che si sono rivelate maladattive per il paziente.

Infatti il processo di defusione consente di sovvertire il “governo delle regole” e far sì che i pensieri siano esperiti dal paziente per ciò che sono, pensieri, costituiti da *una serie di parole in fila*. Pertanto, se un contenuto cognitivo è sperimentato dall’individuo come tale, cioè semplicemente come un pensiero, non sarà più un determinante del comportamento.

Gli esercizi di defusione hanno quindi lo scopo di interrompere i processi di fusione cognitiva aumentando il contatto con il mondo dell’esperienza diretta e allentando il controllo delle regole verbali (Snyder et al. 2011).

## Il processo di defusione

In questa prima parte del paragrafo si farà principalmente riferimento al lavoro di Luoma e Hayes (2009).

Possiamo definire la defusione come quel cambiamento di prospettiva sui propri contenuti mentali, tale che il processo di pensiero diventa un oggetto di osservazione. L’obiettivo è di divenire degli “osservatori” dei propri contenuti mentali.

Questa procedura deriva dal distanziamento cognitivo, una tecnica della terapia cognitiva, nella quale si cerca di identificare i pensieri e considerarli come delle ipotesi sul mondo, più che come dati di fatto. Alle sue origini, il distanziamento cognitivo era stato messo a punto per consentire di modificare i pensieri disfunzionali, una volta che il paziente li aveva identificati. Pertanto era una sorta di fase propedeutica alle tecniche successive di modificazione dei pensieri, secondo i dettami della terapia cognitiva.

Nella prospettiva della terapia dell’Accettazione e dell’Impegno, la defusione ha lo scopo di ridurre l’impatto dei pensieri disfunzionali ponendo l’accento sull’importanza di considerare i pensieri per ciò che sono: parole in fila, e non contenuti di verità sul mondo. La tecnica, dunque, agisce attraverso la presa di distanza dai contenuti mentali, e non attraverso la messa in discussione degli stessi, così come avviene nella terapia cognitiva standard. Lo scopo è di modificare la funzione che i pensieri hanno, e non il loro contenuto. Non sono considerati delle ipotesi da sottoporre a verifica.

Le tecniche di defusione aiutano i pazienti a considerare i pensieri per ciò che sono, pensieri per l’appunto, non tanto attraverso la riflessione logica o argomentazioni sulla fondatezza o meno del pensiero, ma grazie a modificazioni nel contesto del linguaggio, in modo da rendere la reazione alla presentazione alla mente di quel pensiero più flessibile (Luoma e Hayes 2009).

In questo modo si aiutano i pazienti, che vengono trascinati in circoli viziosi controproducenti, a prendere le distanze dal contenuto dei propri pensieri, dal loro significato letterale e a divenire semplicemente consapevoli dei propri *processi* di pensiero.

Questa procedura consente di ridurre la credibilità delle credenze e di conseguenza di diminuire il disagio emotivo a loro associato e l’influenza che quei pensieri hanno sui comportamenti dell’individuo.

Come già accennato, anche se la defusione è stata descritta come una discendente diretta

del distanziamento cognitivo, una tecnica che risale alle origini della terapia cognitiva, essa non si fonda sulla *discussione* e sulla messa alla prova dei pensieri (Luoma e Hayes 2009). Si basa invece sulla deletteralizzazione, sul distanziamento dal significato letterale delle parole che occorrono nella mente dell'individuo e sulla focalizzazione sul processo del pensare.

Ma come si ottiene, in pratica, un distanziamento dai propri contenuti mentali, tale che la persona non ne è più sopraffatta e tiranneggiata, ma può osservarli nel loro divenire, accettandone la comparsa e lo "scorrimento" nella mente? Una delle versioni più elementari della tecnica della defusione consiste nel far precedere il pensiero indesiderato e disfunzionale dalla frase: *sto avendo il pensiero che... o la mia mente sta avendo il pensiero che...*

Healy et al. (2008) hanno dimostrato come la trasformazione di pensieri negativi su se stessi, ad es. "*la mia vita fa schifo*", in "*sto avendo il pensiero che la mia vita fa schifo*" riduca il disagio emotivo legato all'affermazione stessa e si accompagni anche a una maggiore disponibilità a essere nuovamente esposti a quelle affermazioni.

Sto avendo il pensiero che... (Healy et al. 2008) è uno degli esercizi più semplici e rapidi da svolgere tra quelli di defusione. Esso aiuta il paziente a notare il pensiero per ciò che è: una regola auto-generata che può avere un fondamento, ma che può anche non avere nulla a che fare con il mondo dell'esperienza diretta. Il prefisso *sto avendo il pensiero che* trasforma la funzione del pensiero da una regola alla quale l'individuo reagiva aderendo al suo contenuto letterale, a uno stimolo al quale si può reagire in molti modi diversi (Snyder et al. 2011, p.10). Aumentare la flessibilità e il repertorio dei comportamenti dell'individuo è infatti uno degli obiettivi principali della terapia.

Con la defusione si aiuta quindi il paziente a fare un passo indietro e a diventare l'osservatore dei suoi stessi processi di pensiero. Lo psicoterapeuta può suggerire al paziente: *talvolta reagiamo ai pensieri come se rappresentassero una descrizione fedele e accurata del mondo reale. Questo esercizio ti aiuta invece a ricordare che un pensiero è solo un pensiero, e non corrisponde necessariamente a ciò che sta accadendo o accadrà davvero* (Snyder et al. 2011, p. 11).

### *La metafora dei passeggeri sull'autobus*

Vi sono molti esercizi utili a de-fondersi e molte metafore che si possono utilizzare per aiutare i pazienti a prendere le distanze dal contenuto letterale del pensiero. Riproponiamo qui per esteso la metafora dei passeggeri sull'autobus, originariamente proposta da Hayes et al. (1999 pp. 157-158):

Immagina di essere l'autista di un autobus, su cui viaggiano diversi passeggeri. Questi passeggeri sono i tuoi pensieri, emozioni, sensazioni, ricordi. Alcuni di questi sono brutti e spaventosi, vestiti da teppisti, e con dei minacciosi coltelli a serramanico.

Cosa accadrebbe se i passeggeri "brutti", che si sono messi a sedere in fondo all'autobus, iniziassero a minacciarti, a intimarti di andare da una parte piuttosto che dall'altra e a gridare che se non fai ciò che dicono verranno lì da te? Potresti metterti a litigare con loro, per cercare di farli scendere. Per far questo dovresti bloccare l'autobus, questo significherebbe smettere di andare nella direzione desiderata, e doversi fermare solo per cercare di discutere e di scacciare i passeggeri molesti. Il problema è che si tratta di individui estremamente determinati, che non hanno nessuna intenzione di scendere dall'autobus. Alla fine si potrebbe arrivare a una sorta di compromesso, in cui loro se ne stanno seduti in fondo, in modo che tu non sia obbligato ad averli davanti agli occhi, ma in cambio sei costretto ad andare nella direzione che vogliono loro. E nel



giro di poco tempo non c'è neanche più necessità che ti dicano esplicitamente dove girare e quali strade evitare: lo sai già, ancor prima che parlino o gridino, e così anticipi automaticamente le eventuali proteste e ti dirigi direttamente dove sai che i passeggeri molesti pretendono tu vada. Anzi, con il passare del tempo puoi quasi convincerti che quella è esattamente la direzione che volevi prendere, che sì, era proprio lì che desideravi andare.

Sai in cosa consiste il potere che questi individui hanno su di te? Beh, è basato esclusivamente sulla seguente minaccia: *se non fai come ti ordiniamo noi, veniamo lì e ti costringiamo a guardarci*. In realtà non c'è molto più di questo. Anche se è vero che quando ti si parano dinanzi appaiono molto minacciosi e sembra che possano fare chissà cosa, con i loro coltelli e il loro aspetto da teppisti. Ed è proprio per evitare che si avvicinino troppo che arrivi a fare quel patto estremamente svantaggioso per te, in cui ti muovi solo nelle direzioni imposte da loro, illudendoti magari con il passare del tempo che siano *tue* scelte.

Tu sei l'autista dell'autobus, ma finisci per cederne il controllo patteggiando segretamente con quegli odiosi passeggeri. Sai qual è il paradosso? Che per cercare di tenere sotto controllo la situazione, in realtà hai perso totalmente il controllo del mezzo. Vale la pena notare, però, che anche se quei loschi individui asseriscono di poterti distruggere se non vai dove ti intimano di dirigerti, questo non è mai successo nella realtà. Il potere che hanno è quello che tu conferisci loro credendo al valore di verità delle loro minacce. La verità è che sei tu l'autista di quell'autobus. *“E il tempo trascorso nel vano tentativo di liberarsi di quegli odiosi passeggeri è tempo perso nel cammino verso gli obiettivi di vita desiderati”* (Snyder et al. 2011, p. 11).

Si tratta di una metafora che consente di rappresentare al paziente la relazione con i pensieri/emozioni simile a quella che potrebbe esistere tra un individuo e dei bulli. Una rappresentazione in questi termini è molto utile per motivare il paziente a liberarsi dalla fusione cognitiva, per fargli toccare con mano ciò che perde in termini di mete desiderate, e magari mai perseguite a causa delle imposizioni della propria mente ad andare altrove, e per stimolare un processo di liberazione dalla dittatura del linguaggio. Si tratta, in un certo senso, di *“aggredire l'arroganza delle parole”* (Hayes et al. 1999, p. 151).

Pensieri, emozioni e sensazioni difficili sono come quei passeggeri odiosi sull'autobus che cercano di spaventare il guidatore e di farlo procedere dove vogliono loro. La defusione ricorda al paziente che è solo lui ad avere il controllo, solo lui può decidere, non devono essere quei pensieri a controllare il percorso e la mèta. Grazie alla metafora dei passeggeri sull'autobus *la funzione di questi eventi privati può essere trasformata da stimolo che controlla il comportamento (regola verbale) a stimolo che, seppure presente, non evoca o elicit necessariamente il comportamento* (Snyder et al. 2011, p. 11).

### *Lattelattelatte... o la ripetizione di Titchener*

La ripetizione di Titchener (1916) è un'altra modalità utile di defusione. Si seguirà qui la presentazione della procedura fornita da Snyder et al. (2011). Lo scopo dell'esercizio è quello di far entrare la persona in contatto diretto con le proprietà dello stimolo, ad esempio la parola “latte”.

S'inizia quindi con il chiedere al paziente cosa gli venga in mente quando sente la parola “latte”. Normalmente la persona riferisce le funzioni *derivate* della parola (è bianco; è freddo; si beve). A questo punto il terapeuta fa notare che queste funzioni dello stimolo (la parola latte) sono presenti, anche se non abbiamo una bottiglia di latte davanti. In questo modo si comincia a far familiarizzare il paziente con l'idea che lo stimolo verbale (la parola) ha acquisito le funzioni dello stimolo tangibile.

Successivamente si chiede alla persona di ripetere senza interruzione la parola latte ad alta voce per un paio di minuti. L'esperienza riferita dopo l'esercizio è di solito che la ripetizione della parola porta a una maggiore evidenziazione delle funzioni dirette che lo stimolo verbale ha rispetto alle sue funzioni derivate; ciò significa che la persona entra più in contatto con aspetti come le proprietà uditive della parola o con i movimenti dei muscoli implicati nel pronunciarla, gli atti respiratori, che con l'idea di "bianco", "freddo" etc. In pratica, modificando il contesto, visto che si effettua la ripetizione della parola senza soluzione di continuità e ad alta voce, si modifica la funzione dello stimolo verbale (Snyder et al. 2011).

Successivamente si chiede al paziente di effettuare la ripetizione con un proprio pensiero disfunzionale (*non ce la faccio; sono un fallito; idiota; egoista; mi sono contaminato*). L'esercizio risulta più semplice se si riesce a sintetizzare il pensiero in un'unica parola, ma può essere condotto anche con frasi brevi. Tramite la ripetizione della frase o della parola problematica la persona farà l'esperienza che quel contenuto mentale, oltre ad essere considerato come una "regola", può essere esperito come un semplice stimolo, con particolari proprietà uditive. In questo modo la *funzione* di quel pensiero si è trasformata: dall'essere una regola che determina il comportamento dell'individuo è passato a essere esperito come uno stimolo al quale è possibile reagire in molti modi diversi. Anche non reagire affatto (ignorare il contenuto) è una delle possibili opzioni di risposta.

Come sottolineato da Luoma e Hayes (2009), se una persona ripete continuamente una o più parole per un paio di minuti consecutivi, vi saranno due conseguenze. La prima è che la parola perderà temporaneamente il suo significato, e la seconda è che diverrà predominante il suono della parola, quasi a "coprirne" parzialmente il senso. Ecco quindi che una delle funzioni dirette della parola, cioè il suo suono, avrà il sopravvento sull'usuale funzione simbolica. Il paziente farà così l'esperienza della presa di distanza dal quel contenuto, tale che sarà possibile ridurre il suo impatto sulle emozioni e i comportamenti.

In un certo senso, è come se con questo esercizio l'illusione del linguaggio e della cognizione fosse disvelato (Luoma e Hayes 2009).

## Difficoltà nell'utilizzo della tecnica e funzionalità dei pensieri

Come ogni psicoterapeuta sa bene, non c'è tecnica di trattamento al mondo che possa sfuggire del tutto all'impetosa legge della resistenza al cambiamento o anche solo dell'oppositività del paziente. La defusione non fa eccezione, e quindi a qualcuno potrà non risultare utile e per qualcun altro il suo utilizzo sarà fonte di obiezioni. Una tipica obiezione sollevata dai pazienti è quella relativa alla veridicità del contenuto del pensiero. Se una persona depressa, ad esempio, pensa spesso "*Sono un fallito e niente cambierà mai*", potrà obiettare che questo pensiero è vero. Potrà affermare che non può prenderne le distanze, non può considerarlo come una semplice sequenza di parole, in quanto quel pensiero sarebbe portatore di un contenuto di verità.

La questione però non riguarda la fondatezza o meno del pensiero. Ciò che la mente produce può avere un fondamento nella realtà o meno, ma non è questo il tema di discussione in seduta quando si sta utilizzando la defusione. Con questa procedura, infatti, non si vuole entrare nel merito del contenuto, nella forma o nella frequenza del pensiero, ma si vuole allentare l'influenza su emozioni e comportamenti del paziente, ampliare il repertorio di risposte comportamentali, consentire che egli s'impegno in azioni in accordo con i propri valori e obiettivi.

A questo proposito si possono porre una serie di domande al paziente:

- E questa descrizione del tuo passato ti è utile per voltare pagina e andare avanti?



- È utile, o qui è la tua mente che sta parlando?
- Queste cose te le sei già dette altre volte prima? È storia vecchia?
- Se l'hai già dette in passato, cosa ti fa pensare che questa volta quando le dici sarà diverso?
- Poniamo che ora arrivi qui la persona più influente al mondo per te, e ti dica che hai ragione. In che modo ti sarebbe d'aiuto? (Hayes et al. 1999 p. 164).

Queste domande evidenziano quanto sia importante nel lavoro di defusione il concetto di *funzionalità* delle credenze. Si tratta di un concetto ben noto in terapia cognitivo-comportamentale: il pensiero è considerato funzionale non solo se contribuisce al benessere dell'individuo, ma anche se aiuta la persona a perseguire e raggiungere i propri scopi di vita. Ed è proprio su quest'ultima accezione di funzionalità che fa leva la defusione: la seduta non deve trasformarsi, quando si utilizza questa tecnica, in un dibattito sulla fondatezza o meno del contenuto del pensiero, ma piuttosto deve aiutare il paziente a comprendere se credere al contenuto letterale di quelle parole gli sia utile per raggiungere i suoi scopi. Se continua a credere alle parole “*Sono un fallito e niente cambierà mai*”, questo lo avvicinerà o lo allontanerà dagli obiettivi desiderati? Sarà motivato o no a mettere in atto i comportamenti adeguati che potrebbero modificare quella condizione, nel caso in cui fosse “vera”? Anche nella teoria pragmatica della razionalità di Baron (2000), a proposito dei criteri della razionalità umana, è evidenziato l'aspetto eminentemente funzionale del ragionamento: è al servizio degli scopi dell'individuo?

Anche nella terapia razionale-emozionale-comportamentale (REBT), ad esempio, il criterio di funzionalità dei pensieri è particolarmente evidenziato (Ellis 1994). Ellis sottolinea che anche se nella REBT è prevista la *discussione (disputing)* dei contenuti, in realtà la terapia prevede una parte importante di *discussione funzionale*: “*Se continui a credere alle doverizzazioni che hai in testa, dove pensi che ti porterà questo modo di pensare-sentire-agire? Ti consentirà di conseguire i tuoi obiettivi e valori in misura maggiore o in misura minore?*” (Ellis 2005 p. 156). Il fondatore della REBT rivendica inoltre l'introduzione dei concetti di accettazione e di impegno nel campo della psicoterapia ben prima dell'ACT. Anche nella REBT, tra l'altro, si utilizzano tecniche di distanziamento dai contenuti mentali, come l'uso di canzoncine o filastrocche allo scopo di prendere le distanze dai propri pensieri disfunzionali. Tanto è vero che la REBT, secondo Ellis “*ha sempre incluso la defusione*” (Ellis 2005 p. 157).

Esula dagli scopi di questo lavoro la trattazione dell'accettazione, componente complementare alla defusione, ma vale la pena ricordare che anche su questi temi vi sono stati dei precursori in altre forme di psicoterapia, e ancor prima in campo filosofico (Barcaccia 2008).

## Conclusioni

Cos'ha l'ACT da offrire in più, a un terapeuta in formazione o già formato in terapia cognitivo-comportamentale? Un armamentario sistematizzato di tecniche, davvero vasto, per ottenere ciò che spesso è molto difficile e lungo conseguire, vale a dire una presa di distanza dai propri processi di pensiero tale da rendere gli individui liberi di perseguire i propri scopi *malgrado* la presenza di emozioni e pensieri spiacevoli.

Ne possono trarre giovamento pazienti che non hanno beneficiato della ristrutturazione cognitiva o di altre tecniche per la gestione dei pensieri disfunzionali. Ma gli esercizi di defusione si possono utilizzare anche con quelle persone alle quali, pur essendo stato proposto in seduta un lavoro di allentamento della credibilità dei contenuti mentali con tecniche standard, si voglia offrire uno strumento per agire velocemente nei momenti critici (ansia, depressione, colpa etc.).

Inoltre la defusione presenta il vantaggio di non prestare troppo il fianco a eventuali ruminazioni ossessive o rimuginazioni depressive, così come talvolta può accadere in alcuni tipi di pazienti con una ristrutturazione cognitiva condotta autonomamente, tra una seduta e l'altra, senza la guida del terapeuta.

In conclusione la defusione risulta essere una procedura molto efficace in una grande varietà di contesti e di situazioni cliniche, ha il pregio di agire in tempi piuttosto rapidi, e la sua applicazione con il paziente risulta particolarmente agevole per l'ampia gamma di esercizi, tecniche e metafore in cui può essere declinata.

## Bibliografia

- Abramowitz JS, Tolin DF, Street GP (2001). Paradoxical effects of thought suppression: A meta-analysis of controlled studies. *Clinical Psychology Review* 21, 683-703.
- Bach P, Hayes SC (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 70, 1129-1139.
- Barcaccia B, Mancini F (2006). Psicoterapia basata su prove di efficacia e protocolli terapeutici. In B Bara (a cura di) *Nuovo Manuale di Psicoterapia Cognitiva*, pp.365-398. Bollati Boringhieri, Torino.
- Barcaccia, B. (2008). *Accepting limitations of life: leading our patients through a painful but healing path*. Presentazione presso la Ludwig-Maximilians Universität, Munich, DE.
- Baron J (2000). *Thinking and deciding*, 3<sup>rd</sup> edition. Cambridge University Press, Cambridge, MA.
- Beck AT (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press, New York.
- Becker ES, Rinck M, Roth WT, Margraf J (1998). Don't worry and beware of white bears: Thought suppression in anxiety patients. *Journal of Anxiety Disorders* 12, 39-55.
- Blackledge JT (2007). Disrupting verbal process: cognitive defusion in acceptance and commitment therapy and other mindfulness-based psychotherapies. *The Psychological Record* 57, 555-576.
- Clark DA, Purdon C (2009). Mental control of unwanted intrusive thoughts: A phenomenological study of nonclinical individuals. *International Journal of Cognitive Therapy* 2, 267-281.
- Dalgleish T, Yiend, J (2006). The effects of suppressing a negative autobiographical memory on concurrent intrusions and subsequent autobiographical recall in dysphoria. *Journal of Abnormal Psychology* 115, 467-473.
- Deacon BJ, Fawzy TI, Lickel JJ, Wolitzky-Taylor KB (2011). Cognitive defusion versus cognitive restructuring in the treatment of negative self-referential thoughts: An investigation of process and outcome. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 25, 218-232.
- Ellis A (1994). *Reason and emotion in psychotherapy: A comprehensive method of treating human disturbances* (revised and updated). Carol Publishing, New York.
- Ellis A (2005). Can Rational-Emotive Behavior Therapy (REBT) and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) resolve their differences and be integrated? *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy* 23, 153-168.
- Fisher PL, Wells A (2005). Experimental modification of beliefs in obsessive-compulsive disorder: a test of the metacognitive model. *Behaviour Research and Therapy* 43, 821-829.
- Gutiérrez O, Luciano C, Rodríguez M, Fink BC (2004). Comparison between an acceptance-based and a cognitive-control-based protocol for coping with pain. *Behavior Therapy* 35, 767-784.
- Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change*. Guilford, New York.

- Hayes SC, Barnes-Holmes D, Roche B (a cura di) (2001). *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian account of human language and cognition*. Plenum Press, New York.
- Healy HA, Barnes-Holmes Y, Barnes-Holmes D, Keogh C, Luciano C, Wilson K (2008). An experimental test of a cognitive defusion exercise: Coping with negative and positive self-statements. *Psychological Record* 58, 623-640.
- Luoma JB, Hayes SC (2009). Cognitive Defusion. In W O'Donahue e JE Fisher (a cura di) *General Principles and Empirically Supported Techniques of Cognitive Behavior Therapy*, pp. 181-188. Wiley, New York.
- Marcks BA, Woods DW (2005). A comparison of thought suppression to an acceptance-based technique in the management of personal intrusive thoughts: A controlled evaluation. *Behaviour Research and Therapy* 43, 433-445.
- Masuda A, Hayes SC, Sackett CF, Twohig MP (2004). Cognitive defusion and self-relevant negative thoughts: examining the impact of a ninety year old technique. *Behaviour Research and Therapy* 42, 477-85.
- Masuda A, Twohig MP, Stormo AR, Feinstein AB, Chou Y-Y, Wendell, JW (2010). The effects of cognitive defusion and thought distraction on emotional discomfort and believability of negative self-referential thoughts. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 41, 11-17.
- McMullen J, Barnes-Holmes D, Barnes-Holmes Y, Stewart I, Luciano C, Cochrane A (2008). Acceptance versus distraction: Brief instructions, metaphors, and exercises in increasing tolerance for self-delivered electric shocks. *Behaviour Research and Therapy* 46, 122-129.
- Najmi S, Reese H, Wilhelm S, Fama J, Beck C, Wegner DM (2010). Learning the futility of the thought suppression enterprise in normal experience and in Obsessive Compulsive Disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 38, 1-14.
- Najmi S, Riemann BC, Wegner DM (2009). Managing unwanted intrusive thoughts in obsessive-compulsive disorder: Relative effectiveness of suppression, focused distraction, and acceptance. *Behaviour Research and Therapy* 47, 494-503.
- Páez-Blarrina M, Luciano C, Gutierrez-Martinez O, Valdivia S, Ortega J, Valverde M (2008). The role of values with personal examples in altering the functions of pain: Comparison between acceptance-based and cognitive-control-based protocols. *Behaviour Research and Therapy* 46, 84-97.
- Segal ZV, Teasdale JD, Williams JMG (2004). Mindfulness-based cognitive therapy: theoretical rationale and empirical status. In SC Hayes, VM Follette e MM Linehan (a cura di) *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition*, pp. 45-65. Guilford Press, New York.
- Snyder K, Lambert J, Twohig MP (2011). Defusion: A behavior-analytic strategy for addressing private events. *Behavior Analysis in Practice* 4, 4-13.
- Titchener EB (1916). *A text-book of psychology*. MacMillan, New York.
- Wegner DM, Schneider DJ, Carter S, White T (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology* 53, 5-13.
- Wenzlaff RM, Luxton DD (2003). The role of thought suppression in depressive rumination. *Cognitive Therapy and Research* 27, 293-308.
- Zettle RD, Hayes SC (1987). Component and process analysis of cognitive therapy. *Psychological Reports* 64, 939-953.
- Zettle RD, Raines JC (1989). Group cognitive and contextual therapies in treatment of depression. *Journal of Clinical Psychology* 45, 438-445.