

LE TERAPIE DI TERZA GENERAZIONE PER IL DOC: IL PASSAGGIO DEL FOCUS TERAPEUTICO DAI CONTENUTI MENTALI AGLI ASPETTI PROCESSUALI DELL'ELABORAZIONE DELLE INFORMAZIONI

Giuliana Giussani¹

¹Università degli studi Guglielmo Marconi

Corrispondenza

E-mail: giuliana.giussani@gmail.com

Riassunto

L'articolo prende in esame le terapie cognitive di terza generazione per il disturbo ossessivo compulsivo analizzandone il nuovo approccio sia in termini di razionale dell'intervento, sia, conseguenzialmente, di trattamento e di aspettativa di cambiamento nel funzionamento mentale del paziente. Approfondisce la terapia metacognitiva, la terapia basata sulla mindfulness e la terapia dell'Accettazione e dell'Impegno – ACT, tre terapie che dirigono il focus di interesse non più sul comportamento come nella prima generazione di terapia (cognitivo) comportamentale, o sui contenuti delle esperienze interiori come nella seconda, bensì sulla relazione che il paziente ha con i propri contenuti mentali.

L'articolo evidenzia inoltre gli studi scientifici di efficacia effettuati rispetto alle terapie prese in esame.

Parole chiave: disturbo ossessivo compulsivo, metacognizione, mindfulness, ACT

THIRD-GENERATION THERAPIES FOR OCD: SHIFTING THE THERAPEUTIC FOCUS FROM MENTAL CONTENTS TO THE PROCEDURAL ASPECTS OF INFORMATION PROCESSING

Abstract

The article examines third-generation cognitive therapies for obsessive compulsive disorder, analyzing the new approaches both in terms of intervention rationale and, consequently, treatment and expectation of change in the patient's mental functioning. It delves into metacognitive therapy, mindfulness-based therapy and Acceptance and Commitment Therapy - ACT. These therapies don't focus any longer on behaviour as in the first generation of (cognitive) behavioural therapy or on the contents of inner experiences as in the second. Instead, they concentrate on the relationship the patient has with his or her own mental contents. The article also highlights the scientific studies on the effectiveness of the therapies examined.

Key words: obsessive compulsive disorder, metacognition, mindfulness, ACT

DOI: 10.36131/COGNCL20210105

SOTTOMESSO 6 MAGGIO 2020, ACCETTATO 4 MAGGIO 2021

Introduzione

La terapia cognitivo comportamentale (CBT) determina una svolta nel trattamento del disturbo ossessivo compulsivo (DOC), considerato fino agli anni '60 un disturbo molto difficile da trattare (Foa et al, 2012). I primi risultati significativi rispetto alla terapia per il DOC si devono a Meyer, che sperimenta la ERP, esposizione con prevenzione della risposta, un intervento di stampo comportamentista in grado di ridurre drasticamente l'intensità dei rituali compulsivi grazie alla esposizione del paziente allo stimolo che evoca ansia e alla dilazione nel tempo della messa in atto dei rituali compulsivi (Meyer, 1966).

Con Beck ed Ellis si apre una seconda fase di evoluzione della CBT, che integra tecniche cognitiviste e comportamentali per la modifica della psicopatologia. Rispetto alla terapia comportamentale, questa dà maggior enfasi alla dimensione consapevole delle rappresentazioni mentali del paziente che accompagnano i comportamenti disfunzionali e patologici (La Mela, 2014).

A questa sussegue una terza generazione di CBT che pone il focus non più sui contenuti mentali come la seconda, ma sugli aspetti processuali dell'elaborazione dell'informazione, ovvero si concentra sulle modalità patologiche di funzionamento della mente, per esempio sul rimuginio e sulla ruminazione e mette a punto trattamenti mirati a questo aspetto (La Mela, 2016).

La terza generazione include diverse terapie: la Psicoterapia Analitico Funzionale -FAP- (Kohlenberg e Tsai, 1991); la Terapia Dialettico Comportamentale -DBT- (Linehan, 1993); la Terapia dell'Accettazione e dell'Impegno -ACT- (Hayes et al., 1999); la Terapia di Coppia Comportamentale Integrativa -IBCT- (Jacobson, et al., 2000); la Terapia Metacognitiva (Wells, 2009); la Riduzione dello Stress Basata sulla Mindfulness -MBSR- (Kabat-Zinn, 1990); la Terapia Cognitiva Basata sulla Mindfulness -MBCT- (Seagal et al., 2001); il Sistema di Analisi Cognitivo Comportamentale della Psicologia -CBASP- (McCullough, 2003), la Schema Therapy -ST- (Young, et al., 2003).

Solo alcuni di questi modelli sono da qualche anno sperimentati sul DOC. Questo articolo prende in esame la terapia metacognitiva, la terapia basata sulla mindfulness e l'ACT con l'intento di fornire una panoramica sulla terza generazione di terapie per il trattamento del DOC e di comprenderne il razionale, la metodica ed infine di verificarne l'efficacia in considerazione degli studi sperimentali effettuati.

La terapia metacognitiva (MCT)

La terapia metacognitiva per il DOC si deve ad Adrian Wells che la sviluppa a partire dal suo modello generico applicato ai disturbi psicologici, il Modello Metacognitivo delle Funzioni Esecutive – Self Regulatory Executive Function Model (S-REF) che descrive i fattori cognitivi e metacognitivi coinvolti nel controllo e nel mantenimento dei disturbi emotivi. La terapia metacognitiva dei disturbi psicologici si fonda sul principio che la maggior parte dei disturbi/o psicologici è causata da uno schema di pensiero chiamato CAS, Sindrome Cognitivo-Attentiva (Cognitive Attentive Syndrome) che mantiene l'emozione della persona rinforzando le idee negative e facendo permanere un senso generale di minaccia. La CAS non deriva da credenze su se stessi e sul mondo, centrali invece nel modello teorico della CBT di seconda generazione, ma da credenze di natura metacognitiva che sono idee e teorie che ognuno di noi ha in merito ai contenuti dei propri pensieri, alla capacità della propria memoria e alle abilità di concentrazione

Secondo il modello di Wells, la CAS si contraddistingue per alcune caratteristiche: l'indugiare su pensieri di tipo verbale sotto forma di rimuginii o ruminazioni; un *bias* attentivo che focalizza l'attenzione sulla minaccia, e da strategie di *coping* e autoregolazione disfunzionali (Wells, 2018).

Nella terapia metacognitiva del DOC, i pensieri intrusivi, che sono fenomeni universali generalmente passeggeri, sono mantenuti e rinforzati dalla CAS attivata da due domini di credenze metacognitive disadattive. Il primo dominio riguarda il significato e la pericolosità dei pensieri intrusivi; il secondo la necessità di eseguire i rituali (Papageorgiou et al., 2018). Il tema centrale del primo dominio è la fusione dei pensieri con la realtà, ovvero la credenza che i pensieri abbiano la capacità di influenzare il mondo reale. Queste metacredenze sono tre. 1. Fusione pensiero-evento (TEF): se penso ad un evento, posso commetterlo o posso averlo già commesso; 2. fusione pensiero-azione (TAF): il pensiero intrusivo può farmi commettere un'azione indesiderata; 3 fusione pensiero-oggetto (TOF): il pensiero o i sentimenti negativi possono trasferirsi in un oggetto (Wells, 1997). Queste credenze di fusione attivano la CAS che dà un significato di minaccia e produce preoccupazione e ruminazione rispetto ai pensieri ossessivi con conseguente sofferenza emotiva prolungata (Papageorgiou et al., 2018). Il problema non è dunque avere il pensiero intrusivo, ma il fatto che, a causa di queste metacredenze, viene ad esso attribuito un significato minaccioso, importante, preoccupante che produce ansia e aumenta l'intensità delle ossessioni (La Mela, 2016).

L'ansia innesca il secondo dominio di credenze metacognitive sulla necessità di eseguire i rituali per ridurre la minaccia percepita, convinzione che porta a mettere in atto rituali evidenti o occulti basati, anziché su osservazioni oggettive, su regole interne sia per la conduzione del rituale, spesso espresso in forma dichiarativa, es "devo lavarmi le mani per smettere di pensare ai germi", sia per la cessazione dello stesso, il cosiddetto segnale di stop. Questi segnali di arresto sono piani per monitorare l'azione e sono sovente esperienze metacognitive, una sorta di sensazione di soddisfazione, ad es. "devo lavarmi le mani fino a quando mi sembra giusto" (Melchior et al., 2019).

La terapia metacognitiva si propone tre obiettivi: 1. modificare la CAS; 2. modificare le credenze metacognitive erranee; 3. potenziare o far acquisire nuove abilità procedurali in modo da rispondere agli eventi interni in maniera più flessibile. Rispetto alla CBT standard che focalizza l'intervento terapeutico sulla valutazione disfunzionale dell'evento formulata dal paziente e sulle credenze cognitive erranee sottostanti che il terapeuta evidenzia, sfida e cerca di confutare; la MCT prende in esame e cerca di modificare il "modo" con cui il paziente reagisce ai pensieri e alle credenze. La terapia metacognitiva evidenzia due modi o livelli di esperire i pensieri: un 'modo oggetto' (o livello-oggetto) secondo cui pensieri e credenze sono vissuti al pari delle percezioni del mondo esterno e dunque fusi con la realtà esterna; e un 'modo metacognitivo' (o meta-livello) che permette di osservarli a livello cosciente come eventi interni separati dalla realtà, da sé e dal mondo. Il modo metacognitivo è una capacità che si sviluppa con la pratica e permette di relazionarsi con le esperienze interiori in maniera alternativa e di rafforzare la capacità metacognitiva (Wells, 2018).

L'utilizzo della MCT nel DOC richiede grande sforzo da parte del terapeuta in quanto i pazienti sono ancorati al modo oggetto e credono, ad es. che il loro problema sia l'essere contaminato dai germi anziché l'aver pensieri in merito alla contaminazione (meta-livello). Il focus della MCT non è intervenire sul senso di responsabilità del paziente rispetto alla contaminazione e sulla credenza rispetto alla possibilità di essere contaminato come nella CBT standard, bensì modificare il rapporto del paziente con il proprio pensiero di essersi contaminato e confutare la

credenza sul significato di questa intrusione. La domanda al paziente non sarà dunque ad es.: “qual è la prova che nel garage ci sia del veleno per topi?” ma sarà: “qual è il problema: il fatto che il garage contiene veleno per topi o il pensiero che lei ha in merito a ciò?” (Wells, 2018, p. 167).

Il trattamento metacognitivo per il DOC prevede sette step:

1. Concettualizzazione del caso.

Il terapeuta somministra al paziente la scala Obsessive Compulsive Disorder (OCD-S) per ottenere una prima impressione su credenze metacognitive e comportamenti. A seguito gli somministra un'intervista formulata per il DOC al fine di:

- Indagare riguardo all'intrusione che ha scatenato l'emozione negativa o la necessità di attuare comportamenti neutralizzanti.
- Informarsi sulle reazioni emotive e sul *distress* per identificare l'emozione del paziente.
- Domandare al paziente come ha valutato l'intrusione per identificare la meta-valutazione della stessa.
- Determinare la credenza metacognitiva.
- Indagare sui rituali e sulle strategie di neutralizzazione *overt* o *covert*.
- Ricercare la natura delle credenze relative ai rituali e ai segnali di arresto.

La formulazione del caso aumenta la consapevolezza del paziente rispetto ai fattori che mantengono il disturbo (Wells, 2018).

2. Familiarizzazione con il modello e presentazione del rationale del trattamento.

La formulazione è poi condivisa con il paziente in modo tale che possa cominciare a comprendere che le intrusioni sono un fenomeno normale e a considerare un'interpretazione alternativa e più benigna rispetto ai pensieri (Wells, 1997). Il terapeuta, infatti, spiega al paziente che i pensieri ossessivi sono un fenomeno che l'80% delle persone esperisce e che il problema non sono i pensieri, le emozioni o le sensazioni ma il significato che egli vi attribuisce. Evidenzia poi il ruolo delle credenze metacognitive e dei comportamenti di *coping* nell'intensificazione e nel mantenimento dei sintomi e spiega che la modifica delle meta-credenze sui pensieri consente di arginare il problema.

3. Addestramento all'uso della Detached Mindfulness – DM, la prima strategia di cambiamento nella terapia metacognitiva. (Wells e Matthews, 1994).

In questo contesto il termine mindfulness si riferisce alla capacità di avere consapevolezza dei propri eventi cognitivi interni come pensieri, credenze, ricordi e sensazioni; mentre *detached* si riferisce a due fattori: 1. il distacco da ogni reazione emotiva e concettuale rispetto all'evento interno e il disimpegno da attività di *coping* in risposta allo stesso; 2. la separazione della rappresentazione di sé dal pensiero (Wells, 2018).

La DM mira a sospendere l'elaborazione concettuale, fornendo così agli individui una meta-consapevolezza più obiettiva, insegnando al paziente l'apprendimento di un modo alternativo di rapportarsi ai pensieri ossessivi (Ludvik, 2015). Per indurre uno stato di DM nel paziente si possono utilizzare diverse strategie, come, ad esempio:

- Orientamento metacognitivo. Si tratta di domande strutturate che sono poste al paziente durante l'esposizione a situazioni che producono ossessioni e sono atte a promuovere una riflessione metacognitiva su di sé e sui propri pensieri. Es. Terapeuta: “Vorrei che facesse

un passo in avanti verso il bidone che pensa sia contaminato e osservi e senta il suo pensiero mentre si avvicina, cercando di scoprire la verità sul suo pensiero”. Paziente dopo il passo: “In effetti era solo un pensiero, fare questo passo, non ha cambiato nulla da prima” (Wells, 2018, p. 78).

- L'esercizio della tigre. Il terapeuta domanda al paziente di immaginare una tigre e chiede di non intervenire sul suo movimento, ma di restare semplicemente ad osservarne i movimenti spontanei. Il terapeuta domanda poi al paziente se è disposto a fare lo stesso con i suoi pensieri intrusivi.
- Esperimento di soppressione-controsoppressione. Prevede un tentativo breve di soppressione del pensiero a cui segue un periodo di consapevolezza dello stesso. Il paziente comprende che la soppressione rafforza il pensiero, mentre tramite l'utilizzo della DM egli può lasciare vagare liberamente il pensiero problematico nella mente come un evento di passaggio che non richiede alcuna reazione.
- La metafora del passeggero del treno. Il terapeuta domanda al paziente di considerarsi un passeggero che attende un treno e di pensare alla sua mente come una stazione con molti treni di passaggio. Lo invita ad essere un osservatore dei treni/pensieri senza cercare di fermarli e di salirvi a bordo con la conseguenza di essere trasportati nel luogo sbagliato.

Ripetizione verbale. Si tratta di far ascoltare molte volte i pensieri ossessivi al paziente o facendoglieli registrare o ripetere verbalmente e si domanda di trattarli come semplici suoni. Questo esercizio fa decrescere il significato e la salienza dei pensieri che sono percepiti sempre più come suoni anziché come informazioni (Wells, 2018).

4. Esposizione con concessione della risposta (ERC).

La tecnica consiste nel permettere al paziente di compiere i rituali continuando però a ripetere a se stesso il pensiero ossessivo in modo da rimanere consapevole del suo timore. Ad es. il paziente può emettere i rituali di lavaggio ripetendo a mente: “sono contaminato”. Questo serve per non utilizzare la compulsione per neutralizzare il pensiero e per modificare le regole del paziente e, come risultato, aiuta a distaccarsi dal pensiero e a fare una meta-esperienza dell'intrusione (Wells, 2009). Nella terapia metacognitiva è utilizzata anche la ERP tradizionale, sia per ridurre la CAS, dimostrando al paziente di avere sovrastimato la minaccia, sia per mettere in discussione le credenze metacognitive TEF, TAF e TOF.

5. Modificazione di credenze metacognitive relative alle intrusioni.

Quando il paziente riesce a rapportarsi ai suoi pensieri intrusivi in modo distaccato ed elabora gli eventi in modo meta-cognitivo, il trattamento sposta il focus sulla modifica della valutazione dell'importanza dei pensieri stessi e della consapevolezza metacognitiva (Wells, 2018). Per questi obiettivi si utilizzano tecniche verbali e comportamentali.

- Metodi verbali: il terapeuta pone alcune domande specifiche al paziente al fine di portarlo a verbalizzare la credenza metacognitiva e, successivamente, utilizza tecniche di CBT standard per mettere in discussione le credenze di fusione TEF, TAF e TOF, per indagarne il meccanismo sottostante e per ricercarne le controprove.

Esperimenti comportamentali sulle credenze TEF, TAF e TOF. Ve ne sono diversi, ad esempio per mettere in discussione la fusione pensiero-oggetto (TOF), la credenza che i pensieri e le sensazioni possono trasferirsi agli oggetti, il terapeuta può domandare al paziente di contaminare

un foglio bianco e di ritrovarlo tra altri 50 fogli uguali; oppure sfida il paziente a distinguere solo con il tatto un oggetto contaminato da uno uguale non contaminato (Wells, 2009).

6. Modificazione delle credenze in merito ai rituali.

Al fine di mettere in discussione le credenze relative ai rituali, il terapeuta utilizza il dialogo socratico metacognitivo ed esperimenti comportamentali con la tecnica della esposizione e prevenzione della risposta e rafforzando strategie alternative per rapportarsi alle proprie ossessioni. Il dialogo socratico della MCT differisce da quello proposto dalla CBT standard in quanto il focus è di mettere in discussione il processo di preoccupazione e gli effetti di questa sul comportamento (Wells et al, 2017), individuare e interrompere il processo CAS e individuare e modificare le credenze metacognitive in merito ai pensieri e alle emozioni. In questo caso è utilizzato al fine di modificare la credenza rispetto alla necessità di mettere in atto i comportamenti di neutralizzazione e per aumentare la consapevolezza metacognitiva del paziente. (Wells, 2018).

7. Rinforzo dei nuovi piani cognitivi di elaborazione.

I pazienti con DOC utilizzano criteri interni disfunzionali per guidare le proprie valutazioni e i comportamenti: mettono in atto i rituali fino al raggiungimento della soddisfazione di uno specifico parametro personale; utilizzano strategie attentive per controllare la minaccia; o, ancora, prestano eccessiva attenzione nel compiere un'azione per rassicurarsi di averla eseguita correttamente. Paziente e terapeuta sviluppano un "copione" metacognitivo alternativo da mettere in pratica in sostituzione al piano originale. Esempi di vecchi (V) e nuovi piani (N):

V: "Interpreto il fatto di non ricordare vividamente qualcosa come una prova di non averla fatta adeguatamente". N: "Tollerero qualsiasi dubbio e mi dico che sono solo pensieri, non fatti"

V: "Torno indietro a controllare e cerco di percepire la netta sensazione di averlo fatto". N: "Applico la DM ad ogni ulteriore dubbio a riguardo" (Wells, 2018).

8. Prevenzione delle ricadute.

Nelle ultime due sessioni il terapeuta stila un resoconto di ciò che è stato appreso nella terapia e fornisce un riepilogo delle strategie per affrontare i pensieri intrusivi in futuro (Wells et al., 2017). Include un elenco di credenze metacognitive sulle intrusioni e le prove che le confutano, un riassunto delle affermazioni sugli svantaggi dell'attuare le compulsioni e l'esposizione dei vecchi e dei nuovi piani più adattivi di elaborazione e comportamento. Il terapeuta somministra inoltre la scala OCD-S per verificare l'eventuale presenza di credenze residue che richiedono ulteriore modificazione metacognitiva.

Per il trattamento occorrono generalmente dodici sedute di 45-60 minuti a cadenza settimanale. (Wells, 2018)

Studi di efficacia della MCT per il DOC

Fisher e Wells (2008), in uno studio caso singolo su 4 pazienti con DOC, hanno riscontrato miglioramenti clinicamente significativi rispetto a diverse manifestazioni cliniche. Due dei quattro partecipanti sono risultati asintomatici nelle valutazioni post-trattamento e al successivo follow-up di sei mesi.

Rees e Van Koesveld (2008), in uno studio aperto, hanno evidenziato la remissione dei sintomi in 7 degli 8 pazienti che hanno ricevuto un trattamento MCT di gruppo, miglioramento perdurato al follow-up di tre mesi. Fitt e Rees (2012), hanno riscontrato riduzioni clinicamente

significative simili in tre pazienti trattati con MCT mediante terapia online.

Van Der Heiden et al. (2016) in uno studio in aperto hanno esaminato l'efficacia della MCT in 25 pazienti ambulatoriali con disturbo ossessivo compulsivo. Al post-trattamento e al follow-up i pazienti hanno evidenziato riduzioni significative in tutte le variabili di esito nella scala Y-BOCS, con cambiamento clinicamente significativo in un'alta percentuale di soggetti (74% di pazienti recuperati al post-trattamento e 80% al follow-up). Inoltre, la maggior parte dei pazienti, rispettivamente 63% e 80%, non soddisfaceva più i criteri diagnostici per il DOC.

Papageorgiou et al. (2018) hanno effettuato un'analisi comparativa tra il trattamento con CBT e con MCT su pazienti DOC. Sebbene entrambe le terapie hanno prodotto miglioramenti significativi, il gruppo trattato con MCT, anche in considerazione delle variabili pretrattamento tra le quali età, sesso, diagnosi, sintomi depressivi e farmaci psicotropi, hanno mostrato tassi di risposta clinica più elevati: 86% di risposta con MCT rispetto al 64% di CBT.

Miegel et al. (2019) hanno studiato gli effetti specifici che ogni modulo di trattamento di MCT per il DOC determina sul monitoraggio del pensiero, sul controllo dei pensieri, sulle ossessioni e sulle compulsioni. Lo studio pilota è stato svolto per quattro settimane su 44 persone in terapia di gruppo. Lo studio ha dimostrato che ogni modulo di MCT sembra migliorare specifici preconcetti cognitivi: il controllo dei pensieri è diminuito dopo il modulo sui *bias* attentivi e cognitivi; le compulsioni si sono ridotte una settimana dopo il modulo sulla sopravvalutazione della minaccia/responsabilità. Altre compulsioni sono diminuite una settimana dopo il modulo sulla fusione pensiero-azione/controllo dei pensieri.

Infine, Melchior et al., (2019) hanno recentemente messo a punto un protocollo di studio controllato randomizzato di confronto della MCT rispetto alla ERP. Un centinaio di pazienti con diagnosi di DOC saranno reclutati in un centro di salute mentale ambulatoriale a Rotterdam. Lo scopo dello studio è valutare se MCT è efficace nel trattamento del disturbo ossessivo compulsivo e, in tal caso, se ha il potenziale per essere più efficace della ERP, l'attuale trattamento psicologico d'elezione per il DOC. I dati, attualmente ancora non pubblicati, saranno valutati dopo il trattamento e al follow-up a sei e trenta mesi.

Nonostante gli studi a sostegno dell'efficacia della MCT per il DOC siano ancora esigui, gli esiti positivi conducono a pensare che la terapia metacognitiva possa essere un trattamento efficace nel tempo per il disturbo ossessivo compulsivo ed evidenziano la necessità di ulteriori analisi sull'argomento (Fisher e Wells, 2008).

La terapia basata sulla mindfulness

Il termine *mindfulness* è una traduzione inglese di “Pali” parola sati che connota consapevolezza, attenzione e ricordo (Pali è la lingua in cui sono originariamente iscritti gli insegnamenti del Buddha); spesso è tradotta in italiano con la parola “consapevolezza” (Didonna, 2009). È una tecnica che trae origini dalla filosofia buddista e che dal XX secolo è inserita negli interventi occidentali per la cura di disturbi fisici e psichici. Per primi Kabat-Zinn e colleghi la introducono per il trattamento del dolore cronico, sviluppando un programma denominato MBSR -riduzione dello stress basato sulla mindfulness-. (Kabat-Zinn, 1982; Kabat-Zinn et al., 1985; Kabat-Zinn et al., 1987). In seguito, Segal e collaboratori estendono l'utilizzo della tecnica alla psichiatria e, associandola a tecniche cognitive, formulano un protocollo denominato MBCT - terapia cognitiva basata sulla mindfulness- (Segal et al., 2002). Inizialmente dedicato alla prevenzione della ricaduta della depressione, il protocollo viene poi adattato a diversi altri disturbi mentali, tra i quali il DOC. A partire dalle terapie MBSR e MBCT si sviluppano numerosi

altri interventi basati sulla consapevolezza denominati MBI -Mindfulness-Based Interventions (Shapiro et al., 2018).

A livello terapeutico il termine mindfulness assume, oltre alle qualità mentali del sati di consapevolezza, attenzione e ricordo, anche le peculiarità di giudizio, accettazione e compassione. Jon Kabat-Zinn la definisce come “la consapevolezza che emerge prestando attenzione allo svolgersi dell’esperienza, momento per momento, con intenzione, nel presente e in modo non giudicante” (Kabat-Zinn, 2003, p.145).

La definizione maggiormente condivisa è di Bishop: "autoregolazione dell'attenzione in modo che sia mantenuta sull'esperienza immediata, permettendo così un maggiore riconoscimento degli eventi mentali nel momento presente" e “adottando un orientamento particolare verso la propria esperienza caratterizzato da curiosità, apertura e accettazione” (Bishop et al., 2004, p.232). Questa definizione evidenzia la componente dell’accettazione, implicita nei testi classici buddisti, che aiuta la maggior parte degli psicoterapeuti a comprendere e dare un senso alla pratica nell’uso clinico.

Mentre la sua definizione è facile da ricordare, l’esperienza diretta della consapevolezza è più sfuggente. A volte la consapevolezza è più facile da capire esaminando il suo contrario, mindlessness. Con un autoesame si può facilmente osservare che il nostro tipico stato mentale è privo di mente consapevole: trascorriamo la maggior parte del nostro tempo a “ruminare su eventi passati o a “rimuginare” su possibili problemi futuri. Spesso agiamo su “pilota automatico”, situazione in cui la nostra mente è in un posto differente dal nostro corpo e, ad esempio, ci ritroviamo fisicamente in un luogo senza sapere come lo abbiamo raggiunto.

Le pratiche di mindfulness implicano diverse forme di meditazione sulla quale in occidente vi sono idee e preconcetti scorretti: non si tratta di avere una mente vuota ma di allenare la mente ad essere consapevole di cosa fa in ogni momento. La mindfulness non cancella emozioni, pensieri e dolore, ha invece l’effetto opposto: pone consapevolezza e attenzione sui contenuti della mente e porta ad osservarli in modo più nitido. Abbandonando le normali difese che utilizziamo per distrarci dal disagio aumenta la capacità di sentire come stiamo (Didonna, 2009).

La pratica della mindfulness ha dunque il fine di insegnare alla persona la capacità di autoregolare l’attenzione sull’esperienza del momento presente e di adottare un orientamento di apertura e accettazione verso la propria esperienza. Queste capacità portano ad aumentarne l’abilità di attenzione intenzionale e conducono a sviluppare una relazione diversa con i propri pensieri ed emozioni. Attraverso pratiche ed esercizi esperienziali, i partecipanti imparano a fare un passo indietro e a disimpegnarsi dai pensieri iniziali creando una meta-consapevolezza, ovvero la consapevolezza di essere consapevoli, che a sua volta contrasta il pensiero negativo ripetitivo e aumenta la flessibilità cognitiva (Segal et al., 2014).

Le forme più efficaci di psicoterapia per il DOC sono volte alla riduzione dell’evitamento esperienziale dei pazienti nei confronti degli stati interni che essi temono, aiutando ad accettare l’esposizione sia in modo comportamentale sia offrendo incoraggiamento a rimanere in contatto con i pensieri intrusivi e le emozioni di minaccia. L’evitamento è un problema centrale per il DOC; la mindfulness incoraggia i pazienti a sospendere la "lotta" in cui si impegnano contro i pensieri ossessivi e le emozioni negative e a rinunciare a mettere in atto strategie di evitamento inefficaci con le quali si difendono dal contenuto dell’esperienza.

La pratica di mindfulness consente ai pazienti ossessivi di acquisire e sviluppare la capacità di riconoscere e accettare consapevolmente i pensieri indesiderati e le emozioni e la capacità di non entrare nella meta-valutazione; ciò risulta un’alternativa adattiva rispetto all’attivazione di modi abituali, automatici e programmati che tendono a perpetuare il disturbo. La capacità di insight

presente nei pazienti con DOC, ovvero il riconoscimento dei propri sintomi come eccessivi e inappropriati, rende la mindfulness uno strumento particolarmente adatto in quanto, attraverso l'attenzione consapevole, i sintomi divengono oggetto di osservazione del paziente che può vederli con maggior chiarezza e consapevolezza e può così avviare il processo di decentramento e di disidentificazione da essi (Didonna, 2009).

Didonna prende in esame alcune caratteristiche del DOC alla luce della mindfulness:

➤ **Ruminazione e mindfulness.**

La mindfulness è una pratica che può aiutare a prevenire i processi ruminativi perché, grazie al 'controllo intenzionale dell'attenzione' dà vita a una nuova modalità di elaborazione delle informazioni cognitive incompatibile con la ruminazione. Durante la pratica i pazienti sono invitati, momento per momento, a mantenere intenzionalmente l'attenzione su un particolare oggetto, come ad esempio le sensazioni fisiche del corpo o il respiro. Ogni volta che la mente vaga (e questa è una condizione normale) verso pensieri, emozioni, o altre sensazioni fisiche, i pazienti sono invitati a riportare gentilmente ma con fermezza la consapevolezza al focus originale di attenzione. Questo focus, che normalmente è un'esperienza interna sempre disponibile come la respirazione, funge da ancora chiara per i pazienti e li aiuta a riportare la consapevolezza al momento presente limitando il perdersi nella ruminazione. Praticando la mindfulness si fanno esperienze ripetute di questa nuova relazione con i pensieri che si osservano come eventi di passaggio transitori nella mente e si lasciano andare per riportare il focus su un oggetto attentivo non cognitivo, spesso corporeo, imparando in tal modo a sviluppare una prospettiva decentrata e distaccata rispetto ad ogni tipo di cognizione (Teasdale, 1999).

➤ **Senso ipertrofico di responsabilità e mindfulness.**

Didonna considera il senso ipertrofico di responsabilità, che tende a generare in senso di colpa intenso, una caratteristica cardine del disturbo. I pazienti con DOC tendono a fraintendere il significato di responsabilità e a confonderlo con "dovere" o "regole" e, inconsapevolmente, impongono queste regole a se stessi. Tuttavia, responsabilità significa essere consapevoli delle proprie azioni e dell'impatto che esse hanno su noi stessi e sugli altri. Trobe definisce la responsabilità come la capacità di essere presenti in ogni momento e di rispondere in modo appropriato ad ogni evento con cui ci troviamo di fronte (Trobe, 2005). Questa è anche una caratteristica della mindfulness. Quando le persone sono responsabili in questo modo, sono in grado di fidarsi più profondamente di se stesse in quanto, nello stato consapevole di prestare attenzione al momento presente senza giudizio, sono maggiormente capaci di comprendere il proprio reale coinvolgimento nella situazione problematica. Pertanto, la terapia basata sulla mindfulness, può fornire ai pazienti un significato più funzionale e realistico del proprio senso di responsabilità, che è così gravemente distorto nelle persone che soffrono di DOC (Didonna, 2009).

➤ **Bias attentivi e mindfulness.**

I pazienti con DOC orientano la loro attenzione sugli stimoli minacciosi e inibiscono quelli che potrebbero disconfermare le loro credenze. I *bias* nell'elaborazione delle informazioni possono essere considerati deficit di mindfulness che, per definizione, è uno stato mentale in cui gli individui prestano attenzione al momento presente, di proposito e senza giudizio. Nella pratica di mindfulness gli individui allenano e imparano a dirigere l'attenzione in modo produttivo ed

efficiente, e ciò può modificare il modo con il quale i pazienti DOC prestano attenzione alla loro esperienza interna ed esterna. (Didonna, 2009). Tale autoregolazione dell'attenzione implica e migliora due abilità specifiche: l'attenzione sostenuta che permette uno stato di vigilanza prolungato sull'esperienza attuale; e la capacità di spostare l'attenzione (switching) che consente di indirizzare il focus da un oggetto verso un altro e di riportare l'attenzione alla concentrazione consapevole, come il respiro, dopo il riconoscimento di un pensiero (Bishop et al., 2004)

➤ Fusione pensiero-azione, insight e mindfulness.

Nella fusione pensiero-azione, spesso presente nei pazienti DOC, gli individui tendono a creare una sorta di identificazione con un aspetto della propria esperienza privata. Nella pratica mindfulness la mente pensante è considerata similmente ai cinque sensi, registra ma non causa gli stimoli in arrivo. I pensieri negativi sono registrati come "stimoli di pensiero" (Didonna, 2009, p. 198) transitori che si verificano nella mente, non vengono valutati e non divengono innesco per sentimenti e attività successive.

La pratica mindfulness di automonitoraggio dei pensieri e di altri eventi mentali addestra gli individui a non identificarsi con la propria esperienza interna e aiuta a non essere assorbiti nei propri processi mentali ma a sviluppare un senso di "equanimità", processo che prende il nome di "disidentificazione mentale". Quando gli individui entrano in questo processo realizzano che "i fenomeni contemplati sono distinti dalla mente che li contempla" (Didonna, 2009, p. 199). Il decentramento è anche definito come la capacità di osservare i propri pensieri e i sentimenti come eventi temporanei nella mente piuttosto che riflessi del sé che, in tale caso, sarebbero necessariamente veri. Attraverso il decentramento il paziente si rende conto di non essere quel pensiero (Didonna, 2009).

➤ Accettazione e mindfulness.

I pazienti con DOC hanno grande difficoltà o impossibilità ad accettare diverse esperienze connesse con il disturbo, come i pensieri ossessivi, le sensazioni correlate alle conseguenze del non prevenire un danno, o diverse emozioni come vergogna, colpa, disgusto e ansia. L'accettazione è una delle componenti principali degli approcci basati sulla mindfulness, essa è definibile come un processo che avviene momento per momento attraverso il quale ci si allontana dall'interpretare pensieri e sentimenti come realtà che devono essere modificate e li si abbraccia guardandoli semplicemente come eventi interni. L'uso dell'accettazione per i pazienti con DOC permette l'abbandono consapevole del comportamento di evitamento e la capacità di esperire le proprie emozioni e cognizioni che si presentano senza elaborazioni successive, come giudizi, interpretazioni, valutazioni, e meta-valutazioni. Per aiutare i pazienti DOC a sviluppare questo atteggiamento può essere utile assegnare un compito da svolgere. Si tratta di una scheda a quattro colonne con quattro compiti indicati in prima persona: nella prima colonna il paziente annota le esperienze negative, (emozioni, pensieri, sensazioni); nella seconda il paziente rammenta a se stesso di coltivare l'accettazione e si domanda se è in grado di accettare volentieri quello stato; nella terza chiede a se stesso se è stato in grado di accettare la situazione e di stare in contatto con essa senza comportamenti di ricerca oppure non è in grado e espone l'eventuale motivo per cui non lo è; nell'ultima il paziente descrive come sta e annota le conseguenze dell'accettazione o della mancata accettazione. Questo esercizio migliora la consapevolezza metacognitiva e permette di avere maggior insight delle conseguenze cognitive ed emotive del disturbo (Didonna, 2009).

Le tecniche generiche di mindfulness attraverso le quali è possibile coltivare la consapevolezza sono diverse e vengono scelte in base alle esigenze psichiche e fisiche dei partecipanti.

Le tecniche maggiormente utilizzate sono:

- 1 L'esercizio dell'uvetta. L'istruttore distribuisce un'uvetta a tutti i partecipanti e domanda loro di osservarla immaginando di non averla mai vista prima. In tutti gli esercizi le istruzioni sono comunicate con ritmo lento ma intenzionale, lasciando una pausa di dieci secondi tra una frase e l'altra e sono espresse in prima persona plurale includendo nell'esercizio anche lo stesso istruttore ("ora osserviamo"). L'istruttore invita a tenere l'uvetta tra indice e pollice e a guardarla accuratamente, a rigirla tra le dita e ad esplorarne la consistenza, osservarne le pieghe e i riflessi della luce. Il terapeuta rassicura sulla normalità della comparsa di pensieri e chiede di rilevarli semplicemente in quanto pensieri e di riportare la consapevolezza sull'oggetto. Domanda poi di avvicinare l'uva passa al naso, di sentirne l'odore, di avvicinarla alla bocca, osservare le reazioni all'interno della bocca, di metterla nella bocca e osservare come viene ricevuta, di farla girare in bocca e quando pronti, con consapevolezza e scelta, di morderla lentamente notandone il sapore e il cambio di consistenza. Infine, sempre con consapevolezza, di sentire lo stimolo di ingoiarla e di farlo cercando di seguirne il percorso nello stomaco e di riportare l'attenzione alla bocca ora in assenza dell'acino (Segal et al., 2014).
- 2 Il Body scan. L'istruttore invita i partecipanti a sdraiarsi sulla schiena, solitamente su un materassino e fa anch'egli lo stesso; se i partecipanti lo preferiscono possono restare in posizione seduta. Dopo qualche momento di respirazione nella quale ad ogni espirazione ci si lascia andare con fiducia sul materassino l'istruttore chiede di portare la consapevolezza sulle sensazioni fisiche del corpo, dapprima sulle parti in contatto con il pavimento poi sull'addome osservandone le variazioni di movimento create dall'inspirazione e dall'espirazione, poi sulla gamba, sul piede e sulle dita dapprima a sinistra poi a destra, sentendone con curiosità il contatto, il formicolio, il calore o nulla. Si immagina poi il respiro che entra dal naso e scende passando per i polmoni, l'addome, la gamba, il piede e le dita per poi, con l'espirazione ripercorrere il tragitto all'opposto e di considerare l'esercizio come un gioco da fare senza tensione in caso di insuccesso. Domanda poi di spostare la consapevolezza sulla pianta del piede e sul tallone restando consapevoli del respiro che continua sullo sfondo. Il partecipante è invitato via via ad utilizzare espirazioni più profonde per spostare il focus di consapevolezza su caviglia, ossa, articolazioni, tutto il piede e così via fino a salire al volto e alla testa. Durante questo esercizio e in tutti gli esercizi di mindfulness vengono ricordati alcuni concetti: 1. l'intento della pratica non è il rilassamento, che può avvenire o meno, bensì focalizzare la consapevolezza con gentile curiosità; 2. il divagare della mente è inevitabile, è importante riportarla con gentilezza sulla parte di focus consapevole; 3. si possono presentare tensioni, il compito è "respirarci dentro" e lasciarle andare con l'espirazione (Segal et al., 2002).
- 3 Lo spazio di respiro di 3 minuti. È una meditazione breve che i partecipanti sono invitati a praticare ogni giorno a casa per integrare nella vita di tutti i giorni la pratica appresa. Consiste in tre step: La persona è seduta ad occhi chiusi e, come primo step, prende consapevolezza di ciò che accade in quel preciso momento, pensieri, sensazioni corporee e sentimenti, che vengono riconosciuti come semplici eventi e non scacciati. Nel secondo step la persona riporta la consapevolezza al respiro addominale e, terzo step, include espande l'attenzione a tutto il corpo nel suo insieme (Segal et al., 2012).

I programmi basati sulla mindfulness (MBI) tra i quali la MBSR e la MBCT, consistono generalmente in otto lezioni da due ore o due ore e mezza a cadenza settimanale che coinvolgono

circa 12-30 partecipanti e uno o due insegnanti; in aggiunta è previsto un giorno di ritiro di pratica intensiva a metà del percorso. Le sessioni, ad eccezione della prima, cominciano con esercizi di meditazione e consapevolezza che l'istruttore conduce per 45-60 minuti e proseguono con l'"*inquiry*", l'esplorazione e l'approfondimento delle esperienze individuali fatte nel gruppo e a casa. Quest'ultima consente ai partecipanti di condividere le loro esperienze personali di difficoltà e di successo riscontrati nella pratica di mindfulness e aiuta i partecipanti nell'apprendimento della consapevolezza attraverso il modellamento e il feedback diretto (Marx et al., 2015). È richiesto ai partecipanti di proseguire la pratica a casa, che consiste nel fare ogni giorno 45 minuti di meditazione, spesso guidata da tracce audio, e nel dedicare 15 minuti alla compilazione di diari o in letture.

Il programma prevede quindi training e pratica di meditazione e yoga molto intensi. Risulta fondamentale che l'istruttore abbia una solida esperienza personale di meditazione tradizionale buddista "vipassana" che è alla base degli interventi di MBSR e MBCT (Segal et al., 2014).

Studi scientifici di efficacia della terapia basata sulla mindfulness per il DOC

Pattel et al. (2007) hanno utilizzato la MBSR in un individuo con disturbo ossessivo compulsivo che rifiutava i farmaci e la ERP. Dopo il programma di otto settimane si è evidenziata una riduzione clinicamente significativa dei sintomi del DOC, nonché una buona capacità di richiamare lo stato di mindfulness. I miglioramenti ottenuti dalle terapie basate sulla mindfulness sono stati mantenuti al follow-up di sei mesi (Külz et al., 2013). Un altro studio su un soggetto resistente alle precedenti terapie ha evidenziato che la terapia basata sulla mindfulness può ridurre i sintomi e migliorare il funzionamento globale del paziente (Sing et al., 2004).

Hanstede et al. (2008) in uno studio pilota hanno testato gli effetti della terapia Mindfulness di gruppo su 9 pazienti con disturbo ossessivo compulsivo. La meditazione comprendeva otto incontri di gruppo che insegnavano la respirazione meditativa, il body scan ed esercizi di vita quotidiana consapevole applicati ai sintomi del disturbo. L'intervento ha avuto effetto significativo sulla consapevolezza, sui sintomi del DOC, sulla fusione pensiero-azione e sul "lasciar andare". Lo studio ha dimostrato che l'intervento di mindfulness riduce i sintomi del DOC, secondo gli autori, probabilmente grazie all'aumento della "capacità di lasciar andare".

Hertenstein et al. (2012) hanno effettuato uno studio pilota di otto sessioni di MBCT su 12 pazienti affetti da DOC. Nelle interviste semi-strutturate condotte dopo le sessioni, i partecipanti hanno valutato utile questa terapia per trattare il DOC e i disturbi ad esso correlati. Due terzi dei soggetti hanno riportato un declino dei sintomi del DOC. Tra i vantaggi hanno evidenziato una maggiore capacità di far emergere emozioni spiacevoli e di vivere più consapevolmente nel presente. I dati hanno fornito prove preliminari che i pazienti con disturbo ossessivo compulsivo trovano accettabile e utile l'attuale protocollo MBCT.

Sguazzin et al. (2017) hanno effettuato uno studio per verificare l'accettabilità e il beneficio percepito di un intervento di terapia cognitiva basata sulla mindfulness (MBCT) su pazienti con disturbo ossessivo compulsivo che continuavano a soffrire di sintomi residui a seguito di intervento con CBT. Un campione di 32 partecipanti con diagnosi principale di DOC ha completato un intervento di MCBT di otto settimane ed è stato intervistato circa due settimane successive all'intervento. Le interviste di soddisfazione consistevano in 21 domande che valutavano i risultati e l'accettabilità del trattamento. I partecipanti hanno riferito verbalmente di avere percepito diminuzione dei sintomi del disturbo ossessivo compulsivo, aumento della consapevolezza e delle capacità di *coping*, alta accettabilità al trattamento e miglioramento della

qualità della vita complessiva dopo l'intervento di MBCT.

Key et al. (2017) hanno effettuato uno studio analogo con MBCT di otto settimane a pazienti DOC con sintomatologia residua dopo il completamento dell'intervento di CBT. I risultati della terapia con mindfulness hanno indicato, rispetto al gruppo di controllo della lista d'attesa, diminuzioni dei sintomi del disturbo ossessivo compulsivo, delle convinzioni ossessive, dei sintomi depressivi, dei sintomi di ansia e aumento dell'auto-compassione e della capacità di consapevolezza. Inoltre, i partecipanti hanno riportato alti livelli di soddisfazione per l'intervento con MBCT.

Gli studi di ricerca, sebbene ancora esigui, dimostrano l'efficacia di MBCT nel ridurre i sintomi, migliorare le capacità di consapevolezza e il funzionamento del paziente DOC; evidenziano inoltre la fattibilità e l'accettabilità di MBCT. Gli studi con gruppi di confronto sono di numero inferiore e la maggior parte di essi ha campioni di piccole dimensioni (Manjula e Sudhir, 2019).

Terapia dell'Accettazione e dell'Impegno – ACT

L'ACT, che si pronuncia come il verbo inglese con il significato di agire e non come sigla a tre lettere (Hayes, 2004), si basa sulla Relational Frame Theory (RFT), una teoria del linguaggio e della cognizione secondo la quale le persone attribuiscono al pensiero un significato letterale che impatta su emozioni e comportamenti. L'apprendimento degli esseri umani avviene o per esposizione diretta agli stimoli reali, modalità che viene chiamata comportamento modellato dalle contingenze non verbali, ad es. un bambino che tocca il fuoco e si brucia; oppure è governato da regole, ad esempio la mamma che dice al bambino di non toccare il fuoco perché brucia. In questo secondo caso l'apprendimento non è esperienziale ma si basa su un pensiero/linguaggio che esplicita la relazione tra comportamento e conseguenza. I comportamenti determinati da regole possono essere appresi oppure auto-prodotti. In entrambi i casi essi sono poco sensibili e resistenti ai cambiamenti dei dati di realtà e divengono spesso difficili da modificare. L'ACT si pone come alternativa alla ristrutturazione cognitiva per sovvertire il “governo di regole” auto-imposte maladattive per il paziente e per permettere a quest'ultimo di fare esperienza dei pensieri solo per ciò che sono: una serie di parole in fila che non devono necessariamente porsi come determinanti del comportamento e delle emozioni (Snider et al., 2011).

Secondo la relational frame theory, inoltre, gli esseri umani vivono i propri problemi come qualcosa di indesiderato e, come soluzione, optano per l'evasione dall'esperienza del dolore attraverso la fuga, l'evitamento e la soppressione. Queste ridotte strategie di *coping* sono determinate dalla mancanza di flessibilità psicologica, che risulta essere il problema focale e che blocca la persona all'interno di esse. Gli obiettivi principali dell'ACT sono due: 1° promuovere l'accettazione dei pensieri e dei sentimenti indesiderati; 2° incoraggiare la persona a mettere maggiore impegno in attività di vita significative, anche quando si verificano pensieri ed emozioni negativi o altre difficoltà, al fine di raggiungere una vita di qualità, realizzabile coltivando la flessibilità psicologica (Manjula e Sudhir, 2019). Per quanto concerne i pensieri, un aspetto molto importante dell'ACT è la defusione cognitiva che consente di prendere le distanze dai propri pensieri negativi e di non fondersi con essi. In tal modo si modifica l'adesione totale che il paziente ha con le proprie credenze che lo portano ad azioni a senso unico, ottenendo maggiore flessibilità psicologica ed estensione del repertorio delle reazioni emotive e comportamentali (Barcaccia, 2012).

Vi sono sei processi nucleari dell'ACT atti ad aumentare la flessibilità psicologica,

quest'ultima intesa come capacità di contattare il momento presente in modo più completo e più consapevole accettando gli eventi privati negativi e abbandonando il comportamento volto ad allontanarli. Ciascuna di queste aree è concettualizzata come un'abilità psicologica positiva, non semplicemente un metodo per evitare la psicopatologia (Hayes et al., 2006). Per tutti questi sei processi centrali vi sono moltissime tecniche, alcune richiedono pochi secondi, altre 15-20 minuti. È molto importante considerare che l'ACT è un processo e non una tecnica, dunque gli strumenti e gli esercizi sono considerati mezzi attraverso il quale apprendere il processo (Harris, 2011). Di ogni processo nucleare sono considerate soltanto alcune tecniche a titolo esemplificativo.

- Accettazione.

L'accettazione viene insegnata come alternativa all'evitamento esperienziale che mantiene il processo patologico. Si tratta di consentire ai pensieri e ai sentimenti di essere come sono, piacevoli o dolorosi, abbracciandoli senza inutili tentativi di cambiarne frequenza e forma (Hayes et al., 2006). Una tecnica che aiuta il processo di accettazione è un esercizio di mindfulness costituito da otto tecniche differenti poste in consecuzione che il terapeuta indica al paziente: 1. Osservare. Si tratta del Body scan, la persona è invitata ad osservare con curiosità ed attenzione le varie zone del corpo lasciando che i pensieri possano entrare ed uscire come automobili di passaggio. 2. Respirare. Mandare respiro dentro e intorno alle emozioni che scaturiscono. 3. Espandere. Lasciare che il respiro espanda lo spazio attorno a questo sentimento. 4. Consentire. Dare il permesso alla sensazione di restare lì, senza combatterla, allontanarla o modificarla, l'obiettivo è lasciare che sia. 5. Oggettivare. Immaginare che il sentimento sia un oggetto e ipotizzarne la forma, il colore, la temperatura, il movimento, etc. e rappresentare se stessi molto più grandi dell'oggetto. 6. Normalizzare. Comunicare al paziente che il sentimento denota il fatto di essere una persona con un cuore che dà importanza alle cose della vita. 7. Manifestare auto-compassione. 8. Espandere la consapevolezza. Riportare la consapevolezza sul corpo e sentire che non esiste solo la sensazione spiacevole ma tanto altro (Harris, 2011).

- Defusione cognitiva.

Fusione significa essere intrappolati nel contenuto letterale dei pensieri, mentre defusione denota il prenderne le distanze, lasciarli andare e venire senza rimanerne intrappolati, il guardarli anziché guardare tramite essi (Harris, 2011). Si basa sulla "deletteralizzazione", sul distanziamento dal significato letterale delle parole e sulla focalizzazione sul processo del pensare. A questo scopo, una tecnica di defusione semplice e breve è fare ripetere alla persona il pensiero indesiderato preceduto dalla frase: "La mia mente sta avendo il pensiero che" (Healy et al., 2008, p.625). Questo esercizio aiuta il paziente a comprendere che il pensiero è una regola auto-generata e che l'affermazione successiva è soltanto un pensiero e non un fatto reale. (Healy et al., 2008) L'ACT utilizza molte metafore per allenare i sei processi. Una molto famosa per la defusione è quella dell'autista dell'autobus: Il terapeuta chiede al paziente di immaginare di essere un autista di autobus, i passeggeri che salgono e scendono sono i suoi pensieri, ricordi, emozioni e sensazioni. Alcuni di essi, vestiti da teppisti dall'aspetto losco, gli intimano, minacciandolo, di cambiare tragitto. Non hanno intenzione di scendere e, dopo contrattazioni, il compromesso è di portarli dove essi vogliono. Dopo qualche tempo, l'autista sa già il percorso prima delle loro grida e successivamente si convince che quella è la direzione che in effetti voleva prendere. Il potere dei malviventi è basato su una minaccia, ma nulla di reale si è verificato, il potere che hanno è quello che egli ha loro attribuito credendo nel valore di quanto essi affermano. Nel

tentativo di tenere sotto controllo la situazione, l'autista continua a guidare un autobus che non è più sotto il suo controllo. Questa metafora aiuta a rendere consapevole il paziente riguardo alle mete personali che sta perdendo a causa della dittatura del linguaggio e a liberarsi di essa e della fusione cognitiva (Hayes et al., 1999).

- Essere presente.

Significa essere in contatto con il momento presente, nel qui ed ora anziché essere immerso nei pensieri. Questo include il contatto non giudicante e flessibile nei confronti degli eventi psicologici e ambientali per come essi si presentano. Il linguaggio diviene uno strumento per annotare e descrivere gli eventi piuttosto che per prevederli e giudicarli (Hayes et al., 2006). Al fine di promuovere la consapevolezza del momento presente, sono utilizzati diversi esercizi di mindfulness già descritti, come la consapevolezza del respiro e l'esercizio dell'uvetta.

- Sé come contesto.

Il sé come contesto è un "punto di vista" dal quale la persona può osservare pensieri e sentimenti e, al contempo, è un luogo in cui questi ultimi si possono muovere. Si accede a questo spazio psicologico "notando di notare" e divenendo consapevoli della nostra coscienza. Si tratta di essere consapevoli della propria consapevolezza, di essere connessi ad un sé trascendentale che diviene un punto di vista sicuro, un locus dal quale guardare ciò che accade senza esserne coinvolto. Questo spazio favorisce la defusione e l'accettazione. Uno strumento utile ad introdurre questo concetto è la metafora della scacchiera: Il terapeuta domanda al paziente di immaginare di essere una scacchiera sulla quale gli scacchi bianchi sono pensieri e sentimenti positivi, quelli neri i negativi. Le persone passano il tempo a far avanzare le pedine bianche e annientare le nere, ma vi sono un numero infinito di pezzi bianchi e neri e la battaglia non può essere vinta. Quindi si possono sprecare tempo ed energie in tentativi vani oppure imparare a fare come la scacchiera che è in contatto intimo con i pezzi e lascia loro spazio per muoversi ma li osserva senza essere coinvolto nella battaglia (Harris, 2011).

- Valori.

I valori sono asserzioni su ciò che è importante nella propria vita: per cosa la persona si vuole impegnare e che comportamento vuole adottare in modo continuativo. L'ACT utilizza diversi esercizi per aiutare il paziente a chiarire e scegliere i suoi valori personali che divengono una guida per le sue azioni nei diversi settori della vita come ad es. la famiglia, la carriera. Ciò mina i processi verbali che possono portare a scelte basate sull'evitamento, sulla conformità sociale o sulla fusione (Hayes et al., 2006). Al fine di evidenziare i valori è utilizzata la mindfulness che consente al paziente di trovare concentrazione e contatto profondo con se stesso così da connettersi intimamente ai propri desideri profondi (Harris, 2011).

- Azione impegnata.

Infine, l'ACT incoraggia lo sviluppo di schemi sempre più ampi di azioni efficaci collegate, guidate e motivate dai valori. Sono schemi chiari con obiettivi concreti e raggiungibili per il soggetto ma, al contempo, sono in divenire, sono flessibili e si adattano alle situazioni (Hayes et al., 2006). A livello terapeutico vi sono quattro passi importanti per giungere all'azione impegnata: 1. Scegliere un'area di vita con priorità di cambiamento; 2. Determinare i valori perseguibili in quest'area; 3. Sviluppare gli obiettivi guidati dai valori; 4. Passare all'azione

in modo consapevole. Sono utilizzati gli interventi comportamentali tradizionali, ad esempio strategie per fronteggiare le crisi, il *problem solving* e l'assertività; competenze che divengono parte dell'ACT, ovvero si pongono al servizio di una vita consapevole basata sui valori (Harris, 2011).

Le sessioni dell'ACT sono generalmente otto. I principi e le tecniche sopra descritte sono utilizzati anche per il DOC; in particolare le sessioni per il disturbo ossessivo comprendono i seguenti intenti:

1. Esaminare l'utilità e i successi, a breve e a lungo termine, dei tentativi di allontanare le ossessioni. Esercizi e metafore sono usati per illustrare l'inutilità di resistere, combattere o cercare di controllare le esperienze interne indesiderate.
2. Una discussione sull'impossibilità del controllo delle ossessioni.
3. Accettare le ossessioni e l'ansia associata come parte della malattia.
4. Allenamento rispetto alla percezione delle esperienze interiori solo come pensieri, sentimenti e sensazioni corporee, così da ridurre l'identificazione con queste esperienze.
5. Allenare a percepirsi come un costrutto maggiormente permanente rispetto alle proprie esperienze.
6. Allenarsi nella consapevolezza di avere esperienze interiori senza tentare di regolarle.
7. Identificare, chiarire ed elencare i valori nei vari settori della vita del paziente.
8. Aumentare gli impegni comportamentali in attività basate sui valori (Manjula e Sudhir, 2019).

L'ACT applicata al DOC permette di accrescere la flessibilità psicologica del paziente in modo da ampliarne la gamma di risposte possibili più adatte per fronteggiare le ossessioni (Twohig et al., 2015).

Studi scientifici di efficacia dell'ACT per il DOC

Twohig, Hayes e Masuda (2006) per primi hanno valutato l'efficacia di otto sessioni di ACT in quattro pazienti con disturbo ossessivo compulsivo. Il trattamento ha prodotto una significativa riduzione del numero di compulsioni in tutti i partecipanti sulla base di una misura self-report della frequenza delle compulsioni; i risultati sono stati mantenuti al follow-up di tre mesi. Tutti i partecipanti hanno evidenziato anche riduzioni significative dei livelli di ansia e di depressione (nonostante quest'ultimo non fosse l'obiettivo della terapia). Inoltre, i partecipanti hanno dimostrato una riduzione dell'evitamento esperienziale, della credenza del contenuto delle ossessioni e della relativa necessità di rispondere ad esse.

Eifert et al. (2009) hanno presentato un caso di studio su una donna di 52 anni con diagnosi principale di disturbo ossessivo compulsivo e diagnosi secondaria di disturbo di panico. La donna è stata trattata con successo con il protocollo dell'ACT ricevendo dodici sessioni di un'ora alla settimana. Alla fine del trattamento la sua gravità DOC moderatamente grave al pretrattamento si è ridotta a livelli subclinici. Ha manifestato inoltre livelli più bassi di sofferenza generale e, in particolare, nessuna sofferenza legata al panico. Al follow-up di sei mesi, i problemi di DOC della donna sono rimasti a livelli subclinici e ha riferito di apportare cambiamenti di vita positivi rispetto alle aspirazioni di carriera.

Uno studio clinico randomizzato di Twohig et al. (2010) ha confrontato l'efficacia di un protocollo di otto sessioni di ACT rispetto al protocollo di allenamento progressivo di rilassamento (PMT) nel trattamento di 79 individui con disturbo ossessivo compulsivo senza l'utilizzo di

esposizione nella sessione. I pazienti trattati con l'ACT hanno mostrato al post-trattamento e al follow-up maggiori cambiamenti sulla gravità del DOC rispetto ai pazienti trattati con PMT. Inoltre, i pazienti con lieve depressione al pretrattamento hanno evidenziato con l'ACT una riduzione significativamente maggiore dei sintomi della depressione rispetto a PMT. I ricercatori hanno concluso che il modello dell'ACT sembra essere ampiamente applicabile alla popolazione con DOC.

Twohig et al. (2015) hanno effettuato uno studio per verificare il cambiamento della flessibilità psicologica ad ogni sessione. 41 adulti con diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo sono stati trattati con l'ACT rispetto a 38 soggetti che hanno ricevuto il Training progressivo di rilassamento (PMT). I partecipanti hanno ricevuto otto sessioni settimanali di un'ora con valutazione post-trattamento, una settimana dopo e tre mesi dopo il trattamento. I risultati hanno mostrato che gli effetti della terapia sono gradualmente; gli esiti sono risultati significativamente migliori con l'ACT nelle ultime due sessioni.

Infine, Twohig et al. (2018), hanno effettuato il primo studio randomizzato di confronto tra ERP tradizionale, trattamento evidence based di maggior efficacia per il DOC, e ACT + ERP. 58 adulti che soddisfacevano i criteri DSM-IV di diagnosi di DOC sono stati assegnati in modo randomizzato a ERP standard (n = 28) o ACT + ERP (n = 30). Lo scopo dello studio era valutare se il trattamento associato ACT + ERP rispetto alla sola ERP fosse in grado di aumentare l'accettabilità del trattamento, l'impegno rispetto alle esposizioni e di ridurre l'abbandono prematuro della terapia. Gli scopi secondari erano esaminare possibili differenze di risultato tra le due condizioni e gli effetti dei due approcci terapeutici proposti. La previsione degli autori era di un maggiore cambiamento nelle misure di accettazione e disfunzione cognitiva con ACT + ERP e di maggiore cambiamento nelle credenze ossessive, come ad es. la sopravvalutazione della minaccia e la responsabilità. I partecipanti ad entrambe le condizioni hanno mostrato sostanziali diminuzioni pre e post-trattamento dei sintomi del disturbo ossessivo compulsivo così come nei sintomi depressivi, miglioramenti mantenuti al follow-up. Contrariamente alla previsione degli autori e alle differenze di logica dei due trattamenti, i risultati hanno mostrato somiglianze negli esiti dei sintomi sia immediati sia a lungo termine e non sono emerse differenze di accettabilità del trattamento e di impegno rispetto alle esposizioni.

Discussione

Le terapie di terza generazione hanno come focus la modifica della relazione che il paziente ha con le proprie esperienze interiori. L'attenzione non è rivolta dunque ai contenuti del pensiero, come nella CBT standard, bensì alla modalità di relazionarsi (Manjula, 2019). Di conseguenza queste terapie non intervengono sulle credenze cognitive erronee, sul senso di responsabilità, sulla colpa deontologica e sul disgusto del paziente come la CBT standard, bensì vogliono modificare il rapporto che il paziente ha nei confronti del suo proprio pensiero e confutare la credenza sul significato delle intrusioni.

Il modello metacognitivo pone alla base dei disturbi psichici la CAS, Sindrome Cognitivo-Attentiva, una modalità disfunzionale di processare l'informazione caratterizzata dall'indugiare su pensieri di tipo verbale sotto forma di rimuginii o ruminazioni e da strategie di *coping* disfunzionali. Si tratta di un pattern ripetitivo e inflessibile di risposta agli eventi, per cui l'attenzione si "fissa" su alcuni pensieri ritenuti pericolosi e ne viene parassitata, soffermandovisi a lungo e mantenendo così attiva la sofferenza (Wells, 2018).

Il modello metacognitivo asserisce che la CAS, nel DOC, deriva da credenze di natura

metacognitiva, che sono idee e teorie che ognuno di noi ha in merito ai contenuti dei propri pensieri. I domini di credenze metacognitive disadattive che attivano la CAS sono due: il primo dominio riguarda il significato di pericolosità attribuito ai pensieri intrusivi; il secondo la necessità di eseguire i rituali (Papageorgiou et al, 2018). Il problema non è il pensiero intrusivo, ma l'attribuzione di pericolosità che il paziente dà al pensiero a causa delle metacredenze e dell'attivazione della CAS (La Mela, 2016).

La MCT si propone di modificare il "modo" con cui il paziente reagisce ai pensieri e alle credenze evidenziando due modi di percepire i propri pensieri: un 'modo oggetto' (o livello-oggetto) secondo cui pensieri e credenze sono vissuti al pari delle percezioni del mondo esterno e dunque sono fusi con la realtà esterna; e un 'modo metacognitivo' (o meta-livello), una modalità che si sviluppa con la pratica e che permette di relazionarsi con le esperienze interiori in modo alternativo, di osservare i propri pensieri a livello cosciente come eventi interni separati dalla realtà, da sé e dal mondo (Wells, 2018).

Questo aspetto accomuna la MCT alla mindfulness e alla ACT, due terapie che hanno l'obiettivo di far acquisire e sviluppare la capacità di riconoscere e accettare consapevolmente i pensieri indesiderati e le emozioni come fenomeni transitori nella mente e non come riflessi del sé, incoraggiando in tale modo il paziente a sospendere la "lotta" in cui si impegna contro i pensieri ossessivi e le emozioni negative e a rinunciare a mettere in atto strategie di evitamento (Teasdale, 1999).

I pazienti con DOC hanno difficoltà ad accettare i pensieri ossessivi e le sensazioni correlate alle conseguenze del non prevenire un danno, o diverse emozioni come vergogna, colpa, disgusto e ansia.

L'accettazione è una delle componenti principali della terapia basata sulla mindfulness. L'uso dell'accettazione con i pazienti con DOC aumenta la capacità di esperire le emozioni e le cognizioni che si presentano senza elaborazioni successive, come giudizi, interpretazioni, valutazioni, e meta-valutazioni e permette l'abbandono consapevole del comportamento di evitamento.

La pratica di mindfulness insegna ad auto-regolare l'attenzione sull'esperienza presente con l'obiettivo di porre consapevolezza e attenzione sui contenuti della mente così da raggiungere la capacità di osservarli in modo più nitido adottando un atteggiamento di curiosità, apertura e accettazione. I sintomi divengono oggetto di osservazione del paziente che può vederli con maggior chiarezza e consapevolezza e può così avviare il processo di decentramento e di disidentificazione da essi. (Didonna, 2009).

Grazie alla capacità di attenzione intenzionale, il paziente impara a fare un passo indietro e a disimpegnarsi dai pensieri iniziali creando una meta-consapevolezza, ovvero la consapevolezza di essere consapevole che, a sua volta, contrasta il pensiero negativo ripetitivo e aumenta la flessibilità cognitiva (Shapiro et al, 2018). Ciò risulta un'alternativa adattiva rispetto all'attivazione di modi abituali, automatici e preprogrammati che tendono a perpetuare il disturbo (Didonna, 2009).

L'ACT chiama questo processo defusione cognitiva, che consente di modificare l'adesione totale che il paziente ha con i propri pensieri, credenze e metacredenze che lo portano ad azioni a senso unico. Secondo la teoria, questo accade a causa di ridotte strategie di coping del paziente determinate dalla mancanza di flessibilità psicologica che risulta essere il problema focale del disturbo (Barcaccia, 2012).

Gli obiettivi principali di ACT sono: l'accettazione dei pensieri e dei sentimenti indesiderati, lo sviluppo della flessibilità psicologica del paziente, la defusione cognitiva e incoraggiare la

persona a mettere maggiore impegno in attività di vita significative, anche se sono presenti pensieri ed emozioni negativi (Snider et al., 2014).

L'accettazione viene insegnata come alternativa all'evitamento esperienziale che mantiene il processo patologico. Si tratta di consentire ai pensieri e ai sentimenti di essere come sono, piacevoli o dolorosi, abbracciandoli senza inutili tentativi di cambiarne frequenza e forma (Hayes et al., 2006).

La defusione cognitiva si basa sul distanziamento dal significato letterale delle parole e sulla focalizzazione sul processo del pensare e permette di non rimanere intrappolati nel contenuto letterale del pensiero che è una regola auto-generata (Barcaccia, 2012) e aiuta a rendere consapevole il paziente riguardo alla "dittatura del linguaggio" così da liberarsi di essa e della fusione cognitiva (Hayes et al, 1999).

Infine, lo sviluppo della flessibilità psicologica consente di estendere il repertorio delle reazioni emotive e dei comportamentali del paziente e permette di accrescere la capacità di porre attenzione e impegno in attività di vita significative per il raggiungimento di una vita di qualità (Manjula, 2019).

Conclusioni

Gli studi effettuati fino ad oggi su queste interessanti terapie di terza generazione proposte risultano insufficienti, sia per quantità sia per qualità. Vi sono diverse limitazioni metodologiche, tra le quali pochi trial controllati, campioni esigui, mancanza di gruppi di controllo attivi e brevi follow-up. Inoltre, le evidenze riguardo all'efficacia delle nuove terapie sono molto deboli e, ad eccezione dello studio effettuato da Papageorgiou et al. del 2018 di confronto tra MCT e CBT, non vi sono altre analisi di confronto con le terapie empiricamente comprovate come la ERP e la CBT Standard. La ERP, arricchita con tecniche di tipo cognitivista e la CBT mirata alla modifica delle componenti cognitive centrali, responsabilità/colpa (Mancini, 2016), rappresentano ad oggi i gold standard nel trattamento psicologico del DOC.

Bibliografia

- Barcaccia, B. (2012). Il processo di defusione nella terapia dell'accettazione e dell'impegno (ACT). *Cognitivismo clinico*, 9, 2, 151-161
- Bishop, S., Lau, M., Shapiro, S., Carlos, L., Anderson, N., Carmody, J., Segal, Z.V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D. e Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and practice*, 11, 3, 230-241
- Didonna, T. (2009). *Clinical Handbook of Mindfulness*. New York: Springer
- Eifert, G.H., Forsyth, J.P., Arch, J., Espejo, E., Keller, M. e Langer, D. (2009). Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: Three case studies exemplifying a unified treatment protocol. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 368-385
- Fisher, P.L. & Wells, A. (2008). Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 2, 117-132
- Fit, S. & Rees, C. (2012). Metacognitive Therapy for Obsessive Compulsive Disorder By Videoconference: A Preliminary Study. *Behavior Change*, 29, 4, 213-229
- Foa E.B., Yadin E. e Lichner T.B. (2012) Exposure and Response (Ritual) Prevention for Obsessive Compulsive Disorder: Therapist Guide. USA: Oxford University Press
- Hanstede, M., Gidron, Y. & Nyklicek, I. (2008). The Effects of a Mindfulness Intervention on Obsessive-Compulsive Symptoms in a Non-Clinical Student Population. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, 10, 776-779

- Harris, R. (2011). *Fare ACT. Una guida pratica per professionisti all'Acceptance and Commitment Therapy*. Milano: Franco Angeli
- Hayes, S.C. (2008). Climbing our hills: a beginning conversation on the comparison of Acceptance and Commitment Therapy and Traditional Cognitive Behavioral Therapy. *Clinical Psychology Science and Practice*, 15, 286-295
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change*. New York: Guilford
- Hayes, S.C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy* 35, 639-665
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A. & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1-25
- Healy, H.A., 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
- Hertenstein, E., Rose, N., Voderholzer, U., Heidenreich, T., Nissen C., Thiel, N., Herbst, N. & Külz, A.K. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy in obsessive-compulsive disorder - a qualitative study on patients' experiences. *BMC Psychiatry*, 12, 185
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 2, 144-156
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L. & Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 8, 163-190
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., Burney, R. & Sellers, W. (1987). Four-year follow-up of a meditation-based program for the self-regulation of chronic pain: Treatment outcome and compliance. *Clinical Journal of Pain*, 2, 159-173
- Key, B.L., Rowa, K., Bieling, P., McCabe, R. & Pawluk, E.J. (2017). Mindfulness-based cognitive therapy as an augmentation treatment for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology e Psychotherapy*, 24, 5, 1109-1120
- Külz, A.K., Hertenstein, E., Rose, N., Heidenreich, T., Herbst, N., Thiel, N., Nissen, C. & Voderholzer, U. (2013). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in OCD. *Verhaltenstherapie Psychosoziale Praxis*, 45, 327-344
- Külz, A.K., Landmann, S., Cludius, B., Hottenrott, B., Rose, N., Heidenreich, T., Hertenstein, E., Voderholzer, U. & Morits, S. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy in obsessive-compulsive disorder: protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 14, 314-318
- La Mela, C., (2014). *Fondamenti di terapia cognitiva*, Firenze: Maddai e Bruni
- La Mela, C., (2016). *I protocolli clinici della terapia cognitivo comportamentale*. Firenze: Maddai e Bruni
- Ludvik, D., Mark, J. & Boschen, J. (2015). Cognitive restructuring and detached mindfulness: Comparative impact on a compulsive checking task. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 5, 8-15
- Mancini, F. (2016). *La mente ossessiva. Curare il disturbo ossessivo-compulsivo*, Milano: Raffaello Cortina.
- Manjula, M. & Sudhir, P. M. (2019). New-wave behavioral therapies in obsessive-compulsive disorder: Moving toward integrated behavioral therapies. *Indian Journal of Psychiatry*, 61, 1, 104-113
- Marx, R., Strauss, C. & Williamson, C. (2015). Mindfulness apprenticeship: a new model of NHS-based MBCT teacher training. *Mindfulness*, 6, 253-263
- Meyer, V. (1966). Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behavior Research and Therapy*, 4, 273-80.
- Melchior, K., Franken, I., Deen, M. & Van Der Heiden, C. (2019). Metacognitive therapy versus exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 20, 1, 277
- Miegel, F., Cludius, B., Hottenrott, B., Demiralay, C., Sure, A. & Jelinek, L. (2019). Session-specific

- effects of the Metacognitive Training for Obsessive-Compulsive Disorder (MCT-OCD). *Psychotherapy research*, 9, 1-13
- Papageorgiou, C., Carlile, K., Thorgaard, S., Waring, H., Haslam, J., Horne L. & Wells, A. (2018). Group Cognitive-Behavior Therapy or Group Metacognitive Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder? Benchmarking and Comparative Effectiveness in a Routine Clinical Service. *Frontiers in Psychology*, 9, 2551
- Patel, S.R., Carmody, J. & Simpson, H.B. (2007). Adapting mindfulness-based stress reduction for the treatment of obsessive-compulsive disorder: A case report. *Cognitive Behavior Practice*, 14, 375–80
- Rees, C.S. & Van Koesveld, K.E. (2008). An open trial of group metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 4, 451-458
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G., & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G. & Teasdale, J.D. (2012). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression*, 2nd ed. New York: Guilford Press
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G. & Teasdale J.D. (2014). *Mindfulness. Al di là del pensiero, attraverso il pensiero*. Torino: Bollati Boringhieri
- Sguazzin, C.M.G., Key, B.L., Rowa, K., Bieling, P.J. & McCabe, R.E. (2017). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Residual Symptoms in Obsessive-Compulsive Disorder: a Qualitative Analysis. *Mindfulness*, 8, 1, 190-203
- Shapero, B.G., Greenberg, J., Pedrelli, P., De Long, M. & Desbordes, G. (2018). Mindfulness-Based Interventions in Psychiatry. *Focus*, 16, 1, 32–39
- Sing, N.N., Walher, R.G., Winton, A.S. & Adkins, A.D. (2004). The mindfulness research group A mindfulness-based treatment of obsessive-compulsive disorder. *Clinical Case Studies*, 3, 4, 275–87
- Snyder, K., Lambert, J. & Twohig, M. (2011). Defusion: A Behavior-Analytic Strategy for Addressing Private Events. *Behavior analysis in practice*, 4, 2, 4-13
- Teasdale, J. D. (1999). Metacognition, mindfulness and the modification of mood disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 146–155
- Twohig, M.P., Abramowitz, J.S., Bluett, E.J., Fabricant, L.E., Jacoby, R.J., Morrison, K.L., Reuman, L. & Smith, B.M. (2015). Exposure therapy for OCD from an acceptance and commitment therapy (ACT) framework. *Journal of Obsessive Compulsive and Related Disorders*, 6, 167–173
- Twohig, M.P., Abramowitz, J.S., Smith, B.M., Fabricant, L.E., Jacobi, R.J., Morrison, K.L., Bluett, E.J., Reuman, L., Blakey, S.M. & Ledermann, T. (2018). Adding acceptance and commitment therapy to exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial. *Behavior Research and Therapy*, 108, 1-9
- Twohig, M.P., Hayes, S.C., & Masuda, A. (2006). Increasing willingness to experience obsessions: acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 37, 3-13
- Twohig, M.P., Hayes, S.C., Plumb, J.C., Pruitt, L.D., Collins, A.B., Hazlett-Stevens, H. & Woidneck, M.R. (2010). A randomized clinical trial of Acceptance and Commitment Therapy vs. Progressive Relaxation Training for obsessive compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 705-716
- Twohig, M.P., Vilaradaga, J.C., Levin, M.E. & Hayes, S.C. (2015). Changes in psychological flexibility during acceptance and commitment therapy for obsessive compulsive disorder. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4, 3, 196-202
- Van Der Heiden, C., Van Rossen, K., Ddkker, A., Damstra, M. & Deen, M. (2016). Metacognitive therapy for obsessive–compulsive disorder: A pilot study. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 9, 24-29
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester: Wiley
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press
- Wells, A. (2018). *Terapia metacognitiva dei disturbi d'ansia e della depressione*. Roma: Erickson,
- Wells, A. & Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hove: Erlbaum.