



RESOCONTO DELLA CONFERENZA ACT E MINDFULNESS

INDICE:

Mindfulness e ACT, per il piacere di sapere

Il seminario: tra nozioni e note

Parte I. L'ultima frontiera della terapia cognitivo-comportamentale: ACT, la terapia dell'accettazione e dell'impegno

Le fasi della terapia ACT

Parte II. L'accettazione in terapia cognitiva, il processo e gli interventi di facilitazione

Parte III. Interventi basati sulla Mindfulness

Parte IV. L'esperienza Mindfulness

Conclusioni

Bibliografia per il terapeuta

Bibliografia per il paziente

Risorse multimediali

Mindfulness e ACT, per il piacere di sapere

Il giorno 3 dicembre 2011 si è tenuto a Fano un seminario teorico esperienziale su un tema ormai piuttosto citato e caro negli ambienti formativi di stampo cognitivista: la Mindfulness e l'ACT (*Acceptance and Commitment Therapy*).

Ma andiamo per ordine, cos'è la Mindfulness e cos'è l'ACT?

Da un punto di vista storico, la tradizione cognitivista ha visto avvicinarsi diverse fasi teoriche che hanno lentamente, ma inesorabilmente, arricchito e modulato la pratica clinica e teorica di nuove tecniche, nuovi protocolli, nuove teorie esplicative dei disturbi psicopatologici.

Dalla teorizzazione iniziale di Terapia cognitiva standard di *Aaron Beck* e *Albert Ellis*, al costruttivismo Kelliano, all'introduzione delle scoperte neuro scientifiche di *Antonio Damasio*, *Gerald M. Edelman* e *Giulio Tononi*, l'esperienza clinica ha visto comparire pratiche e divergere strade, mantenendo una *ratio* comune e unitaria: **la scoperta guidata da parte del paziente del proprio funzionamento mentale, emotivo, relazionale che genera sofferenza**. (Per un approfondimento: *Antonio Semerari*, "Storia, teorie e tecniche della psicoterapia cognitiva").

Quindi pratiche, teorie, dialettica applicate al contesto terapeutico che evocano razionalità e direzionalità degli interventi terapeutici.

Intorno agli anni Ottanta, una **nuova corrente terapeutica** si affaccia nella letteratura internazionale. Dall'America, **Kabatt Zinn**, medico e ricercatore, inizia ad applicare la meditazione buddista alle pratiche psicologiche del tempo, con lo scopo di portare sollievo a persone affette da **dolore cronico**.



Ha inizio la **Mindfulness Based Stress Reduction**.

Bisognerà aspettare ancora qualche anno per vedere i frutti che questa scoperta americana produrrà in Europa, in particolare nel Regno Unito, dove tre autori, *Zindel V. Segal, Mark G. Williams, John D. Tesdale*, daranno vita alla **Mindfulness Based Cognitive Therapy**, per tentare di ridurre il rischio di ricaduta in **depressi cronici**.

Sempre in America intorno all'anno 2000 *Steven Hayes* e colleghi, sul filone di messa in discussione della Psicologia occidentale, danno origine all'ACT - **Acceptance and Commitment Therapy**. Tecnica che tramite l'uso della Mindfulness, in un processo di accettazione, guida il paziente in un percorso di raggiungimento di valori personali.

Quindi teorie, esperienze, valori, stati mentali, meditazione che evocano interventi più impalpabili che sembrano viaggiare su binari paralleli, seppur con una direzione comune, ma che si collocano su di un livello sostanzialmente diverso rispetto alle teorie cognitive classiche.

Ciò che da clinici e professionisti in formazione troviamo nel passaggio tra una tradizione cognitivista classica e una nuova generazione di teorie è un cambio di rotta che può generare confusione. Da qui nasce il mio bisogno di ricerca di informazioni e approfondimenti sulle tematiche della Mindfulness e dell'ACT.

Il seminario: tra nozioni e note

Il seminario esperienziale a cui ho partecipato [*"Act, Accettazione e Mindfulness: nuovi orizzonti in terapia cognitiva"*] è stato molto utile per creare ordine epistemologico all'interno della mia formazione da cognitivista. Ha aggiunto una serie di nuove nozioni, nuovi interventi e nuove possibili strade da percorrere.

La giornata, organizzata dalla **Scuola di Psicoterapia Cognitiva di Ancona** in collaborazione con il **Dipartimento di Salute Mentale di Fano**, si è svolta in un'elegante sala nel centro di Fano.

I relatori che si sono susseguiti hanno portato avanti con lineare precisione gli argomenti, creando una puntuale cornice teorico-introduttiva necessaria per la parte esperienziale finale.

I relatori

Dott.ssa Barbara Barcaccia

Psicologa e Psicoterapeuta. Didatta SPC [Scuola di Psicoterapia Comparata].
Membro dell'associazione Associazione di Psicologia Cognitiva e Professoressa presso l'Univesità "La Sapienza" di Roma.

Intervento: *Introduzione all'Acceptance And Commitment Therapy* - Parte I

Dott.ssa Claudia Perdighe

Psicologa e Psicoterapeuta. Didatta APC [Associazione di Psicologia Cognitiva] e Socio fondatore della Società Italiana Psicoterapeuti Cognitivisti.

Intervento: *L'accettazione: rilevanza del tema e ruolo dell'accettazione in terapia cognitiva* - Parte II

Dott. Alberto Chiesa

Psichiatra, ricercatore presso l'Istituto di Psichiatria di Bologna.

Intervento: *Interventi basati sulla Mindfulness e parte esperienziale* - Parte III



L'incontro, era studiato in modo da intervallare momenti di esposizione delle teorie a pause musicali tenute dal Maestro *Andrea Mongelli*. Una modalità interessante per settare un'atmosfera esperienziale in completa sintonia con la teoria Mindfulness.

Parte I. L'ultima frontiera della terapia cognitivo-comportamentale: ACT, la terapia dell'accettazione e dell'impegno

Il primo intervento sull'ACT, tenuto dalla Dottoressa *Barbara Barcaccia*, ha aperto la discussione sull'affascinante tematica della **sofferenza psicologica**, delle teorie di stampo occidentale su di essa e sulle distorsioni che spesso circondano questo argomento.

La Dottoressa Barcaccia apre il suo intervento ponendo una serie di interrogativi.

«Perché si ha la credenza che il benessere e la felicità siano uno stato da cui partire e a cui aspirare costantemente?».

«Perché si assume, senza ombra di dubbio, che la "normalità" psicologica sia una realtà che unisce la popolazione umana, quando invece è esattamente il contrario?».

Tra gli esseri viventi, solo l'uomo è capace di compiere l'atto estremo che *Charles Darwin* definirebbe anti-evoluzionistico, ovvero il suicidio.

«Perché ci sorprendiamo della sofferenza quando invece è parte integrante della nostra vita?».

L'ACT ha preso queste domande e le ha elaborate in una **nuova concezione della sofferenza** umana e dell'attitudine ad affrontare stati negativi, ponendo l'accettazione come punto di partenza necessario e invalicabile per produrre un cambiamento clinico.

La sofferenza dunque, nella visione ACT, va per prima cosa accettata poiché è proprio il **non accettare** la normalità e la naturalezza di uno stato di sofferenza che può a sua volta creare un circolo vizioso che **porta allo sviluppo di un sintomo**.

L'evitamento esperienziale è dunque visto come l'origine di tutti i problemi, mentre invece la vita umana è concepita come adattabile al mondo e alle sue condizioni, anche e inevitabilmente a quelle che creano sofferenza.

La Dottoressa Barcaccia ci spiega dunque come l'ACT parta dal presupposto che i tentativi che facciamo per risolvere gli stati spiacevoli sono praticamente inefficaci.

L'uomo tende a usare il problem solving (attività del pensiero che un individuo mette in atto nella ricerca di soluzione ad un problema) sia per far fronte agli eventi materiali che agli stati mentali. Questo è di base errato poiché **gli stati mentali sono refrattari al controllo verbale**, quindi dirsi di smettere di pensare a qualcosa provoca paradossalmente l'effetto contrario.

Ecco quindi che L'ACT propone una serie di tecniche ed esercizi immaginativi per deviare questo problem solving verbale **verso una più efficace alternativa immaginativo-esperienziale**.



Le fasi della terapia ACT

La Dottoressa ha quindi illustrato fasi e scopi dell'ACT.

1. La **prima fase** consiste nel far riconoscere al paziente che tutti i tentativi che ha messo in atto finora per **risolvere stati emotivi spiacevoli** non hanno funzionato.
In questo modo si instaura una relazione basata sulla **scoperta di nuove alternative** che differiscono dalle strategie già usate.
2. La **seconda fase**, più strutturata, è improntata sull'esplorazione dei valori del paziente.
Questa fase è tesa ad aumentare la motivazione alla terapia e plasmarla su ciò che realmente è di interesse per la persona.
Il lavoro mira al **raggiungimento di stati e status persi o mai trovati**.

Un esercizio utile per raggiungere questo fine consiste nell'uso di una tecnica immaginativa, da far svolgere a casa o in seduta. Si chiede al paziente di prendersi un momento per riflettere e di sistemarsi in un luogo tranquillo. Dopo aver chiuso gli occhi dovrà immaginare il giorno del suo compleanno tra vent'anni. Visualizzando le persone che saranno a questa festa, potrà riconoscere quelle che ama e che gli stanno vicino, le persone che gli vogliono bene. Il paziente si deve chiedere ora che cosa vorrebbe dicessero di lui queste persone.
Questa tecnica immaginativa servirà al paziente per capire meglio come si vede nel futuro, in un'ottica benevola.

3. La **terza fase** della terapia consiste nel guidare lentamente il paziente verso l'**accettazione della sofferenza psicologica**.

Anche qui, l'uso di metafore diventa essenziale per fornire immagini esperienziali di cosa si intende per sofferenza ed emotività. In questo caso, una metafora utile potrebbe essere quella del paragone tra un evento negativo e un evento meteorologico.
Nel momento in cui si scatena un grave evento meteorologico, quello che possiamo fare è ben poco. La spiacevolezza e il disagio che questo ci crea può essere più o meno grande. L'unica cosa che possiamo ragionevolmente fare è continuare in quello che ci eravamo prefissati di fare, per quanto ci è possibile, considerando le condizioni che sono cambiate.
Non possiamo cambiare il tempo, non possiamo far smettere di piovere, ma possiamo accettare la situazione e aspettare fino a che non passerà.

4. La **quarta fase** implica il cambiamento del concetto di "fusione cognitiva", attraverso ciò che l'ACT chiama "**defusione**".
La fusione cognitiva consiste nel credere al contenuto di verità dei nostri pensieri e, proprio per questo motivo, agiamo e ci comportiamo di conseguenza.

Aderiamo ai nostri pensieri che di conseguenza influenzano le nostre decisioni.
Ciò che però ci sfugge è che i pensieri, non sono materia o accadimenti reali, sono solo parole che si susseguono nella nostra mente e per questo motivo dovrebbero semplicemente essere notati, guardati per quello che sono (*parole in successione*) e non per quello che sembrano (*verità*) e ridurne l'influenza sul comportamento.

Questo **lavoro di decentramento dai pensieri** viene chiamato *defusione*.

Le tecniche per la defusione sono diverse, ma sempre con la medesima *ratio* che implica una forte componente immaginativa ed esperienziale.



Fra le tecniche usate quella di fare mimare il pensiero (ovvero tradurre operativamente in azione ciò che si sta pensando), è molto utile per raggiungere consapevolezza sulla difficoltà di traduzione dei pensieri in azioni o in pratiche tangibili.

Un'altra tecnica interessante è quella di ripetere il pensiero sgradevole ad alta voce pronunciando le parole «*sto avendo il pensiero...*». E sostituirle poi con «*noto che sto avendo il pensiero...*». Questo aiuterà il paziente a percepire meno attivazione emotiva.

L'ACT dedica molta parte agli esercizi con il paziente tesi all'**accettazione**. Inoltre sottolinea come condizione necessaria per il miglioramento l'**impegno** del paziente nella messa in atto dei comportamenti da lui evitati portandolo ad esperire, attraverso l'esposizione, ciò che solitamente non affronta.

In questa fase, in cui la richiesta che si fa al paziente è carica di difficoltà, proprio perché gli si chiede di affrontare quello che lui teme di più e che quindi evita, è importante fare riferimento a ciò che si è raccolto nella fase due della terapia, la fase sull'**esplorazione dei valori**.

L'uso dei valori del paziente serve ora come **catalizzatore dell'azione verso l'esposizione**. I valori assumono la forma di motivazione verso un obiettivo specifico, importante e concordato con il soggetto. L'azione espositiva si tradurrà in **prova principe dell'irrazionalità del pensiero** del paziente e aiuterà la defusione cognitiva.

L'ACT si presenta come una terapia che attinge a piene mani dal cognitivismo più classico, ma aggiungendo la parte immaginativa alle sue tecniche risulta, a mio parere, estremamente fruibile per il paziente: molto vicina e maneggevole.

Di grande interesse è inoltre la parte ACT rivolta ai Terapeuti, tesa a **individuare le aree di fusione cognitiva del Terapeuta** che ne guidano il comportamento **in seduta**. L'ACT sottolinea l'importanza e l'utilità di tenere sotto controllo questo fenomeno, analizzarlo e supervisionarlo per migliorare professionalmente.

L'intervento della Dottoressa Barcaccia si conclude lasciando un'ottima base teorica per il professionista in aula, dando la possibilità di agganciare le nozioni classiche del Terapeuta cognitivista al tema dell'accettazione, che vedremo poi esaminato come processo nell'intervento successivo.

Parte II. L'accettazione in terapia cognitiva, il processo e gli interventi di facilitazione

La Dottoressa *Claudia Perdighe* ha continuato l'argomento spostando il focus sull'operatività degli **interventi di accettazione**, portando **esempi dalla pratica clinica**, in particolare da quell'area in cui l'accettazione diventa molto delicata, ovvero nella malattia cronica e nel lutto.

La discussione sull'accettazione di stati attuali, siano essi la **malattia** o il **lutto**, deve necessariamente passare attraverso la concettualizzazione della "Teoria degli scopi" [*M.F. Scheier e C.S. Carver, 1985-1993*].

La Dottoressa Perdighe porta alcuni esempi in cui questa teoria si declina all'interno di un gruppo di pazienti.

Il malato cronico, così come la persona che ha appena avuto una perdita, hanno in comune una situazione in cui uno dei loro scopi principali, è stato gravemente invalidato.



Nel primo caso, un malato di HIV, ad esempio, può vedere **invalidato lo scopo** di essere padre. Un figlio che esperisce la morte del padre, invece, vede invalidato lo scopo di essere accudito.

«Come si affronta, in terapia, l'invalidazione di uno scopo che è legato a una situazione non più raggiungibile?».

«Come si declina la concezione di accettazione quando ciò che si mira ad accettare è così definitivo, complicato, grave?».

Per quanto riguarda la malattia grave e cronica è fondamentale capire che l'**accettazione** non è una proposta che il terapeuta fa al paziente, non è qualcosa da suggerire.

È un **percorso di accompagnamento** in cui, metaforicamente e clinicamente, ci si fa prendere per mano e ci si fa guidare nel percorso dal **paziente** stesso, che ne **determina tempi, modi e regole**.

In terapia, ciò che favorisce l'accettazione può essere visto come un percorso articolato in più fasi, ma che tendenzialmente passa per due momenti:

1. **l'inserimento dell'evento nell'ordine naturale delle cose,**
2. **l'investimento negli scopi che non sono stati compromessi.**

Ciò che il paziente ha bisogno di vedere è la parte non compromessa, ciò che sta al di fuori della malattia, della perdita, o del sintomo.

Quando uno scopo molto importante viene invalidato ciò che crea sofferenza è connesso:

- all'investimento che è stato fatto in quello scopo e che si vede perduto,
- alla fatica nell'accettare che quello scopo non verrà mai soddisfatto e/o nel continuare a investire nonostante non ci sia più possibilità di vedere compiuto quello scopo.

Ecco quindi che l'accettazione interviene nell'aiutare l'individuo a **ridirezionare gli investimenti in altri scopi**, quelli non compromessi.

L'addestramento consisterà nello stare dentro la sofferenza, piuttosto che contrastarla: prendere atto di quello che non si può modificare e concentrare le energie su ciò che è invece in proprio potere.

La modalità per intervenire su questo processo sarà un intervento sulle credenze che sostengono l'investimento sullo scopo.

Nei numerosi esempi clinici riportati dalla Dottoressa Perdighe, un'interessante spiegazione pratica di questo intervento potrebbe essere riassunta nel caso di una ragazza che, dopo la fine di una storia importante con il partner, sviluppa una depressione importante con forte ritiro sociale e lavorativo.

La ragazza porta in seduta l'invalidazione di uno scopo per lei centrale, ovvero quello di essere madre, legandolo alla perdita del partner. La credenza della paziente, legata a questo scopo, è che *"senza quel partner non riuscirò mai a essere madre"*.



Il lavoro terapeutico secondo questa prospettiva si può dunque svolgere in due modi:

1. **Il lavoro sulla credenza**, aiutando la paziente a coniugarla in altri modi: la possibilità di essere madre non è legata a quel partner specifico ma a un partner, quindi c'è la possibilità di trovarne un altro.
2. **Il lavoro sugli scopi**: lo scopo di essere madre sarà anche stato invalidato, ma non sono stati invalidati gli scopi relativi a un funzionamento lavorativo appagante, o a un funzionamento sociale soddisfacente, quindi non ha senso privarsi anche di quelli.

Particolare attenzione va prestata per quanto riguarda l'uso della parola "accettazione" all'interno della terapia. Spesso, infatti, è intrisa di significati culturali o personali che non coincidono con il vero significato clinico-esperienziale.

Il paziente non deve scambiare accettazione per rassegnazione o rassicurazione, così come il terapeuta deve avere consapevolezza di quali interventi possono favorire l'accettazione e non suggerire rassegnazione o rassicurazione.

L'intervento della Dottoressa Perdighe conclude la fase teorico-descrittiva dei processi che guidano l'accettazione all'interno della terapia, declinandola inoltre in situazioni cliniche in cui accettazione assume significati importanti e definitivi, come nella malattia.

La strada rimane però aperta alle altre vie del "come" arrivare all'accettazione, le vie della Mindfulness, esplorate e descritte dal Dottor Alberto Chiesa.

Parte III. Interventi basati sulla Mindfulness

Il Dottor *Alberto Chiesa* ha iniziato, la terza e ultima parte del seminario teorico, dandoci un po' di nozioni sugli interventi basati sulla Mindfulness prima di entrare nella fase esperienziale in cui ci saremmo dovuti far guidare nella meditazione vera e propria.

Per prima cosa, quello che il Dottor Chiesa ha sottolineato è come la spiegazione attraverso l'uso di parole di un'esperienza meramente sensoriale può essere complicata e fuorviante.

Per spiegare cos'è la **Mindfulness** [trad. it. *consapevolezza*] si tende infatti a descrivere il suo contrario, la *mindlessness* [trad. it. *inconsapevolezza, noncuranza*], uno stato di assenza che possiamo facilmente esperire nei viaggi in macchina su percorsi a noi noti, in cui - nel momento di arrivo a destinazione - ci chiediamo come abbiamo fatto ad arrivare.

Ciò che ci manca è l'esperienza del viaggio momento per momento perché la nostra mente era altrove.

La Mindfulness può essere definita come un **insieme di stati mentali che vanno dall'attenzione volontaria alla sospensione del giudizio**:

- da un'attenzione al momento presente a una diminuzione delle proprie attività,
- da un'apertura calda e benevola verso le esperienze a una sospensione del giudizio.



La modalità per raggiungere lo stato di Mindfulness è sicuramente la **meditazione**, basata sulla postura, sulla respirazione e sulla direzione dell'attenzione.

In clinica, gli **studi di efficacia** hanno dimostrato come la Mindfulness Based Cognitive Therapy (**MBCT**) sia funzionale nel prevenire le ricadute in soggetti con **depressione cronica**. L'efficacia statisticamente significativa sembra comparire solo in soggetti con abbiano avuto almeno tre ricadute.

La letteratura ci dice che i soggetti con una storia di ricadute depressive tendono a essere ipervigili riguardo all'alternanza del tono dell'umore (distimia), proprio perché temono che siano legati a un esordio di episodio depressivo.

L'uso della Mindfulness in questi soggetti li aiuterebbe a riconoscere, a **stare ed esplorare lo stato di distimia** per accettarlo senza collegarlo alla patologia. Questo preverrebbe la ricaduta.

Ulteriori studi stanno esaminando l'effetto della Mindfulness anche su altri disturbi (dallo spettro ansioso fino a patologie molto gravi come le psicosi) e i risultati sembrano promettenti.

Concludendo, il Dottor Chiesa mostra come ormai gli interventi basati sulla Mindfulness stiano prendendo piede sia nel mondo della pratica clinica, sia nella comunità scientifica, schiudendo nuovi e interessanti orizzonti da esplorare; esplorazione che però può e deve essere fatta non solo attraverso la conoscenza, ma anche e necessariamente attraverso l'esperienza.

Parte. IV. L'esperienza Mindfulness

Dopo la parte teorica ci siamo fatti guidare nell'esperienza Mindfulness dal Dottor Chiesa.

È difficile descrivere cosa significa partecipare a un'esperienza Mindfulness.

Ciò che posso sicuramente dire è che **non è facile riuscire a meditare**, a essere presente mentalmente nel qui e ora perché la mente, anche in una stanza silenziosa, con una voce calma che ti guida nella meditazione, è portata a volare via.

L'attenzione fatica a rimanere sulle richieste meditative.

Il corpo manda dei segnali, ora prurito, ora piccoli dolori di postura.

L'udito è diviso tra la voce del conduttore della meditazione, il rumore del respiro, proprio e altrui, e i rumori di sottofondo.

La mente e il pensiero oscillano tra l'ascolto guidato e i propri pensieri.

Insomma, non è semplice, ma è sicuramente un'esperienza molto interessante e ricca di insegnamenti.

Ciò che è chiaro, e che comunque fa parte di questo tipo di interventi, è che non possono essere praticati una tantum. Per essere efficaci devono essere ripetuti sistematicamente con una frequenza almeno settimanale.

Meditare richiede esercizio e **impegno** e, soprattutto, **un conduttore esperto e formato in maniera adeguata** (il training Mindfulness per i professionisti dura almeno un anno) che possa raccogliere e restituire nella maniera più consona e congrua i risultati dell'esperienza meditativa dopo ogni seduta.



Conclusioni

Ciò che rimane da questo seminario è una bellissima esperienza di apertura a una frontiera ancora inesplorata.

L'accettazione, la meditazione, sono esperienze interessanti che possiamo ricercare nella nostra vita come clinici, ma soprattutto come individui. Possono aiutarci a vedere le cose da un'ottica diversa.

Il percorso di accettazione non è semplice o facile, ma se vogliamo proporlo ai nostri pazienti è importante esserne capaci, conoscerne il costo, riconoscerne l'utilità.

Bibliografia per il terapeuta

1. Z.V. Segal, J.D. Teasdale, J.M. Williams, "*Mindfulness. Al di là del pensiero, attraverso il pensiero*", Bollati Boringhieri, Torino, 2006, volume con 2 CD audio
2. Hayes S.C., Smith A., "*Smetti di soffrire, inizia a vivere. Impara a superare il dolore emotivo, a liberarti dai pensieri negativi e vivi una vita che vale la pena di vivere*", Franco Angeli, Roma, 2010
3. Semerari A., "*Storia, teorie e tecniche della psicoterapia cognitiva*", Laterza, Roma, 2000

Bibliografia per il paziente

- Harris R., "*La trappola della felicità. Come smettere di tormentarsi e iniziare a vivere*", Erickson, Trento, 2010

Risorse multimediali

- "*Demons on the boat - an Acceptance & Commitment Therapy (ACT) Metaphor*" - An Acceptance & Commitment Therapy metaphor from Russ Harris' book "*The Happiness Trap*", [Trad. it. "*Demoni sulla barca - Terapia dell'accettazione e dell'impegno*" - Metafora della Terapia dell'accettazione e dell'impegno dal libro di Russ Harris "*La trappola della felicità*"] - caricato da joesnow55555, (4:47 min), 05/12/2009, <http://www.youtube.com/watch?v=z-wyaP6xXwE>
- Pamuk O., "*Il museo dell'innocenza*", Einaudi, Torino, 2009

Altre letture su HT

- Fata A., "[Studi e ricerche sulla meditazione](#)", articolo pubblicato su HumanTrainer.com, Psico-Pratika nr. 21, 2006
- Ghisi Migliari A., "[Mindfulness e benessere psicofisico](#)", articolo pubblicato su HumanTrainer.com, Psico-Pratika nr. 72, 2012