

MINDFULNESS & ACCEPTANCE
IN PSICOTERAPIA:
LA TERZA GENERAZIONE
DELLA TERAPIA
COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

A cura di Francesco Bulli e Gabriele Melli

ECLIPSI

**Collana Scienze Cognitive e Psicoterapia, con la Supervisione Scientifica
dell'Istituto di Psicologia e Psicoterapia Comportamentale e Cognitiva
(IPSICO, Firenze)**

***Mindfulness & acceptance* in psicoterapia: la terza generazione della Terapia
Cognitivo-Comportamentale**

Videoimpaginazione: Camilla Romoli

Copyright © 2010 Eclipsi di IPSICO
Via Mannelli 139
50132 Firenze
Tel. 055-2466460
www.eclipsi.it

ISBN: 978-88-89627-10-5

I diritti di traduzione, di riproduzione, di memorizzazione elettronica, di adattamento totale e parziale con qualsiasi mezzo (compresi i microfilm e le copie fotostatiche) sono riservati per tutti i paesi.

RINGRAZIAMENTI

Questo volume, unico nel suo genere, non avrebbe mai potuto essere pubblicato se tutti coloro che vi hanno contribuito, fra cui prestigiosi autori internazionali, non avessero accettato di scrivere appositamente i propri capitoli e di concederci di tradurli (ove necessario) e pubblicarli a titolo gratuito e per il solo fine della divulgazione scientifica. Non ci resta che ringraziarli calorosamente di aver creduto nel nostro progetto e speriamo di aver ben reso e interpretato i concetti che desideravano esprimere.

Ci preme inoltre ringraziare tutto lo staff della casa editrice Eclipsi e dell'Istituto di Psicologia e Psicoterapia Comportamentale e Cognitiva di Firenze (IPSI-CO), alla quale fa capo. Coloro che curano la traduzione, la grafica, l'impaginazione, l'editing, la stampa e il confezionamento di un testo restano generalmente all'oscuro, ma in questo caso, forse più che in altri, vi garantiamo che hanno condotto un duro lavoro con il massimo impegno e la massima dedizione.

Chiudiamo, infine, con un ringraziamento speciale alla dott.ssa Eleonora Stopani, che ha dedicato intere giornate alla revisione stilistica del testo, rendendone più scorrevole e piacevole la lettura senza minimamente alterarne il contenuto.

Ci sembra, nel complesso, di aver realizzato un testo di altissimo spessore scientifico, che abbiamo avuto il pesante onere, ma anche l'onore, di curare e che ci auguriamo risulti interessante e illuminante per tutti coloro che vorranno investire nel suo acquisto.

Buona lettura!

GLI AUTORI

FRANCESCO BULLI, Psicologo. Svolge attività libero-professionale presso l'Istituto di Psicologia e Psicoterapia Comportamentale e Cognitiva (IPSICO, Firenze) e a Prato. Membro dell'Associazione Italiana Analisi e Modificazione del Comportamento (AIAMC) e dell'Associazione per l'EMDR in Italia. Svolge attività di ricerca presso l'Istituto Scientifico per la Prevenzione Oncologica (ISPO) di Firenze. Autore di pubblicazioni scientifiche nel campo della psiconcologia e della psicologia sperimentale, oltre che delle cure palliative.

GABRIELE MELLI, Psicologo e Psicoterapeuta, Professore a.c. presso il Corso di Laurea in Scienze e Tecniche di Psicologia Clinica e della Salute, Facoltà di Medicina di Pisa. Presidente dell'Istituto di Psicologia e Psicoterapia Comportamentale e Cognitiva (IPSICO, Firenze), presso il quale svolge attività libero-professionale. Membro del Consiglio dell'Ordine degli Psicologi della Toscana. Presidente dell'Associazione Italiana Disturbo Ossessivo-Compulsivo (AIDOC). Docente presso numerose Scuole di Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale riconosciute dal MIUR. Autore del volume *Vincere le Ossessioni, Capire e Affrontare il Disturbo Ossessivo-Compulsivo*, edito da Ecomind. Curatore della traduzione di 5 volumi scientifici e autore di numerose altre pubblicazioni scientifiche su riviste nazionali e internazionali.

SOMMARIO

Prefazione	9
<i>Paolo Moderato</i>	

INTRODUZIONE

CAPITOLO 1	La Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale: tra passato, presente e futuro	15
	<i>F. Bulli & G. Melli</i>	

PRIMA PARTE: LE NUOVE TERAPIE

CAPITOLO 2	Le psicoterapie basate sulla <i>mindfulness</i> (MBSR e MBCT)	37
	<i>A. Montano</i>	
CAPITOLO 3	L'<i>Acceptance and Commitment Therapy</i> (ACT)	75
	<i>D. M. Long, T. Lazzarone & S. C. Hayes</i>	
CAPITOLO 4	La Terapia Dialettico-Comportamentale (DBT)	105
	<i>N. L. Salsman</i>	
CAPITOLO 5	La Psicoterapia Analitico-Funzionale (FAP)	125
	<i>R. J. Kohlenberg, M. Tsai & J. W. Kanter</i>	
CAPITOLO 6	La Terapia Comportamentale Integrata di Coppia (IBCT)	151
	<i>A. Christensen, J. G. Wheeler & N. S. Jacobson</i>	

SECONDA PARTE: LE APPLICAZIONI SPECIFICHE

CAPITOLO 7	Gli approcci <i>acceptance</i> e <i>mindfulness</i> nel trattamento dei disturbi d'ansia	185
	<i>S. A. Hayes, L. Roemer & S. M. Orsillo</i>	

CAPITOLO 8	Un approccio <i>acceptance</i> e <i>mindfulness</i> alla depressione	205
	<i>R. D. Zettle</i>	
CAPITOLO 9	<i>Acceptance</i> e <i>mindfulness</i> nel trattamento dei Disturbi da Uso di Sostanze	223
	<i>M. Tomas</i>	

PREFAZIONE

ACCEPTANCE E MINDFULNESS: PROCESSI, FUNZIONI, STRUTTURE, CONTENUTI

Come tutti (gli psicologi) hanno studiato, la psicologia nasce grazie a Wilhelm Wundt, che nel 1879 apre a Lipsia il primo laboratorio di psicologia sperimentale; in realtà, quello che all'epoca si riteneva psicologia sperimentale e che non coincide con il concetto che ne abbiamo oggi.

Come tutti (anche i non psicologi) bene o male sanno, la psicoterapia moderna nasce più o meno negli stessi anni a Vienna, ad opera di Sigmund Freud. Non tutti, però, sono a conoscenza che è nel Nuovo Mondo che entrambe, la psicologia sperimentale e quella applicata, trovano terreno fertile per il loro immediato sviluppo, grazie a Watson la prima, e ancora grazie a Freud la seconda. Infatti, dopo il suo viaggio negli Stati Uniti nel 1911, la Psicoanalisi, e la nuova professione di psicoterapeuta che ne deriva, conquistano gli psichiatri americani, al punto che nel giro di pochi anni oltre il 95% di loro seguirà un *training* psicoanalitico.

Questa situazione di “monopolio” durerà negli Stati Uniti fino ai primi anni '70, e in Europa si protrarrà per alcuni anni a seguire, sebbene con caratteristiche diverse nei vari paesi. In realtà, la crisi della Psicoanalisi, in termini di capacità di risposta alle mutate richieste sociali del secondo dopoguerra e di “cura”, era cominciata già negli anni '50, in coincidenza con la nascita di alcuni modelli psicoterapeutici alternativi. Tra questi, un ruolo di primo piano lo ha giocato certamente la Terapia del Comportamento.

Nata contemporaneamente in più parti del mondo, anche grazie al lavoro di terapeuti di formazione psicoanalitica, sempre meno soddisfatti dei loro strumenti di analisi e intervento (e come poteva essere altrimenti?), la *Behavior Therapy* (BT) si è diffusa rapidamente anche in Europa (con poche eccezioni, come la Francia) e si è imposta come una delle terapie più in grado di fornire risposte rapide ed efficaci alle nuove forme di sofferenza (Moderato, 2002).

Sono passati 50 anni dal manifesto comportamentista di John B. Watson e dalle sue prime pionieristiche applicazioni (Jones, 1924; Watson & Rayner, 1920), ma non ne dovranno passare altrettanti per vedere l'evoluzione del modello. La ragione è semplice: come tutti i sistemi basati sul pensiero scientifico, la *Behavior Therapy* è un sistema aperto, che assimila e integra i progressi della ricerca nella scienza psicologica e nelle altre scienze, producendo nuove forme di analisi e nuovi interventi. Così, la prima generazione di BT, caratterizzata da alcune po-

sizioni di contrapposizione radicale al precedente sistema psicodinamico (Moderato, 1998), è stata presto seguita da un insieme di “innovazioni”, che hanno preso in considerazione gli aspetti cognitivi precedentemente trascurati, almeno secondo la tesi sostenuta dagli innovatori. Si parla, quindi, di seconda generazione riferendosi alla “fusion” di procedure di Terapia Comportamentale e Cognitiva nella *Cognitive-Behavior Therapy* (CBT).

Ma se il sistema è aperto, lo sviluppo continua e questo volume ne è una testimonianza diretta, dal momento che presenta alcune fra le recenti forme di intervento che vanno sotto il nome di terapie di terza generazione: *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT), *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR) e *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT), *Functional Analytic Psychotherapy* (FAP), *Dialectical Behavior Therapy* (DBT) e *Integrative Behavioral Couple Therapy* (IBCT).

Anche in questo caso, gli innovatori sono convinti di aver fatto un passo in avanti fondamentale e quindi di aver dato origine a una “terza onda” di BT o CBT, mentre l'*establishment*, come sempre, difende lo *status quo ante* minimizzando la portata del cambiamento. Tutto ciò fa parte della dinamica, a volte anche aspra, del processo scientifico, di quel processo che caratterizza fisica, chimica, biologia – e di conseguenza la medicina – e almeno una parte della psicologia.

In questa sede non ha senso (né personalmente mi interessa) aprire il dibattito se esista realmente una terza generazione di CBT o se si tratti solo di un *claim* pubblicitario, come se ne vedono tanti anche in campo psicoterapeutico (altrimenti come si spiegherebbero le oltre 400 – ma secondo alcuni anche di più – forme di psicoterapia “censite” nel mondo?). Assumendo una posizione da ricercatore, e non da tifoso, vorrei rimandare le risposte alla raccolta di evidenze scientifiche, aggiungendo solo che queste non si devono limitare alle prove di efficacia (troppo facili ed epistemologicamente non risolutive), ma devono estendersi alle analisi di processo (Moderato, Presti & Miselli, 2008): *che cosa* realmente funziona (il principio attivo separato dall’eccezione) e *perché*, termine che nella scienza significa *come*. Occorre ricerca di base a sostegno e integrazione della ricerca clinica e gran parte delle nuove terapie presentate in questo volume si muovono indiscutibilmente e da tempo in questa direzione.

Entrando brevemente nel merito dei processi, vi sono alcuni elementi che accomunano i modelli basati più o meno direttamente sull’*acceptance* (ACT, DBT, FAP, IBCT) e quelli basati prevalentemente sulla *mindfulness* (MBSR, MBCT); tra questi va sottolineata l’enfasi sulla “defusione” cognitiva (Harris, 2009, 2010; Hayes, 2005). L’obiettivo della terapia non si concentra più sul tentativo di modificare direttamente i pensieri (come prescrivono le arcinote tecniche di ristrutturazione cognitiva), sia che siano definiti “fatti mentali”, come nella MBCT, sia che siano considerati eventi psicologici, come nell’ACT.

Coerentemente con la matrice teorica dell'analisi del comportamento, alla quale sia l'ACT, sia la FAP e in gran parte anche la DBT si rifanno esplicitamente, un evento psicologico (un pensiero) non può essere visto come causa di un altro evento psicologico (un'emozione). Questo è uno degli equivoci più diffusi connesso alla (falsa) dicotomia pensiero-comportamento di origine cartesiana (Moderato & Presti, 2008). Per modificare un evento psicologico, che - non dimentichiamolo - è il prodotto di un'esperienza che non possiamo cancellare a proprio piacere, è necessario cambiare il contesto in cui questo evento si verifica: solo in questo modo si può arrivare a modificare la funzione di quell'evento. Ciò è facilmente dimostrabile, anche sperimentalmente, per quanto riguarda le relazioni verbali, stimoli arbitrari che per avere un significato letterale hanno bisogno di un contesto sociale. Modificando quel contesto, cioè creando contesti alternativi, è possibile indebolire il significato letterale di una parola (e le relazioni derivate, ma questa è un'altra lunga storia) e quindi "defondersi", come viene detto nella terminologia ACT, dal pensiero/linguaggio che causa la nostra sofferenza.

Le procedure cliniche descritte nel volume, proposte esperienzialmente anche in Italia in tempi recenti da Hayes, Wilson e Kohlenberg, mirano sempre più all'*empowerment* del paziente, che partecipa attivamente per conseguire l'obiettivo clinico peculiare delle terapie di terza generazione: la "flessibilità psicologica". Interessanti, anche se ancora ad uno stadio germinale, gli interventi di prevenzione e intervento, mediante protocolli di *mindfulness* e ACT rivolti ai bambini e agli adolescenti, nonché ai genitori che sperimentano situazioni di sofferenza e stress cronico. I primi interventi italiani in tal senso sono stati proposti nell'ambito del Congresso EABCT di Milano del 2010.

La rilevanza di questo volume per il lettore italiano è quindi sicura. La comunità ACT italiana si sta sviluppando rapidamente, tanto che da oltre un anno esiste ACT-Italia, capitolo italiano della società internazionale (www.act-italia.org); la comunità FAP si sta anch'essa sviluppando, dopo il coinvolgente *training* condotto personalmente da Bob Kohlenberg e Mavis Tsai nel 2009 a Bressanone; le terapie basate sulla *mindfulness* si stanno diffondendo, seppur con luci e ombre, a macchia d'olio.

Di questo sviluppo un segno tangibile è rappresentato dalle pubblicazioni come questa, che stanno venendo fuori in modo continuo, e dal fatto che l'Italia ospiterà a Parma, nel 2011, il IX Congresso Mondiale della ACBS, l'associazione per la scienza contestualista del comportamento, da cui l'*Acceptance and Commitment Therapy* discende.

Per concludere, quindi, in questo volume sono presenti tutti i presupposti per suscitare l'interesse di un pubblico vasto di specialisti dell'arcipelago cognitivo-

comportamentale, non ha importanza se di prima, seconda o terza generazione, e per un successo di vendite, elemento che costituisce la linfa necessaria perché si possa continuare a pubblicare nuova buona scienza.

Paolo Moderato
IESCUM - Istituto per lo Studio del Comportamento Umano, Presidente

BIBLIOGRAFIA

- Harris, R. (2009). *Act with Love: Stop Struggling, Reconcile Differences, and Strengthen Your Relationship with Acceptance and Commitment Therapy*. Los Angeles: New Harbinger. Trad. it. (In press). Milano: Franco Angeli.
- Harris, R. (2010). *The Happiness Trap: Stop Struggling, Start Living*. London: Robinson. Trad. it. Presti, G. (A cura di), *La trappola della felicità. Come smettere di tormentarsi e iniziare a vivere*. Trento: Centro Studi Erickson.
- Hayes, S. C., & Smith, S. (2005). *Get Out of Your Mind and into Your Life: The New Acceptance and Commitment Therapy*. Los Angeles: New Harbinger. Trad. it. *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*. Milano: Franco Angeli, 2010.
- Jones, M. C. (1924). A laboratory study of fear: The case of Peter. *The Pedagogical Seminary*, 31, 308-315. Trad. it. In E. Sanavio, (A cura di) *Le nevrosi apprese*. Milano: Franco Angeli, 1977.
- Moderato, P. (1998). A behavior analyst in the land of behavior therapy, or the evolution of behavior science. In E. Sanavio (Ed.), *Behavior and cognitive therapy today*. Oxford: Pergamon.
- Moderato, P. (2002). Postfazione: modelli e metafore nella psicologia del Novecento. In C. Morabito (A cura di), *La metafora nelle scienze cognitive*. Milano: McGraw-Hill.
- Moderato, P., & Presti, G. (2008). Idee e misrappresentazioni odierne del termine comportamento. In S. Di Nuovo & G. Sprini (A cura di), *Teorie e metodi della psicologia italiana: tendenze attuali* (pp. 413-432). Milano: Franco Angeli.
- Moderato, P., Presti, G., & Miselli, G. (2008). La terapia cognitivo-comportamentale entra nel terzo millennio. In S. Di Nuovo & G. Falgares (A cura di), *Per una psicologia psicologica. Scritti in onore di Franco Di Maria*. Milano: Franco Angeli.
- Watson, J. B., & Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1-14. Trad. it. In P. Meazzini (A cura di), *Watson: Antologia degli scritti*. Bologna: Il Mulino, 1976.

INTRODUZIONE

LA PSICOTERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTALE: TRA PASSATO, PRESENTE E FUTURO

Francesco Bulli, Gabriele Melli
Istituto di Psicologia e Psicoterapia Comportamentale e Cognitiva
IPSICO, Firenze

LE PRIME DUE GENERAZIONI DELLA PSICOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

Storicamente, la Terapia Comportamentale¹ può essere suddivisa in tre generazioni².

La prima generazione rappresenta, in parte, una ribellione alle concezioni cliniche prevalenti in quell'epoca (Psicoanalisi e approcci di tipo umanistico). I primi terapeuti del comportamento si sono focalizzati direttamente sulla riduzione dei comportamenti problematici manifesti, mediante tecniche e procedure terapeutiche fondate su principi di apprendimento scientifici, ben specificati e rigorosamente validati. Nel caso, ad esempio, di un individuo con ansia sociale, che evita una o più situazioni in cui può essere oggetto di valutazione o critica altrui, aumentare il tempo di esposizione alle situazioni sociali, o decondizionare l'ansia relativa alle stesse, rappresenta l'obiettivo principale del trattamento.

Negli Anni Sessanta, con l'avvento del cognitivismo, inizia a emergere un cambiamento paradigmatico all'interno della psicologia sperimentale. A fronte

¹ Il termine "Terapia Comportamentale" in questo contesto si riferisce all'intera gamma di Terapie Cognitive e Comportamentali, dall'Analisi del Comportamento alla Terapia Cognitiva.

² Per generazione s'intende un insieme di assunzioni dominanti, metodi e obiettivi che aiutano ad organizzare la ricerca, la teoria e la pratica.

del modello comportamentista, che aveva considerato i processi cognitivi come epifenomeni, compare un approccio in base al quale le cognizioni non solo sono considerate d'importanza centrale all'interno dell'indagine psicologica, ma diventano anche accessibili dal punto di vista empirico. Si sviluppa così il movimento di Terapia Cognitiva (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; Mahoney, 1974; Meichenbaum, 1977) e, con esso, la seconda generazione della Terapia del Comportamento. Viene abbandonato il concetto associativo di apprendimento per lasciare spazio a più flessibili principi mediazionali, che tengano in debita considerazione il ruolo delle esperienze interne (pensieri e sentimenti) nel determinare il comportamento umano. La persona è, prima di tutto, un essere pensante, in grado di organizzare il proprio comportamento e di modificarlo in base alle circostanze (Bandura, 1969).

Lo studio dei pensieri irrazionali (Ellis, 1977) e degli schemi cognitivi patogeni (Beck, 1993) ha permesso di identificare come certi errori cognitivi possano essere prerogative di particolari tipologie di pazienti e come, per ognuna di queste, esista una varietà di tecniche finalizzate a modificare i pensieri automatici negativi e gli schemi cognitivi di riferimento. Ritornando all'esempio di un individuo con ansia sociale, gli obiettivi di esposizione in situazioni sociali, o di diminuzione dell'ansia relativamente a quelle stesse situazioni, sono estesi a includere la messa in discussione dei pensieri automatici connessi sia alla reazione, che al giudizio degli altri.

È proprio dall'integrazione tra le prime due generazioni della Terapia Comportamentale che nasce il concetto di Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale. Essa è caratterizzata da un insieme di interventi psicoterapeutici ed educativi articolati, in cui confluiscono procedure mirate alla modificazione non solo dei comportamenti manifesti, ma anche delle convinzioni, degli atteggiamenti, degli stili cognitivi e delle aspettative del soggetto (Galeazzi & Meazzini, 2004).

I LIMITI DELLE PRIME DUE GENERAZIONI E LE NUOVE FRONTIERE DELLA PSICOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

Una disciplina, finché ha successo, tende a procedere nella stessa direzione spesso senza affrontare un esame critico delle proprie assunzioni. Quando invece le assunzioni vengono analizzate, i postulati fondamentali e il modello iniziano a essere messi in discussione e possono emergere gradualmente delle anomalie che minacciano il paradigma dominante. La disciplina entra così in una fase di crisi (Kuhn, 1962), in cui nuove formulazioni competono con quelle già esistenti senza che vi sia un pieno consenso né sull'uno né sull'altro approccio.

Ci sono varie ragioni per cui la Terapia Cognitivo-Comportamentale sembra trovarsi in una fase simile. Innanzitutto, i limiti dei primi metodi comportamentali e dei modelli di condizionamento sono stati largamente superati dall'aggiunta di modelli e metodi di cambiamento cognitivo. Se il modello cognitivo è largamente riconosciuto come un'evoluzione che ha permesso alla Terapia Comportamentale tradizionale di lavorare direttamente con le cognizioni e con le credenze patogene, l'assunto centrale della Psicoterapia Cognitiva, per il quale il cambiamento cognitivo è necessario al miglioramento clinico, non è ancora ben supportato dalle evidenze sperimentali. Alcuni studi (Gortner, Gollan, Dobson & Jacobson, 1998; Jacobson, Dobson, Truax, Addis, Koerner, Gollan et al., 1996; Zettle & Hayes, 1987), ad esempio, hanno mostrato come nel caso di pazienti depressi non ci fosse alcun beneficio aggiuntivo conseguente ad interventi di Terapia Cognitiva. Sembra anche che la Terapia Cognitiva non sia l'unico strumento in grado di operare una riduzione delle credenze circa la natura catastrofica delle sensazioni corporee in caso di Disturbo di Panico (Arntz, 2002); c'è, inoltre, scarsa evidenza a supporto di una maggiore stabilità a lungo termine dei trattamenti cognitivi (Booth & Rachman, 1992; Lovell, Marks, Noshirvani, Thrasher & Livanou, 2001); infine, i cambiamenti negli atteggiamenti disfunzionali non sembrano apportare cambiamenti nella depressione e nell'ansia (Burns & Spangler, 2001). Una recente rassegna (Longmore & Worrell, 2007), analizzando l'efficacia delle singole componenti di una terapia, ha messo in evidenza come l'intervento cognitivo di modificazione diretta ed esplicita dei pensieri del paziente non svolga un ruolo cruciale nel miglioramento sintomatologico, al punto da non essere considerato un elemento indispensabile all'interno del processo terapeutico. Una prima problematica, dunque, sta nel fatto che alcuni ricercatori non riconoscono che ricorrere ad interventi cognitivi in psicoterapia costituisca un valore aggiunto (Dobson & Kathri, 2000, p. 913).

L'altra ragione per cui l'approccio cognitivo-comportamentale tradizionale sembra attraversare una fase di crisi è rappresentata dai cambiamenti nella filosofia della scienza. La maggior parte delle terapie afferenti alle prime due generazioni si basa su principi di tipo meccanicistico: la complessità umana è pensata come un insieme di parti e l'obiettivo della scienza è quello di ricostruire quelle parti in un modo comprensibile. Se ci riferiamo, ad esempio, alla Terapia Cognitiva, assumiamo che gli stati emotivi e comportamentali di una persona non siano determinati dagli eventi in sé, quanto piuttosto dal modo in cui la persona interpreta soggettivamente la situazione e quindi dai propri convincimenti e dalle proprie credenze. Alla luce di questo assunto, se analizziamo le credenze, avremo la spiegazione del perché un individuo si è comportato in un determinato modo in una data circostanza.

Il focus dell'intervento cognitivo, di conseguenza, sta nella disputa delle idee disfunzionali, attraverso una stretta e pressante argomentazione, che consenta al

paziente di coglierne il fondamento illogico o irrealistico e di trasformarle in pensieri alternativi, più razionali e funzionali. Un simile intervento presuppone che siano la forma e la frequenza del pensiero stesso a causare le conseguenze negative in termini di emozioni e comportamenti: si tratta, in questo caso, di un principio intrinsecamente meccanicistico. Nella terza generazione della psicoterapia cognitivo-comportamentale, invece, l'enfasi è posta su strategie di cambiamento contestuali ed esperienziali, che modificano la funzione degli eventi psicologici, senza intervenire sulla loro forma.

Non entrando nel dettaglio di speculazioni filosofiche, che esulerebbero dall'obiettivo del presente capitolo, la filosofia sottostante agli approcci di terza generazione è il cosiddetto contestualismo funzionale, che opera uno spostamento di attenzione dai contenuti ai processi mentali e rivolge una considerazione particolare alla libertà di scelta e al perseguimento dei “valori personali”³ dei pazienti. Questi, infatti, sono incoraggiati ad abbandonare ogni interesse nei confronti della verità dei propri pensieri e a dedicarsi alla realizzazione dei propri scopi vitali. È da qui che prende origine un atteggiamento di apertura e di accettazione nei confronti degli eventi psicologici, anche se negativi dal punto di vista del contenuto, come opportunità per vivere appieno la propria vita. Come vedremo successivamente, sarà proprio lo sviluppo di questo atteggiamento di disponibilità nei confronti delle proprie esperienze interne a rappresentare l'elemento di novità della terza generazione di Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale. L'emergere del costruttivismo clinico e delle teorie post-razionaliste, inoltre, ha indebolito l'idea che le teorie scientifiche identifichino parti elementari della realtà, da organizzare poi in modelli esplicativi (Hayes, Hayes, Reese & Sarbin, 1993). Questi cambiamenti nella filosofia della scienza, dunque, hanno gradualmente osteggiato la posizione meccanicistica, propria della prima e seconda generazione della Terapia del Comportamento, e delle loro sottostanti teorie, in favore di un approccio più contestuale (Moore, 2000).

Certamente, il cambiamento in termini di filosofia della scienza, così come l'evidenza che il miglioramento clinicamente significativo non sia ascrivibile al solo intervento cognitivo, non sono elementi sufficienti, di per sé, a far emergere una terza generazione. Sono ovviamente necessarie anche delle nuove idee. A tal proposito, sia all'interno della tradizione più strettamente cognitiva che di quella comportamentale, si sono sviluppati modelli psicologici, come quello della “paura della paura” (Goldstein & Chambless, 1978) o quello del condizionamento enterocettivo (Barlow, 2002); le teorie cognitive sull'*anxiety sensitivity* (ad esempio, Reiss, Peterson, Gursky & McNally, 1986) e sulle credenze metacognitive (Wells,

³ “Il termine inglese “*values*” si traduce come “valori”, ma si riferisce agli scopi vitali di una persona. Lo troverete ripetutamente citato nel testo e non va confuso con i principi morali cui normalmente ci riferiamo con questo termine.

1995). Ognuno di questi approcci suggerisce come le valutazioni negative nei confronti delle proprie naturali e umane esperienze interne possano trasformarle in rigidi pattern di risposta e, quindi, in potenziali problemi clinici. Ad esempio, il condizionamento enterocettivo, un processo mediante il quale gli individui imparano a provare ansia in risposta alle proprie sensazioni corporee, sembra giocare un ruolo cruciale nello sviluppo e nel mantenimento del Disturbo di Panico (Goldstein & Chambless, 1978; Razran, 1961). Questa enfasi nei confronti del processo e della funzione, piuttosto che del contenuto, è in linea con ciò che caratterizza la terza generazione delle Terapie Cognitivo-Comportamentali, che comprende, come ha descritto Hayes (2004), l'*Acceptance and Commitment Therapy* (ACT; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999), la Terapie Dialettico-Comportamentale (DBT; Linehan, 1993a, 1993b), la Psicoterapia Analitico-Funzionale (FAP; Kohlenberg & Tsai, 1991), la Terapie Comportamentale Integrata di Coppia (IBCT; Jacobson & Christensen, 1996) e la Terapie Cognitiva Basata sulla *Mindfulness* (MBCT; Segal, Williams & Teasdale, 2002). Se l'etichetta "terza generazione" può non essere condivisa da tutti, inclusi anche i sostenitori di questi approcci, si ha comunque l'impressione che queste forme di psicoterapia possano apportare contributi innovativi, sia nella teoria che nella pratica, alla Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale tradizionale. Si tratta di interventi che, invece di focalizzarsi sul cambiamento diretto degli eventi psicologici, si propongono di cambiare la loro funzione e la relazione degli individui con gli stessi, mediante strategie quali la *mindfulness*, l'accettazione o la defusione cognitiva (Teasdale, 2003).

LA CONCETTUALIZZAZIONE DEI PROBLEMI CLINICI SECONDO GLI APPROCCI DI TERZA GENERAZIONE

La concettualizzazione dei problemi clinici, all'interno degli approcci di terza generazione, si basa su tre elementi principali (Roemer & Orsillo, 2009), ognuno dei quali si collega strettamente all'altro.

L'analisi di questi elementi permetterà di comprendere come interventi di accettazione e di *mindfulness* possano rappresentare le componenti chiave delle nuove Terapie Cognitivo-Comportamentali.

La relazione con le proprie esperienze interne

Il primo elemento riguarda il modo in cui i pazienti, e più in generale gli esseri umani, si relazionano con gli eventi interni. A tal proposito, si fa riferimento al concetto di "fusione" (Hayes et al., 1999), ovvero quel processo mediante il quale gli esseri umani diventano indistinguibili dalle proprie transitorie esperienze interne (siano esse pensieri, emozioni, sensazioni fisiologiche o immagini). Pensiamo, ad esempio, a ciò che accade nel caso di un Disturbo da Stress Post-traumatico. Quando una persona sperimenta un *flashback* relativo a un evento traumatico su-

bito, non vive tale esperienza semplicemente come un'immagine o un ricordo; piuttosto, esso innesca una reazione emotiva e comportamentale come se il trauma si stesse verificando ancora una volta nel momento presente. Proviamo adesso a estendere questo processo a ogni forma di pensiero automatico negativo. Ecco che un atteggiamento di completa identificazione con i propri pensieri ed emozioni conduce inevitabilmente al desiderio che quelle stesse esperienze interne siano un qualcosa di diverso da quello che in realtà sono.

L'evitamento esperienziale

Una delle conseguenze cliniche maggiormente rilevanti della fusione con le proprie esperienze interne è rappresentata dall'insieme di strategie cognitive e comportamentali mirate a cambiarne la forma o la frequenza (Hayes, Wilson, Gifford, Follette & Strosahl, 1996). Questo è ciò che s'intende con il concetto di evitamento esperienziale.

Hayes et al. (1996) hanno affermato che l'evitamento esperienziale contribuisca allo sviluppo e al mantenimento di molte forme psicopatologiche. Certe esperienze interne, che includono emozioni (ad esempio, ansia, tristezza, paura), pensieri ("Non vado bene") e sensazioni fisiologiche (come, ad esempio, l'accelerazione del battito cardiaco o il rossore nel volto) possono essere giudicate come patologiche e talmente minacciose da rendere inevitabile il tentativo di liberarsene ad ogni costo.

Molteplici sono i motivi che spingono le persone a voler cambiare le proprie esperienze interne indesiderate e a mettere in atto l'evitamento esperienziale.

Il primo è di natura culturale. La società occidentale, infatti, supporta l'idea che la felicità sia più facilmente raggiungibile attraverso l'evitamento della sofferenza e che i tentativi di attuare un controllo nei confronti delle proprie esperienze interne siano altamente desiderabili. Così, l'evitamento è appreso e incoraggiato da diverse fonti nella storia di vita di ciascun individuo (Hayes et al., 1999). Del resto, esercitare intenzionalmente un controllo sul proprio comportamento e sull'ambiente è spesso identificato con la risoluzione del problema. Pensiamo a un qualcosa dell'ambiente esterno che non ci piace (ad esempio, la nostra auto dopo essere stata incidentata); in tal caso, è possibile modificare la situazione (riparando l'auto o comprandone una nuova) al fine di renderla maggiormente in linea con quanto da noi desiderato. È ragionevole attendersi, dunque, che una norma fortemente rinforzata nel mondo esterno, come nell'esempio precedente, possa estendersi, tramite un processo di generalizzazione, anche agli eventi interni ed è possibile che, in alcuni casi, gli sforzi nel controllo delle proprie esperienze interne abbiano anche successo. Pensiamo, ad esempio, a come le tecniche di rilassamento o i farmaci ansiolitici possono ridurre la propria ansia a breve termine. Tuttavia, il tentativo costante di controllare i pensieri negativi, le emozioni, le

sensazioni fisiologiche e le immagini spiacevoli, per quanto altamente apprezzato e rinforzato nella nostra cultura, spesso si accompagna a un aumento paradossale in termini di sofferenza psicologica (Gross & Levenson, 1997; Purdon, 1999; Roemer & Borkovec, 1994; Wegner, 1994).

Il tentativo di controllo dei pensieri, per esempio, è una delle strategie disfunzionali che accompagna alcune forme di Disturbo Ossessivo-Compulsivo. Capita, infatti, che alcuni individui lamentino, con costante preoccupazione, uno scarso controllo sui propri processi cognitivi, riferendo che pensieri, immagini o impulsi insensati e orribili s'impongono alla coscienza contro la propria volontà. Le idee relative al funzionamento mentale, per cui si ritiene di dover avere un controllo assoluto sui propri processi psichici, non soltanto fanno sì che il paziente ossessivo giudichi le proprie esperienze interne come fortemente patologiche, attivando un'evidente serie di preoccupazioni, ma comportano anche dei continui sforzi per allontanare i pensieri intrusivi, innescando un circolo vizioso. Infatti, il tentativo di tenere lontano dalla propria coscienza un pensiero, paradossalmente, non fa altro che incrementarne la presenza (Salkovskis, Richards & Forrester, 1995) e ciò produce ulteriori tentativi di neutralizzazione dello stesso, in un circolo senza fine a cui generalmente si associa una forte componente ansiosa (Lorenzini & Sassaroli, 2000).

Un secondo motivo per cui le risposte di evitamento esperienziale si mantengono nel tempo sta nel processo di condizionamento operante, in base al quale esse sono negativamente rinforzate da un'immediata riduzione delle emozioni negative, rendendone più probabile l'emissione in futuro.

Gli sforzi per attuare l'evitamento esperienziale, inoltre, sono giustificati dalla relazione di fusione con le nostre esperienze interne; se, infatti, l'emozione di ansia è considerata la prova di un disastro imminente e le sensazioni e i pensieri negativi vengono assunti come indicatori di realtà, sarà molto alta la motivazione a evitarli. Se, invece, fosse possibile percepire queste esperienze come qualcosa di sgradevole, ma insignificante e transitorio, l'impulso a evitarle diminuirebbe d'intensità.

È possibile, infine, che vi siano anche fattori individuali, sociali o relazionali che rendono gli individui particolarmente vulnerabili all'evitamento esperienziale. Differenze di temperamento in termini di inibizione comportamentale (Kagan, 1989) o di neuroticismo (Eysenck, 1967, 1981) possono influenzare la frequenza e l'intensità con cui certe emozioni vengono sperimentate, riducendone potenzialmente la tollerabilità da parte dell'individuo. Linehan (1993a) ha parlato di differenze individuali nella vulnerabilità emotiva e nella capacità di regolazione delle emozioni. Per vulnerabilità ci si riferisce a quei fattori biologici e temperamentali che influenzano la tendenza a reagire in modo intenso e rapido di fronte a stimoli emotivi anche minimi. Per disregolazione, invece, ci si riferisce all'incapacità,

quando si attiva un'emozione, di compiere le operazioni necessarie per ridurre l'intensità e ritornare al tono emotivo di base.

L'evitamento esperienziale, comunque, sebbene giustificabile in base a tutte le motivazioni sopra citate, è profondamente disfunzionale e, tra le altre cose, porta anche a trascurare il valore informativo e il ruolo delle emozioni nei processi di conoscenza. Le nostre risposte emozionali, infatti, ci permettono di conoscere ciò che accade, ponendoci direttamente a contatto con ciò che desideriamo, con ciò che valutiamo importante. Gli sforzi per liberarsi dagli eventi interni che elicitano una risposta negativa comportano inevitabilmente un restringimento significativo del repertorio comportamentale del soggetto, con relativa riduzione della qualità di vita, che costituisce l'ultimo elemento del modello di concettualizzazione degli approcci di terza generazione.

Il restringimento del repertorio comportamentale

Il restringimento del repertorio comportamentale si verifica quando gli individui, nel tentativo di non entrare in contatto con esperienze interne negative, rinunciano a impegnarsi in azioni finalizzate a perseguire i valori e gli obiettivi personali (Wilson & Murrell, 2004). Spesso queste restrizioni comportamentali sono talmente automatiche che i pazienti, sebbene sperimentino la sofferenza ad esse connessa, non sono consapevoli del ruolo che giocano nel perpetuare il disagio psicologico e, di conseguenza, della propria insoddisfazione. Espandere il repertorio comportamentale del paziente, in modo da migliorarne la qualità di vita, è un obiettivo universalmente condiviso, anche se spesso, nella tradizione cognitivo-comportamentale, è stato considerato un target secondario rispetto alla riduzione sintomatologica.

Il focus terapeutico negli approcci di terza generazione è volto a favorire la libertà di scelta e la flessibilità: i pazienti sono spinti a impegnarsi in azioni utili a perseguire i loro valori personali. Nel tentativo di ampliare il proprio repertorio comportamentale, con i conseguenti benefici in termini di qualità di vita, è normale che essi possano sperimentare esperienze interne negative; il problema si verifica quando un paziente interpreta l'incoerenza tra esperienze interne e obiettivi personali come prova del fatto che in lui ci sia qualcosa che non va o come un segnale che il comportamento debba essere modificato.

Prendendo spunto dai modelli comportamentali, e allo stesso tempo andando oltre, è importante descrivere la relazione tra emozione e comportamento, sottolineando come le emozioni, sebbene siano legate alla tendenza all'azione (per esempio, sentire il bisogno di scappare o di evitare quando proviamo un'emozione indesiderata), non controllano il comportamento (infatti, si può rimanere in una situazione nonostante si provi un'emozione negativa). In vista dello scopo di autorealizzazione nel lavoro, per esempio, possiamo essere disposti a presentare

un lavoro scientifico a un convegno internazionale (comportamento), pur avendo pensieri ed emozioni non in linea con quest'azione, del tipo "Non ce la farò" oppure "La mia ansia sarà intollerabile". Molti individui non sono disposti ad agire in modo non coerente con quanto sentono e ritengono di dover superare le proprie debolezze e migliorare il proprio senso di autoefficacia prima di impegnarsi in qualsivoglia cambiamento, come se l'eliminazione delle emozioni negative fosse condizione preliminare per potersi impegnare nell'azione. Quante volte nella pratica clinica abbiamo sentito il paziente pronunciare la frase: "Se solo non avessi l'ansia, potrei vivere la vita che voglio". Prendendo alla lettera questo pensiero, c'è solo un modo per vivere la vita che uno desidera: liberarsi dall'ansia. I pazienti con disturbi d'ansia, quasi sempre, iniziano un trattamento con l'aspettativa che il terapeuta farà qualcosa per eliminare o almeno ridurre in modo significativo la loro ansia. A differenza degli approcci propri delle prime due generazioni della Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale, però, l'obiettivo non è tanto quello di aiutare il paziente a sbarazzarsi dell'ansia, ma quello di portarlo ad accettare di provarla, considerandola una sorta di effetto collaterale al soddisfacimento di ciò che gli sta profondamente a cuore.

Alla luce degli elementi sopra considerati, dovrebbe risultare chiaro come gli approcci di terza generazione si propongano, innanzitutto, di cambiare le relazioni che gli individui hanno con le proprie esperienze interne. Particolare enfasi è posta nell'aiutare i pazienti a coltivare una relazione accettante e non giudicante nei confronti dei propri eventi interni (pensieri, immagini, emozioni o sensazioni) e a considerarli come qualcosa di transitorio, che non corrisponde necessariamente a realtà, né tantomeno definisce la persona; paradossi, metafore, storie ed esercizi esperienziali (Hayes, Follette & Linehan, 2004) sono gli strumenti di gran lunga privilegiati al fine di raggiungere questo obiettivo. Sviluppare un nuovo modo di relazionarsi con le proprie esperienze interne si accompagnerà a una diminuzione dell'abituale evitamento esperienziale e a un conseguente aumento di comportamenti in linea con i propri valori e obiettivi personali.

ACCETTAZIONE E *MINDFULNESS*: LE STRATEGIE PER OPERARE IL CAMBIAMENTO

L'accettazione è stata parte integrante della psicoterapia per molti anni. Già i teorici della Psicoanalisi affermavano che uno dei meccanismi chiave del cambiamento terapeutico fosse quello di permettere ai conflitti repressi nell'inconscio di accedere alla coscienza (Freud, 1936). Alice Miller ha affermato che è possibile far emergere il vero Sé solo creando lo spazio per entrare in contatto con i propri sentimenti negativi: "Non sono infatti solo i sentimenti «belli», «buoni», piacevoli a farci sentire vivi, a conferire profondità alla nostra esistenza [...], ma – spesso – sono proprio quelli scomodi, non adattati, che preferirem-

mo evitare: impotenza, vergogna, invidia, gelosia, confusione, rabbia.” (Miller, 1996, p. 74). In modo simile, i terapeuti della Gestalt hanno sottolineato l'importanza dell'apertura nei confronti delle esperienze interne, mentre le terapie umanistiche, come la terapia centrata sul cliente (Rogers, 1970), hanno fatto dell'accettazione incondizionata del paziente, come anche delle sue esperienze interne, la base dell'intervento psicoterapeutico.

A partire dagli Anni Novanta, diversi terapeuti hanno iniziato a incorporare pratiche di accettazione e di *mindfulness* nei trattamenti cognitivi e comportamentali di una vasta gamma di disturbi clinici, come il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (Schwartz, 1996), il Disturbo d'Ansia Generalizzata (Roemer & Orsillo, 2007; Wells, 1999), il Disturbo da Stress Post-traumatico (Wolfsdorf & Zlotnick, 2001), il Disturbo da Uso di Sostanze (Marlatt, 2002), i Disturbi dell'Alimentazione (Kristeller & Hallett, 1999; Telch, Agras & Linehan, 2001).

Ma cosa s'intende per accettazione all'interno degli approcci di terza generazione?

Questo termine, infatti, si accompagna spesso a connotazioni negative; rimanda a un atteggiamento passivo e fatalistico che, almeno in linea teorica, sembrerebbe precludere ogni possibilità di cambiamento. Può essere erroneamente inteso come sinonimo di rassegnazione rispetto a certe esperienze interne, nei confronti delle quali avvertiamo come istintivo il bisogno di lottare. In realtà, invece, sta a indicare un processo attivo di consapevolezza rispetto alle proprie esperienze interne, così come vengono sperimentate nel qui ed ora. I termini “consapevolezza” e “qui e ora” si legano in modo stretto all'altra strategia propria degli approcci di terza generazione: la *mindfulness*.

Sofferamoci per un attimo sul nostro respiro. Prima di averlo menzionato, è probabile che nessuno avesse prestato attenzione ad esso. Adesso portiamoci l'attenzione. L'osservazione del respiro può essere rivolta a fenomeni diversi: l'aria che entra dal naso ed esce dalla bocca, la contrazione del torace, l'addome che si gonfia e poi si sgonfia. In questo preciso momento di cosa state facendo esperienza? State espirando o inspirando? Cosa notate in questo istante? Il respiro rappresenta la nostra “ancora” al presente. Prestarvi attenzione significa mantenere la consapevolezza delle sensazioni momento per momento. Non dobbiamo cambiare il ritmo del respiro, solo ascoltare le sensazioni che ci fa sperimentare. Questo è un breve esercizio di *mindfulness*.

Il termine *mindfulness* si riferisce a uno stato mentale in cui la persona ascolta e osserva le proprie emozioni, le proprie sensazioni fisiche e i propri pensieri, accettandoli così come sono, senza giudicarli, senza cercare di modificarli, né bloccarli. Le abilità di *mindfulness* aiutano da un lato a non lasciarsi coinvolgere in abitudini ruminative (tanto inefficaci quanto aggravanti le emozioni negative), dall'altro a non reagire impulsivamente. Mentre siamo concentrati sul nostro

respiro, possiamo anche avere dei pensieri interferenti, come quello che stiamo respirando troppo velocemente o che dobbiamo riprendere fiato; così, anziché rimanere concentrati sul nostro respiro, corriamo il rischio di perderci in considerazioni ad esso relative, allontanandoci dalla consapevolezza del qui e ora. Gli esercizi di *mindfulness* insegnano proprio a riconoscere i pensieri e i giudizi che la nostra mente produce costantemente e a ritornare gentilmente alla consapevolezza della nostra esperienza del momento (nel nostro esempio, del respiro).

Riuscire a prestare attenzione alle proprie esperienze interne promuove un aumento della consapevolezza e ciò produce e rinforza risposte comportamentali più flessibili, efficaci e guidate dagli scopi personali. Divenire consapevoli dei nostri pensieri, emozioni e sensazioni, inoltre, aiuta a prenderne le distanze; mediante la *mindfulness*, infatti, ci disidentifichiamo dai contenuti mentali, che sono solo esperienze interne indipendenti dal proprio Sé. Come afferma Kabat-Zinn (1990), i pensieri sono solamente pensieri, non rappresentano la realtà; la consapevolezza che noi non siamo i nostri pensieri porta al distanziamento da questi e alla possibilità di entrarci in relazione per quello che in realtà sono: semplici eventi mentali, indipendentemente dal loro contenuto o dalla loro carica emotiva.

Grazie alle abilità di *mindfulness*, dunque, portiamo alla coscienza le nostre esperienze interne e, in questo modo, incrementiamo la disponibilità (la cosiddetta “*willingness*” nella terminologia ACT, Hayes et al., 1999) della nostra mente ad accettarle per quello che sono. Essere disponibili a fare esperienza di una vasta gamma di pensieri ed emozioni, così come emergono spontaneamente, non coincide con il desiderare di sperimentarle, né col trovarle di nostro gradimento. Talvolta si può creare un fraintendimento, per cui alcuni credono che gli approcci di terza generazione incoraggino a stare in contatto con gli eventi interni negativi per il solo gusto di farlo. In realtà, se fosse possibile vivere una vita appagante e coerente con i propri scopi personali, senza sperimentare il dolore, la vulnerabilità, la perdita e così via, la maggior parte delle persone (terapeuti compresi!) andrebbe in questa direzione. Purtroppo, però, sappiamo che il dolore e l’angoscia sono parti integranti della vita e la sofferenza risulta un qualcosa di ineliminabile e intrinseco all’esistenza. Assumere un atteggiamento di disponibilità, dunque, significa accettare e tollerare le esperienze interne negative come prezzo da pagare per il raggiungimento di ciò che è realmente importante per noi.

L’ACT utilizza una metafora per spiegare bene questo aspetto. Immaginiamo di desiderare profondamente di raggiungere a piedi la cima di una montagna; si tratta di un cammino lungo, ma supponiamo che sia un qualcosa che ci sta veramente a cuore. A un certo punto del sentiero, una disgustosa palude ostacola il nostro passaggio; cerchiamo di evitarla, ci sforziamo di pensare ad altre strategie pur di aggirarla, ma sembra non ci siano altre strade. Purtroppo non abbiamo

scelta; se vogliamo raggiungere la montagna, dobbiamo attraversare la palude. Ecco che, se per noi raggiungere la montagna rappresenta qualcosa di veramente importante, possiamo essere disposti a farlo! Accettare significa proprio questo: essere sufficientemente aperti da contenere anche le esperienze negative, come il cielo può contenere le nuvole e l'oceano le onde (Hayes & Smith, 2005).

Ci sono moltissime situazioni in cui risulta difficile accettare qualcosa che non siamo in grado di cambiare. Pensiamo, ad esempio, a tutte le volte in cui abbiamo speso tempo ed energie a rimuginare su ingiustizie subite o su errori commessi. Come possiamo cambiare il passato? Non esiste alcuna possibilità. Ciononostante, spesso ci rifiutiamo di accettare i nostri errori, continuando a ripensare a quello che avremmo dovuto o potuto fare per evitare quanto accaduto. Accettare gli errori del passato non significa certo affermare che quanto è successo ci è andato bene. Non è questo il senso dell'accettazione. Possiamo accettare la realtà, in quanto le cose sono andate così, senza alcuna forma di approvazione rispetto a quanto accaduto; ed è proprio un'accettazione radicale di quanto è effettivamente successo che ci permette di liberare le nostre energie e le nostre risorse per dedicarle al cambiamento di ciò che è modificabile e in linea con i nostri scopi e valori personali.

“Signore, concedimi la serenità di accettare le cose che non posso cambiare; il coraggio di cambiare le cose che posso cambiare; e la saggezza di riconoscerne la differenza”. Così recita la preghiera della serenità di Alcolisti Anonimi (AA)⁴, che può in un certo senso riassumere bene la nuova impostazione della terza generazione di Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale. La consapevolezza che l'accettazione costituisca la base per il cambiamento rappresenta il punto di partenza del programma di recupero di AA, conosciuto come Metodo dei Dodici Passi. I membri dell'associazione cercano di aiutarsi a prendere coscienza del fatto che la sola forza di volontà non basta a fronteggiare la problematica dell'alcol, che sfugge al loro controllo. È proprio il riconoscimento, e la successiva accettazione, di non riuscire con le proprie forze a controllarsi nel bere che rappresenta la condizione necessaria per iniziare il processo di recupero. Il Metodo dei Dodici Passi, dunque, attribuisce valore alla percezione dei propri limiti: riconoscerli è considerato di primaria importanza per entrare all'interno della ruota del cambiamento (Prochaska & Di Clemente, 1992) e consente di trasformarli in risorse, utili per il raggiungimento dei propri obiettivi.

Apparentemente, potrebbe risultare controintuitivo considerare l'accettazione uno strumento di cambiamento. È indubbio, infatti, che gli interventi di accettazione e di *mindfulness* possano risultare non in linea con l'atteggiamento direttivo e orientato al cambiamento proprio dell'approccio cognitivo-comportamentale

⁴ Alcolisti Anonimi (AA) è un'associazione di auto-aiuto che si propone come obiettivo di far sì che i propri membri possano aiutarsi reciprocamente a uscire dall'alcolismo.

standard. In realtà, come abbiamo detto in precedenza, il cambiamento è possibile proprio nel momento in cui accettiamo le esperienze interne, non considerandole un ostacolo al raggiungimento di ciò che è veramente importante per noi. L'obiettivo degli approcci di terza generazione, infatti, non è quello di eliminare le emozioni negative di paura, tristezza, rabbia, colpa, disgusto e così via dall'esperienza del paziente, quanto piuttosto quello di aiutarlo a riconoscere come la lotta contro i propri eventi interni indesiderati comporti automaticamente la rinuncia a una vita soddisfacente. Vincere la battaglia contro i nostri pensieri e le nostre emozioni non è dunque così importante per cominciare davvero a vivere!

LA TERZA GENERAZIONE DELLA PSICOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE: PASSATO, PRESENTE O FUTURO?

Hayes (2004) ha descritto l'insieme delle caratteristiche che contraddistinguono gli approcci che rientrano all'interno della terza generazione della Terapia del Comportamento.

Coerentemente con gli approcci cognitivo-comportamentali standard, essi hanno mantenuto una solida aderenza ai fondamenti empirici (Hayes, Masuda, Bissett, Luoma & Gueffero, 2004) non solo in termini di verifica dei risultati, ma anche di analisi dei principi e dei processi. Come vedremo successivamente nel capitolo relativo all'ACT, per esempio, sia il metodo di concettualizzazione della psicopatologia che le procedure e le tecniche terapeutiche derivano dalla cosiddetta *Relational Frame Theory* (RFT; Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2001), fondata su una nutrita serie di ricerche sulla natura del linguaggio e della cognizione.

La principale peculiarità degli approcci di terza generazione è l'enfasi su strategie di cambiamento contestuali ed esperienziali, che modificano la funzione degli eventi psicologici problematici, senza intervenire direttamente sul loro contenuto, sulla loro forma o sulla loro frequenza. L'elemento caratterizzante, dunque, non è tanto la modifica di pensieri ed emozioni attraverso la disputa logica e razionale, quanto piuttosto la creazione di contesti che possano alterare la relazione della persona con le proprie esperienze interne (siano esse pensieri, emozioni o sensazioni fisiche), indebolendo le catene causali che portano all'evitamento esperienziale e permettendole così di agire in linea con i propri valori. Il focus è posto sulla modificazione della consapevolezza e della relazione del paziente con pensieri, emozioni e sensazioni fisiologiche (Segal, Teasdale & Williams, 2004, p. 54).

Gli approcci delle prime due generazioni di Terapia del Comportamento condividono l'assunto in base al quale certe cognizioni, emozioni e stati fisiologici portano a comportamenti disfunzionali e, pertanto, l'intervento terapeutico è rivolto a eliminare, o quanto meno a ridurre, questi eventi interni problematici. Le terapie della terza generazione ampliano i loro obiettivi dalla mera riduzione della

sintomatologia allo sviluppo di abilità che mirano a migliorare significativamente la qualità e la quantità di attività a cui il paziente attribuisce valore. Anche con pazienti gravi, le nuove terapie del comportamento enfatizzano maggiormente l'*empowerment* e l'incremento di abilità e di repertori comportamentali che possano essere largamente applicati (Hayes, 2004).

L'enfasi sulla costruzione di abilità, in modo non patologizzante, ha il razionale nell'assunto che i processi contro cui il paziente lotta costantemente (giudicando e tentando di controllare le proprie esperienze interne) siano gli stessi che sperimenta il terapeuta (Hayes, 2004); di conseguenza, i metodi e le tecniche di queste terapie sono adatti ai terapeuti tanto quanto lo sono per i pazienti. Nello sforzo di incrementare l'accettazione del paziente nei confronti delle proprie esperienze interne, il terapeuta è incoraggiato alla validazione e a una sincera compartecipazione con i vissuti e gli eventi privati del paziente.

Un'altra caratteristica di questi nuovi trattamenti è quella di rompere alcune barriere storiche tra Terapia del Comportamento ed approcci meno scientificamente fondati (per esempio, Psicoanalisi, Terapia della Gestalt, approcci umanistici), tentando un'integrazione con alcuni loro fondamenti.

Se, per alcuni, gli elementi sopra indicati suggeriscono l'emergere di una nuova generazione all'interno della Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale, per altri (ad esempio, Hofmann & Asmundson, 2008; Leahy, 2008) non si tratta né di un cambiamento paradigmatico, né tantomeno di caratteristiche in grado di conferire una maggiore efficacia clinica. Mentre la Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale standard soddisfa i criteri delle *Empirically Supported Therapies* (EST) - vale a dire le terapie che hanno un'efficacia dimostrata mediante *trial* controllati e randomizzati - per una larga varietà di disturbi psicologici (Butler, Chapman, Forman & Beck, 2006), attualmente non si può dire altrettanto per gli approcci di terza generazione (Öst, 2008). Mancano, infatti, evidenze sperimentali che l'ACT, uno degli approcci di terza generazione maggiormente studiato, sia più efficace della Terapia Cognitiva e, qualora ci siano, derivano da studi che hanno il limite di campioni clinici poco numerosi o dell'utilizzo di campioni non clinici (Forman, Herbert, Moitra, Yeomans & Geller, 2007). La ricerca in ambito psicoterapeutico ha mostrato evidenze sperimentali circa l'efficacia dell'approccio cognitivo-comportamentale standard per una varietà di disturbi clinici, che includono, tra gli altri, il Disturbo di Panico (Gould, Otto & Pollack, 1995), il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (Eddy, Dutra, Bradley & Westen, 2004), il Disturbo d'Ansia Generalizzata (Borkovec & Ruscio, 2001) e il Disturbo da Stress Post-Traumatico (Bradley, Greene, Russ, Dutra & Westen, 2005). Nonostante l'utilità dei *trial* controllati e randomizzati, però, i limiti in termini di validità ecologica non consentono di trasferire i risultati ottenuti nelle ricerche all'attività clinica in setting naturalistici. Ad esempio, uno degli indicatori principali di *outcome* per valutare la riuscita o

meno di un trattamento è la riduzione significativa della sintomatologia dal pre al post-trattamento. A una riduzione significativa della sintomatologia, tuttavia, non corrisponde necessariamente un miglioramento rilevante in termini di qualità della vita e, così, il funzionamento quotidiano e il benessere soggettivo di un paziente potrebbero comunque risultare alquanto deficitari.

Resta il dubbio su quanto gli approcci di terza generazione possano rappresentare davvero una “nuova” generazione nel panorama cognitivo-comportamentale. A tal proposito, può essere interessante riflettere sugli elementi in comune e sulle differenze con le generazioni precedenti.

La prima generazione ha fatto delle tecniche di esposizione una delle componenti più efficaci della Terapia Cognitivo-Comportamentale. Nonostante che il vero meccanismo alla base del cambiamento debba essere ancora completamente chiarito (Rachman, 1991; Steketee & Barlow, 2002), il rationale dell’esposizione richiama alla mente processi di estinzione delle risposte di evitamento attraverso l’attivarsi di processi di abituação allo stimolo, con progressiva riduzione e scomparsa delle reazioni fisiologiche e comportamentali associate; è così che il soggetto apprende a fronteggiare le emozioni innescate dalle situazioni temute rinunciando ai comportamenti di fuga ed evitamento.

Essendo l’evitamento esperienziale un target centrale negli approcci di terza generazione, la terapia di esposizione è senza dubbio ancora largamente utilizzata; tuttavia, sebbene dal punto di vista operativo le tecniche di esposizione negli approcci di terza generazione possano essere simili a quelle delle vecchie generazioni, il rationale e l’obiettivo sono diversi. I pazienti, infatti, vengono aiutati a identificare ciò che conta realmente nelle loro vite e a impegnarsi in azioni che siano in linea con questi scopi e valori personali. È inevitabile attendersi che tali azioni comportino l’elicitazione di pensieri, emozioni e sensazioni fisiologiche sgradevoli, con conseguente impulso all’evitamento esperienziale. Negli approcci di terza generazione, dunque, le tecniche di esposizione sono dirette a ridurre il comportamento di evitamento e ad aumentare il repertorio comportamentale, ma non necessariamente a estinguere le risposte interne (sebbene non si neghi che il processo di estinzione possa avvenire), bensì ad accettarle per quello che sono senza lottarvi contro. Il legame stretto tra esposizione e scopi personali del paziente può, inoltre, accrescere la motivazione rispetto alle tecniche espositive e favorire, di conseguenza, una maggiore disponibilità ad accettare le proprie esperienze interne sgradevoli.

I nuovi approcci hanno in comune con la seconda generazione il ruolo attribuito alle esperienze di vita nel contribuire alla creazione del contenuto dei pensieri; tuttavia, differiscono radicalmente in merito all’importanza attribuita al loro contenuto nella genesi e nel mantenimento dei disturbi psicologici. Partendo dall’assunto che uno stimolo influenzi emotivamente l’individuo solo in

conseguenza di come viene elaborato e interpretato dal suo sistema cognitivo, la Psicoterapia Cognitiva mira a ottenere un cambiamento nel paziente mediante la modifica del contenuto dei suoi pensieri disfunzionali. In base agli approcci di terza generazione, invece, un eccessivo focus sul contenuto può contribuire al peggioramento sintomatologico.

Leahy (2008) critica questa posizione citando la mole di ricerche empiriche che sostengono la maggior efficacia sperimentale della Psicoterapia Cognitiva rispetto a qualunque altro approccio terapeutico. Lo stesso Leahy (2008), d'altra parte, riflettendo in merito agli elementi di novità della terza generazione, ammette che il processo di presa di distanza dai pensieri, ottenuto mediante le tecniche di accettazione e *mindfulness*, non differisce in modo significativo dal processo di distanziamento critico, proprio dell'approccio cognitivista.

In conclusione, la Terapia Cognitiva standard, nell'obiettivo di modificare il contenuto dei pensieri, potrebbe ostacolare l'accettazione delle esperienze interne del paziente; è però prerogativa dei metodi proposti dagli approcci di terza generazione, che si propongono di modificare la relazione degli individui con i propri eventi interni, di poter essere condivisibili e integrabili nei diversi approcci precedenti (Hayes et al., 1999; Segal et al., 2002).

I toni fortemente critici di alcuni autori hanno spinto Hayes (2008) a temere che possa avvenire quanto si è già verificato nel passaggio dalla prima alla seconda generazione. Sarebbe auspicabile, piuttosto, continua Hayes (2008), superare le distinzioni tra Terapia Comportamentale e Terapia Cognitiva tipiche delle precedenti generazioni, piuttosto che tentare di definire la supremazia di una generazione sull'altra.

Le terapie di terza generazione, anche se al momento attuale ciò non è ancora avvenuto, potrebbero aiutare a sanare le vecchie ferite e divisioni tra prospettiva comportamentale e cognitiva e rappresentare una trasformazione delle stesse in una forma più ampia e globale.

Ci auguriamo che i nostri sforzi siano recepiti dal lettore in tal senso, nella speranza di essere riusciti a stimolarne la curiosità e l'interesse nei confronti di questi argomenti. Personalmente non siamo fautori di questi nuovi approcci, né sosteniamo acriticamente alcuno dei precedenti; siamo solo fermamente convinti che un movimento scientifico di tale portata a livello internazionale non possa essere ignorato e debba portare ognuno di noi ad aprire la mente a queste considerazioni, rivoluzionarie o meno che siano.

BIBLIOGRAFIA

- Arntz, A. (2002). Cognitive therapy versus interoceptive exposure as treatment of panic disorder without agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, *40*, 325-341.
- Bandura, A. (1969). *Principles of Behavior Modification*. New York: Holt.
- Barlow, D. H. (Ed.) (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Beck, A. T. (1993). Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, *2*, 345-356.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Booth, R., & Rachman, S. (1992). The reduction of claustrophobia: I. *Behaviour Research and Therapy*, *30*(3), 207-221.
- Borkovec, T. D., & Ruscio, A. M. (2001). Psychotherapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, *62* (11), 37-42.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, *162*, 214-227.
- Burns, D. D., & Spangler, D. L., (2001). Do changes in dysfunctional attitudes mediate changes in depression and anxiety in cognitive behavioral therapy? *Behavior Therapy*, *32*, 337-369.
- Butler, A., Chapman, J. M., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, *26*, 17-31.
- Dobson, K.S., & Khatri, N. (2000). Cognitive therapy: looking backward, looking forward. *Journal of Clinical Psychology*, *56*(7), 907-923.
- Eddy, K. T., Dutra, L., Bradley, R., & Westen, D. (2004). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, *24*, 1011-1030.
- Ellis, A. (1977). The basic clinical theory of Rational-Emotional Therapy. In A. Ellis, R. Grieger (Eds.), *Handbook of Rational-Emotive Therapy*. New York: Springer.
- Eysenck, H. J. (Ed.) (1967). *The biological basis of personality*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Eysenck, H. J. (1981). *A model for personality*. New York: Springer.
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D., & Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification*, *31*, 772-799.
- Freud, A. (1936). *L'Io e i meccanismi di difesa*. Firenze: Martinelli, 1967.
- Galeazzi, A. & Meazzini, P. (2004). *Mente e comportamento. Trattato italiano di psicoterapia cognitivo-comportamentale*. Giunti Editore.
- Goldstein, A. J., & Chambless, D. L. (1978). A re-analysis of agoraphobia. *Behavior Therapy*, *9*, 47-59.
- Gortner, E. T., Gollan, J. K., Dobson, K. S., & Jacobson, N. S. (1998). Cognitive-behavioral treatment for depression: Relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *66*, 377-384.
- Gould, R. A., Otto, M. W., & Pollack, H. M. (1995). A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. *Clinical Psychology Review*, *15*, 819-844.
- Gross, J. J., & Levenson, R. W. (1997). Hiding feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, *106*, 95-103.
- 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. (2008). Avoiding the mistakes of the past. *The Behavior Therapist*, 31(8), 150-153.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian Account of Human Language and Cognition*. New York, NY: Kluwer.
- Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. M. (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Hayes, L. J., Reese, H. W., & Sarbin, T. R. (Eds.) (1993). *Varieties of scientific contextualism*. Reno, NV: Context Press.
- Hayes, S. C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J., & Gueffero, L. F. (2004). DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy*, 35, 35-54.
- Hayes, S. C., & Smith, S. (2005). *Get out of your mind & into your life*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc. Trad. it. *Smetti di soffrire e inizia a vivere*. Milano: Franco Angeli, 2010.
- 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., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Hofmann, S. G., & Asmundson, G. J. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat? *Clinical Psychology Review*, 28(1), 1-16.
- Jacobson, N. S., & Christensen, A. (1996). *Integrative couple therapy: Promoting acceptance and change*. New York: Norton.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., et al. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 295-304.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of your Mind to Face Stress, Pain and Illness*. New York: Dell Publishing.
- Kagan, J. (1989). Temperamental contributions to social behavior. *American Psychologist*, 44, 668-674.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum.
- Kristeller, J. L., & Hallett, C. B. (1999). An exploratory study of a meditation-based intervention for binge eating disorder. *Journal of Health Psychology*, 4, 357-63.
- Kuhn, T. S. (1962). *The Structure of Scientific Revolution*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Leahy, R. L. (2007). Emotion and psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14, 353-357.
- Leahy, R. L. (2008). A closer look at ACT. *The Behavior Therapist*, 31(8), 148-150.
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive behavioral treatment for borderline personality disorder*. New York: Guilford. Trad. it. *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline*. Milano: Cortina, 2001.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford. Trad. it. *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline*. Milano: Cortina, 2001.
- Longmore, R. J., & Worrell, M. (2007). Do we need to challenge thoughts in cognitive behavior therapy? *Clinical Psychology Review*, 27, 173-187.
- Lorenzini, R., Sassaroli, S. (2000). *La mente prigioniera*. Raffaello Cortina, Milano.
- Lovell, K., Marks, I. M., Noshirvani, H., Thrasher, S., & Livanou, M. (2001). Do cognitive and exposure treatments improve various PTSD symptoms differently? A randomized controlled trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 107-112.
- Mahoney, M. J. (1974). *Cognition and behavior modification*. Cambridge, MA: Ballinger.
- Marlatt, G. A. (2002). Buddhist philosophy and the treatment of addictive behavior. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 44-49.

- Meichenbaum, D. H. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*. New York: Plenum Press.
- Miller, A. (1996). *Il dramma del bambino dotato e la ricerca del vero Sé. Riscrittura e continuazione*. Bollati Boringhieri.
- Moore, J. (2000). Words are not things. *The Analysis of Verbal Behavior*, 17, 143-160.
- Öst, L. G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 296-321.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. (1992). Stages of change in the modification of problem behavior. In M. Hersen, R. Eisler, & P.M. Miller (Eds), *Progress in Behavior Modification* Vol. 28. Sycamore, IL: Sycamore Publishing Company.
- Purdon, C. (1999). Thought suppression and psychopathology. *Behavioural Research and Therapy*, 37(11), 1029-54.
- Rachman, S. J. (1991). Neo-conditioning and the classical theory of fear acquisition. *Clinical Psychology Review*, 11, 155-173.
- Razran, G. (1961). The observable unconscious and the inferable conscious in current Soviet psychophysiology: Interoceptive conditioning, semantic conditioning, and the orienting reflex. *Psychological Review*, 68, 81-147.
- Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M., & McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy*, 24(1), 1-8.
- Roemer, E., & Borkovec, T.D. (1994). Effects of suppressing thoughts about emotional material. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 467-474.
- Roemer, L., & Orsillo, S.M. (2007). An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 38(1), 72-85.
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2009). *Mindfulness and acceptance-based behavioral therapies in practice*. New York: The Guilford Press.
- Rogers, C. R. (1970). *La terapia centrata sul cliente. Teoria e ricerca*. Martinelli, Firenze.
- Salkovskis, P. M., Richards, H. C., & Forrester, E. (1995). The relationship between obsessional problems and intrusive thoughts. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 281-301.
- Schwartz, J. M. (1996). *Brain Lock: Free Yourself from Obsessive-Compulsive Behavior*. New York: HarperCollins. Trad. it. *Il cervello bloccato. Come liberarsi del disturbo ossessivo-compulsivo*. Milano: Longanesi, 1997.
- Segal, Z. V., Williams, J. M., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach for preventing relapse*. New York: Guilford Press. Trad. it. *Mindfulness. Al di là del pensiero, attraverso il pensiero*. Torino: Bollati Boringhieri, 2006.
- Steketee, G. S., & Barlow, D. H. (2002). Obsessive-compulsive disorder. In D. H. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed., pp. 516-551). New York: Guilford.
- Teasdale, J. D. (2003). Mindfulness training and problem formulation. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 157-160.
- Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 69(6), 1061-1065.
- Wegner, D.M. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological Review*, 101, 34-52.
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: a cognitive model of Generalised Anxiety Disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 301-320.
- Wells, A. (1997). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders. A Practice Manual and Conceptual Guide*. New York: John Wiley Sons. Trad. It. *Trattamento cognitivo dei disturbi d'ansia*. Milano: McGraw Hill, 1999.

- Wilson, K. G., & Murrell, A. R. (2004). Values work in acceptance and commitment Therapy: setting a course for behavioral treatment. In S. C., Hayes, V. M., Follette, & M. M., Linehan (Eds.), *Mindfulness & Acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 120-151). New York: Guilford Press.
- Wolfsdorf, B. A., & Zlotnick, C. (2001). Affect management in group therapy for women with post-traumatic stress disorder and histories of childhood sexual abuse. *Journal of Clinical Psychology*, *57* (2), 169-181.
- Zettle, R. D., & Hayes, S. C. (1987). A component and process analysis of cognitive therapy. *Psychological Reports*, *61*, 939-953.