

EBOOK

ACT ED ESPOSIZIONE

INDICAZIONI CLINICHE PER IL TERAPEUTA



A cura del Dott. Torregrossa Salvatore, Psicologo Psicoterapeuta

Indice

- 1. Un modello unico di Psicoterapia**
- 2. Le tre anime del modello cognitivo comportamentale**
- 3. Il modello ACT, lo scopo e l'approccio alla sofferenza**
- 4. Il paradigma delle tecniche di esposizione classiche**
- 5. L'approccio all'esposizione nel modello di terza generazione ACT**
 - 5.1 Creare una gerarchia per l'esposizione**
 - 5.2 Cosa misuriamo**
 - 5.3 Come gestire il processo di esposizione**
- 6. Il modello trans-teorico del cambiamento**

1. Un modello unico di terapia

L'ACT (*Acceptance and Commitment Therapy*) è una terapia comportamentale di terza generazione. Il suo background comportamentale ha favorito, nel tempo, numerose critiche e perplessità. Alcune di queste sollevano dubbi rispetto al fatto che questo approccio non tenga adeguatamente in considerazione le *emozioni*, agisca in modo *freddo e robotico*, trascuri *la vera essenza delle persone* e non favorisca il *benessere emotivo*. Dal canto suo, l'ACT ha ribaltato il concetto di benessere e felicità, non solo espressione di un vivere privo di dolore e sofferenza ma soprattutto un *vivere pieno e significativo* a contatto con ciò che conta, anche in presenza di vissuti difficili e problematici.

2. La tre anime del modello cognitivo comportamentale

L' ACT rappresenta oggi, per struttura e validazione empirica, la versione più matura degli orientamenti di matrice *cognitivo comportamentale*, frutto di un lungo processo evolutivo durante il quale si sono succedute diverse anime che si sono integrate tra loro in un corpus via via più ricco e soprattutto attuale. Come anticipato in precedenza, nell'immaginario collettivo il modello comportamentista è stato criticato di non prendere in considerazione adeguatamente la cognizione. Nella realtà dei fatti sappiamo che non è assolutamente vero, nella corrente comportamentista non si è mai smesso di studiare i processi cognitivi e verbali, lo si è fatto piuttosto in modo sistematico, nelle regole del laboratorio e non nel senso dell'approssimazione superficiale ed interpretativa. Negli anni 50' Skinner gettò le basi, con il suo *Verbal Behavior*, per quello che successivamente avrebbe permesso di strutturare una valida, empirica ed efficace teoria del linguaggio e della cognizione umana, la **Relational Frame Theory**, e ad essa connesse la *Rule-Governed Behavior* e le proprietà delle *classi di equivalenza (introdotte per la prima volta da M.Sidman)*. Secondo Hayes (Hayes, Luoma, Bond, Masuda e Lillis, 2006; Hayes, Folette & Linehan, 2004) la terapia del comportamento può essere suddivisa in tre generazioni: *la terapia del comportamento tradizionale, la terapia cognitivo-comportamentale (CBT)* e la più recente "*Terza onda*" (o terza generazione) di approcci relativamente contestualistici (Hayes, 2004).

- La **prima generazione** comprende l'anima più comportamentista della tradizione cognitivo-comportamentale. Le pratiche prettamente comportamentali si sviluppano intorno agli anni '50 del secolo scorso e sono finalizzate sull'applicazione sistematica delle conoscenze relative all'apprendimento mediato dal paradigma del *Condizionamento rispondente di Pavlov* e il *Condizionamento per prove ed errori di Thorndike* e il successivo *condizionamento Operante*, il cui paradigma fu costruito da Skinner a partire dal modello a ricompensa di Thorndike. Questo approccio propone pratiche di esposizione in vivo, di decondizionamento e controcondizionamento, con una minore enfasi sugli aspetti verbali e cognitivi. Centrale è il focus sul comportamento e l'uso dell'analisi funzionale quale prospettiva da cui osservare le interazioni tra organismo ed ambiente.
- La **seconda generazione** invece si sviluppa dagli anni '70 del secolo scorso e incarna l'anima più cognitiva della tradizione cognitivo-comportamentale. Il focus di questa tradizione sono i pensieri con il loro contenuto, ad esempio razionale o irrazionale (Ellis), ad esempio *pensieri automatici e distorsioni cognitive* (Beck), e il modo in cui impattano sulla vita emotiva e comportamentale della persona. L'approccio ai pensieri prevede abilità quali la *ristrutturazione cognitiva e la disputa razionale* ed un riferimento costante all'analisi funzionale, la quale si arricchisce tiene in considerazione, in questa nuova fase, anche dei contenuti di pensiero. L'intervento sull'esperienza emotiva, per es. l'ansia, mira a ridurre o interrompere, alterare

l'attivazione fisiologica connessa agli stati emotivi intensi. Sono comuni le pratiche di *rilassamento muscolare*, il *training autogeno* e le abilità di *respirazione diaframmatica*, le *tecniche di esposizione come la desensibilizzazione sistematica o l'esposizione con previsione della risposta*.

- Nel contesto delle **terapie di terza generazione** possiamo rintracciare un inizio quando Zindel Segal (Psicologo, Toronto University), Mark Williams (Psicologo, Oxford University) and John Teasdale (Psichiatra, Cambridge University) pubblicano il primo protocollo di *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* per la prevenzione delle recidive depressive, proponendo l'applicazione delle pratiche di mindfulness sui contenuti di pensiero e sull'esperienza emotiva. Fondamentale fu, per il loro lavoro, la pubblicazione nel 1982 del primo articolo di *Jon Kabat Zinn* relativo al suo protocollo MBSR¹. Eravamo ancora distanti dalle moderne pratiche di mindfulness e dalle attuali terapie di terza onda. A partire da quel momento, le Terapie Cognitive Comportamentali di terza generazione (*terza onda*) si distinguono dalle precedenti perché non si concentrano principalmente sulla riduzione dei sintomi, ma sulla flessibilità psicologica: *la capacità di restare, da essere umano consapevole, in contatto con il momento presente pienamente e senza inutili difese per come si è e non per quello che si dice di essere e conservare modificare un comportamento in funzione dei valori scelti* (Hayes, Strosahl e Wilson, 2006). Tutti questi approcci tendono ad enfatizzare strategie di cambiamento su basi contestualistiche ed esperienziali, in aggiunta ad aspetti più didattici. Piuttosto che focalizzarsi sulla diminuzione dei problemi (che ovviamente è una conseguenza implicita al trattamento) tendono a favorire la costruzione di un repertorio comportamentale più ampio, flessibile ed efficace, e cercano di perseguire obiettivi che siano importanti sia per il miglioramento clinico che per la vita della persona (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006).

3. Il modello ACT, lo scopo e l'approccio alla sofferenza.

L'ACT è stato definita in un contesto sperimentale e trae ispirazione dal *contestualismo funzionale*: cerca di comprendere il comportamento umano all'interno del contesto (fisico e valoriale) e sempre in funzione dello stesso contesto ne definisce i livelli di efficacia o meno. L' Act ha alle spalle un corposo bagaglio teorico, nonostante il primo manuale sia stato pubblicato più di 20 anni fa, la sua nascita è da cercare ancora più in là nel tempo. Gli autori hanno dato alla luce questo modello dopo tanti anni di rigide ricerche in laboratorio per verificarne ed affinarne l'efficacia. Il background teorico fa riferimento ai principi dell'*Applied Behavior Analysis* (ABA), ai recenti studi sul *comportamento governato da regole* (Ruled Governed Behavior) e in maniera più specifica alla *Relational Frame Theory* (RFT) teoria funzionale del linguaggio e della cognizione umana, nata come analisi utile e pragmatica del comportamento umano in tutta la sua complessità. Secondo l' RFT, alcuni processi di natura squisitamente verbale, e legata a processi mentali (pensieri, immagini, ricordi, sensazioni, emozioni), possono arrivare a condizionare le nostre risposte comportamentali, anche se riguardano aspetti e circostanza che l'individuo non ha mai sperimentato concretamente, aspetti futuri che non sono ancora accaduti e di cui non si ha la certezza possano accadere. La ricerca sperimentale alla base dell'approccio ha dimostrato che il linguaggio può trasformare potenzialmente qualsiasi evento (interno ed esterno) in una fonte di disagio e sofferenza in grado di condizionare le nostre scelte e comportamenti e quindi il nostro benessere. Tornando alla cornice

¹ *An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. Jon Kabat Zin, 1982. The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. Kabat-Zinn J., Lipworth L., Burney R. 1985*

filosofica di riferimento (il contestualismo funzionale) gli eventi psicologici sono concettualizzati come una serie di interazioni comportamentali tra gli organismi e i contesti definiti storicamente e situazionalmente, ed è in questi contesti che assumono significato per l'individuo che ne fa esperienza. Proprio in funzione di tali caratteristiche, Hayes afferma che «per potere raggiungere lo scopo di modificare un comportamento, è necessario, e unicamente possibile, manipolare le variabili contestuali, sia interne che esterne (Hayes e Brownstein, 1986). In funzione di un contesto, ciò che caratterizza il criterio di verità non è la forma del comportamento, dell'evento o processo psicologico esperito, piuttosto la sua *funzione rispetto alla progettualità e agli scopi dell'individuo. Il comportamento, o atteggiamento, aumenta le probabilità che io possa raggiungere i miei scopi oppure le diminuisce? Arricchisce la mia vita oppure la impoverisce? Introduciamo quindi il concetto di fattibilità, conta quel che funziona.* Secondo la prima prospettiva, nessun comportamento può essere compreso senza un'attenta analisi del contesto in cui si presenta. Con il termine contesto non si fa riferimento esclusivamente a quello fisico ed esterno (sociale, fisico, biologico, storico culturale) ma anche e soprattutto a quello interno all'individuo (pensieri, ricordi, condizioni e sensazioni fisiche, emozioni). Le persone, secondo la prospettiva ACT, non sono rotte o difettose, semplicemente vivono in funzione di come la natura ha programmato le nostre menti, intente a guidare le nostre scelte e i nostri comportamenti in funzione della sopravvivenza, quindi della sicurezza e dell'evitamento del dolore. Sono semplicemente **bloccati nelle loro storie**, travolti dalle sensazioni che spesso tentano di contrastare o dalle quali fuggono credendo di poter esercitare su di esse un controllo efficace. L'ACT propone di cambiare atteggiamento verso la propria esperienza interna, suggerisce un nuovo rapporto con gli stessi contenuti con cui di solito entriamo in conflitto, allena la capacità di farvi spazio in modo *consapevole e soprattutto con disponibilità*. Questo atteggiamento non elimina il dolore, aggiunge qualcosa di importante per cui valga la pena averlo nella propria vita e allena a farne esperienza dalla prospettiva di uno spazio che ci aiuta a non rimanere incastrati o travolti offrendoci l'opportunità di esserne *spettatori distaccati e curiosi*.

Tra le terapie di terza generazione l'ACT rappresenta forse il modello che più di tutti è in grado di incarnare l'anima della terza onda:

- Centrata sul qui e ora e sulla dimensione valoriale;
- Focalizzata sui processi e non sui contenuti di pensiero;
- Non mira a ridurre, spiegare o modificare gli stati interni, piuttosto allena le abilità di accettazione non giudicante;
- Breve, eclettica e basata sulle evidenze scientifiche.
- Caratteristica di questo nuovo modello terapeutico è quello di favorire la costruzione di un ampio e più flessibile repertorio comportamentale (azione impegnata) guidato dai valori piuttosto che dall'esperienza interna;

In tale ottica, l'ACT enfatizza il ruolo del linguaggio nel processo di origine e mantenimento della sofferenza psicologica. La mindfulness, svincolata dagli originali presupposti spirituali e religiosi, è una delle tecniche maggiormente utilizzate nel processo di costruzione di un repertorio di apertura e flessibilità all'esperienza sensoriale. L'ACT ti invita ad agire nella vita quotidiana da una prospettiva unica: ti propone prima di tutto di definire *il tipo di persona che vuoi essere, le qualità che desideri fare emergere* all'interno della situazione in cui ti trovi, ti invita ad *entrare in contatto* con ciò che ti dà un significato a te e a alla tua vita, ti incoraggia ad *agire coerentemente in questa direzione* ed in base a ciò che conta davvero per te. Ti insegna anche a *fare spazio alle cose difficili che la tua mente ti fa provare sotto la pelle* (pensieri, emozioni, sensazioni, preoccupazioni) facendoti notare il costo e le conseguenze di tutti quei tentativi umani

con cui hai cercato di sbarazzartene, evitarle, interromperle. L'ACT ti propone di concentrare l'impegno della tua volontà nel muoverti con i piedi, le mani e la bocca verso ciò che conta per te. R. Harris individua tre pilastri dell'ACT: *Consapevolezza, Apertura, Coinvolgimento*, specificando come possano essere definiti anche attraverso il modello Triflex: Essere *presenti, Aprirsi, Fare Ciò che conta*.

4. Il paradigma delle tecniche di esposizione classiche

A cavallo tra le due ultime generazioni del modello CBT, si sono registrati dei netti cambiamenti di paradigma rispetto alle tecniche comportamentali utilizzate per il trattamento dei disturbi più diffusi e soprattutto i disturbi d'Ansia (Fobie, Disturbo Ossessivo Compulsivo p.es).

B. Skinner, con il suo modello di *condizionamento operante*, si è concentrato su come il comportamento può essere modellato attraverso rinforzi e punizioni. Sulla scia innovativa e rivoluzionaria dei suoi lavori si sono sviluppati tutti i contributi che hanno portato alla nascita delle *tecniche centrate sull'esposizione* come trattamento per i disturbi d'ansia e le fobie. **L'esposizione** è il trattamento di prima linea per affrontare i disturbi d'ansia e soprattutto il DOC (*Samantaray, Chaudhury e Singh, 2018*). In parole povere, è il processo attraverso cui affrontare situazioni, persone, sensazioni, immagini o pensieri verso cui si nutre una paura esagerata, non adeguata al contesto, ai propri fini e scopi. Il funzionamento di tale processo è spiegato attraverso il modello di **abituazione o desensibilizzazione**. Esso postula che, affinché l'esposizione funzioni e abbia successo, il livello di ansia di una persona debba diminuire durante una sessione di esposizione e tra le sessioni. Ad esempio, una persona che ha paura di prendere l'ascensore rimane in ascensore e lo fa avanti e indietro finché i suoi livelli di ansia non si riducono ad un livello uguale o inferiore al 40% rispetto a quando ha iniziato. Tra le tecniche di esposizione comportamentali, l'esposizione diretta e l'esposizione graduale, sono state sviluppate principalmente da **Joseph Wolpe** che propone il metodo della **desensibilizzazione sistematica (DS)**. La DS nasce nella prima generazione della terapia cognitivo-comportamentale (CBT) si basa sul principio dell'*inibizione reciproca*, dove un'emozione (come la paura) e una risposta antagonista (come il rilassamento) non possono coesistere simultaneamente. La DS **mira a sostituire la risposta di ansia a uno stimolo specifico con una risposta di rilassamento**, attraverso un'esposizione graduale e controllata allo stimolo. Sulla scia del lavoro di **Wolpe**, centrato prevalentemente sul trattamento delle fobie e dei disturbi d'ansia, si colloca in linea di continuità il lavoro di **S. Rachman** che sviluppò **l'esposizione con prevenzione della risposta (ERP)**, una tecnica comportamentale usata per trattare il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC), che consiste nell'esporre gradualmente la persona allo stimolo che innesca l'ossessione, e quindi all'ossessione stessa, impedendole di eseguire il rito compulsivo. L'individuo è aiutato ad affrontare e interagire con stimoli ansiogeni in situazioni oggettivamente sicure, senza ricorrere a comportamenti di fuga o evitamento (ovvero, comportamenti di "coping" o di "sicurezza", Abramowitz et al., 2019). Si identifica e si classificano gli stimoli e le situazioni che provocano sofferenza (ansia, disagio, disgusto, rabbia, etc) in una scala di intensità (Subjective Units of Distress Scale - S.U.D.), partendo da situazioni che provocano un'ansia minima (il primo livello deve essere disagio 0) fino a quelle che suscitano la massima attivazione. Questo consente alla persona di sperimentare che l'ansia diminuisce spontaneamente senza bisogno di comportamenti protettivi, sfatando così la convinzione che questi siano necessari per prevenire un pericolo.

Esposizione con Prevenzione della Risposta ERP -Rachman	
1. Creazione di una gerarchia di paure. (Scala S.U.D.)	Il terapeuta aiuta la persona a creare una gerarchia di situazioni o stimoli che scatenano ansia, iniziando dalle meno ansiogene verso quelle più problematiche.
2. Esposizione graduale allo stimolo	Il paziente, in un ambiente sicuro e protetto, viene esposto a stimoli e situazioni S.U.D in modo graduale, invitato a non compiere rituali o risposte di evitamento per ridurre l'ansia, come lavare le mani più volte, controllare ripetutamente qualcosa o agire rituali covert.
3. Tolleranza dell'ansia e del disagio e ristrutturazione cognitiva	La persona viene aiutata a tollerare il disagio e l'ansia che possono manifestarsi durante l'esposizione, imparando che l'ansia si riduce col tempo anche senza compiere i rituali e facendo esperienza dell'inconsistenza delle proprie previsioni.

Figura 1. Modello di esposizione con prevenzione della risposta ERP (Rachman)

Desensibilizzazione sistematica – Wolpe	
1. Addestramento al rilassamento	Il paziente impara tecniche di rilassamento muscolare profondo, come la respirazione diaframmatica o la progressiva tensione e rilassamento muscolare.
2. Creazione di una gerarchia di paure. (S.U.D. Unità Soggettiva Disagio)	Si identifica e si classifica lo stimolo o la situazione che provoca ansia in una scala di intensità, partendo da situazioni che provocano un'ansia minima fino a quelle che suscitano la massima paura.
3. Esposizione graduale allo stimolo:	Il paziente, in un ambiente sicuro e protetto, viene esposto a stimoli e situazioni S.U.D in modo graduale, alternando l'esposizione con le tecniche di rilassamento. L'esposizione può essere in vivo o immaginativa
4. Sostituzione della risposta ansiogena:	L'obiettivo è che la risposta di ansia si estingua e venga sostituita dal rilassamento con cui va in competizione.

Figura 2. Esposizione tramite Desensibilizzazione sistematica (Rachman)

5. L'approccio all'esposizione nel modello di terza generazione ACT

Nel corso degli anni, la maggior parte dei trattamenti di esposizione si sono basati su questo principio e modello. Tuttavia, nonostante il suo successo, un numero significativo di pazienti non ha risposto o ha avuto una ricaduta e/o interrotto prematuramente il trattamento (Craske, Treanor, Conway, Zbozinek e Vervliet, 2014). Craske (2013) ha studiato i meccanismi che guidano il cambiamento basato sulle tecniche di esposizione. I suoi studi l'hanno portata a due conclusioni: (1) *dimostrare che una persona che si sente meno ansiosa non è ciò che rende efficaci i trattamenti di esposizione* e (2) *sviluppare il modello di apprendimento inibitorio (inhibitory Learning Model) come nuovo quadro di riferimento per comprendere il funzionamento effettivo dell'esposizione e conciliarsi con il fatto che il nostro cervello non funziona per sottrazione di esperienze, ma per aggiunta di esse*. Quando una persona apprende una nuova associazione tra ciò di cui ha paura – uno stimolo avversivo o un'ossessione – e una nuova esperienza di esso, si chiama "nuova associazione sicura"; con esperienze multiple, in luoghi diversi e in modi diversi, quella nuova associazione sicura blocca l'attivazione del vecchio apprendimento. Secondo il *modello inibitorio*, non è l'*abituazione* il processo centrale alla base del cambiamento, piuttosto sostiene che quando il paziente entra in contatto con stimoli temuti durante l'esposizione impara modi più efficaci di reagire e questi nuovi apprendimenti inibiscono, senza eliminarle, le nuove risposte. **Non esiste nessuna correlazione quindi tra la riduzione della sofferenza (ansia) e i miglioramenti comportamentali, quest'ultimi possono esserci anche in presenza di una sintomatologia ansiosa presente**. Numerosi studi hanno però sottolineato che la riduzione dell'ansia, durante l'esposizione, non sembra essere necessaria per un miglioramento clinico funzionale (Craske et al., 2008) e potrebbe non essere il principale meccanismo di cambiamento.

L'accettazione e la defusione cognitiva sembrano facilitare i risultati dell'esposizione (Luciano et al., 2014), soprattutto per gli individui che presentano molteplici problemi (Wolitzky-Taylor et al., 2012) o alti livelli di evitamento (Davies et al., 2015). Le terapie di terza generazione, infatti, allenano a fare spazio ai vissuti, mentre ci si impegna attivamente, e questo produce un repertorio duplice: l'impegno ad essere efficaci, l'impegno a fare spazio. Il focus del cambiamento è nell'apprendimento di risposte nuove e più flessibili. Sebbene l'ACT sia un modello di esposizione fin dall'inizio e per tutto il percorso, vi sono delle differenze rispetto al modello inibitorio. Nell'ACT infatti l'esposizione prevede un "contatto organizzato con stimoli che restringono il repertorio al fine di aumentare la flessibilità" (Harris, 2019). Utilizzando la prospettiva del Choice Point di Russ Harris, questa



Figura 3. Choice Point (Rus Harris)

flessibilità emerge quando agiamo “mosse verso”. Secondo l’ACT l’esposizione può essere *graduale*: il soggetto di espone progressivamente, sviluppando in modo via via più consistente le abilità di accettazione:

si procede con esperienze private meno attivanti e successivamente si incrementa il livello di problematicità. Quello che conta è che ogni volta che il paziente intraprende uno step di esposizione, si possa percepire all’interno di una finestra di sicurezza personale. L’ACT in modo mirato e fondendo integrando i principi dell’ ERP, ti insegna le abilità per dare spazio a quei pensieri quando ciò a cui tieni della tua vita è in gioco, e ti incoraggia a compiere un passo dopo l’altro verso la vita che desideri vivere. Le abilità di esposizione sono il mezzo (non l’obiettivo) del trattamento al fine di *raggiungere una vita appagante, ricca e piena di significato*. L’ACT impiega una serie di metodi e processi per aumentare la flessibilità psicologica, che può essere definita come **la capacità di affrontare apertamente qualsiasi pensiero, emozione, sensazione fisica o impulso presente in una data situazione, persistendo o modificando il comportamento in base ai propri valori personali (Hayes et al., 2012)**. L’esposizione è una di quelle abilità che promuove i processi alla base della *flessibilità psicologica*. In una prospettiva ACT infatti, l’*esposizione* può essere concettualizzata come la **“presentazione organizzata di stimoli che in precedenza costruivano repertori ristretti in un contesto progettato per garantirne l’espansione” (Hayes et al., 2012, pp. 284)**. L’*espansione del repertorio* può essere ottenuta riducendo l’impatto delle esperienze interne (pensieri, impulsi, sensazioni fisiche, emozioni; Luciano et al., 2014), spostando il contesto dal controllo avversivo con interventi sui valori (Hebert et al., 2021) e rafforzando risposte basate sui valori più adattive (Twohig et al., 2020). Ad esempio, un individuo potrebbe imparare a relazionarsi ad un ricordo doloroso come a un’esperienza di vita che fa parte della sua storia ma non lo definisce, e permettersi di provare emozioni correlate senza difendersi. Lo scopo dell’esposizione nel modello ACT non è quello di ridurre il disagio, ma di promuovere l’accettazione dell’esperienza emotiva e di ampliare le opzioni di risposta di una persona in contesti in cui il comportamento è stato limitato dal controllo avversivo. In tal senso promuovere nuovi apprendimenti e comportamenti in linea con i valori personali. L’intero modello di flessibilità psicologica, quindi, potrebbe essere visto come una forma di “terapia dell’esposizione” (Hayes et al., 2012), e molte abilità ACT potrebbero essere impiegate in questo contesto, come opportunità di impegnarsi in attività significative mentre si sperimenta l’ansia, con l’obiettivo finale di perseguire una vita più praticabile e significativa (vedi Eifert & Forsyth, 2005). Nell’ACT, lo scopo del cambiamento che si cerca di promuovere attraverso l’esposizione è di *“rivendicare la tua vita, costruire una vita migliore, fare le cose che vuoi fare, agire come il tipo di persona che vuoi essere, vivere i tuoi valori o perseguire i tuoi obiettivi comportamentali congruenti con i valori. Quindi, dobbiamo prenderci il tempo per stabilire valori e obiettivi congruenti ai valori prima di passare all’esposizione formale. E quando inizia l’esposizione formale, vogliamo continuare a ricollegarla esplicitamente più e più volte ai valori e agli obiettivi comportamentali del cliente. Prendi l’abitudine di dire cose come: “Prendiamoci un momento per riconnetterti con ciò di cui si tratta: essere una madre amorevole / tornare al lavoro / riconquistare la tua indipendenza / dare più libertà di fare cose come XYZ / essere lì per il tuo partner / ottenere quella promozione / essere più coraggioso ecc.” E fai domande come: “Quindi ricapitoliamo: perché lo stiamo facendo?” “Cosa intendi ottenere da questo?”, “In che modo questo ti aiuterà?”. Il messaggio da portare a casa: se non hai valori e obiettivi comportamentali congruenti con i valori stabiliti come scopo per l’esposizione, è probabile che tu trovi resistenza o confusione e sia tu che il tuo cliente rimarrete bloccati.”*

5.1 Creare una gerarchia per l'esposizione

(Tratto da ACT e Trauma TFACT – R. Harris)

La fase di definizione degli stimoli e delle circostanze che suscitano sofferenza non avviene, come nel precedente modello, secondo una classificazione a priori e definita sulla base dei livelli di attivazione emotiva. Una serie di compiti, collegati agli stimoli, viene selezionata in modo collaborativo in base alla **disponibilità del paziente a fare cose che normalmente evitano**.

Questi compiti possono essere classificati in base al livello di disponibilità ma è sempre la persona che sceglie e può procedere con l'elenco secondo un ordine personale. Piuttosto, l'elenco può essere utilizzato per identificare un punto di partenza ragionevole e per valutare i progressi man mano che l'individuo riesce a gestire con successo elementi più impegnativi nel corso della terapia. Craske (Craske et al., 2014) ha riscontrato che scorrere l'elenco delle possibili esposizioni secondo un ordine non specifico produce risultati più duraturi nel lungo termine. In questa direzione, Harris introduce il concetto di *esposizione variabile*, sottolineando che l'apprendimento è più favorevole se ci spostiamo giù e su nella gerarchia, indipendentemente dal livello di difficoltà. Il terapeuta sostiene il paziente nelle sue scelte, anche quando si propone di esporsi a livelli di difficoltà più ampi di quelli che sarebbe opportuno sostenere, e avrà cura di specificare la differenza tra *azioni guidate dai valori e sfide*. In tal senso è utile la metafora dei valori come un'armatura (Torregrossa, 2024): *“Ogni volta che agiamo guidati dai nostri valori è come se indossassimo un'armatura, che ci protegge dagli urti eccessivi che la nostra mente ci fa sperimentare (emozioni o sensazioni intense) sia di fronte a situazioni temute che a situazioni naturalmente cariche di vissuti. Quando scegliamo di agire in assenza di qualcosa di importante, per cui valga la pena anche soffrire (per esempio quando sfidiamo la nostra mente o i nostri limiti) potremmo andare incontro a vissuti intensi, ed esserne travolti. I valori sono quel qualcosa che ci spinge a fare cose difficili sapendo che soffriremo”*.

Harris propone di seguire alcuni passaggi specifici per realizzare una gerarchia strutturata di stimoli:

Motivazione		
Sto facendo questo lavoro al servizio di: _____		
1° colonna: Per fare ciò che conta, sei disponibile a fare spazio a pensieri, immagini, ricordi, emozioni, sensazioni, impulsi difficili? Scrivi S per sì, N per no.		
2° colonna: Cosa farai concretamente? Per quanto tempo? Quante volte		
3° colonna: Grado di difficoltà previsto: 0= nessuno, 10= estremamente difficile		
Disponibile? S o N	Azioni che intraprenderò (cioè cosa dirò farò): quando, dove, per quanto tempo, quante volte	Difficoltà? 0-10

Figura 4. Scheda della gerarchia per l'esposizione (Tratto da ACT e Trauma, Russ Harris, Erikson)

Passaggi per completare la scheda:

- Brainstorming e valutazione

Terapeuta e paziente concordano in modo collaborativo una serie di azioni (max 15) che guideranno il processo di esposizione ed alleneranno la flessibilità che si intende promuovere. Il paziente attribuisce un punteggio, da 0-10, per descrivere la difficoltà che prevede di incontrare. Le attività vengono registrate all'interno di una scheda per la *gerarchia di esposizione*.

- **Specificare durata e frequenza**

Anche queste attività vanno concordate ed annotate sulla scheda: es.

- **Verificare la disponibilità**

Il terapeuta chiede al paziente: *“immagina vivamente di svolgere l'attività di esposizione al di fuori della seduta, quanto saresti disponibile a farlo”*. Se il paziente non si offre disponibile, riconosciamo con compassione e rispetto: *“Va bene, grazie per essere stato onesto con me”*, quindi lo incoraggiamo a scegliere un'attività diversa.

5.2 Cosa misuriamo?³

Nell'esposizione tradizionale, i terapeuti spesso monitorano le risposte del paziente misurando le variazioni del punteggio delle unità soggettive di sofferenza (SUDS). I terapeuti ACT potrebbero preferire altre misure, in alternativa o in aggiunta. Il diagramma nella pagina successiva, riprodotto dal capitolo 26 di *ACT Made Simple 2a ed.*, illustra 5 possibilità congruenti con l'ACT per le misure soggettive, per monitorare la flessibilità di risposta durante l'esposizione. I terapeuti possono utilizzare una qualsiasi o tutte queste misure. Nel modello ACT *l'esposizione* è sempre al servizio dei valori, all'agire guidato da ciò che conta. Considerato che il processo di esposizione non ha come obiettivo la riduzione di emozioni o sensazioni problematiche, ma piuttosto aumentare la **flessibilità emotiva, cognitiva e comportamentale**, non è indispensabile utilizzare la scala SUD, piuttosto possiamo utilizzare le scale relative alle tre dimensioni che nell' ACT caratterizzano il processo di esposizione descritto dal Triflex (Contatto con il momento presente, apertura, azione impegnata) in modo più ampio dall' Exaflex (Momento presente, Apertura, Fusione, Valori, Azione impegnata).

1. Unità Soggettive di Contatto con il Momento Presente

“0-10 quanto stai lottando o lottando con questa esperienza interiore?”;

10 = Sono pienamente presente, consapevole della mia esperienza, focalizzato in ciò che stiamo facendo;

0 = Non sono affatto presente; sono “da qualche altra parte”; non sono concentrato su ciò che stiamo facendo;

2. Unità soggettiva di Apertura

Puoi applicare questo a qualsiasi esperienza interiore con cui il paziente sta lottando durante l'esposizione: pensieri, sentimenti, emozioni, ricordi, impulsi, sensazioni;

0 - 10, quanto stai lottando con questa esperienza interiore?”;

10 = Ne sono consapevole, ma non faccio alcuno sforzo per evitarla o sbarazzarmi di essa; le permetto di essere presente anche se non mi piace;

0 = Mi sto impegnando a fondo per evitarla, liberarmene, allontanarla o distrarmi da essa;

3. Unità soggettiva di Fusione Cognitiva

0 - 10, quanto sei agganciato in questo momento?”;

10 = Sono completamente sganciato dai miei pensieri; sono presenti e ne sono consapevole, ma non hanno alcun impatto negativo sulle mie azioni o sulla mia consapevolezza;

0 = Sono completamente agganciato dai miei pensieri; stanno dominando la mia consapevolezza e le mie azioni;

³ “Measuring Response Flexibility in Exposure, Harris 2019. ACT Made Simple, Cpt 26).

4. Unità soggettiva di valori

Chiedi questo in riferimento ai valori specifici che motivano il compito di esposizione:

0 - 10, quanto sei in contatto con questi valori in questo momento?";

10 = Sono completamente in contatto con questi valori; sono molto importanti per me in questo momento;

0 = Ho perso il contatto con questi valori; significano poco o niente per me in questo momento;

5. Unità oggettiva di Azione Impegnata

0-10, quanto controllo hai sulle tue azioni fisiche in questo momento?";

10 = Ho il controllo totale su braccia, gambe e azioni; posso muovermi e agire liberamente.;

0 = Non ho alcun controllo su braccia, gambe e bocca; sono completamente bloccato; completamente incapace di muovermi e agire;

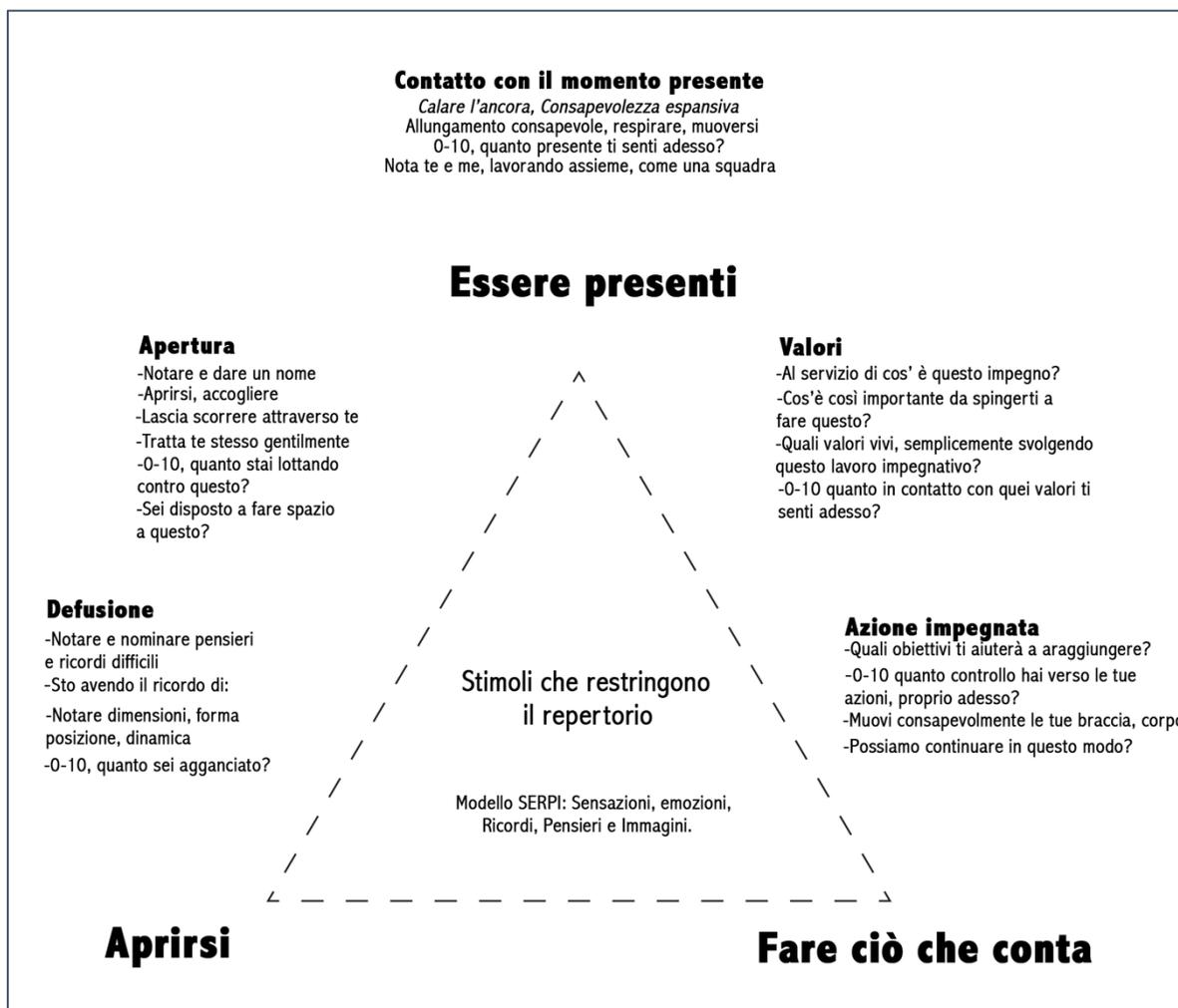


Figura 5. Misurazione processo di esposizione (Harris).

5.3 Come gestire il processo di esposizione

La durata delle attività varia, di solito possono concludersi quando un individuo ha avuto sufficienti opportunità di affrontare l'ansia e le relative esperienze interne, entrando pienamente in contatto con una situazione o uno stimolo precedentemente evitato, senza adottare comportamenti di sicurezza (Abramowitz et al., 2019). Ad esempio⁴, *“un'esposizione potrebbe terminare quando un individuo termina un pasto in un ristorante affollato, pur essendo disposto a provare ansia senza sedersi con le spalle al muro o scrutare costantemente il perimetro alla ricerca di potenziali minacce. Oppure, un individuo con disturbo di panico potrebbe tagliare l'erba del prato senza muoversi troppo lentamente o fermarsi per misurare il polso o calmare il corpo.”* Per gli esercizi che coinvolgono solo esperienze interne, si può ripetere la pratica finché l'individuo non riferisce una maggiore disponibilità a stare con queste esperienze e un miglioramento del funzionamento quando le esperienze si verificano incidentalmente al di fuori della pratica proposta (Twohig et al., 2020). Assieme agli stimoli interni, potrebbe anche essere necessario promuovere il contatto con situazioni o stimoli della vita reale. Le attuali tecnologie, qualora il clinico non fosse in condizioni di affiancare il paziente durante l'esposizione, vengono in aiuto permettendo un contatto diretto, per esempio tramite video chiamate, piccole telecamere da agganciare sugli abiti o altri dispositivi di connessione. Ogni pratica di esposizione, al di là della sua durata, deve sempre e comunque garantire al paziente una *finestra di sicurezza*: il terapeuta condivide con il paziente la dimensione o le dimensioni verso le quali stabilire un criterio di sicurezza da adottare. Nella mia pratica clinica faccio spesso riferimento alla dimensione emotiva/fisiologica che definisco con il termine **“tempesta emotiva”** e condivido con loro la mia idea di tempesta, ossia quel vissuto durante il quale pensiero ed emozioni/sensazioni si presentano dentro di noi e ci travolgono quando raggiungono alti livelli di attivazione. Chiedo quindi al paziente: quando la tua tempesta emotiva supera il livello di attivazione 8/10, quello è il momento di fermarsi, anche quando tu credi di potercela fare. Quando per via di questa tempesta percepisci di non avere più un buon contatto con il *qui ed ora*, con un punteggio di 8/10, quello è il momento di fermarsi. Quando il tuo corpo non risponde alla tua volontà e senti di essere in balia dei tuoi impulsi, con una intensità superiore a 8/10, quello è il momento di fermarsi. Questa condivisione è necessaria per offrire al paziente uno spazio di controllo sull'attività e quindi percepire adeguati livelli di sicurezza. È anche importante effettuare un *debriefing* delle attività, guidato per esempio da domande specifiche. Esempi di domande che potrebbero essere poste sono elencati nella Tabella 8 (Villatte et al., 2016) (pp. 13). Si potrebbe chiedere se i pazienti abbiano incontrato maggiori difficoltà nell'essere disponibili in determinati momenti dell'esercizio, e con quali difficoltà in quei momenti, oppure di seguito altri spunti⁵:

- *“I miei pensieri non riescono proprio a stare al passo con ciò che scelgo di fare qui. Continuano a dirmi che non posso fare quello che sto già facendo”. Potrebbe riflettere l'emergere di capacità di defusione e di assunzione di prospettiva.*
- *“È buffo quanto mi batte forte il cuore quando penso a questo”.
Potrebbe riflettere la consapevolezza del momento presente e la defusione*
- *“Questo mi ricorda quanto fossi vicino ad alcune persone della mia unità” e “Sto pensando di contattare alcuni di loro” sono affermazioni che potrebbero riflettere la valorizzazione e l'impegno nell'azione.*

⁴ “Tratto da “Acceptance and Commitment Therapy Strategies Guide for Anxiety and Trauma-Related problems in living. Jeffrey S. Bethay, Ph.D., B.C.B.A. Jonathan H. Weinstein, Ph.D. Whitney Stubbs, Ph.D.”

⁵ ""

Dovremmo anche cercare di promuovere l'apprendimento utilizzando esercizi esperienziali e metafore, mantenendo attenzione al fatto che l'individuo potrebbe sviluppare una rigida aderenza alle regole. In questo caso potremmo restituire un feedback dell'atteggiamento con frasi come:⁶

- *"Questo è un modo di vedere la cosa. Come ti aiuterà a vivere i tuoi valori e a raggiungere i tuoi obiettivi? Come si concilia quest'idea con la tua esperienza?" (Abramowitz et al., 2019; Twohig et al., 2020).*

Domande da porre durante e al termine dell'esposizione (Villate et al., 2016)	
Domande per favorire i processi	Domande per avere feedback e debriefing
Prima di iniziare, cosa pensi di fare questo esercizio?	A che punto diresti che si trova la tua volontà?
Fino a che punto sei disposto a impegnarti?	Quali sono i tuoi pensieri ora che hai fatto l'esercizio? Sono diversi da quelli che pensavi prima dell'esercizio? In tal caso, in che modo sono diversi? Noti nuovi modi di pensare all'esperienza?
Dammi una ragione basata sui tuoi valori per fare questo lavoro proprio ora.	L'esercizio è stato più facile o più difficile rispetto a combattere o respingere le tue esperienze interiori?
Stai osservando i tuoi pensieri o ti stai facendo travolgere da essi?	Se non riesci a fare tutto ciò che è importante per te in questo momento, c'è un piccolo passo che ti porterebbe nella giusta direzione?
Stai permettendo alla tua paura/ansia di essere presente o stai cercando di allontanarla?	Ci sono stati momenti in cui è stato più difficile essere disponibile? Cosa ti ha ostacolato?
Se fossi in te, proprio mentre stai iniziando ad agitarti, quali sensazioni, ricordi, emozioni o pensieri proverei?	Ti sembra qualcosa che funzionerà nella tua vita al di fuori della terapia?
Se questa sensazione non dovesse scomparire per permetterti di fare qualcosa di veramente importante, quale sarebbe?	Come ti senti dopo aver preso la decisione di fare questo esercizio?
Quando hai provato di nuovo questa sensazione? Da quanto tempo ti accompagna questa sensazione?	
Cosa ti "dice" questa sensazione sul futuro o sul passato?	
Manca qualcosa di importante? Ti è stato portato via qualcosa di importante? Sta per esserti portato via qualcosa?	

Figura 6. Tratto da "Acceptance and Commitment Therapy Strategies Guide for Anxiety and Trauma-Related problems in living. Jeffrey S. Bethay, Ph.D., B.C.B.A. Jonathan H. Weinstein, Ph.D. Whitney Stubbs, Ph.D.

Esposizione ACT - Foglio appunti

Contatto con il momento presente

Calare l'ancora, Consapevolezza espansiva
Allungamento consapevole, respirare, muoversi
0-10, quanto presente ti senti adesso?
Nota te e me, lavorando assieme, come una squadra

Apertura

- Notare e dare un nome
- Aprirsi, accogliere
- Lascia scorrere attraverso te
- Tratta te stesso gentilmente
- 0-10, quanto stai lottando contro questo?
- Sei disposto a fare spazio a questo?

Defusione

- Notare e nominare pensieri e ricordi difficili
- Sto avendo il ricordo di:
- Notare dimensioni, forma, posizione, dinamica
- 0-10, quanto sei agganciato?



Sè come contesto

- C'è una parte di te che sta notando ogni cosa
- I tempi cambiano, e questa parte di te può fare un passo indietro e notare che questo sta accadendo
- Usa questa parte per mettere in risalto lo spettacolo dal vivo

Valori

- Al servizio di cos'è questo impegno?
- Cos'è così importante da spingerti a fare questo?
- Quali valori vivi, semplicemente svolgendo questo lavoro impegnativo?
- 0-10 quanto in contatto con quei valori ti senti adesso?

Azione impegnata

- Quali obiettivi ti aiuterà a raggiungere?
- 0-10 quanto controllo hai verso le tue azioni, proprio adesso?
- Muovi consapevolmente le tue braccia, corpo
- Possiamo continuare in questo modo?

Permission is granted to the reader to reproduce this form for personal use.
Copyright © 2018 Russ Harris.

© Russ Harris, 2016

Figura 7. Modello Exaflex con riferimenti per la misurazione delle dimensioni coinvolte nell'esposizione. (Harris 2016).

Ogni spunto o domanda permette di allenare uno o più processi dell'Exaflex, a titolo esemplificativo Harris (2016) ha descritto questi spunti collocandoli all'interno di un modello grafico. Questo modello può essere utilizzato dal clinico quale guida alle tecniche o domande da porre (*p.es calare l'ancora – Contatto con il momento presente*) o per misurare i livelli dei vari processi coinvolti/allenati (Apertura, Disponibilità, etc.). Al termine dell'esposizione in studio, o comunque in sessione, condividiamo con il paziente l'utilità di svolgere esercizi simili anche in casa. Proponiamo attività di circa 10-20 minuti da svolgere quotidianamente e con incremento progressivo, in linea con i livelli di ampliamento del repertorio comportamentale e flessibilità che si intendono accrescere. Nel tempo i pazienti saranno in grado di accedere alle attività e stimoli che stavano evitando, allenando le abilità per sostenere in modo altrettanto efficace eventuali circostanze problematiche non preventivabili. In tal senso, è necessario che il clinico dedichi uno spazio specifico ad affrontare il tema delle "ricadute" chiarendo che non è possibile evitarle o meglio non del tutto, piuttosto proponiamo un modello di flessibilità anche nel trattare questi episodi con gentilezza e in linea con ogni altra esperienza umana. Esistono modelli specifici che offrono una visione più tecnica del processo di ricaduta, come per esempio il modello *trans-teorico del cambiamento*.

6. Il modello trans-teorico del cambiamento

È utile a questo punto condividere il modello *trans-teorico del cambiamento*: Il modello trans-teorico assume che il cambiamento sia un processo continuo, che si articola nel tempo attraverso una serie di fasi lungo le quali la persona attraversa diversi stadi di partecipazione e spinta, di conseguenza diversa motivazione al cambiamento. Per cambiamento, è utile specificarlo, si intende sempre la possibilità di ogni individuo di assumere atteggiamenti e comportamenti coerenti con i propri scopi e valori. Molto spesso faticiamo ad agire con continuità queste scelte perché tentiamo a voler evitare la sofferenza che si presenta mentre agiamo o pensiamo di agire queste scelte.

Il processo di cambiamento: “La metafora della rotatoria stradale”.

Il modello di Prochaska-Di Clemente descrive il processo di cambiamento disponendo le fasi in modo circolare. Ho trovato utile descrivere questa forma circolare come se fosse la rotatoria all'interno di un percorso stradale urbano. Le persone che decidono di modificare un comportamento entrano all'interno di una rotatoria, per cambiare un comportamento è necessario svolgere più giri. Nelle prime ricerche per valutare l'efficacia del modello, gli esperimenti condotti sui gruppi di fumatori, ad esempio, gli autori riscontrarono che i soggetti percorrevano la ruota dalle tre alle sette volte (con una media di quattro) prima di abbandonare tale abitudine. La rotatoria è soggetta alla forza centrifuga che ci spinge verso l'esterno (la ricaduta), e come tale quindi ricadere non è un errore ma è una parte stessa del cambiamento. Ogni cambiamento contiene una spinta alla ricaduta, necessaria a preservare lo stato delle cose, la stabilità di una configurazione che tende a preservarsi, opponendo appunto resistenza al cambiamento. Una ricaduta quindi è normale, fisiologica. Il terapeuta condivide con la persona gli ostacoli che incontrerà e normalizza anche le ricadute come un aspetto intrinseco al processo, che non ostacola il risultato finale se si riprende subito contatto con il processo di cambiamento più ampio, alla ricaduta deve far seguito un impegno ed allinearsi ai presupposti iniziali.

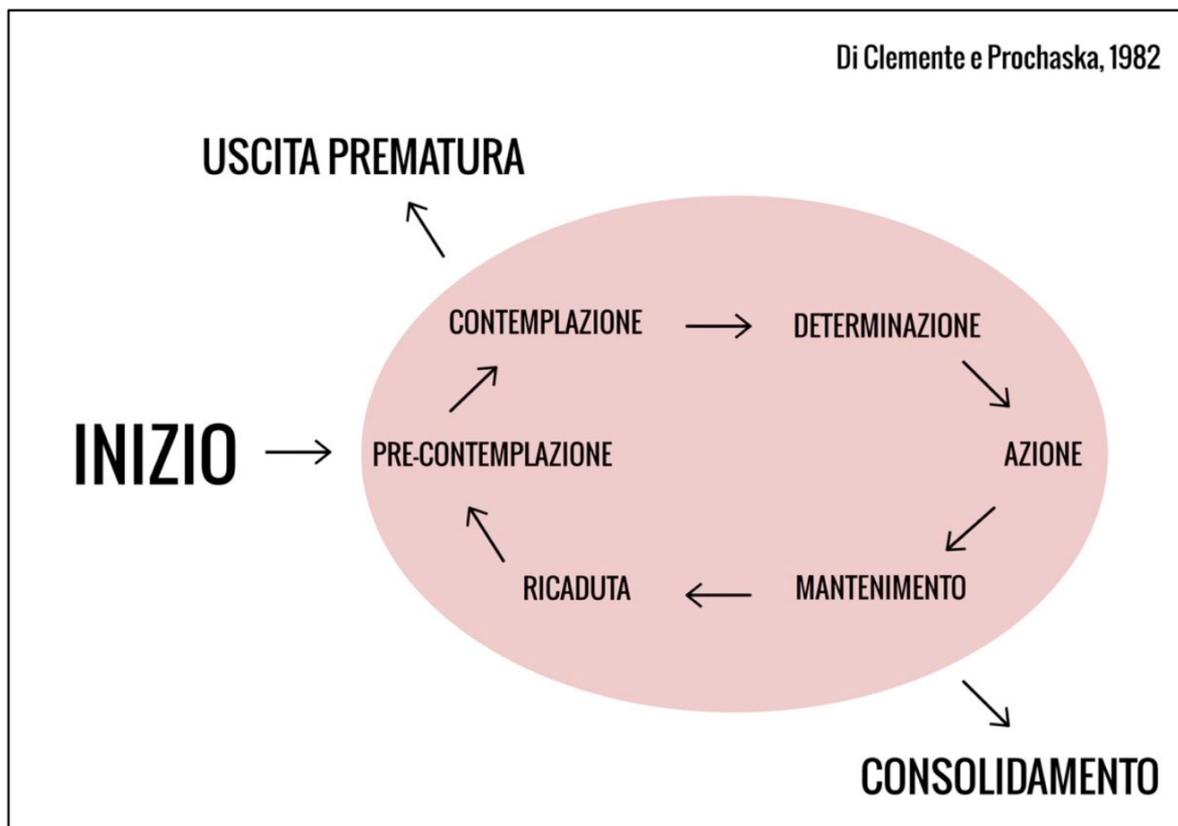


Figura 8. Il modello trans-teorico del cambiamento (Di Clemente e Prochaska, 1982)

In generale si condividono alcuni presupposti essenziali:

- Dopo la scelta e la pianificazione di un cambiamento (determinazione), deve far seguito in breve un'azione concreta;
- L'azione concreta deve comprendere uno step intermedio al risultato più ampio, di facile raggiungimento se riguarda un passo iniziale;
- Ad ogni step del modello è utile condividere con la persona la sua posizione rispetto ad ognuna delle fasi del cambiamento;

Pre-contemplazione	Non considero questo comportamento un problema.
Contemplazione	Sto pensando di modificare questo comportamento.
Preparazione	Mi sto preparando attivamente a modificare questo comportamento.
Azione	Ho iniziato ad attuare il nuovo comportamento.
Mantenimento	Sto continuando ad attuare il nuovo comportamento.
Ricaduta	Sono ricaduto nel vecchio comportamento.

Le fasi del cambiamento:

Figura 9. Le fasi del cambiamento – Modello Trans-teorico

Pre-contemplazione – “Non considero questo comportamento un problema”: se una persona ritiene che un comportamento contro produttivo o autodistruttivo è coerente con il suo sistema di valori, è un comportamento “verso” ciò che conta per lui, questo indica solitamente che la persona è ad uno stadio (pre-contemplazione) in cui non vede ancora il suo comportamento come un problema. È probabile che tale atteggiamento sia mosso da uno stato di totale “fusione” con le conseguenze a breve termine del suo comportamento, allo stesso tempo un rigido evitamento dei vissuti e delle conseguenze qualora scegliesse di interrompere o semplicemente considerare un'alternativa.

Contemplazione – “Sto pensando di modificare questo comportamento”: in questa fase la persona valuta in modo concreto l'ipotesi del cambiamento, sono presenti ambivalenze e incertezza, la possibilità di tornare a rifugiarsi nella fase iniziale è elevata (Uscita prematura).

Determinazione – Mi sto preparando concretamente a modificare questo comportamento: la persona comincia a pianificare le modalità e le azioni necessarie a realizzare il cambiamento, si prende atto che le conseguenze a lungo termine sono maggiori di quelle a breve termine. Le vecchie strategie e repertorio lasciano il posto a nuovi atteggiamenti, nuovi modi di vivere i propri vissuti e le proprie esperienze interne.

Azione – Ho iniziato ad attuare il nuovo comportamento: si passa all'azione, si strutturano nuove abitudini e allo stesso tempo si fa esperienza di vissuti che procurano resistenza al cambiamento. La motivazione è l'elemento in grado di favorire il mantenimento della performance.

Mantenimento – Sto continuando ad attuare il nuovo comportamento: la persona continua a mantenere il nuovo repertorio, rinforzata dai risultati e dai feedback esterni. Questa fase favorisce il consolidamento del repertorio (Consolidamento)

Ricaduta – Sono ricaduto nel vecchio comportamento: se si presenta una ricaduta nel vecchio comportamento si prende atto che anche questa è una fase di un processo più ampio, il cambiamento appunto. La ricaduta è una fase del processo di cambiamento e come tale va vissuto in modo leggero e con disponibilità. Si riparte dagli stadi successivi del modello, in base a quale di queste fasi si sono riattivate in funzione della ricaduta.

"Between stimulus and response there is a space. In that space is our power to choose our response. In our response lies our growth and our freedom."

(Viktor Frankl)