

11. Mindfulness e Disturbo Ossessivo-Compulsivo

Sviluppare validazione e fiducia verso la propria esperienza interna

di Fabrizio Didonna

*Non attraverso le azioni,
Non attraverso le parole
Ci rendiamo liberi dalle contaminazioni mentali,
ma osservandole e riconoscendole in continuazione*

- Anguttara Nikaya, 557 - 477 B.C.

Introduzione

Il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) è una patologia psichiatrica a decorso tendenzialmente cronico e di gravità spesso invalidante.

È caratterizzato da pensieri, immagini o impulsi (ossessioni) ricorrenti, intrusivi e disagiati e/o da azioni mentali o manifeste ripetitive (compulsioni o comportamenti di neutralizzazione) attuate allo scopo di ridurre o eliminare il disagio e l'ansia causati dai pensieri ossessivi e per prevenire qualsiasi conseguenza percepita come dannosa per sé e/o per gli altri (American Psychiatric Association, 2000).

Questo disturbo ha una prevalenza nel corso della vita di circa il 2-3 % in tutta la popolazione mondiale (Weissman *et al.*, 1994), spesso insorge durante l'adolescenza o nella prima età adulta e solitamente l'esordio è graduale (American Psychiatric Association, 2000). Il DOC è il quarto disturbo psichiatrico più comune, seguito da fobie, disturbo da uso di sostanze e depressione (Germer, Siegel & Fulton, 2005; Robins *et al.*, 1984; Rasmussen & Eisen, 1992) ed è la decima causa di disabilità nel mondo (Organizzazione Mondiale della Sanità, 1996). È una patologia inoltre che comporta elevati costi per il sistema sanitario (Simon, Ormel, VonKorff, & Barlow, 1995) e porta a significative compromissioni della qualità della vita.

Il DOC è anche a volte concettualizzato come un disturbo del pensiero. Questo è dovuto al fatto che nel DOC le cognizioni intrusive e le ossessioni sono spesso, sebbene non sempre, la caratteristica nucleare e lo stimolo attivante di questa sindrome. Tuttavia il DOC non è soltanto un disturbo del pensiero. Se si osservano più attentamente le caratteristiche cliniche e fenomenologiche di tale condizione psicologica, risulta evidente che molti pazienti ossessivi hanno una relazione disfunzionale con la loro intera esperienza interna: percezioni sensoriali, stati emotivi, sensazioni fisiche e cognizioni. Inoltre, sappiamo che alcune persone con problemi ossessivi (in particolare nei casi cronici e con una lunga storia di malattia) possono non avere alcuna consapevolezza delle cognizioni associate alle compulsioni, cosicché i rituali sono diventati nel tempo comportamenti automatici senza alcun bisogno di cognizioni coscienti.

La Terapia Cognitivo-Comportamentale (TCC) è stata riconosciuta come una terapia efficace per il trattamento del DOC, sia nei bambini che negli adulti. In particolare, *l'esposizione e la prevenzione della risposta* (ERP nell'acronimo inglese) è il trattamento psicologico maggiormente validato per il DOC. Infatti, il 75% circa dei pazienti trattati con questo metodo migliorano significativamente e mantengono i risultati al follow-up (Menzies & De Silva, 2003). Anche la farmacoterapia si è dimostrato un trattamento efficace per questo disturbo, in particolare l'utilizzo di farmaci antidepressivi serotoninergici, con una percentuale di rispondenza che va dal 40 al 60 % dei casi trattati.

Nonostante la disponibilità di questi trattamenti efficaci, tra coloro che soffrono di DOC, vi è un numero significativo di persone che non rispondono positivamente ai protocolli standard di terapia cognitivo-comportamentale e nemmeno ai farmaci antidepressivi serotoninergici e, nel lungo termine, la farmacoterapia è associata a un elevata percentuale di ricadute in seguito alla sospensione della terapia (80-90%; Pato, Zohar-Kadouch & Zohar, 1998).

Inoltre l'uso della tecnica dell'Esposizione e Prevenzione della Risposta è associata con una percentuale significativa di *drop-out* (25%) a causa della sua natura altamente ansiogena e inoltre essa non sembra efficace per soggetti che presentano ossessioni senza compulsioni manifeste (ossessivi puri) e in pazienti con *ideazione sopravvalutata* (una sorta di ideazione intermedia tra l'ossessione e il delirio) (Kyrios, 2003). Oltre a essere spesso refrattari ai trattamenti attualmente disponibili, i pazienti con DOC molto spesso presentano comorbilità con diversi disturbi dell'Asse I e II del DSM-IV (APA, 2000) che contribuiscono a compromettere ulteriormente la

qualità della loro vita. Questo aspetto inoltre tende spesso a rendere i vari trattamenti di difficile applicazione ovvero ne riduce l'efficacia.

Il DOC inoltre ha delle manifestazioni cliniche talmente eterogenee e idiosincratiche che non è possibile considerare il disturbo come una singola e omogenea entità diagnostica. Infatti sono stati identificati diversi sottotipi del disturbo che possono differire tra loro in relazione ai processi psicologici implicati e ai contenuti delle preoccupazioni che mantengono i sintomi ossessivi (Clark, 2004).

Per definizione, la mindfulness (vedi anche i capitoli 1 e 2) è uno stato che può essere concettualizzato come l'antitesi di molti meccanismi e fenomeni ossessivi e, in tal senso, la sindrome ossessiva può essere definita come uno stato di grave *mindlessness* (il concetto opposto a quello di mindfulness, N.d.T.).

Tutto questo porta i clinici a chiedersi come e se è possibile integrare i trattamenti attualmente disponibili per il DOC con le cosiddette prospettive della "terza onda" o terza generazione della terapia cognitiva comportamentale (interventi basati sulla mindfulness e sull'accettazione) allo scopo di far fronte efficacemente alle problematiche sopra descritte e all'eterogeneità del disturbo e migliorare l'efficacia e l'utilizzo dei programmi di trattamento già validati.

Gli scopi del presente capitolo sono analizzare le particolari caratteristiche della relazione che i pazienti con DOC tendono a instaurare con i loro stati interni (pensieri, emozioni e percezioni sensoriali) utilizzando una prospettiva basata sulla mindfulness, e comprendere come tale rapporto può giocare un rilevante ruolo di attivazione e mantenimento nella problematica ossessiva.

Inoltre l'Autore propone delle ipotesi sulle modalità attraverso cui gli interventi basati sulla mindfulness possono intervenire per modificare e migliorare la relazione di questi pazienti con la loro esperienza interna e aiutarli conseguentemente a fronteggiare efficacemente i loro specifici "deficit di mindfulness" (deficit attentivi, fusione pensiero-azione, atteggiamento non-accettante, auto-invalidazione dell'esperienza percettiva, bias interpretativi nei confronti degli stati interni, etc.), i quali conducono invariabilmente alla fenomenologia ossessiva.

Alcuni studi preliminari e l'osservazione clinica suggeriscono che i training basati sulla mindfulness e/o le tecniche di mindfulness possono essere un utile ed efficace intervento per i soggetti affetti da DOC, in particolare se integrati, nei casi più gravi, con altri trattamenti empiricamente validati. L'integrazione tra i trattamenti cognitivisti tradizionali e gli interventi basati sulla mindfulness può offrire una prospettiva maggiormente *olistica*

per gli individui ossessivi, ovvero un approccio che agisce non soltanto nei confronti dei sintomi primari del disturbo e tratta l'intera persona in modo "globale", considerando insieme la dimensione cognitiva, emotiva, fisica e sensoriale. Questo può condurre a un rilevante beneficio clinico poiché il DOC agisce e compromette numerose aree e funzioni della vita e dell'esperienza del paziente e inoltre poiché i sintomi ossessivi rappresentano probabilmente solo la manifestazione più evidente di un deficit o compromissione più generale del funzionamento dell'individuo.

Perché la mindfulness può essere efficace per il DOC? Rationale per l'uso di un intervento basato sulla mindfulness per i problemi ossessivi

*E' men male l'agitarsi nel dubbio,
che il riposar nell'errore*
Alessandro Manzoni (1785-1873)

All'interno della prospettiva cognitivo-comportamentale diversi autori in passato hanno formulato varie ipotesi che sono coerenti in alcuni punti con una prospettiva basata sulla mindfulness dei disturbi d'ansia e del DOC, la quale è finalizzata al cambiamento del modo in cui l'individuo si relaziona alla propria esperienza interna. Salkovskis (1996), ad esempio, ha sottolineato che lo scopo della terapia cognitivo-comportamentale non è convincere le persone che il loro modo attuale di interpretare le situazioni è sbagliato, irrazionale o eccessivamente negativo (focus sul contenuto); l'obiettivo è piuttosto quello di permettere loro di identificare dove e come sono rimasti intrappolati o bloccati nel loro modo di pensare (focus sul processo) e lasciarli scoprire altri modi di guardare alla loro situazione.

Una tecnica cognitivo-comportamentale, chiamata *tecnica del nastro continuo* (Salkovskis, 1983), sviluppata per individui con ossessioni pure (senza compulsioni manifeste), consiste nell'aiutare il paziente ad esporsi ai propri pensieri ossessivi (registrati su nastro), ascoltandoli ripetutamente e stando in contatto con essi. Lo scopo è semplicemente osservare le cognizioni ossessive, senza reagire ad esse con rituali manifesti o mentali, considerandole semplicemente come eventi mentali, prevenendo o interrompendo qualsiasi valutazione, giudizio, interpretazione o *neutralizzazione*. Tale tecnica può essere certamente considerata, in una prospettiva *mindfulness-based*, un potente ed efficace esercizio di mindfulness nei quali i pazienti apprendono la capacità di vedere i pensieri come semplici fatti mentali, in-

dipendentemente dal loro contenuto e imparano ad esporsi alle cognizioni intrusive sviluppando un modo nuovo di relazionarsi ad esse.

Altri autori evidenziano che la maggior parte delle psicopatologie sono caratterizzate da un'intolleranza verso alcuni aspetti dell'esperienza interna e anche da conseguenti modalità di evitamento finalizzate a sottrarsi da tale esperienza. Le forme più efficaci di psicoterapia tendono a ridurre tale *evitamento esperienziale*, aiutando i pazienti ad accettare di esporsi a vari aspetti temuti relativi ai loro stati interni, sia in modo comportamentale che incoraggiandoli a rimanere in contatto con i dolorosi e spaventosi pensieri ed emozioni che emergono durante il corso del trattamento (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996).

Come viene descritto in altri capitoli di questo libro, l'*evitamento esperienziale* è stato concettualizzato come "il fenomeno che avviene quando una persona è indisponibile a rimanere in contatto con particolari esperienze interne (es. sensazioni fisiche, emozioni, pensieri, ricordi, immagini, percezioni sensoriali) e cerca per questo di alterare la forma o la frequenza di tali esperienze o i contesti che le attivano" (Hayes et al., 1996).

Come per gli altri disturbi d'ansia, l'evitamento esperienziale è un problema centrale anche per il DOC, prendendo la forma in questo caso di una serie di strategie controproducenti quali comportamenti protettivi (es. evitamento), rituali, ricerca di rassicurazioni, etc.

La pratica di mindfulness incoraggia i pazienti a sospendere la 'lotta' che essi tendono a ingaggiare con i loro pensieri ed emozioni e a rinunciare alle inefficaci strategie di evitamento esperienziale utilizzate fino a quel momento per difendersi dal contenuto di quella esperienza interna.

Inoltre, la rilevanza clinica della mindfulness nel trattamento di diverse forme di patologia, incluso il DOC, può derivare dal suo intervenire ad un livello gerarchicamente sovraordinato nel processo di attivazione e mantenimento del disturbo. Che significa che se prendiamo come riferimento i modelli di formulazione del problema delle teorie cognitive, vediamo che lo stato di mindfulness può intervenire in particolare nel punto di transizione tra i fattori attivanti e i processi metacognitivi individuali (vedi figura 11.3).

Perciò lo stato di mindfulness può essere concettualizzato come una *modalità o atteggiamento pre-metacognitivo* che aiuta a prevenire la tendenza dei pazienti a entrare nelle specifiche valutazioni, giudizi e bias che mantengono e/o iperattivano i problemi psicopatologici.

Più specificamente, la pratica di mindfulness permette di acquisire e sviluppare la capacità di *riconoscere e accettare* consapevolmente i pensieri e le emozioni indesiderati come una modalità alternativa all'attivazione

dei modi abituali, automatici e pre-programmati che tendono a perpetuare i sintomi.

Inoltre, insegna ai pazienti come “osservare” la loro esperienza senza entrare nella modalità meta-valutativa.

Il fatto che le cognizioni disturbanti nel DOC sono generalmente accompagnate da *insight* o ego-distonia (il riconoscimento che i propri sintomi sono eccessivi, inappropriati o irrealistici) rendono tale disturbo particolarmente idoneo ai metodi basati sulla mindfulness. Infatti, i sintomi in sé possono diventare naturali soggetti di osservazione da parte del paziente, che è indotto a vederli con maggiore chiarezza e consapevolezza (mindfulness) e a iniziare un processo di *decentramento* e *disidentificazione* dagli stati interni.

La fenomenologia ossessiva e le diverse dimensioni della mindfulness

*Ci sono due modi di attraversare
la vita in modo agevole:
credere a tutto o dubitare di tutto.
Entrambi i modi ci salvano dal pensare.*

Alfred Korzybski (1879 - 1950)

La caratteristica nucleare e la sorgente del disagio nel DOC è rappresentata da ricorrenti *intrusioni* cognitive (ossessioni) che creano una consapevolezza di allarme o minaccia (es. “Potrei avere accidentalmente investito qualcuno con la mia auto?”; “Ho chiuso la porta?”, etc.). Le persone affette da DOC tendono tipicamente ad attivare alcuni comportamenti protettivi (es. rituali, azioni di evitamento o fuga) in reazione alla minaccia ossessiva. I pensieri ossessivi normalmente prendono la forma sia di una minaccia percepita di un danno fisico a sé stessi o ad altri o, in alcuni casi di una minaccia morale o spirituale a sé stessi, agli altri o verso una divinità.

Considerando la straordinaria eterogeneità e le differenze fenomenologiche che possiamo trovare negli individui che soffrono di DOC, l’osservazione clinica e diversi studi sull’elaborazione dell’informazione (Amir & Kozak, 2002) e sui tipici domini di convinzioni ossessive (OCCWG, 1997) suggeriscono che i pazienti con DOC possono avere un problema generale di sfiducia e mancanza di confidenza nei confronti della

loro esperienza interna che li conduce a dover fare continuamente qualcosa allo scopo di prevenire le conseguenze temute. Questo modo particolare di relazionarsi agli stati interni potrebbe anche essere concettualizzato, utilizzando una prospettiva basata sulla mindfulness, come una mancanza o deficit in alcune abilità di mindfulness.

In un recente studio esplorativo (Didonna & Bosio, manoscritto in preparazione) con un campione di 18 pazienti affetti da DOC (punteggio medio di gravità totale alla Y-BOCS = 22) gli autori hanno studiato le relazioni tra la fenomenologia ossessivo-compulsiva e le abilità di mindfulness dei soggetti esaminati, utilizzando diverse scale cliniche e un test multifattoriale sulla mindfulness, il *Five Facets Mindfulness Questionnaire* (FFMQ, vedi Baer et. al., Capitolo 9 di questo libro); Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney, 2006). Il FFMQ misura una tendenza generale di tratto ad avere una modalità *mindful* o consapevole nella vita quotidiana, la quale viene definita attraverso cinque fattori: *osservare, descrivere, agire con consapevolezza, non giudicare l'esperienza interna e non reagire agli stati interni*. I dati preliminari mostrano che i pazienti ossessivi, comparati con un campione non-clinico, riportano punteggi significativamente più bassi ($p < 0,001$), rispetto al gruppo di controllo, in tre dei cinque fattori e anche nel punteggio totale. Queste tre dimensioni più deficitarie trovate nel campione con DOC erano *agire con consapevolezza, non giudicare l'esperienza interna e non reagire agli stati interni*.

Il fattore *agire con consapevolezza* riguarda la capacità di essere presenti nelle attività del momento. Esso contrasta con il cosiddetto *pilota automatico* in cui ci si comporta in modo meccanico, senza consapevolezza delle proprie azioni (vedi rituali e neutralizzazioni nel DOC). La *non reattività agli stati interni* è la tendenza a permettere ai pensieri e alle emozioni di comparire e di estinguersi spontaneamente, senza essere travolti o intrappolati in essi (vedi il rimuginio e le neutralizzazioni nel DOC). Il fattore *non giudicare l'esperienza interna* si riferisce all'assumere una posizione non valutativa nei confronti degli stati interni (vedi i bias cognitivi, i domini di credenze e le assunzioni nel DOC). Inoltre, in relazione a quest'ultimo fattore, è stata trovata una correlazione negativa tra i punteggi alla Y-BOCS e quelli alla sottoscala *Non-giudicare*: all'aumentare della sintomatologia ossessiva aumenta la tendenza a giudicare l'esperienza interna.

Ulteriori studi sono necessari per confermare queste relazioni, ma questi dati suggeriscono che il DOC può essere associato con alcuni deficit nelle abilità di mindfulness che sono chiaramente collegati con alcune caratteristiche cliniche e *bias* presenti nel disturbo.

Nei successivi paragrafi saranno analizzati gli effetti dei training e della pratica di mindfulness in relazione ad alcune tipiche caratteristiche fenomenologiche e cliniche del DOC.

Ruminazione e Mindfulness

*Per credere con certezza
dobbiamo cominciare col dubitare*
Stanislaw Leszczynski (1677 - 1766)

Come è stato osservato da diversi autori (De Silva, 2000; Salkovskis, Richards, & Forrester, 2000b), il termine *ruminazione ossessiva* è stato usato in letteratura per descrivere indifferentemente sia le ossessioni che le neutralizzazioni mentali.

Un aspetto alquanto curioso, in relazione ai contenuti e agli scopi di questo capitolo e libro, è il fatto che il significato del termine “ruminazione” fornito dall’ *Oxford English Dictionary* (1989) è paradossalmente ‘*meditazione*’. Poiché “*ruminare*” è definito come “far girare in continuazione nella mente”, essa non è un’esperienza passiva, e per questa ragione l’ossessione non può essere una ruminazione (de Silva, 2003). Seguendo la definizione di de Silva (2003), “una ruminazione ossessiva è (più probabilmente) un’attività cognitiva compulsiva che viene eseguita in risposta a un pensiero ossessivo. Il contenuto del pensiero intrusivo determina la questione o il tema verso il quale la persona dirigerà la ruminazione”. Alcuni esempi di ruminazione ossessiva sono: “Sono omosessuale?”, “Andrò all’inferno?” o “Sto impazzendo?”

È stato constatato che i training di mindfulness possono avere effetti su alcuni processi psicologici comuni a numerosi disturbi (Teasdale, Segal, & Williams, 2003). La ruminazione è un comportamento mentale che caratterizza diverse patologie mentali, tra esse il Disturbo d’Ansia Generalizzata¹, il Disturbo d’Ansia Sociale, la Depressione Maggiore e il DOC. Sebbene i contenuti e le conseguenze emotive e comportamentali della ruminazione possono essere abbastanza diversi in relazione al disturbo, il punto di partenza o stimolo attivante del processo e i suoi meccanismi clinici sono simili. Esiste un consistente consenso in letteratura riguardo al fatto che la

¹ e non *generalizzato*, come si vede in molte traduzioni italiane, N.d.T.

ruminazione è, in una certa misura, un processo normale e adattivo (es. nei processi creativi, nel problem-solving, come risposta allo stress, etc.), ma se questo processo cognitivo non riesce a giungere a una conclusione in modo naturale può diventare maladattivo (Field, St-Leger & Davey, 2000). La ruminazione, sia in campioni normali che clinici, è utilizzata come una strategia di problem-solving finalizzata a diminuire la discrepanza tra lo stato reale e quello desiderato – la cosiddetta “modalità del fare” (Segal, Williams, Teasdale, 2002). Per gli individui affetti da DOC la ruminazione rappresenta un tentativo di passare da una sensazione di disagio o ansia a uno stato di calma, ovvero da una sensazione ipertrofica di responsabilità al sentirsi liberato da essa. Poiché questa strategia è attivata in relazione agli stati del sé, nei pazienti con DOC, come nel caso di altri disturbi, essa è disastrosamente controproducente poiché mantiene lo stato indesiderato (vedi la figura 11.3).

Diversi fattori sono stati associati al pensiero ripetitivo e alla ruminazione, tra essi troviamo: *umore* (una deflessione dell’umore influenza la perseverazione cognitiva; Schwarz & Bless, 1991); *perfezionismo* (Bouchard Rhèaume & Ladouceur, 1999); e il *senso di responsabilità ipertrofico* (Rhèaume, Ladouceur, Freeston & Letarte, 1994; Wells & Papegeorgiu, 1998). In generale quanto descritto sopra indica che la ruminazione è un processo meta-cognitivo reattivo.

Gli interventi basati sulla mindfulness sono una forma di *addestramento mentale* finalizzato a ridurre la vulnerabilità cognitiva alle modalità reattive della mente (es. ruminazione), le quali possono intensificare il livello di stress e il disagio emotivo nell’individuo ovvero possono determinare il mantenimento del disturbo (vedi fattori di mantenimento, figura 11.3) (Segal et al., 2002). I training di mindfulness (es. MBCT o MBSR) costituiscono un intervento *anti-ruminativo* poiché addestrano i pazienti a favorire in essi uno spostamento dalla “modalità del fare” (finalizzata a ridurre le discrepanze tra gli stati reali e quelli desiderati) alla “modalità dell’essere” (caratterizzata da un’esperienza diretta, immediata e ravvicinata con il presente, non orientata a un obiettivo, basata sull’accettazione e l’accoglimento della realtà per come essa è) (Segal et al., 2002).

In uno stato di consapevolezza i pazienti apprendono ad avere un’esperienza diretta dei loro stati interni *vivendo* direttamente i pensieri, le emozioni e le sensazioni, invece che *pensare* all’esperienza. L’effetto anti-ruminativo della mindfulness è stato ben descritto da Jon Kabat-Zinn (1990) nella sua illustrazione degli effetti del suo programma MBSR, che è anche una definizione del processo cognitivo del *decentramento*: “È davvero straordinario constatare quanto libero ti fa sentire il riuscire a renderti

conto che i tuoi pensieri sono soltanto pensieri e non sono “te stesso” o la “realtà”... “Per esempio, se hai il pensiero di dover fare un certo numero di cose entro oggi e non riconosci questo come un pensiero, ma agisci come se fosse “la verità”, allora in quel momento hai creato una realtà nella quale veramente credi che quelle cose devono essere tutte fatte oggi... D’altra parte, quando tale pensiero compare, se riesci a fermarti, a prendere le distanze da esso e a vederlo con chiarezza, allora riuscirai a dare la giusta priorità alle cose e a prendere decisioni ponderate rispetto a ciò che è realmente necessario fare e saprai quando è utile smettere. Così il semplice atto di riconoscere i tuoi pensieri come pensieri può liberarti dalla realtà distorta che essi spesso creano e ti permetterà di sviluppare una più chiara lungimiranza e un maggior senso di controllo nella tua vita” (pagg. 69-70).

La pratica di mindfulness è un addestramento mentale che può aiutare a prevenire i processi ruminativi poiché utilizza un controllo intenzionale dell’attenzione per stabilire un tipo di elaborazione dell’informazione o modalità cognitive alternative che sono incompatibili con le modalità e fattori che mantengono il disturbo (vedi figura 11.3). Durante la pratica di mindfulness i pazienti sono invitati a mantenere intenzionalmente la consapevolezza su un particolare oggetto dell’attenzione, come le sensazioni fisiche durante il respiro o da esso provocate, momento per momento (Teasdale, 1999).

Ogni qual volta la mente tende a vagare (e questa è una condizione normale, non eccezionale della mente) verso pensieri, emozioni, suoni o altre esperienze fisiche o sensoriali, i contenuti della consapevolezza vengono notati e la persona attiva l’intenzione di riportare di nuovo gentilmente, ma in modo deciso, la consapevolezza al focus originario dell’attenzione. Questo focus, che è normalmente rappresentato da un’esperienza interna sempre disponibile, come il respiro o il corpo, può diventare una chiara e stabile “ancora” per i pazienti che riportano la loro consapevolezza al momento presente evitando di estenderla fino al punto in cui essi tendono a ‘perdersi’ nella realtà creata dalle correnti di pensieri in cui essi sono così spesso immersi (ruminazione) (Teasdale, 1999). Questo processo viene ripetuto continuamente in modo regolare attraverso diversi momenti di pratica quotidiana di mindfulness. Questa pratica permette di fare ripetute esperienze durante le quali l’abilità di relazionarsi ai pensieri come eventi transitori e impermanenti nella mente viene facilitato dallo scegliere un focus prioritario dell’attenzione non-cognitivo (frequentemente corporeo), attraverso il quale l’esperienza del pensiero può essere registrata semplicemente come un altro evento della consapevolezza piuttosto che

come la “materia prima” della mente o del sé (Teasdale, 1999), la quale rappresenta la modalità di elaborazione comune per i pazienti con DOC.

Inoltre, l’istruzione data dall’istruttore di osservare il contenuto dei pensieri mentre compaiono e di lasciarli poi andare ritornando al focus originario dell’attenzione aiuta i pazienti a sviluppare una prospettiva *decentrata e distaccata* (vedi i paragrafi successivi) in relazione a qualsiasi tipo di cognizione.

Diversi studi (Jain et al., 2007; Kocovski, Fleming, & Rector, 2007) implementati con campioni non-clinici o clinici (ansia sociale, depressione), hanno mostrato che gli interventi basati sulla mindfulness e accettazione determinano un decremento nella ruminazione e che tale diminuzione è associate ad una riduzione nei sintomi depressivi e ansiosi (vedi anche capitolo 5 di questo volume per maggiori dettagli).

In conclusione, quanto sopra ci suggerisce che i training di mindfulness possono essere un intervento efficace per prevenire o neutralizzare la tendenza a ruminare che i pazienti ossessivi hanno, permettendo loro di imparare a stare in contatto con i pensieri intrusivi (normali) senza reagire a essi in modi disfunzionali e controproducenti.

Senso di responsabilità ipertrofico e mindfulness

*Muoviti, ma non muoverti
nel modo in cui le paure ti muovono*

Rumi

Negli ultimi decenni, molti autori (Salkovskis, 1985; Salkovskis, Shafran, Rachman & Freeston, 1999; Rachman & Shafran, 1998 Obsessive Compulsive Cognitions Working Group-OCCWG, 1997) hanno evidenziato il problema di un ipertrofico senso di responsabilità presente nei pazienti con DOC.

Salkovskis (1985) considera il senso di responsabilità estremizzato una caratteristica centrale del disturbo. Esso è particolarmente comune tra i pazienti che hanno come problema principale comportamenti di controllo e tende a generare un’intensa emozione di colpa.

La responsabilità ipertrofica viene definita dal OCCWG (1997) come la “credenza di possedere un potere speciale nel produrre e prevenire personalmente delle conseguenze negative importanti. La prevenzione di tali

conseguenze viene percepita come indispensabile. Esse possono essere costituite da problemi reali o da dilemmi morali soggettivamente percepiti. Tale credenza può essere pertinente alla responsabilità nel fare qualcosa per prevenire o per non commettere danno, e la responsabilità per errori di omissione e commissione”. Un esempio di questo tipo di credenza è :” Se non agisco quando prevedo un pericolo, mi devo considerare colpevole di qualsiasi conseguenza negativa”.

I pazienti con DOC tendono a fraintendere il significato di responsabilità, poiché per essi tale concetto può suggerire solo un senso di “dovere” o di “regole”. Essi allora impongono queste regole a se stessi in modo inconsapevole, più probabilmente poiché era stato detto loro che questo è il modo “giusto” e “appropriato” di vivere o perché alcune esperienze particolari (in certi casi anche traumatiche) hanno creato in essi un senso di responsabilità ipertrofico.

In realtà, responsabilità autentica significa essere *consapevoli* del reale impatto delle nostre *azioni* ed essere disponibili a *sentire come realmente* il nostro comportamento agisce su noi stessi e gli altri. Infatti, responsabilità deriva etimologicamente dal latino *responsus-respondere*, perciò significa “*abilità di rispondere*” – l’abilità cioè di essere presenti in ogni momento e di rispondere in modo appropriato a ogni evento con il quale ci confrontiamo quotidianamente (Trobe, T. & Trobe, G. D., 2005). È interessante notare come questa descrizione della responsabilità corrisponde proprio a una possibile definizione del concetto di mindfulness. La persona *responsabile* è una persona *cosciente*, che è *consapevole* delle conseguenze derivate dalla propria condotta (Vocabolario Zingarelli, 2010). Quando le persone affette da DOC riescono a comprendere il vero significato della responsabilità iniziano a sviluppare e consolidare il rispetto e la fiducia verso sé stessi (*auto-validazione consapevole*). Questo perché in uno stato di consapevolezza (prestare attenzione nel momento presente senza giudizio), il paziente è più capace di capire con chiarezza il suo reale coinvolgimento nella situazione problematica. Perciò la mindfulness-based therapy può intervenire allo scopo di fornire ai pazienti un significato più funzionale e realistico del senso di responsabilità, il quale è così gravemente distorto nelle persone che soffrono di problemi ossessivi.

Bias attentivi e mindfulness

“Fermati un istante”, disse Qéramon al figlio che veloce percorreva il sentiero. “Guarda il cielo e respira profondamente”.

Il sole rosso tramontava dietro l’ultima catena di montagne.

Mentre il maestro e il bambino seduti sui sassi guardavano, un enorme masso si staccò dalla vetta e rotolando sul sentiero davanti a loro precipitò nella valle con grande fragore.

Qéramon non distolse gli occhi dal sole e disse al figlio atterrito: “Fa sempre bene fermarsi un istante a guardare il cielo”.

Verba Qéramon

Esistono diverse evidenze empiriche che mostrano la presenza nei pazienti con DOC di un *bias* attentivo relativo alla minaccia che è specifico del disturbo (Lavey, van Oppen, & van den Hout, 1994; Foa, Ilai, McCarthy, Shoyer, & Murdock, 1993).

Questo problema sembra riguardare sia una generale incapacità di inibire l’elaborazione dell’informazione irrilevante, come pure l’inabilità a distrarsi dagli stimoli che sono rilevanti per la minaccia (Amir & Kozak, 2002). Queste persone possono prestare una particolare attenzione verso le informazioni associate alla minaccia che sono rilevanti rispetto alle loro preoccupazioni contingenti.

Inoltre, a causa del loro *bias* attentivo, i pazienti con DOC non riescono a prestare attenzione a tutti gli stimoli ed eventi interni ed esterni che disconfermerebbero le loro paure (Didonna, 2003).

Tali pazienti mostrano anche deficit sia nell’*attenzione orientativa* (come viene posta l’attenzione) che nell’*attenzione conflittuale* (il processo di inibizione di una risposta automatica per mettere in atto una risposta meno automatica; Fan, McCandliss, Sommer, Raz, & Posner, 2002). Questi *bias* nell’elaborazione dell’informazione potrebbero anche essere concettualizzati come degli importanti *deficit di mindfulness*. Infatti, per definizione, la mindfulness è uno stato mentale in cui gli individui prestano attenzione in un modo particolare: al momento presente, intenzionalmente e in modo non giudicante (Kabat-Zinn, 1994). Questa definizione può facil-

mente permetterci di comprendere come i training e la pratica di mindfulness possono intervenire per modificare il modo in cui i pazienti con DOC portano l'attenzione alla loro esperienza interna ed esterna, poiché la mindfulness è una pratica nella quale gli individui apprendono e si addestrano a dirigere l'attenzione in modo sano, produttivo ed efficiente.

Un gruppo di autori esperti (Bishop *et. al.* 2004) nel campo della ricerca sulla mindfulness ha evidenziato che la prima componente dello stato di mindfulness riguarda l'*auto-regolazione dell'attenzione* che si focalizza sull'esperienza immediata, permettendo perciò un aumentato riconoscimento degli eventi mentali nel momento presente. La mindfulness comincia col portare consapevolezza all'esperienza attuale – osservando e rimanendo in contatto con la corrente continua di pensieri, emozioni e sensazioni momento per momento – regolando il focus attentivo. Questo determina la sensazione di essere molto presenti rispetto a ciò che accade nel qui e ora (Bishop *et. al.* 2004). È stato ipotizzato che l'*auto-regolazione dell'attenzione* implica due abilità e componenti specifiche: l'*attenzione sostenuta* e l'*abilità di spostamento*. L'*abilità nell'attenzione sostenuta* si riferisce alla capacità di mantenere uno stato di vigilanza per periodi di tempo prolungati (Parasuraman, 1998; Posner & Rothbart, 1992), come viene richiesto per mantenere una consapevolezza del momento attuale. Le *abilità di spostamento* permettono al paziente di riportare l'attenzione ad un focus di consapevolezza (es. il respiro) nel momento in cui un'esperienza interna è stata riconosciuta. Lo *spostamento* implica flessibilità dell'attenzione affinché la persona possa spostare il focus da un oggetto all'altro (Posner, 1980).

Le persone affette da DOC mancano di entrambe queste abilità e infatti hanno un'attenzione selettiva verso gli stimoli di minaccia, ma essi non sono realmente consapevoli dell'esperienza presente e sono incapaci di spostare l'attenzione verso un altro focus.

L'autoregolazione dell'attenzione crea inoltre una consapevolezza *non elaborata* dell'esperienza interna mentre si attiva.

Invece di restare intrappolati nelle correnti di pensiero ruminativo o *elaborativo* riguardo ai propri stati interni e alla loro origine, o creando implicazioni e associazioni varie, la mindfulness implica una esperienza diretta degli eventi nella mente e nel corpo (Teasdale, Segal, Williams, & Mark, 1995).

La modalità *mindful* può essere considerata in effetti come l'opposto delle modalità attentive che i pazienti con DOC normalmente attivano. L'osservazione clinica infatti suggerisce che ad esempio le compulsivi di controllo sono normalmente comportamenti inconsapevoli (*mindless*) nei

quali l'attenzione è focalizzata all'esecuzione delle azioni di controllo in sé invece che alle reali percezioni e conseguenze derivate dai rituali ovvero da ciò che l'individuo apprende attraverso tali comportamenti. Perciò, le persone che soffrono di DOC non riescono a portare un'attenzione consapevole alla loro esperienza interna e successivamente ai rituali che sono finalizzati a cambiare o evitare tale esperienza. Lo sviluppo della mindfulness può essere associato con miglioramenti sia nell'attenzione sostenuta che nello spostamento attentivo, i quali possono essere misurati oggettivamente utilizzando test di vigilanza standard (Klee & Garfinkel, 1983) e compiti che richiedono al soggetto di modificare l'atteggiamento o lo stato mentale (Rogers & Monsell, 1995).

Alcune recenti ricerche (Zylowska, Ackerman, Yang, et al., 2008; Jha, Krompinger & Baime, 2007) nelle quali sono stati studiati gli effetti di un intervento di meditazione di mindfulness per il Disturbo da Deficit di Attenzione con Iperattività (ADHD in inglese) e anche in campioni non clinici, hanno evidenziato che questo tipo di addestramento mentale può determinare significativi cambiamenti cognitivi, in particolare quelli associati a una riduzione in diverse misure relative ai processi attentivi, che includono lo stato di allerta, l'orientamento, l'attenzione conflittuale e lo spostamento attentivo (vedi il Capitolo 17 di questo volume). Questi dati preliminari suggeriscono che i training di mindfulness potrebbero essere efficaci per migliorare i deficit attentivi anche nei pazienti con DOC, nei quali questi bias possono essere rilevanti fattori attivanti e di mantenimento per i sintomi ossessivi.

La fusione pensiero-azione, livelli di insight e mindfulness

La fusione pensiero-azione è un bias cognitivo, spesso riscontrato nel DOC, in cui si crea una fusione o confusione tra pensiero e azione (Rachman, 1993). Può assumere principalmente due forme: 1) Un *bias di probabilità*, nel quale l'individuo crede che avere un pensiero indesiderato riguardante un possibile danno fa aumentare il rischio che tale danno accada realmente a qualcuno; 2) Un *bias di moralità*, nel quale la persona crede che avere un pensiero intrusivo indesiderato è moralmente equivalente a mettere in atto l'azione ripugnante associata al pensiero (una sorta di *peccato di pensiero*) (Rachman & Shafran, 1998).

In questo processo mentale l'individuo tende a creare una sorta di *identificazione* con un aspetto della sua esperienza interna. In qualche modo è come se il soggetto dicesse “Questo pensiero sono io”, o “Io sono questo

pensiero”, ovvero “Questo pensiero è qualcosa di reale”, creando una *reificazione* dell’esperienza cognitiva.

Nella pratica di mindfulness, e nella tradizione spirituale e psicologica da cui essa deriva, la mente pensante è considerata al pari dei cinque sistemi sensoriali e di fatto rappresenta il *sesto senso*. Tale sistema registra (ma non causa) stimoli visivi, uditivi, tattili e altri stimoli in ingresso. I pensieri ‘negativi’ vengono allo stesso modo notati e registrati come “stimoli cognitivi” transitori che compaiono nella mente in un particolare momento. Come tali, i pensieri ‘negativi’ non vengono *iperpersonalizzati* e pertanto non assumono un ruolo di ‘dittatori’ dei susseguenti stati emotivi e comportamenti (es. rituali, neutralizzazioni, evitamenti). Le cognizioni vengono accettate come il normale e naturale comportamento della mente e non come qualcosa che definisce intrinsecamente il sé (Marlatt & Kristeller, 1999; Epstein, 1996).

La pratica di mindfulness dell’*auto-monitoraggio* dei pensieri e di altri eventi mentali addestra la persona a identificarsi sempre meno con la propria esperienza interna (vedi “*Pensieri senza un pensatore*”, Epstein, 1996), non importa quanto sconvolgente o divertente essa possa essere. Attraverso la meditazione, gli individui possono imparare a sviluppare un senso di equanimità o equilibrio senza essere assorbiti all’interno dei loro stati mentali. Questo processo è stato chiamato “disidentificazione mentale” (Marlatt & Kristeller, 1999).

Come suggerisce Goleman (1988), “La prima cosa di cui ci si rende conto nella meditazione è che i fenomeni contemplati sono distinti dalla mente che li contempla”. Quando le persone entrano in questo processo di disidentificazione dagli stati mentali cominciano a vedere che questi pensieri ed emozioni non sono *loro*. Essi accadono accidentalmente, non sono una parte organica dei pazienti ed essi non sono obbligati a seguirli (Snelting, 1991. p. 55).

È stato accertato che i training di mindfulness determinano un significativo cambiamento nella *prospettiva* di osservazione degli stati interni (Shapiro, Carlson, Astin, & Freedman, 2006; vedi anche il capitolo 5 di questo volume) e diversi concetti sono stati conati in passato per definire questi processi metacognitivi nei quali i pazienti imparano a diventare osservatori e testimoni distanziati e non reattivi dei propri stati interni: *decentramento* (Safran & Segal, 1990), *deautomatizzazione* (Deikman, 1982; Safran & Segal, 1990), *ripercezione* (Shapiro et al., 2006) e *distaccamento* (Bohart, 1983). Safran and Segal (1990) definiscono il *decentramento* (anche chiamato distanziamento) l’abilità di “fare un passo al di fuori della propria esperienza immediata, modificando in tal modo proprio la natura di

tale esperienza” (p. 117). Il decentramento è anche definito come l’abilità di osservare i propri pensieri e stati emotivi come eventi temporanei nella mente invece che come riflessi del proprio sé necessariamente veri (vedi anche Baer et al., Capitolo 9 di questo volume; Fresco et al., 2007). Il decentramento implica la consapevolezza dell’esperienza interna senza identificarsi con essa o essere *trasportati via* da essa e include l’assunzione di una prospettiva focalizzata sul presente e non giudicante verso i pensieri e le emozioni, accettandoli per come essi sono (Fresco, Segal, Buis, & Kennedy, 2007).

Come Segal et al. (2002) hanno suggerito, anche la Psicoterapia Cognitiva, potrebbe determinare un cambiamento clinico non tanto o non solo attraverso la modificazione dei contenuti del pensiero, quanto attraverso il decentramento, tramite il quale gli individui imparano a spostarsi da una prospettiva in cui i pensieri rappresentano la realtà ad una prospettiva in cui le cognizioni sono viste solo come eventi interni impermanenti.

Deikman descrive la *deautomatizzazione* come “un annullamento dei processi automatici che controllano la percezione e le cognizioni (1982, p. 137). La *ripercezione* (Shapiro et al., 2006) è concettualizzata come un *metameccanismo* nel quale il soggetto riesce a disidentificarsi dai contenuti della coscienza (pensieri, emozioni e sensazioni fisiche) quando compaiono riuscendo semplicemente a stare con essi invece di essere definito (es. controllato, condizionato, determinato) da essi. Attraverso la riperccezione l’individuo acquista la consapevolezza ad esempio che “questo dolore non sono io”, “questa depressione non sono io”, “questi pensieri non sono io”, come risultato dell’essere riuscito a osservare questi stati da una *meta-prospettiva* (Shapiro et al., 2006). Un altro processo cognitivo, assimilabile a quelli precedentemente citati, nel quale il *focus* è sul cambiamento della relazione del soggetto verso i pensieri invece che nei tentativi di modificare il contenuto del pensiero in sé è definito dal concetto di *defusione cognitiva* (Hayes, Strosahl, and Wilson, 1999). Gli autori hanno notato che l’abilità di prestare attenzione all’esperienza interna diventando un osservatore distaccato di essa è spesso associata ad una modificazione nel *sensò di sé*. Attraverso la defusione, che è considerato un cambiamento nella prospettiva, l’identità dell’individuo comincia a spostarsi dai contenuti della consapevolezza alla consapevolezza in sé. Hayes et al. (1999) definiscono questo processo come lo spostamento dal “sé come contenuto” (quello che può essere osservato come un oggetto nella coscienza) al “sé come contesto” (quello che sta osservando la coscienza stessa). Gli individui possono sviluppare un senso del *sé* come un sistema in continuo cambiamento fatto di costrutti, concetti, sensazioni, immagini e credenze, che sono in ultima analisi viste

come condizioni transitorie e impermanenti invece che come un'entità stabile.

Un ultimo concetto connesso ai precedenti è il processo del *distacco* (Bohart, 1983), il quale “incorpora i processi interrelati del prendere distanza dall'esperienza interna, adottando un atteggiamento fenomenologico, e l'espansione dello spazio attentivo” (Martin, 1997).

Come è stato affermato chiaramente da Schwartz e Beyette (1997), “esiste una componente osservativa della mente che può realmente mantenere la sua indipendenza anche se i contenuti della coscienza vengono condizionati dal processo patologico. Stiamo realmente addestrando la mente a non identificarsi con quelle esperienze interne e a vedere noi stessi come separabili da quelle esperienze”.

Tutti i processi metacognitivi sopra illustrati, che si sviluppano attraverso la pratica di mindfulness, possono avere una significativa rilevanza clinica per la patologia ossessiva. Il problema nel DOC, e soprattutto nel fenomeno della fusione pensiero-azione, è che i pazienti spesso tendono a *reificare* il loro rapporto con le cognizioni e a considerare i pensieri come qualcosa di reale, come una rappresentazione vera e permanente della realtà o del sé (in particolare nei pazienti con scarso insight) e questo anche a causa dell'importanza estrema data ai pensieri (OCCWG, 1997). Quando i pazienti ossessivi si rendono conto dell'impermanenza di tutti gli stati mentali riescono maggiormente a relazionarsi con l'esperienza interna con un senso di *non attaccamento* e sviluppano un livello di tolleranza più elevato rispetto agli stati interni spiacevoli, disimpegnandosi dagli schemi comportamentali automatici (neutralizzazioni, compulsioni, ricerca di rassicurazioni) che mantengono la sindrome ossessiva. Perciò è ipotizzabile che per i pazienti affetti da DOC i meccanismi metacognitivi sopracitati possono determinare un miglioramento e incremento nel livello di insight e dell'*egodistonia* (riferita al grado in cui il contenuto dell'ossessione è contrario o incoerente rispetto al senso di sé della persona per come viene rappresentato attraverso i suoi valori centrali, ideali e attributi morali; Purdon, 2001; Purdon & Clark, 1999). Questo, a sua volta, può determinare una diminuzione delle tendenze sia a giudicare che a reagire (con comportamenti compulsivi) all'esperienza sensoriale, emotiva e cognitiva e ad attivare bias di fusione pensiero-azione.

Inoltre, negli interventi basati sulla mindfulness e accettazione, il terapeuta fa spesso uso di metafore o esercizi di visualizzazione guidati (vedi il capitolo 7), finalizzati a permettere ai pazienti di interiorizzare e incorporare indirettamente diversi elementi della realtà esterna (connessi in diversi modi con i principi della mindfulness; es. *la meditazione del lago*, vedi Ap-

pendice A) che possono essere successivamente trasformati in potenti risorse interne. La metafora viene anche proposta come strumento terapeutico per sviluppare e migliorare alcune abilità metacognitive quali il decentramento, il distaccamento e la defusione.

Accettazione e DOC

Uno dei problemi centrali nei pazienti ossessivi è l'*accettazione*. Per queste persone è estremamente difficile, se non spesso impossibile, accettare diverse esperienze collegate con il loro problema: pensieri intrusivi o ossessivi, conseguenze temute o immaginate del non prevenire un danno o del fare cose in modo sbagliato, emozioni negative (ansia, colpa, vergogna, disgusto), sensazioni fisiche. Perciò gli individui affetti da DOC non riescono ad accettare esperienze potenzialmente normali e non minacciose (vedi anche il paragrafo sulla formulazione del problema e la figura 11.3).

Come è ben illustrato in altri capitoli di questo libro, l'accettazione è una delle principali componenti degli approcci basati sulla mindfulness e viene definito come "un processo continuo attraverso il quale la persona esce da una prospettiva in cui vede i pensieri e le emozioni come realtà o cose che necessitano di essere cambiate e inizia ad accoglierli come eventi interni che non hanno bisogno di alcuna modifica, evitando inutili sforzi per cambiare la loro frequenza o forma, specialmente quando fare questo causerebbe un danno psicologico" (Hayes et al., 1999). Attraverso l'accettazione gli individui possono notare gli eventi interni che esperiscono mentre simultaneamente rinunciano a qualsiasi tentativo di evitare o cambiare questi eventi, rispondendo ai fatti che realmente accadono invece che all'esperienza interna elicitata da tali eventi (Hayes et al., 1996).

L'uso dell'accettazione per i pazienti con DOC implica un abbandono cosciente e intenzionale del comportamento che funziona come un'evitamento esperienziale e una disponibilità a esperire le proprie emozioni e cognizioni quando si presentano, senza attivare alcun processo di elaborazione secondaria (es. giudizi, interpretazioni, inferenze, valutazioni, meta-valutazioni).

La pratica di mindfulness è un processo di addestramento attraverso il quale i pazienti apprendono a osservare in modo calmo la propria esperienza interna con una sensazione di chiarezza e senza reagire a essa (Schwartz & Beyette, 1997). Il processo dell'osservare in sé aiuta le persone a sviluppare in modo progressivo la consapevolezza che esse possono cambiare le loro risposte a quei pensieri in modi molto adattivi. Allo scopo di aiutare i

pazienti affetti da DOC a osservare e analizzare il loro livello di accettazione verso gli stati interni, in particolare dei pensieri e a coltivare e sviluppare questo atteggiamento mentale, può essere utile prescrivere loro un compito a casa (*homework*) (vedi Figura 11.1), consistente nel compilare una tabella (la *Tabella dell'accettazione*) ogni volta che si attiva un'esperienza interna negativa, in cui vengono notati, discriminati e descritti gli stati interni (emozioni, sensazioni, pensieri) durante le situazioni critiche e se essi sono (o sono stati) disponibili ad accettare quell'esperienza, se riescono (o sono riusciti) a coltivare accettazione verso di essa e se non ci sono riusciti per quali ragioni e quali sono le conseguenze di ciò.

Pensieri, Emozioni, Sensazioni	Sto cercando di coltivare accettazione adesso verso questa espe- rienza inter- na? (Si/No)	Sono riuscito ad ac- cogliere e accettare questa esperienza (Emozione, sensa- zione, pensiero) e a stare in contatto con essa senza reagire? Se no perché?	COMMENTI Come mi sento ora se sono riuscito ad ac- cettare? Come mi sento ora se non sono riuscito ad accettare? Quali sono le conse- guenze?

Fig. 11.1 Esercizio della Tabella dell'accettazione

Questo esercizio può migliorare la consapevolezza metacognitiva dell'atteggiamento del paziente verso gli stati interni, permettendogli di rendersi conto di quali sono le conseguenze di tale atteggiamento sulla sua esperienza emotiva e cognitiva e sul disturbo stesso. È certamente utile

proporre alcune volte questo esercizio in seduta, prima di prescriverlo come compito a casa.

Dubbio ossessivo e auto-invalidazione della dimensione percettivo-sensoriale

*Non vediamo le cose per come esse sono,
le vediamo per come noi siamo.*
The Talmud

Diversi studi hanno evidenziato che i pazienti con DOC, in particolare i *checkers* (coloro che hanno compulsioni di controllo), manifestano una significativa mancanza di *fiducia* nella loro memoria (Sher, Frost, & Otto, 1983; McNally & Kohlbeck, 1993) e sono meno soddisfatti rispetto alla vividezza della loro memoria (Constans, Foa, Franklin, & Matthews, 1995). L'osservazione empirica e alcuni studi hanno suggerito che questa mancanza di fiducia sarebbe correlata solo agli stimoli associati al DOC (Foa et al., 1997) e alle situazioni soggettivamente minacciose e sarebbe invece significativamente più bassa o spesso assente in condizioni normali o di sicurezza (es. durante una seduta di psicoterapia).

Più specificamente, Hermans, Martens, De Cort, Pieters, & Eelen (2003) hanno mostrato che questa ridotta fiducia cognitiva nei pazienti con DOC sarebbe presente almeno a tre differenti livelli: ridotta fiducia nella loro memoria per le azioni, ridotta fiducia nella loro abilità a discriminare le azioni dall'immaginazione e bassa fiducia nella loro abilità a mantenere concentrata l'attenzione.

In accordo con le già discusse ipotesi sul bias attentivo (Lavey et al., 1994; Amir & Kozak, 2002), Hermans et al. (2003), allo scopo di fornire una spiegazione su questa mancanza di fiducia, hanno suggerito che gli individui che soffrono di DOC proverebbero sfiducia rispetto all'accuratezza o completezza dei precedenti comportamenti di evitamento (es. rituali di controllo o lavaggio), perché importanti elementi di questo comportamento potrebbero essere mancati a causa di distrazione o momenti di diminuita attenzione.

È stato anche suggerito (Didonna, 2003, 2005) che questa bassa fiducia nell'esperienza cognitiva nei pazienti con DOC – e nei *checkers* in particolare – può dipendere da un bias cognitivo nell'elaborazione e/o nell'uso dell'informazione sensoriale rilevante connessa con le situazioni che tendono a generare le cognizioni ossessive. Questo bias può essere concettua-

lizzato come un'auto-invalidazione dell'esperienza percettiva. Si ipotizza che tale problema può giocare un ruolo decisivo nell'attivazione del dubbio patologico e nella relazione tra l'esperienza sensoriale cosciente del paziente e la fenomenologia ossessiva.

L'osservazione clinica (Didonna, 2005) suggerisce che, durante le sedute di Psicoterapia, i pazienti ossessivi riescono solitamente a ricordare le reali esperienze percettive che essi hanno vissuto durante gli eventi ansiogeni che hanno attivato le ossessioni. Diversamente da ciò, è possibile constatare che durante una crisi ossessiva i pazienti esperiscono una significativa difficoltà nel richiamare volontariamente e/o a fidarsi e validare la propria *informazione sensoriale* (sia essa visiva, uditiva, tattile, etc.) associata all'evento connesso alle ossessioni. A causa di questo essi allora pensano di "non essere sicuri" rispetto alla loro esperienza percettiva, attivando perciò il dubbio. Tale informazione (es. "Ho visto che avevo chiuso la porta", o "Non ho sentito il rumore di un urto"), infatti, se venisse utilizzata, riuscirebbe di per sé a contrastare, neutralizzare o prevenire il dubbio ossessivo. Questo deficit di validazione iniziale comporta successivamente (anche a causa di una serie di circoli viziosi in cui entra il paziente, vedi fig. 11.3), un sovrainvestimento o sopravvalutazione del dubbio che tende perciò a invalidare e/o scotomizzare in modo crescente l'oggettività (di per sé autorassicurante e *anti-ossessiva*) della propria esperienza percettiva; quest'ultima perciò diventerebbe alla fine secondaria come rilevanza al dubbio ossessivo al quale il soggetto ha creato, per così dire, "terreno fertile".

Come ha affermato Pema Chodron (2002), una nota monaca buddhista americana, "Se viviamo ciò che ci accade come un ostacolo e nemico o come un insegnante e amico dipende interamente dalla nostra percezione della realtà. Dipende dalla nostra relazione con noi stessi".

Nel seguente caso clinico, un paziente di sesso maschile di 23 anni attivava rituali di controllo consistenti nel ritornare a casa fino a 15-20 volte per verificare se uscendo egli aveva chiuso le tapparelle del suo appartamento all'ottavo piano del condominio in cui viveva. Egli temeva che un ladro potesse fare irruzione nell'appartamento in sua assenza e derubarlo di ogni avere. Durante le sedute psicoterapeutiche il paziente era in realtà in grado di riferire con nitidezza il ricordo visivo che lui aveva delle tapparelle serrate, delle stanze al buio, delle sue mani mentre fanno scorrere la corda della persiana nonché la memoria uditiva del rumore che da questa veniva provocato. Sia i ricordi visivi che quelli uditivi venivano riferiti con precisione e in dettaglio, il problema era che durante la crisi ossessiva il paziente non utilizzava in alcun modo il ricordo di tali esperienze percettive.

Per comprendere le cause sottostanti dello sviluppo del fenomeno ossessivo può essere utile porsi una domanda apparentemente pleonastica: “Perché la maggior parte delle persone *non* presenta sintomi ossessivi?” L’ipotesi proposta dall’autore – utile anche in funzione di un processo di *normalizzazione* della fenomenologia ossessiva con i pazienti – è che le persone non affette da DOC non attivano dubbi ossessivi riguardanti azioni o eventi poiché essi utilizzano automaticamente, e contemporaneamente *auto-validano*, la consapevolezza della loro esperienza percettiva (che cosa hanno visto, udito, etc.) nelle diverse situazioni che si trovano a vivere, rendendola saliente e prioritaria.

Validare la propria esperienza percettiva significa dare valore di realtà e oggettività a ciò che la persona percepisce, rendendo la consapevolezza di tale esperienza gerarchicamente sovraordinata nell’attivazione delle emozioni e comportamenti del soggetto. Ad esempio, se una persona, uscendo di casa, si chiede se ha spento o meno la luce, immediatamente recupera il ricordo della sua esperienza visiva in cui vede la stanza al buio o il proprio dito nell’atto di premere l’interruttore di accensione. Questo ricordo, anche se non nitido, è solitamente di per se sufficiente per prevenire l’attivarsi di un dubbio. Anche nei pazienti ossessivi, in particolare in quelli a elevato insight o egodistonici, sarebbe presente, nel magazzino della memoria episodica, un ricordo sostanzialmente chiaro delle esperienze sensoriali (visive, uditive, tattili, etc.) la cui consapevolezza e utilizzo permetterebbe loro di sconfermare o non attivare i dubbi ricorrenti, ma tali soggetti non riescono a valorizzare e/o validare tale informazione comunque disponibile.

Il paziente potrà dire ad esempio: “So di aver chiuso il rubinetto, me lo ricordo, ma non ne ho la certezza assoluta e ho bisogno di essere sicuro!”. Questo fenomeno avviene solo quando il paziente si confronta con una situazione che si collega in qualche modo all’evento temuto e sarebbe favorito anche dalla valutazione disfunzionale relativa alla *gravità* (e non tanto alla probabilità) dell’evento. Di conseguenza un evento anche se estremamente improbabile è valutato dal soggetto di gravità talmente elevata da rendere inaccettabile anche il minimo rischio che accada o che possa essere già accaduto.

Questa sfiducia nella propria esperienza sensoriale può essere legata al timore presente nel paziente con DOC, nel caso egli commettesse un errore o danno soggettivamente gravi, di essere escluso, emarginato o umiliato da parte del proprio gruppo sociale di appartenenza (Guidano & Liotti, 1983; Didonna, 2003, 2005).

In accordo con quanto sopra, un trattamento basato sulla mindfulness avrebbe un’influenza significativa sulla capacità dei pazienti ossessivi di

validare in modo continuativo il ricordo e la consapevolezza della loro esperienza percettiva. In questo senso, la pratica di mindfulness servirebbe come *antidoto* all'attivazione dell'ideazione ossessiva, poiché tramite essa i pazienti imparano a prevenire o neutralizzare i dubbi patologici.

In linea con questa prospettiva appaiono le citazioni di Johann Wolfgang Von Goethe “*I sensi non ci ingannano, ma i giudizi sì*” e quella di Friedrich Nietzsche il quale similmente affermava “*La ragione è la causa della nostra falsificazione delle evidenze date dai sensi. Per quanto i sensi si manifestino, passino e cambino in continuazione, essi non mentono*”.

Uno dei problemi riscontrati nei pazienti ossessivi è che nelle situazioni ansiogene e durante le crisi ossessive essi tendono a entrare in uno stato mentale differente da quelli che attivano in condizioni normali. Il livello di insight rispetto alla realistica e sensatezza delle ossessioni del paziente dipenderebbe perciò in buona parte dal contesto (Kozak & Foa, 1994; Steketee & Shapiro, 1995).

Nella pratica clinica si osserva spesso, infatti, che il livello di insight è più basso nei pazienti ossessivi durante le situazioni critiche rispetto a quello riscontrato in condizioni “normali” non minacciose. Per tale ragione questi pazienti possono trarre beneficio da una pratica di mindfulness regolare, la quale ha l'effetto, tra gli altri, di stabilizzare e normalizzare i propri stati mentali e i processi metacognitivi. (vedi anche il capitolo 4 del presente volume).

Una tecnica basata sulla mindfulness: tecnica di Validazione dell'Esperienza Percettiva (VEP)

La fiducia è intimamente connessa alla corrispondenza tra le nostre percezioni e la realtà

Matthieu Ricard

Le ipotesi illustrate nel paragrafo precedente creano il *rationale* di una tecnica terapeutica (Didonna, 2005), la Validazione dell'Esperienza Percettiva (VEP), finalizzata ad addestrare i pazienti con DOC, in particolare i *checkers*, a prestare attenzione in modo consapevole (*mindful*) alla propria esperienza sensoriale e a *validare* il più possibile in modo continuativo il ricordo e la consapevolezza di essa, fornendole perciò un carattere di oggettività e realismo e minimizzando contemporaneamente la rilevanza e la salienza

del dubbio, evidenziandone la sua soggettività e labilità. Tale validazione agirebbe come una sorta di antidoto o vaccino nei confronti dell'ideazione ossessiva.

Come è stato precedentemente osservato, le capacità di elaborazione delle informazioni del paziente durante le crisi ossessive possono essere sensibilmente compromesse; in tali situazioni il paziente risulta avere consistenti difficoltà a dare valore e salienza (validare) al ricordo dell'esperienza percettiva, che pure possiede e che impedirebbe al dubbio ossessivo di attivarsi.

Normalmente, i pazienti ossessivi che non hanno un disturbo totalmente invalidante e che presentano un buon livello di insight, evidenziano una buona consapevolezza dei loro processi di presa di decisione, facendosi carico di fatto con successo di numerose decisioni ogni giorno in situazioni non collegate con il disturbo. Per riuscire a fare ciò essi devono essere pienamente consapevoli dell'informazione sensoriale che ha informato quelle decisioni. Il problema si presenta in situazioni ansiogene, durante le quali i pazienti ossessivi non riescono, ovvero non sono abituati, a validare le loro percezioni e non possono perciò contrastare il dubbio, il quale alla fine prende il sopravvento.

Partendo da questa ipotesi, l'autore (Didonna, 2003, 2005) ha sviluppato una procedura il cui obiettivo è aiutare i pazienti a validare e a dare priorità al ricordo della loro esperienza sensoriale relativa alle situazioni problematiche, considerandolo come reale e oggettivo e minimizzando conseguentemente l'importanza del dubbio.

L'idea di base, suffragata dall'esperienza clinica con decine di pazienti, è che aiutando e addestrando le persone affette da DOC a prestare attenzione al flusso continuo di esperienze interne in modo consapevole e a validarle ("Fidarsi dei propri sensi") in continuazione può sviluppare nel paziente un antidoto al dubbio. Questo addestramento avviene inizialmente in seduta con il terapeuta e successivamente il paziente impara a sviluppare un'abitudine continua e persistente a fare lo stesso *in vivo*, prima in situazioni normali (non ansiogene) e poi in condizioni problematiche. Questa attività può favorire una riduzione o eliminazione del *bias di auto-invalidazione cognitiva* descritto precedentemente. Viene inoltre ipotizzato che una pratica regolare di attenzione consapevole e sostenuta (mindfulness) ai normali stimoli sensoriali (che cosa ho visto, sentito, fatto, etc.) durante la vita quotidiana, dando attivamente al ricordo di tali stimoli una chiara e intenzionale validazione può anche determinare un miglioramento nell'auto-regolazione dell'attenzione.

La tecnica è un processo che implica alcuni passi successivi (vedi Figura 11.2). Innanzitutto si invita il paziente a riportare su un foglio la descrizione precisa del pensiero intrusivo (dubbio, ossessione, immagine) sul quale egli desidera lavorare e di indicare, in percentuale, il suo *livello di convinzione* (%) relativo alla probabilità che possa accadere o che sia accaduto l'evento temuto insito nel pensiero intrusivo, o al suo livello di realismo o di gravità, ovvero al grado personale di responsabilità verso di esso. Questo a seconda naturalmente del fattore che genera ansia nel soggetto (probabilità di accadimento, responsabilità, etc.). Indicherà poi il *livello di disagio* o ansia esperiti (0-100) quando ha in mente quel pensiero; si chiederà poi di dividere il foglio in due colonne e di riportare per prima cosa sulla colonna di sinistra tutte le informazioni che il paziente ricorda relative alla sua esperienza percettiva in una data situazione, che sono in sé incompatibili o contrastanti con il dubbio ossessivo (es. ho *visto* che la finestra era chiusa); nella parte destra del foglio, invece, il paziente riporterà successivamente tutti quegli elementi (inferenze, supposizioni, ipotesi, ragionamenti selettivi, etc.) che mantengono e alimentano il suo dubbio ossessivo e che non sono basati in alcun modo sulla sua esperienza percettiva (es. "potrei averlo fatto senza accorgermi"). È importante prescrivere al paziente di non inserire nella parte sinistra del foglio alcun elemento derivato da rassicurazioni esterne o da eventuali rituali che in tal caso verrebbero rinforzati. Dopo di che il passo successivo comporta due interventi: da una parte sarà fondamentale operare, se necessario, un intervento di *validazione dell'esperienza percettiva* del paziente (la parte sinistra del foglio) dando conferme, ad esempio, con il nostro comportamento verbale (es. "Puoi fidarti dei tuoi sensi) e non verbale, sul fatto che riteniamo reale, oggettivo e indiscutibile ciò che il paziente riferisce di aver percepito (n.b.: tale intervento non si collega in nessun modo alla *rassicurazione*, che invece è un comportamento inutile e controproducente con questi pazienti); dall'altra cercheremo di aiutarlo a imparare ad osservare in modo consapevole e ad *auto-validare* tale esperienza, non solo durante le sedute terapeutiche, ma soprattutto al di fuori di esse, durante vari momenti della giornata. Questo porterà il paziente a svalutare progressivamente (ma spesso anche da subito) l'importanza degli elementi cognitivi che alimentano il dubbio (quelli riportati nella parte destra del foglio), i quali, dopo una serie di esercizi, facilmente tenderanno a essere sempre meno presenti. Una frase spesso usata con i pazienti ossessivi allo scopo di aiutarli in questo processo è "I tuoi sensi non mentono".

È importante prescrivere al paziente di non sovrarappresentare gli elementi percettivi della parte sinistra del foglio poiché in tal caso questi svol-

gerebbero un ruolo di rassicurazione con gli effetti sopra descritti. Sarà opportuno infatti che il paziente impari a considerare sufficiente anche soltanto un elemento relativo all'esperienza percettiva (come d'altra parte avviene nella maggior parte delle persone) per neutralizzare il dubbio e/o terminare un rituale ossessivo; cosa che in effetti i pazienti stessi fanno nelle situazioni non connesse con la loro problematica ossessiva. Quindi, ad esempio, potrà essere considerato necessario e sufficiente uno dei seguenti ricordi: “*Non ho sentito il rumore di un urto*”, “*Ho visto che la stanza era buia uscendo di casa*”, “*Non ho udito alcun vagito di neonato proveniente da quel cassonetto*”, etc. Al termine dell'esercizio verrà chiesto al paziente di indicare nuovamente il livello di convinzione che ha in quel momento riguardo al pensiero relativo all'evento temuto e di confrontarlo con il livello di partenza, riportando inoltre anche il livello di disagio presente e comparandolo con quello iniziale.

Nell'esempio che segue (Didonna, 2003, vedi fig. 11.2), una paziente di 28 anni era ossessionata dall'idea che guidando l'auto potrebbe aver tamponato, o semplicemente urtato, *senza accorgersi*, un altro mezzo e che tale danno sarebbe poi stato la causa di un incidente mortale per il conducente del mezzo danneggiato. Analizzando in seduta il ricordo che la paziente aveva della sua esperienza percettiva durante il fatto temuto si scoprì che ella possedeva un ricordo molto nitido di quelle esperienze sensoriali che avrebbero di per sé neutralizzato o prevenuto il dubbio ossessivo (es. “*Non ho udito il rumore di un urto*”; “*Non ho percepito lo sbandamento del mezzo*”, etc.). Ciò che la paziente non riusciva a fare era semplicemente dare valore, importanza, oggettività e perciò utilizzare tali esperienze sensoriali durante le crisi ossessive.

Il terapeuta in questo caso ha aiutato la persona a recuperare e poi validare il ricordo, peraltro chiaro, della sua esperienza percettiva relativa al fatto in oggetto (colonna di sinistra), caricando di credibilità, fiducia e oggettività tale esperienza; questo ha portato la paziente quasi automaticamente a dare minore importanza, se non nulla, agli elementi soggettivi che prima alimentavano il suo dubbio ossessivo (colonna di destra):

Alla fine dell'esercizio il livello di convinzione relativo al pensiero ossessivo e il livello di disagio era diminuito in modo significativo e la paziente affermava: “*Oggi ho capito che ricercare di continuo tutti gli elementi che alimentano i miei dubbi e le mie ossessioni (colonna di destra) serve solo a creare nuovi dubbi e ossessioni; d'ora in poi voglio dare più valore alla mia esperienza percettiva*”.

Cognizione intrusiva: “Temo che facendo manovra nel parcheggio potrei aver urtato un furgone che stava dietro di me”.

livello di convinzione: 75%

livello di ansia/disagio (0-100): 80

Informazioni derivate dalla mia esperienza percettiva <i>(Che cosa ho visto, udito, sentito o percepito in quella circostanza?)</i>	Informazioni <u>non</u> derivate dalla mia esperienza percettiva <i>(Di che cosa sono preoccupato? Che cosa penso sia successo?)</i>
<ul style="list-style-type: none">• Non ho udito alcun colpo sulla mia auto• Guardando dallo specchietto ho visto il furgone abbastanza lontano da non crearmi danno• Nell'istante in cui sono partita ho sentito un rumore, ma non la classica botta da tamponamento• Non ho percepito alcun sbandamento o spostamento della mia macchina• Ho visto il furgone immettersi sulla strada senza problemi	<ul style="list-style-type: none">• Partendo credo di essermi mossa indietreggiando• Il conducente potrebbe non essersi accorto dell'urto• Credo che l'angolazione fosse quella giusta per toccarlo

livello di convinzione al termine dell'esercizio: 10%

livello di ansia/disagio (0-100): 20

Figura. 11.2. Esempio dell'uso della tecnica di Validazione dell'Esperienza Percettiva (VEP)

Questa procedura veniva poi ripetuta altre volte in seduta e si notava come alla fine per la paziente risultava necessario e sufficiente solo un elemento “oggettivo” nella colonna di sinistra per neutralizzare i dubbi ossessivi della parte destra del foglio. Veniva inoltre prescritto di effettuare a casa l'esercizio ogni qual volta comparivano le ideazioni ossessive e di mantenere in diverse occasioni della giornata, al di fuori delle situazioni ansio-

gene, un atteggiamento *consapevole* e *validante* verso la propria esperienza sensoriale. Inoltre, è stato osservato che tali risultati si sono mantenuti a un follow-up di tre mesi.

La VEP, più che una tecnica terapeutica, può essere considerata un atteggiamento o stile mentale consapevole (*mindful*), un modo diverso attraverso il quale i pazienti con DOC dovrebbero continuamente relazionarsi a sé stessi e alla loro esperienza e che può aiutarli a non considerare necessaria la certezza, poiché l'informazione che già possiedono è sufficiente in quanto carica di valore, significato e oggettività.

Come afferma una citazione buddhista: "Tutto ciò di cui hai bisogno è già presente".

Formulazione del problema nel DOC e mindfulness

Come è stato evidenziato da Teasdale et al. (2003), quando viene attuato un intervento basato sulla mindfulness-based con individui affetti da specifici disturbi è particolarmente importante condividere con i pazienti, sia in un setting individuale che di gruppo, una chiara formulazione del problema, spiegando il ruolo potenziale dello stato di mindfulness allo scopo di prevenire i meccanismi di mantenimento del disturbo. I training di mindfulness sono efficaci quando sono collegati a una concettualizzazione alternativa coerente dei problemi del paziente. Tale concettualizzazione viene condivisa col paziente e rinforzata attraverso la pratica di mindfulness (Teasdale, et al., 2003).

I Disturbi d'Ansia sono attivati e mantenuti da alcune metacognizioni disfunzionali riguardanti normali e innocui eventi mentali. Con riferimento alle concettualizzazioni cognitive standard dei disturbi psicologici, la rilevanza clinica della mindfulness per diverse psicopatologie, e anche per il DOC, potrebbe essere determinata dal suo intervenire a un livello gerarchicamente sovraordinato nel processo di attivazione e mantenimento del disturbo, in particolare a un punto che va dallo stimolo attivante esterno o interno (es. pensieri intrusivi, stimoli esterni) ai processi metacognitivi e i meccanismi di mantenimento che conducono allo stress psicologico (Figura 11.3). Lo stato di mindfulness, che rappresenta la *modalità dell'essere* (vedi capitolo 1) può essere coltivato e attivato per prevenire o disattivare quei processi metacognitivi che inevitabilmente conducono i pazienti dentro i circoli viziosi auto-perpetuanti della fenomenologia ossessiva con i ben noti comportamenti e reazioni controproducenti associati (*modalità del fare*) (Didonna, 2006).

Se compariamo il DOC con un altro importante disturbo d'ansia quale il Disturbo di Panico, possiamo osservare che in entrambi i disturbi il problema si attiva a causa del modo in cui alcune esperienze normali e innocue vengono percepite (Fig. 11.3).

- Inserire Figura 11.3 qui (Formulazione Cognitiva) -

Utilizzando un modello cognitivo standard di questi due disturbi, nel caso del DOC lo stimolo scatenante è normalmente una cognizione intrusiva, mentre nel panico è rappresentato da una o più normali sensazioni fisiche. Conseguentemente il paziente comincia a interpretare queste esperienze normali in termini di pericolo (metacognizione), che nel caso del DOC possono implicare un'idea pervasiva di responsabilità per un particolare danno, mentre nel Disturbo di Panico esse rappresentano l'indicazione di una catastrofe imminente. Queste due meta-valutazioni attivano successivamente i meccanismi di mantenimento dei due disturbi: *modalità del fare* (neutralizzazioni, rituali, ricerca di rassicurazioni, ruminazione) e i bias cognitivi (auto-invalidazione percettiva, bias attentivi, fusione pensiero-azione, bias di non accettazione) da una parte e i *comportamenti protettivi* dall'altra (fuga, evitamento, etc.), ma anche stati emotivi quali ansia, colpa, vergogna, disgusto, depressione nel DOC e ansia nel Disturbo di Panico, i quali rinforzano le metacognizioni iniziali che mantengono il disturbo. Compulsioni, neutralizzazioni e comportamenti protettivi sono attuati allo scopo di ridurre la minaccia percepita e l'ansia e il disagio causati dalle metacognizioni, ma l'alleviamento è solo temporaneo: questi comportamenti, infatti, incrementano invece di ridurre l'ansia. Queste reazioni mantengono il problema poiché prevengono l'abituazione all'ansia e la disconferma delle paure del paziente (Didonna, 2006; Salkovskis, 1996).

L'attivazione di uno stato mentale di mindfulness (*modalità dell'essere*) interviene in una fase iniziale del processo di attivazione di questi disturbi poiché permette al paziente di assumere subito un diverso atteggiamento nei confronti delle esperienze 'normali' iniziali, dal momento in cui egli diventa consapevole di esse, per mezzo di un atteggiamento accettante, non giudicante e auto-validante. Tale atteggiamento, coltivato attraverso la pratica di mindfulness, previene l'attivazione di quei processi metacognitivi che altrimenti alimenterebbero la sindrome ansiosa (Figura 11.3).

Perciò i training di mindfulness possono aiutare i pazienti con DOC a inibire o prevenire i processi di elaborazione secondaria dei pensieri, emo-

zioni e sensazioni che si attivano nel flusso di coscienza e possono determinare un miglioramento nell'inibizione cognitiva, in particolare a livello della selezione degli stimoli (Bishop et al., 2004). Questo effetto potrebbe essere oggettivamente valutato utilizzando specifici test che implicano l'inibizione dell'elaborazione semantica (es. *Emotional Stroop Test*; Williams, Mathews, & MacLeod, 1996).

Integrare la Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale con la Mindfulness

Fai sempre ciò che hai paura di fare

Ralph Waldo Emerson

Diversamente dalla Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale standard, negli interventi basati sulla mindfulness lo scopo principale non è cambiare il contenuto del sistema di cognizioni del paziente, ma piuttosto il suo modo di relazionarsi ad esso. Durante un training di mindfulness i pazienti vengono aiutati a spostarsi da un focus cognitivo sul passato o sul futuro (condizionato da ricordi e ruminazione) a un focus sul momento presente, sviluppando un processo di *decentramento* e *disidentificazione* dagli stati interni (Segal et al., 2002). I trattamenti basati sulla mindfulness si focalizzano sul modificare l'*impatto* dei pensieri, emozioni e sensazioni e la nostra *risposta* (non *reazione*, vedi compulsioni) ad essi. Questo può essere particolarmente efficace per un disturbo come il DOC nel quale l'intolleranza verso l'esperienza interna negativa e i conseguenti comportamenti di evitamento giocano un ruolo centrale.

Come già affermato in precedenza, l'enfasi in questo approccio è sui principi dell' 'accettazione', del 'qui e ora', del 'rispondere' vs. 'reagire', e della 'modalità dell'essere' (osservare senza giudicare) vs. la 'modalità del fare' (vedi neutralizzazioni, rituali, evitamento).

Nonostante ciò, implementare interventi di mindfulness con pazienti ossessivi non è sempre facile, specialmente nel caso di pazienti con una patologia grave e cronica. Tali pazienti hanno normalmente schemi e atteggiamenti particolarmente rigidi e cronici nei confronti della loro esperienza interna.

Una soluzione a questa difficoltà, suggerita anche da altri autori (Schwartz & Beyette, 1997; Hannan & Tolin, 2005; Wilhelm & Steketee, 2007; Fairfax, 2008), è che viene adottata in modo programmatico nella nostra

Unità per i Disturbi d'Ansia e dell'Umore a Vicenza, consiste nell'integrare la Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale con un intervento basato sulla mindfulness. Tale integrazione può essere utilmente realizzata attraverso tre fasi:

1. *La formulazione del problema.* Questa può essere fatta nel corso di alcune sedute preliminari durante le quali il terapeuta e il paziente raggiungono una chiara e condivisa concettualizzazione dei fattori attivanti e di mantenimento del DOC (Salkovskis, 1985) e dei possibili ruoli ed effetti della mindfulness in quel processo (vedi fig. 11.3). Questo permette ai pazienti di comprendere come funziona il loro problema e come i training di mindfulness possono modificare i meccanismi disfunzionali evidenziati nella formulazione del problema. La mindfulness può determinare un miglioramento dei deficit riscontrati nel DOC, modificare le modalità e i fattori di mantenimento del disturbo, aiutare il paziente a cambiare in generale il modo in cui egli si relaziona alla sua intera esperienza (interna ed esterna) e a sviluppare un nuovo *modo di essere*.
2. *Addestrare i pazienti nelle abilità di mindfulness.* A tale scopo è utile inserire il paziente in un training di mindfulness strutturato, come ad esempio MBSR o MBCT, di gruppo, se possibile, o in forma individuale, creando un adattamento del programma alle problematiche ossessive. Se si riesce a costituire un gruppo solo di pazienti con DOC, scelta elettiva, verranno evidenziati in esso l'importanza e gli effetti dell'esposizione, utilizzate schede psico-educative sul funzionamento del DOC, fornite spiegazioni sul modo in cui le persone ossessive tendono a relazionarsi ai loro pensieri, emozioni e percezioni e illustrati i meccanismi di cambiamento della mindfulness nei confronti degli atteggiamenti disfunzionali del DOC (Didonna, libro in preparazione).
3. *Integrare la procedura di Esposizione e Prevenzione della Risposta (EPR) con la mindfulness* utilizzando l'*Esposizione consapevole* (mindful exposure). A differenza della classica tecnica di EPR, in questa forma di esposizione il paziente viene continuamente invitato a stare direttamente in contatto con i suoi stati interni, notando attentamente e consapevolmente, momento per momento, il reale flusso di esperienze cognitive, sensoriali ed emotive che si attiva durante l'esposizione, senza giudicare, valutare o reagire a tali esperienze e prevenendo intenzionalmente qualsiasi processo metacognitivo sull'esperienza reale (Fig.

11.3), ovvero vedendo ogni metacognizione come semplici pensieri transitori e passeggeri.

L'esperienza clinica con decine di pazienti affetti da DOC suggerisce che le sedute di *esposizione consapevole* (in setting individuale o di gruppo) dovrebbero seguire le seguenti fasi (Fig. 11.4):

- A) Cominciare la seduta invitando il paziente a praticare un esercizio di mindfulness che gli può permettere di entrare in uno stato mentale stabile, equilibrato, attento e centrato nel presente (es. la meditazione seduta, la consapevolezza del respiro o l'esplorazione corporea – vedi l'Appendice A), aprendosi completamente ai processi attentivi e sensoriali;
- B) Il paziente dovrebbe essere aiutato a esporsi (in vivo o tramite esposizione immaginativa) alle situazioni o stimoli ansiogeni e disturbanti. In ogni momento di questa fase è importante invitare il paziente a portare l'attenzione a un' *'ancora attentiva'* o a un *'centro di consapevolezza'* (es. il corpo, le sensazioni create dal respiro o uno stimolo sensoriale) allo scopo di rimanere centrato nel momento presente ("il respiro come un ancora") osservando qualsiasi evento accada nell'esperienza interna ed esterna.
- C) Il paziente dovrebbe prestare attenzione e diventare consapevole di qualsiasi pensiero, sensazione, emozione che può presentarsi e osservare e descrivere attivamente in continuazione questi stati interni (come se fosse un testimone esterno), senza giudicare. Per esempio l'ansia può essere descritta dal paziente come un insieme di innocue sensazioni fisiche e pensieri il cui incremento non può condurre ad alcuna conseguenza pericolosa.
- D) Utilizzare le modalità dell'accettazione, accoglimento e 'lasciar essere' (apprese nel training di mindfulness) verso le esperienze interne. Alcune strategie di decentramento, defusione e disidentificazione vengono adottate durante tutta l'esposizione e a questo scopo può essere utile dire al paziente (o invitarlo a dirsi) particolari frasi o citazioni utilizzate durante i gruppi di mindfulness (es. "I pensieri sono eventi mentali e non fatti"; "I pensieri e le emozioni sono eventi transitori e impermanenti") oppure invitarlo a evocare metafore specifiche spesso utilizzate negli esercizi di mindfulness (es. "I pensieri sono come nuvole nel cielo"; "Guarda i pensieri come se fossero i titoli di coda di un film"; vedi anche il capitolo 7 di questo libro). Lo scopo in questa fase non è cam-

biare il contenuto dei pensieri, ma cambiare il modo in cui il paziente si relaziona ad essi.

E) Per tutta la durata della seduta, ma anche successivamente ad essa, è particolarmente importante invitare e aiutare il paziente a prevenire qualsiasi neutralizzazione manifesta o mentale (rituali, compulsioni) chiedendo regolarmente al paziente che cosa sta facendo mentalmente o pensando di fare in quel momento o dopo la seduta, in termini di rituali, ovvero se egli sta utilizzando qualche pensiero di neutralizzazione allo scopo di fronteggiare l'ansia e il disagio. Se questo avviene il paziente viene invitato a rinunciare e lasciar andare la neutralizzazione e a riportare nuovamente la sua attenzione alle reali sensazioni fisiche o all'esperienza sensoriale nel momento presente, valutando e riferendo i cambiamenti nel livello di ansia (su una scala da 0 a 100) momento dopo momento. Tali valutazioni vengono registrate dal terapeuta su un foglio e poi condivise col paziente al termine della seduta. Il paziente viene inoltre invitato a notare come il disagio e l'ansia si esprimono attraverso specifiche sensazioni fisiche e ad essere consapevole della loro localizzazione nel corpo.

F) Quando il paziente è in grado di stare in contatto con lo stimolo o situazione ansiogeni con un livello ridotto di ansia (da 0 a 30) l'esposizione può terminare.

La seduta dovrebbe poi concludersi con un breve esercizio di mindfulness (es. "I tre minuti dedicati al respiro" - Segal et al., 2002) finalizzato a permettere al paziente di recuperare un senso di equilibrio, stabilità e presenza.

- Inserire la Fig. 11.4 qui -
(Esempio di modello di integrazione tra EPR e mindfulness)

Risultati della ricerca

Al momento non sono disponibili *trial* randomizzati e controllati che abbiano studiato l'efficacia di un trattamento basato sulla mindfulness per il DOC. Vi sono comunque alcuni studi che hanno evidenziato risultati positivi e significativi utilizzando varie forme di intervento basato sulla mindfulness adattate a questa patologia.

In uno studio di caso clinico, Singh, Wahler & Winton (2004) hanno presentato il caso di una paziente che aveva vissuto un miglioramento della sua qualità di vita attraverso l'accettazione del suo DOC come punto di forza e migliorando le sue abilità di mindfulness, così che era riuscita a incorporare il 'suo' DOC nella vita quotidiana. I risultati hanno evidenziato che la paziente aveva superato con successo il suo DOC invalidante e che aveva potuto sospendere qualsiasi trattamento farmacologico a sei mesi dall'intervento. A un follow-up di tre anni la paziente evidenziava un buon adattamento, aveva uno stile di vita completo e salutare e, sebbene ricomparissero saltuariamente alcuni pensieri ossessivi, essi non controllavano più il suo comportamento.

In un altro caso clinico, Patel, Carmody, e Blair Simpson (2007) hanno descritto un paziente con DOC che aveva rifiutato sia il trattamento farmacologico che un intervento di esposizione e prevenzione della risposta ed era stato trattato usando un programma adattato di Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR). Dopo le otto settimane di programma la valutazione mostrava una riduzione clinicamente significativa nei sintomi ossessivi e un'augmentata capacità di evocare uno stato di mindfulness.

Schwartz, Stoessel, Baxter, Martin e Phelps (1996) hanno studiato gli effetti di un intervento cognitivo-comportamentale fortemente integrato con alcune componenti basate sulla mindfulness (il cosiddetto 'Programma a quattro passi') per un gruppo di pazienti con DOC. Questo studio, che utilizzava metodi di *neuroimaging* (PET), ha evidenziato che tale trattamento basato sulla mindfulness era associato a dei cambiamenti strutturali e funzionali significativi rispetto alle disfunzionalità cerebrali nelle aree collegate al disturbo (*neuroplasticità auto-diretta*; Schwartz & Beyette, 1997; Schwartz & Begley, 2002; Schwartz, Gullifor, Stier, & Thienemann, 2005a). Alcune ricerche di neuroimaging mostrano che i pazienti con DOC sarebbero in grado di 'ricostruire' i circuiti neuronali associati al disturbo quando vengono utilizzati interventi basati sulla mindfulness (Schwartz & Beyette, 1997; Schwartz, 1998). L'attenzione diretta in modo consapevole può causare una ri-organizzazione cerebrale, che determina un funzionamento cerebrale e comportamentale più adattivo (il cosiddetto *quantum zenno effect*) (Graybiel, 1998; Graybiel & Rauch, 2000; Beauregard, Levesque & Bourgouin, 2001; Ochsner, Bunge, Gross, & Gabrielli, 2002; Paquette et al., 2003; Schwartz, 1999).

In particolare questi autori hanno ipotizzato che ripetuti atti di mindfulness, praticati con regolarità, possono stabilire nuovi circuiti nelle aree asuefatte del cervello situate nei gangli della base (Graybiel, 1998). Alcuni meccanismi nella corteccia pre-frontale verrebbero direttamente influenzati

in modi altamente adattivi attraverso l'attivazione volontaria di una prospettiva cognitiva basata sulla mindfulness (Beauregard et al., 2001; Ochsner et al., 2002; Paquette et al., 2003).

La pratica regolare della meditazione di mindfulness creerebbe nuovi collegamenti nel cervello in modi che tendono a calmare i circuiti patologicamente iperattivati della corteccia orbito-frontale, del giro cingolato anteriore e del nucleo caudato attraverso la neuroplasticità auto-diretta (Schwartz, 1999). Questi studi mostrano altresì che il metabolismo cerebrale nella corteccia orbito-frontale cambia in modo significativo quando i pazienti con DOC applicano procedure basate sulla mindfulness (Schwartz & Begley, 2002).

Inoltre, in un recente studio pilota (Didonna e Bosio, manoscritto in preparazione) gli autori hanno studiato gli effetti di un formato adattato di MBCT in 10 sedute per un gruppo di pazienti con DOC (punteggio totale medio alla Y-BOCS = 21). I dati preliminari su questo studio in aperto hanno evidenziato che 4 pazienti su 5 riportavano un miglioramento molto significativo nei punteggi alla Y-BOCS e al Padua Inventory alla fine del trattamento e che essi mantenevano o incrementavano tale miglioramento a un follow-up di 1 anno (3 di essi evidenziavano una totale remissione sintomatologica). Dall'inizio del programma MBCT fino al follow-up i pazienti non avevano ricevuto nessun altro tipo di trattamento psicologico e coloro che erano sottoposti a terapia farmacologica (2 su 5) non avevano modificato tale terapia da 4 mesi prima del gruppo di MBCT fino al follow-up. I quattro pazienti che avevano riportato un miglioramento avevano mantenuto un livello medio-alto di pratica di mindfulness durante il training di MBCT e dopo un anno. L'analisi dei risultati ha riportato inoltre un'interessante correlazione tra il cambiamento significativo nei sintomi ossessivi (post-trattamento e follow-up) e un significativo miglioramento nelle abilità di mindfulness al post-trattamento e al follow-up (valutate attraverso il FFMQ, vedi Baer et al., capitolo 9 di questo libro).

Questi risultati sono incoraggianti, sebbene ulteriori studi possibilmente controllati e randomizzati, utilizzando campioni più ampi, sarebbero necessari per confermare e suffragare gli effetti e i meccanismi illustrati sopra e, inoltre, per meglio comprendere in quale grado in questi tipi di trattamento le componenti relative alla mindfulness influenzano e migliorano il risultato terapeutico.

Conclusioni e direzioni future

*Il vero viaggio di scoperta
non consiste nel cercare nuove terre,
ma nell'aver nuovi occhi*

Marcel Proust.

L'introduzione di interventi basati sulla mindfulness nel trattamento psicologico del DOC è un'applicazione relativamente recente, nonostante il fatto che il progresso ottenuto da questi approcci negli ultimi due decenni è stato considerevole.

Utilizzando una prospettiva basata sulla mindfulness, il DOC può essere concettualizzato come un grave deficit in alcune abilità di mindfulness. Un approccio basato sulla mindfulness sembra essere un intervento promettente che può migliorare alcune abilità di mindfulness che sono direttamente o indirettamente collegate e implicate nella fenomenologia dei pazienti ossessivi.

In modo più specifico, la pratica di mindfulness può favorire e rafforzare le esperienze di esposizione essendo una strategia *anti-evitamento*, può migliorare i deficit attentivi del DOC, è un processo anti-ruminativo e permette di sviluppare una modalità di accettazione nei confronti dell'esperienza interna indesiderata e fonte della sintomatologia ossessiva.

Inoltre è stato osservato che la mindfulness può aiutare i pazienti a validare gli stati interni e a prevenire i processi di elaborazione secondaria (es. meta-valutazioni, giudizi, interpretazioni) che sono uno dei principali fattori attivanti nella sindrome ossessiva. Auto-validazione e accettazione vengono proposte come modalità terapeutiche che possono modificare la costante auto-invalidazione ossessiva della propria esperienza interna e della memoria di essa. La tecnica della Validazione dell'Esperienza Percettiva (VEP), descritta in questo capitolo, è una procedura di mindfulness che può aiutare i pazienti con problemi ossessivi a migliorare la loro abilità di prestare attenzione consapevolmente e a usare il ricordo della loro esperienza sensoriale per prevenire o uscire dal dubbio e dalla ruminazione.

La pratica di mindfulness può aiutare i pazienti a rendersi conto dell'*impermanenza* di ogni esperienza (utilizzando l'accettazione, l'accoglimento, la modalità del "lasciar essere" e le metafore), sviluppando un senso di *non-sé* e di *non-attaccamento* (utilizzando processi di decen-

tramento, disidentificazione e defusione), senza alcun bisogno di controllare o reagire ai pensieri.

I training di mindfulness possono anche costituire un valido intervento per migliorare nel DOC le abilità metacognitive e incrementare il livello di *insight* del paziente, il test di realtà e il suo funzionamento generale. Possono anche aiutare i pazienti a prevenire l'attivazione dei fattori di mantenimento del DOC che determinano i circoli viziosi cronici e autorinforzanti del disturbo (vedi fig. 11.3).

I training di mindfulness costituiscono un intervento meno specifico rispetto alle tecniche comportamentali standard poiché sono finalizzati a insegnare al paziente un atteggiamento generale e uno stile mentale diversi e un modo di essere presenti alla sua intera esperienza interna ed esterna. Questa prospettiva maggiormente 'olistica' può avere delle implicazioni rilevanti in relazione all'intervento con il DOC poiché questo disturbo rappresenta un'entità nosografica estremamente eterogenea e con frequenti patologie in comorbidità. Questi pazienti, infatti, possono avere bisogno di una integrazione terapeutica con un approccio più globale al loro modo disfunzionale di relazionarsi ai pensieri, emozioni e sensazioni, includendo in tal modo la mindfulness per il DOC all'interno di una visione completa del disturbo e della sofferenza emotiva di queste persone.

La pratica di mindfulness può essere agevolmente integrata all'interno di interventi più tradizionali e già strutturati per il DOC e i dati di ricerca attualmente disponibili, nonché l'osservazione clinica suggeriscono che l'efficacia dei programmi di trattamento già validati per questa patologia può essere potenziata inserendo un programma di addestramento alla mindfulness o alcune componenti basate su questo approccio. In alcuni casi tale integrazione è stata associata con un significativo miglioramento dell'esito terapeutico in persone che erano stati precedentemente descritti come 'refrattari' o 'resistenti' agli interventi tradizionali. Inoltre la mindfulness offre un'integrazione efficace e meno ansiogena con le procedure cognitivo-comportamentale, in particolare con l'esposizione e prevenzione della risposta, riducendo il rischio di *drop-out* che è significativamente elevato nei pazienti con DOC che iniziano un intervento cognitivo-comportamentale basato su tecniche di esposizione. La pratica di mindfulness, infatti, può incrementare la motivazione a utilizzare queste ansigene, quanto efficaci strategie terapeutiche.

Una questione che merita approfondimento è se esiste qualche tipo di controindicazione nell'utilizzare trattamenti basati sulla mindfulness per alcune tipologie di disturbo ossessivo grave. L'esperienza e l'osservazione clinica dell'autore con centinaia di pazienti affetti da DOC suggeriscono

che non vi sono, in generale, controindicazioni significative nell'utilizzare questi interventi o nell'integrarli all'interno di protocolli terapeutici già esistenti, anche nei confronti di pazienti impegnativi come livello di gravità, cronicità e durata della malattia e con differenti tipi di domini cognitivi ossessivi.

Da rilevare comunque che questo tipo di trattamento può probabilmente evidenziare una maggiore efficacia con pazienti ossessivi con problemi di controllo e di lavaggio e che ci può essere una minore rispondenza da parte di pazienti con basso insight e con forte egosintonia verso i sintomi (es. pazienti che manifestano una *ideazione sopravvalutata*). In ogni caso

In ogni caso appare importante valutare quali metodi, strategie e forme di meditazione (pratica di mindfulness) meglio si adattano all'eterogeneità del DOC e ai diversi disturbi frequentemente presenti in comorbilità con questa patologia, quali depressione, disturbi di personalità, disturbi dissociativi, etc.

Ad esempio, pazienti con sintomi particolarmente invalidanti dovrebbero essere gradualmente preparati alla pratica di mindfulness e gli interventi dovrebbero essere integrati con la terapia cognitivo-comportamentale. Con pazienti ossessivi gravi è utile proporre un training di mindfulness in cui possono passare gradualmente da esperienze di consapevolezza sensoriale estero-cettive (es. meditazione camminata, visione o ascolto consapevole, vedi appendice A) a esperienze più entero-cettive, che implicano il rapporto con il corpo o con le emozioni (es. esplorazione corporea o meditazione seduta, vedi appendice A) e inoltre progredendo da esercizi brevi a pratiche di maggiore durata e da pratiche di mindfulness *informali* a meditazioni *formali* (vedi anche il cap. 24 di questo libro).

Al momento non sono disponibili sufficienti ricerche che hanno studiato gli 'ingredienti' terapeutici della mindfulness per il DOC, tali da permetterci di descrivere in modo chiaro e definitivo gli specifici meccanismi di cambiamento di questi interventi. Tuttavia diverse possibili osservazioni possono essere fatte. I dati disponibili e l'osservazione clinica ci mostrano che gli interventi basati sulla mindfulness possono determinare cambiamenti in alcuni specifici *deficit di mindfulness*, come i bias attentivi, la ruminazione, la fusione pensiero-azione, il senso di responsabilità ipertrofico e l'auto-invalidazione dell'esperienza interna.

Una questione centrale, che richiede ulteriori approfondimenti, è se vi sono particolari processi neurofisiologici associati alla condizione clinica del DOC che la pratica di mindfulness è in grado di modificare (Farb et al., 2007; Schwartz et al., 1996; Lazar et al., 2005).

È necessario inoltre comprendere meglio i fattori cognitivi, emotivi, comportamentali, biochimici e neurologici che contribuiscono allo stato di mindfulness (vedi anche il cap. 3 di questo libro) evidenziando in tal modo anche i meccanismi attraverso cui i training di mindfulness possono creare un cambiamento clinico nel DOC.

Sebbene gli studi preliminari siano incoraggianti, risulta importante effettuare ulteriori valutazioni empiriche metodologicamente valide sugli effetti e sull'efficacia degli interventi di mindfulness con il DOC, sia in comparazione con altri protocolli già validati, che come componente di un insieme di trattamenti, utilizzando campioni di ampiezza significativa e sviluppando protocolli standardizzati.

Un'ulteriore area di ricerca riguarda la verifica di una possibile diversa efficacia degli interventi di mindfulness nei confronti di diverse tipologie di pazienti ossessivi (pazienti con problemi di controllo, pulizia, ordine, simmetria, etc.) e la comprensione del modo in cui il miglioramento nelle abilità di mindfulness (e quali?) può essere correlato con il cambiamento clinico nelle persone con DOC.

L'auspicio dell'autore è che questo capitolo possa assolvere una funzione euristica e di stimolo verso il progresso e l'evoluzione nel trattamento della problematica ossessiva e dare impulso agli studi empirici riguardanti gli interventi basati sulla mindfulness con il DOC. Questo potrà permettere ai clinici di comprendere meglio i meccanismi clinici di cambiamento della sindrome ossessiva e di affrontare con strumenti sempre più efficaci una delle patologie più complesse e impegnative con cui si deve confrontare oggi la psicologia clinica.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., Text Rev.). Washington, DC: Author.
- Amir, N. & Kozak, M. J. (2002). Information processing in obsessive compulsive disorder. In R. O. Frost, & G. Steketee, (Eds.), *Cognitive Approaches to Obsessions and Compulsions: theory, assessment, and treatment*. Elsevier Science Ltd.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27–45.

- Beauregard, M., Levesque, J. & Bourgouin, P. (2001). Neural correlates of the conscious self-regulation of emotion. *Journal of Neuroscience*, 21, RC165, 1–6.
- Bishop, S., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N., Carmody, J., Segal, Z. V., et al. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11 (3), 230–241.
- Bohart, A. (1983). Detachment: A variable common to many psychotherapies? Paper presented at the 63rd Annual Convention of the Western Psychological Association, San Francisco, CA.
- Bouchard, C., Rhéaume, J., & Ladouceur, R. (1999). Responsibility and perfectionism in OCD: An experimental study. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 239–248.
- Clark, D. A. (2004). *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. New York: Guilford Press.
- Constans, J. I., Foa, E. B., Franklin, M. E., & Matthews, A. (1995). Memory for actual and imagined events in OC checkers. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 665–671.
- Deikman, A. J. (1982). *The observing self*. Boston: Beacon Press.
- De Silva, P. (2000). Obsessive-Compulsive Disorder. In L. Champion & M. Power (Eds.), *Adult psychological problems. An introduction, 2nd edn*. Hove: Psychology Press.
- De Silva, P. (2003). Obsessions, ruminations and covert compulsions. In R. G. Menzies, & P. de Silva (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research and treatment*. New York: Wiley
- Didonna, F. (2003). *Role of the Perceptive-Sensorial Experience in Activating Obsessive Doubt: The Perceptive Experience Validation Technique (PEV)*. Paper presented at the XXXIII International Congress Of Cognitive And Behavioural Psychotherapy – EABCT. Prague (Czech Republic) 10–13 September 2003. Abstract Book.
- Didonna, F. (2005). Ruolo dell'invalidazione dell'esperienza sensoriale nell'attivazione e mantenimento del dubbio ossessivo: La tecnica della Validazione dell'Esperienza Percettiva. *Psicopatologia Cognitiva*, 2(2).
- Didonna, F. (2006). *Mindfulness-based training for clinical problems*. Meet the Expert Session, Lecture presented at the XXXVI International Congress of European Association for Behaviour and Cognitive Therapy. Paris. France, 21 September 2006, Abstract Book.
- Didonna, F. Mindfulness and its clinical applications for severe psychological problems: conceptualization, rationale and hypothesized cognitive mechanisms of change (submitted for publication).
- Didonna, F., & Bosio, V. Mindfulness facets in a sample of Obsessive-Compulsive Disorder patients (manuscript in preparation).
- Epstein, M. (1996). *Thoughts without a thinker: Psychotherapy from a Buddhist perspective*. New York: Basic Books.

- Fairfax, H. (2008). The use of mindfulness in obsessive compulsive disorder: suggestions for its application and integration in existing treatment. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15(1), 53–59.
- Farb, N. A. S., Segal, Z. V., Mayberg, H., Bean, J., McKeon, D., Fatima, Z., & Anderson, A. K. (2007). Attending to the present: mindfulness meditation reveals distinct neural modes of self-reference. *Social Cognitive and Affective Neuroscience Advance*, 2, 313–322.
- Fan, J., McCandliss, B. D., Sommer, T., Raz, A., & Posner, M. I. (2002). Testing the efficiency and independence of attentional networks. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 14(3), 340–347.
- Field, A. P., St-Leger, E. & Davey, G. C. L. (2000). Past- and future-based rumination and its effect on catastrophic worry and anxiety (manuscript under review).
- Foa, E. B., Amir, N., Gershuny, B., Molnar, C., & Kozak, M. J. (1997). Implicit and explicit memory in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 119–129.
- Foa, E. B., Ilai, D., McCarthy, P. R., Shoyer, B., & Murdock, T. B. (1993). Information processing in obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 17, 173–189.
- Fresco, D. M., Moore, M. T., van Dulmen, M., Segal, Z. V., Teasdale, J. D., Ma, H., & Williams, J. M. G. (2007). Initial psychometric properties of the Experiences Questionnaire: Validation of a self-report measure of decentering. *Behavior Therapy*, 38, 234–246.
- Fresco, D. M., Segal, Z. V., Buis, T., & Kennedy, S. (2007). Relationship of post-treatment decentering and cognitive reactivity to relapse in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 447–455.
- Germer, C. K., Siegel, R. D., Fulton, P.R. (2005). *Mindfulness and Psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Goleman, D. (1988). *The meditative mind*. Los Angeles: J. P. Tarcher.
- Graybiel, A. M. (1998). The basal ganglia and chunking of action repertoires. *Neurobiology of Learning and Memory*, 70, 119–123.
- Graybiel, A. M., & Rauch, S. L. (2000). Toward a neurobiology of obsessive-compulsive disorder. *Neuron*, 28, 343–347.
- Guidano, V. & Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Guilford Press
- Hannan, S. E., & Tolin, D. F. (2005). Mindfulness and acceptance based behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. In S. M. Orsillo & L. Roemer (Eds.), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: conceptualization and treatment* (pp. 271–299). New York: Springer.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Guilford Press
- 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.
- Hermans, D., Martens, K., De Cort, K., Pieters, G., & Eelen, P. (2003). Reality monitoring and metacognitive beliefs related to cognitive confidence in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *41*, 383–401.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living*. New York: Delacorte.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
- Kocovski, N. L., Fleming, J., & Rector, N. A. (2007). Mindfulness and acceptance-based group therapy for social anxiety disorder: Preliminary evidence from four pilot groups. Poster accepted for presentation at the 41st Annual Convention of the Association for Behavioral and Cognitive Therapies (ABCT), Philadelphia, November 15–18, 2007.
- Kozak, M. J., & Foa, E. B. (1994). Obsessions, overvalued ideas, and delusions in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *32*, 343–353.
- Kyrios, M. (2003). Exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder. In R. G. Menzies, & P. de Silva (Eds.). *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research and treatment*. New York: Wiley
- Klee, S. H., & Garfinkel, B. D. (1983). The computerized continuous performance task: A new measure of inattention. *Journal of Abnormal Psychology*, *11*, 487–495.
- Jain, S., Shapiro, S. L., Swanick, S., Roesch, S. C., Mills, P. J., Bell, I. et al. (2007). A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: Effects on distress, positive states of mind, rumination, and distraction. *Annals of Behavioral Medicine*, *33*, 11–21
- Jha, A. P., Krompinger, J., & Baime, M. J. (2007). Mindfulness training modifies subsystems of attention. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, *7*(2), 109–119.
- Lavey, E. H., van Oppen, P., & van den Hout, M. A. (1994). Selective processing of emotional information in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *32*, 243–246.
- Lazar, S. W., Kerr, C. E., Wasserman, R. H., Gray, J. R., Greve, D. N., Treadway, M. T., et al. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport*, *16*(17), 1893–1897.
- Marlatt, G. A., & Kristeller, J. L. (1999). Mindfulness and Meditation. In W. R. Miller (Ed), *Integrating spirituality into treatment*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Martin, J. R. (1997, April). Limbering across cognitive-behavioral, psychodynamic and systems orientations. In J. R. Martin (Chair), Retooling for integration: Perspectives on the training of post-licensed psychotherapists. Symposium presented at the 13th annual conference of the Society for the Exploration of Psychotherapy Integration, Toronto, Canada.

- McNally, R. J., & Kohlbeck, P. A. (1993). Reality monitoring in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *31*, 249–253.
- Menzies, R. G., & de Silva, P. (Eds.) (2003). *Obsessive-compulsive disorder: theory, research and treatment*. New York: Wiley
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *35*, 667–681.
- Ochsner, K. N., Bunge, S. A., Gross, J. J., & Gabrielli, J. D. E. (2002). Rethinking feelings: An fMRI study of the cognitive regulation of emotion. *Journal of Cognitive Neuroscience*, *14*(8), 1215–1229.
- Oxford English Dictionary*, 2nd edn. (1989). Oxford: Clarendon Press.
- Paquette, V., Levesque, J., Mensour, B., Leroux, J. M., Beaudoin, G., Bourgoin, P., & Beaugregard, M. (2003). Change the mind and you change the brain: Effects of cognitive-behavioral therapy on the neural correlates of spider phobia. *Neuroimage*, *18*, 401–409.
- Parasuraman, R. (1998). *The attentive brain*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Patel S. R., Carmody, J., & Blair Simpson, H. (2007). Adapting mindfulness-based stress reduction for the treatment of obsessive-compulsive disorder: A case report. *Cognitive and Behavioral Practice*, *14*(4), 375–380.
- Pato, M. T., Zohar-Kadouch, R., & Zohar, J. (1998). Return of symptoms after discontinuation of clomipramine in patients with obsessive compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, *145*, 1521–1522.
- Pema Chodron (2002) *The Places that Scare You : A Guide to Fearlessness in Difficult Times*. Shambhala Classics.
- Posner, M. I. (1980). Orienting of attention. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, *32*(1), 3–25.
- Posner, M. I., & Rothbart, M. K. (1992). Attentional mechanisms and conscious experience. In A. D. Milner & M. D. Rugg (Eds.), *The neuropsychology of consciousness* (pp. 91–111). Toronto: Academic Press.
- Purdon, C. (2001). Appraisal of obsessional thought recurrences: Impact on anxiety and mood state. *Behaviour Therapy*, *32*, 47–64.
- Purdon, C. L., & Clark, D. A. (1999). Metacognition and obsessions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *6*, 102–110.
- Rachman, S. (1993). Obsessions, responsibility and guilt. *Behaviour, Research and Therapy*, *31*, 149–154.
- Rachman, S., & Shafran, R. (1998). Cognitive and behavioural features of obsessive-compulsive disorder. In R. P. Swinson, M. M. Antony, S. Rachman & M. A. Richter (Eds), *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research, and treatment*. New York: Guilford.
- Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1992). The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, *15*, 743–758.

- Rh eaume, J., Ladouceur, R., Freeston, M. H. & Letarte, H. (1994). Inflated responsibility and its role in OCD. II Psychometric studies of a semi-idiographic measure. *Journal of Psychopathological Behaviour*, 16, 265–276.
- Robins, L., Helzer, J., Weissman, M., Orvaschel, H., Gruenenger, E., Burge, J., et al. (1984). Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives of General Psychiatry*, 41, 949–958.
- Rogers, R. D., & Monsell, S. (1995). Costs of a predictable switch between simple cognitive tasks. *Journal of Experimental Psychology*, 124, 207–231.
- Safran, J. D., & Segal, Z. V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: Basic Books.
- Salkovskis, P. M. (1983). Treatment of an obsessional patient using habituation to audiotaped ruminations. *British Journal of Clinical Psychology*, 22, 311–313.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571–583.
- Salkovskis, P. M. (1996). The cognitive approach to anxiety: Threat beliefs, safety seeking behavior, and the special case of health anxiety and obsession. In P. M. Salkovskis, (Ed.) *Frontiers of Cognitive Therapy* (49–74). New York: Guilford.
- Salkovskis, P. M., Richards, C., & Forrester, E. (2000b). Psychological treatment of refractory obsessive-compulsive disorder. In W. K. Goodman, M. V. Rudorfer & J. D. Maser (Eds.), *Obsessive-Compulsive Disorder: Contemporary Issues in Treatment*. Mahwah, NJ: Elbaum.
- Salkovskis, P. M., Shafran, R., Rachman, S., & Freeston, M. H. (1999). Multiple pathways to inflated responsibility beliefs in obsessional problems: possible origins and implications for therapy and research. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1055–1072.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 373–386.
- Sher, K. J., Frost, R. O., & Otto, R. (1983). Cognitive deficits in compulsive checkers: An exploratory study. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 357–363.
- Schwartz, J. M. (1998). Neuroanatomical aspects of cognitive-behavioral therapy response in obsessive-compulsive disorder: An evolving perspective on brain and behavior. *British Journal of Psychiatry*, 173, Supplement 35, 39–45.
- Schwartz, J. M. (1999). A role for volition and attention in the generation of new brain circuitry: Toward a neurobiology of Mental force. Special issue of *Journal of Consciousness Studies*, Libet, B., Freeman, A. & Sutherland, K. (Eds.): *The Volitional Brain: Towards a neuroscience of free will*. *Journal of Consciousness Studies*, 6(89), 115–142.
- Schwartz, J., & Begley, S. (2002). *The mind and the brain: Neuroplasticity and the power of mental force* (1st ed.). New York: Regan Books.
- Schwartz, J. M., & Beyette, B. (1997). *Brain lock: Free yourself from obsessive compulsive behavior*. New York: Harper Collins.

- Schwarz, N. & Bless, H. (1991). Happy and mindless, but sad and smart? The impact of affective states on analytic reasoning. In J. Forgas (Ed.), *Emotion and social judgements*. 55–71. London: Pergamon.
- Schwartz, J., Gullifor, E. Z., Stier, J., & Thienemann, M. (2005a). *Mindful awareness and self directed neuroplasticity: Integrating psychospiritual and biological approach to mental health with focus on obsessive compulsive disorder*: Haworth Press.
- Schwartz, J. M., Stoessel, P. W., Baxter, L. R., Martin, K. M., & Phelps, M. E. (1996). Systematic changes in cerebral glucose metabolic rate after successful behavior modification treatment of obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 53, 109–113.
- Segal, Z. V., Williams, J. M., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: The Guilford Press.
- Simon, G., Ormel, J., VonKorff, M., & Barlow, W. (1995). Health care costs associated with depressive and anxiety disorders in primary care. *American Journal of Psychiatry*, 152, 352–357.
- Singh, N. N., Wahler R. G., & Winton, A. S. W. (2004). A mindfulness-based treatment of obsessive-compulsive disorder. *Clinical Case Studies*, 3(4), 275–287.
- Snelling, J. (1991). *The Buddhist handbook*. Rochester, VI: Inner Traditions.
- Steketee, G., & Shapiro, L. J. (1995). Predicting behavioural treatment outcome for agoraphobia and obsessive compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 15, 317–346.
- Teasdale, J. D. (1999). Metacognition, mindfulness and the modification of mood disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 146–155.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Mark, G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behavior Research and Therapy*, 33, 25–39.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Williams, J. M. (2003). Mindfulness training and problem formulation. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 157–160.
- Trobe, T., & Trobe, G. D. (2005). *From fantasy trust to real trust*. Amsterdam: Osho Publikaties.
- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Greenwald, S., Hwu, H. G., Lee, C. K., et al. (1994). The cross-national epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 5–10.
- Wells, A., & Papageorgiu, C. (1998). Relationships between worry, obsessive-compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 899–913.
- Wilhelm, S., & Steketee G. (2007). Recent Advances in the Assessment and Cognitive Treatment of Obsessive Compulsive Disorder. Workshop presented at the World Congress of Behavioural and Cognitive Therapy. Barcelona, July, 2007.

- Williams, J. M. G., Mathews, A., & MacLeod, C. (1996). The emotional Stroop task and psychopathology. *Psychological Bulletin*, *120*(1), 3–24.
- World Health Organization (1996). *The Global burden of disease*. Geneva:WHO
- Zingarelli, N. (2010). *Vocabolario della lingua italiana*. Bologna: Nicola Zanichelli
- Zylowska, L., Ackerman, D. L., Yang, M. H., Futrell, J. L., Horton, N. L., Hale, T. S., C. Pataki, and S.L. Smalley (2008). Mindfulness Meditation Training in Adults and Adolescents With ADHD:A Feasibility Study. *Journal of Attention Disorders*, *11* (6), 737–746

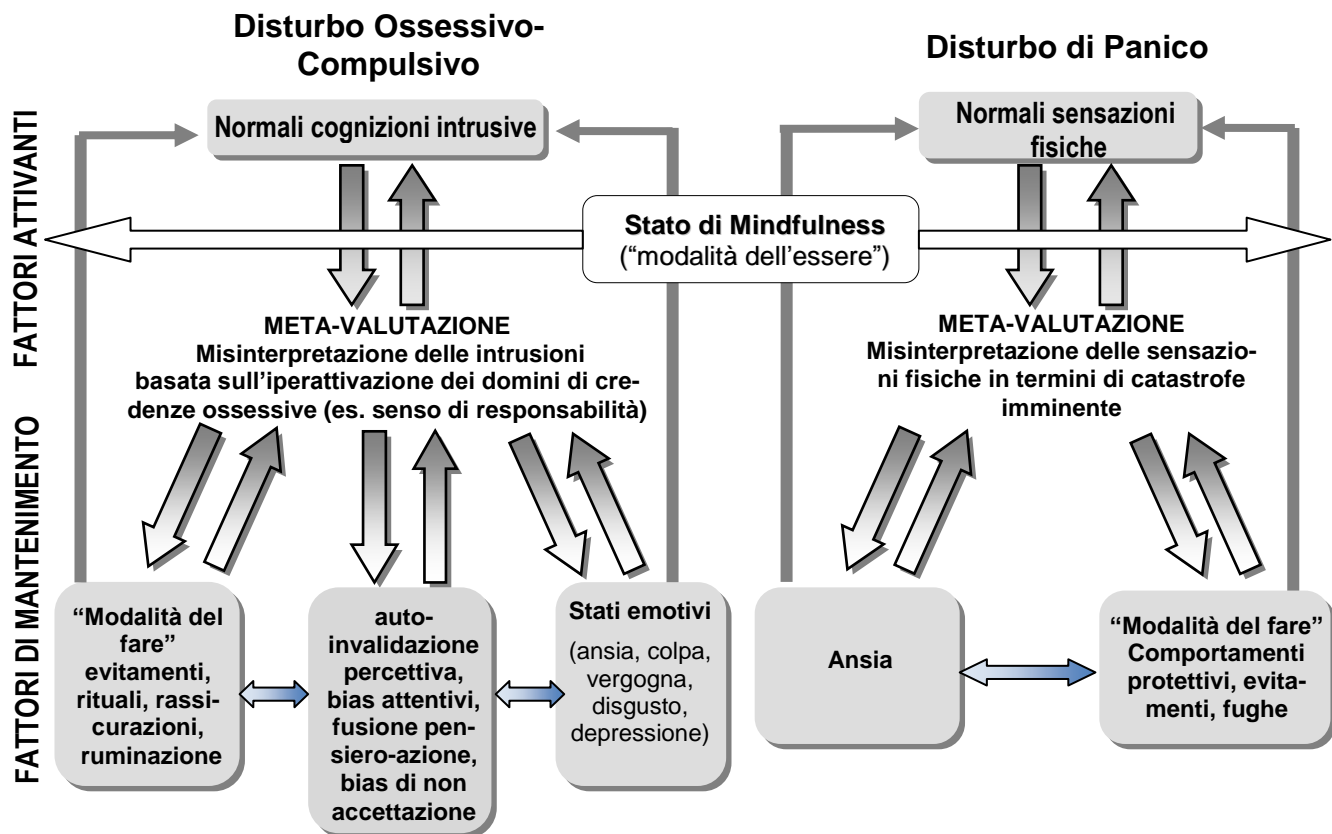


Figura 11.3. Formulazione cognitiva del ruolo e degli effetti dello stato di mindfulness in relazione ai fattori attivanti e di mantenimento nel DOC e nel Disturbo di Panico.

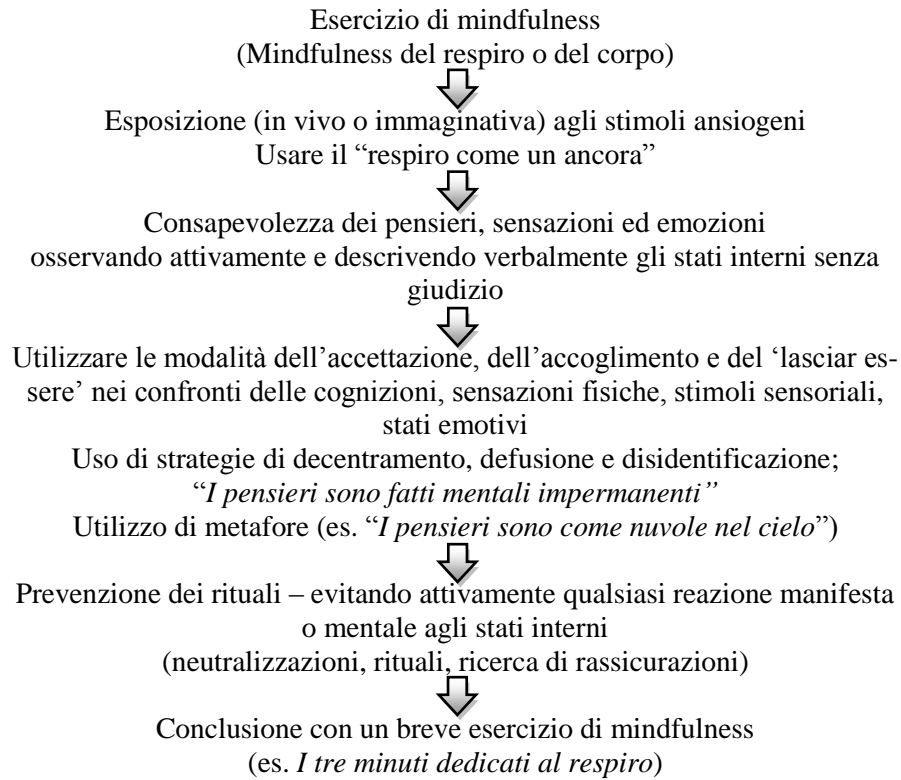


Fig. 11.4. Esempio di un modello di integrazione tra la procedura di esposizione e prevenzione della risposta e un intervento basato sulla mindfulness.