



## The process of acceptance in Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

### Il processo di accettazione nella terapia dell'Accettazione e dell'Impegno (*Acceptance and Commitment Therapy, ACT*)

Barbara Barcaccia<sup>a,b,\*</sup>

<sup>a</sup> *Dipartimento di Psicologia dei Processi di Sviluppo e Socializzazione, Sapienza Università di Roma*

<sup>b</sup> *Associazione di Psicologia Cognitiva APC e Scuola di Psicoterapia Cognitiva srl SPC*

#### ARTICLE INFO

Submitted: 09 January 2019

Accepted: 18 March 2019

DOI: 10.4458/1965-06

#### ABSTRACT

At some level, any type of psychotherapy entails a certain degree of work on acceptance that can take different forms: acceptance of one's past history, acceptance of how other people are, of injustice of some aversive life events, of the occurrence of unwanted obsessive, depressive, anxious thoughts, or undesired emotions, and so forth. In Acceptance and Commitment Therapy (ACT) all these facets are pivotal, since acceptance is taken into consideration in its double acceptance: at the level of external events (aversive life events) and at the level of internal events (emotions and thoughts). Working on acceptance in ACT implies both areas, even though in the present paper it will be mainly illustrated through experiential acceptance, the willingness to experience unavoidable private events without unnecessary attempts to change their frequency or form. Acceptance always regards the unavoidable, but it is not tantamount to resignation or tolerance, which are passive and fatalistic ways to deal with events. The process of acceptance in ACT is one of the pillars of treatment, and specific exercises are devoted to increase the patient's willingness to take a perspective of non-judgemental awareness and to be open and experience emotions and sensations as they arise.

**Keywords:** Acceptance and Commitment Therapy (ACT); Experiential Acceptance; Functional Contextualism.

#### RIASSUNTO

In qualsiasi forma di psicoterapia è implicito un certo livello di lavoro sull'accettazione, che può assumere diverse valenze: accettazione della propria storia di vita, accettazione che gli altri siano come sono, dell'ingiustizia di alcuni eventi aversivi, della comparsa di pensieri ossessivi, depressivi, ansiogeni, o di emozioni indesiderate, e così via. Nell'ACT tutti questi aspetti sono centrali, perché l'accettazione è considerata in almeno due accezioni: a livello degli eventi esterni (eventi aversivi dell'esistenza) e a livello degli eventi interni (emozioni e pensieri). Il lavoro sull'accettazione nell'ACT riguarda entrambi gli ambiti, anche se in questo lavoro si illustrerà l'accettazione dell'esperienza emotiva, vale a dire la disponibilità a esperire pienamente e senza difese inutili ciò che si sta sperimentando. L'accettazione riguarda sempre ciò che è ineludibile, ma non è un sinonimo di rassegnazione, o di sopportazione, modalità passive e fatalistiche di relazionarsi con gli eventi. Il processo di accettazione nell'ACT è uno dei pilastri del trattamento, vi sono specifici esercizi dedicati a incrementare la disposizione ad assumere una prospettiva di consapevolezza non-giudicante e di aprirsi attivamente all'esperienza delle emozioni sgradite nel momento in cui si presentano.

**Parole chiave:** Terapia dell'Accettazione e dell'Impegno (ACT); Accettazione Esperienziale; Contestualismo Funzionale.

\*Corresponding author.

Barbara Barcaccia

Via dei Marsi n.78

00185 Roma

Email: barbara.barcaccia@uniroma1.it



RdP

## Cos'è la terapia dell'Accettazione e dell'Impegno (ACT)

La terapia cognitivo-comportamentale presenta, tra le varie forme di trattamento disponibili, la più forte base empirica a supporto della sua efficacia (Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer, Fang, 2012). Nella storia della terapia cognitivo-comportamentale si distinguono tre epoche o “generazioni” nelle impostazioni terapeutiche, che rappresentano l'evoluzione di questa forma di psicoterapia: la prima è costituita dalla terapia del comportamento che risale agli anni '50 del secolo scorso, la seconda è quella della terapia cognitivo-comportamentale sviluppatasi intorno agli anni '60, che ha visto l'aggiunta della terapia cognitiva al modello di terapia del comportamento. Negli ultimi trent'anni si è sviluppata la terza generazione o terza “onda” (Gaudiano, 2008; Hayes, 2004; Hayes, Hofmann, 2017), costituita da un insieme di trattamenti tra i quali la terapia dialettico-comportamentale (Linehan, 1993), la terapia cognitiva basata sulla mindfulness (Segal, Williams, Teasdale, 2002), la terapia metacognitiva (Wells, 2009), la terapia focalizzata sugli schemi (Young, 1990) e in particolare, focus del presente lavoro, la terapia dell'Accettazione e dell'Impegno (*Acceptance and Commitment Therapy*; ACT, si pronuncia come un'unica parola e non scandendo le iniziali dell'acronimo, per enfatizzare il significato della parola “act”, *agisci*: Hayes, Strosahl, Wilson, 1999).

I diversi trattamenti della terza generazione hanno in comune il focus sul cambiamento della *relazione* con i pensieri e le emozioni, più che sul loro contenuto (Hayes, Hofmann, 2017). L'ACT (Hayes *et al.*, 1999), in particolare, ha avuto un ruolo significativo nello stimolare lo sviluppo della terza generazione di terapia cognitivo-comportamentale, soprattutto grazie al lavoro di Steven Hayes e colleghi (Hayes, Strosahl, Bunting, Twohig, Wilson, 2004).

Nell'ACT il linguaggio/pensiero è considerato un'importante fonte di psicopatologia e sofferenza. La terapia contribuisce a minare il potere del linguaggio di creare sofferenza, e diviene una forma di addestramento al suo uso funzionale (Hayes *et al.*, 1999). In realtà, il fatto che molti problemi emotivi e psicologici siano riconducibili a problemi di linguaggio/cognizione è una prospettiva condivisa con la maggior parte delle diverse correnti di terapia cognitiva (Barcaccia, 2012), secondo la quale le interpretazioni e costruzioni cognitive dell'individuo, espresse attraverso il linguaggio, sono degli importanti determinanti della sofferenza umana (Beck, 1976; Ellis, 1962). Nelle terapie di terza generazione però, e quindi anche nell'ACT, non si pone l'accento sul cambiamento dei contenuti problematici di pensiero, così come è tipico della seconda generazione, perché lo scopo è quello di aiutare il paziente a ricondurre il linguaggio e il pensiero sotto l'appropriato controllo *contestuale* (Hayes *et al.*, 1999). L'ACT, infatti, è fondata su una teoria del linguaggio e della cognizione definita teoria della cornice relazionale (*Relational Frame Theory*, RFT; Hayes, Barnes-Holmes, Roche, 2001). L'ACT e la RFT derivano dalla tradizione filosofica del *contestualismo funzionale* (Gifford, Hayes, 1993; Levin, Hayes, 2009) secondo il quale ogni comportamento deve essere analizzato nella sua *funzione*. Il contesto determina la funzione del comportamento. Non ci sono pensieri, sensazioni, emozioni che siano di per sé patologici, nell'ACT si valuta come e quanto essi interferiscano con il funzionamento individuale e con la possibilità di vivere un'esistenza in accordo con i propri desideri e valori (Hayes, Strosahl, Wilson, 2012; Paciello *et al.*, 2017; Twohig, Ong, Krafft, Barney, & Levin, 2019; Wilson, Murrell, 2004; Wilson, Whiteman, Bordieri, 2013). Gli eventi psicologici sono letti come interazioni tra gli organismi e i contesti: non sono i pensieri o le emozioni a essere patologici di per sé, tutto dipende dal “contesto”: in un contesto di evitamento esperienziale e fusione cognitiva esse possono diventare effettivamente disfunzionali, perché impediscono a quella persona che li sperimenta di vivere un'esistenza in linea con i propri valori. I valori, nell'ottica ACT, sono le direzioni di vita desiderate, ciò che la persona sente risuonare con i suoi desideri più profondi, ciò a cui dà importanza, che dà senso all'esistenza e che orienta le sue azioni (Dahl, Wilson, Luciano, Hayes, 2005).

L'obiettivo dichiarato dell'ACT, oltre agli specifici obiettivi che si possono fissare per ogni singolo paziente, è di incrementare la flessibilità psicologica, che significa anche ampliare le possibilità di scelta di una persona, aumentare la libertà che ha di scegliere tra reazioni possibili a ciò che le accade, decidere se conviene persistere nel comportamento, o se conviene cambiare qualcosa (Wilson, Murrell, 2004). In tale prospettiva pragmatica, si enfatizza la *funzionalità* dei comportamenti. Il contestualismo funzionale si prefigge di predire e influenzare (modificare) gli eventi psicologici (Hayes, Brownstein, 1986), una visione che sottintende un approccio scientifico al cambiamento in terapia: lo psicoterapeuta, dopo aver effettuato un'accurata formulazione del caso, deve essere in grado di

effettuare previsioni su fattori scatenanti e fattori di mantenimento dei problemi presentati dal paziente, per poi individuare un trattamento adeguato.

All'interno di una terapia ACT si possono proporre tipologie molteplici di tecniche ed esercizi, alcuni dei quali possono derivare anche da tradizioni terapeutiche diverse da quella cognitivo-comportamentale, come la terapia della gestalt o gli approcci esperienziali. Ciò che però distingue l'ACT è il *razionale* degli interventi, cioè la ragione e lo scopo per cui vengono proposti in terapia, vale a dire il paradigma del contestualismo funzionale illustrato precedentemente (Hayes *et al.*, 2004). Pertanto, un intervento terapeutico basato sull'ACT non si traduce in una semplice messa in atto, per quanto ampia, di tecniche, e non si configura neanche come un protocollo rigido di trattamento con interventi prestabiliti (Hayes *et al.*, 2004), ma è fondato sulla formulazione idiografica del caso clinico e la vasta gamma di tecniche disponibili è strategicamente orientata e volta a incrementare la flessibilità psicologica al servizio di una vita più in linea con le aspirazioni, i desideri e i valori della persona.

#### *La flessibilità psicologica come obiettivo generale dell'ACT*

Nella prospettiva ACT la rigidità psicologica contribuisce a esacerbare la sofferenza degli individui (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006) ed è caratterizzata da sei processi patologici interconnessi: evitamento esperienziale, fusione cognitiva, attaccamento a un sé concettualizzato, mancanza di contatto con il momento presente, mancanza di chiarezza sui propri valori, comportamenti disfunzionali (Bardeen, Fergus, 2016). A questi processi patologici l'ACT contrappone i sei processi funzionali che costituiscono i pilastri di questo trattamento: defusione cognitiva, accettazione esperienziale, contatto mindful con il momento presente, chiarezza sui valori, un'esperienza trascendente di sé, e comportamenti funzionali al servizio dei desideri e dei valori più profondi dell'individuo (rappresentato graficamente attraverso il cosiddetto "Esagono della flessibilità" o Hexaflex; Hayes *et al.*, 1999; Hayes *et al.*, 2004). Questo trattamento si avvale quindi dei processi di accettazione e mindfulness e promuove la messa in atto di comportamenti funzionali coerenti con i valori del paziente, allo scopo di produrre una maggiore flessibilità psicologica (Hayes *et al.*, 2004).

#### **Gli effetti dell'evitamento di esperienze interne aversive**

L'evitamento esperienziale è il processo patologico considerato più nocivo nella prospettiva ACT (Hayes *et al.*, 1999). È definito come una forma di indisponibilità a stare in contatto con esperienze interne indesiderate, rispetto alle quali si mettono tipicamente in atto strategie di evitamento maladattive. Per esperienze "interne" o "private" si intende tutto ciò che non è visibile direttamente dall'esterno, vale a dire pensieri, ricordi, emozioni, sensazioni corporee. Quando queste esperienze sono aversive, gli individui tendono tipicamente a cercare di evitarle o sopprimerle. Sappiamo però che questi tentativi, anche se talvolta alleviano il disagio nell'immediato, hanno un effetto paradossale nel medio e lungo termine (Bardeen, 2015; Bardeen, Fergus, 2016; Hayes, Wilson, Gifford, Follette, Strosahl, 1996). È stato sperimentalmente dimostrato che il tentativo di controllare, ad es., i pensieri negativi attraverso la soppressione ha come effetto un incremento di quegli stessi contenuti cognitivi (Ashton, Boschen, 2011; Clark, Purdon, 2009; Iijima, Tanno, 2012; Wegner, 1989; 1994).

Le persone possono tendere a evitare, o quanto meno a cercare di controllare le esperienze interne aversive (Twohig *et al.*, 2019) attraverso l'utilizzo di strategie cognitive ed emotive come l'evitamento, la soppressione, la distrazione, l'auto-inganno. Tutte queste strategie hanno un effetto paradossale, cioè incrementano la frequenza e l'intensità di comparsa di quei pensieri, emozioni, sensazioni che si volevano sopprimere: il tentativo di controllare le esperienze private è il problema, e non la soluzione (Hayes *et al.*, 2004).

In ambito psicopatologico è ancora più evidente quanto l'evitamento esperienziale non funzioni: i tentativi di soluzione mirati a evitare o a controllare gli eventi interni tendono a ipergeneralizzarsi e a creare un numero di problemi crescente nei pazienti (Twohig *et al.*, 2019). L'evitamento può essere considerato un meccanismo di genesi e mantenimento transdiagnostico, comune a molte forme diverse di psicopatologia (Chawla, Ostafin, 2007; Hayes *et al.*, 1996; Hayes *et al.*, 2006). Ecco perché l'ACT cerca di incrementare la flessibilità psicologica (Hayes *et al.*, 2012), modificando la rigidità dei tentativi di soluzione disfunzionali, e di fornire modi nuovi e funzionali per relazionarsi con le esperienze interne (Twohig *et al.*, 2019).

È un'opinione culturalmente e socialmente molto diffusa che la comparsa di eventi privati, soprattutto se percepiti come negativi, possa e debba essere controllata, una visione del funzionamento della mente che porta le persone a impiegare molte energie nella lotta contro queste esperienze interne (Harris, 2009; 2011). L'ACT aiuta le persone a disinvestire quelle energie dall'intento di modificare ciò che non si può cambiare, e a destinarle a ciò che può essere modificato, a impegnarsi in comportamenti funzionali, destinati a costruire una vita guidata dai propri desideri e valori (T'wohig *et al.*, 2019). Le persone sono aiutate a realizzare (principalmente tramite tecniche esperienziali) che pensieri, emozioni e sensazioni non possono essere rigidamente controllati, e i tentativi di neutralizzare o cancellare tali esperienze esitano fatalmente in un loro paradossale incremento.

Una volta raggiunta tale consapevolezza, i pazienti sono più motivati a modificare le proprie reazioni quando compaiono determinati pensieri o emozioni dolorosi: se, ad esempio una persona realizza che, auto-imporsi perentoriamente di non pensare a un certo evento doloroso, porterà fatalmente a farlo tornare di continuo in mente, così come imporsi di non esperire un'emozione dolorosa che è emersa ne prolungherà e intensificherà la presenza, allora sarà più semplice per il terapeuta supportare il paziente nella ricerca di strade alternative per gestire quei momenti dolorosi, strade basate più sull'accettazione della comparsa di quei contenuti e sensazioni, che sul tentativo di controllarli.

Nell'ACT un obiettivo dichiarato e *valido*, in un certo senso, per chiunque si sottoponga al trattamento, è di aiutare i pazienti a costruire un'esistenza significativa, basata sui loro desideri e valori, aumentando la flessibilità psicologica, cioè la capacità di rispondere in modo diverso rispetto a come si agiva prima quando si presentano contenuti cognitivi, sensazioni ed emozioni indesiderati: se *prima* la persona, in seguito all'occorrenza di un pensiero ansiogeno (*e se poi all'università incontro i compagni del primo anno? E se mi chiedono perché sono sparito dalla circolazione? E se mi agito?*), non solo provava ansia, ma evitava di compiere l'attività che aveva scelto di svolgere come seguire alcune lezioni all'università, *dopo* può riconoscere la comparsa di quel pensiero nella mente, decentrarsi e dis-identificarsi dal suo contenuto (questo processo è definito nell'ACT De-fusione cognitiva), e decidere di agire in linea con i propri valori recandosi davvero all'università.

Anche per le emozioni accade qualcosa di simile. Se un individuo con il disturbo di panico e agorafobia entrando al supermercato comincia a provare una sensazione di sbandamento e sente il battito cardiaco accelerato, può allontanarsi velocemente dalla situazione e sperimentare un immediato sollievo dall'ansia. Purtroppo, comportamenti di questo tipo tendono facilmente a generalizzarsi ad altre situazioni simili, portando la persona a evitare del tutto alcuni luoghi o alcune categorie di stimoli, o ad allontanarsi rapidamente nel caso in cui si trovi nella situazione e inizi a esperire quelle sensazioni sgradite. Gli evitamenti e le fughe però, ancorché esperiti come risolutivi nell'immediato, porteranno a un'esacerbazione della sintomatologia. (Hayes *et al.*, 1996). L'ACT interverrà, in caso di evitamento esperienziale, aiutando la persona ad attraversare la sua ansia (accettazione esperienziale) senza esserne sopraffatto, a navigare sull'onda emotiva senza lasciare che essa determini il corso successivo delle azioni del paziente, ma facendo così che siano i suoi valori a sostenerlo nella messa in atto di comportamenti funzionali. In questo modo, una persona con agorafobia, ad es., che, per non provare ansia evita di salire sui mezzi di trasporto pubblico e non riesce ad andare a trovare un amico in difficoltà, potrà apprendere come gestire la sua ansia quando si presenta, e ad agire in linea con il suo valore della vicinanza nell'amicizia.

Da questo punto di vista, il motore del cambiamento è costituito dall'identificazione dei valori del paziente, e i cambiamenti auspicabili in terapia sono quelli che lo riportano sempre più in sintonia con le sue aspirazioni e i suoi desideri: si tratta di muoversi flessibilmente verso direzioni di vita desiderate, *malgrado* la presenza di quegli inevitabili ostacoli interni (pensieri, emozioni, sensazioni) ed esterni (eventi di vita aversivi) (Hayes *et al.*, 2012) che si presentano nella vita di ogni essere umano, quando l'esistenza è piena e significativa, vale a dire ricca di relazioni, affetti, attività importanti per la persona.

Un aspetto interessante di questo trattamento è la forza delle componenti *esperienziali*, per cui si interviene sulle modalità disfunzionali di gestione degli eventi privati all'interno della seduta, notando quando il paziente sta provando, ad es., a sopprimere un'emozione e aiutandolo con il processo di accettazione esperienziale a stare dentro l'esperienza emotiva e ad aprirsi a essa: il setting terapeutico è il

contesto in cui il paziente è addestrato a entrare in relazione e a gestire le proprie esperienze interne in modo funzionale ai propri scopi e valori (Twohig *et al.*, 2019).

Una vita piena necessariamente include esperienze di vita aversive, problemi e delusioni, così come le emozioni di tristezza, rabbia, ansia, vergogna, etc., oltre a esperienze ed emozioni positive. Avere come obiettivo quello di non provare emozioni spiacevoli e difficoltà è fallimentare: se si vive un'esistenza impegnata e piena, emergeranno naturalmente anche emozioni negative e sofferenza (Harris, 2009; 2011).

In che modo, allora, l'ACT può offrire il suo contributo ad alleviare la sofferenza degli esseri umani?

Nell'accettazione di eventi privati indesiderati che sono *al di fuori* del nostro controllo. L'accettazione va orientata a ciò che è ineludibile, e non è un "valore assoluto" nella terapia, non si incoraggia l'accettazione incondizionata di tutto ciò che di negativo accade nella vita. Al contrario, si supporta il paziente nell'impegno a modificare attivamente ciò che può essere cambiato: la terapia è volta a incoraggiare il paziente a mettere in atto comportamenti e azioni *impegnati*, diretti a una vita vissuta secondo i suoi valori. Ampliare il repertorio dei comportamenti di fronte al presentarsi di un'emozione, ricordo, pensiero negativi, significa contribuire alla costruzione di una vita ricca e significativa, che è fondata sul fare ciò che è importante, ciò che ha valore per il paziente, e che naturalmente può implicare anche emozioni negative, fallimenti e difficoltà.

Ma chi altro si è occupato di accettazione? In realtà il concetto di accettazione era presente anche nelle due precedenti generazioni della terapia cognitivo-comportamentale, basti pensare a una delle diverse implicazioni dell'Esposizione, che comporta sicuramente una forma di accettazione, almeno nello specifico senso di entrare in contatto con ciò che si teme. E di accettazione si tratta anche quando il dialogo socratico, tipico della seconda generazione della terapia cognitivo-comportamentale, verte in seduta su come affrontare alcuni tipi di ingiustizia, e su eventi di vita aversivi come lutti, separazioni, perdite, etc. Ma il tema dell'accettazione è chiaramente presente in misura maggiore o minore in ogni forma di psicoterapia.

### **Cenni alle radici filosofiche dell'accettazione**

Se poi si volessero rintracciare le origini del tema dell'accettazione, si deve risalire molto più indietro nel tempo di qualsiasi psicoterapia: la filosofia e la religione per millenni hanno dibattuto su questi temi e hanno fornito il loro fondamentale contributo ad alleviare la sofferenza degli esseri umani. L'affinamento di strategie di accettazione dell'ineludibile ha rappresentato per migliaia di anni un modo per ridurre la sofferenza e adattarsi meglio alle difficoltà dell'esistenza. Solo per citare una delle molte, tra le varie tradizioni filosofiche e religioni verso le quali la psicologia ha un forte debito, si può citare lo Stoicismo. Oggi la parola "filosofia" potrebbe evocare qualcosa di astratto, accademico, lontano dal reale, ma lo Stoicismo, così come le altre scuole ellenistiche, era in realtà una filosofia pratica, che formava all'arte della vita (Horn, 2004), una forma di psicoterapia *ante litteram*. Come afferma Pierre Hadot "La filosofia antica propone all'uomo un'arte della vita, mentre al contrario la filosofia moderna si presenta anzitutto come la costruzione di un linguaggio tecnico riservato a specialisti" (Hadot, 2005, p.164).

Il tardo-Stoicismo, in particolare, offre un'organizzazione sistematica di concetti terapeutici, di tecniche e di esercizi per raggiungere una maggiore serenità (Newman, 1989; Nussbaum, 1998). Ma più in generale, caratteristica di tutte le scuole ellenistiche, e anche di altre correnti filosofiche antiche, è la funzione terapeutica affidata alla filosofia: consentire agli esseri umani la tranquillità dello spirito, riuscire ad affrontare le difficoltà e i dolori della vita ordinaria. Il filosofo diviene così "medico dello spirito". Caratteristico del periodo ellenistico è quindi il primato del problema morale (=a quali condizioni gli esseri umani possono essere felici?) su quello teoretico e conoscitivo, così come il valore assunto dall'individuo, dalla singolarità della persona: protagonista della filosofia diviene l'Uomo con i suoi problemi, le sue angosce, le sue sofferenze, il suo desiderio di felicità. Secondo gli Stoici è il tentativo di ottenere o mantenere beni che è possibile non conseguire, e di evitare mali che spesso non si possono evitare, a renderci infelici (Hadot, 2005). La filosofia stoica insegnava gli esseri umani ad accettare ciò che di aversivo si presentava nel corso dell'esistenza, e in che modo preservare la serenità anche in mezzo alle avversità.

Vale la pena ricordare che per addestrare gli individui all'arte suprema della vita, l'accettazione, per aiutarli dunque a recuperare la serenità malgrado le avversità, le varie scuole filosofiche occidentali, e non solo lo Stoicismo, proponevano esercizi e pratiche meditative. Oggi si tendono a sottolineare le origini delle pratiche di accettazione e di mindfulness, così centrali nell'ACT, nella filosofia orientale (Brown, Creswell, Ryan, 2015; Kabat-Zinn, 2003), che rappresenta sicuramente un'importante radice delle pratiche di mindfulness così come sono oggi utilizzate in medicina e in psicologia, ma è importante menzionare anche la lunga tradizione di *meditatio* Occidentale (Hadot, 2005).

La filosofia (e la religione) anche quella Occidentale, ha enfatizzato molto tempo prima di qualsiasi forma di trattamento psicologico strutturato, la centralità del processo di accettazione, almeno due millenni prima che fosse recuperata come una dimensione cardinale nei più recenti sviluppi della psicoterapia di terza generazione.

### L'accettazione nell'ACT

In qualsiasi forma di psicoterapia è implicito un certo livello di lavoro sull'accettazione. Ad esempio, se stiamo lavorando con un paziente sulla sua storia di vita, e stiamo condividendo alcuni eventi dolorosi della sua infanzia, l'accettazione, intesa anche come capacità di ricollocare il passato nel passato, è sempre il percorso più opportuno, visto che non possiamo agire per modificare ciò che è stato (Hayes *et al.*, 1999).

Il concetto di accettazione però ha molte diverse sfaccettature: accettazione della propria storia di vita, accettazione che gli altri siano come sono, dell'ingiustizia di alcuni eventi aversivi, della comparsa di pensieri ossessivi, depressivi, ansiogeni, o di emozioni indesiderate, e così via. Nell'ACT tutti questi aspetti sono significativi, perché l'accettazione è considerata in almeno due accezioni: a livello degli eventi esterni (eventi aversivi dell'esistenza) e a livello degli eventi interni (emozioni, cognizioni disfunzionali). Il lavoro sull'accettazione in terapia ricopre necessariamente entrambi gli ambiti, che sono comunque strettamente legati, dal momento che a eventi negativi di vita segue generalmente la comparsa di stati d'animo negativi. La parte più innovativa dell'ACT riguarda l'accettazione dell'esperienza emotiva, vale a dire la disponibilità a esperire pienamente e senza difese inutili ciò che si sta sperimentando (Hayes, 1994; Hayes *et al.*, 1999). In ogni caso si sottolinea sempre che l'accettazione riguarda ciò che è *ineludibile*. Non è un sinonimo di rassegnazione, o di sopportazione, modalità passive e fatalistiche di relazionarsi con gli eventi (Hayes *et al.*, 2004). L'accettazione riguarda eventi privati indesiderati (pensieri, immagini, emozioni) che sono al di fuori della possibilità di controllo.

Il processo di accettazione nell'ACT è uno dei pilastri del trattamento, vi sono specifici esercizi dedicati a incrementare questa disposizione, e implica sempre, da parte del paziente, l'abbandono dello scopo, disfunzionale, di controllare le esperienze private che non possono essere modificate (Hayes *et al.*, 1999). L'accettazione esperienziale consente di assumere una prospettiva di consapevolezza non-giudicante e di aprirsi attivamente all'esperienza delle emozioni, delle sensazioni, dei pensieri sgraditi nel momento in cui si presentano (Hayes *et al.*, 2004). Non è un atteggiamento passivo, al contrario è un comportamento intenzionale di apertura e disponibilità ad accogliere l'esperienza così come si presenta, in grado di modificare la funzione delle esperienze interne: la modifica che si cerca di incoraggiare in terapia è il passaggio da esperienze che si vogliono evitare a un atteggiamento di apertura, interesse, accettazione verso quelle stesse esperienze (Barcaccia *et al.*, 2019) alle quali accade di essere esposti quando si vive una vita fondata sui propri valori e desideri (Hayes *et al.*, 2004). I processi di accettazione, compassione e perdono sono stati spesso accostati, come variabili che contribuiscono al benessere psicologico (Baer, 2019; Barcaccia, Pallini, Baiocco, Salvati, Saliari, Schneider, 2018; Barcaccia, Pallini, Milioni, Vecchio, 2018; Barcaccia, Schneider, Pallini, Baiocco, 2017; Nieuwsma, Walser, Farnsworth, Drescher, Meador, Nash, 2015).

L'obiettivo del processo di accettazione esperienziale in terapia non è dunque quello di modificare la forma dell'esperienza (ad es. diminuire l'intensità dell'emozione esperita), ma la sua funzione: se prima in un paziente a un episodio di ansia seguiva un comportamento di evitamento, ora la funzione dell'ansia può essere modificata. Il paziente è supportato, attraverso apposite pratiche ed esercizi, a stare dentro l'esperienza emotiva, ad accoglierla e a non mettere in atto i consueti tentativi di soluzione che aveva sempre utilizzato fino a quel momento (ad es. l'evitamento, la soppressione, l'uso

di sostanze, etc.). In questo modo avrà la libertà di decidere come agire, e sarà comunque in grado di affrontare la situazione che in passato avrebbe evitato. Accogliere l'esperienza emotiva e imparare a navigare anche quando il mare è mosso è un cambiamento possibile, messo in atto non allo scopo di quietare le onde, quindi cancellare o controllare l'emozione, ma per alterare la funzione di quell'emozione. Si tratta di un percorso che porta a una maggiore libertà e autonomia rispetto a quanto costretta e ristretta era la possibilità di scelta prima (flessibilità psicologica).

#### *Modalità di intervento*

Tra gli aspetti più interessanti di questo trattamento vi è la forza delle componenti *esperienziali*, attraverso le quali si interviene sulle modalità disfunzionali di gestione degli eventi interni all'interno della seduta, notando quando il paziente sta provando, ad es., a sopprimere un'emozione e aiutandolo con il processo di accettazione esperienziale a stare dentro l'esperienza emotiva e ad aprirsi a essa: il setting terapeutico è il contesto in cui il paziente è addestrato a entrare in relazione e a gestire le proprie esperienze interne in modo funzionale ai propri valori (Twohig *et al.*, 2019). Nell'ACT, così come in molte altre terapie, la relazione terapeutica è fondamentale per il trattamento, ma lo è in un'accezione particolare: la relazione terapeutica è lo strumento grazie al quale si modellano comportamenti nuovi e funzionali in seduta, di fronte agli stimoli che in passato portavano a comportamenti sintomatici. La terapia è il contesto nel quale le manifestazioni del paziente che denotano fusione cognitiva ed evitamento esperienziale possono essere identificate e a partire dalle quali si possono praticare e modellare defusione, accettazione, contatto con il momento presente.

Gli interventi tendono a essere esperienziali ed evocativi (Hayes *et al.*, 2004), con un uso del linguaggio particolare, attraverso metafore, più che fondati su processi verbali. Il lavoro esperienziale è veicolato grazie a un'ampia gamma di esercizi tra i quali il terapeuta può scegliere che non hanno però certamente lo scopo di eliminare l'emozione o di diminuirne l'intensità. La prospettiva proposta è sempre quella dell'osservazione: entriamo in contatto con questa esperienza emotiva e notiamo ciò che accade, osserviamo come si svolge questa esperienza. Si tratta quindi dell'attivazione di una prospettiva di processo, e non di esito. Ciononostante, come conseguenza di questo mutato atteggiamento nei confronti delle proprie emozioni e sensazioni, potrà anche assistersi a un decremento dell'intensità emotiva, un effetto non sorprendente della nuova relazione con gli eventi interni caratterizzata dalla sospensione dei vecchi tentativi di soluzione disfunzionali. Effetto non sorprendente, che si osserva spesso, ma che non è mai indicato come obiettivo diretto del trattamento.

Inoltre, è fortemente sottolineato che l'accettazione è al servizio dei valori della persona, cioè non la si propone come qualcosa di per sé "giusta", ma viene sempre inquadrata all'interno della formulazione del caso del paziente, alla luce di quelli che sono i suoi valori (Hayes *et al.*, 1999). Qual è il costo di continuare a provare a controllare quelle esperienze private? Cosa sta perdendo di buono per la sua vita, secondo ciò che per lei è importante, continuando a tentare di sopprimere, evitare, neutralizzare, cancellare emozioni, pensieri, sensazioni?

Ciò non toglie che, in alcuni casi, soprattutto per emozioni, pensieri, sensazioni, ricordi che si presentano con un lieve o moderato livello di intensità, e con scarsa frequenza, possano funzionare, almeno temporaneamente, strategie di distrazione. L'ACT non prevede una regola assoluta da seguire, ma prevede che sia il contesto, per il singolo individuo, sulla base di una formulazione del caso idiografica, a regolare l'azione più opportuna da intraprendere. Non vi è alcun obiettivo pre-definito nella terapia a esporre il paziente a emozioni, ricordi, sensazioni dolorosi perché "è giusto così", perché "bisogna accettare": l'accettazione è sempre al servizio dei valori (Hayes *et al.*, 1999). Si addestrerà il paziente a entrare in contatto e a non farsi spaventare dalle proprie emozioni negative, ad es. l'ansia, se queste emergono quando egli prova a muoversi in direzione dei propri valori, ad es. quando ricomincia a frequentare l'università dopo averla a lungo abbandonata proprio per timore di sperimentare ansia. Questo significherebbe aiutare il paziente a vivere una vita più in linea con i propri valori *nonostante* la presenza di ostacoli emotivi.

In questo tipo di terapia vi è un forte accento sull'impegno a modificare quel che si può cambiare. Il regno del cambiamento è quello dei comportamenti manifesti, che possono sempre essere modificati, quindi vale la pena investire le proprie energie su questa area. Ciò significa che per i comportamenti disfunzionali sicuramente l'accettazione non è un processo elettivo, perché si tratta di un'area passibile di modifica: non c'è motivo di accettare ciò che è negativo e al tempo stesso

modificabile (Hayes *et al.*, 1999). Pertanto, per i comportamenti disfunzionali, ad es. di assunzione di sostanze, è sicuramente auspicabile la modifica quel comportamento, e non la sua accettazione. La denonimazione stessa del trattamento sintetizza questo equilibrio tra accettazione di ciò che è ineludibile e imm modificabile, e impegno per modificare ciò che si può cambiare. E nell'ambito delle azioni, delle scelte e dei comportamenti, vi è ampio margine di cambiamento.

Un certo livello di accettazione è implicito, comunque, anche in altri processi psicologici importanti per l'ACT: la defusione cognitiva (Barcaccia, 2012) è un modo per accettare più facilmente la comparsa di un pensiero nella mente (non il suo contenuto); ma anche l'esposizione (comportamento impegnato) implica l'accettazione dell'esperienza emotiva di ansia associata al fatto di esporsi a qualcosa che temiamo; così come altre forme di comportamento impegnato, che implicano la disponibilità ad accogliere quei sentimenti, sensazioni e pensieri che molto probabilmente si presenteranno se ci accingiamo a svolgere un'attività coerente con i nostri valori ma evitata e temuta a lungo (Hayes *et al.*, 1999). E le pratiche di contatto con il momento presente, come la *mindfulness*, implicano, e al tempo stesso allenano, l'accettazione non-giudicante di tutti gli eventi interni.

L'accettazione di esperienze emotive aversive è comunque inserita all'interno di una cornice che comprende anche gli altri cinque processi fondamentali dell'ACT: imparare ad accettare ciò che non si può eludere è funzionale a riuscire a vivere una vita orientata dai propri desideri e valori, è per questo motivo che il paziente è motivato a passare attraverso le emozioni e sensazioni aversive. Non si tratta di un esercizio fine a se stesso, o dettato da una ipotetica norma, ma è fortemente legato alla *funzionalità* che tutto questo (l'accettazione) può avere per il singolo paziente che abbiamo di fronte in terapia: quanto il nuovo modo di rispondere all'esperienza interna aiuta l'individuo a essere la persona che vuole essere e a raggiungere gli obiettivi che si era prefissato? La funzionalità di un comportamento nell'ACT è sempre letta alla luce dei valori dell'individuo. Sono i valori a ispirare e a sostenere il cambiamento. I valori sono i desideri più profondi della persona su ciò che vuole essere e su come vuole condurre la propria esistenza. In questo tipo di terapia è enfatizzata per ogni persona la possibilità di costruire una vita più ricca di relazioni, attività, impegno, e dotata di significato attraverso la messa in atto comportamenti "impegnati", in linea con i propri valori, perché l'ACT aiuta a entrare in contatto con ciò che conta realmente: chi vogliamo essere e cosa vogliamo davvero fare della nostra vita. Questi valori serviranno a ispirare e motivare l'accettazione di ciò che non si può evitare e il cambiamento di quello che si può modificare.

## **Compliance with Ethical Standards**

### **Conflict of interest**

The author declares that she has no competing interests.

### **Funding**

The author received no financial support for the research, authorship, and/or publication of this article.

## Riferimenti bibliografici

- Ashton, A., & Boschen, M. (2011). Thought suppression of multiple personally relevant target thoughts. *Asia Pacific Journal of Counselling and Psychotherapy*, 2(2), 138-150. doi: 10.1080/21507686.2010.544660.
- Assaz, D. A., Roche, B., Kanter, J. W., & Oshiro, C. K. B. (2018). Cognitive defusion in acceptance and commitment therapy: What are the basic processes of change? *The Psychological Record*, 68(4), 405–418. doi: 10.1007/s40732-017-0254-z
- A-Tjak, J. G., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A., & Emmelkamp, P. M. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(1), 30-36. doi:10.1159/000365764
- Baer, R. A. (2010). Self-compassion as a mechanism of change in mindfulness-and acceptance-based treatments. In R. A. Baer (Ed.), *Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: illuminating the theory and practice of change* (pp. 135–153). Oakland: New Harbinger Publications, Inc.
- Bardeen, J. R. (2015). Short-term pain for long-term gain: The role of experiential avoidance in the relation between anxiety sensitivity and emotional distress. *Journal of Anxiety Disorders*, 30, 113–119. doi: 10.1016/j.janxdis.2014.12.013
- Bardeen, J. R., & Fergus, T. A. (2016). The interactive effect of cognitive fusion and experiential avoidance on anxiety, depression, stress and posttraumatic stress symptoms. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(1), 1-6. doi: 10.1016/j.jcbs.2016.02.002
- Barcaccia, B., Baiocco, R., Pozza, A., Pallini, S., Mancini, F., Salvati, M. (2019). The more you judge the worse you feel. A judgemental attitude towards one's inner experience predicts depression and anxiety. *Personality and Individual Differences*, 138, 1, 33–39. doi: 10.1016/j.paid.2018.09.012
- Barcaccia, B., Mancini, F. 2013 (a cura di). *Teoria e clinica del perdono*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Barcaccia, B., Pallini, S., Baiocco, R., Salvati, M., Saliani, A.M., Schneider, B. (2018). Forgiveness and friendship protect adolescent victims of bullying from emotional maladjustment. *Psicothema*, 30 (4), 427–433. doi: 10.7334/psicothema2018.11
- Barcaccia, B., Pallini, S., Milioni, M., Vecchio, G.M. (2018). Resentment or forgivingness? The assessment of forgiveness in Italian adolescents. *Child Indicators Research*, 11, 1407–1423. doi: 10.1007/s12187-017-9483-6
- Barcaccia, B., Schneider, B.H., Pallini, S., Baiocco, R. (2017). Bullying and the detrimental role of un-forgiveness in adolescents' wellbeing. *Psicothema*, 29 (2), 217–222. doi:10.7334/psicothema2016.251
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Oxford, UK: International Universities Press.
- Blackledge, J. T., & Hayes, S. C. (2001). Emotion regulation in acceptance and commitment therapy. *Journal of clinical psychology*, 57(2), 243–255.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., . . . Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676–688. doi:10.1016/j.beth.2011.03.007
- Brown, K. W., Creswell, J. D., & Ryan, R. M. (Eds.). (2015). *Handbook of mindfulness: Theory, research, and practice*. New York, New York: Guilford Publications.
- Chawla, N., & Ostafin, B. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review. *Journal of clinical psychology*, 63(9), 871–890.

- Clark, D. A., & Purdon, C. (2009). Mental control of unwanted intrusive thoughts: a phenomenological study of nonclinical individuals. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2, 267–281.
- Dahl, J., Luciano, C., Wilson, K.G. & Hayes, S.C. (2005). *Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain*. Oakland: New Harbinger Publication.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Secaucus, NJ: Citadel.
- Gaudiano, B. A. (2008). Cognitive-behavioural therapies: Achievements and challenges. *Evidence-Based Mental Health*, 11(1), 5–7. doi: 10.1136/ebmh.11.1.5
- Gifford, E.V., & Hayes, S. C. (1993). Functional contextualism: A pragmatic philosophy for behavioral science. In W. O'Donohue & R. Kitchener (Eds.), *Handbook of behaviorism* (pp. 285 – 327). San Diego, CA: Academic Press.
- Hadot, P. (2005). *Eserizi spirituali e filosofia antica*, a cura e con una prefazione di Arnold I. Davidson, traduzione di Anna Maria Marietti e Angelica Taglia, Einaudi, Torino. (tit. orig. *Exercices spirituels et philosophie antique* Éditions Albin Michel S.A., Paris, 2002).
- Harris, R. (2009). *La trappola della felicità*, ed. Erickson.
- Harris, R. (2011). *Fare ACT*, ed. Franco Angeli.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639–665. doi: 10.1016/S0005-7894 (04)80013-3
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York, NY: Kluwer Academic/Plenum.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Wilson, K. G. (2012). Contextual Behavioral Science: Creating a science more adequate to the challenge of the human condition. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1(1-2), 1–16. doi:10.1016/j.jcbs.2012.09.004
- Hayes, S. C., & Brownstein, A. J. (1986). Mentalism, behavior-behavior relations, and a behavior-analytic view of the purposes of science. *The Behavior Analyst*, 9, 175–190.
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2017). The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *World Psychiatry*, 16(3), 245–246. doi: 10.1002/wps.20442.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25. doi:10.1016/j.brat.2005.06.006
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Bunting, K., Twohig, M., & Wilson, K. G. (2004). What is acceptance and commitment therapy? In S. C. Hayes & K. D. Strosahl (Eds.), *A practical guide to acceptance and commitment therapy* (pp. 1–30). New York, NY: Springer-Verlag.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change (2nd ed.)*. New York, NY US: Guilford Press.
- Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (1994). Acceptance and commitment therapy: Altering the verbal support for experiential avoidance. *The Behavior Analyst*, 17(2), 289–303
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152–1168.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427–440. doi: 10.1007/s10608-012-9476-1.
- Horn, C. (2004). *L'arte della vita nell'antichità: felicità morale da Socrate ai neoplatonici*. Carocci editore.

- Iijima, Y., & Tanno, Y. (2012). The rebound effect in the unsuccessful suppression of worrisome thoughts. *Personality and Individual Differences*, 53(3), 347–350. doi: 10.1016/j.paid.2012.03.023.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156. doi: 10.1093/clipsy.bpg016
- Levin, M., & Hayes, S. C. (2009). ACT, RFT, and contextual behavioral science. In J. T. Blackledge, J. Ciarrochi, & F. P. Deane (Eds.), *Acceptance and Commitment Therapy: Contemporary research and practice* (pp. 1–40). Sydney: Australian Academic Press.
- Levin, M. E., Hildebrandt, M. J., Lillis, J., & Hayes, S. C. (2012). The Impact of Treatment Components Suggested by the Psychological Flexibility Model: A Meta-Analysis of Laboratory-Based Component Studies. *Behavior Therapy*, 43(4), 741–756. doi:10.1016/j.beth.2012.05.003
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Jensen.
- Menahem, S., & Love, M. (2013). Forgiveness in psychotherapy: the key to healing. *Journal of Clinical Psychology*, 69, 829–835. doi: 10.1002/jclp.2201
- Newman, R. J., (1989). Cotidie meditare: Theory and Practice of the meditatio in Imperial Stoicism. In W. Haase (ed.), *Aufstieg und Niedergang der römischen Welt: Geschichte und Kultur Roms im Spiegel der neueren Forschung* 2.36.3, Berlin: de Gruyter, pp.1473–1517.
- Nieuwsma, J., Walser, R., Farnsworth, J., Drescher, K., Meador, K., & Nash, W. (2015). Possibilities within acceptance and commitment therapy for approaching moral injury. *Current Psychiatry Reviews*, 11(3), 193–206. doi: 1573400511666150629105234
- Nussbaum, M. (1998). *Terapia del desiderio: teoria e pratica nell'etica ellenistica*. Vita e Pensiero, Milano, 1998. (tit. orig. *The therapy of Desire*, Princeton University Press, 1996).
- Paciello M., Muratori P., Ruglioni L., Milone A., Buonanno C., Capo R., Lochman J.E., Barcaccia B. (2017). Personal Values and Moral Disengagement Promote Aggressive and Rule Breaking Behaviours in Adolescents with Disruptive Behaviour Disorders: a pilot study. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 61 (1), 46–63.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York, NY: Guilford Press.
- Twohig, M. P., Ong, C. W., Krafft, J., Barney, J. L., & Levin, M. E. (2019). Starting Off on the Right Foot in Acceptance and Commitment Therapy. *Psychotherapy*, 56, 1, 16–20. doi:org/10.1037/pst0000209
- Van Tongeren, D. R., Green, J. D., Hook, J. N., Davis, D. E., Davis, J. L., & Ramos, M. (2015). Forgiveness increases meaning in life. *Social Psychological and Personality Science*, 6, 47–55. doi: 10.1177/1948550614541298
- Wade, N. G., Hoyt, W. T., Kidwell, J. E. M., & Worthington, E. L., Jr. (2014). Efficacy of psychotherapeutic interventions to promote forgiveness: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82, 154–170. doi: 10.1037/a0035268
- Wegner, D. M. (1989). *White bears and other unwanted thoughts*. New York: Viking/Penguin.
- Wegner, D. M. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological Review*, 101, 34–52. doi: 10.1037/0033-295X.101.1.34
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York, NY: Guilford Press.
- Wilson, K. G., Whiteman, K., & Bordieri, M. (2013). The pragmatic truth criterion and values in contextual behavioral science. In S. Dymond & B. Roche (Eds.), *Advances in relational frame theory* (pp. 27–47). Oakland, CA: New Harbinger.

- Wilson, K. G., & Murrell, A. R. (2004). Values work in acceptance and commitment therapy: Setting a course for behavioral treatment. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 120–151). New York, NY: Guilford Press.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.