

Training autogeno e tecniche ACT come riduzione dell'ansia in soggetti non clinici.

Un'indagine sperimentale in un gruppo di studenti universitari

Giulia Bevilacqua¹

¹Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale - Verona

Riassunto

L'interesse per il benessere psico-fisico in senso olistico che da qualche anno sta caratterizzando la società ha fatto sì che anche soggetti non interessati da alcuna patologia clinica in particolare siano ben disposti a familiarizzare con tecniche di rilassamento che attingono a diversi orientamenti e filosofie, quali la tradizione mindfulness, i corsi di yoga ed, appunto le tecniche ACT e i protocolli del Training Autogeno. L'intento di questa ricerca è proprio quello di mettere a confronto due di queste tecniche di rilassamento, nello specifico gli esercizi superiori del training autogeno di J. H. Schultz ed i protocolli dell'ACT, di cui è già stata ampiamente dimostrata l'efficacia sia in ambito clinico che non, per verificare quale delle due si dimostri maggiormente efficace nella riduzione dell'ansia (di stato e/o di tratto), laddove l'ansia non raggiunga un'intensità tale da configurarsi come patologia clinica. L'indagine sperimentale ha coinvolto 30 studenti universitari, suddivisi in 2 gruppi sperimentali, sottoposti ognuno ad un protocollo diverso, più un gruppo di controllo. Si è ricorsi allo S.T.A.I. (State-Trait Anxiety Inventory) Forma Y di Spielberg, una delle scale d'ansia più usate a scopo diagnostico e clinico sia in ambito nazionale che internazionale, per verificare i livelli di ansia dei soggetti sperimentali coinvolti nei 3 gruppi e monitorare eventuali modificazioni pre e post intervento.

Parole chiave: training autogeno, ACT, ansia

Summary

The Interest in the psychological and physical well-being in a holistic sense, that for some years has been characterizing the community, has ensured that even persons who are not subject to any clinical disease in particular are willing to familiarize with relaxation techniques that draw on different orientations and philosophies such as mindfulness tradition, yoga classes and, as mentioned, the ACT techniques and protocols of the autogenic training. The intent of this research is just to compare two of these relaxation techniques, specifically the first five exercises of the autogenic training, by J.H. Schultz, and ACT protocols. The effectiveness of these techniques has already been amply demonstrated in both clinical and not clinical field, in order to verify which of the two will prove more efficacy in reducing anxiety (state and / or trait), wherever the anxiety doesn't reaches an intensity that constitute clinical pathology. The experimental investigation involved 30 university students, divided into two experimental groups, each subjected to a different protocol, plus a control group. It's been applied the S.T.A.I. (State-Trait Anxiety Inventory) Y-Form by Spielberg, one of the most anxiety scales used for diagnostic and clinical purposes, in order to ensure the anxiety levels of the experimental subjects involved in the 3 groups and evaluate any pre and after treatment modification.

Key words: autogenic training, ACT, anxiety.

Giulia Bevilacqua, "Training autogeno e tecniche ACT come riduzione dell'ansia in soggetti non clinici. Un'indagine sperimentale in un gruppo di studenti universitari", N. 16, 2015, pp. 27-41.

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC e SPC. Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it

Origine del metodo e significato del termine

Con il termine Training Autogeno J. H. Schultz (1884 – 1970) definì nel 1932 un metodo di autodistensione da concentrazione psichica che consente di modificare situazioni psichiche e somatiche. Secondo il suo ideatore, il principio fondamentale del metodo consiste nel “determinare, per mezzo di particolari esercizi fisiologico-razionali, una deconnessione globale dell'organismo che, in analogia con le metodologie eteroipnotiche, permette di raggiungere le realizzazioni proprie degli stati suggestivi” (se è una citazione ripresa da un libro / articolo, riportare il riferimento bibliografico).

Schultz, che in quanto psichiatra e psicoterapeuta aveva partecipato attivamente al movimento psicoanalitico del principio del secolo scorso a Berlino, si staccò successivamente da esso ed elaborò la propria metodologia, anch'essa originata dagli studi e dalle applicazioni dell'ipnosi, ma ponendo le modificazioni neurofisiologiche a questa connesse in maggior rilievo rispetto ai dinamismi psicologici profondi e perseguendo l'obiettivo di rendere la persona assistita meno vincolata alla dipendenza del terapeuta, per divenire lui stesso autore del proprio cambiamento e del proprio benessere.

Schultz (1968) infatti si era reso conto, praticando l'ipnosi, che la semplice suggestione di uno stato di calma e di concentrazione psichica passiva determina costantemente uno stato di ipotonia muscolare più o meno generalizzato. L'allenamento alla realizzazione di uno stato di ipotonia, sempre più generalizzato ed evidente, costituisce il primo esercizio inferiore, l'esercizio della pesantezza. Ogni rapporto con il mondo esterno si associa a uno stato di tensione: non possiamo parlare, guardare, afferrare qualcosa, senza mettere in tensione dei gruppi muscolari; per una aspettativa ansiosa ci sentiamo "tesi," poiché tutta la nostra muscolatura è contratta. Anche il semplice riflettere comporta contrazioni muscolari (corrugamento frontale); perfino l'immaginazione di un atto volitivo produce un'involontaria contrazione nei muscoli dell'area corrispondente. L'allenamento agli esercizi del T.A. ci offre la possibilità di realizzare, in modo sempre più completo e generalizzato, il contrario di ciò che può produrre uno stato di tensione, vale a dire distensione neuromuscolare, passività psichica, progressivo restringimento del campo della coscienza.

È proprio l'allenamento, il training, cioè l'apprendimento graduale di una serie di esercizi di concentrazione psichica passiva, studiati e concatenati in una sequenza standard, che conducono progressivamente al realizzarsi di spontanee modificazioni del tono muscolare, della funzionalità vascolare, dell'attività cardiaca e polmonare, dell'equilibrio neurovegetativo e dello stato di coscienza; il preciso e costante allenamento a tali esercizi porta a modificazioni gradatamente sempre più valide, precise, consistenti ed è il cardine su cui ruota tutto il metodo.

D'altro canto, come già accennato, il termine autogeno significa "che si genera da sé", proprio per differenziare questo metodo dalle tecniche auto ipnotiche ed eteroipnotiche le cui realizzazioni somatopsichiche sono attivamente indotte dal soggetto o dal terapeuta.

Oltre che dalle tecniche ipnotiche, gli esercizi del training autogeno (T.A.) si differenziano

sostanzialmente dai comuni esercizi ginnici, con cui si tende a particolari scopi, ci si allena attivamente per migliorare determinate prestazioni o si vuole raggiungere qualcosa. Gli esercizi del T.A. hanno invece lo scopo di farci raggiungere lo stato autogeno, una condizione di passività assoluta, priva di atti volitivi, realizzata nella indifferente contemplazione di quanto spontaneamente accade nel proprio organismo e nella propria mente. In conseguenza dell'apprendimento di questo nuovo ed insolito atteggiamento si sviluppano spontaneamente modificazioni psichiche e somatiche di senso opposto a quelle provocate nella nostra mente e nel nostro corpo da uno stato di tensione, di ansia e di stress.

Di fronte ad una situazione-stimolo che, sia a livello psicologico che somatico, superi una certa soglia di tolleranza, l'unità biopsichica reagisce, a seconda dell'intensità dello stimolo, con tensione muscolare, spasmi viscerali, sensazione di freddo per il corpo, alterazione funzionale nei meccanismi neurovegetativi, endocrini ed umorali. Si può inoltre avvertire sensazioni di calore al capo, l'impressione di essere sopraffatti dalle proprie emozioni e dai pensieri che si affollano nella mente. L'allenamento alla realizzazione di uno stato di sempre maggiore passività consente all'unità biopsichica di reagire, gradualmente, in modo opposto. Si determinano allora distensione muscolare e vascolare, rilasciamento viscerale, sensazione di calore per il corpo, regolarizzazione funzionale nei meccanismi neurovegetativi, endocrini, umorali; infine, una piacevole sensazione di freschezza alla fronte che corrisponde a uno stato di calma, di benessere, di pace interiore.

Non soltanto dal momento in cui veniamo alla luce, ma già dalla vita prenatale, la nostra esistenza è un continuo susseguirsi di stimolazioni fisiche e psichiche che colpiscono la nostra unità biologica. A queste stimolazioni si reagisce: il loro incessante susseguirsi provoca innumerevoli stati di tensione realizzati dal nostro apparato psichico e dal nostro apparato somatico allo scopo di poter mantenere il più adeguato adattamento alle situazioni ambientali. Anno dopo anno, ci alleniamo inconsapevolmente e fatalmente a queste modalità di reazione che comporta tensione; non sempre, però, riusciamo a ritornare ad uno stato di equilibrio funzionale, quando la causa che lo aveva alterato è venuta a mancare.

La tecnica di auto-distensione di Schultz (1980), pertanto, ci consente di realizzare, sia a livello psicologico che a livello somatico, uno stato di per sé del tutto opposto alle reazioni in autotensione, tale da migliorare, modificare, risolvere o normalizzare funzioni psichiche o somatiche che si fossero allontanate dal loro equilibrio originario.

Le prestazioni nelle quali può essere applicato il T.A., nella vita di tutti i giorni, sono infinite, ad esempio per modificare la propria sensibilità agli stimoli dolorosi, ansiosi o stressanti, e ciò è in stretta analogia con quanto è da tempo noto circa le prestazioni dell'ipnosi. Ricordiamo, per inciso, che lo stesso Schultz (1980) definì il proprio metodo come "Yoga occidentale"; vi sono innegabilmente molte affinità fra le due tecniche, ma allo stesso tempo molte differenze, sostanzialmente nelle caratteristiche della concentrazione: mentre nel T.A. essa è passiva e si orienta su sensazioni

somatiche, nelle tecniche orientali è attiva e si avvale di spunti meditativi a contenuto religioso.

Il Metodo

Modificazioni indotte attraverso il rilassamento

Il cardine su cui ruota il Training Autogeno è la calma, stato che si raggiunge progressivamente e gradualmente attraverso esercizi che agiscono su muscoli, vasi sanguigni, cuore, respirazione, organi addominali e capo. La pratica del training autogeno influenza varie funzioni dipendenti dal sistema nervoso vegetativo quali la respirazione, la circolazione del sangue ed il metabolismo; inoltre consente di mutare il tono dell'umore ed attenuare gli stati emotivi e l'ansia, portando ad un sempre maggiore grado di distensione, benessere ed equilibrio psicosomatico. Permette quindi di combattere lo stress, le tensioni muscolari e psichiche, la mancanza di energia, l'ansia e le sue somatizzazioni organiche (tremori, insonnia, sudorazione, tachicardia, oppressione toracica ecc.).

Tramite la ripetizione mentale di specifiche frasi e immagini riusciamo ad attivare una particolare area sita nell'ipotalamo che, essendo a sua volta responsabile della stimolazione del sistema parasimpatico, produce fenomeni quali la riduzione del ritmo cardiaco, la tranquillizzazione della frequenza respiratoria, il rilasciamento viscerale e muscolare, ottenendo così uno stato del tutto simile a quello che si ottiene durante il sonno, ma senza la caratteristica perdita di coscienza.

La "concentrazione passiva" caratterizza il training autogeno sia come atteggiamento mentale, sia come strumento tecnico. Essa si verifica su un doppio registro: da un lato c'è l'impegno attivo dell'allenamento e l'attenzione intenzionale sul contenuto della formula (ad esempio il braccio destro); dall'altro la totale indifferenza e passività per quanto riguarda il risultato (ad esempio la pesantezza). Luthe (1970) parla di "accettazione passiva" nei confronti di tutto quanto accade nel corso dell'esercizio. E' dunque un'attività passiva e una passività attiva.

Nello specifico, durante una seduta di T.A.:

- Il metabolismo rallenta
- L'afflusso di sangue a muscoli e cuore diminuisce
- Aumenta il trasporto di ossigeno al cervello
- Le pupille si restringono
- Il sistema nervoso centrale si libera dallo stato di eccitazione.

Attraverso la pratica costante della tecnica si possono ottenere innumerevoli benefici per l'organismo, quali ad esempio:

- Un più profondo e rapido recupero di energie
- Autoinduzione alla calma, ottenuta mediante il rilassamento, che con l'allenamento diventa un atteggiamento esistenziale di fondo
- Miglioramento di alcune capacità cognitive (memoria e concentrazione).
- Diminuzione della percezione del dolore

- Introspezione e maggiore consapevolezza di sé
- Riduzione, e in molti casi scomparsa, di sintomi psicosomatici (cefalee, gastriti, coliti ecc.).

Esercizi Inferiori e Superiori

Il T.A. è costituito da due serie di esercizi; la prima, inferiore o somatica; la seconda, superiore o psichica. Nella prima la concentrazione mentale è rivolta a particolari sensazioni somatiche e corporee; nella seconda a particolari rappresentazioni psichiche. Il training prevede che la successione degli esercizi segua una gradualità nella complessità degli esercizi proposti, partendo dal primo che è il più semplice.

Esercizi Inferiori

- *Pesantezza*: Schultz (1968) si era accorto, praticando l'ipnosi, che la suggestione di uno stato di calma determinava costantemente uno stato di "ipotonia" più o meno generalizzato. L'allenamento a questo stato di ipotonia costituisce il primo esercizio, quello della pesantezza, che consiste nella realizzazione, in modo sempre più completo e generalizzato, di uno stato di distensione neuromuscolare, passività psichica e progressivo restringimento dell'attività della coscienza. La formula da recitare è: "Il mio (braccio, piede, gamba...) è pesante", da ripetere 5-6 volte e passando in rassegna tutto il corpo, fino ad arrivare ad affermare che "tutto il mio corpo è completamente pesante ed io sono completamente calmo".
- *Calore*: L'ipotonia che si raggiunge non è soltanto della muscolatura volontaria, ma anche della muscolatura delle pareti vascolari; si viene allora a determinare un'iperemia obiettivamente controllabile, con aumenti di temperatura locale; l'allenamento alla percezione di queste modificazioni circolatorie periferiche costituisce l'esercizio del calore. La formula è: "*Il mio (braccio, piede, gamba...) è caldo*", da ripetere 5-6 volte e passando in rassegna tutto il corpo, fino ad arrivare ad aggiungere che tutto il corpo è "*completamente caldo ed io sono completamente calmo*".
- *Cuore*: Di solito tendiamo ad ignorare il nostro cuore: soltanto una situazione patologica, uno stato di tensione emotiva, una necessità di maggiori prestazioni ci fanno percepire la sua presenza. Con una miglior conoscenza del nostro corpo, il T.A. ci offre nel quarto esercizio, l'esercizio del controllo cardiaco, la possibilità di percepire i battiti del nostro cuore. È una percezione insolita, ignorata, possibile soltanto dopo un certo allenamento a questa introspezione somatica, che ci dà la rassicurante consapevolezza del cuore che batte calmo, ritmico, regolare, così come lo percepiamo nel grembo materno. La formula da recitare è: "*Il mio cuore batte calmo e forte*".
- *Respiro*: La passiva e indifferente contemplazione che si realizza nella concentrazione psichica dell'esercizio del respiro offre la sempre più precisa sensazione che il respiro vada da solo; non è più il complesso psicosomatico, l'unità biopsichica, l'Io che respira, ma la massa calda e

pesante del corpo che respira da sola, del tutto distaccata da una psiche che si fa gradatamente sempre più passiva, quasi assente. La formula è: *“Il mio corpo respira”* oppure *“Dentro di me il respiro è molto calmo”*.

- *Plesso Solare*: Dopo i visceri toracici, la concentrazione psichica si orienta ai visceri addominali; l'esercizio relativo è quello del plesso solare. L'allenamento al quinto esercizio inferiore porta facilmente alla realizzazione di una distensione, di un'armonia funzionale, una sensazione di equilibrio e di calore negli organi addominali, poiché è proprio dal plesso solare che viene controllata la funzionalità di tutti gli organi. La formula da recitare è: *“Il mio plesso solare è irradiato di calore”*.
- *Fronte Fresca*: L'ultimo degli esercizi del ciclo inferiore è il cosiddetto esercizio della freschezza alla fronte, durante il quale la fronte viene percepita come staccata dalla massa calda e pesante del corpo. Contrariamente alla sensazione di calore alla testa, che può esser percepita durante uno stato di tensione, di ansia, di stress (es. quando proviamo un'emozione di rabbia o vergogna), la realizzazione dello stato autogeno comporta una gradevole sensazione di fresco che viene vissuta come uno stato di calma, di vuoto psichico, di pace interiore. La formula è: *“La mia fronte è piacevolmente fresca”*.

Esercizi Superiori

- Colore personale
- Visualizzazione di oggetti concreti
- Visualizzazione di oggetti astratti
- Realizzazione di esperienze simboliche
- Visualizzazione di una persona determinata
- Domande all'inconscio
- Risposte dall'inconscio

Secondo Schultz (1980) per poter passare ad affrontare gli esercizi superiori è necessario conoscere e saper eseguire alla perfezione quelli del ciclo inferiore e aver acquisito la capacità di eseguirli in modo rapido e completo; inoltre il trainer che conduce le sedute deve necessariamente essere uno psicoterapeuta esperto in questa tecnica e più in generale delle dinamiche psicologiche. Secondo l'ideatore, questi esercizi sarebbero in grado di influire su realtà intime e delicate, poiché favoriscono l'emergere di problematiche esistenziali e aspetti psicodinamici che, se più chiaramente elaborati, possono acquistare significati importanti, non soltanto per eventuali disturbi, ma anche per lo sviluppo della personalità.

È evidente in questo secondo ciclo di esercizi la matrice psicodinamica dell'autore.

Struttura degli Incontri

Ogni incontro degli esercizi inferiori è composto di 3 fasi fondamentali.

Un primo momento (preparatorio) durante il quale si invitano i partecipanti ad assumere la posizione richiesta per lo svolgimento degli esercizi, per procedere poi all'induzione dello stato di calma. L'induzione dell'atteggiamento psicologico di calma, così come viene definito da Schultz (1980), può avvenire attraverso la formulazione immaginativa delle parole "Io sono perfettamente calmo" e lo smorzamento di stimoli esterni di tipo ottico ed acustico.

Un secondo momento, il più lungo e importante, è quello durante il quale si applicano le formule relative ai diversi esercizi.

Un terzo momento, definito della ripresa, dedicato appunto alla lenta e progressiva ripresa dello stato di attivazione dell'organismo e alla condivisione, all'interno del gruppo, delle esperienze vissute durante lo svolgimento del training.

L'ambiente ideale nel quale svolgere le sedute di T.A. dovrebbe essere silenzioso, poco luminoso, con una temperatura confortevole poiché durante le sedute si potrebbe percepire una sensazione di freddo che potrebbe ostacolare il completo rilassamento.

La posizione da adottare offre molteplici possibilità, a seconda delle preferenze personali e del luogo dove si svolge la seduta; oltre alla classica posizione supina, infatti, è possibile adottare la posizione cosiddetta "del cocchiere" e in poltrona. Va da sé che la posizione supina è sicuramente la miglior posizione, specialmente all'inizio.

L'abbigliamento dovrà essere necessariamente comodo, con assenza di costrizioni; per questo motivo è consigliabile togliere scarpe, occhiali, cinture, gioielli e ogni altro oggetto che a lungo andare potrebbe impedire il rilassamento.

Aree di applicazione non cliniche

Il T.A. di Schultz può essere applicato in trattamenti individuali e di gruppo, sia in pazienti con disturbi psichici, funzionali od organici, che nei soggetti cosiddetti "sani."

Nello svolgersi di poche settimane l'allenamento agli esercizi, praticato saltuariamente con il controllo del terapeuta e quotidianamente da soli, consente di poter offrire ai propri muscoli, ai propri nervi, ai propri organi ed alla propria mente uno stato di distensione fisica, di passività psichica, di calma e di benessere sempre più completo e generalizzato.

Con il sistematico e preciso ripetersi di queste sedute di autodistensione psichica e somatica è possibile smorzare, risolvere, eliminare sintomi disturbanti e, secondo il suo ideatore, smantellare resistenze che impedivano il ristabilirsi di equilibri funzionali alterati, trasferendo dinamismi positivi negli strati più profondi della personalità e decondizionando situazioni patologiche da tempo stabilizzate.

Oggi il T.A. trova diverse applicazioni anche in ambito non strettamente clinico, come ad esempio nello sport, dove viene utilizzato come efficace ausilio per contrastare ansia e tensione pre-agonistica, con lo scopo di migliorare le prestazioni degli atleti, di rinforzare la motivazione all'allenamento, di

permettere un profondo e rapido recupero di energie, autodeterminazione, autocontrollo e autoinduzione di calma.

Applicazione del Training Autogeno a problematiche cliniche

Abbiamo già sottolineato quanto tale pratica aiuti il soggetto ad interrompere il filo dei pensieri quotidiani ed ad aumentare la produttività cognitiva, in quanto la mente, in seguito alla risposta di rilassamento, appare più recettiva e predisposta a creare ed accettare nuove idee. Per questo può essere un valido affiancamento a tecniche ampiamente usate in ambito psicoterapico, quali ad esempio la ristrutturazione cognitiva, che mira a far riconoscere ai pazienti i pensieri ed i sentimenti negativi e le convinzioni irrazionali che minano il comportamento e creano disagio e sofferenza psicologica, assumendo quindi nuovi modi di pensare, osservando le situazioni da altre prospettive, interpretando gli stessi eventi della vita in modo più positivo e/o realistico, prendendone anche il giusto distacco se necessario.

In alcune ricerche è stato dimostrato che un intervento che includa un training nella risposta di rilassamento, l'applicazione di tecniche cognitive comportamentali, l'esercizio fisico e particolari prescrizioni alimentari si è dimostrato efficace sia per ridurre i sintomi fisici in soggetti inviati dai propri medici curanti (Nakao et al., 2001), sia nel migliorare la gestione dello stress e dell'ansia in soggetti psicosomatici (Nakao et al., 2001).

Training Autogeno ed ansia

I disturbi d'ansia sono tra le patologie psichiatriche più frequenti. Le indagini svolte nel 2004 dell'ESEMeD (*European Study on the Epidemiology of Mental Disorders*), su un campione rappresentativo della popolazione adulta generale italiana e di altri 5 Paesi europei (Belgio, Francia, Germania, Olanda e Spagna) hanno documentato come oltre un soggetto su cinque possa andare incontro ad un qualche disturbo d'ansia nell'arco della vita (in percentuale il 17,70%). Nel mondo occidentale, si ritiene che le donne siano più colpite degli uomini con una prevalenza lifetime dell'ordine del 30%, contro il 19,20% del sesso maschile.

Anche quando non raggiunge un'intensità tale da poter essere considerata "clinicamente patologica", l'ansia acuta influenza le funzioni psicologiche: la capacità di riflessione risulta essere ridotta e il campo di coscienza ristretto con una conseguente incapacità di attendere proficuamente alle proprie attività (è stato stimato che in questi casi si può determinare assenza, o presenza inefficiente, per il 10 - 40% delle giornate lavorative mensili). Infine, la prevalenza dei disturbi d'ansia diminuisce col crescere dello status socioeconomico; questo fatto probabilmente è dovuto all'influenza che hanno alcuni fattori socioculturali sulle persone predisposte in tal senso, soprattutto la richiesta di standard sempre più elevati in tutti gli ambiti della propria vita, oltre a una maggiore incertezza che avvolge la famiglia, il lavoro e la politica, togliendo ogni punto di riferimento ed ogni stabilità. Poter contare su una rete familiare solida e l'appartenere a un ceto sociale medio-alto sono un valido supporto emotivo

per non cadere in preda all'ansia, ma non va trascurata neppure l'importanza di interventi specialistici precoci.

Il trattamento indicato per curare i disturbi d'ansia è di tipo psicologico e prevede una fase di ricostruzione del problema e di psicoeducazione sull'ansia, i suoi meccanismi di azione e le sue conseguenze, seguita da una in cui vengono affrontati ed eliminati tutti i personali fattori coinvolti nel mantenimento del problema o fattori di mantenimento. Essi comprendono le reazioni fisiologiche esagerate da riportare nella norma (per esempio con tecniche di rilassamento), i comportamenti disfunzionali di evitamento e quelli protettivi da eliminare gradualmente e gli aspetti cognitivi, sostituendo a pensieri e convinzioni disfunzionali altri più utili e realistici. Nei casi più gravi, al trattamento psicologico se ne può associare anche uno farmacologico, sotto prescrizione medica, che ha lo scopo di fornire un sollievo dai sintomi più invalidanti, ma che non interviene sulle cause e sui fattori di mantenimento e quindi non può risolvere da solo il problema.

In letteratura è stato evidenziato l'uso terapeutico della risposta di rilassamento in riferimento all'ansia (Esche et al., 2003). Sono infatti stati condotti diversi studi che hanno mostrato l'esito positivo della risposta di rilassamento in connessione a stati d'ansia (Mandle, 1996; Kabat – Zinn et al., 1999). Soffermandosi sulle tecniche specifiche utilizzate in queste ricerche, Esch e gli altri autori hanno evidenziato che il training autogeno e lo yoga si sono mostrati efficaci nel trattamento dell'ansia così come le tecniche *mindfulness*, le quali sembrano essere anche in grado di aumentare i livelli di melatonina, che, come dimostrato, possono influire positivamente nella terapia degli stati depressivi (Kabat – Zinn et al., 1992; Miller et al., 1995; Lewy et al., 1998; Tooley et al., 2000).

Infine, anche la meditazione trascendentale viene riportata come valida ed efficace nel trattamento dell'ansia, in quanto i suoi effetti ansiolitici hanno origine dalla inibizione sinaptica (neuroni GABAergici) in specifiche aree cerebrali (Elias e Wilson, 1995).

Altri studi italiani si sono incentrati sulla performance scolastica di studenti delle scuole medie inferiori ai quali veniva proposto, in classe e dai propri insegnanti, precedentemente addestrati, un programma basato sulla risposta di rilassamento e su altre strategie di auto cura; coloro che avevano frequentato classi in cui almeno due volte a semestre gli insegnanti avevano messo in atto il programma, mostrarono voti in media più alti, miglior punteggio in questionari sulle abitudini di studio e maggior livelli di cooperazione rispetto a coloro a cui il programma non era stato presentato. Significativo era inoltre che questi risultati nelle prestazioni scolastiche si mantenevano nel corso dei due successivi anni scolastici (Benson et al., 2000).

Origine e cornice teorica dell' *Acceptance and Commitment Therapy*

L'*Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) è una moderna terapia comportamentale che utilizza interventi di accettazione e *mindfulness*, combinati con strategie di impegno e di cambiamento comportamentale, finalizzati ad aiutare i pazienti a costruire esistenze più vitali, propositive e positive.

Diversamente dai più tradizionali approcci della terapia cognitivo comportamentale (CBT), l'ACT non cerca di cambiare la forma o la frequenza dei pensieri e delle emozioni spiacevoli. Piuttosto, il principale obiettivo dell'ACT è quello di promuovere la "flessibilità psicologica", definita come la capacità di contattare il momento presente e, basandosi su ciò che la situazione consente, cambiare o persistere nel comportamento, in accordo con i propri valori personali. In altre parole, l'ACT si focalizza nell'aiutare le persone a vivere vite più soddisfacenti e piene, anche in presenza di emozioni, pensieri e sensazioni sgraditi, che di fatto sono inevitabili.

L'ACT presenta caratteristiche particolari e distintive. Prima di tutto, è intimamente legata alla teoria ed al programma di ricerca di base sulla natura del linguaggio e della cognizione umani (noto come *Relational Frame Theory* o RFT), elaborata da Steven C. Hayes e colleghi (2001).

Secondo tale prospettiva, quando gli esseri umani sviluppano la peculiare capacità di riflettere sulla propria esperienza, di paragonarla a ideali immaginari, di identificare i loro "errori" personali e concettualizzare tali "errori" come evidenza della loro "mancanza di valore", la sofferenza psicologica può drammaticamente aumentare. Ciò che è verbalmente creduto, è di fatto esperito come un fatto veritiero, come un riflesso di come il mondo davvero sia. Il linguaggio finisce per avere la precedenza sull'esperienza diretta, anche quando esperienze dirette e ripetibili disconfermano la veridicità dei propri pensieri. Tale meccanismo automatico non si applica solo ai pensieri che presentano relazioni di valutazione o categoriali, ma anche ai pensieri che impartiscono regole su come una persona dovrebbe essere o comportarsi in particolari circostanze (es. come dovrebbe essere una "brava" mamma o un "buon" marito).

La RFT afferma che questa abilità verbale produce una spinta e, allo stesso tempo, favorisce, la capacità all'evitamento esperienziale, attraverso cui si cerca di non entrare in contatto con pensieri, emozioni, ricordi ed altre esperienze personali spiacevoli.

Tutto ciò è rilevante a fini clinici poiché l'evitamento esperienziale da un lato può finire con l'aggravare i problemi che lo hanno generato, dall'altro impedisce di vivere esistenze dotate di significato, positive e vitali

Il collegamento ai principi comportamentali di base ha portato alla creazione di un unico modello, empiricamente basato, del funzionamento umano, il quale comprende sei processi terapeutici correlati tra loro; essi sono l'accettazione dell'esperienza, la defusione, il contatto con il momento presente, il sé come contesto, il contatto coi propri valori e l'azione impegnata.

A favorire il cambiamento attraverso le tecniche dell'ACT sarebbe l'aumento della flessibilità cognitiva e/o delle sue componenti (come la defusione cognitiva o le competenze di *mindfulness*/accettazione), poiché favoriscono un radicale cambiamento di prospettiva circa i propri contenuti mentali.

Mentre forme convenzionali di CBT cercano di rettificare questi fenomeni attraverso il cambiamento delle forme di pensiero (es. attraverso una ristrutturazione cognitiva), l'ACT utilizza un

altro approccio: minare il contesto attraverso il quale la rispondenza relazionale cambia le funzioni degli stimoli verbali coinvolti nei comportamenti problematici (es. prendendo le distanze dai pensieri stessi, i quali non necessitano di essere cambiati per consentire il cambiamento comportamentale, attraverso esercizi di defusione). Per questa ragione viene inquadrata all'interno della cosiddetta "terza ondata" della terapia comportamentale.

L'efficacia dell'ACT è stata dimostrata per un'ampia gamma di problematiche, che comprendono ansia, depressione, disturbi alimentari, abuso di sostanze, dolore cronico, *burn-out* sul lavoro; inoltre, gli interventi ACT sono stati anche attuati positivamente all'interno di progetti di prevenzione nelle scuole, università e luoghi di lavoro, poiché la non flessibilità psicologica viene sempre più concettualizzata come un generico fattore di rischio.

I processi centrali dell'ACT

Come abbiamo già accennato, i processi terapeutici fondamentali dell'ACT sono sei e vengono usati in combinazione all'interno di una più ampia cornice teorica allo scopo di creare la flessibilità psicologica necessaria ad una vita piena, soddisfacente e in armonia coi propri valori.

Di seguito si potrà trovare una sintetica rassegna dei principi cardine dell'ACT.

Accettazione. La parola "accettazione" presenta diverse connotazioni nella lingua italiana e vale la pena sottolineare fin da subito come l'accettazione dell'ACT non consista nel desiderare emozioni o esperienze aversive, non fa riferimento al semplice "tollerarle" e neanche all'accezione "tener duro/resistere". Piuttosto prende in considerazione la *disponibilità* a sperimentare emozioni ed esperienze negative, inserite all'interno del processo di vivere in maniera coerente coi propri valori.

L'accettazione rappresenta quindi il polo opposto dell'evitamento esperienziale, ingrediente essenziale della non flessibilità psicologica. Questo perché, quando desideriamo muoverci in una direzione di vita importante per noi, è probabile che finiremo con l'imbatterci in dolore o sofferenza psicologica (es. sperimentiamo la frustrazione se non superiamo un esame all'università). Se non siamo disposti a esperire questo dolore, non ci avvicineremo a ciò che desideriamo ma, al contrario, ce ne allontaneremo; se, viceversa, siamo disposti ad esperire questo dolore, lasciandolo libero di muoversi, crescere e decrescere a suo piacimento, lasciando andare le nostre resistenze e focalizzandoci su cosa l'esperienza sia davvero (e non su ciò che la nostra mente dice su di essa), stiamo mettendo in pratica l'accettazione e quindi muovendoci verso ciò che ci interessa realmente.

La domanda che riassume il significato profondo dell'accettazione, e che ci si dovrebbe porre di fronte a situazioni ed emozioni verso cui reagiremmo con l'evitamento esperienziale, è la seguente: "Sei disposto a vivere quest'esperienza così com'è e non come la tua mente ti sta dicendo che è e ad agire in maniera coerente coi tuoi valori?"

Defusione. Alla base di questo principio troviamo l'assunto dell'ACT/RFT per cui le parole assumono significati e guidano il comportamento nella maggior parte dei casi, ma noi possiamo far sì

che le stesse parole possano “perdere” il loro significato e, di conseguenza, la loro capacità di dirigere il nostro comportamento. Di fatto, le lettere sono simboli arbitrari, culturalmente costruiti dalla specie umana, e non significano nulla finché le persone che possiedono capacità verbali non ne hanno una sufficiente esperienza per utilizzarli in un determinato modo; è in questa fase che le parole ed il linguaggio iniziano ad acquisire un potere.

La defusione prevede semplicemente la rottura delle regole del linguaggio, affinché le parole perdano del tutto o in parte il loro significato, mettendo in evidenza come i pensieri siano semplicemente un insieme arbitrario di parole e non fatti, perdendo quindi anche la loro capacità di dirigere il nostro comportamento. Una differenza sostanziale può essere riscontrata tra le parole “descrittive” (es. casa, rosso, circolare...), che fanno riferimento ad oggetti o proprietà che possono essere formalmente percepite coi cinque sensi, e quelle “valutative”, le quali invece fanno riferimento a concetti astratti o a proprietà che non possono essere percepite coi sensi (es. buono/cattivo, giusto/sbagliato...). Le persone, tuttavia, spesso operano come se i concetti valutativi e astratti avessero le stesse caratteristiche immutabili e fisse che hanno le parole descrittive; così dire che qualcuno è una “cattiva persona” assume lo stesso valore di verità immutabile che dire che una matita “è di legno”. Il linguaggio valutativo, attraverso la defusione, viene percepito per la prima volta come arbitrario e senza solide basi nella realtà oggettiva.

Le tecniche di defusione aiutano pertanto i pazienti ad entrare esperienzialmente in contatto con questo concetto, con l'intenzione di minare alle basi la sacralità e l'oggettività del linguaggio, riducendone di conseguenza l'impatto sul comportamento. Tali tecniche non si applicano al linguaggio tout court, ma in modo specifico al *linguaggio valutativo negativo*.

Il sé come contesto. Secondo i principi della RFT possono delinearsi tre diversi sensi di sé: il sé concettualizzato, il sé come contesto ed il sé come processo; i primi due hanno rilevanza ai fini della pratica dell'ACT.

Il sé concettualizzato può essere definito come il senso verbale del sé più velocemente accessibile: quando una persona adotta il sé concettualizzato, si percepisce pressappoco equivalente al contenuto dei suoi pensieri, sentimenti, ricordi e sensazioni fisiche esperite nel momento presente, come caratteristiche che definiscono il sé.

Mantenere un senso di sé concettualizzato durante un'esperienza di sofferenza spesso ne aumenta l'intensità e la “negatività” del linguaggio utilizzato si fossilizza ancor più al senso del proprio sé. Di conseguenza, oltre ad un atteggiamento svalutativo verso noi stessi, si corre il rischio di accrescere ulteriormente le strategie finalizzate all'evitamento esperienziale delle situazioni che potrebbero generare sofferenza emotiva.

Dall'altro lato, se si adotta la prospettiva del sé come contesto, il nostro senso non è definito dai nostri pensieri, sentimenti o sensazioni esperiti, ma ci percepiamo come quella persona che sta “semplicemente” avendo o percependo quelle esperienze. In altre parole, adottare un sé come contesto

prevede la percezione che io, proprio qui ed ora, da questa prospettiva, sto percependo il presentarsi di eventi emozionali e cognitivi che non definiscono necessariamente il mio sé; è una sorta di piattaforma di osservazione che il paziente può adottare per operare una defusione dai propri contenuti mentali dolorosi.

Si tratta pertanto di due modi differenti di incasellare verbalmente la propria esperienza.

Le strategie per il sé come contesto vengono pertanto utilizzate nell'ACT per aiutare a contrastare la fusione con il senso di sé concettualizzato e per facilitare le azioni coerenti coi propri valori.

Contatto con il momento presente. Accade molto frequentemente che purtroppo i nostri pensieri siano capaci di allontanarci dal momento presente. Siamo spesso focalizzati sul passato tramite ruminazioni che possono elicitare sentimenti di tristezza, colpa, rammarico, ansia, rabbia che potrebbero non essere così forti se fossimo focalizzati sul momento presente; allo stesso modo, preoccuparsi per il futuro può elicitare emozioni simili.

Di fatto, seppur all'inizio possa apparire estremamente difficoltoso, l'attenzione è una capacità che può essere esercitata; quanto più una persona si esercita ad essere in contatto con il momento presente, tanto più facilmente riuscirà ad esserlo. È opportuno sottolineare che ai fini della pratica ACT non è tanto indispensabile l'essere costantemente e ripetutamente focalizzati sul momento presente (come può essere, ad esempio, per la *mindfulness*), quanto piuttosto l'essere in grado di ritornare ad esso quando si è ripetutamente allontanati dai pensieri durante un'esperienza di sofferenza.

Valori. Possiamo definire i valori come delle affermazioni verbali su situazioni che una persona desidera per la sua vita. Ai fini della pratica, i terapeuti ACT definiscono i valori in termini di variabili di processo (modi di comportarsi) piuttosto che come variabili di esito (risultati da raggiungere). Parlare in termini di risultati, infatti, è pericoloso, nel senso che focalizzandoci solo sul punto di arrivo aumenterebbe la percezione di esporsi a esperienze dolorose e frustranti; ragionando in termini operazionalizzabili, invece, possiamo elicitare l'emissione di comportamenti specifici da parte del paziente.

Lo scopo ultimo dell'ACT sarebbe aumentare la frequenza dei momenti in cui si vive in contatto coi propri valori. È essenziale che i valori non siano categorizzati come un insieme di “devo”, quanto come un insieme di “vorrei”, i quali implicano conseguenze positive. In contrasto con la cultura occidentale, in cui i valori sono imposti ed accettati passivamente, i terapeuti dell'ACT cercano di chiarificare i valori personali del cliente, aiutandolo ad identificare modi di vivere in contatto coi propri valori, che diano un maggiore senso di vitalità, significato e scopo. Per raggiungere questo obiettivo, spesso le tecniche di defusione giocano un ruolo importantissimo nell'aiutare a chiarificare i valori e soprattutto nel mantenerli nella categoria del ciò che “vorrei” piuttosto che in quella del “devo”, poiché il comportamento orientato ai valori non deve esser vissuto come l'ennesimo dovere imposto, quanto come il frutto di una libera scelta che il paziente compie momento per momento.

Azione impegnata. L'obiettivo finale delle tecniche dell'ACT prevede il comportarsi in maniera

coerente coi propri valori e non solo il riconoscere l'opportunità e la convenienza di metterli in pratica. L'impegno prevede il mettere in atto un numero maggiore di comportamenti coerenti con il proprio valore ed un numero inferiore di comportamenti non coerenti. Questo potrebbe comportare la dimostrazione della disponibilità a fare esperienza di emozioni e pensieri dolorosi che possono arrivare quando si tenta di vivere secondo tali valori.

Il paziente può spesso essere aiutato a trovare diversi modi di vivere secondo un dato valore, per poter mettere in pratica certi comportamenti quando le opportunità si presenteranno naturalmente. Tale pianificazione può prevedere l'identificazione di strategie utili nel risolvere i problemi, simili a quelle che devono essere messe in conto quando si seguono degli obiettivi coerenti con i valori, coinvolgendo anche strategie di *mindfulness* quando ci si imbatte in barriere cognitive ed emotive definibili. Talvolta invece sono più utili strategie di *problem solving* più concrete (come ad esempio nel caso di un soggetto che desidererebbe ampliare le sue relazioni sociali).

Nell'ACT anche l'impegno è visto come una scelta, momento per momento. Prima o poi, uno sforzo messo in atto dal paziente di comportarsi in maniera coerente con un valore fallirà; in questi casi, è importante che il paziente non reagisca come se la partita fosse persa o vivendolo come un suo personale fallimento, ma si focalizzi sull'idea che il prossimo momento costituisce una nuova opportunità per scegliere se agire o meno in maniera coerente con il valore in questione: un po' come cadere dalla bicicletta e scegliere di salirci di nuovo o meno.

Da questa prospettiva, i valori e l'impegno sono vissuti come un'utile (ma non vincolante) linea guida su come vivere una vita, che sia dotata di un valore personale piuttosto che basata su uno degli ideali prescritti dalla società e che devono necessariamente essere vissuti.

Applicazione delle tecniche ACT a contesti non terapeutici e di gruppo

L'ACT è basata sull'assunzione che diverse forme di sofferenza psicologica, psicopatologica e di comportamento disfunzionale siano caratterizzati dagli stessi processi fondamentali, come per esempio fusione cognitiva ed evitamento esperienziale.

Questa assunzione teorica è supportata da dimostrazioni empiriche circa l'efficacia dell'ACT in vari ambiti di difficoltà umana che esulano dai contesti clinici propriamente detti. L'ampia applicabilità del modello ACT in aggiunta al suo alto livello di flessibilità tecnica comporta che essa possa essere tranquillamente applicata anche in contesti di gruppo ed utilizzata in brevi programmi di training in aree diverse da quelle classicamente considerate "cliniche"

L'ACT di gruppo

I gruppi ACT sono stati utilizzati con successo nel trattamento di varie tipologie di difficoltà, che includono l'abuso di sostanze, il fronteggiamento di malattie croniche, psicosi, sofferenza genitoriale, problemi lavorativi e *burnout*, traumi, ansia, depressione e dolore.

Walser e Pistorello (2004) sottolineano che i vantaggi del proporre ACT in gruppo sono molteplici.

Tra questi riscontriamo:

- I clienti/pazienti possono imparare dalle esperienze altrui i principi e le tecniche ACT; le discussioni di gruppo danno inoltre un utile contributo al dialogo col terapeuta.
- Gli esempi condivisi in gruppo possono aiutare le persone a normalizzare le proprie esperienze e porre i problemi all'interno della cornice controllo/evitamento.
- I membri del gruppo possono essere incoraggiati a creare e condividere nuove metafore ed esercizi ACT.
- Alcuni tra gli interventi ACT si prestano ad essere eseguiti fisicamente in un setting di gruppo (come ad esempio Tiro alla fune col mostro; Latte, latte, latte; Manda la tua mente a fare due passi).
- Osservare come gli altri mostrano accettazione e disponibilità può essere un'esperienza incoraggiante, potente e stimolante.
- Il contesto di gruppo può stimolare i contenuti psicologici difficili, fornendo un contesto sociale per coltivare le competenze centrali dell'ACT.
- Il gruppo costituisce un *setting* ideale per i clienti/pazienti per impegnarsi pubblicamente sui valori, obiettivi ed azioni.

Nonostante questi indiscutibili vantaggi, i gruppi di facilitazione dell'ACT presentano diverse sfide per il professionista che li conduce. È necessario considerare alcuni aspetti relativi alla composizione del gruppo, in particolare l'ambito dei problemi presentati e le dinamiche interne manifestate dal gruppo. Walser e Pistorello (2004) suggeriscono che alcuni clienti possono beneficiare di un allenamento preparatorio prima di entrare in un *setting* di gruppo.

Altre considerazioni pratiche includono anche l'attenzione a se il gruppo ACT viene frequentato esclusivamente o in aggiunta ad una terapia individuale (e di che tipo), costruendo un equilibrio tra il contenuto dialettico ed esperienziale, e se il gruppo ha la possibilità, nel corso delle sessioni, di lavorare insieme su punti diversi.

A parte tali considerazioni, le caratteristiche che definiscono l'ACT finora descritte possono essere applicate ai gruppi ACT. È necessario che il conduttore/facilitatore del gruppi adotti l'atteggiamento terapeutico base del modello presentato, per scoprire, modellare e rinforzare la flessibilità psicologica. Ciò prevede l'adozione di un ruolo equo e compassionevole all'interno del gruppo, la creazione di un contesto di gruppo dove sia possibile fare esperienza di contenuti psicologici difficili, focalizzarsi sulla funzione piuttosto che sulla forma delle storie e dei dialoghi dei membri del gruppo e, generalmente, facilitare opportunità di contatto esperienziale con i processi centrali dell'ACT.

L'ACT è stata inoltre applicata con successo nei *setting* lavorativi per migliorare il benessere psicologico di diversi gruppi di lavoratori, tanto che è stato sviluppato un breve programma di training ACT che utilizza il formato "due più uno". Tale programma prevede due sessioni di training svolte in due settimane consecutive ed una terza seduta di richiamo due o tre mesi dopo; ogni seduta ha la

durata di circa due ore e mezzo-tre. Il programma incorpora diversi interventi centrali dell'ACT, quali: Tiro alla fune col mostro; Latte, latte, latte; Manda la tua mente a fare due passi; la metafora del Poligrafo; Foglie sul ruscello; l'esercizio dell'Osservatore. Insieme a questi, vengono proposti vari esercizi di chiarimento dei valori. Come già accennato, il programma cerca di sviluppare le abilità di *mindfulness* dei partecipanti in maniera graduale nel corso delle tre sedute.

Infine in alcuni esperimenti si è ricorso alle tecniche ACT per migliorare le prestazioni di singoli atleti o di intere squadre sportive. Tale protocollo prevede sette moduli, i quali hanno lo scopo di:

1. Preparare il cliente tramite una psicoeducazione basata sull'accettazione.
2. Introdurre la *mindfulness* e la defusione cognitiva.
3. Introdurre i valori ed il concetto di comportamento diretto ai valori.
4. Introdurre l'accettazione.
5. Migliorare ed aumentare l'impegno.
6. Combinare le abilità di *mindfulness*, accettazione ed impegno
7. Infine, mantenere e migliorare queste competenze.

Diversi studi hanno dimostrato l'efficacia di tale approccio nel migliorare il benessere degli atleti e la loro performance.

Caratteristiche del terapeuta ACT

Leggendo questa breve rassegna sulle pratiche ACT si corre il rischio che essa possa apparire come un banale insieme di strategie, metafore ed interventi. In realtà, per proporre interventi in stile ACT in maniera coerente con la filosofia sottostante, occorre molto più che una semplice familiarità con i suoi contenuti tecnici e teorici.

L'ACT è una forma di terapia potente, espressiva, dolorosa, emotiva, intensa ed intima, non solo per i pazienti ma anche per i clinici che la mettono in atto. Di conseguenza, il lavoro richiede una posizione distintiva da parte del professionista, il quale riflette, coltiva e modella i principi sottostanti l'ACT, come la disponibilità ad entrare in una relazione terapeutica che sia di accettazione, aperta, compassionevole e calda. L'assunto di base è che il terapeuta, in quanto essere umano, inevitabilmente incontra gli stessi ostacoli a vivere secondo i valori, così come capita ai suoi pazienti. Adottare questa posizione ha l'effetto di rendere equilibrata la relazione, impostandola fin dal principio su un sistema motivazionale paritetico, gettando le basi per una potente alleanza terapeutica.

Adottare una posizione appropriata richiede che i professionisti ACT, quindi, utilizzino il modello descritto del funzionamento umano non solo per i processi psicologici del clienti, ma anche (e soprattutto) per le loro esperienze di vita personali e professionali.

Potremmo così riassumere le competenze centrali indispensabili per poter sviluppare le condotte e le competenze necessarie per affrontare al meglio questo lavoro. Innanzitutto il terapeuta parla al paziente da un punto di vista paritario, genuino, di profonda condivisione e comprende le iniziali

difficoltà del paziente nel muoversi da risposte e modi di comportarsi non funzionali ad altri considerati più efficaci; secondariamente, il terapeuta incoraggia ed aiuta il paziente ad entrare in contatto con le esperienze dirette e non cerca di preservarlo da contenuti psicologici dolorosi. La sua posizione non è quella di un “maestro” e non cerca quindi di discutere, insegnare o convincere il paziente della bontà o meno delle sue credenze. Le metafore e gli esercizi esperienziali sono introdotti gradualmente e se ritenuti appropriati all'argomento che si sta affrontando in seduta, de-enfatizzando la ricerca di senso letterale; il terapeuta è disponibile alla *self-disclosure* su questioni personali se ritenuti utili ai fini terapeutici.

Gli interventi non dovrebbero essere preconfezionati, ma adattati e appropriati ai particolari bisogni di ogni singolo paziente; a tal scopo, il terapeuta è libero di creare nuovi interventi e sviluppare nuove metafore, esercizi esperienziali e metafore per adattarli al meglio all'esperienza ed al vissuto del paziente, alle esigenze del linguaggio e al contesto sociale, etnico e culturale. Egli è inoltre libero di muoversi ed utilizzare lo spazio fisico del contesto terapeutico come meglio crede, ad esempio sedendosi accanto al paziente se ritenuto opportuno. Infine, ma non meno importante, i processi rilevanti per l'ACT riconosciuti momento per momento sono direttamente supportati nel contesto della relazione terapeutica.

Training autogeno e tecniche act come riduzione dell'ansia in soggetti non clinici: un'indagine sperimentale comparativa in un gruppo di studenti universitari

Da quanto si può apprendere dalla letteratura scientifica e dagli studi sperimentali condotti finora, sia il Training Autogeno che le tecniche tratte dai manuali dell'ACT possono essere utili per prevenire e trattare diverse patologie cliniche. Nel tempo, tuttavia, l'ambito di applicazione delle due tecniche si è allontanato da quello prettamente clinico, tanto che al giorno d'oggi non è difficile imbattersi in corsi esperienziali, soprattutto di Training Autogeno, condotti da psicologi ma rivolti ad un'utenza più vasta, spesso pubblicizzati non solo in contesti clinici come ambulatori medici, ma anche presso centri sportivi, erboristerie, negozi biologici, grotte del sale etc.

L'interesse per il benessere psico-fisico in senso olistico che da qualche anno sta caratterizzando la società fa sì che corsi di questo tipo riscuotano un discreto successo. Tra le ragioni di questa ricerca attiva di benessere psico-fisico e di una condizione mentale-affettiva priva di ansia occorre rilevare che, in una realtà complessa come quella attuale, le ragioni esistenziali e sociali che possono ingenerare situazioni d'ansia nelle persone sono molteplici; l'ansia, infatti, è uno stato affettivo così generale e radicale nell'uomo da non poter essere considerato solamente un sintomo o una sindrome delimitata, quanto una modalità di esistenza i cui estremi entrano nel dominio della psicopatologia partendo da sentimenti di apprensione, inquietudine e da modificazioni fisiologiche simili a quelle sperimentate durante la paura.

Per questo non è inusuale che anche soggetti non interessati da alcuna patologia clinica in

particolare siano ben disposti a familiarizzare con tecniche di rilassamento che attingono a diversi orientamenti e filosofie, quali la tradizione *mindfulness*, i corsi di yoga ed, appunto le tecniche ACT e i protocolli del Training Autogeno.

L'intento della mia ricerca è proprio quello di mettere a confronto due di queste tecniche di rilassamento, nello specifico i protocolli del Training Autogeno e dell'ACT, di cui è già stata ampiamente dimostrata l'efficacia sia in ambito clinico che non, per verificare quale delle due si dimostri maggiormente efficace nella riduzione dell'ansia di stato e di tratto in gruppi di studenti universitari, laddove l'ansia non raggiunga un'intensità tale da configurarsi come patologia clinica.

Campione sperimentale

Si è ricorsi a tre gruppi di soggetti che hanno scelto di aderire spontaneamente a una ricerca pubblicizzata presso la bacheca della facoltà di psicologia dell'*Alma Mater Studiorum* di Bologna, sede di Cesena. Nell'annuncio veniva brevemente spiegato che la ricerca si rivolgeva a studenti del corso triennale in "Scienze e tecniche psicologiche" che si percepivano ansiosi o stressati.

Tutti coloro i quali hanno risposto all'annuncio sono stati preventivamente informati brevemente sugli scopi della ricerca ed è stato chiesto loro il consenso per partecipare all'indagine, garantendo la *privacy* dei dati trattati.

Una volta raccolte le adesioni, si è passati alla fase preliminare della formazione dei gruppi sperimentali: si sono creati 3 gruppi di studenti, ognuno composto da 5 maschi e 5 femmine, per un totale di 30 soggetti sperimentali. Il criterio di distribuzione dei gruppi è stato casuale, prestando attenzione solo al sesso dei partecipanti. L'età dei partecipanti andava dai 20 ai 26 anni e l'area geografica di provenienza spaziava dal centro al nord Italia; il periodo di svolgimento degli incontri sperimentali è stato a ridosso degli esami della sessione invernale, il quale aumentava la probabilità, in questi soggetti, di percepire un vissuto soggettivo di ansia e stress connessi alla preparazione degli esami o dell'elaborato finale.

Materiale e procedimento

Strumenti di misurazione

Per verificare i livelli di ansia dei soggetti sperimentali coinvolti nei 3 gruppi e monitorare eventuali modificazioni pre e post intervento si è ricorsi allo S.T.A.I. (*State-Trait Anxiety Inventory*) Forma Y di Spielberg, una delle scale d'ansia più usate a scopo diagnostico e clinico sia in ambito nazionale che internazionale..

Per comprendere la cornice teorica in cui è stato concepito questo test occorre premettere che il denominatore comune delle molteplici modalità di provare ansia è il vissuto soggettivo di una sproporzione tra le capacità e le forze personali e l'entità dei problemi e delle situazioni che si devono affrontare.

Spielberg riprende la differenziazione tra ansia *di* stato e ansia di tratto già proposte in precedenza

da Cattell e Scheier (1961,1963).

Con ansia di tratto l'autore vuole intendere delle differenze individuali relativamente stabili nella propensione all'ansia, che consiste nella diversa tendenza nel percepire situazioni stressanti come pericolose e minacciose, ed a rispondere a queste con diversa intensità; in altre parole, si tratterebbe della tendenza personale a percepire una vasta gamma di condizioni di vita come minacciose e a reagire ad esse con un'intensità elevata di ansia. Questa tendenza rimane latente finché non viene attivata da stress associati dal soggetto a reali o presunti pericoli.

Più alti sono i livelli di ansia di tratto, più è probabile che un individuo possa sperimentare punte elevate di ansia di stato in situazioni percepite come minacciose, specialmente in quelle che comportano rapporti interpersonali nei quali è maggiormente ravvisabile una minaccia all'autostima del soggetto.

L'ansia di stato, invece, sarebbe strettamente collegata alla valutazione soggettiva che il soggetto compie dello stimoli, indipendentemente dal suo pericolo oggettivo, interpretando e valutando quindi una determinata situazione come ansiogena. Tale tipologia di ansia si attiverebbe solamente nelle condizioni in cui il soggetto percepisce e valuta la situazione che sta vivendo come minacciosa, mettendo di conseguenza in moto la complessa sequenza di comportamenti generalmente indotti dall'ansia, compresi meccanismi di difesa dall'ansia che il soggetto ha già avuto modo di sperimentare e collaudare con successo in passato (es. evitamenti).

Struttura degli incontri

Tutti i 30 soggetti coinvolti nella ricerca sono stati convocati per un incontro preliminare, necessario per spiegare dettagliatamente scopi, tempi e metodi della ricerca. Lo scopo principale di questo breve incontro, oltre far familiarizzare i partecipanti tra di loro e con lo sperimentatore, per creare un clima di fiducia e collaborazione indispensabile al buon esito della ricerca, è stato quello di effettuare la prima somministrazione dello S.T.A.I. – Y a tutti i soggetti coinvolti, compreso il gruppo di controllo. È importante tener presente che in questa prima fase i soggetti non erano a conoscenza del fatto che sarebbero stati suddivisi in gruppi, né del tipo di attività che avrebbe interessato ciascun gruppo.

In linea con le indicazioni per la somministrazione dell'inventario, il test è stato somministrato contemporaneamente all'intero gruppo sperimentale senza limiti di tempo; per completare le due forme dell'inventario sono stati impiegati circa 20 minuti.

Al fine di evitare di condizionare i partecipanti, lo strumento non è stato presentato loro come un test che misurava "l'ansia", quanto come uno questionario di personalità e di autovalutazione, citando il titolo stampato sulla scheda del test. Per ridurre l'effetto della desiderabilità sociale e indurre l'emissione di risposte il più possibile sincere, è stato detto ai partecipanti che i risultati sarebbero stati strettamente riservati e non divulgati a terzi, in quanto coperti da anonimato, e che solo i diretti

interessati avrebbero potuto avere, su richiesta, un *feedback* sul risultato del test.

Non sono state fornite indicazioni verbali aggiuntive durante la somministrazione del test, in quanto le consegne sono già stampate nelle schede consegnate. Le uniche raccomandazione sono state quelle di non omettere alcuni *item*, di iniziare dalla scala STATO-A e di leggere le bene le consegne, in quanto la premessa è diversa per le due schede (una si riferisce a come i soggetti si sentono “di solito” e l'altra a come invece di sentono “in questo momento”).

Non appena terminata la somministrazione dello S.T.A.I., si è passati alla fase successiva, ossia la suddivisione nei 3 gruppi.

La struttura degli incontri sarebbe stata di 5 incontri per ciascuno dei due gruppi sperimentali, della durata di un'ora ciascuno e a cadenza settimanale. Il gruppo di controllo, invece, come da protocollo, non avrebbe preso parte a nessun incontro. Al termine dei 5+5 incontri ci sarebbe stato un ultimo incontro a cui avrebbero preso parte tutti i partecipanti, con lo scopo di effettuare la somministrazione post-intervento dello S.T.A.I. e raccogliere feedback sulla ricerca da parte dei soggetti che ne avevano preso parte.

Gli incontri sono stati così strutturati:

Gruppo A - Training Autogeno (esercizi inferiori)

- 1° incontro: breve introduzione ai principi ed alle tecniche del training autogeno e esercizi *pesantezza*;
- 2° incontro: esercizi *pesantezza e calore*;
- 3° incontro: esercizi *pesantezza, calore e cuore*;
- 4° incontro: esercizi *pesantezza, calore, cuore e respiro*;
- 5° incontro: esercizi *pesantezza, calore, cuore, respiro, plesso solare, fronte fresca*.

Gli incontri si sono tenuti presso l'Aula Magna della facoltà di Psicologia della sede di Cesena, nella fascia oraria ritenuta più consona, ossia il tardo pomeriggio quando la facoltà è meno affollata, in modo da ridurre al minimo distrazioni e interruzioni che potessero interferire negativamente con l'esperienza di rilassamento. Ai partecipanti è stato richiesto abbigliamento confortevole e un tappetino sul quale distendersi.

Gruppo B - Tecniche ACT

1° incontro: Breve introduzione alla cornice teorica ed alle tecniche ACT.

Introduzione del concetto di “disperazione creativa” per comprendere l'irrazionalità del programma di controllo esperienziale e successivo invito a riflettere su situazioni personali in cui si è tentato di gestire e controllare emozioni e situazioni ed esiti di questi tentativi di controllo in termini di sofferenza emotiva e psicologica; esercizi esperienziali e utilizzo delle metafore ACT per mettere in luce tentativi disfunzionali messi in atto fino a quel momento per ridurre e gestire l'ansia e le esperienze negative in generale e come il controllo sia il reale problema e non la soluzione (esercizio di soppressione del pensiero; metafora del poligrafo, della persona nella buca e del tiro alla fune con

mostro).

2° incontro: Promozione dell'accettazione attiva vs. evitamento esperienziale.

Esercizi esperienziali e utilizzo delle metafore ACT inerenti a questa capacità (metafora delle sabbie mobili; fisicalizzare; stare seduti con l'emozione difficile; esercizio del mostro di latta).

3° incontro: Promozione della defusione per alterare le convenzioni del linguaggio.

Esercizi esperienziali e utilizzo delle metafore ACT (esercizio latte, latte, latte; manda la tua mente a fare due passi; in questo momento sto avendo il pensiero che...; indebolimento dell'attribuzione della causa attraverso esercizi pratici di sostituzione dei nessi causali nelle frasi autoreferenziali).

4° incontro: Facilitazione dell'adozione della prospettiva de *sé come contesto*.

Utilizzo di esercizi esperienziali e ricorso alle metafore ACT della Scacchiera e esercizio dell'Osservatore per promuovere assunzione di una prospettiva alternativa, in cui il contenuto della coscienza può cambiare momento per momento, mentre il “luogo” dal quale noi vediamo quel contenuto rimane costante.

5° incontro: Promozione del *contatto con il momento presente*.

Breve psicoeducazione sulla natura delle abilità di consapevolezza del momento presente, assumendo una prospettiva non giudicante degli eventi interni; invito ad affinare e praticare quotidianamente tale consapevolezza attraverso il ricorso a semplici esercizi adattabili alla vita reale del soggetto (mentre si sta assaporando un boccone di cibo, mentre ci si lavano i denti...). Durante l'incontro in oggetto sono stati proposti a mo' di esempio esercizi di consapevolezza del respiro e delle sensazioni corporee mentre si stava seduti nella stanza dove si svolgeva l'incontro. Lo step successivo è stato l'introduzione della consapevolezza non giudicante nei pensieri e nelle emozioni, senza cercare di cambiare il contenuto o le frequenza di queste esperienze, attraverso interventi come “Foglie sul ruscello” e “Soldati in parata”.

La natura degli incontri dei due gruppi è stata necessariamente diversa per la diversità insita nei due approcci utilizzati: mentre ad esempio per il gruppo A il rapporto con lo sperimentatore era limitato e circoscritto ad una “voce rilassante che induceva il rilassamento”, per il gruppo B la figura dello sperimentatore era quella di un vero e proprio conduttore che teneva le fila degli incontri, organizzava e proponeva tecniche ed esercizi pratico-empirici e sollevava riflessioni personali, con un approccio paritetico-collaborativo e motivante, facendo parte integrante egli stesso del gruppo e raccogliendo in itinere stati d'animo, dubbi ed eventuali perplessità dei partecipanti.

Ai 10 incontri totali, come anticipato, si deve aggiungere un ultimo incontro di gruppo, a cui hanno partecipato anche i soggetti facenti parte del gruppo di controllo, per la somministrazione dello S.T.A.I – Y post-intervento. Una volta terminata la somministrazione, si è dedicato il tempo rimanente di questo incontro a raccogliere impressioni e commenti spontanei da parte dei soggetti sperimentali, in modo da avere anche un riscontro qualitativo, oltre che quantitativo, delle esperienze vissute dai

partecipanti.

Ipotesi sperimentali

Alla luce di quanto riportato in letteratura, ci si attendeva che l'ansia, sia di stato che di tratto, diminuisse in entrambi i gruppi sperimentali, in quanto sottoposti ad un training specifico. Parallelamente, si poteva presumere che l'ansia non diminuisse sensibilmente nei soggetti facenti parte del gruppo di controllo, i quali non erano stati coinvolti in nessun training e quindi non avevano appreso alcuna tecnica di rilassamento o di accettazione delle emozioni negative. Era presumibile, al contrario, un incremento dell'ansia in questo gruppo, in quanto il periodo del *re-test* coincideva pienamente con la sessione di esami o di discussione dell'elaborato finale per i laureandi.

Restava invece un'ipotesi aperta quale dei due gruppi sperimentali (quello che aveva appreso il Training Autogeno o quello che era stato sottoposto ad un training ACT) avrebbe registrato la diminuzione più significativa dell'ansia e di quale tipologia (se di stato o di tratto). Era presumibile, tuttavia, che un training così specifico e circoscritto ad un arco di tempo limitato (5 settimane totali), potesse avere effetti positivi immediati nella riduzione dell'ansia di stato, influenzando sulla capacità di percepire e interpretare la situazione contingente (preparazione esami/elaborato finale) come meno minacciosa e quindi meno ansiogena, mentre difficilmente sarebbe riuscita ad agire significativamente sull'ansia di tratto, ossia sulla tendenza personale a percepire una vasta gamma di condizioni di vita come minacciose e a reagire ad esse con un'intensità elevata di ansia.

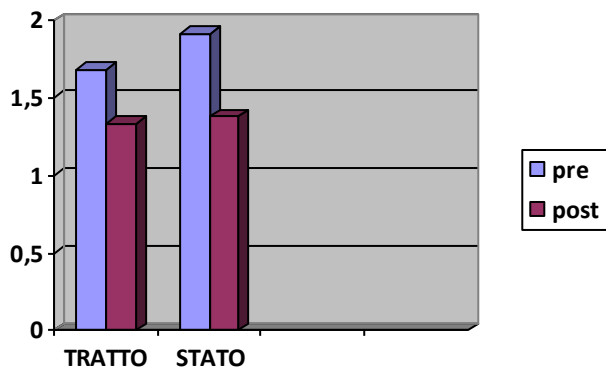
Occorre sottolineare che, trattandosi di soggetti non interessati da alcuna psicopatologia ansiosa specifica, la diminuzione dei livelli d'ansia attesa avrebbero potuto essere di lieve entità; tuttavia, una diminuzione del livello degli stati ansiosi in entrambi i gruppi sperimentali che non si fosse registrata nel gruppo di controllo avrebbe dovuto escludere con relativa certezza un effetto dovuto a fattori casuali o a fluttuazioni spontanee dei livelli ansiosi.

Risultati

Vengono riportati qui di seguito le medie dei punteggi espressi in punti z ottenuti dai tre gruppi sperimentali alla somministrazione dello S.T.A.I. forma Y, sia per il protocollo relativo all'ansia di stato che per quello relativo all'ansia di tratto. I grafici permettono di confrontare le medie pre e post intervento e di compararle con quelle registrate dal gruppo di controllo.

Per i punteggi ottenuti da ognuno dei soggetti sperimentali coinvolti nella ricerca si rimanda invece alle tabelle riportate in appendice.

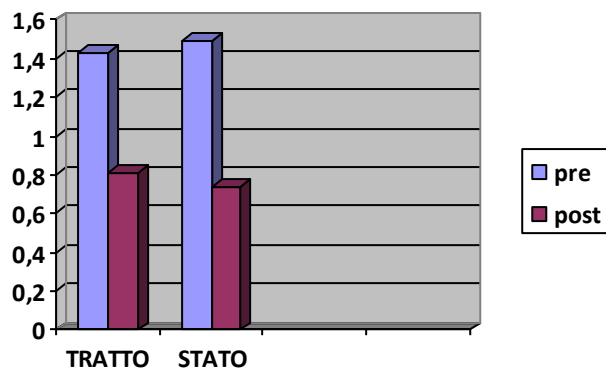
Gruppo A - Training Autogeno



TRATTO-A: pre 1,68; post 1,33

STATO- A: pre 1,92; post 1,38

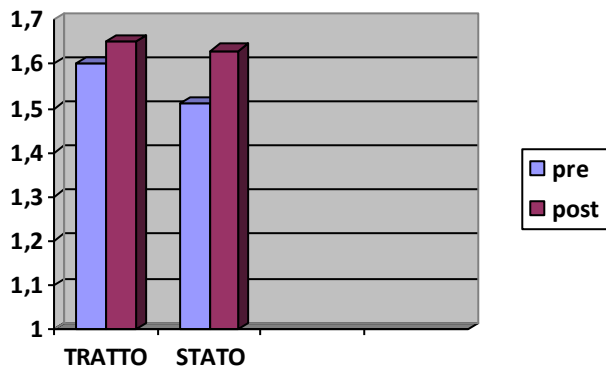
Gruppo B – Tecniche ACT



TRATTO- A: pre 1,43; post 0,81

STATO- A: pre 1,49; post 0,74

Gruppo C – Controllo



TRATTO- A: pre 1,60; post 1,65

STATO- A: pre 1,51; post 1,63

Conclusioni

Come si può evincere confrontando le medie ottenute dalla somministrazione dei protocolli pre e post interventi sperimentali, sembrerebbe che entrambi i gruppi che sono stati sottoposti al training ACT o alle sedute di Training Autogeno abbiano riportato successivamente stati ansiosi di minore entità rispetto all'inizio dell'esperimento; questo cambiamento, seppur lieve, non si è verificato per il gruppo di controllo, per il quale l'avvicinarsi della sessione di esami o del giorno della discussione dell'elaborato finale ha mantenuto il livello di ansia di tratto abbastanza costante e quello di tratto addirittura leggermente superiore rispetto ai valori registrati in sede di prima somministrazione.

Il fatto che l'intensità dell'ansia si sia ridotta in entrambi i gruppi oggetto di intervento e non nel gruppo di controllo ci permette di escludere con relativa certezza che tale modificazione non sia da attribuire ad ulteriori fattori esterni o a variabili casuali.

Possiamo quindi sostenere che sia le tecniche ACT che il protocollo del T.A. sono efficaci per la riduzione degli stati ansiosi in soggetti non clinici, a ridosso di situazioni di vita ritenute ansiose e/o stressanti.

Comparando poi i punteggi medi ottenuti dai due soli gruppi sperimentali ai protocolli STATO-A e TRATTO-A, sembrerebbe che le tecniche a cui si è ricorsi in sede sperimentale abbiano avuto una maggiore efficacia nella riduzione dell'ansia di stato rispetto a quella di tratto; tale risultato è in linea con quanto atteso nelle ipotesi sperimentali iniziali, poiché dei training così specifici e circoscritti ad un arco di tempo limitato potevano sicuramente avere effetti positivi immediati, agendo sulla percezione della situazione contingente, valutata come meno minacciosa e quindi meno ansiogena, mentre difficilmente avrebbero potuto intaccare significativamente la tendenza personale a percepire una vasta gamma di condizioni di vita come minacciose e a reagire ad esse con un'intensità elevata di ansia.

Infine, se confrontiamo le medie ottenute dal Gruppo A e dal Gruppo B, l'intervento rivelatosi maggiormente efficace tra i due elettivi sembrerebbe essere quello basato sulle tecniche ACT rispetto al T.A. Infatti, seppur le differenze nelle medie dei punteggi pre e post interventi non siano di grande entità, esse sono statisticamente maggiormente significative per il gruppo B.

Alla luce di quanto registrato, pertanto, le tecniche tratte dai protocolli ACT sembrerebbero avere maggiore efficacia nella riduzione dei livelli ansiosi in soggetti non clinici rispetto ai soli esercizi inferiori del T.A.

Sarebbe stato interessante, se si fosse disposto di un quarto gruppo sperimentale, sottoporre i soggetti a una combinazione di T.A. e tecniche ACT per valutare se tale combinazione potesse far registrare una maggiore incidenza nella riduzione degli stati ansiosi rispetto ai protocolli somministrati

singolarmente.

In conclusione, le ipotesi sperimentali risultano confermate per quanto riguarda l'efficacia del protocollo ACT e del T.A. nel ridurre gli stati ansiosi in soggetti sperimentali non clinici. Tra i due protocolli scelti per la sperimentazione, le tecniche ACT sembrerebbero registrare una maggiore efficacia rispetto al solo T.A. Non si evidenziano differenze statisticamente significative tra le medie dei punteggi ottenute all'inventario STATO-A e TRATTO-A pre e post intervento, sebbene l'ansia di stato si sia ridotta in misura leggermente inferiore rispetto a quella di tratto tra le due somministrazioni.

Sebbene in ogni misurazione effettuata la riduzione quantitativa dell'entità dell'ansia non sia stata di grande portata, occorre tener presente che nessun soggetto coinvolto nella ricerca era interessato da un disturbo d'ansia conclamato, come si può anche evincere dai risultati ottenuti allo S.T.A.I. durante la prima somministrazione; pertanto, non era lecito attendersi grandi cambiamenti tra i punteggi pre e post-intervento.

Bibliografia

- Bach P. & Moran D., (2008). *ACT in practice: case conceptualization in Acceptance and Commitment Therapy*, New Harbinger, Oakland
- Baselice A., Alberini S., Carcangiu G. & Corlito G., (2013). *Manuale per la crescita dei Club*, Effigi, Arcidosso
- Bazzi T. & Giorda R., (1981). *Il Training Autogeno, teoria e pratica*, Citta' Nuova, Roma
- Benson H., (2000). *The Relaxation Response*, HarperCollins Publishers, New York
- Colom F. & Vieta E., (2006). *Manuale di psicoeducazione per il disturbo bipolare*, Fioriti Editore, Roma
- Corlito G. (2006). *Alcologia e salute mentale*, Erickson, Trento
- Elias A.S. & Wilson A.F., (1995). *Serum hormonal concentrations following transcendental meditation, potential role of gamma aminobutyric acid*, *Medical Hypotheses*, 44, p. 287-291, cit. in Fricchione et al., 2003.
- Esch T., Fricchione G. L. & Stefano G.B., (2003). *The therapeutic use of the relaxation response in stress-related diseases*, *Medical Science Monitor*, 9
- Falloon I. R., (1992). *Intervento psico-educativo integrato in psichiatria*, Erickson, Trento
- Hayes, S. C. & Barnes-Holmes, D. (2001). *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian account of human language and cognition*, New York
- Hoffmann B.H. (1980). *Manuale di Training Autogeno*, Astrolabio
- Flaxman P.E., Blackledge J.T. & Bond F.W. (2011). *L'acceptance and Commitment Therapy – caratteristiche distintive*, FrancoAngeli
- Kabat – Zinn J., Massion A.O., Kristeller J. et al., (1992). *Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders*, *American Journal of Psychiatry*, 149
- Lewy A.J., Bauer V.K. & Cutler N.L., (1998). *Melatonin treatment in winter depression: a pilot study*, *Psychiatry Research*, 77, p.57-61
- Mandle C.L., Jacobbs C., Arcari P.M. & Domar A. D. (1996). *The efficacy of relaxation response interventions with adult patients: a review of the literature*, *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 10
- Masi L., (1999). *Il training autogeno come psicoterapia breve*, Ed. I.L.I.
- Miller J.J. & Kabat – Zinn J. (1995). *Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in treatment of anxiety disorders*, *General Hospital Psychiatry*, 17
- Nakao M., Zuttermeister P.C., Barsky A.J., Myers P., Fricchione G., Baim M., Mandle C.L., Medich C., Wells-Federman C.L., Martin Arcari P. & Benson H. (2001). *Anxiety is a good indicator for somatic symptom reduction through behavioral medicine intervention in a mind/body medicine clinic*, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70, p. 50-57.
- Peresson L. (1980). *Psicoterapia Autogena*, Faenza Edizioni
- Schultz J.H. (1968). *Il Training Autogeno*, Feltrinelli
- Schultz J.H. (1980). *Il training autogeno. Metodo di autodistensione da concentrazione psichica. Vol. II. Esercizi superiori: Teoria del metodo*, Feltrinelli
- Tooley G.A., Armstrong S.M., Norman T.R. & Sali A. (2003). *Acute increases in night time plasma melatonin levels following a period of meditation*, *Biological Psychology*, 53, p. 69-78, cit. in Fricchione et al., 2003
- Walser R. D. & Pistorello J. (2004). *ACT in group format*, in S. C. Hayes and K. D. Strosahl, *A practical guide to acceptance and commitment therapy* (pp 347-372), Springer Press, New York

Giulia Bevilacqua
Psicologa-Psicoterapeuta, Verona
Specializzata a Verona, training Baggio, Baldini
e-mail:.bevi.giu@hotmail.it

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:
psicoterapeutiinformazione@apc.it

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it