

L'efficacia dell'Acceptance and Commitment Therapy (ACT) nel trattamento del Disturbo Ossessivo-Compulsivo

Eliana Misuraca¹

Psicologa e Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale

Scuola di Psicoterapia Cognitiva IGB Palermo

Riassunto

Il presente elaborato analizza l'efficacia dell'Acceptance and Commitment Therapy (ACT) nel trattamento del Disturbo Ossessivo Compulsivo (DOC), ponendosi come contributo teorico all'integrazione tra approcci cognitivo-comportamentali e modelli basati sull'accettazione. Il DOC rappresenta una delle condizioni psicopatologiche più invalidanti, tradizionalmente trattata mediante Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT) ed Esposizione con Prevenzione della Risposta (ERP), protocolli che, pur dimostrando elevata efficacia, risultano talvolta difficili da tollerare per i pazienti a causa dell'intensa risposta d'ansia. L'ACT, fondata sui principi della mindfulness e della flessibilità psicologica, propone un cambiamento di prospettiva: non mira alla soppressione dei pensieri ossessivi, ma alla trasformazione della relazione che il soggetto intrattiene con essi, favorendo comportamenti coerenti con i propri valori. Le evidenze empiriche indicano che l'aumento della flessibilità psicologica è associato a una riduzione dei sintomi ossessivo-compulsivi e a un miglioramento della qualità della vita. Alla luce di tali risultati, l'ACT emerge come intervento promettente e complementare alla CBT tradizionale, pur richiedendo ulteriori studi per la definizione di protocolli standardizzati e la conferma della sua efficacia nel trattamento del DOC.

Parole Chiave: Terapia dell'Accettazione e dell'Impegno, Disturbo Ossessivo Compulsivo, Terapia Cognitivo-Comportamentale, Esposizione con Prevenzione della Risposta, Terapie di terza generazione, Studi di Efficacia dell'ACT, Disturbi d'ansia, Metanalisi ACT, Studi comparativi di efficacia dell'ACT, Flessibilità Psicologica, Casi Singoli, Studi su serie di casi, Studi controllati randomizzati.

Eliana Misuraca, L'efficacia dell'Acceptance and Commitment Therapy (ACT) nel trattamento del Disturbo Ossessivo-Compulsivo, N. 36, 2025, pp. 30-59.

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

Summary

This paper analyzes the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in the treatment of Obsessive Compulsive Disorder (OCD), offering a theoretical contribution to the integration between cognitive-behavioral approaches and acceptance-based models. OCD represents one of the most disabling psychopathological conditions, traditionally treated with Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and Exposure and Response Prevention (ERP), protocols that, while demonstrating high efficacy, are sometimes difficult for patients to tolerate due to the intense anxiety response. ACT, based on the principles of mindfulness and psychological flexibility, proposes a shift in perspective: it does not aim to suppress obsessive thoughts, but to transform the relationship the individual maintains with them, promoting behaviors consistent with their values. Empirical evidence indicates that increased psychological flexibility is associated with a reduction in obsessive-compulsive symptoms and an improvement in quality of life. In light of these findings, ACT emerges as a promising and complementary intervention to traditional CBT, although it requires further studies to define standardized protocols and confirm its effectiveness in the treatment of OCD.

Key words: Acceptance and Commitment Therapy, Obsessive Compulsive Disorder, Third-Generation Therapies, Cognitive Behavioural Therapy, Exposure and Response Prevention, ACT Efficacy Studies, Anxiety Disorders, ACT Methanalyses, Comparative ACT Efficacy Studies, Psychological Flexibility, Single Cases, Case Series Studies, Randomized Controlled Trials.

Introduzione

Questo elaborato teorico si pone l'obiettivo di indagare il tema dell'efficacia dell'*Acceptance Commitment Therapy* (ACT) applicata al trattamento di soggetti con una diagnosi di Disturbo Ossessivo Compulsivo (DOC). Il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) rappresenta una delle condizioni psichiatriche più invalidanti, caratterizzata da ossessioni intrusive e compulsioni ripetitive che possono compromettere in modo più o meno significativo il funzionamento sociale, lavorativo e personale del soggetto che ne soffre. Tradizionalmente il trattamento elettivo "gold standard" si basa sulla Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT), in particolare sull'Esposizione con Prevenzione della Risposta (ERP), spesso associata ad una farmacoterapia con inibitori della ricaptazione della serotonina (SSRI).

Nonostante l'efficacia consolidata di tali approcci, una buona percentuale di pazienti mostra delle resistenze, una scarsa aderenza alla terapia e ricadute, rendendo necessario lo sviluppo di strategie terapeutiche complementari. In questo ambito si colloca proprio l'*Acceptance and Commitment Therapy* (ACT), un modello di terapia cognitivo-comportamentale di terza generazione che affonda le sue basi teoriche sul Contestualismo Funzionale e la *Relational Frame Theory* (FRT) e che si basa su processi di accettazione, *Mindfulness* e chiarificazione dei valori personali. L'ACT non mira alla soppressione dei sintomi, bensì alla modifica della relazione che il soggetto intrattiene e crea con i propri pensieri e vissuti ossessivi, promuovendo la cosiddetta "flessibilità psicologica", un costrutto centrale nell'ACT, considerato trans-diagnostico, che si configura come un mediatore centrale del benessere psicologico e della riduzione della sofferenza clinica. L'interesse, la diffusione e l'applicazione di questo nuovo approccio terapeutico e i promettenti risultati che ha ottenuto anche nel trattamento di altri disturbi psicologici, hanno spinto il mio interesse a indagare e approfondire la tematica della sua efficacia applicata al trattamento del DOC. Ad oggi gli

studi e le rassegne più recenti hanno evidenziato che l'ACT è in grado di produrre delle riduzioni significative dei sintomi ossessivi-compulsivi con effetti di entità moderata, comparabili a quelli della CBT tradizionale. Inoltre, l'ACT si è dimostrata particolarmente utile nei casi in cui l'ERP risulti poco tollerata dai pazienti, offrendo un'alternativa meno ansiogena e più accettabile. Gli studi longitudinali confermano inoltre che questo approccio terapeutico ha degli effetti anche nel mantenimento dei benefici e dei risultati ottenuti nel *follow-up* fino a sei mesi dalla fine del trattamento, suggerendo un impatto duraturo sulla qualità della vita della persona.

Alla luce di queste evidenze, l'ACT è ad oggi riconosciuta dalle linee guida internazionali come un approccio *evidence-based* per il trattamento del DOC, tanto quanto la CBT tradizionale e l'ERP. Lo stato dell'arte conferma dunque che l'ACT ha assunto un ruolo crescente e promettente all'interno della pratica clinica, delineando delle prospettive di ricerca orientate ad ottimizzare i protocolli e le tecniche di intervento anche nel trattamento del DOC.

Il Disturbo Ossessivo Compulsivo

Definizione e caratteristiche cliniche del Disturbo Ossessivo-Compulsivo

Il Disturbo Ossessivo-compulsivo (DOC) è una condizione psicopatologica caratterizzata dalla presenza di un quadro sintomatologico costituito da ossessioni e compulsioni.

Le ossessioni sono pensieri intrusivi, immagini mentali, impulsi persistenti e disturbanti, che il paziente vive in modo ego-distonico e che generano un'intensa attivazione emotiva. Alle ossessioni, si aggiunge la presenza di compulsioni, che sono definite come comportamenti ripetitivi o atti mentali, messi in atto nel tentativo di neutralizzare la minaccia e la forte angoscia provocata dalle ossessioni e nel tentativo di prevenire eventi temuti.

- Le ossessioni possono essere distinte in: autonome, i cosiddetti pensieri proibiti, che si presentano sotto forma di bestemmie e generano una forte preoccupazione morale; le ossessioni reattive, che si riferiscono a pensieri che generalmente si presentano alla mente sotto forma di dubbi e le ruminazioni, che talvolta fungono da innesco per il circolo ossessivo e riguardano una modalità di pensiero ripetitivo e tormentoso (Mancini et al., 2021). Il contenuto delle ossessioni dipende dal soggetto, infatti può variare da persona a persona. Alcuni temi ricorrenti possono riguardare impulsi aggressivi verso le altre persone, il timore di essere contaminati o altri pensieri di natura sessuale o soprannaturale. I pazienti vengono così studiati in riferimento alla diversa intensità con cui dimostrano di possedere alcuni sintomi caratteristici del Disturbo Ossessivo Compulsivo. Da qui, è stato possibile individuare diversi sottotipi di DOC (Abramowitz, 2006):
- Contaminazione: si riferisce al timore di venire contaminato e di diffondere la contaminazione; questo timore può essere più o meno realistico o esse possono assumere la forma di una sensazione di "sporcizia interna", con connotazioni più morali;
- Dubbio e Controllo Compulsivo: il controllo compulsivo è la seconda forma (dopo la contaminazione e i rituali di decontaminazione), di Disturbo Ossessivo Compulsivo con maggior prevalenza;
- Simmetria e Ordine: le ossessioni e le compulsioni riferite alla simmetria e all'ordine sono molto diffuse all'interno della patologia, anche tra i bambini e gli adolescenti; le emozioni che il paziente sperimenta vengono considerate peculiari rispetto alle emozioni delle altre tipologie; infatti, simmetria

e ordine portano sensazioni di ansia e di paura, in cui il soggetto è spinto dal desiderio di far andare bene le cose;

- Ossessioni Pure: sono ossessioni intense e frequenti, in assenza di compulsioni chiaramente rilevabili;
- Ossessioni di Danno: riferite a pensieri o immagini relative a danni potenziali a sé o ad altri, di tipo materiale, economico o emotivo, dovute a proprie disattenzioni o mancanze;
- Ossessioni Aggressive: si riferiscono a pensieri, immagini o impulsi di fare del male a persone care o a sé stessi, contro la propria volontà;
- Ossessioni Omosessuali: pensieri, immagini, fantasie o impulsi a contenuto omoerotico, che attivano nel soggetto eterosessuale il dubbio di poter essere omosessuale latente;
- Ossessioni Relazionali: dubbi sull'adeguatezza del proprio partner e sul sentimento nei confronti di quest'ultimo; pensieri o immagini, fantasie o impulsi sessuali nei confronti di persone diverse dal partner che innescano il dubbio ossessivo di non essere innamorato di quest'ultimo;
- Ossessioni religiose o morali: pensieri o immagini a contenuto blasfemo (es: bestemmie, insulti a defunti, fantasie sessualizzate verso immagini sacre);
- Ossessioni sessuali e di pedofilia: pensieri, immagini o impulsi nei confronti di persone sconvenienti come parenti, animali o bambini.

Le principali caratteristiche delle ossessioni sono legate all'intrusività e alla bizzarria.

Il pensiero ossessivo è intrusivo, nel senso che, almeno in apparenza, le ossessioni si presentano alla mente anche in momenti in cui la persona è impegnata in altro. Ciò che invece accade è che quando arrivano i pensieri ossessivi la mente è già predisposta a cogliere stimoli rilevanti per le preoccupazioni della persona, sebbene incongrui rispetto all'occupazione del momento. (Cherry, 1953). Inoltre, l'intrusività delle ossessioni è legata alla peculiare caratteristica di rendere i pensieri incongrui rispetto al modo in cui la persona sente di essere e si riconosce con i suoi valori. Ciò induce la persona a non riconoscersi da un punto di vista identitario e a sperimentare un forte malessere, che lo indurrà a contrastare tali pensieri mettendo in atto dei tentativi di soluzione. Così come l'intrusività, anche la bizzarria è una caratteristica peculiare delle ossessioni, in quanto spesso le preoccupazioni ossessive dei pazienti sono ritenute e percepite dagli stessi come assurde, altamente improbabili e inaccettabili e proprio per questo generano intensa sofferenza (Mancini et al., 2021). La presenza di queste emozioni intense crea un disagio talmente marcato che gli individui si sentono costretti a mettere in atto una serie di comportamenti, che poi risulteranno rituali, o una serie di azioni mentali, per neutralizzare le ossessioni o tentare di eliminarle dalla mente: questi comportamenti vengono definiti compulsioni.

Le compulsioni sono dei tentativi di soluzione veri e propri che si manifestano attraverso comportamenti osservabili (compulsioni *overt*) o rituali mentali (compulsioni *covert*) che la persona sente la necessità di mettere in atto per poter rispondere alle ossessioni e ridurre il disagio innescato da queste ultime. All'interno del DSM-5 è stato messo in evidenza come le compulsioni non siano sempre collegate realisticamente all'evento temuto e spesso rappresentino modi esagerati di giungere alla risoluzione del problema (APA, 2013). Esse producono un effetto che induce il paziente a sentire meno disagio nel breve termine ma a lungo termine risultano controproducenti, in quanto alimentano e mantengono il problema. Le compulsioni possono essere di vario tipo: di controllo, di lavaggio, ordine

e simmetria, accumulo, rituali mentali o miste oppure possono essere ruminazioni prospettiche, retrospettive, ragionamenti dialettici o veri e propri evitamenti; tuttavia ciò che accomuna e caratterizza la compulsività di tali azioni è la funzione di neutralizzazione della minaccia, la ripetitività e la rigidità con cui vengono eseguiti tali comportamenti (Mancini, Gangemi, 2016); l'ego-distonia e la consapevolezza che, a volte, porta la persona a ritenerle eccessive e/o irrazionali, sebbene senta di essere obbligato a metterle in atto; l'effetto di temporanea riduzione dell'ansia e l'interferenza che hanno nella vita quotidiana dei pazienti (Mancini et al., 2021).

All'interno del modello cognitivo-comportamentale (CBT), il DOC viene concettualizzato e spiegato come un disturbo che riguarda la relazione con il pensiero e con l'incertezza. Ciò che quindi genera malessere e sofferenza non è legato alla presenza di pensieri intrusivi in sé ma al significato che i pazienti attribuiscono ad essi e alle strategie di controllo che ne conseguono. I pensieri vengono interpretati dai pazienti come pericolosi, inaccettabili, come la spia di una minaccia imminente e per tale motivo generano l'urgenza di prendere dei provvedimenti, attivando circoli viziosi di evitamento e ritualizzazione. (Mancini et al, 2021).

Un altro aspetto che caratterizza il quadro clinico del DOC è osservabile nelle valutazioni dei pazienti ossessivi, i quali, almeno in certi momenti, muovono una critica alle loro preoccupazioni e ai tentativi di soluzione che quotidianamente si trovano a mettere in atto. Questa critica generalmente coinvolge due aspetti: uno riguarda la consapevolezza dell'impatto negativo che il disturbo ha nella loro vita e nella vita delle persone con cui vivono; il secondo aspetto critico è rivolto ai timori ossessivi ritenuti irrealistici, tanto da metterne in dubbio la fondatezza. Tali valutazioni critiche, tuttavia, non conducono il paziente a ridurre o contenere il disturbo, ma al contrario sono fallimentari e controproducenti in quanto non sono volte all'accettazione dei rischi legati alla rinuncia della certezza. Inoltre, ricorrere ai tentativi di soppressione delle ossessioni aggrava il quadro sintomatologico e contribuisce al mantenimento del disturbo stesso (Ibidem).

Epidemiologia del DOC e impatto sulla qualità della vita

Il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) è una patologia psichiatrica complessa, che colpisce tra il 2% e il 4% della popolazione mondiale ed è considerato una delle dieci condizioni più invalidanti secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità. L'epidemiologia del DOC si può suddividere in diversi punti (Mancini, 2005):

- Prevalenza Life-time, compresa tra il 2,2 ed il 5% con uguale distribuzione tra i sessi;
- Prevalenza Puntuale, che rappresenta l'1,5% circa;
- Popolazione Giovanile (15 – 18 anni): prevalenza puntuale fino al 3%;
- Incidenza Massima intorno ai 15 anni e intorno ai 25 anni.

Sulla base di studi condotti sui familiari è possibile osservare che il 10% dei pazienti con Disturbo Ossessivo Compulsivo ha almeno un parente di I grado con lo stesso disturbo e questa percentuale tende ad aumentare nelle forme ad esordio precoce. Inoltre, il decorso del disturbo ossessivo-compulsivo tende a cronicizzare tanto da diventare invalidante e assume un andamento ingravescente in percentuale tra il 5 ed il 10% aumentando la gravità (Mancini, 2005). L'impatto del DOC sulla qualità della vita della persona è profondo e pervasivo. I sintomi possono compromettere il funzionamento sociale, lavorativo e relazionale del soggetto, producendo sofferenza psicologica, isolamento e vissuti di demoralizzazione. Alcuni studi osservazionali hanno evidenziato che la durata della malattia

non trattata è correlata ad un decorso clinico caratterizzato da un maggiore rischio di comorbidità con disturbi depressivi e un peggioramento del quadro sintomatologico. (Roselli, 2025). Inoltre, il DOC, se non è adeguatamente trattato, tende a cronicizzare, amplificando le forme di ritualizzazione e i vissuti di senso di colpa e vergogna.

Sul piano sociale, il DOC rappresenta un carico per il sistema sanitario sia in termini di costi diretti (trattamenti farmacologici e psicoterapici) sia indiretti (perdita della produttività, assenteismo e disabilità). Per questo è importante effettuare una diagnosi precoce e avviare un intervento tempestivo, al fine di migliorare la prognosi e ridurre l'impatto del disturbo nella vita della persona che ne soffre. Il DOC rappresenta una condizione psicopatologica diffusa e invalidante, che richiede un approccio multidisciplinare e personalizzato per poter essere affrontato in modo efficace. L'attenzione crescente alla sua epidemiologia e al suo impatto sulla qualità della vita sta consentendo una graduale riduzione dello stigma e contribuisce a promuovere una migliore e maggiore accessibilità alle cure (Rodriguez-Salgado et al., 2006).

Eziopatogenesi del disturbo

All'interno del Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi Mentali (DSM-5), l'eziopatogenesi del DOC è definita multifattoriale e coinvolge l'interazione complessa tra fattori genetici, neurobiologici, psicologici e immunologici. Il DOC è infatti una patologia complessa e ciò implica un'analisi multidisciplinare di diversi approcci.

Sul piano biologico, il disturbo ossessivo-compulsivo è una patologia legata ad una carenza di trasmissione serotoninergica tra i neuroni cerebrali; questa spiegazione coinvolge non solo la natura biologica ma può anche essere legata al ruolo di una componente genetica nella misura in cui alcuni comportamenti sarebbero acquisiti in persone geneticamente predisposte. Sulla base di alcuni studi classici della genetica effettuati sulle famiglie e sui gemelli è emersa una componente genetica del disturbo, con indici di concordanza molto maggiori fra gemelli monozigotici rispetto a quelli dizigotici (Arnold e Richter, 2007). Negli studi familiari è stata messa in evidenza un'incidenza più alta di DOC fra parenti di primo grado dei pazienti, rispetto a quella fra parenti di primo grado di individui sani (Pauls et al., 1995).

Dal punto di vista neuro-biologico, studi condotti con l'uso delle neuro-immagini hanno messo in evidenza come nel cervello di persone affette da DOC siano presenti delle alterazioni nei circuiti cortico-striato-talamo-corticali, che mostrano in particolare una iperattività dell'area orbito-frontale, dei gangli della base e del talamo, aree cerebrali coinvolte nel controllo inibitorio degli impulsi, nella regolazione emotiva e nella valutazione del rischio (Cavedini et al., 2010).

Un altro filone di studi ha messo in evidenza la presenza di fattori immunologici tra le cause che potrebbero contribuire allo sviluppo di un DOC, che sono stati ampiamente spiegati all'interno di studi su soggetti pediatrici (PANDAS), dove si è osservata l'insorgenza di DOC in seguito ad infezioni da streptococco, suggerendo un possibile meccanismo autoimmune. Questi studi, che prendono in considerazione l'infiammazione cronica e la disregolazione immunitaria, sono stati e sono ad oggi oggetto di studio anche su soggetti adulti (Fontenelle et Hasler, 2008). Inoltre, è importante considerare l'impatto di fattori psicologici e ambientali nello sviluppo del DOC, in riferimento alla presenza di eventi stressanti, traumi infantili, stili educativi rigidi, ipercontrollanti e critici, che

contribuiscono ad attivare predisposizioni latenti, plasmando e influenzando l'espressione genica (Rector et al., 2009 & Taylor et Lang, 2011). Il DOC si configura come il risultato di un'alterazione dinamica tra fattori di vulnerabilità biologica ed esperienze di vita, che trova un'espressione clinica diversa a seconda del profilo individuale e che è fondamentale comprendere al fine di personalizzare l'intervento terapeutico.

Diagnosi del Disturbo ossessivo compulsivo e diagnosi differenziale

La diagnosi del Disturbo Ossessivo-compulsivo si basa sui criteri presenti nel DSM-5 (APA, 2013), che identificano la presenza di ossessioni, compulsioni o entrambe, in grado di causare una compromissione significativa del funzionamento sociale, lavorativo o in altre aree importanti della vita del soggetto. Per effettuare una diagnosi che risulti più accurata è fondamentale valutare anche una serie di aspetti: il livello di insight critico del paziente (che può essere da buono ad assente), la frequenza e la durata dei sintomi presentati (spesso più di un'ora al giorno), il grado di interferenza con la vita quotidiana e la funzione delle compulsioni (neutralizzazione, prevenzione o rassicurazione). Tuttavia, il DOC spesso può essere confuso con altri disturbi, in particolare quando i sintomi si presentano in modo più sfumato o quando il paziente non è in grado di descriverli. Per tale motivo è importante effettuare una diagnosi differenziale, che richiede un processo clinico dettagliato e accurato e una buona sensibilità interpretativa.

Una prima distinzione va fatta rispetto al Disturbo d'Ansia Generalizzato (GAD), in cui le preoccupazioni sono pervasive e realistiche, legate a eventi futuri e giustificate da eventi concreti, a differenza del DOC, in cui i pensieri sono intrusivi e spesso vissuti come assurdi e/o moralmente inaccettabili (Sassaroli, Lorenzini e Ruggiero, 2006). Un'altra distinzione riguarda poi il Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità (DOC-P), che è accomunato e condivide con il DOC la tendenza al perfezionismo e la rigidità del pensiero, ma si differenzia da quest'ultimo per la natura ego-sintonica dei sintomi. Il paziente che soffre di DOC-P non vive i pensieri come disturbanti ma come aspetti caratteristici della propria identità. Nel DOC invece i pensieri ossessivi vengono vissuti dal paziente in modo ego-distonico e generano un tormento dovuto al conflitto tra ciò che pensa e ciò che sente di essere (Mancini, 2005). Anche nei disturbi psicotici è possibile osservare la presenza di pensieri bizzarri o comportamenti ritualistici, tuttavia la differenza di questi disturbi rispetto al DOC sta principalmente nel fatto che il paziente affetto da DOC è in grado di riconoscere l'irrazionalità dei suoi pensieri, pur avendo difficoltà a liberarsene; il paziente che soffre di disturbo psicotico presenta i deliri, in cui i contenuti del pensiero sono vissuti come reali e indiscutibili. Un'altra importante differenziazione va posta rispetto ai disturbi dello spettro autistico, dove i comportamenti ripetitivi e ritualistici assumono una funzione regolativa e sensoriale e non sono guidati da pensieri ossessivi né dal timore di colpa. Nel DOC invece il comportamento ritualistico è emesso in risposta ad un pensiero minaccioso.

Le distinzioni tra questi disturbi, in alcuni casi, risultano molto sfumate e difficili da rintracciare, per questo la diagnosi differenziale richiede una certa attenzione alla funzione del sintomo, alle caratteristiche qualitative del pensiero, ai vissuti emotivi e alla relazione che il paziente crea con la propria mente.

Il DOC nel Modello Cognitivista

I modelli cognitivi sostengono che gli individui affetti da Disturbo Ossessivo Compulsivo, abbiano credenze errate o disfunzionali relative al significato attribuito ai contenuti mentali che avrebbero un ruolo fondamentale nel trasformare i normali pensieri in ossessioni e compulsioni. Francesco Mancini, tra i principali esponenti della scuola cognitivista italiana, propone una lettura del Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) che si discosta dal modello classico della terapia cognitivo-comportamentale standard e si focalizza sulla minaccia morale e sulla vulnerabilità alla colpa.

Il modello cognitivo-comportamentale tradizionale fa una lettura del DOC come un disturbo sostenuto da pensieri intrusivi valutati come minacciosi, credenze disfunzionali legate ad una sovrastima del pericolo, un'intolleranza all'incertezza e comportamenti compulsivi finalizzati alla neutralizzazione delle ossessioni. Alla luce di questa concettualizzazione del disturbo in chiave CBT standard quindi l'obiettivo del trattamento si basa sulla ristrutturazione cognitiva, finalizzata a modificare le credenze disfunzionali e sull'esposizione con prevenzione della risposta (ERP), per consentire al paziente di fare esperienza degli stimoli temuti senza ricorrere ai comportamenti compulsivi.

All'interno del modello cognitivo, secondo Mancini (2019), ciò che determina psicologicamente i sintomi ossessivi del DOC è la presenza dello scopo di prevenire una colpa deontologica, legata cioè alla trasgressione di norme morali e il fallimento di questo scopo viene percepito dal soggetto come una catastrofe inaccettabile e insopportabile. Il paziente non teme quindi che accada qualcosa di negativo, ma di essere o diventare una "cattiva persona". In questo modello teorico la colpa rappresenta l'emozione centrale del DOC. Il paziente ossessivo ha degli standard morali elevati e rigidi e vive i pensieri ossessivi come segnali di possibili minacce e come la prova di essere una persona potenzialmente immorale e indegna. Il senso di colpa non è solo un'emozione sgradevole da sentire ma rappresenta una vera e propria minaccia al senso di sé. Sulla base dei risultati che emergono dalla pratica clinica è stato possibile rintracciare nelle valutazioni ossessive dei pazienti, alcuni scopi centrali:

- Lo scopo di prevenire o di neutralizzare una colpa, che si esplica attraverso i sintomi di controllo (es: ricontrollare ripetutamente e in modo ritualistico il rubinetto del gas al fine di prevenire il timore ossessivo che si possa verificare un'esplosione di gas per la propria colpa) (Mancini, 2016 & Shapiro e Stewart, 2011);
- Lo scopo di prevenire o neutralizzare una contaminazione disgustosa, anche se questo non implica danni alla propria o altrui salute (Bhikram et al., 2017);
- Lo scopo di prevenire la *not just right experience*, una sensazione che spesso accomuna i pazienti ossessivi, che la mal tollerano poichè legata a due significati legati al dominio della colpa: un significato magico-superstizioso e la sensazione di non essere a posto in termini morali (Mancini, Gangemi, Perdighe et al., 2008);
- Lo scopo paradossale di ridurre i costi del disturbo stesso. Tale scopo è quello che induce il paziente a sentirsi responsabile delle conseguenze che la propria attività ossessiva ha sulla sua vita e su quella dei suoi familiari e per queste ragioni cerca di contrastarla, ricorrendo proprio all'attività ossessiva.

Inoltre, il paziente ossessivo presenta la tendenza a confondere il pensiero con l'azione (fusione pensiero-azione morale) e ciò lo induce a credere che pensare a qualcosa equivalga a volerlo, a farlo o a sentirsi responsabile di esso.

La presenza di questa distorsione cognitiva genera un senso di iper-responsabilità, che si estende anche a eventi e situazioni improbabili o fuori dal proprio controllo. (Mancini, 2019). Nella prospettiva cognitivista, il DOC è un disturbo che nasce dalla presenza di credenze morali rigide e orientate al perfezionismo del tipo “una persona buona non pensa a cose cattive” oppure “devo essere sicuro al 100% di non fare del male” e tali credenze generano ansia e attivano rituali finalizzati al controllo, alla verifica, alla neutralizzazione della minaccia percepita o all’evitamento. Alla luce di ciò il comportamento compulsivo assume la funzione strumentale di abbassare l’intensità dell’ansia e proteggere l’identità morale. A partire da questa lettura del DOC, in una prospettiva cognitivista, il trattamento è orientato a: riconoscere la natura involontaria e intrusiva dei pensieri ossessivi; ridurre la fusione tra pensiero e identità/realtà; esplorare e comprendere le credenze morali e la natura rigida di queste ultime; tollerare l’incertezza e il rischio percepito di colpa; sviluppare una relazione più compassionevole con il proprio sé. La terapia cognitiva orienta il trattamento non solo alla ristrutturazione cognitiva del pensiero ma include un lavoro profondo sull’identità, la moralità e la relazione con il senso di colpa. Il trattamento psicoterapeutico, all’interno del modello cognitivo, è scandito da diverse fasi: l’iniziale valutazione del problema presentato (*assessment*), una fase di psico-educazione sul DOC e condivisione del modello di funzionamento del DOC del paziente, la ristrutturazione cognitiva, l’esposizione con prevenzione della risposta (ERP), il lavoro sulla riduzione del senso di colpa e del disgusto (intervento sulla vulnerabilità attuale) e l’intervento sulle memorie prototipiche presenti nella storia di vita del paziente, legati a episodi che possono aver sensibilizzato al timore di colpa (vulnerabilità storica). Una parte viene parallelamente dedicata ad un lavoro condiviso con i familiari del paziente con DOC, che hanno un ruolo importante nel mantenimento del disturbo e una parte finale è centrata sulla prevenzione delle ricadute ed eventuale programmazione di sedute *follow-up* (Mancini, 2019).

L’Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

Le terapie di terza generazione

La terapia cognitivo comportamentale (CBT) ha rappresentato un punto di svolta nel trattamento del disturbo ossessivo compulsivo (DOC), che fino agli anni ’60 era considerato un disturbo estremamente difficile da affrontare in modo efficace (Foa et al, 2012). I primi risultati significativi nel trattamento del DOC si devono a Meyer (1966), che introdusse la ERP, esposizione con prevenzione della risposta, un intervento di matrice comportamentale capace di ridurre drasticamente l’intensità dei rituali compulsivi. Il protocollo prevede l’esposizione graduale del paziente agli stimoli che elicitano ansia e la dilazione nel tempo dell’esecuzione dei rituali, favorendo così l’abituazione e la riduzione della risposta compulsiva.

Con Beck ed Ellis si apre una seconda fase di evoluzione della CBT, che integra tecniche cognitive e comportamentali per la modifica della psicopatologia. Rispetto alla terapia comportamentale, questa offre maggior enfasi alla dimensione consapevole delle rappresentazioni mentali del paziente che accompagnano i comportamenti disfunzionali e patologici (La Mela, 2014). La persona è un essere pensante capace di organizzare i propri comportamenti e modificarli in base ai contesti e alle situazioni (Bandura, 1969). Lo studio dei pensieri irrazionali (Ellis, 1977) e degli schemi patogeni (Beck, 1993) hanno aperto ad una maggiore conoscenza degli errori cognitivi, di come questi ultimi siano caratteristici e presenti in determinate tipologie di pazienti e come, per ognuno di queste,

ci siano delle tecniche specifiche finalizzate a modificare i pensieri automatici negativi e gli schemi disfunzionali di riferimento. È dall'integrazione tra le prime due generazioni di Terapia Comportamentale che nasce la Terapia Cognitivo-Comportamentale, che si caratterizza non solo per l'uso di interventi volti a modificare i comportamenti, ma anche per l'uso di tecniche d'intervento mirate alla modifica delle convinzioni, atteggiamenti, stili cognitivi e aspettative del soggetto (Galeazzi & Meazzini, 2004). A questa seconda ondata segue una terza generazione di CBT, che pone il focus non più sui contenuti mentali come la seconda, ma sugli aspetti processuali dell'elaborazione dell'informazione, ovvero si focalizza sulle modalità patologiche di funzionamento della mente. La terza ondata include diverse terapie, tra cui: la Psicoterapia Analitico Funzionale -FAP- (Kohlenberg e Tsai, 1991); la Terapia Dialettico Comportamentale -DBT- (Linehan, 1993); la Terapia dell'Accettazione e dell'Impegno -ACT- (Hayes et al., 1999); la Terapia di Coppia Comportamentale Integrativa -IBCT- (Jacobson, et al., 2000); la Terapia Metacognitiva (Wells, 2009); la Riduzione dello Stress Basata sulla Mindfulness -MBSR- (Kabat-Zinn, 2003); la Terapia Cognitiva basata sulla Mindfulness -MBCT- (Seagal et al., 2012); il Sistema di Analisi Cognitivo Comportamentale della Psicologia -CBASP- (McCullough, 2003) e la *Schema Therapy* -ST- (Martin & Young, 2010).

Sebbene l'etichetta "terza generazione" non venga condivisa da tutti, ciò che si nota è come questi nuovi approcci terapeutici abbiano apportato alla Terapia Cognitivo-Comportamentale dei cambiamenti innovativi sia all'interno della pratica clinica che dal punto di vista teorico. Inoltre, il cambiamento, all'interno di questa nuova ondata di nuovi approcci terapeutici, è inteso in termini di modifica della funzione e della relazione che gli individui hanno verso gli eventi psicologici, mediante l'uso di diverse tecniche.

Solo da qualche anno alcuni di questi modelli sono stati sperimentati nel trattamento del Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) e tra questi la Terapia dell'Accettazione e dell'Impegno (ACT), che sfrutta un repertorio di tecniche fruibili ed efficaci per giungere ad un cambiamento, non più considerato in termini di modifica dei pensieri e dei loro contenuti, ma orientato all'accettazione e alla defusione cognitiva. (Giussani, 2021) L'interesse e il focus principale dell'ACT, quando viene utilizzata come trattamento terapeutico nel DOC, non è quello di ristrutturare i *bias* cognitivi o ridurre la frequenza e/o la gravità delle ossessioni e delle compulsioni, ma piuttosto essa si concentra nell'aiutare i pazienti a cambiare il loro rapporto con i pensieri ossessivi in modo da non lottare contro questi e sforzarsi di vivere una vita produttiva e piena, continuando a sperimentare le ossessioni, che vengono riformulate semplicemente come "pensieri che vanno e vengono" e costituiscono esperienze di vita.

Origini e principi base dell'ACT

La terapia dell'Accettazione e dell'Impegno (ACT) nasce alla fine degli anni '80 grazie a Steven Hayes, psicologo e professore di psicologia dell'Università del Nevada, noto per essere stato il padre fondatore di questo nuovo approccio terapeutico trans-diagnostico.

L'ACT è una forma di terapia cognitivo-comportamentale (CBT) nata dall'analisi del comportamento, del linguaggio e della cognizione. È un trattamento che fonda le proprie radici nel Contestualismo Funzionale e nella *Relational Frame Theory* (RFT), una teoria del linguaggio e della cognizione secondo la quale le persone attribuiscono al pensiero un significato letterale che ha un impatto diretto su emozioni e comportamenti. Secondo la

RFT, inoltre, gli esseri umani vivono i propri problemi come qualcosa di indesiderato e, come soluzione, optano per l'evasione dall'esperienza del dolore attraverso la fuga, l'evitamento e la soppressione dei contenuti dolorosi. Queste strategie di coping sono determinate dalla mancanza di flessibilità psicologica, che risulta essere il problema focale per l'ACT e che blocca la persona all'interno di esse (Hayes, Barnes-Holmes e Roche, 2001).

Il Contestualismo Funzionale fornisce l'impianto teorico su cui si basa la pratica dell'ACT ed enfatizza il ruolo del contesto nel comportamento, poiché qualsiasi sforzo volto a influenzare il comportamento si baserebbe su un cambiamento di contesto. L'enfasi sul successo nel raggiungimento di obiettivi prestabiliti e sulla comprensione dei contesti che governano il comportamento non solo è centrale nella teoria che supporta l'ACT, ma caratterizza in modo diretto e trasversale l'approccio terapeutico (Giussani, 2021). Uno dei principali obiettivi dell'ACT è il modo in cui la cognizione può alterare i processi comportamentali in modi che portano a modelli di comportamento disadattivi o adattivi. L'inflessibilità psicologica si riferisce a comportamenti che sono rigidamente governati dalle proprie esperienze interne (ad esempio, emozioni come l'ansia, pensieri e sensazioni) piuttosto che dalle contingenze dirette (ciò che è efficace nell'adattamento) o valori personali (ciò che è significativo per l'individuo). Una componente chiave dell'inflessibilità psicologica è la fusione cognitiva, quando le funzioni letterali dei pensieri sono dominanti, in modo tale che si reagisca ai pensieri "come se" fossero veri ed essenziali per agire (ad esempio, "Se faccio x, sarò troppo ansioso, quindi resto a casa"). Questo può ulteriormente favorire l'evitamento esperienziale come altra componente chiave dell'inflessibilità psicologica, in cui ci si concentra eccessivamente sull'evitamento o sull'alterazione delle esperienze interne (ad esempio, sensazioni, pensieri intrusivi), anche se ciò ha conseguenze dannose.

L'ACT ha dunque l'obiettivo di ridurre l'inflessibilità psicologica attraverso processi di flessibilità psicologica mirati, promuovendo l'accettazione dei pensieri e dei sentimenti indesiderati e incoraggiando la persona a mettere maggiore impegno in attività di vita significative, anche quando si verificano pensieri ed emozioni negative o altre difficoltà, al fine di raggiungere una vita di qualità, realizzabile coltivando la flessibilità psicologica (Manjula e Sudhir, 2019).

Processi centrali e tecniche del modello ACT

All'interno del modello dell'ACT figurano sei processi nucleari e interconnessi, atti a promuovere la flessibilità psicologica, che vengono illustrati all'interno della modello grafico esagonale dell'*Hexaflex*. Ciascuna di queste aree è concettualizzata come un'abilità psicologica positiva (Hayes et al., 2006). Questi processi centrali sono: accettazione, defusione cognitiva, essere in contatto con il momento presente, il sé come contesto, valori e azione impegnata.

L'accettazione viene insegnata come alternativa all'evitamento esperienziale, che mantiene il processo patologico e si manifesta attraverso tentativi di soppressione o evitamento delle emozioni, dei pensieri e delle sensazioni spiacevoli che derivano da essi. Praticare l'accettazione consente ai pensieri e ai sentimenti di essere come sono, piacevoli o dolorosi, senza mettere in atto inutili tentativi di cambiarne frequenza e forma (Hayes et al., 2006). In tal senso, dal punto di vista terapeutico, è molto utile praticare un esercizio mindfulness, chiamato Body Scan, che

agevola il processo di accettazione attraverso la messa in pratica di otto tecniche differenti poste in consecuzione, che il terapeuta indica al paziente (Harris, 2011).

La defusione cognitiva è un'abilità che consente di prendere le distanze dal contenuto letterale dei pensieri (fusione cognitiva), lasciarli andare e osservarli venire senza rimanerne intrappolati (Harris, 2011). Si basa sul distanziamento dal significato letterale delle parole e sulla focalizzazione sul processo del pensare. A questo scopo, una tecnica di defusione semplice e breve è quella del fare ripetere alla persona il pensiero indesiderato preceduto dalla frase: *“La mia mente sta avendo il pensiero che...”* (Healy et al., 2008, p.625). Questo esercizio aiuta il paziente a comprendere che il pensiero è una regola auto-generata e che l'affermazione successiva è soltanto un pensiero e non un fatto reale (Healy et al., 2008). Frequentemente l'ACT utilizza molte metafore per allenare i sei processi; una molto famosa che viene utilizzata per la defusione è quella dell'autista dell'autobus: il terapeuta chiede al paziente di immaginare di essere un autista di autobus, i passeggeri che salgono e scendono sono i suoi pensieri, ricordi, emozioni e sensazioni. Alcuni di essi, vestiti da teppisti dall'aspetto losco, gli intimano, minacciandolo, di cambiare tragitto. Non hanno intenzione di scendere e, dopo contrattazioni, il compromesso è di portarli dove essi vogliono. Dopo qualche tempo, l'autista sa già il percorso prima delle loro grida e successivamente si convince che quella è la direzione che in effetti voleva prendere. Il potere dei malviventi è basato su una minaccia, ma nulla di reale si è verificato, il potere che hanno è quello che egli ha attribuito a loro, credendo nel valore di quanto essi affermano. Nel tentativo di tenere sotto controllo la situazione, l'autista continua a guidare un autobus che non è più sotto il suo controllo. Questa metafora rende il paziente più consapevole rispetto agli obiettivi personali da cui si sta allontanando a causa dei significati linguistici e letterali che attribuisce alle situazioni e permette di liberarsi dalla fusione cognitiva con essi (Giussani, 2021).

Essere presenti è un processo attraverso il quale s'incrementa la capacità di stare in contatto con il momento presente, nel qui ed ora anziché essere immerso e intrappolato in meccanismi di pensiero che sono orientati al passato (ruminazione) o verso il futuro (rimuginio). Quest'abilità consente di sviluppare un atteggiamento non giudicante e flessibile nei confronti degli eventi psicologici e ambientali per come essi si presentano. Alla luce di ciò il linguaggio diviene quindi uno strumento per descrivere gli eventi piuttosto che per prevederli e giudicarli (Hayes et al., 2006). Il modello ACT si serve di diversi esercizi di *Mindfulness* per incrementare questo processo, come la consapevolezza del respiro e l'esercizio dell'uvetta.

Il Sé come contesto rappresenta un punto di vista dal cui la persona può osservare pensieri e sentimenti e allo stesso tempo si configura come uno spazio in cui questi ultimi si possono muovere. Si tratta di essere consapevoli della propria consapevolezza “notando di notare”, un locus dal quale guardare ciò che accade senza esserne coinvolto e in quest'ottica si rafforza l'identità osservante e la flessibilità, separata dai contenuti mentali, si indebolisce la rigidità nell'immagine di sé (Sé concettualizzato), che limita la possibilità di cambiamento e si favorisce la defusione e l'accettazione.

Uno strumento utile per spiegare questo concetto è la metafora della scacchiera, in cui il terapeuta domanda al paziente di immaginare di essere una scacchiera sulla quale gli scacchi bianchi sono pensieri e sentimenti positivi, quelli neri i negativi. Le persone passano il tempo a far avanzare le pedine bianche e annientare le nere, ma vi sono un numero infinito di pezzi bianchi e neri e la battaglia non può essere vinta. Quindi si possono sprecare tempo ed

energie in tentativi vani oppure imparare a fare come la scacchiera che è in contatto intimo con i pezzi e lascia loro spazio per muoversi ma li osserva senza essere coinvolto nella battaglia (Harris, 2011).

All'interno della teoria su cui si fonda il modello ACT, il contatto e l'individuazione dei valori è importante per vivere una vita piena e significativa, aiuta a comprendere per cosa la persona si vuole impegnare e quale comportamento vuole adottare in modo continuativo per raggiungere un obiettivo. L'ACT utilizza diversi esercizi per aiutare il paziente a chiarire e scegliere i suoi valori personali; viene utilizzata la *mindfulness* che consente al paziente di trovare concentrazione e contatto profondo con sé stesso così da connettersi intimamente ai propri desideri profondi (Harris, 2011).

L'azione impegnata si antepone all'inazione e al disimpegno e incoraggia lo sviluppo di schemi sempre più ampi di azioni efficaci, guidate e motivate dai valori. Si tratta di schemi chiari con obiettivi concreti e raggiungibili, ma flessibili e adattati alle situazioni. Dal punto di vista terapeutico, per giungere all'azione impegnata, ci sono quattro passi importanti: la scelta di un'area di vita con priorità di cambiamento; determinare i valori perseguibili in quest'area; sviluppare gli obiettivi guidati dai valori; passare all'azione con consapevolezza. Vengono inoltre utilizzati interventi comportamentali *standard* per fronteggiare le crisi, come il *problem solving* e le tecniche assertive, che diventano parte integrante dell'ACT e rappresentano strumenti fondamentali a servizio di una vita consapevole fondata sui valori.

Per tutti questi sei processi centrali vi sono molte tecniche, alcune delle quali richiedono pochi secondi, altre 15-20 minuti. È inoltre molto importante considerare che l'ACT è un processo e non una tecnica, motivo per cui gli strumenti e gli esercizi sono considerati come mezzi attraverso i quali apprendere il processo (Harris, 2011). Come descritto in precedenza, l'ACT sfrutta diverse tipologie di tecniche e strategie, che è possibile distinguere in:

- Interventi esperienziali, caratterizzati da una serie di esercizi che si pongono l'obiettivo di favorire ed incrementare la posizione di osservatore, che vuol dire entrare in contatto con l'esperienza emotiva e notare ciò che accade, osservandone lo svolgimento, senza farsi spaventare da ciò che sta accadendo.
- Uso di un linguaggio metaforico e figurato, finalizzato ad ampliare la visione attraverso cui vedere e attribuire significato alle esperienze, suscitando un effetto specifico sul comportamento. Le metafore sono usate proprio per avocare nuove risposte di fronte a situazioni che innescano emozioni disturbanti, stabilendo nuovi nessi e relazioni tra stati mentali.
- *Mindfulness*, utilizzata per favorire il contatto con il momento presente, assumendo un atteggiamento non giudicante e un distanziamento dal contenuto letterale dei pensieri, favorendo così una visione di sé più flessibile.
- Esposizione in vivo, guidata dai valori personali dell'individuo, con lo scopo di far fare al paziente esperienza di una vita piena e significativa, ampliando il repertorio di comportamenti da cui poter attingere.

Uno strumento importante è inoltre rappresentato dalla relazione terapeutica, che si configura come mezzo attraverso cui la persona impara ad accettare e a restare in contatto con le emozioni e gli stati emotivi e a gestirli in modo funzionale, guidato e orientato verso il raggiungimento dei propri valori personali di vita. Proprio a partire da questa relazione vengono create le fondamenta su cui via via si modellano e si plasmano nuovi comportamenti dinanzi alle esperienze emotive, che in passato generavano sofferenza e comportamenti disfunzionali (Ibidem).

L'efficacia dell'ACT nel trattamento di condizioni psicopatologiche

L'ACT sta guadagnando sempre più riconoscimento a livello internazionale come metodo terapeutico efficace. Questo approccio propone un metodo alternativo, che rispetta la complessità individuale, contribuendo a ridurre gli effetti stigmatizzanti spesso associati ai trattamenti per i disturbi mentali. Ad oggi una mole considerevole di studi ne confermano l'efficacia nel trattamento della depressione, dei disturbi d'ansia, fobie specifiche e altri disturbi psicologici. Inoltre, tale approccio terapeutico si è rivelato particolarmente utile nel fornire alle persone la capacità di gestire in modo più consapevole e funzionale condizioni che risultano difficili da affrontare con le tecniche tradizionali, favorendo in tal senso un migliore adattamento anche sul piano psicosociale.

Un recente studio condotto da Gloster et al. (2020) si è posto l'obiettivo di aggregare e valutare prove meta-analitiche sull'efficacia dell'ACT e i risultati emersi mostrano che l'ACT risulta essere efficace in modo uniforme per tutte le condizioni esaminate, con *effect size* che variano da piccoli a medi:

- Depressione: basandosi su 15 *effect size* da 9 metanalisi, l'ACT si è dimostrata efficace, con la maggior parte degli studi che riportano *effect size* significativi (range $g = 0.24-0.76$) a favore dell'ACT rispetto a controlli attivi e inattivi. La media complessiva dell'*effect size* era piccola ($g = 0.33$).
- Ansia: da 11 *effect size* provenienti da 7 metanalisi, l'ACT ha mostrato *effect size* da piccoli a medi ($g = 0.18-0.57$) a suo favore. La media complessiva dell'*effect size* era piccola ($g = 0.24$).
- Uso di Sostanze: tre metanalisi hanno riportato piccoli *effect size* ($g = 0.40-0.45$) che favorivano significativamente l'ACT rispetto ad altri interventi attivi. La media complessiva era di $g = 0.41$.
- Dolore Cronico: due metanalisi hanno mostrato risultati variabili. Una ha riportato un ampio *effect size* significativo a favore dell'ACT ($g = 0.83$), mentre l'altra non ha trovato effetti significativi. La media complessiva dell'*effect size* era piccola ($g = 0.44$).
- Gruppi Trans-diagnostici: le cinque metanalisi che hanno esaminato l'ACT in un contesto trans-diagnostico hanno tutte riportato *effect size* da piccoli a grandi ($g = 0.17-0.96$) a favore dell'ACT. La media complessiva era di $g = 0.46$.
- Altre Condizioni: singole metanalisi hanno riscontrato *effect size* da piccoli a medi ($g = 0.29-0.64$) per disturbi alimentari, stress, disturbi somatici e condizioni fisiche.
- L'entità dell'efficacia dell'ACT varia come previsto a seconda della natura del gruppo di controllo utilizzato negli studi. Confronti con controlli più passivi producono *effect size* maggiori, mentre quelli con terapie attive consolidate, come la CBT, mostrano *effect size* più piccoli.

Tabella 1. Confronto degli studi comparativi dell'ACT con diversi gruppi di controllo e interventi, con valori medi di *effect size* (Hedge's *g*) e numero di confronti significativi.

Gruppo di Confronto	N. di Effect Size	Intervallo ES (g di Hedges)	ES Medio Complessivo (g)	Risultato Generale
Lista d'Attesa (WL)	11	0.35 – 0.82	0.57 (Medio)	ACT significativamente superiore in tutti i confronti.
Placebo	3	0.51 – 0.59	0.54 (Medio)	ACT superiore, con 2 su 3 confronti statisticamente significativi.
Trattamento Standard (TAU)	13	-0.15 – 0.79	0.46 (Piccolo)	ACT superiore in 12 su 13 confronti, di cui 8 significativi.
Interventi Attivi (non-CBT)	22	-0.04 – 2.52	0.57 (Medio)	ACT superiore in 21 su 22 confronti, di cui 14 significativi.
Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT)	12	0.00 – 0.40	0.16 (Trascurabile)	ACT generalmente non statisticamente diversa dalla CBT.
Controlli Combinati	39	-0.26 – 0.83	0.33 (Piccolo)	ACT superiore in 38 su 39 confronti, di cui 27 significativi.

Questa revisione completa delle metanalisi fornisce prove solide che l'ACT è un trattamento efficace e basato sull'evidenza per un'ampia gamma di problemi di salute mentale e fisica (depressione, disturbi d'ansia, disturbo da abuso di sostanze, dolore cronico e altre condizioni). L'efficacia è dimostrata non solo nella riduzione dei sintomi, ma anche nel miglioramento del funzionamento e del benessere, in linea con il suo modello teorico trans-diagnostico. Tuttavia, questo studio presenta dei limiti, che riguardano principalmente alcuni aspetti, quali:

- "*Double-Dipping*": relativo al fatto che molti degli studi primari sono stati inclusi in più di una metanalisi. Ad esempio, uno studio (Lundgren et al., 2006) è stato utilizzato dieci volte. Questa sovrapposizione potrebbe aver distorto i risultati aggregati, sebbene la direzione di tale distorsione (sovrastima o sottostima) non sia chiara.
- La qualità delle metanalisi: la valutazione AMSTAR-2 ha rivelato una qualità metodologica variabile tra le 20 metanalisi incluse. Molti studi non riportavano dettagli sugli studi esclusi o sulle fonti di finanziamento.
- L'eterogeneità dei gruppi: le definizioni operative dei gruppi, come "trans-diagnostico" o "trattamento standard (TAU)", variavano notevolmente tra le metanalisi, rendendo i confronti diretti più complessi.
- La presenza di *bias* di pubblicazione: sebbene molte metanalisi abbiano indagato il *bias* di pubblicazione, questo rimane un potenziale limite intrinseco a questo tipo di ricerca.

Alla luce di tali risultati e delle limitazioni di questi studi, gli autori raccomandano di seguire alcune direzioni per la ricerca futura: indagare i processi di cambiamento, in quanto è necessario un maggiore focus sulla comprensione dei meccanismi di cambiamento (ad es. la flessibilità psicologica) piuttosto che condurre ulteriori studi di superiorità comparativa; testare il modello trans-diagnostico, poiché sarebbero necessari studi che testino esplicitamente l'ACT su più diagnosi simultaneamente, invece di combinare studi su singole diagnosi a livello di metanalisi; migliorare la qualità metodologica. Le future metanalisi dovrebbero aderire a standard di reporting più rigorosi per aumentare la trasparenza e la replicabilità. Infine, includere *outcomes* legati al funzionamento e al benessere, che sono centrali per il modello ACT (Gloster et al., 2020).

Uno studio più recente, condotto da Levin e altri colleghi (2024) ha confermato, tramite analisi e comparazioni tra diversi studi RCT, l'efficacia dell'ACT in alcune condizioni psicopatologiche. Nello specifico, per ciò che attiene la depressione: una metanalisi di 55 RCT ha rilevato che l'ACT è superiore ai controlli inattivi e ai controlli attivi più deboli (come il trattamento usuale, TAU). La stessa metanalisi ha riscontrato un vantaggio della terapia cognitivo-comportamentale (CBT) sull'ACT al post-trattamento ($d = -0.52$), ma questa differenza non era presente al *follow-up* ($d = -0.14$). Altre revisioni hanno generalmente trovato un'efficacia comparabile tra ACT e CBT. Una metanalisi di 40 RCT sull'ACT di gruppo ha trovato effetti significativi a favore dell'ACT rispetto a controlli inattivi ($g = .55$) e attivi ($g = .30$). Sebbene la letteratura sull'ACT sia meno vasta di quella sulle CBT basate sull'esposizione, esistono studi a supporto per ogni principale disturbo d'ansia. Una revisione ombrello ha rilevato che l'ACT è superiore alle condizioni di controllo passive e attive, ad eccezione delle CBT, con cui non sono state trovate differenze significative.

Un'altra metanalisi di 12 RCT su partecipanti con disturbi d'ansia ha trovato effetti significativi a favore dell'ACT rispetto al TAU ($SMD = .98 - .99$), ma nessuna differenza rispetto ad altre CBT. Mentre una metanalisi di 34 RCT sull'ACT di gruppo ha riscontrato un effetto medio a favore dell'ACT rispetto ai controlli inattivi ($g = .70$), ma un piccolo effetto non significativo rispetto ai controlli attivi ($g = .17$).

Questa panoramica evidenzia l'ampia portata della ricerca sull'ACT. Tuttavia, vanno considerate anche in questo caso alcune limitazioni. In primo luogo, è necessaria molta più ricerca sulle popolazioni non-WEIRD (*Western-Educated-Industrialized-Rich-Democratic*) e sulle persone con identità minoritarie.

Molte metanalisi hanno sollevato preoccupazioni sulla qualità metodologica di alcuni RCT inclusi (es. campioni piccoli, mancanza di mascheramento, problemi di randomizzazione). Inoltre, esiste una discrepanza tra il modello teorico, che mira ad aumentare il "vivere secondo i propri valori" e la ricerca, che raramente utilizza questo come esito primario; in più la ricerca sui processi si è basata pesantemente su un'unica misura *self-report* con limiti psicometrici. I

nfine, la valutazione dell'efficacia basata su categorie diagnostiche e medie di gruppo non coglie le informazioni chiave necessarie per le decisioni cliniche individuali. La ricerca futura dovrebbe concentrarsi maggiormente su chi trae beneficio dal trattamento, come e perché, piuttosto che su confronti generali ("*horse race*") tra terapie.

Implicazioni cliniche

Dal punto di vista clinico, sulla scia delle evidenze scientifiche, sarebbe utile porre il focus su alcuni aspetti centrali, che riguardano la possibilità di concettualizzare le problematiche presentate dai pazienti in termini di come la flessibilità psicologica potrebbe produrre cambiamenti significativi. Un altro punto fondamentale è legato agli studi RCT, che si concentrano spesso sui cambiamenti dei sintomi, non considerando che l'obiettivo dell'ACT è aumentare il vivere secondo i propri valori (cioè, impegnarsi in ciò che conta per i pazienti, anche quando sorgono esperienze interne difficili).

Sebbene l'ACT si sia dimostrata efficace per un'ampia gamma di problemi di salute mentale, non ci sono prove chiare di una sua superiorità nella maggior parte delle aree rispetto ad altre terapie cognitivo-comportamentali consolidate. Pertanto, è fondamentale considerare i principi della pratica clinica basata sull'evidenza nel decidere quale trattamento sia più adatto ad un paziente e in tal senso il monitoraggio degli esiti è sempre importante per valutare se il trattamento sta funzionando (Levin et al, 2024).

Applicazione dell'ACT nel trattamento del Disturbo Ossessivo Compulsivo e la sua efficacia

Adattamento dell'ACT al trattamento del DOC

Oggi un grande numero di studi clinici ha indirizzato il proprio interesse sull'applicazione del modello terapeutico e delle tecniche ACT nel trattamento del DOC, indagandone e approfondendone l'efficacia. Il protocollo ACT specifico per il trattamento del DOC si articola in otto sessioni e all'interno di ognuna di esse vengono sfruttate e utilizzate diverse tecniche per insegnare al paziente a muoversi attraverso i sei processi, al fine di raggiungere gli obiettivi desiderati alla luce dei valori scelti. In particolare, le sessioni per il trattamento del Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) si pongono alcune finalità ben precise: esaminare l'utilità e i successi, a breve e a lungo termine, dei tentativi di allontanare le ossessioni.

Inoltre, questo approccio terapeutico sfrutta esercizi e si serve di un linguaggio metaforico al fine di illustrare l'inutilità di resistere, combattere o cercare di controllare le esperienze interne indesiderate; discutere l'impossibilità del controllo delle ossessioni; accettare le ossessioni e l'ansia associata come parte della malattia; allenarsi alla percezione delle esperienze interiori solo come pensieri, sentimenti e sensazioni corporee, così da ridurre l'identificazione con queste esperienze; allenarsi nella consapevolezza di avere esperienze interiori senza tentare di regolarle; identificare, chiarire ed elencare i valori nei vari settori della vita del paziente e aumentare gli impegni comportamentali in attività basate sui valori (Manjula e Sudhir, 2019).

Twohig (2004) fu il primo ad adattare un protocollo di ACT per il trattamento di soggetti con diagnosi di disturbo Ossessivo-Compulsivo, articolandolo e suddividendolo in fasi: una fase iniziale dedicata alla psicoeducazione sull'ACT e alla normalizzazione del pensiero ossessivo; una fase in cui viene introdotto il concetto e le tecniche di defusione e di accettazione delle ossessioni; la fase successiva è incentrata sull'esplorazione dei valori personali e seguita poi da una fase incentrata sulla costruzione di azioni impegnate; la fase finale è orientata alla prevenzione delle ricadute e in questa ultima fase si riprende il concetto di flessibilità psicologica, che rappresenta uno dei concetti che attraversa e connota trasversalmente tutto il trattamento. Tale protocollo può essere

integrato con interventi di esposizione con prevenzione della risposta (ERP), il cui obiettivo non è la riduzione sintomatica, bensì la riconquista di una vita piena e significativa.

Nel protocollo ACT il paziente viene invitato alla comprensione di come ciò che fa la differenza non è avere o meno dei pensieri ossessivi, ma il modo in cui egli si relaziona e si rapporta ad essi. Infatti, i tentativi di controllo e i comportamenti protettivi hanno l'effetto paradossale di aumentare la frequenza, l'intensità e la salienza delle esperienze interiori percepite negativamente. Dunque, l'obiettivo nucleare dell'ACT nel trattamento del DOC non è quello di modificare i contenuti del pensiero, ma quello di consentire al paziente l'incremento della flessibilità psicologica, in modo da poter ampliare le risposte funzionali e adattive per fronteggiare le ossessioni e le emozioni di ansia, accettandoli per ciò che sono, ovvero pensieri ed emozioni (Twohig et al., 2015). Nella maggior parte dei casi ciò si traduce in una riduzione del comportamento compulsivo, che interferisce solitamente con i propri valori (Twohig, M. P. et al., 2024).

Vignette cliniche con dialoghi

Gli esempi clinici che seguono illustrano come ciascun processo ACT possa essere declinato operativamente nel trattamento del DOC, evidenziando le strategie pratiche e le modalità di intervento che consentono di trasformare l'esperienza sintomatica in occasione di crescita e impegno verso una vita significativa.

- *Defusione cognitiva: il caso di Marta.* Una giovane donna con ossessioni da contaminazione (*“Se tocco la maniglia mi ammalerò”*), è stata guidata a riformulare il pensiero intrusivo in termini osservativi *“Sto notando il pensiero che potrei ammalarmi toccando la maniglia”*. In questo modo sperimenta la defusione cognitiva e una maggiore distanza dal contenuto ossessivo *“È come se fosse meno vero, più leggero”*.
- *Accettazione: il caso di Luca.* Un paziente con compulsioni da lavaggio *“Sento le mani sporche, devo lavarle subito”*, ha imparato a restare nella sensazione di “sporco” attraverso esercizi di respirazione consapevole e la metafora delle foglie sul fiume *“nota la sensazione e lascia che sia presente. Respira e immagina di essere una foglia che scorre sul fiume”*, scoprendo la possibilità di accogliere l'ansia senza ricorrere al rituale *“è difficile ...ma se respiro, l'impulso non cresce così tanto”*.
- *Contatto con il momento presente: il caso di Chiara.* Una giovane donna bloccata dai rituali di controllo delle serrature *“Non riesco a smettere di pensare che la porta sia aperta”* è stata invece accompagnata in un esercizio di grounding sensoriale *“Portiamo l'attenzione qui...dimmi cinque cose che vedi nella stanza”*, che le ha permesso di spostare l'attenzione dal rimuginio ossessivo all'esperienza immediata, favorendo il contatto con il momento presente *“vedo la finestra, il tavolo, la sedia, l'orologio e un vaso...mi sento più presente”*.
- *Sé come contesto: il caso di Andrea.* Un giovane adulto con ossessioni aggressive *“Potrei fare del male a qualcuno, significa che sono pericoloso”*, ha sperimentato il processo del sé come contesto immaginando i pensieri come nuvole che passano nel cielo *“Nota che è un pensiero, non una verità...immaginalo come una nuvola che passa nel cielo”*, comprendendo in tal modo che essi non definiscono la sua identità ma sono contenuti mentali transitori.

- *Valori e azione impegnata: il caso di Silvia.* Una donna che evitava il contatto fisico con i figli per timore di contaminazione “*Vorrei abbracciarli, ma ho paura di contaminarli*”. Guidata nell’esplorazione del valore della vicinanza affettiva “T: *Qual è il valore che conta di più per te in questo momento?* P: *La vicinanza con loro. T: allora prova ad abbracciarli, anche con l’ansia presente. È un passo verso ciò che conta*”, ha scelto di compiere una micro-azione coerente con esso, abbracciandoli nonostante l’ansia, un esempio di azione impegnata guidata dai valori “*Ho paura, ma se penso al valore, riesco a farlo*”.

Queste brevi vignette ed esempi clinici dialogici mostrano più chiaramente come i processi ACT possano essere tradotti in interventi concreti nel trattamento del DOC, dove il terapeuta guida il paziente a trasformare la relazione con i propri pensieri e impulsi, riducendo la rigidità ossessiva e favorendo una maggiore flessibilità psicologica. Dopo l’applicazione dei processi ACT, il percorso clinico procede con una fase di integrazione e consolidamento, in cui il terapeuta aiuta il paziente a riconoscere i progressi compiuti nell’uso delle tecniche rinforzando la capacità di distinguere tra il sé osservante e i contenuti mentali. L’obiettivo in questa fase è quello di favorire la generalizzazione delle competenze acquisite, così che possano essere utilizzate non solo in seduta, ma anche nei diversi contesti della vita quotidiana.

Parallelamente viene valorizzata l’azione impegnata, attraverso la quale il paziente viene incoraggiato a compiere comportamenti concreti e gradualmente coerenti con i valori individuati integrando le esposizioni come scelte consapevoli e non come obblighi. In tal modo l’esposizione diventa un atto intenzionale guidato dai valori, piuttosto che una mera tecnica di riduzione sintomatica.

Un ulteriore passo consiste nel monitoraggio sistematico dell’esperienza attraverso diari o schede di auto-osservazione, che consentono al paziente di tracciare i pensieri ossessivi, le risposte ACT e le azioni impegnate. Tale strumento favorisce consapevolezza, responsabilizzazione e diventa una risorsa utile anche per la prevenzione delle ricadute. In questa prospettiva il paziente impara a considerare eventuali ricadute sintomatiche non come dei fallimenti, ma come occasioni per riattivare le strategie di flessibilità psicologica. La fase conclusiva della terapia è orientata all’autonomia, in cui il terapeuta accompagna il paziente ad interiorizzare l’idea che l’obiettivo non sia quello di eliminare del tutto ossessioni e compulsioni, ma vivere bene con la loro presenza, riducendone l’impatto e aumentando la libertà di scelta. La continuità del lavoro viene poi favorita attraverso l’uso di pratiche mindfulness e azioni coerenti ai valori, che permettono di mantenere una direzione di vita significativa e stabile nel tempo (Smith et al., 2017).

Studi di efficacia e applicazioni cliniche

Gli interventi psicologici hanno una solida base di evidenze nel mostrare un’efficacia in termini di riduzione dei sintomi nel DOC (Norton & Price, 2007; Tolin, 2010; Abramowitz, 2006). Diversi studi controllati randomizzati (RCT) hanno documentato l’efficacia della terapia cognitivo-comportamentale (CBT), che rappresenta il trattamento *gold standard* e sfrutta in particolare l’intervento di esposizione con prevenzione della risposta (ERP), utile nel ridurre il disagio associato al disturbo.

Tuttavia, negli ultimi decenni sono stati utilizzati nuovi trattamenti psicologici, generalmente classificati sotto il nome di ‘terapie comportamentali di terza onda’. La Terapia dell’Accettazione e dell’Impegno (ACT) rientra in questo

ambito e ha suscitato notevole interesse tra i professionisti della salute mentale per la gestione del DOC (Hayes, 2004). Una prima ricerca più approfondita della letteratura, disponibile come revisione narrativa, si è concentrata sull'indagine dell'uso dell'ACT, specificamente nel DOC ed è stata condotta da Twohig, Morrison & Bluett (2014). Questa revisione ha fornito un quadro sistematico e completo, in grado di assimilare le evidenze disponibili e rilevanti al fine di fornire una base empirica relativo all'uso dell'ACT nel trattamento del DOC. Sono stati esaminati anche i dati che confrontano l'ACT con i trattamenti psicologici ben consolidati come la CBT e l'ERP e i risultati sono stati presentati in ordine crescente di rigore metodologico, iniziando dai singoli casi clinici fino ad arrivare agli studi controllati randomizzati (RCT).

Studi su Casi Singoli

Vakili e altri (2014) hanno riportato in uno studio su un caso singolo di un uomo di mezza età con diagnosi di DOC, un effettivo miglioramento dopo l'applicazione di un trattamento con ACT. Nonostante questo paziente avesse già ricevuto diversi cicli di terapia farmacologica con diversi inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI), i sintomi non erano diminuiti. Dopo otto sessioni di ACT, gli autori hanno riportato una sostanziale riduzione dei livelli di DOC, di depressione e ansia, come registrato mediante scale di valutazione appropriate. I sintomi del DOC sono diminuiti di oltre il 50% nel periodo di trattamento di otto settimane (come quantificato utilizzando la scala Y-BOCS). Inoltre, è stato osservato che tali miglioramenti venivano mantenuti anche ai follow-up a tre e sei mesi dalla fine della terapia (Vakili & Gharraee, 2014).

In un altro studio condotto da Lee e altri colleghi (2018) su un caso di un paziente di 35 anni con diagnosi di DOC da pensieri blasfemi, è stato evidenziato come dopo la somministrazione di venti sessioni di ACT, si registrava un significativo miglioramento in termini di riduzione dei sintomi da parte del soggetto. Sulla base dei risultati emersi anche in questo studio, gli autori hanno suggerito che una risposta tipica al trattamento ACT potrebbe essere un miglioramento in termini di riduzione dei sintomi del 50% del punteggio Y-BOCS rispetto al livello di pretrattamento iniziale e si aspettavano anche un aumento della flessibilità psicologica dopo l'intervento (da misurare con l'*Acceptance and Action Questionnaire*- AAQ-II). Sulla scia di tali studi gli autori ritengono che l'ACT possa essere una tecnica terapeutica utile e promettente e suggeriscono una maggiore adattabilità della terapia per l'uso nei pazienti con DOC (Lee, Ong, An & Twohig, 2018).

Brown e altri (2009) hanno pubblicato un case report focalizzato sull'uso dell'ACT nel trattamento del DOC in una persona con deficit intellettivo. Sebbene sia stata riportata una riduzione significativa delle ruminazioni ossessive, quest'ultima non poteva essere quantificata tramite una scala, a causa del deficit intellettivo coesistente. Sulla base di tali risultati, gli autori hanno sostenuto che, rispetto alla CBT, l'ACT può essere considerata come una tecnica di trattamento più idonea in quanto non richiede una significativa valutazione e un'analisi dei propri pensieri e delle proprie credenze centrali. Per questo è stata quindi descritta come un intervento psicologico utile nei pazienti con capacità linguistiche e di ragionamento verbale limitate (Brown & Hooper, 2009).

Nonostante tali studi abbiano mostrato un interesse e una certa efficacia clinica dell'ACT applicata nel trattamento di casi singoli con DOC, bisogna considerare che in questo tipo di studi non è stato effettuato alcun confronto con un gruppo non trattato o con un gruppo che ha ricevuto un altro trattamento. Per questo, sebbene

questo tipo di studi siano più facili da condurre, un limite evidente è che, in assenza di un confronto, risulta più difficile trarre un'inferenza causale riguardo al trattamento e al suo risultato successivo. Pertanto, gli studi su singolo caso forniscono prove poco forti a supporto dell'efficacia dell'ACT in soggetti con DOC (Joel Philip, M.D et al., 2021).

Studi su Serie di Casi

Un altro filone di studi si è focalizzato sugli esiti dell'applicazione di protocolli ACT in piccoli gruppi di soggetti che presentavano una diagnosi di DOC, al fine di evidenziarne l'efficacia clinica e i miglioramenti mantenuti a medio-lungo termine. Twohig e altri colleghi (2006) hanno testato l'efficacia dell'ACT su un gruppo di quattro adulti con Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC), reclutati in un campus universitario. Le compulsioni riportate da questi soggetti includevano controlli, accumulo e lavaggi. Ogni persona ha ricevuto otto sessioni settimanali di un'ora di ACT. Questo studio ha mostrato come i sintomi del DOC, misurati mediante l'*Obsessive-Compulsive Inventory* (OCI), subivano un miglioramento del 68% dal pretrattamento al post-trattamento, con un ulteriore miglioramento dell'81% dal pretrattamento al *follow-up*. Questo indica che L'ACT ha prodotto riduzioni clinicamente significative delle compulsioni dopo il trattamento per tutti i soggetti (anche se è bene ricordare che l'accumulo non è considerato come un DOC), con un mantenimento di tale miglioramento anche al *follow-up* a tre mesi (Twohig, Hayes & Masuda, 2006).

Un altro studio condotto da Dehlin et al. (2013) su un gruppo di cinque adulti con DOC da pensieri blasfemi, ha indagato l'efficacia di un trattamento ACT erogato in otto sessioni. L'ACT per questi pazienti con DOC è stato implementato in sessioni settimanali della durata di un'ora/un'ora e mezza. I partecipanti hanno riportato una riduzione del 74% delle compulsioni e una riduzione del 79% dei comportamenti di evitamento, che venivano mantenuti al *follow-up* di tre mesi. I cambiamenti comportamentali post-intervento sono stati valutati mediante l'auto-monitoraggio di comportamenti specifici, dopo un appropriato addestramento, che ha fornito un discreto grado di accuratezza in alcuni studi precedenti (Jackson, 1999; Korotitsch e Nelson-Gray, 1999). Gli autori di questo studio hanno concluso che questi risultati mostravano il potenziale dell'ACT come tecnica di intervento, specialmente nel DOC religioso, poiché si sono registrati esiti rilevanti nonostante il minor numero di sessioni erogate (Dehlin, Morrison & Twohig, 2013). A sostegno di tali evidenze, anche lo studio condotto da Izadi e altri (2012) su cinque pazienti con pensieri ossessivi ha esaminato l'efficacia dell'ACT come intervento terapeutico, mettendo in evidenza come tale intervento rappresenti uno strumento utile e promettente per lo specialista che opera nell'ambito della salute mentale. L'ACT è stata somministrata in dieci sessioni settimanali della durata di un'ora ciascuna. Tutti i partecipanti, al termine di tale intervento, hanno mostrato una riduzione clinicamente significativa della gravità dei sintomi del DOC, misurata utilizzando la scala Y-BOCS, con risultati mantenuti al *follow-up* di un mese (Izadi, Asgari, Neshatdust & Abedi, 2012). Risultati simili sono stati ottenuti con interventi a breve termine in campioni relativamente piccoli di bambini e adolescenti con DOC (Barney, Field, Morrison & Twohig, 2016; Armstrong, Morrison & Twohig, 2013).

Questi studi su gruppi di casi mettono in evidenza l'efficacia della terapia ACT nel produrre un miglioramento della sintomatologia del DOC, in termini di riduzione della gravità della sintomatologia ossessivo-compulsiva e in

termini di mantenimento di tali miglioramenti fino al *follow-up* a tre mesi dal termine del trattamento effettuato. Tuttavia, tali studi presentano come limite le dimensioni molto piccole dei campioni di casi clinici, per cui gli esiti non sono rappresentativi ed estendibili a gruppi più vasti della popolazione clinica e non mostrano di possedere prove di efficacia forti (Joel Philip, M.D et al., 2020).

Studi Controllati Randomizzati (RCT)

Gli studi clinici randomizzati sono considerati il *gold standard* tra i disegni di ricerca, perché sono in grado di controllare i fattori non specifici che potrebbero influenzare i risultati, come la regressione verso la media, l'andamento naturale dei problemi, l'uso di trattamenti aggiuntivi e gli effetti *placebo*.

Fabricant e altri (2013) hanno condotto uno studio RCT con l'obiettivo di confrontare l'efficacia dell'ACT e della CBT nel trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo (DOC). In questo studio è stata utilizzata la sottoscala delle ossessioni dell'*Obsessive-Compulsive Inventory-Revised* (OCI-R) per fornire una misura della gravità dei sintomi. I partecipanti hanno ricevuto una singola sessione d'intervento assegnato casualmente, della durata di 45 minuti e sono stati seguiti una settimana dopo, al fine di valutare e avere una misura dei sintomi ossessivi. È stato riscontrato che vi erano riduzioni significative dei sintomi ossessivi in tutti e tre i gruppi dello studio (i due gruppi di intervento che hanno ricevuto ACT e CBT e il gruppo di controllo). Tuttavia, non sono state riscontrate differenze tra queste condizioni (Fabricant, Abramowitz, Dehlin & Twohig, 2013).

Un altro studio controllato randomizzato, condotto da Twohig et al. (2018) si è posto come obiettivo quello di verificare se fosse possibile ottenere ulteriori benefici integrando l'ACT con l'ERP (esposizione con prevenzione della risposta) tradizionale. I partecipanti sono stati divisi in gruppi e randomizzati per ricevere o l'ERP o l'ACT in combinazione con l'ERP, che venivano somministrati in 16 sessioni individuali bisettimanali. La principale misura di esito era la riduzione della gravità del disturbo ossessivo-compulsivo (DOC), valutata utilizzando la Y-BOCS e la *Dimensional Obsessive-Compulsive Scale* (DOCS). Le valutazioni sono state effettuate prima della prima sessione di trattamento (pretrattamento), una settimana dopo la sessione finale (post-trattamento) e sei mesi dopo il post-trattamento (*follow-up*). Dai risultati emersi è stato osservato che i partecipanti in entrambe le condizioni (ricevendo solo ERP o ACT+ ERP) hanno mostrato significative riduzioni dei sintomi del DOC, sia se valutati dal clinico, sia auto-riferiti dal paziente, nonché una riduzione dei sintomi depressivi tra il pre e il post-trattamento; inoltre, si è osservato che tali miglioramenti venivano mantenuti al *follow-up*. Ciò mostra che sia l'ACT che l'ERP sono interventi efficaci e che non sono state riscontrate differenze negli esiti, nei processi di cambiamento e nel coinvolgimento all'esposizione aggiungendo l'ACT ad un regime ERP esistente (Twohig et al., 2018).

In un altro lavoro, Twohig e collaboratori (2010) hanno verificato l'efficacia dell'ACT nel trattamento del DOC confrontandolo con il *Training di Rilassamento Progressivo* (PRT), scelto come intervento di controllo per la sua efficacia mostrata negli studi precedenti (Fals-Stewart, Marcks e Schafer, 1993). I pazienti hanno partecipato ad un totale di undici sedute: una seduta di accoglienza, otto sedute settimanali di trattamento della durata di un'ora, una seduta di valutazione post-trattamento e una seduta di *follow-up* a tre mesi. Attraverso le valutazioni oggettive effettuate prima del trattamento, dopo il trattamento e al *follow-up* di tre mesi, utilizzando scale validate, gli esiti hanno messo in evidenza che l'ACT produceva cambiamenti maggiori al termine del trattamento e al *follow-up*

rispetto al *Training di Rilassamento Progressivo* (PRT), secondo quanto veniva riportato nelle scale di valutazione per la gravità del DOC. Inoltre, questo studio ha permesso di evidenziare che, oltre al miglioramento in termini di riduzione di gravità della sintomatologia ossessivo-compulsiva, anche la qualità della vita (misurata con l'uso della *Quality of Life Scale- QOLS*), ha subito un miglioramento lievemente maggiore per i soggetti ai quali è stata somministrata l'ACT. Un ulteriore dato a favore dell'intervento ACT in pazienti con DOC è relativo ad una riduzione del tasso di *drop-out*, che nel presente studio era di circa il 10% rispetto a quello della ERP tradizionale, per cui gli studi precedenti avevano riportato un alto tasso di abbandono del 25% (Franklin, Abramowitz, Foa, Kozak & Levitt, 2000). Alla luce di questi risultati gli autori hanno osservato come l'ACT abbia un ruolo importante nel migliorare i sintomi del DOC e per questo sono necessari ulteriori studi per un approfondimento (Twohig et al., 2010).

Vakili e colleghi (2015) hanno condotto uno studio RCT, con lo scopo di confrontare l'efficacia dell'ACT, rispetto alla sola somministrazione di SSRI e della combinazione di ACT e SSRI nel trattamento degli adulti con DOC. L'efficacia dell'ACT è stata valutata confrontando il gruppo che riceveva ACT in combinazione con il trattamento con SSRI, il gruppo che riceveva la CBT in combinazione con SSRI e il solo trattamento con SSRI in un campione di 69 adolescenti con DOC. Le valutazioni venivano effettuate per ogni gruppo al pretrattamento, al post-trattamento e a tre mesi dalla fine del trattamento. I risultati hanno evidenziato che l'ACT era efficace quanto la CBT nel trattamento del DOC negli adolescenti quando veniva combinata con la terapia con SSRI. Tuttavia, sono ancora pochi gli studi sperimentali in grado di documentare che l'ACT è efficace quanto la CBT tradizionale nel ridurre la gravità dei sintomi ossessivo-compulsivi. (Esfahani, Bagher Kjbaf & Reja Abedi, 2015; Ghazanfari, Amiri & Abadi, 2015).

Uno studio condotto da Twohig e altri (2010) ha inoltre mostrato che l'ACT unita alla terapia farmacologica riduceva in modo significativo i punteggi di depressione, fino ad una remissione sintomatica o ad una lieve depressione. Questo studio supporta uno studio precedente che ha mostrato come l'ACT abbia un effetto nella riduzione dei sintomi dell'ansia e di depressione nei pazienti con disturbo ossessivo compulsivo e suggerisce anche che alcune tecniche di terapia cognitivo comportamentale (CBT) potrebbero essere utilizzate per aumentare l'efficacia dell'ACT (Xiong et al., 2021).

Conclusioni, vantaggi e limiti

I risultati documentati sull'efficacia dell'ACT nel trattamento di soggetti con diagnosi di DOC derivano principalmente da studi su casi clinici e serie di casi. Sebbene questi studi presentino ovvi limiti relativi alle dimensioni ridotte dei campioni e allo scarso rigore metodologico, i risultati emersi sono interessanti in quanto mostrano come l'ACT possa rivelarsi un intervento efficace, in grado di ridurre la gravità della sintomatologia e mantenere tale miglioramento fino a tre/sei mesi dalla fine della terapia.

Nonostante i limiti, questi studi hanno aperto la strada a studi randomizzati controllati, che godono di un maggiore rigore metodologico e mostrano una maggiore attendibilità e una base empirica più forte per validare l'efficacia dell'ACT nel trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo. A tal proposito, infatti, gli studi RCT si sono posti l'obiettivo di valutare l'efficacia dell'ACT rispetto alla ERP e hanno mostrato che entrambi gli interventi sono

associati a riduzioni significative dei sintomi ossessivi. I risultati inoltre non sembrano indicare differenze sostanziali tra ACT ed esposizione immaginativa (IE) nel miglioramento dei sintomi (Fabricant et al., 2013). Tuttavia, ad oggi vi è ancora una scarsa disponibilità di studi RCT che confrontano l'efficacia dell'ACT rispetto all'ERP nel DOC.

Un altro studio ha inoltre rilevato che l'ACT non aumenta in modo significativo gli esiti positivi se aggiunto ad un intervento ERP già esistente (Twohig et al., 2018). Pertanto, sono necessari ulteriori studi affinché l'efficacia dell'ACT come trattamento autonomo per il DOC possa essere raccomandato rispetto a interventi già esistenti come l'ERP.

Una revisione più recente della letteratura ha mostrato che l'ACT, quando utilizzata singolarmente o in combinazione con interventi farmacologici con gli SSRI, produce un sollievo maggiore dai sintomi ossessivi rispetto al trattamento con il solo uso degli SSRI. Questo dato si è dimostrato valido anche quando l'ACT veniva somministrata in un setting di gruppo. Queste prove risultano promettenti per chi opera nell'ambito dell'erogazione di servizi di salute mentale, poiché gli assetti di gruppo consentirebbero di trattare più pazienti con un solo psicoterapeuta qualificato in una singola sessione, facilitando così l'implementazione dell'ACT in modo più economico senza sacrificarne l'efficacia (Joel Philip, M.D et al., 2021).

Complessivamente questi studi possiedono diverse implicazioni cliniche: in primo luogo, forniscono prove che supportano l'uso dell'ACT nel trattamento del DOC, validando l'ACT come uno strumento utile per i clinici per trattare un disturbo che ha delle influenze sulla qualità della vita di milioni di persone in tutto il mondo; in secondo luogo rivelano che l'ACT potrebbe avere un effetto leggermente più profondo nel migliorare la qualità della vita dei pazienti rispetto agli approcci CBT tradizionali. Infine, suggeriscono che l'ACT potrebbe essere somministrata efficacemente in un setting di gruppo per il trattamento del DOC. Infine, tali studi forniscono un supporto per i costrutti psicologici considerati alla base dell'ACT, aprendo ad una nuova idea di cambiamento e di miglioramento della psicopatologia e fornendo strategie alternative che si focalizzano sulla modifica della relazione che il paziente ha nei confronti del disturbo, in un'ottica volta all'accettazione più che alla ristrutturazione dei contenuti del pensiero.

Prospettive future di ricerca e intervento

Sebbene il futuro dell'*Acceptance and Commitment Therapy* come intervento psicologico nel DOC sembri promettente, ad oggi vi è una carenza di studi controllati randomizzati (RCT) metodologicamente validi nell'attuale corpus di prove disponibili. Sarebbe quindi necessario condurre ulteriori studi comparativi diretti che mettano a confronto l'ACT con la CBT tradizionale per il DOC, in particolare con campioni di dimensioni più grandi, affinché i risultati possano essere generalizzati ed estesi a popolazioni cliniche più ampie. Inoltre, sarebbe auspicabile condurre più studi di *follow-up* per dimostrare il ruolo dell'ACT nel produrre miglioramenti duraturi nella riduzione sintomatologica del DOC. Infine, sarebbe importante e interessante ritagliare uno spazio per ampliare, con ulteriori ricerche, i fattori legati al ruolo di età, genere, razza, etnia, nel predire la risposta all'ACT nel DOC e l'utilità di queste (e altre) variabili nella selezione dell'intervento psicologico più appropriato per il paziente.

Conclusioni

Il presente lavoro ha messo in evidenza come l'*Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) rappresenti un approccio terapeutico efficace e innovativo nel trattamento del Disturbo Ossessivo- Compulsivo (DOC).

Le evidenze disponibili all'interno del panorama scientifico, relative alle più recenti revisioni e studi clinici, confermano che l'ACT produce riduzioni significative della sintomatologia ossessivo-compulsiva e dei sintomi depressivi presenti nei pazienti con DOC e migliora la qualità della vita, risultando comparabile alla terapia cognitivo-comportamentale tradizionale e all'Esposizione con Prevenzione della Risposta (ERP).

La sua particolarità e specificità risiede nella promozione della flessibilità psicologica e nella riduzione dell'evitamento esperienziale, elementi che si configurano come meccanismi trans-diagnostici di rilevanza clinica.

Tuttavia, è necessario evidenziare alcuni limiti. In primo luogo, la letteratura disponibile, sebbene sia crescente e promettente, risulta ancora relativamente limitata rispetto alla mole di studi presente sulla CBT e l'ERP.

Molti *trial* clinici presentano inoltre campioni scarsi e ridotti e una variabilità metodologica che rende complessa la possibilità di generalizzare ed estendere i risultati ottenuti.

Inoltre, la maggior parte degli studi si focalizza sugli esiti a breve e medio termine, mentre risultano ancora scarse le ricerche e gli studi longitudinali che valutano l'efficacia dell'ACT nel lungo termine.

Un ulteriore limite riguarda la standardizzazione dei protocolli clinici. Sebbene esistano manuali e linee guida, ad oggi l'applicazione dell'ACT al DOC può variare sensibilmente tra i diversi contesti clinici, determinando una riduzione dell'omogeneità degli interventi. Alla luce di queste evidenze e delle considerazioni sui limiti e i vantaggi che caratterizzano lo stato dell'arte riguardo l'applicazione dell'ACT e la sua efficacia nel trattamento del DOC, le prospettive future di ricerca e applicabilità clinica dovranno orientarsi verso: studi multicentrici, con campioni più estesi e metodologie più rigorose per un maggiore consolidamento delle basi empiriche; un'analisi più approfondita e dettagliata dei meccanismi di mantenimento dei miglioramenti e dei benefici nel lungo termine con un'attenzione alla prevenzione delle ricadute; lo sviluppo di protocolli integrati ACT+ERP, in grado di coniugare l'efficacia dell'esposizione con la riduzione dell'evitamento esperienziale; la personalizzazione degli interventi ai diversi profili clinici dei pazienti e l'indagine dei fattori che possono predire la risposta all'intervento.

Un'altra interessante prospettiva futura di ricerca potrebbe essere dedicata all'esplorazione dell'applicazione dell'ACT in contesti digitali e di telemedicina, al fine di rendere tale approccio più fruibile e accessibile. In conclusione, l'ACT si configura oggi come una terapia *evidence-based* di grande rilevanza per il trattamento del DOC, capace di ampliare le possibilità di intervento e di rispondere alle esigenze di pazienti che non trovano benefici dai protocolli tradizionali. Il consolidamento della ricerca e l'innovazione clinica rappresentano i passi necessari affinché l'ACT possa assumere un ruolo sempre più centrale nel panorama delle terapie contemporanee.

Bibliografia

Abramowitz, J. S. (2006). The psychological treatment of obsessive—compulsive disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51(7), 407-416.

Abramowitz, J. S. (2006). *Understanding and treating obsessive-compulsive disorder: A cognitive behavioral approach*. Routledge.

- APA- American Psychiatric Association (2013), DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano, 2014.
- Armstrong, A. B., Morrison, K. L., & Twohig, M. P. (2013). A Preliminary Investigation of Acceptance and Commitment Therapy for Adolescent Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*
- Arnold, P. D., & Richter, M. A. (2007). Genetics of obsessive compulsive disorder: Evidence from pediatric and adult studies. *Handbook of child and adolescent obsessive-compulsive disorder*, 175-212.
- Bandura, A. (1969). Social-learning theory of identificatory processes. *Handbook of socialization theory and research*, 213, 262.
- Barcaccia, B. (2012). IL PROCESSO DI DEFUSIONE NELLA TERAPIA DELL'ACCETTAZIONE E DELL'IMPEGNO (ACT). *Cognitivismo clinico*, 9(2).
- Barney, J. Y., Field, C. E., Morrison, K. L., & Twohig, M. P. (2017). Treatment of pediatric obsessive compulsive disorder utilizing parent-facilitated acceptance and commitment therapy. *Psychology in the Schools*, 54(1), 88-100.
- Basile, B. (2012). VALORI E AZIONE IMPEGNATA NELL'ACT. *Cognitivismo Clinico*, 9(2).
- Beck, A. T. (1993). Cognitive therapy: past, present, and future. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61(2), 194.
- Bhikram, T., Abi-Jaoude, E., & Sandor, P. (2017). OCD: obsessive-compulsive... disgust? The role of disgust in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 42(5), 300-306.
- Bluett, E. J., Homan, K. J., Morrison, K. L., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2014). Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: An empirical review. *Journal of anxiety disorders*, 28(6), 612-624.
- Brown, F. J., & Hooper, S. (2009). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) with a learning disabled young person experiencing anxious and obsessive thoughts. *Journal of intellectual disabilities*, 13(3), 195-201.
- Cavedini, P., Zorzi, C., Piccinni, M., Cavallini, M. C., & Bellodi, L. (2010). Executive dysfunctions in obsessive-compulsive patients and unaffected relatives: searching for a new intermediate phenotype. *Biological psychiatry*, 67(12), 1178-1184.
- Cherry, E. C. (1953). Some experiments on the recognition of speech, with one and with two ears. *Journal of the acoustical society of America*, 25, 975-979.
- Dehlin, J. P., Morrison, K. L., & Twohig, M. P. (2013). Acceptance and commitment therapy as a treatment for scrupulosity in obsessive compulsive disorder. *Behavior modification*, 37(3), 409-430.
- Dehlin, J. P., Morrison, K. L., & Twohig, M. P. (2013). Acceptance and commitment therapy as a treatment for scrupulosity in obsessive compulsive disorder. *Behavior modification*, 37(3), 409-430.
- Ellis, A. (1977). Rational-emotive therapy: Research data that supports the clinical and personality hypotheses of RET and other modes of cognitive-behavior therapy. *The Counseling Psychologist*, 7(1), 2-42.
- Esfahani, M., Kjbaf, M. B., & Abedi, M. R. (2015). Evaluation and Comparison of the Effects of Time Perspective Therapy, Acceptance and Commitment Therapy and Narrative Therapy on Severity of Symptoms of Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology* (Vol. 41).

Fabricant, L. E., Abramowitz, J. S., Dehlin, J. P., & Twohig, M. P. (2013). A comparison of two brief interventions for obsessional thoughts: Exposure and acceptance. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 27(3), 195–209.

Fals-Stewart, W., Marks, A. P., & Schafer, J. (1993). A comparison of behavioral group therapy and individual behavior therapy in treating obsessive-compulsive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*

Foa, E. B., Yadin, E., & Lichner, T. K. (2012). *Exposure and response (ritual) prevention for obsessive-compulsive disorder: Therapist guide*. Oxford University Press.

Fontenelle, L. F., & Hasler, G. (2008). The analytical epidemiology of obsessive-compulsive disorder: risk factors and correlates. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 32(1), 1-15.

Franklin, M. E., Abramowitz, J. S., Kozak, M. J., Levitt, J. T., & Foa, E. B. (2000). Effectiveness of exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: Randomized compared with non randomized samples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*

Galeazzi, A., & Meazzini, P. (2004). *Mind and behavior*. Florence, Italy: Giunti Editore.

Ghazanfari, F., Amiri, F. and Abadi, M., 2015. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Meta Cognitive Treatment on Improvement of the Symptoms in Women with Obsessive-Compulsive Disorder in Khorramabad City. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*, 5(11), pp.190-198.

Giussani, G. (2021). LE TERAPIE DI TERZA GENERAZIONE PER IL DOC: IL PASSAGGIO DEL FOCUS TERAPEUTICO DAI CONTENUTI MENTALI AGLI ASPETTI PROCESSUALI DELL'ELABORAZIONE DELLE INFORMAZIONI. *Cognitivismo Clinico*, (1).

Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P., & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of contextual behavioral science*, 18, 181-192.

Harris, R. (2011). *Fare act. Una guida pratica per professionisti all'Acceptance and Commitment Therapy*.

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35(4), 639-665.

Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (Eds.). (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Springer Science & Business Media.

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.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Bunting, K., Twohig, M., & Wilson, K. G. (1999). What is acceptance and commitment therapy?. In *A practical guide to acceptance and commitment therapy* (pp. 3-29). Boston, MA: Springer US.

Healy, H. A., Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., Keogh, C., Luciano, C., & Wilson, K. (2008). An experimental test of a cognitive defusion exercise: Coping with negative and positive self-statements. *The Psychological Record*, 58(4), 623-640.

Hofmann, S. G., & Asmundson, G. J. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: new wave or old hat??. *Clinical psychology review*, 28(1), 1-16.

- Izadi, R., Asgari, K., Neshatdust, H., & Abedi, M. (2012). The Effect of acceptance and commitment therapy on the frequency and severity of symptoms of obsessive compulsive disorder. *Zahedan J Res Med Sci*, 14(10), 107-12.
- Jackson, J. L. (1999). Psychometric considerations in self-monitoring assessment. *Psychological assessment*, 11(4), 439.
- Jacobson, N. S., Christensen, A., Prince, S. E., Cordova, J., & Eldridge, K. (2000). Integrative behavioral couple therapy: an acceptance-based, promising new treatment for couple discord. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(2), 351.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Constructivism in the human sciences*, 8(2), 73.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). The self. In *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships* (pp. 125-168). Boston, MA: Springer US.
- Korotitsch, W. J., & Nelson-Gray, R. O. (1999). An overview of self-monitoring research in assessment and treatment. *Psychological Assessment*, 11(4), 415.
- La Mela, C. (2014). *Fondamenti di terapia cognitiva*. Firenze, FI, IT: Maddali e Bruni.
- Lamar, S., Wiatrowski, S., & Lewis-Driver, S. (2014). Acceptance & commitment therapy: An overview of techniques and applications. *Journal of Service Science and Management*.
- Leahy, R. L. (2018). *Emotional schema therapy: Distinctive features*. Routledge.
- Lee, E. B., Ong, C. W., An, W., & Twohig, M. P. (2018). Acceptance and commitment therapy for a case of scrupulosity-related obsessive-compulsive disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 82(4), 407-423.
- Levin, M. E., Krafft, J., & Twohig, M. P. (2024). An overview of research on acceptance and commitment therapy. *Psychiatric Clinics*, 47(2), 419-431.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford press.
- Lorenzini, R., Sassaroli, S., & Ruggiero, G. M. (Eds.). (2006). *Psicoterapia cognitiva dell'ansia: rimuginio, controllo ed evitamento*. Cortina.
- Lundgren, T., Dahl, J., Melin, L., & Kies, B. (2006). Evaluation of acceptance and commitment therapy for drug refractory epilepsy: a randomized controlled trial in South Africa—a pilot study. *Epilepsia*, 47(12), 2173-2179.
- Mancini, F. (2016). *La mente ossessiva. Curare il disturbo ossessivo-compulsivo*, Milano: Raffaello Cortina.
- Mancini, F. et al. "Il Disturbo Ossessivo-compulsivo". In Gragnani, A., & Perdighe, C. (a cura di), *Psicoterapia cognitiva. Comprendere e curare i disturbi mentali* (pp.481-509). Raffaello Cortina Editore, 2021.
- Mancini, F., & Gangemi, A. (2016). *I processi cognitivi nel DOC. La Mente Ossessiva*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 69-90.
- Mancini, F., & Perdighe, C. (2005). *Il disturbo ossessivo-compulsivo. Manuale di Psicoterapia Cognitiva (Seconda Edizione)*. Bollati Boringhieri Editore, Torino.
- Mancini, F., Gangemi, A., Perdighe, C., & Marini, C. (2008). Not just right experience: is it influenced by feelings of guilt?. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 39(2), 162-176.
- Manjula, M., & Sudhir, P. M. (2019). New-wave behavioral therapies in obsessive-compulsive disorder: Moving toward integrated behavioral therapies. *Indian journal of psychiatry*, 61(Suppl 1), S104-S113.

- Martin, R., & Young, J. (2010). Schema therapy. *Handbook of cognitive-behavioral therapies*, 317.
- McCullough Jr, J. P. (2003). Treatment for chronic depression using cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP). *Journal of clinical psychology*, 59(8), 833-846.
- Meyer, V. (1966). Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behaviour research and therapy*, 4(4), 273-280.
- Norton, P. J., & Price, E. C. (2007). A meta-analytic review of adult cognitive-behavioral treatment outcome across the anxiety disorders. *The Journal of nervous and mental disease*, 195(6), 521-531.
- Pauls, D. L., Alsobrook, J. P., Goodman, W., Rasmussen, S., & Leckman, J. F. (1995). A family study of obsessive-compulsive disorder. *American journal of psychiatry*, 152(1), 76-84.
- Philip, J., & Cherian, V. (2021). Acceptance and commitment therapy in the treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: A systematic review. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 28, 100603.
- Rector, N. A., Cassin, S. E., Richter, M. A., & Burroughs, E. (2009). Obsessive beliefs in first-degree relatives of patients with OCD: A test of the cognitive vulnerability model. *Journal of anxiety disorders*, 23(1), 145-149.
- Rodriguez-Salgado, B., Dolengevich-Segal, H., Arrojo-Romero, M., Castelli-Candia, P., Navio-Acosta, M., Perez-Rodriguez, M. M., ... & Baca-Garcia, E. (2006). Perceived quality of life in obsessive-compulsive disorder: related factors. *BMC psychiatry*, 6(1), 20.
- Roselli, V. (2025). Studio osservazionale sulle associazioni tra sindrome da demoralizzazione, depressione, durata di malattia non trattata e decorso clinico in pazienti affetti da disturbo ossessivo compulsivo.
- Segal, Z., Williams, M., & Teasdale, J. (2012). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford press.
- Shapiro, L. J., & Stewart, S. E. (2011). Pathological guilt: A persistent yet overlooked treatment factor in obsessive-compulsive disorder. *Annals of Clinical Psychiatry*, 23(1), 63-70.
- Smith, B. M., Bluett, E. J., Lee, E. B., & Twohig, M. P. (2017). Acceptance and commitment therapy for OCD. *The Wiley handbook of obsessive compulsive disorders*, 1, 596-613.
- Taylor, K. I., Devereux, B. J., & Tyler, L. K. (2011). Conceptual structure: Towards an integrated neurocognitive account. *Language and cognitive processes*, 26(9), 1368-1401.
- Tolin, D. F. (2010). Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies?: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(6), 710-720.
- Twohig, M. P., & Woods, D. W. (2004). A preliminary investigation of acceptance and commitment therapy and habit reversal as a treatment for trichotillomania. *Behavior Therapy*, 35(4), 803-820.
- Twohig, M. P., Abramowitz, J. S., Smith, B. M., Fabricant, L. E., Jacoby, R. J., Morrison, K. L., ... & Ledermann, T. (2018). Adding acceptance and commitment therapy to exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 108, 1-9.
- Twohig, M. P., Capel, L. K., & Levin, M. E. (2024). A review of research on acceptance and commitment therapy for anxiety and obsessive-compulsive and related disorders. *Psychiatric Clinics*, 47(4), 711-722.
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., & Masuda, A. (2006). Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behavior therapy*, 37(1), 3-13.

Twohig, M. P., Hayes, S. C., & Masuda, A. (2006). Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behavior therapy*, 37(1), 3-13.

Twohig, M. P., Hayes, S. C., Plumb, J. C., Pruitt, L. D., Collins, A. B., Hazlett-Stevens, H., & Woidneck, M. R. (2010). A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(5), 705–716.

Twohig, M. P., Vilardaga, J. C. P., Levin, M. E., & Hayes, S. C. (2015). Changes in psychological flexibility during acceptance and commitment therapy for obsessive compulsive disorder. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(3), 196-202.

Vakili, Y., & Gharraee, B. (2014). The effectiveness of acceptance and commitment therapy in treating a case of obsessive compulsive disorder. *Iranian journal of psychiatry*, 9(2), 115.

Vakili, Y., Gharaee, B., & Habibi, M. (2015). Acceptance and commitment therapy, selective serotonin reuptake inhibitors, and their combination in the improvement of obsessive compulsive symptoms and experiential avoidance in patients with obsessive-compulsive disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 9(2), 16–20.

Wells, A., & Simons, M. (2009). Metacognitive therapy. *Treatment Resistant Anxiety Disorders: Resolving Impasses to Symptom Remission*, 1.

Xiong, A., Lai, X., Wu, S., Yuan, X., Tang, J., Chen, J., ... & Hu, M. (2021). Relationship between cognitive fusion, experiential avoidance, and obsessive-compulsive symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder. *Frontiers in psychology*, 12, 655154.

Eliana Misuraca, Psicologa Psicoterapeuta, Palermo
Specializzata in psicoterapia cognitiva presso IGB Palermo
e-mail: eliana1290@libero.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