Psichiatria e Psicoterapia (2022) ***41****,* 3*,* 101-114

ARTICOLO PROSPETTICO

INTERVENTI PSICOLOGICI BASATI SUI PROCESSI NELLA CURA DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE: LA DEFUSIONE E L'ACCETTAZIONE

Michele Lovato e David Maddalon

Le terapie cognitivo-comportamentali di terza generazione rappresentano un corpo variegato di approcci psicoterapeutici in cui è difficile identificare uno o più fattori caratterizzanti e unificanti, tanto è vero che lo stesso Steven Hayes, l'ideatore dell'Acceptance and Commitment Therapy (ACT), nell'annunciare l'avvento di una "terza ondata" della psicologia cognitivo-comportamentale precisava come: "*no one factor unites these new methods*" (Hayes, 2004, p. 3).

Tuttavia, tra queste nuove terapie, quelle basate sull'accettazione e sulla mindfulness sembrano essere accomunate da alcuni elementi distintivi che le differenziano dai precedenti approcci cognitivo-comportamentali. L'aspetto centrale e più caratterizzante è certamente lo spostamento del focus terapeutico sul rapporto con gli eventi interni (ovvero i pensieri, le immagini mentali, i ricordi, le emozioni, le sensazioni, i desideri, gli impulsi). Mentre infatti i tradizionali approcci cognitivo-comportamentali hanno come obiettivo il cambiamento diretto delle esperienze interne (nel contenuto, nella forma o nella frequenza di comparsa) le terapie basate sull'accettazione e sulla mindfulness puntano a cambiare il modo in cui le persone si rapportano con gli eventi psicologici accrescendone la consapevolezza, promuovendone l'osservazione decentrata e sviluppando la disponibilità a tenerle con sé. Tutto questo al fine di limitare la possibilità di suscitare comportamenti maladattivi. Altri aspetti comuni alle terapie basate sull'accettazione e lo sviluppo della consapevolezza mindfulness riguardano la grande importanza attribuita alle pratiche esperienziali e una maggiore attenzione ai processi (terapeutici e psicopatologici) favorendo una prospettiva transdiagnostica.

In tale ottica il potenziale terapeutico di questi interventi può essere descritto attraverso alcuni processi di cambiamento attorno ai quali sono stati proposti modelli concettuali e strategie di intervento coerenti. L'intento del presente articolo è presentare alcuni di questi processi e mostrare come essi possano trovare applicazione nella cura delle dipendenze patologiche, attraverso una proposta di intervento che si articola su tre livelli.

La defusione cognitiva

"Defondersi" significa rivolgere l'attenzione a i propri pensieri e riconoscerli come tali, ovvero come degli eventi psicologici prodotti dalla mente, anziché come una rappresentazione fedele della realtà fattuale. Il processo di defusione comporta quindi l'assunzione di una "prospettiva metacognitiva" diversa da cui i pensieri possono essere osservati in modo distanziato e decentrato.

DOI: doi.org/10.36131/psichpsicoterapia2231
Sottomesso Agosto 2022, accettato Ottobre 2022

© Giovanni Fioriti Editore s.r.l.

Quando ci si "fonde" con i propri pensieri, questi possono essere percepiti come verità assolute, dei dati di fatto, delle regole di realtà, dei comandi ineludibili o qualcosa di davvero importante a cui è necessario porre tutta la nostra attenzione (Harris, 2009). La fusione diventa un processo disfunzionale quando induce a comportamenti impulsivi, controproducenti nel lungo periodo o semplicemente incoerenti rispetto agli obiettivi e alle finalità esistenziali della persona.

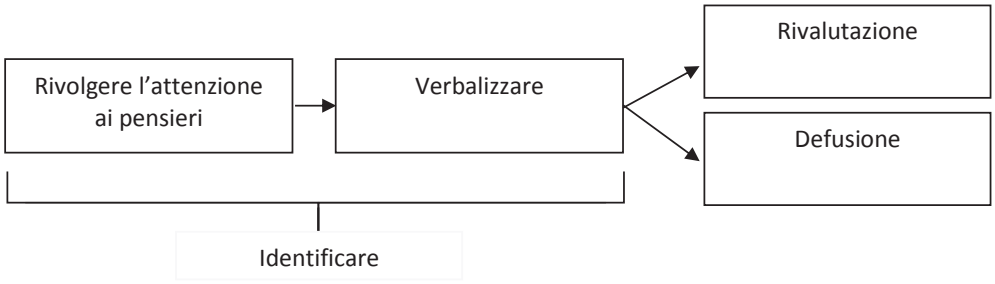
Il termine defusione è proposto dall'Acceptance and Commitment Therapy (ACT; Hayes et al. 1999) e coincide in buona parte con altri costrutti teorici (Hayes e Hofmann, 2018) come, ad esempio, il decentramento (Baer, 2010; Fresco et al., 2007), il distanziamento (Beck, 1976), la metacognizione (Wells, 2008), la mentalizzazione (Fonagy e Target, 1997).

Una ricerca di Arch e collaboratori sembra suggerire che questo processo possa rappresentare un mediatore centrale anche nei tradizionali approcci cognitivi, come ad esempio la ristrutturazione cognitiva (Arch et al., 2012). Sia nelle tecniche di reappraisal che in molti esercizi di defusione viene chiesto alla persona di rivolgere intenzionalmente l'attenzione ai propri pensieri, ad esempio chiedendo al paziente: "*Cosa hai pensato in quel momento?*", "*Cosa ti è passato per la mente prima di …?*" e anche "*Cosa ti sta dicendo ora la tua mente?*", "*Puoi notare a cosa stai pensando?*" (come nel caso di alcuni esercizi di defusione proposti nell'ACT). Successivamente il paziente è invitato ad esplicitare e raccontare ciò che pensa, inducendolo ad attribuire delle etichette verbali alle cognizioni identificate.

Così facendo si rende accessibile il pensiero alla coscienza, lo si sottrae all'inconsapevolezza dell'automatismo e si aiuta la persona a porsi in una nuova prospettiva da cui può osservare le proprie esperienze interne in modo decentrato e a dis-identificarsi da esse.

A questo punto le due proposte divergono e, nel caso della ristrutturazione cognitiva, si procede alla critica e alla rivalutazione dei contenuti.

Figura 1. *Il meccanismo del reappraisal e della defusione*



Anche la defusione può avere come oggetto le rappresentazioni mentali e le credenze, generalmente espresse attraverso il linguaggio, che si ritiene giochino un ruolo centrale nella costruzione e nel mantenimento della sofferenza della persona. La differenza sta invece nell'obiettivo dell'intervento che non è il cambiamento del contenuto dei pensieri disfunzionali o la riduzione della loro frequenza di comparsa, ma la modificazione del rapporto che si ha con essi e l'apprendimento della capacità di percepirli per ciò che effettivamente sono, ovvero dei pensieri.

Accettazione esperienziale

Questo processo terapeutico consiste nell'accogliere volontariamente l'esperienza presente (incluse le emozioni spiacevoli) con consapevolezza ed intenzionalità, senza opporvi resistenza e senza esercitare controllo su di essa. Essere disponibili ad accettare gli eventi interni implica inoltre sospendere il giudizio ed aprirsi all'esperienza presente con curiosità.

Nell'ACT i tentativi di controllare o di evitare certi eventi psicologici, anche quando ciò si traduce in un danno per la persona o in una strategia disfunzionale nel lungo periodo, sono definiti evitamento esperienziale. Alcuni esempi ricorrenti possono essere il tentativo di scacciare emozioni dolorose o di distogliere il pensiero da ricordi indesiderati.

Questo processo disadattivo sembra sostenere molte forme di malessere psicologico proprio perché spesso finisce paradossalmente per alimentare la sofferenza emotiva e impedire il conseguimento di obiettivi orientati nella direzione dei valori personali (Eifert e Forsyth e 2005, Chawla e Ostafin 2007, Wenzlaff e Wegner 2000).

L'accettazione è un processo che mira a "fare un po' di spazio" agli eventi interni, a lasciare che l'esperienza del presente sia così come è, a cessare la lotta inefficace e controproducente con i propri pensieri ed emozioni.

Accettare non implica rassegnarsi, arrendersi, sopportare, portare pazienza o guardare con ottimismo a quello che non va nella vita (Harris, 2009): questo processo terapeutico ha come oggetto le esperienze interne che trascendono la possibilità di controllo o che risultano disfunzionali rispetto gli scopi personali, non le situazioni negative della vita che possono essere invece utilmente affrontate (come ad esempio la dipendenza dalle sostanze).

La disponibilità a "tenere con sé" pensieri indesiderati e sentimenti dolorosi è quindi un processo attivo che trova le sue motivazioni e ragioni nell'essere utile fattivamente agli scopi significativi della persona, incoraggiandola ad intervenire per modificare ciò che è possibile cambiare.

È evidente che i processi di defusione e accettazione presentano delle aree di sovrapposizione e continuità: quando, ad esempio, un paziente si "defonde" da un pensiero disturbante (quindi lo osserva da una prospettiva decentrata e lo considera alla stregua di un prodotto mentale) gli permette anche di "esserci", di restare un certo tempo nella propria esperienza accettandolo per quel che è in quel momento. D'altra parte è evidente che, per poter "fare spazio" ad un pensiero, lo si deve necessariamente notare e riconoscere come tale (Harris, 2009).

Anche nella pratica esperienziale -prendiamo ad esempio gli esercizi di mindfulness- è possibile porre l'accento su processi terapeutici diversi a seconda del tipo di attività che viene proposta al paziente, ma tutte le pratiche meditative comportano in una certa misura l'osservazione e il riconoscimento degli eventi interni, la non reazione ad essi e la loro accettazione.

Detto questo, definire e differenziare i processi può essere utile sia per comprendere i meccanismi di cambiamento su cui funziona una terapia sia per organizzare gli interventi clinici (dalla concettualizzazione del caso alla pianificazione coerente e personalizzata degli interventi). A tal proposito, Hayes e Hofmann (2018) sottolineano come ragionare in un'ottica flessibile di processi terapeutici possa aiutare i clinici a superare i limiti legati all'utilizzo di protocolli standard, magari anche specifici e validati ma spesso poco duttili e non sempre adattabili alla specifica condizione del paziente.

Sempre in quest'ottica abbiamo ritenuto utile definire due "effetti terapeutici" che rappresentano degli obiettivi strategici importanti nel trattamento del disturbo di uso di sostanze: il decoupling e la consapevolezza metacognitiva.

Il decoupling (disaccoppiamento)

Riprendendo la definizione di Michael Levin in una recente revisione sul tema, potremmo descrivere il decoupling come un processo attraverso il quale la relazione tra due esperienze interne (ad esempio tra un pensiero ed un'emozione oppure tra un sentimento e il desiderio per la sostanza) o la relazione tra un'esperienza interna ed un comportamento manifesto (ad esempio la voglia di fumare e accendere una sigaretta) viene indebolita, alterata o eliminata modificando il contesto in cui generalmente ha luogo (Levin et al. 2015).

Nel caso della fusione cognitiva il problema sta nel fatto che nel contesto linguistico socialmente appreso il pensiero è assunto generalmente come una fedele trasposizione della realtà. Quindi se un paziente dovesse pensare: "*non riesco a resistere, ho troppa voglia*" e assumesse tali pensieri come ciò che essi significano, non potrebbe che cedere al desiderio di tornare ad assumere la sostanza poiché non è possibile resistere in quanto il craving (il desiderio per la sostanza) è davvero troppo forte.

La defusione mira a spezzare la relazione tra il pensiero e il suo significato creando un contesto non letterale in cui il pensiero può essere visto come un prodotto della mente (un pensiero appunto). Tale contesto non letterale indebolisce la relazione tra ciò che si pensa e il comportamento conseguente (spesso automatizzato dall'abitudine) permettendo una maggiore flessibilità comportamentale (Luoma et al. 2017).

Nel caso dell'accettazione, come abbiamo detto, il problema sta invece nell'evitamento esperienziale: ad esempio, un paziente potrebbe raccontare di aver cercato di calmarsi dopo un importante litigio, assumendo dell'eroina e disattendendo così l'impegno che ha preso con se stesso per migliorare la propria vita.

Gli esercizi di accettazione aiutano a prendere contatto con gli eventi interni (come le emozioni dolorose), a osservarli con attenzione ed averne un'esperienza consapevole. I segnali d'allarme del dolore (la qualità emotiva dello stato mentale e le sensazioni corporee) cui si è abituati a reagire prontamente per porre fine alla sofferenza diventano ora oggetto di osservazione. Essi vengono conosciuti nel proprio modo di manifestarsi nell'esperienza presente e senza avere seguito nel comportamento di reazione (istintivo o appreso che sia). In tal caso è la relazione tra l'esperienza emotiva ed il comportamento (reattività) ad essere indebolita.

Diverse ricerche sembrano dimostrare che i processi attivati dalle terapie basate sull'accettazione e sulla mindfulness possono favorire un effetto di disaccoppiamento nelle relazioni tra diverse esperienze interne e tra queste ed il comportamento manifesto (Levin et al. 2015). Maggiori prove di tale effetto sono state riscontrate proprio nel campo delle dipendenze patologiche nella relazione tra i pensieri relativi alla sostanza e il consumo di alcol (Ostafin e Marlatt, 2008; Ostafin et al. 2012; Ostafin et al. 2013), tra le emozioni negative e l'uso di droghe (Hayes et al., 2011) e tra il craving e il fumare sigarette (Bowen e Marlatt, 2009). Altri studi hanno riscontrato inoltre un effetto di disaccoppiamento tra emozioni negative e craving

(Witkiewitz e Bowen, 2010), suggerendo come i processi di cambiamento utilizzati nelle terapie basate sull'accettazione e sulla mindfulness possano essere utili nel costruire alternative al consumo di droghe o alcol qualora il ricorso alla sostanza rappresenti un tentativo di lenire la sofferenza emotiva.

La consapevolezza metacognitiva

Acquisire consapevolezza degli eventi (mentali ed esterni) che compongono le catene causali sottese al consumo di droghe o alcol è un obiettivo fondamentale di tutte le terapie cognitivo-comportamentali del disturbo da uso di sostanze (DUS). Senza alcuna consapevolezza sarebbe infatti impossibile definire ed attivare delle strategie di coping funzionali a contrastare la spinta ad assumere ancora la sostanza.

L'auto-monitoraggio, il diario del craving, l'individuazione delle situazioni a rischio, la ricostruzione delle sequenze di eventi che hanno condotto alla ricaduta sono degli esempi di attività spesso utilizzate nella terapia cognitivo.comportamentale standard del DUS per accrescere la consapevolezza degli eventi in gioco.

Anche gli esercizi di defusione e di accettazione, richiedendo di portare l'attenzione esplicita sulle esperienze psicologiche, contribuiscono inevitabilmente ad accrescerne la consapevolezza e a comprenderne il ruolo nell'influenzare le scelte comportamentali maladattive. Quindi, se da una parte la consapevolezza degli eventi interni è una sorta di precondizione necessaria alla defusione e all' accettazione, dall'altra gli esercizi esperienziali e le pratiche meditative, solitamente proposti per sviluppare tali processi, possono rappresentare un'ulteriore modalità per rafforzare la consapevolezza del paziente anche rispetto ai fattori implicati nelle dinamiche psicologiche che conducono al consumo della sostanza.

Interventi basati sui processi nella cura delle dipendenze patologiche

Come è possibile applicare i processi di defusione ed accettazione alla cura delle dipendenze? Come integrare gli interventi proposti dalle terapie basate sull'accettazione e sulla mindfulness nell'offerta terapeutica dei Serd (Servizi per le Dipendenze), dei servizi residenziali o, più in generale, negli interventi psicoterapeutici del DUS? La nostra proposta prevede di immaginare tre livelli di intervento che si differenziano per un diverso grado di specificità e focalizzazione sul problema (ovvero il consumo di droghe o alcol).

Primo livello: la riduzione dello stress

Ad un primo e più generale livello collochiamo le attività orientate alla riduzione dello stress.

Le storie di dipendenza sono spesso dei racconti ricchi di difficoltà e di sofferenze, legate a stili di vita disregolati e a problemi che il consumo di droghe o alcol portano inevitabilmente con sé. Durante la terapia anche l'attenzione nel gestire le situazioni a rischio e l'esercizio dell'autocontrollo che si contrappone al desiderio di tornare ad assumere la sostanza possono

rappresentare dei compiti quotidiani davvero impegnativi. Lo stress e il consumo di sostanze psicoattive sembrano quindi intrecciarsi ed auto-alimentarsi non solo poiché l'uso può diventare un tentativo di lenire la sofferenza collegata allo stress che finisce paradossalmente per incrementarlo (generando condizioni di vita problematiche), ma anche perché all'aumentare del livello di stress diminuiranno le risorse mentali disponibili per esercitare l'autocontrollo necessario a tenere testa al *craving*. Alcuni studi dimostrano poi come l'esposizione agli stressor possa direttamente attivare il craving (Goeders, 2003; Fox et al., 2008), aumentando così il rischio della ricaduta.

Sebbene la defusione non abbia come fine diretto la regolazione delle emozioni va notato come molto spesso essa produca comunque un'attenuazione della sofferenza soggettiva e contrasti con il sentimento di impotenza che spesso alimenta lo stress. L'accettazione invece, come vedremo in maggior dettaglio a breve, sembra rappresentare un'alternativa adattiva a dinamiche disfunzionali che incrementano la sofferenza emotiva sommando emozioni dolorose secondarie come, ad esempio, la colpa, la rabbia verso se stessi o la vergogna.

Rispetto agli effetti indiretti mediati dalla consapevolezza, sottolineiamo come avere piena coscienza dei propri stati somatici ed emotivi, così come delle fonti di disagio, può essere un buon punto di partenza per alleviare il carico di stress: da un lato infatti il semplice riconoscimento degli stati emotivi sembra avere di per sé una funzione regolatoria delle emozioni disturbanti (Creswell et al., 2007; Herwig et al.,2010) e dall'altro il saper riconoscere le fonti di stress è evidentemente una precondizione necessaria per scegliere ed attuare delle strategie di coping efficaci.

A questo primo livello crediamo che le pratiche meditative proposte dalla mindfulness (magari come attività gruppale periodica) possano rappresentare una modalità di intervento appropriata nonché facilmente attuabile (Baer et al. 2012; Kober et al., 2017) nei servizi di cura per le dipendenze. È importante ricordare che l'efficacia di tali pratiche si giova di una certa costanza e regolarità che possono essere raggiunte esercitandosi a casa tra un incontro e l'altro.

Secondo la definizione proposta da Kabat-Zinn, la mindfulness consisterebbe nel prestare attenzione in modo particolare: intenzionalmente, nel momento presente e in modo non giudicante (Kabat-Zinn, 1994). Ad oggi, vi sono diverse evidenze sperimentali che la indicano come un'importante componente terapeutica per la cura delle dipendenze (Canali, 2018).

In questo articolo, coerentemente con la proposta dell'ACT, la meditazione mindfulness non è considerata un processo ma una delle possibili modalità per sviluppare i processi di defusione, accettazione e per accrescere la consapevolezza dell'esperienza interna.

Secondo livello: evitare l'evitamento

Il consumo di sostanze può rappresentare un ottimo esempio di *evitamento esperienziale* ovvero il tentativo di controllare ed evitare le esperienze interne indesiderate anche qualora ciò possa risultare controproducente o d'ostacolo al perseguimento dei propri scopi di vita (Luoma et al., 2017).

Questo processo è sostenuto dalla naturale propensione a sfuggire dal dolore e spesso, nell'esperienza delle persone, l'evitamento risulta rinforzato negativamente dal temporaneo

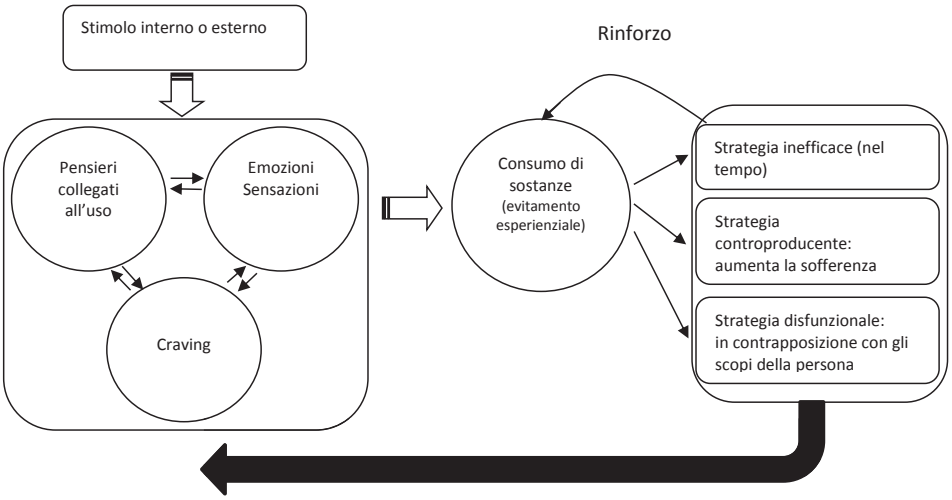
sollievo che la strategia può fornire a breve termine: il consumo di droghe o alcol diventa così una modalità per lenire sensazioni ed emozioni spiacevoli (Khantzian et al., 1974) o sopprimere pensieri e ricordi indesiderati al prezzo di enormi rischi in termini di salute e di adattamento sociale.

In generale l'evitamento esperienziale tende ad essere inefficace, controproducente e disfunzionale nel lungo periodo per tre ordini di motivi:

- spesso risulta inutile poiché può rappresentare il tentativo di rimuovere o controllare qualcosa (l'esperienza interna) che non può essere rimosso o controllato volontariamente;
- può alimentare la sofferenza esasperando le emozioni indesiderate o sommandone altre (ad esempio la colpa, la rabbia, la vergogna),
- impegna ed allontana la persona dai propri obiettivi e scopi di vita.

Tutto ciò vale anche quando l'evitamento è rappresentato dall'assunzione di sostanze psicoattive in una condizione di dipendenza.

Figura 2. *L'uso di sostanze come evitamento esperienziale*



Prendiamo ad esempio un paziente determinato ad interrompere il consumo di eroina che da qualche mese sta affrontando una situazione davvero penosa poiché il figlio è affetto da una grave patologia medica.

Raccontando una recente ricaduta, riferisce che, ripensando al figlio, si era sentito davvero triste, in colpa e aveva pensato: "*Questo dolore mi sta uccidendo", "Ho bisogno di farmi*" quindi, "fondendosi" con tali pensieri (cioè credendo alla verità letterale di ciò che aveva pensato come se questo corrispondesse perfettamente alla realtà fattuale), aveva ceduto alla tentazione e si era mobilitato per procurare e consumare la sostanza.

Il ricorso all'eroina è diventato così una soluzione quasi obbligata per evitare un dolore

considerato devastante ed insopportabile. Ovviamente il sollievo è stato solo temporaneo e non ha impedito ai pensieri indesiderati, alla tristezza e alla colpa di presentarsi allo scemare dell'effetto farmacologico. Successivamente, il paziente si è pentito di aver disatteso l'impegno preso con se stesso sentendosi in collera e scoraggiato, aumentando così il carico di sofferenza soggettiva (e di stress). Il dover tenere a bada il dolore consumando eroina sembra inoltre aver occupato molto del tempo e delle energie di questa persona limitando o precludendo di fatto la possibilità di impegnarsi in ciò che desidera per sé e che egli crede possa rendere la propria vita ricca e significativa (nel caso l'impegno nel prendersi cura del figlio).

È facile notare come tale andamento possa auto-amplificarsi e stabilizzarsi in una dinamica ricorsiva. Validare l'esperienza emotiva ed accompagnare il paziente in un percorso di decentramento dai propri pensieri ed accettazione del dolore, potrebbe invece rappresentare una via d'uscita dal circolo vizioso in cui sembra intrappolato.

A tal fine si potrebbe, per fare un esempio pratico, proporre al paziente un esercizio di mindfulness incentrato sull'accettazione. Così, dopo aver rievocato la situazione problematica o ristabilito un contatto con dei pensieri disturbanti con cui tende a fondersi, si può chiedere alla persona di assumere una posizione da meditazione (seduto ad occhi chiusi, schiena dritta ma non rigida, i piedi a contatto col suolo), di focalizzarsi sul respiro e poi di ascoltare le sensazioni del proprio corpo, passandole in rassegna partendo dal capo e arrivando alle piante dei piedi. Giunti a questo punto si avvertirà che si sta per esplorare una sensazione spiacevole ma che è molto importante "permettergli di esserci" senza reagire, "facendo spazio" a ciò che si esperisce con gentilezza e curiosità.

Quindi si inviterà il paziente a notare le emozioni dolorose che affiorano e a focalizzare l'attenzione sulla parte del corpo in cui sono percepite più intensamente. Nel rispetto dei limiti della persona, si chiederà poi di esplorare la sensazione localizzandola, circoscrivendola, definendone la forma, l'andamento e altre fattezze.

Si può proseguire l'esercizio proponendo al paziente di immaginare che il proprio respiro possa scorrere attraverso ed intorno a questa sensazione facendole spazio, accogliendola e senza dar seguito ai pattern di comportamento che abitualmente essa tende ad attivare.

Degli interventi di defusione potrebbero invece essere utili per aiutare il paziente a decentrarsi dall'idea che le emozioni dolorose siano intollerabili senza l'aiuto dell'eroina o nel limitare il potere dei pensieri che alimentano emozioni di vergogna e di fallimento, così frequenti nell'esperienza delle persone con un disturbo da uso di sostanze. Ripensando al rapporto con il figlio infatti, il paziente dell'esempio, valutava se stesso come un cattivo padre e riteneva di aver fallito in tutto ciò che conta. La possibilità di trattare questi giudizi come dei prodotti della mente e non come verità in merito al proprio valore, ne può ridurre l'impatto sulle scelte comportamentali, aprire la strada all'accettazione delle emozioni dolorose (non del giudizio critico) e permettere alla persona di intraprendere delle azioni coerenti con ciò che essa ritiene importante per sé piuttosto che spingerla a cercare sollievo nella sostanza.

Un'altra dinamica tipica e propria delle dipendenze in cui gli interventi di defusione potrebbero trovare applicazione è l'Effetto di Violazione dell'Astinenza o AVE (Marlatt e Gordon, 1985; Bowen et al., 2011). L'AVE è l'insieme di pensieri ed emozioni negativi che il paziente tipicamente prova dopo aver ceduto all'uso della sostanza nonostante avesse deciso di restare astinente (e avesse mantenuto l'astinenza per un certo periodo di tempo) cui fa seguito un

calo motivazionale e un ritorno all'uso continuativo.

In questi casi i pensieri concernono temi di fallimento personale e attribuzioni di significato disfunzionali sul significato della ricaduta. Aiutare il paziente ad accrescere la consapevolezza del meccanismo che sostiene la ripresa dell'uso anche ridefinendo il rapporto con pensieri come, ad esempio: "*ho rovinato tutto!*", "*se l'ho fatto è perché forse voglio continuare a drogarmi*", "*sarò sempre un tossico, tanto vale lasciar perdere*" può rappresentare un utile intervento terapeutico.

In questo secondo livello la concettualizzazione del problema e gli esercizi esperienziali proposti dall'ACT, così come le pratiche meditative della mindfulness, possono essere utilizzati come strumenti di apprendimento per i processi di cambiamento. Il fine è accrescere la consapevolezza ed indebolire l'influenza di pensieri, sentimenti e sensazioni sui comportamenti disadattivi.

Terzo livello: gli interventi sul sintomo

Affrancarsi da una dipendenza significa inevitabilmente dover affrontare situazioni che possono innescare il craving e spingere nella direzione dell'uso. Non è scontato che i pazienti siano consapevoli degli stimoli (esterni ed interni) che hanno acquisito la capacità di elicitare il desiderio della sostanza: spesso infatti raccontano semplicemente di come sia stato un improvviso bisogno ad indurli a ricadere.

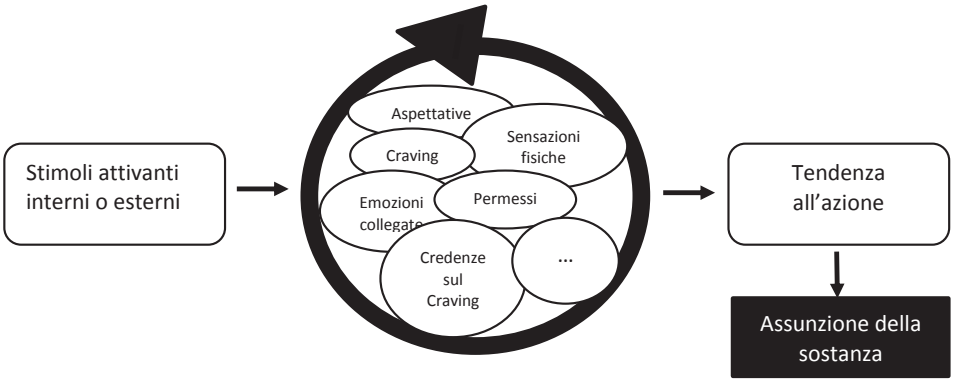
Oltre alle situazioni che hanno risvegliato il *craving*, possono essere ignorati i pensieri che passano per la mente in questi frangenti. Aaron Beck ha proposto un modello cognitivo dell'uso di sostanze che distingue ed evidenzia il ruolo di diverse tipologie di pensieri: le *aspettative* sugli effetti conseguenti l'assunzione della sostanza (ad esempio "*Mi fa stare bene*", "*È l'unico rimedio per la mia ansia*") e i *permessi* che agevolano la scelta del consumo di droghe o alcol, giustificandola come ad esempio "*Solo per questa volta*", "*Ne ho troppo bisogno*" (Beck et al., 1993; Lovato e Maddalon, 2020). Altri pensieri ancora hanno la forma di una valutazione disfunzionale del craving, quest'ultimi sono spesso legati all'idea che il desiderio della sostanza sia un impulso irresistibile e induca ineluttabilmente l'uso.

Un obiettivo importante della terapia è quindi insegnare al paziente a porre attenzione e a riconoscere gli stimoli e le esperienze interne che compongono l'intrecciata sequenza di eventi che conduce all'uso cioè ad aumentare la consapevolezza delle esperienze collegate ai comportamenti di consumo (inneschi affettivi e ambientali, cognizioni, craving, emozioni, sensazione, comportamenti appresi e associati di ricerca e consumo della sostanza). Dirigere volontariamente l'attenzione agli eventi interni collegati all'uso è una modalità efficace per spezzare la sequenza di eventi interni concatenati e di apprendimenti comportamentali automatizzati che è il consumo di sostanze in una condizione di dipendenza.

Gli esercizi mindfulness possono rappresentare uno strumento per accrescere la consapevolezza, affiancando i tradizionali metodi di automonitoraggio, come ad esempio il diario del craving e le ricostruzioni degli episodi critici. Le pratiche meditative (Witkiewitz et al., 2005; Witkiewitz et al., 2014) possono rappresentare una modalità esperienziale utile per accrescere la capacità di riconoscere ed essere consapevoli degli:

- **eventi interni** come ad esempio aspettative, permessi, credenze sul craving, ricordi piacevoli

Figura 3. *Eventi interni che conducono all'uso*



collegati all'esperienza dell'uso, immagini mentali del consumo ma anche emozioni, sensazioni e desideri che accompagnano l'esperienza. Craving compreso.

□ **stimoli ambientali** (i richiami) ovvero gli stimoli esterni che per associazione, hanno acquisito la capacità di elicitare il desiderio.

In aggiunta, i processi di defusione ed accettazione possono essere utilizzati come tecniche di intervento sui pensieri direttamente collegati all'uso (ad esempio aspettative e permessi) e sul craving**.**

Prendiamo ad esempio un paziente che ha deciso di interrompere il consumo di cocaina e impegnarsi nel tentativo di riconciliarsi con la propria famiglia (ciò che egli considera davvero importante per sé). Riportando una recente ricaduta riferisce di aver avvertito un forte craving e di aver pensato: "*non posso più resistere", "il desiderio è troppo forte"*, fondendosi con tali pensieri e credendogli "alla lettera" si è attivato nella ricerca della sostanza e l'ha assunta confermando così l'idea iniziale, ovvero che al *craving* non è davvero possibile resistere.

La defusione potrebbe aiutare il paziente a cambiare la prospettiva da cui osserva le proprie convinzioni sull'esperienza di craving, a vederle come parole o immagini prodotte dalla propria mente. In tal modo potrà focalizzarsi su ciò che vuole fare, proseguire nella direzione scelta e non farsi indurre inconsapevolmente all'uso da ciò che invece affermano i propri pensieri. A tal fine il paziente può essere incoraggiato a inventare delle etichette con cui prendere distanza da questi contenuti: pensieri come "*Ne prendo solo un po'*", "*Mi merito una pausa!*", "*Non è la fine del mondo*" potrebbero essere etichettati come, ad esempio, "I miei permessi" ed osservati in modo decentrato; altri come "*Non posso più resistere"*, *"Sto per cedere"*, *"Devo averne!"* potrebbero essere "la voce del craving" o "la parte di me che ha voglia".

In uno studio preliminare Hooper e i suoi collaboratori hanno riscontrato come brevi interventi di defusione cognitiva possano essere utili nel ridurre il consumo di sigarette in un campione di studenti. Il protocollo sperimentale prevedeva tre gruppi a cui era stato chiesto di smettere di fumare per una settimana: il primo riceveva un addestramento al processo di defusione, al secondo veniva chiesto di scacciare i pensieri collegati al fumo e cercare di sopprimere il desiderio o l'impulso di accendere la sigaretta, il terzo non riceveva alcuna indicazione. Gli esiti raccolti hanno indicato che

il primo gruppo fumava significativamente meno del gruppo di controllo nella settimana successiva e meno del secondo e del terzo gruppo nella seconda settimana in cui ai soggetti era stata revocata la richiesta di astenersi dal fumare (Hooper e al., 2018).

L'accettazione rappresenta un processo terapeutico complementare alla defusione che consente al paziente, una volta dis-identificatosi dai pensieri collegati all'uso (aspettative, permessi o credenze disfunzionali sul craving), di accoglierli nella propria esperienza senza farsi irretire da essi ne cercando di scacciarli. Acquisita consapevolezza e assunto tale atteggiamento di disponibilità, potrà procedere scegliendo come agire anziché incanalarsi nel solco tracciato dall'abitudine o sull'onda dell'impulsività.

Ciò detto, un'applicazione clinica del processo di accettazione riguarda il craving. A tal fine si può adattare qualche pratica meditativa come quella sopra esemplificata o, più semplicemente, utilizzare l'esercizio descritto da Bowen (2011) e già proposto da Marlatt e Gordon (1985) del Surf dell'impulso. In questa pratica viene chiesto al paziente di immaginare una situazione che ritiene difficile in cui potrebbe essere tentato di fare uso di alcol o sostanze e di rimanere in contatto con i contenuti emersi senza agire alcun comportamento reattivo (decoupling), semplicemente osservandoli con gentilezza e curiosità. Si chiede di notare le emozioni suscitate dalla scena, i pensieri che attraversano la mente e le sensazioni fisiche esperite. Qualora il craving stesse acquisendo troppa forza si suggerisce di immaginarlo come un'onda e di provare a cavalcarla utilizzando il respiro come una tavola da surf su cui rimanere in equilibrio.

In una ricerca condotta su degli studenti universitari intenzionati a smettere di fumare, i due autori (Bowen e Marlatt, 2009) osservarono come un breve training della pratica del Surf dell'impulso producesse una significativa riduzione del numero di sigarette consumate ad una settimana di distanza rispetto al gruppo di controllo.

Conclusioni

Negli ultimi quindici anni la mindfulness ed alcuni approcci terapeutici che ne hanno intuito le potenzialità (l'Acceptance and Commitment Therapy, la Dialetical Behavior Therapy, la Mindful Based Cognitive Therapy, la Compassion Focused Therapy ed altre) hanno attirato l'interesse di molti clinici e ricercatori. Ciò ha determinato un'esplosione di ricerche e la proliferazione di proposte di intervento che hanno arricchito l'armamentario dei terapeuti ma anche accresciuto la complessità degli interventi. La clinica richiede però, per evitare di smarrirsi strada facendo e per mettersi al riparo dal rischio di un eclettismo poco funzionale, un'attenzione alla sintesi e allo studio dei meccanismi centrali su cui si costruisce o si mantiene il problema della persona e quelli su cui funziona la cura. Questi rappresenterebbero gli elementi comuni che si organizzano in modo specifico nella concettualizzazione del singolo caso e nella pianificazione della strategia terapeutica corrispondente. Potrebbero agevolare il terapeuta a mantenere la rotta nella varietà dei casi, a rendere le terapie dinamiche e tagliate sulle esigenze dei pazienti, a favorire la condivisione -tra i professionisti- di idee, linguaggi e prassi operative, ad adattare più agevolmente i modelli validati ai diversi contesti di cura.

L'idea che l'individuazione e la definizione di processi trans-teorici possa aiutare ad organizzare gli interventi terapeutici è una prospettiva recente che necessiterà certamente di maggiori studi e

riscontri mentre è già intuibile la portata e il potenziale di questa proposta (Hofmann e Hayes, 2019).

Anche nel campo delle dipendenze patologiche alcune terapie di terza generazione, come ad esempio quelle basate sull'accettazione e sulla mindfulness, hanno destato l'interesse della comunità scientifica e avanzato delle proposte d'intervento specifiche. Forse l'esempio più significativo è il programma di prevenzione delle ricadute basata sulla mindfulness proposto da Sarah Bowen, Neha Chawla e Alan Marlatt (2011) che propone un percorso di gruppo finalizzato ad accrescere la consapevolezza degli eventi scatenanti il craving, a considerare i pensieri come pensieri, a promuovere l'accettazione delle esperienze interne e a portare la mindfulness nelle situazioni di rischio e nella vita quotidiana. Altri esempi possono essere gli adattamenti dell'ACT proposti da Kelly Wilson per i problemi di abuso di sostanze (Wilson e Hayes, 2000; Wilson e DuFrene, 2012).

Nell'ottica dei processi, risulta importante capire come potenziare in maniera mirata quelli coinvolti in questo tipo di terapie a beneficio degli interventi psicologici e delle proposte di cura che vengono già offerte dai servizi per le dipendenze (Serd). Abbiamo quindi proposto di immaginare tre livelli di intervento in cui tali processi possono essere potenziati così da produrre cambiamenti in diverse attività direttamente o indirettamente collegate ai comportamenti di consumo delle sostanze.

Riassunto

Parole chiave: addiction, dipendenze, defusione, accettazione, decoupling, consapevolezza, mindfulness, processi, process-based

Le recenti terapie cognitivo-comportamentali basate sull'accettazione e sulla mindfulness propongono alcuni processi terapeutici che crediamo possano proficuamente integrarsi e trovare applicazione nella pratica clinica delle dipendenze patologiche. Tra questi abbiamo preso in considerazione l'accettazione esperienziale e la defusione cognitiva. Abbiamo inoltre descritto alcuni effetti terapeutici che possono essere rafforzati nell'esercizio dei suddetti processi e che ci aiutano a comprendere *come* e *perché* questi funzionano. Sono la consapevolezza metacognitiva e il decoupling (disaccoppiamento).

Proponiamo infine un modello concettuale/organizzativo che prevede tre livelli o "occasioni" di intervento in un'ottica basata sui processi di cambiamento nella cura del disturbo da uso di sostanze.

PROCESS-BASED PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS IN THE TREATMENT OF PATHOLOGICAL ADDICTIONS: DEFUSION AND ACCEPTANCE

Key words:addiction, defusion, acceptance, decoupling, awareness, mindfulness, processes, process-based

Recent cognitive-behavioral therapies, based on the concepts of acceptance and mindfulness, offer some treatment options which we believe could be fruitfully applied in the field of pathological addiction. Among these, we've chosen to focus on experiential acceptance and cognitive defusion, describing how certain therapy effects - such as metacognitive awareness and decoupling - could be strengthened by their exercise; this may help to understand *how and why* such treatments work.

Furthermore, we've constructed a conceptual and organizational model, contemplating three levels of (or "opportunities" for) treatment in an optic based on the processes of change in the cure of addiction disorders.

Bibliografia

Arch, J.J., Wolitzky-Taylor, K.B., Eifert, G.H., Craske, M.G. (2012). Longitudinal treatment mediation of traditional cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for anxiety disorders. Behaviour Research and Therapy, 50, 7-8, 469-478.

Baer, R.A. (2010). *Assessing Mindfulness and Acceptance Processes in Clients*. New Harbinger Publications. Tr. it. *Come funziona la mindfulness*. Raffaello Cortina Editore, 2012.

Baer, R.A., Carmody, J., Hunsinger, M. (2012). Weekly Change in Mindfulness and Perceived Stress in a Mindfulness-Based Stress Reduction Program. *Journal of Clinical Psychology,* 68, 7, 755-765.

Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press. Tr. it. *Principi di terapia cognitiva. Un approccio nuovo alla cura dei disturbi affettivi*. Astrolabio-Ubaldini, 1984.

Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F., Liese, B.S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. The Guilford Press.

Bowen, S., Marlatt, G.A. (2009). Surfing the urge: brief mindfulness-based intervention for college student smokers. *Psychology of Addictive Behaviors,* 23, 4, 666.

Bowen, S., Chawla, N., Marlatt, G.A. (2011). *Mindfulness-Based Relapse Prevention for Addictive Behaviors*. The Guilford Press. Tr. it. *Mindfulness e comportamenti di dipendenza. Guida pratica per la prevenzione delle ricadute*. Raffaello Cortina Editore, 2013.

Canali, S. (2018). Mindfulness nel trattamento del disturbo da uso di sostanze. In Lugoboni, F., Zamboni, L. *In Sostanza: Manuale sulle dipendenze patologiche. Volume 2.* CLAD, 288-297.

Chawla, N., Ostafin, B. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review. *Journal of clinical psychology,* 63, 9, 871-890.

Creswell, J.D., Way, B.M., Eisenberger, N.I., Lieberman, M.D. (2007). Neural correlates of dispositional mindfulness during affect labeling. *Psychosomatic Medicine,* 69, 6, 560-565.

Eifert, G.H., Forsyth, J.P. (2005). *Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change*. New Harbinger Publications, 2005.

Fonagy, P., Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self organization. *Development and Psychopathology,* 9, 4, 679-700.

Fox, H.C., Hong, K.A., Siedlarz, K., Sinha, R. (2008). Enhanced Sensitivity to Stress and Drug/Alcohol Craving in Abstinent Cocaine-Dependent Individuals Compared to Social Drinkers. *Neuropsychopharmacology,* 33, 796-805.

Fresco, D.M., Moore, M.T., van Dulmen, M.H.M., Segal, Z.V., Ma, S.H., Teasdale, J.D., Williams, J.M.G. (2007). Initial psychometric properties of the experiences questionnaire: Validation of a self-report measure of decentering. *Behavior Therapy,* 38, 3, 234-246.

Harris, R. (2009). *ACT made simple: An easy-to-read primer on Acceptance and Commitment Therapy*. New Harbinger Publications. Tr. it. *Fare ACT.* FrancoAngeli, 2011.

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., Hofmann, S.G (2018) *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy*. New Harbinger Publications. Tr. it. *Process-based CBT. I processi e le competenze cliniche di base della terapia cognitivo-comportamentale*. Giovanni Fioriti Editore 2020

Hayes, S.C., Villatte, M., Levin, M.E., Hildebrandt, M. (2011). Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual Review of Clinical Psychology,* 7, 141-168.

Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change (first edition).* The Guilford Press.

Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Wilson, K.G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change (second edition).* The Guilford Press. Tr. it.,: *Teoria e pratica dell'Acceptance and Commitment Therapy. (2nd edition).* Raffaello Cortina Editore, 2013.

Hofmann, S.G., Hayes, S.C. (2019) The future of intervention science: Process-based therapy. *Clinical*

Psychological Science, 7, 1, 37-50.
Herwig, U., Kaffenberger, T., Jäncke, L., Brühl, A.B (2010). Self-related awareness and emotion regulation. *NeuroImage,* 50, 2, 734-741.
Hooper, N., Dack, C., Karekla, M., Niyazi, A., McHugh, L. (2018). Cognitive defusion versus experiential avoidance in the reduction of smoking behaviour: an experimental and preliminary investigation. *Addiction Research & Theory,* 26, 5, 414-420.
Kabat-Zinn, J. (1994). *Mindfulness meditation for everyday life*. Hyperion.
Khantzian, E.J., Mack, J.F., Schatzberg, A.F. (1974). Heroin use as an attempt to cope: Clinical observations. *American Journal of Psychiatry,* 131, 2, 160-164.
Kober, H., Brewer, J.A., Height, K.L., Sinha, R. (2017). Neural Stress Reactivity Relates to Smoking Outcomes and Differentiates Between Mindfulness and Cognitive-Behavioral Treatments. *Neuroimage,* 151, 4-13.
Levin, M.E., Luoma, J.B., Haeger, J.A. (2015) Decoupling as a mechanism of change in mindfulness and acceptance: A literature review. *Behavior modification,* 39, 6, 870-911.
Lovato, M., Maddalon, D. (2020). *Affrontare la dipendenza. Strategie cognitivo-comportamentali per fronteggiare il disturbo da uso di sostanze*. Giovanni Fioriti Editore.
Luoma, J.B., Hayes, S.C., Walser, R.D. (2017). *Learning ACT (second edition).* New Harbinger Publications. Tr. it. *Il manuale del terapeuta ACT. Apprendere e allenare le abilità dell'Acceptance and Commitment Therapy.* Giovanni Fioriti Editore, 2019.
Marlatt, G.A., Gordon, J.R. (1985). *Relapse Prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. The Guilford Press.
Ostafin, B.D., Marlatt, G.A. (2008). Surfing the urge: Experiential acceptance moderates the relation between automatic alcohol motivation and hazardous drinking. *Journal of Social and Clinical Psychology,* 27, 4, 404-418.
Ostafin, B.D., Bauer, C., Myxter, P. (2012). Mindfulness decouples the relation between automatic alcohol motivation and heavy drinking. *Journal of Social and Clinical Psychology,* 31, 7, 729-745.
Ostafin, B.D., Kassman, K.T., Wessel, I. (2013). Breaking the cycle of desire: Mindfulness and executive control weaken the relation between an implicit measure of alcohol valence and preoccupation with alcohol-related thoughts. *Psychology of addictive behaviors,* 27, 4, 1153-1158.
Wells, A. (2008). Metacognitive therapy: Cognition applied to regulating cognition. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy,* 36, 6, 651-658.
Wenzlaff, R.M., Wegner, D.M. (2000). Thought suppression. *Annual review of psychology,* 51, 1, 59-91.
Wilson, K.G., Hayes, S.C. (2000) Why it is crucial to understand thinking and feeling: An analysis and application to drug abuse. *The Behavior Analyst,* 23, 1, 25-43.
Wilson, K.G., DuFrene, T. (2012). *The Wisdom to Know the difference*. New Harbinger Publications.
Witkiewitz, K., Bowen, S. (2010). Depression, craving, and substance use following a randomized trial of mindfulness-based relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 78, 3, 362-374.
Witkiewitz, K., Marlatt, G.A., Walker, D. (2005). Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. *Journal of cognitive psychotherapy,* 19, 3, 211-228.
Witkiewitz, K., Bowen, S., Harrop, E.N., Douglas, H., Enkema, M., Sedgwick, C. (2014). Mindfulness-based treatment to prevent addictive behavior relapse: Theoretical models and hypothesized mechanisms of change. *Substance use & misuse,* 49, 5, 513-524.

Michele Lovato e David Maddalon
Michele Lovato
SerD Azienda ULSS 2
Marca trevigiana

Corrispondenza
Michele Lovato
E-mail: miclovmail@gmail.com