

L'IMPIEGO DELLE TECNICHE DELLA TERAPIA FOCALIZZATA SULLA COMPASSIONE PER PROMUOVERE IL PROCESSO DI ACCETTAZIONE IN PSICOTERAPIA

Nicola Petrocchi e Alessandro Couyoumdjian

Dipartimento di Psicologia, Sapienza - Università di Roma. Via dei Marsi 78, 00185 Roma, Italy.

Tel: +39 06 49917620. Fax: +39 06 49917711.

Corrispondenza: nicola.petrocchi@uniroma1.it

Riassunto

Nel presente lavoro saranno descritti gli assunti teorici e le tecniche principali della Compassion Focused Therapy (Terapia Focalizzata sulla Compassione, TFC), un nuovo approccio psicoterapeutico nato nell'ambito delle terapie cognitivo-comportamentali della terza generazione. Questo modello terapeutico propone una visione del processo di cambiamento che si basa sulla modulazione di sistemi motivazionali e affettivi, connessi all'attaccamento e al care-giving, la cui attivazione garantirebbe un cambiamento nel paziente che spesso non è implementabile solo attraverso un intervento diretto sulle sue "credenze patogene".

Lo scopo del presente lavoro è quello di analizzare come alcune tecniche della TFC possano favorire il processo di accettazione in psicoterapia, un elemento che di recente si è dimostrato di primaria importanza nel trattamento di vari disturbi psicopatologici e nella prevenzione delle ricadute.

Parole chiave: Terapia Focalizzata sulla Compassione, Compassion Focused Therapy, accettazione, compassione, ossitocina

THE USE OF COMPASSION FOCUSED THERAPY TECHNIQUES TO PROMOTE THE PROCESS OF ACCEPTANCE IN PSYCHOTHERAPY

Abstract

The aim of the present paper is to describe the theoretical assumptions and the main techniques of Compassion Focused Therapy (CFT), a new psychotherapeutic approach developed in the context of the "third wave" of cognitive behavioural therapies. Compassion Focused Therapy proposes a model of the therapeutic change based on the cognitive and emotional changes connected to the activation of the attachment and care-giving motivational systems. According to this approach, therapeutic change is not achievable only through the direct restructuring of the so called "dysfunctional beliefs". In particular, techniques aimed at facilitating psychological acceptance will be described and analyzed.

Key words: Compassion Focused Therapy, Compassion Focused Therapy, acceptance, compassion, oxytocin

Introduzione

Poco dopo la Seconda Guerra Mondiale, ricercatori come Harry Harlow (1905-1981) e lo psichiatra infantile John Bowlby (1907-1990) cominciarono a studiare l'impatto che le relazioni sociali e di accudimento hanno sulla salute mentale sia del bambino che di cuccioli di specie animali evolutivamente prossime alla nostra. Questi autori, insieme allo sviluppo delle neuroscienze sociali, ci hanno aiutato a comprendere come i nostri cervelli siano biologicamente disegnati, predisposti, *hardwired*, a rispondere ai comportamenti di cura, gentilezza e attenzione da parte degli altri. Le emozioni positive, l'affetto, il calore umano sembrano essere basilari per la salute dell'individuo, nelle differenti fasi della nostra vita (Cozolino 2007). Anche in psicoterapia si è fatta sempre più strada l'idea che qualità come la gentilezza, l'empatia e l'accettazione dell'altro non siano soltanto un "contorno", un *milieu* ottimale in cui dispiegare le diverse tecniche di intervento e che possano, invece, costituire un ingrediente attivo del cambiamento. Un'espressione di questo approccio è di sicuro la terapia centrata sul cliente di Carl Rogers (1961), secondo il quale la considerazione positiva, l'autenticità e l'empatia (gli aspetti nucleari della relazione terapeutica) vanno considerate come agenti attivi del miglioramento sintomatologico dei pazienti. Una più recente espressione di questa visione del cambiamento è un nuovo approccio psicoterapeutico, riconducibile alle cosiddette terapie cognitivo-comportamentali della terza generazione, definito Compassion Focused Therapy (Terapia Focalizzata sulla Compassione, TFC; Gilbert 2007a, 2010). Nata dall'incontro fra le tecniche della terapia cognitivo-comportamentale, la teoria dell'attaccamento e i dati di ricerca sul funzionamento di alcuni network cerebrali che presiedono alle relazioni interpersonali, questa nuova proposta terapeutica offre una concettualizzazione della psicopatologia e del suo mantenimento che si basa sulle dinamiche di attivazione di alcuni sistemi di regolazione emotiva presenti nel nostro cervello. Propone quindi una visione del processo di cambiamento che si basa sulla modulazione di sistemi motivazionali e affettivi, connessi all'attaccamento e al care-giving, la cui attivazione garantirebbe un cambiamento nel paziente che spesso non è implementabile solo attraverso un intervento diretto sulle sue "credenze patogene".

Lo scopo del presente lavoro è quello di analizzare come alcune delle principali tecniche della TFC possano favorire il processo di accettazione in psicoterapia, un elemento che di recente si è dimostrato di primaria importanza nel trattamento di vari disturbi psicopatologici e nella prevenzione delle ricadute (Ruiz 2010). Per una descrizione più dettagliata delle varie tecniche della TFC si rimanda ad altri lavori (ad esempio, Gilbert 2010).

Nella prima parte del presente lavoro sarà descritto brevemente il modello della Terapia Focalizzata sulla Compassione, al fine di rendere chiaro il razionale che guida le diverse tecniche. Nella seconda parte analizzeremo invece alcuni fra i principali interventi che possono favorire il processo di accettazione in psicoterapia, arrivando a suggerire quale potrebbe essere il contributo specifico di queste tecniche nel facilitare il processo di accettazione.

Da un punto di vista cognitivo, l'accettazione è da considerarsi come la modificazione delle credenze che sostengono l'investimento in uno scopo nel momento in cui questo si rivela irrimediabilmente compromesso (Perdighe e Mancini 2010). Vanno considerati scopi compromessi non solo le perdite *tout court* (come nel caso dei lutti o compromissioni fisiche gravi) ma anche il mancato ottenimento di condizioni sentite come desiderate. In termini cognitivi, accettare che uno scopo sia compromesso o a rischio di compromissione implica la

modificazione di credenze che riguardano il potere, il diritto, il dovere e la convenienza di ottenere uno scopo o evitare la sua compromissione. Ciò che suggeriremo è che alcune tecniche della TFC facilitino l'accettazione sia agendo direttamente sulla modificazione di queste credenze sia attivando dei cambiamenti fisiologici, soprattutto legati all'aumento della concentrazione plasmatica del neuropeptide ossitocina (Zak 2012), che hanno un'influenza diretta sullo stile di appraisal e, in generale, su alcune caratteristiche cognitive di un individuo e che sembrano connesse al processo di accettazione.

Caratteristiche principali della Terapia Focalizzata sulla Compassione

La TFC era originariamente nata per pazienti depressi caratterizzati da forte autocritica e sentimenti di vergogna nei confronti dei propri stati affettivi negativi. Gilbert aveva rilevato come questi pazienti siano particolarmente resistenti al tipico intervento di ristrutturazione cognitiva delle loro credenze "disfunzionali". In terapia, se riescono a formulare pensieri alternativi che mettano in discussione le loro credenze, li sentono freddi, non convincenti, non capaci di cambiare la sensazione nucleare di indegnità ed isolamento che li caratterizza. Anche se accettano di focalizzarsi su interpretazioni alternative più favorevoli agli eventi che li turbano o a caratteristiche personali indesiderate, il tono emotivo che permea il loro *self-talk* rimane iper-analitico, freddo, distaccato e persino aggressivo. La stessa cosa avviene per gli *homework*, soprattutto nel caso delle esposizioni, che vengono eseguiti con un dialogo interiore spesso dittatoriale, ipercritico, svalutante o perfezionistico ("non dovrei stare così male, non dovrebbe essere così difficile, sono ridicolo/a, tutti sanno fare questa semplice cosa", "non guarirò mai, ed è colpa mia" ecc). Sulla base di queste osservazioni, Gilbert introdusse nella sua pratica clinica suggerimenti diretti sul modo di "dirsi le cose" e di fare le esposizioni, che fosse maggiormente improntato alla gentilezza, al calore e all'auto-validazione. Inizialmente, quindi, Gilbert si limitava ad incoraggiare i clienti ad immaginare una voce calda e gentile che suggerisse loro i pensieri alternativi o che li assistesse nei compiti comportamentali. Nella seconda edizione di *Overcoming Depression* (Gilbert 2000b) un'intera aria di approfondimento era dedicata a come "sviluppare calore verso se stessi" (vedi anche Gilbert 2000a). Successivamente Gilbert, esplorando aree di ricerca provenienti dalle neuroscienze e dalla teoria dell'attaccamento (Depue e Morrone-Strupinsky 2005, LeDoux 1998, Panksepp 1998) propose la sua spiegazione di questo fenomeno di "resistenza" (incapacità di lasciarsi rassicurare dai pensieri alternativi "positivi") e le eventuali strategie per superarlo. Nel nostro cervello sono presenti almeno tre sistemi di regolazione affettiva, responsabili dei diversi tipi di emozioni che regolano e "guidano" il raggiungimento dei nostri scopi biosociali (*social mentalities*). Il **sistema di protezione dalla minaccia** (*threat system*) è responsabile di emozioni come rabbia, ansia, disgusto, tristezza, gelosia, invidia, vergogna, ovvero emozioni che ci aiutano a fronteggiare rapidamente i pericoli al fine di ristabilire o mantenere una condizione di sicurezza (*safety*). È il nostro sistema di default, nella misura in cui il nostro cervello dà priorità a segnali che indicano la presenza di minacce piuttosto che di elementi innocui o piacevoli (Baumeister 2001) e opera attraverso particolari circuiti cerebrali come l'amigdala e l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA; Le Doux 1998). In connessione a questo sistema emozionale si attiverebbe un determinato stile attentivo (attenzione selettiva), uno stile di ragionamento particolarmente "conservativo" (*better safe than sorry*), determinati processi di memoria (memoria intrusiva) e comportamenti protettivi (*freeze, fight, flight, submission*): tutte risposte volte a migliorare la nostra capacità di difenderci dalla minaccia e scampare i pericoli. Gilbert puntualizza in diversi lavori (1989, 1993, 2010) come

quasi tutti i modelli psicoterapeutici si confrontano, più o meno direttamente, con le diverse espressioni di questo sistema di auto-protezione, proponendo differenti strategie per far fronte alla sua iper-attivazione.

Il secondo sistema di regolazione emozionale è il **sistema di ricerca di stimoli e risorse** (*drive and excitement system*), responsabile delle emozioni positive che ci motivano e guidano a cercare risorse per sopravvivere e prosperare (piacere, orgoglio, eccitamento) e ci segnalano quando i nostri scopi sono realizzati. Sono queste le emozioni positive energizzanti e connotate da un fattore di eccitamento ed euforia che proviamo quando superiamo un esame, vinciamo una competizione o otteniamo una promozione a lavoro a lungo desiderata. Questo sistema è connesso all'attivazione del circuito dopaminergico, che ci regala quella sensazione di benessere euforico che proviamo quando usciamo vincitori dal confronto con gli altri, con le sensazioni di superiorità e "distanza competitiva" che ne deriva. Per Gilbert, l'autostima e le emozioni positive connesse dovrebbero essere inquadrate in questo registro emotivo: come anche altri ricercatori suggeriscono (Neff 2012) l'autostima garantirebbe emozioni di orgoglio e fiducia in se stessi che sono connesse a quanto ci sentiamo all'altezza di standard di adeguatezza o "successo" più o meno auto-imposti. Sono quindi emozioni positive *condizionate* alla valutazione di adeguatezza a qualche tipo di standard e, per questo, caratterizzate dalle normali oscillazioni a cui va incontro questo "auto-bilancio" delle nostre competenze.

Il terzo sistema di regolazione emotiva, definito da Gilbert *sistema calmante* (*soothing system*) sarebbe invece responsabile di un altro tipo di emozioni positive ben distinte da quelle energizzanti del sistema appena descritto: sono le emozioni di calma, tranquillità e appagamento che si sperimentano quando non dobbiamo difenderci da qualche minaccia o lottare per acquisire risorse o raggiungere standard (Depue et al. 2005). Questa sensazione di contentezza implicherebbe un fattore di sicurezza intrinseca che Gilbert definisce *safeness*: un insieme di sentimenti positivi e profondi diversi dalla sensazione di "cessato pericolo" (*safety*) ma anche dalla gioia euforica, ebbrezza ed eccitamento tipici del sistema di ricerca di stimoli e risorse descritto precedentemente. È piuttosto una sensazione di sicurezza e appagamento che deriva dal *sentirsi connessi agli altri*, che si sviluppa in interazioni improntate al calore e all'affiliazione e caratterizzato a livello fisiologico dall'attivazione del sistema delle endorfine e dell'ossitocina. È questo specifico profilo neuro-ormonale (in particolare l'ossitocina) che ha proprietà "calmanti" sui membri dell'interazione: il rilascio di questa sostanza fa sì che il bambino (e non solo) si calmi e si lasci confortare dalla presenza di una persona accudente (anche quando lo stimolo avverso rimane nell'ambiente) oltre che aumentarne la soglia del dolore, migliorarne la funzionalità del sistema immunitario e digestivo, diminuirne la sensibilità allo stress (Heinrichs et al. 2003, Lee et al 2009). Nella concettualizzazione di Gilbert questo è un sistema a sé stante: le sue proprietà calmanti si sono sviluppate in concomitanza allo sviluppo delle motivazioni all'attaccamento e all'accudimento e a quei cambiamenti nel sistema nervoso che hanno reso possibile la vicinanza fisica, l'affiliazione e l'interesse per l'accudimento della prole. Porges (2003, 2007) sostiene, ad esempio, come le componenti mieliniche del nervo vago si siano evolute insieme al sistema dell'attaccamento nella misura in cui hanno la proprietà di *inibire* i comportamenti di difesa nei confronti della minaccia (modulando l'attività simpatica dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene) e di ricerca di status, promuovendo la comparsa di uno stato fisiologico di calma e piacere che deriva da (e allo stesso tempo rinforza, rendendoli più allettanti) la vicinanza interpersonale e i comportamenti affiliativi. Questa capacità di modulare, inibendolo, lo stato di minaccia percepita (con tutte le componenti fisiologiche, cognitive ed emozionali che lo contraddistinguono) che sarebbe emerso in concomitanza a motivazioni di attaccamento e accudimento, si riflette nel

bilanciamento dinamico del sistema nervoso simpatico e parasimpatico che dà origine alla variabilità del ritmo cardiaco (HRV, *heart rate variability*; Porges 2007): segnali di sicurezza interpersonale avrebbero quindi la capacità di aumentare questa variabilità e la capacità di chi li riceve di auto-tranquillizzarsi in condizioni di stress (abbassando il livello di attivazione dovuto alla percezione di minaccia). La TFC (Gilbert 2009a) suggerisce che esperienze infantili di accudimento disfunzionale (abusi nella sfera emozionale e fisica, neglect, alta emotività espressa, forte critica genitoriale, accudimento distanziante e privo di calore) hanno reso, per questi pazienti, più funzionale permanere costantemente in uno stato di “allerta” e dato origine a un iper-sviluppo del sistema di protezione della minaccia (di cui il comportamento auto-critico sarebbe una manifestazione) e conseguente ipo-sviluppo del *soothing system*. In linea del tutto semplificativa, lo spettro sintomatologico di questi pazienti è da attribuirsi al maggiore sviluppo e accessibilità del sistema della minaccia (con tutte le conseguenze cognitive, affettive e motivazionali che ne derivano) e alla ridotta attivabilità del *soothing system*, sia per una carente stimolazione dello stesso durante i primi anni di vita, sia perché la sua attivazione è stata condizionata in modo avversivo (ad esempio, figure di attaccamento capaci di dare affetto e calore ma che hanno anche perpetrato abusi nei confronti del soggetto). Alla luce di questa concettualizzazione, Gilbert suggerisce che la difficoltà di questo tipo di pazienti (fortemente auto-invalidanti, autocritici, tendenti all’auto-accusa e con forti sensazioni di vergogna) di lasciarsi calmare e tranquillizzare dalle interpretazioni alternative, non sia dovuta all’incapacità di “reclutare dati” a favore di queste ipotesi alternative (ad esempio della loro amabilità) ma, congiuntamente, all’iper-attivazione del *threat system* (con il suo tipico stile decisionale *better safe than sorry*) e all’incapacità di “accendere” il *soothing system*, responsabile di quelle emozioni di rassicurazione e accettazione di sé che i “dati” sulla propria amabilità cercherebbero di generare. È come se, in questi pazienti, il *soothing system* fosse *off-line*, generando il tipico fenomeno “comprendo la logica, ma non lo sento vero (e mi sento stupido o irrazionale perché dovrei potermi convincere)”. Affinché i dati a favore di ipotesi alternative benevole siano davvero capaci di rassicurare il paziente è necessario, secondo Gilbert, che il sistema calmante sia prima riattivato e che quindi possa effettivamente recepire e lasciarsi stimolare da stimoli esterni “tranquillizzanti”. Da qui derivano le tipiche difficoltà che questi pazienti incontrano con la TC standard (Rector et al. 2000) e la proposta di Gilbert di promuovere il cambiamento attraverso un training specifico (il *compassionate mind training*, CMT) che insegni ai pazienti come riattivare deliberatamente il proprio *soothing system* e poter disporre delle naturali capacità di regolazione che questo sistema ha nei confronti degli altri due. Il training, che racchiude tutte le tecniche di intervento della TFC, è da considerarsi come una sorta di *psico-fisioterapia* (Gilbert 2005a, 2010): una riabilitazione di un sistema emotivo il cui funzionamento è compromesso e che deve essere esposto a sollecitazioni adatte affinché torni ad un funzionamento normale. Essendo un sistema di regolazione connesso all’attaccamento e all’accudimento, i *cues* a cui risponde sarebbero, secondo la TFC, segnali di affetto, gentilezza, calore e accettazione negli scambi interpersonali. È interessante notare come nella TFC questi segnali abbiano la capacità di “accendere” il *soothing system* sia quando vengono rilevati nell’ambiente (persone che sono compassionevoli, accudenti e attente a noi), sia quando siamo noi stessi ad emetterli verso gli altri e *verso di noi*. Da qui il focus sulla compassione: un’emozione che si attiva in risposta a segnali di sofferenza degli altri ed è accompagnata da un intenso desiderio di alleviarli. Attivare deliberatamente questo stato emotivo avrebbe caratteristiche peculiari rispetto, ad esempio, alla pena o all’affetto verso la prole (Goetz et al. 2010): secondo moderne concettualizzazioni, infatti, la compassione deriverebbe dall’attivazione del sistema di accudimento ma non sarebbe esclusiva dei rapporti

parentali (quindi non si attiva solo in relazione alla sofferenza della prole) e può quindi nascere in relazione a segnali di malessere dei nostri conspecifici (quindi, con maggiori occasioni di attivarsi). Mentre la pena, ad esempio, scaturisce dall'appraisal di *inferiorità* della persona che soffre e che desideriamo aiutare, nella compassione ci sarebbe l'implicito riconoscimento di una condivisione (anche solo potenziale) della condizione che predispone l'altro a soffrire, anche se non della specifica situazione che ha generato quella determinata sofferenza.

Il set di esercizi che costituiscono il CMT è stato in gran parte mutuato dalla tradizione meditativa di origine buddista che si incentra molto sul generare stati di compassione verso se stessi e gli altri e sull' "esporsi" alla compassione degli altri. La compassione avrebbe, secondo questa tradizione, il potere di "trasformare la mente" (Dalai Lama 1995) riferendosi, plausibilmente, all'insieme di cambiamenti nello stile attentivo e di ragionamento che si verifica una volta che si attiva deliberatamente questo specifico assetto motivazionale.

Nella Terapia Focalizzata sulla Compassione il target primario del training è la riduzione dell'attitudine all'autocritica, considerata un meccanismo estremo di difesa da un ambiente percepito come imprevedibile e minaccioso (Gilbert 2007a, 2009a; Gilbert e Irons 2005). Attaccare se stessi per qualcosa che gli altri ci hanno fatto o di cui ci stanno privando potrebbe garantire, secondo Gilbert, la sensazione di avere *locus of control* interno rispetto a ciò che sta accadendo e manterrebbe intatta la credenza che quell'aspetto della realtà è in ultima analisi modificabile, se solo modifichiamo qualche elemento di noi stessi. L'autocritica diventerebbe una parossistica modalità di difesa attraverso cui si mantiene intatta la credenza della modificabilità di una situazione avversa quando non si riesce, di fatto, ad accettarne l'immodificabilità (per una discussione più approfondita sulle diverse forme e funzioni dell'autocritica si veda Gilbert 2009a). L'autocritica inoltre si configura come un meccanismo di mantenimento ed esacerbamento della sintomatologia connessa all'iper-attivazione del *threat-system*, trasversale a differenti psicopatologie: l'invalidazione del proprio stato emotivo, il disprezzo verso se stessi, la vergogna e il senso di indegnità si manifestano, di fatto, con un dialogo interiore che continuamente svaluta, denigra e commenta in tono sprezzante e freddo le esperienze del soggetto. Questo stile di *self-talk* non farebbe altro che stimolare, a livello endogeno, il *threat-system* con il conseguente aumento di manifestazioni emotive e cognitive che spesso, a loro volta, diventano oggetto di ulteriore autocritica (è il caso, ad esempio, del paziente depresso in preda a ruminazioni auto-ostili che hanno come oggetto la propria inutilità e lo stesso stato depressivo e in cui l'attacco di sé non fa che causare un'ulteriore deflessione dell'umore). Uno dei compiti del terapeuta è quindi far comprendere al paziente le origini e le varie funzioni del suo comportamento auto-critico e allo stesso tempo il vantaggio di sviluppare e assumere un atteggiamento gentile verso se stesso proprio al fine di favorire il cambiamento terapeutico e la riduzione della sintomatologia.

La terapia Focalizzata sulla Compassione e l'accettazione

Sebbene, come abbiamo detto, l'accettazione non sia un elemento primario del TFC come lo è, ad esempio, per altri approcci psicoterapeutici come l'ACT, molti degli interventi di questo approccio terapeutico sono pensati per favorire l'accettazione nelle diverse accezioni rilevanti per il processo psicoterapeutico. In linea generale la TFC, come afferente alla cosiddetta terza onda della terapia cognitivo-comportamentale, tende a considerare il cambiamento non solo come derivato dalla modificazione di credenze patologiche o di stati affettivi "disfunzionali" ma soprattutto dalla modificazione del "rapporto" che instauriamo con queste manifestazioni

psicopatologiche e si basa quindi, implicitamente, sull'accettazione come processo fondamentale per il cambiamento (Gilbert 2010). Ci sono però alcune pratiche della TFC che sembrano specificamente orientate a facilitare l'accettazione e potrebbero quindi costituire un utile strumento a livello terapeutico.

La formulazione del caso

La formulazione del caso nella TFC, in modo simile ad altri approcci della TCC, si focalizza sull'analisi delle "minacce" interne ed esterne percepite dal soggetto, soprattutto nel suo contesto di sviluppo e ai meccanismi protettivi che ha messo in atto per fronteggiarle. Una particolare attenzione viene data al possibile "iper-sviluppo" del *threat system* (o del *drive and excitement system*) a scapito dello sviluppo del sistema calmante (*soothing system*). Questo focus sullo sviluppo funzionale (perché protettivo) di alcuni sistemi motivazionali rispetto ad altri, piuttosto che sulle "distorsioni cognitive" e le presunte "irrazionalità" che genererebbero la sofferenza del soggetto, tende a facilitare l'accettazione, da parte del paziente, della propria sintomatologia e una maggiore comprensione dei meccanismi che nel tempo "sono sfuggiti di mano" ("non è poi così strano che io stia così", "non è colpa mia"). Questo tipo di concettualizzazione facilita anche l'accettazione da parte del paziente della modalità con cui la TFC si propone di invertire questo trend, suggerendo una teoria del cambiamento (il training di un determinato sistema emotivo) che diverge dalle teorie naive spesso adottate dai pazienti (cambiamento attraverso un *insight*, la risoluzione di un conflitto intra-psichico ecc). Nella TFC il cambiamento avviene attraverso una deliberata attivazione di un particolare sistema motivazionale (nel lessico della TFC, "mentalità sociale" della compassione) che ha la capacità di modulare e attuare la cronica iper-attivazione degli altri due riducendone, nel tempo, la predominanza a livello psichico.

Il reality check

Altro elemento della TFC che favorisce alcuni processi di accettazione è ciò che viene definito *reality check*, ovvero esame di realtà (Gilbert 2009a). Con questo aspetto psico-educazionale del training, si cerca di facilitare la modificazione di alcune credenze di base del paziente, in particolare quelle che riguardano la sua mente, i modi in cui ritiene che "funzioni e cambi", il livello di controllo che può esercitare sulle varie manifestazioni di essa (emozioni, pensieri e impulsi). Per fare questo vengono suggerite al paziente alcune idee su cui è invitato a riflettere e che si incentrano sulla presa di coscienza di alcuni elementi di "immodificabilità" della vita: la struttura dei nostri cervelli, che si è evoluta a partire da disegni arcaici ancora presenti in noi, ci espone a conflitti, impulsi e complessità che spesso non possiamo far altro che riconoscere ed accettare. Le abilità del "cervello nuovo" (la corteccia, con le sue competenze per il pensiero complesso, la riflessione e la consapevolezza di sé) si scontreranno sempre con l'irruenza delle motivazioni e degli impulsi del "cervello antico" (l'amigdala e la sua iper-reattività protettiva). Questo particolare approccio suggerisce che molti dei meccanismi mentali che ci fanno soffrire "non si sviluppano per colpa nostra ma, nonostante ciò, dobbiamo assumerci la responsabilità del loro cambiamento". Al contrario, la compassione ha origine dal riconoscimento profondo della "normalità" della sofferenza e dunque della nostra intrinseca "appartenenza al genere umano" quando la sperimentiamo (Neff 2003) e si configura come un naturale antidoto alle emozioni di vergogna e colpa che questi stati di sofferenza possono causare se sentiti come anormali. Questo tipo di intervento, se fatto non in modo didattico o *detached* ma realmente sentito dal terapeuta,

può aiutare il cliente a modificare le credenze di “potere e diritto” di cambiamento su alcuni sui stati mentali, credenze che, come abbiamo detto, costituiscono spesso l’ostacolo principale al processo di accettazione.

La mindfulness

Altri elementi che posso facilitare il processo di accettazione sono contenuti negli esercizi base della mindfulness e, in particolare, della focalizzazione sul respiro, che costituiscono il punto di partenza del *training della mente compassionevole* (TMC). Non ci sono delle differenze sostanziali con gli esercizi di mindfulness descritti in altri testi se non per la particolare rilevanza che nella TFC viene data al “come” vengono svolti (ad esempio a come invitiamo noi stessi a tornare nel momento presente dopo che ci siamo accorti che la nostra mente si è distratta dall’esercizio). Nella CFT si spiega al paziente quanto sia naturale che la mente vaghi e sia catturata, anche di continuo, da pensieri e ruminazioni. Il vero esercizio è dunque quello di osservare e, *con gentilezza*, tornare a focalizzarsi sul respiro, senza pretendere da noi stessi una fissità attentiva che è tanto impossibile quanto nociva. Il paziente è invitato a non avere “nessuno scopo” durante l’esercizio se non quello di osservare con curiosità tutto ciò che succede mentre cerca di fare una cosa apparentemente semplice come concentrarsi sul proprio respiro. Esercizi di questo tipo possono rappresentare esperienze nucleari di “accettazione incondizionata di quello che c’è” e delle diverse manifestazioni del nostro essere, partendo da una basilare come il flusso respiratorio. Tutte le tradizioni di mindfulness suggeriscono di condurre questo esercizio con gentilezza, senza alcuna forma di aggressività nei confronti “dei pensieri che sfuggono”. L’elemento di “gentilezza” verso questa innata tendenza della mente sembra una caratteristica che facilita il processo di accettazione del “qui ed ora” proposto dagli esercizi di mindfulness e suggerito anche da alcune pratiche dell’Acceptance and Commitment therapy (Harris et al. 2009).

Il posto sicuro e la creatura compassionevole

In questo esercizio il paziente viene invitato ad immaginare un posto sicuro dove possa sentirsi a suo agio e in uno stato di tranquillità. Come nella classica versione utilizzata in altre pratiche di rilassamento, il paziente è invitato a descrivere tutte le caratteristiche salienti di questo luogo, compresa la temperatura, il tipo di luce e di odori che lo contraddistinguono. Nella TFC si aggiunge un altro elemento: una volta che il paziente ha visualizzato il luogo sicuro, gli si chiede di immaginare che questo sia dotato di una forma di coscienza e *che gioisca e provi piacere del fatto che il paziente sia lì*. Si chiede quindi al paziente di esplorare come lo fa sentire l’idea che il luogo tragga piacere dalla sua presenza e che desideri il suo benessere e la sua crescita. Il posto sicuro quindi è dotato della qualità compassionevole di comprendere la sofferenza del soggetto e di desiderare che stia meglio. Stesse caratteristiche si riscontrano anche nell’esercizio della creatura compassionevole (*inner protector*), uno degli esercizi fondamentali della CFT. In questo caso il *soothing system* viene stimolato esponendo il paziente, a livello immaginativo, ad una figura immaginaria che sia dotata di tutte le qualità compassionevoli che il paziente stesso qualifica come “ideali” e “desiderate”. Il fatto di pensare a quali siano le caratteristiche che rendono ideale per lui una determinata immagine compassionevole è un elemento chiave dell’esercizio perché ci permette di capire cosa si aspetta realmente dall’esperienza di ricevere la compassione degli altri (protezione, comprensione, validazione delle emozioni o una generica

sensazione di gentilezza e calore? È spaventato o sprezzante rispetto a qualcuna di queste sensazioni?). Indirettamente è anche un modo per comprendere in quali aspetti l'esperienza di accudimento è stata deficitaria o si è associata a elementi negativi da cui adesso il paziente cerca di difendersi (con un atteggiamento di resistenza o disprezzo). Sebbene sia un'immagine costruita dal paziente, il terapeuta può suggerire alcune caratteristiche che potrebbe possedere (impegno profondo nei suoi confronti, saggezza, forza mentale, calore, accettazione incondizionata). Anche in questo esercizio viene data rilevanza al "desiderio di bene" che l'immagine ha nei confronti del paziente. Gilbert sottolinea infatti che gli esseri umani si sono evoluti per cercare accudimento da parte degli altri (Gilbert 1989, 2007a) e sentire che gli altri si preoccupano per loro (Hrды 2009) e li "contengono come elementi preziosi" nelle loro menti. Quindi, la motivazione che anima l'immagine compassionevole (un profondo interesse e desiderio di bene per la persona solo per il fatto che esiste e non perché dotata di qualità particolari) è un aspetto cruciale di questo esercizio. Il paziente comincia a sperimentare la sensazione di "accudimento incondizionato" e la credenza che si possa essere degni di attenzione, stima e amore anche se non si è fregiati di caratteristiche particolari, anzi, proprio nel momento di sofferenza in cui spesso ci sentiamo privi di qualità positive (Gilbert e Irons 2004, Mayhew e Gilbert 2008).

In una versione alternativa di questo esercizio viene chiesto al paziente di ricordare un momento in cui qualcuno è stato particolarmente compassionevole con lui, attingendo quindi alla memoria e a vicende realmente accadute. Il paziente deve sempre avere presente il rationale dell'esercizio: non è una prova di memoria che terminerà con "vedi, non è vero che nessuno ti vuole bene" ma un vero e proprio allenamento di un sistema emotivo che nel paziente è iposviluppato.

Sviluppare il sé compassionevole e l'esercizio della sedia compassionevole

Questa parte della pratica ha lo scopo di aiutare il paziente a sviluppare la sua capacità di essere una persona compassionevole. L'idea che viene suggerita è che ognuno di noi è capace di assumere diverse personalità, a seconda del pattern cerebrale (sistema motivazionale) che viene attivato in un determinato momento e che, attraverso la pratica, sarà sempre più facile per il paziente accedere ad uno specifico *mind-set* (quello in cui sperimenta compassione verso sé e verso gli altri). Un modo di produrre questo cambiamento è utilizzando le tecniche di recitazione e seguire gli step che gli attori mettono in atto per "impersonare" un determinato personaggio. Esattamente come accade nelle tecniche di recitazione, la sensazione di essere compassionevoli può essere recuperata attingendo alla memoria e ritornando nel modo più particolareggiato possibile ad un momento in cui abbiamo sentito di incarnare le caratteristiche della compassione (saggezza, gentilezza, non giudizio o desiderio di aiutare qualcuno in difficoltà). Una volta che il paziente ha fatto pratica della sua *parte compassionevole* allora è invitato ad impiegarla (attivare questo pattern motivazionale) in esercizi esperienziali dove verrà utilizzata per fronteggiare meccanismi mentali molto potenti, in particolare l'autocritica. Uno di questi esercizi è il riadattamento della "tecnica delle sedie" messa a punto dell'ambito della terapia della Gestalt ed attualmente utilizzata anche in altri approcci terapeutici (Whelton e Greenberg 2005, Elliott et al. 2003). In questo caso viene utilizzata un'apposita sedia, detta *sedia compassionevole*, che favorisca l'attivazione di emozioni, pensieri e capacità meta-cognitive che caratterizzano questa parte del sé. Si chiede al paziente di richiamare alla mente un momento in cui si è sentito arrabbiato, ansioso o, se stiamo lavorando con la parte autocritica, un episodio di cui non è riuscito a perdonarsi e che attivi in lui sentimenti di autocritica e persino disprezzo

verso se stesso. Gli viene quindi chiesto di spostarsi in una sedia diversa e dare voce alla sua parte autocritica. Si chiede poi al paziente di spostarsi di nuovo nella sedia *base* e provare a rispondere alle accuse che provengono dalla *sedia critica*. Successivamente si fa sedere il paziente nella sedia compassionevole e lo si invita ad entrare nella *modalità compassionevole* (può, in questo caso, richiamare alla mente la sua figura compassionevole se sente che può aiutarlo nell'effettuare lo *shift*). Quando sente di essere riuscito ad entrare in contatto con il sé compassionevole viene invitato semplicemente a provare, per qualche minuto, compassione per la parte sotto attacco. Riesce a percepire il dolore che sta provando? È possibile che, nonostante i difetti che ha, non si meriti un tale trattamento? Questo tipo di attacco riesce davvero a motivarla a crescere? La parte compassionevole sente il desiderio di consolare e difendere da questo attacco esagerato il suo sé difettato? Il razionale della tecnica, in questo contesto, è diverso da quello con cui viene impiegata nella terapia cognitiva comportamentale standard dove solitamente ha lo scopo di far sperimentare al paziente una situazione da differenti punti di vista e farlo diventare più equilibrato rispetto alle sue valutazioni di un evento. In questo ambito, invece, viene impiegata per aiutare il paziente ad attivare il suo *soothing system* e ad esplorare la natura di diverse parti del sé in modo che, ai suoi occhi, questa molteplicità venga normalizzata. C'è un aspetto fondamentale di questo esercizio che ci sembra particolarmente rilevante al fine di favorire il processo di accettazione. Quando viene confrontata la parte autocritica, a questa viene data piena apertura e ascolto. In quasi nessun caso (a meno che la voce non sia quella di qualcuno che abbia abusato fisicamente del soggetto, si veda Gilbert 2010) la parte autocritica viene "combattuta" o schiacciata. La parte compassionevole non viene considerata come "alternativa" a quella autocritica. È anzi animata dalla comprensione verso questa componente di sé: nella sedia compassionevole il soggetto è invitato a comprendere che l'atteggiamento ipercritico potrebbe essere in realtà un massiccio, quanto paradossale, meccanismo di protezione, ne comprende lo scopo e le funzioni, cerca di intravederne la disperata esigenza da cui si è originato. Una componente che, per quanto dolorosa, è da comprendere, validare, anche se da ridimensionare nel suo potere di influenzare le nostre credenze su noi stessi.

La lettera compassionevole

È una particolare forma di scrittura espressiva la cui utilità nell'elaborazione di vissuti difficili è stata riscontrata in diverse ricerche empiriche (Pennabacker 1997). L'esercizio può essere svolto in diversi modi. Si può chiedere al cliente di immaginare la voce della sua immagine compassionevole che gli parla e scrivere ciò che questa gli comunica, oppure di "incarnare" il suo sé compassionevole e scrivere a se stesso una lettera da quella prospettiva; oppure di immaginare che un amico gli stia scrivendo una lettera o che lui stesso stia scrivendo una lettera ad un amico che versa in una situazione simile. Anche in questo caso viene data rilevanza non solo a ciò il paziente riesce a "dirsi" da una prospettiva diversa, ma anche alla modalità che viene utilizzata per comunicare. L'esercizio quindi non è solo un allenamento a raccogliere e prendere in considerazione nuovi dati rispetto a questioni che fanno soffrire, ma aiutarlo a rivolgersi a se stesso, soprattutto nei momenti di sofferenza, in modo dolce e improntato al calore e alla comprensione. Il terapeuta in questo caso funge da guida e modello per la scrittura della lettera che sarà scevra da consigli e "dovrei": il cuore del messaggio deve essere la validazione totale delle emozioni che vengono provate nel momento di difficoltà e ricordare come dilemmi, le perdite, le frustrazioni siano una componente normale della vita, che non "si dovrebbe non averle". Questo esercizio sembra quindi particolarmente importante sia per favorire l'accettazione dei

propri vissuti emotivi che delle circostanze che li hanno attivati. È necessario che il paziente comprenda come queste lettere non vengono scritte per “trovare una soluzione al problema”, ma per “trovare un modo migliore di stare dentro un problema, quando non può essere risolto”. Per questa ragione la lettera deve poter esprimere un’accezione incondizionata della situazione e della persona che si trova in quella determinata situazione.

L’ossitocina e la TFC

La TFC suggerisce, quindi, che il cambiamento in psicoterapia avvenga non solo attraverso l’intervento diretto sulle credenze patologiche ma anche attraverso l’attivazione deliberata di un particolare assetto emotivo e motivazionale (compassione per se stessi e per gli altri). L’attivazione di questo sistema e la modulazione neurochimica che induce faciliterebbe il cambiamento del paziente sia in termini emotivi che cognitivi, riducendo l’attivazione del *threat system* e del tipico stile di pensiero (credenze e motivazioni) che lo contraddistingue. Come già anticipato, in termini neurochimici, la sostanza che sembra maggiormente coinvolta in questo processo è l’ossitocina. La funzione primaria di questo neuropeptide è quella di stimolare le contrazioni della muscolatura liscia dell’utero nella fase del parto. Tuttavia, è ormai ingente il numero di studi che attestano come l’aumento di ossitocina abbia una profonda influenza non solo sull’assetto emotivo ma anche cognitivo e motivazionale di soggetti di entrambi i sessi (per una review si veda Ishak et al. 2011, Lee et al. 2009). Un aumento plasmatico di questa sostanza si è dimostrato direttamente connesso ad una maggiore sensazione di calma e fiducia nei confronti di se stessi e degli altri dovuta al ruolo di inibizione che questo neuropeptide svolge nei confronti delle regioni cerebrali associate alla paura (l’asse ipotalamo-ipofisi-surrene). Quindi, una molecola che segnala la presenza di interazioni sociali “buone” e che viene prodotta prevalentemente durante scambi sociali improntati al calore e alla fiducia reciproca, sembra avere anche un profondo effetto sull’intero sistema cognitivo.

Sebbene non ci siano ancora dati che dimostrino il legame fra questa sostanza e la capacità di accettazione di un individuo, alcuni studi sembrano suggerire questa connessione. Zak (2012) ad esempio ha mostrato in vari esperimenti come una somministrazione intranasale di ossitocina, o la visione di scene che innescano una risposta di empatia e compassione, che indirettamente aumentano il livello di ossitocina, producono un aumento di fiducia sia nei confronti dell’altro (tanto da aumentare il comportamento altruistico) che di se stessi. L’effetto ansiolitico attribuito a questa sostanza sarebbe veicolato non tanto da una minore percezione di pericolo nell’ambiente quanto piuttosto dall’accresciuta sensazione di disporre di risorse “interiori” sufficienti per fronteggiare il pericolo o tollerare l’eventuale compromissione di uno scopo rilevante per il soggetto (De Dreu et al. 2012). Un altro effetto documentato è l’aumento della sensazione di *common humanity* (estensione del proprio criterio di *in-group*) che sembra rilevante per il processo di accettazione nella misura in cui riduce l’emozione di vergogna relativa ai propri fallimenti, aumentando la sensazione di connessione agli altri quando ci sentiamo in difficoltà (Keltner et al. 2010) e diminuendo la sensibilità allo stress soprattutto nell’ambito delle dinamiche relazionali. Bassi livelli plasmatici di ossitocina, inoltre, caratterizzano peculiarmente alcuni disturbi di personalità, come il borderline (Bertsch 2012) e sono tanto più bassi quanto più è alto il livello di abusi e neglect subiti durante l’infanzia.

Sebbene ci siano solo prove indirette a favore di questa ipotesi (Rockliff et al 2011), è possibile ipotizzare come alcune delle tecniche della TFC, che hanno come target l’attivazione del *soothing system* e l’incremento selettivo di questa sostanza, possano facilitare il processo

di accettazione sfruttando l'azione modulatrice che l'ossitocina ha sia sulle emozioni che sulle cognizioni umane, rendendo queste tecniche un sicuro complemento al set di interventi per promuovere l'accettazione in psicoterapia già rivelatisi efficaci in ambito clinico.

Bibliografia

- Baumeister RF, Bratslavsky E, Finkenauer C, & Vohs KD (2001). Bad is stronger than good. *Review of General Psychology*, 5, 323-370.
- Bertsch K, Schmidinger I, Neumann I, Herpertz D, & Sabine C (2012). Reduced plasma oxytocin levels in female patients with borderline personality disorder. *Hormones and Behavior*, doi: 10.1016/j.yhbeh.2012.11.013.
- Cozolino L (2007). *The Neuroscience of Human Relationships: Attachment and the Developing Brain*. Norton, New York. Tr. it. *Il cervello sociale. Neuroscienze delle relazioni umane*. Raffaello Cortina, Milano 2008.
- Dalai Lama (1995). *The Power of Compassion*. HarperCollins, India.
- Depue RA & Morrone-Strupinsky JV (2005). A neurobehavioral model of affiliative bonding. *Behavioral and Brain Sciences* 28, 313-395.
- De Dreu Carsten KW (2012). Oxytocin modulates the link between adult attachment and cooperation through reduced betrayal aversion. *Psychoneuroendocrinology* 37, 871-880.
- Elliott R, Watson JC, Goldman RN, & Greenberg LS (2003). *Learning Emotion-Focused Therapy*. American Psychological Association, Washington, DC. Tr. it. *Apprendere le terapie focalizzate sulle emozioni*. Sovera, Roma 2007.
- Gilbert P (1989). *Human Nature and Suffering*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Hove, UK.
- Gilbert P (1993). Defence and safety: Their function in social behaviour and psychopathology. *British Journal of Clinical Psychology* 32, 131-153.
- Gilbert P (2000a). Social mentalities: Internal 'social' conflicts and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy. In P Gilbert and KG Bailey (eds) *Genes on the Couch: Explorations in Evolutionary Psychotherapy*, pp. 118-150. Brunner-Routledge, Hove, UK.
- Gilbert P (2000b). *Overcoming Depression: A Self-Guide Using Cognitive Behavioural Techniques*, rev. edn. Robinsons, London, and Oxford University Press, New York.
- Gilbert P (2007a). *Psychotherapy and Counselling for Depression*, 3rd edn. Sage, London.
- Gilbert P (2009a). *The Compassionate Mind*. Constable & Robinson, London e New Harbinger. Oakland, CA.
- Gilbert P (2010). *Compassion Focused Therapy. Distinctive Features*. Routledge, London. Tr. it. a cura di Petrocchi N. *La terapia focalizzata sulla compassione. Caratteristiche distintive*. Franco Angeli, Milano 2012.
- Gilbert P & Irons C (2004). A pilot exploration of the use of compassionate images in a group of self-critical people. *Memory*, 12 507-516.
- Goetz JL, Keltner D & Simon-Thomas E (2010). Compassion: An evolutionary analysis and empirical review. *Psychological Bulletin* 136, 351-374.
- Harris R (2009). *ACT Made Simple: An Easy-To-Read Primer on Acceptance and Commitment Therapy*. New Harbinger Publications.
- Heinrichs M, Baumgartner T, Kirschbaum C & Ehlert U (2003). Social support and oxytocin interact to suppress cortisol and subjective response to psychosocial stress. *Biological Psychiatry* 54, 1389-1398.
- Hrdy SB (2009). *Mothers and Others: The Evolutionary Origins of Mutual Understanding*. Harvard University Press, Amherst, MA.

- Ishak WW, Kahloon M, Fakhry H (2011). Oxytocin role in enhancing well-being: a literature review. *Journal of Affective Disorder 1*, 1-9.
- Keltner D, Smith JA, Marsh J(Eds) (2010). *The compassionate instinct*. Norton & Company.
- LeDoux J (1998). *The Emotional Brain*. Weidenfeld & Nicolson, London. Tr. it. *Il cervello emotivo*, Dalai Editore, Milano 2003.
- Lee HJ, Macbeth AH, Pagani J, & Young WS (2009). Oxytocin: the Great Facilitator of Life. *Progress in Neurobiology 88*, 127-151.
- Mayhew S & Gilbert P (2008). Compassionate mind training with people who hear malevolent voices: A case series report. *Clinical Psychology and Psychotherapy 15*, 113-138.
- Neff KD (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity 2*, 85-102.
- Neff KD (2012). The science of self-compassion. In C. Germer & R. Siegel (Eds.), *Compassion and Wisdom in Psychotherapy*, 79-92. Guilford Press, New York.
- Panksepp J (1998). *Affective Neuroscience*. Oxford University Press, New York.
- Pennebaker JW (1997). *Opening Up: The Healing Power of Expressing Emotions*. Guilford Press, New York Tr. it. *Scrivi cosa ti dice il cuore*, Erickson, Trento 2004.
- Perdighe C, Mancini F (2010). Il lutto. Dai miti agli interventi di facilitazione dell'accettazione. *Psicobiettivo 127-148*.
- Porges SW (2003). The polyvagal theory: Phylogenetic contributions to social behavior. *Physiology & Behavior 79*, 503-513.
- Porges SW (2007). The polyvagal perspective. *Biological Psychology 74*, 116-143.
- Rector NA, Bagby RM, Segal ZV, et al (2000). Self-criticism and dependency in depressed patients treated with cognitive therapy or pharmacotherapy. *Cognitive Therapy and Research 24*, 571-84.
- Rockliff H, Karl A, McEwan K, Gilbert J, Matos M, Gilbert P (2011). Effects of intranasal oxytocin on 'compassion focused imagery'. *Emotion 11*, 6, 1388-96
- Rogers CR (1961) *On becoming a person: A therapist's view of Psychotherapy*. Houghton and Miffling Boston. Tr. it. *La terapia Centrata sul Cliente*. Firenze, Martinelli 1970.
- Ruiz FJ (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy 10*, 125-62.
- Whelton WJ & Greenberg LS (2005). Emotion in self-criticism. *Personality and Individual Differences 38*, 1583-1595.
- Zak PG (2012). *The moral molecule*. Penguin Group, New York.