

Fugen Neziroglu e
Katharine Donnelly



FUORI DA ME

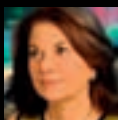
Superare il disturbo
di depersonalizzazione

Erickson

Il disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione è, tra i disturbi psichiatrici, uno dei più sconosciuti: spesso non viene diagnosticato o è scambiato per depressione o, ancora, non viene trattato con una terapia adeguata. Chi ne soffre si ritrova quindi frustrato e scoraggiato a passare da uno specialista all'altro, nell'impossibilità di trovare una diagnosi e una terapia efficace per i propri sintomi: senso di irrealità, estraneità verso se stessi, distacco dal proprio corpo e dai propri sentimenti, percezione di un sé diviso che si osserva dall'esterno.

Fuori da me si rivolge sia direttamente ai pazienti che ai clinici in cerca di un punto di riferimento per la loro pratica, ma anche a un pubblico più vasto di lettori interessati al disturbo, di cui si descrivono le caratteristiche (sintomi, decorso, basi biologiche e cause scatenanti) e gli approcci psicoterapeutici. L'originalità del suo contributo è che integra i principi della Acceptance and Commitment Therapy con i metodi della Dialectical Behavior Therapy, applicando entrambi i modelli al trattamento della depersonalizzazione.

Agile e aggiornato, il libro è inoltre ricco di testimonianze, esercizi, questionari e schede di lavoro, nonché di una sezione che raccoglie risposte alle più frequenti domande e preoccupazioni di chi è affetto dal disturbo, per fornire loro strategie comportamentali per fronteggiare il disagio e migliorare significativamente la propria qualità di vita.



Fugen Neziroglu, psicologa cognitiva e comportamentale presso il Bio Behavioral Institute di Great Neck, New York, è coautrice di *Overcoming compulsive hoarding* (2004) e di molti altri libri tradotti in diverse lingue.



Katharine Donnelly, terapeuta comportamentale presso il Bio Behavioral Institute di Great Neck, New York, si occupa di terapie comportamentali orientate all'accettazione e di comportamenti dello spettro ossessivo-compulsivo.

ISBN 978-88-590-0993-1



€ 16,50

9 788859 009931

Indice

Ringraziamenti	7
Presentazione all'edizione italiana (<i>Fugen Neziroglu</i>)	9
Prefazione (<i>Daphne Simeon</i>)	13
Introduzione	15
<i>Capitolo primo</i>	
Che cos'è la depersonalizzazione? Che cos'è il DPD?	19
<i>Capitolo secondo</i>	
Perché non riesci a uscire dal DPD	31
<i>Capitolo terzo</i>	
Perché compare il disturbo di depersonalizzazione	39
<i>Capitolo quarto</i>	
Comprendere i problemi associati al disturbo di depersonalizzazione	51
<i>Capitolo quinto</i>	
La depersonalizzazione secondo la prospettiva dell'Acceptance and Commitment Therapy	65
<i>Capitolo sesto</i>	
L'uso dell'Acceptance and Commitment Therapy	79
<i>Capitolo settimo</i>	
L'uso delle strategie della terapia dialettico-comportamentale	93

<i>Capitolo ottavo</i>	
Utilizzare le strategie comportamentali	115
<i>Capitolo nono</i>	
Altri possibili trattamenti	129
<i>Capitolo decimo</i>	
Domande frequenti	141
Bibliografia	159

Presentazione all'edizione italiana

Intervista a Fugen Neziroglu

a cura di Francesco Sanavio*

La professoressa Fugen Neziroglu insegna al Dipartimento di Psicologia della Hofstra University e alla Scuola di Medicina della Hofstra. È direttrice del Bio Behavioral Institute di Great Neck, New York, un centro clinico e di ricerca specializzato nel trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati, come disturbi d'ansia e depressione. È una psicoterapeuta cognitiva e comportamentale certificata, membro di molte associazioni nazionali e internazionali, fa parte del comitato scientifico dell'International Obsessive Compulsive Foundation (IOCDF) ed è presidente della OCD NY (Obsessive Compulsive Disorder New York) — un'affiliazione della IOCDF.

Fuori da me: Superare il disturbo di depersonalizzazione è uno dei 14 testi che ha scritto, oltre al volume *Lo spettro dei disturbi ossessivo-compulsivi: Patogenesi, diagnosi e terapia* (CSE, 2001), di cui è coautrice insieme a Jose A. Yaryura-Tobias.

* Psicologo laureato all'Università San Raffaele di Milano, ha vinto una borsa di studio presso l'Università autonoma di Barcellona. Dopo la laurea, ha frequentato l'Istituto Beck di Roma iniziando a interessarsi di mindfulness e problematiche relative all'omosessualità (omofobia interiorizzata). In seguito, presso il Bio Behavioral Institute di New York si è occupato di disturbi d'ansia e dello spettro ossessivo-compulsivo. Attualmente è psicologo presso l'Istituto di Terapia Cognitiva e Comportamentale di Padova.

Francesco Sanavio: Buonasera prof.ssa Neziroglu, è un onore e un piacere avere l'opportunità di intervistarla in occasione dell'edizione italiana del suo libro *Overcoming depersonalization disorder*. Questo testo è stato scritto in tempi in cui la nosografia psichiatrica faceva riferimento al *DSM-IV-TR*. Adesso che è stato introdotto il *DSM-5*, cosa pensa della nuova classificazione nosografica dei disturbi dissociativi?

Fugen Neziroglu: Ritengo che il *DSM-5* descriva la depersonalizzazione allo stesso modo del *DSM-IV*, ma abbia aggiunto una descrizione meticolosa della derealizzazione. La descrizione del disturbo non è cambiata significativamente nel tempo, probabilmente perché ancora poco studiata e poco diagnosticata.

ES.: Molti professionisti della salute mentale non dedicano la giusta attenzione a queste condizioni cliniche, ritenute troppo rare da incontrare o ritenendole solamente secondarie ad altri disturbi. Quali sono i principali errori che commettono di solito questi professionisti quando si trovano dinanzi a un paziente che soffre di depersonalizzazione?

FN.: Ritengo che la depersonalizzazione/derealizzazione spesso non venga diagnosticata. Difficilmente vedo un paziente che arriva già con la diagnosi, e quando succede si tratta di solito di una diagnosi che si è fatto da solo. Molti di questi pazienti hanno ricevuto una diagnosi di *depressione*. Nonostante ansia e depressione siano sintomi comuni del DPD, i due disturbi sono molto diversi tra loro. I pazienti depressi possono isolarsi e smettere di interagire con gli altri, ma non sono emotivamente «distaccati». Non sentono una disconnessione tra il loro corpo e la loro mente. I pazienti depersonalizzati solitamente si chiedono se ci sia qualcosa di sbagliato nel loro cervello, come se si sentissero neurologicamente danneggiati. Sanno quello che dovrebbero provare, ma non sentono più nulla. Raccontano di sentirsi insensibili e di vivere in un mondo irreali. Inoltre, anche le loro percezioni risultano alterate: gli oggetti sembrano molto distanti, appaiono strani, i rumori possono essere più forti di quanto siano in realtà. Questa sintomatologia non viene vissuta, invece, dai pazienti depressi.

ES.: Il disturbo di depersonalizzazione è, in effetti, una condizione non comune. Come arrivano alla sua clinica i pazienti che soffrono di depersonalizzazione?

FN.: La maggior parte dei pazienti arriva per motivi legati alla depressione, e il mio lavoro è appunto quello di differenziare subito i due disturbi. Pochi pazienti arrivano con una diagnosi che si sono fatti da soli. Hanno letto qualcosa online oppure, su qualche chat room, qualcuno ha menzionato dei sintomi simili e loro si sono chiesti se potessero soffrire di un disturbo di depersonalizzazione. Le meraviglie di Internet...

FS.: Lei ha lavorato sia a New York sia a Buenos Aires. È ben noto da tempo che la cultura possa mediare l'espressione dei disturbi psicologici; quindi, riguardo ai sintomi di depersonalizzazione, lei ha osservato delle differenze tra la popolazione statunitense e la popolazione argentina? Pensa che gli italiani si debbano aspettare di vedere delle differenze nella maniera in cui gli stati dissociativi siano agiti ed espressi nella nostra cultura?

FN.: Credo che, come in molti altri disturbi, anche qui la cultura giochi un ruolo importante. Penso che, forse, in Italia possiate avere a che fare con un maggior numero di pazienti che arriva con lamentele fisiche insieme ad ansia e depressione. Penso che le culture latine siano in generale più emotive e a volte manifestino le emozioni come *lamentele fisiche*. Ci possono essere maggiori dubbi riguardo al fatto che ci sia qualcosa di sbagliato sul piano fisico; si possono colpevolizzare per non sentire quello che pensano di dover provare per i loro familiari e i loro amici. Sai... gli argentini in fondo sono italiani che vivono in Sud America. La loro cultura è estremamente influenzata da quella italiana.

FS.: C'è qualcos'altro che vorrebbe condividere con i suoi lettori italiani?

FN.: Vorrei dire che sono molto felice che questo libro sia stato tradotto nella vostra lingua. Più persone imparano qualcosa sul disturbo di depersonalizzazione, meglio è. Sono molto grata a Francesco Sanavio per aver curato il lavoro di traduzione. Ringrazio lui e tutti coloro che leggeranno questo testo e impareranno qualcosa sul DPD.

Introduzione

La mia famiglia e i miei amici non capiscono che cosa stia passando. I miei genitori continuano a ripetermi: «Adesso stai piangendo. Come puoi dire che non senti nulla?». Ogni volta che provo a spiegarmi, ho come la sensazione di stare sulla difensiva. A che serve? Le persone importanti della mia vita non mi capiranno mai. Come potrebbero? Non si sono mai sentite depersonalizzate, isolate da ogni cosa attorno a loro, come se stessero vivendo la loro vita solo in modo meccanico. Chi è che vive come un robot giorno dopo giorno? Sono molto in ansia per il mio futuro e temo che non sarò mai in grado di cambiare questa orribile condizione di irrealtà. Tutto sembra lontanissimo, diverso da come appariva un tempo. Che cosa è successo a me, al mio cervello? Perché mi sento così? Mi passerà prima o poi? Non riesco più a stare in mezzo alla gente, è troppo difficile.

Questa testimonianza, che arriva da una giovane donna affetta da disturbo di depersonalizzazione (DPD), evidenzia un'esperienza comune tra coloro che soffrono di depersonalizzazione: la maggior parte delle persone che fanno parte della loro vita non capiscono che cosa si provi e quanto faccia soffrire. Sfortunatamente, lo stesso succede ai familiari e ai professionisti deputati alla cura dei disturbi mentali. Probabilmente hai in mano questo libro perché conosci questo tipo di frustrazione. Magari ti sei già rivolto a uno specialista, ma senza risultati. Forse ti sono state fatte delle diagnosi sbagliate e hai provato un'infinità di farmaci per cercare di tornare alla normalità.

Se sei come la maggior parte delle persone che soffrono di DPD cronico, quando hai finalmente incontrato il termine «depersonalizzazione» è stata un'emozione scoprire che altri si sentono come te e che esiste un nome per la tua esperienza. Tuttavia, forse non hai mai sentito nessun altro parlare delle proprie esperienze di depersonalizzazione. Alcuni termini psicologici fanno parte del vocabolario comune; se racconti a un amico o a un familiare che hai avuto un attacco di panico, quella persona generalmente capisce di cosa stai parlando, prima che tu descriva la tua esperienza. La depersonalizzazione non è così conosciuta dai più, e ciò significa che non solo sei sottoposto alla pressione di dover «stare meglio», ma devi anche cercare di spiegarti e informare gli altri sulla natura e le caratteristiche del tuo disturbo. Forse dovrai anche prendere l'iniziativa per ottenere una cura. Trovare uno psichiatra o uno psicologo specializzato nel trattare la depressione, le fobie o il disturbo borderline di personalità può essere abbastanza semplice, ma trovare un professionista specializzato nel disturbo di depersonalizzazione non è così semplice. Per fortuna, però, sempre più persone si stanno interessando a questo disturbo.

La ricerca sulla depersonalizzazione è ancora in una fase iniziale e quindi abbiamo molto da imparare a riguardo rispetto ad altri fenomeni psicologici. Per il momento però una cosa è sicura: non c'è una soluzione rapida e non c'è un trattamento medico infallibile. Se hai un'infezione batterica e prendi gli antibiotici, probabilmente passerà. La depersonalizzazione non risponde in questo modo. Di fatto non c'è una cura per il disturbo di depersonalizzazione, e cercare di uscirne può addirittura fare più male che bene. Questo può essere difficile da accettare, ma allo stesso tempo vogliamo che tu sappia che c'è qualcosa che puoi fare per stare meglio. Il DPD può essere trattato e tu puoi ritornare alla tua vita.

Lo scopo di questo manuale è aiutarti a gestire la tua sofferenza continuando a impegnarti nella tua vita. Esploreremo i principi dell'accettazione e ti indicheremo delle strategie che ti aiuteranno a tollerare la sofferenza giorno per giorno, mentre ti dedichi a ciò che conta veramente per te. Questo è essenziale perché, alla fine, sconfiggere la depersonalizzazione significa impedirle di sottometterti e di importarti un modo di vivere. Anche se non possiamo prometterti una *cura* per la depersonalizzazione, possiamo armarti di un metodo e di un progetto che ti permetteranno di riprendere le redini della tua vita. Anche se non è colpa tua se sei finito in questa

situazione, sei l'unica persona che può iniziare a fare qualcosa per andare avanti. Crediamo che nessuna persona che soffre di depersonalizzazione debba essere condannata a vivere una vita a metà e, per quanto il percorso della guarigione sia difficile, ciò non è impossibile.

La prima metà di questo libro ti fornirà maggiori informazioni sulla depersonalizzazione e il DPD. Gli ultimi capitoli si focalizzeranno sul trattamento. Presenteremo l'Acceptance and Commitment Therapy (ACT) e ti mostreremo come utilizzarla per ridurre la sofferenza e vivere una vita migliore — anche *con* la depersonalizzazione. Parleremo, inoltre, della mindfulness e delle strategie di radicamento, assieme ad altri esercizi tratti dalla terapia dialettico-comportamentale. Infine, ti insegneremo delle strategie comportamentali per aiutarti a fronteggiare il disagio e dedicarti ad attività sane e funzionali.

Alcuni presupposti di questo libro

Nell'aiutarti a gestire la depersonalizzazione, daremo per scontate alcune cose su di te — che peraltro valgono per tutti. È importante che tu le tenga bene in mente mentre imparerai le strategie comportamentali e di accettazione che ci accingiamo a illustrare:

- non c'è niente di intrinsecamente *sbagliato* in te. In realtà, la tua mente ha trovato un modo adattivo e importante per fronteggiare i particolari ostacoli che la vita può avere messo sul tuo cammino. Come vedremo nel capitolo terzo, forse quando hai sviluppato la depersonalizzazione hai preferito questo torpore alle sensazioni che avresti provato altrimenti.
- Le tue emozioni sono molto importanti. Hai sofferto molto e il tuo dolore ci dice che sentirti connesso alle persone e al tuo ambiente è importante per te. Se sei triste a causa del fatto che non riesci più a sintonizzarti sulle tue emozioni, è perché le relazioni umane sono molto importanti per te. Come vedremo più approfonditamente nel capitolo sesto, è importante che tu sia disposto a fare esperienza del tuo dolore, perché esso è un risvolto di ciò a cui tieni di più.
- Avere rispetto per le proprie emozioni non significa necessariamente agire come esse ti suggeriscono di fare. Anche se le tue emozioni hanno la funzione di proteggerti, a volte ti incitano a fare cose contro il tuo inte-

resse. Come vedrai nei capitoli sesto e settimo, le strategie di mindfulness possono aiutarti ad ascoltare i tuoi pensieri e le tue emozioni mentre agisci in modo intenzionale, facendo attenzione a quali sono le azioni realmente più convenienti per te.

- È impossibile evitare completamente la sofferenza se si sta facendo qualcosa di importante. L'amore è inevitabilmente condito di delusioni, conflitti e perdite; la carriera richiede sacrifici, energie e pazienza; l'amicizia comporta altruismo e dedizione. Nulla a cui valga la pena di dedicarsi è indolore, compreso l'uso delle strategie presentate in questo libro per gestire la depersonalizzazione. Aspettati quindi un percorso difficile e cerca di non dimenticarti quanto sia importante per te stare meglio: cosa c'è di valido in questo percorso, nonostante il dolore che comporta?
- Il momento presente è l'unica cosa su cui devi lavorare. Anche se è facile finire a pensare ai fallimenti del passato o alle preoccupazioni per il futuro, il momento presente è l'unica cosa reale. Le strategie di accettazione e di mindfulness che esploreremo in tutto il libro ti aiuteranno a mantenere l'attenzione sul momento presente.

Come usare questo libro

Questo libro è stato pensato per aiutare a capire e superare il DPD. Puoi scorrere i capitoli per farti un'idea generale dei concetti base e poi tornare indietro e leggerli uno per uno con maggiore attenzione. Naturalmente non ti ritroverai in ogni situazione descritta, dato che nessuno ha gli stessi identici sintomi, ma sicuramente troverai qualcosa che ti riguarda, specialmente nei racconti delle persone che soffrono di DPD. Procedendo nella lettura, abbi l'accortezza di prendere appunti, fare gli esercizi proposti e seguire i suggerimenti. Potrebbe essere utile che anche i tuoi familiari leggano il libro, in modo che possano capire meglio come ti senti. Il capitolo settimo parla di come comunicare la propria esperienza in maniera assertiva ai propri cari, perché se si condividono le proprie esperienze e si riceve comprensione dalle persone a cui si vuol bene, ci si sente meno soli.

Capitolo primo

Che cos'è la depersonalizzazione? Che cos'è il DPD?

La maggior parte delle persone si sono sentite depersonalizzate a un certo punto della loro vita senza saperlo. È capitato a tutti di sentirsi sconnessi da noi stessi in alcuni momenti, come se stessi guardando le nostre vite da spettatori.

Dopo la perdita di una persona cara potrebbe esserti successo di provare un senso di estraneità verso tutto ciò che ti era familiare fino a quel momento. Al posto tuo, a ricevere le condoglianze, scambiare strette di mano e sussurrare ringraziamenti, c'era una specie di automa, un essere vuoto che agiva per tuo conto, mentre tu ti interrogavi sulle ragioni dell'esistenza. O magari gli eventi dell'11 settembre 2001 ti hanno scosso nel profondo, facendoti sentire distaccato dagli altri, come se stessi vivendo un incubo. Sentimenti come questi sono comuni in circostanze tragiche come i disastri naturali o i lutti familiari e, per la maggior parte delle persone, passano con la stessa naturalezza con cui sono arrivati.

Però, è probabile che tu abbia cominciato a leggere questo libro non tanto perché hai fatto esperienza di un momento di depersonalizzazione nel corso di una tragedia quanto, piuttosto, perché queste esperienze ti accompagnano costantemente.

Magari ogni giorno ti desti al suono della sveglia, fai colazione, vai a lavorare e interagisci con la tua famiglia senza la minima partecipazione emotiva, senza ambizione o vero coinvolgimento. Forse arrivi al punto di

doverti dare un pizzicotto a una gamba per accertarti che faccia parte davvero del tuo corpo. Può darsi che le parole che senti ogni giorno ti suonino inconsuete, che gli oggetti comuni ti sembrino estranei e che i tuoi stessi figli ti appaiano distanti. Il tuo mondo potrebbe sembrarti irreali e onirico, come se il tuo corpo stesse compiendo delle azioni senza il tuo volere.

Che cos'è la depersonalizzazione?

Dato che tra il 50% e il 70% delle persone ha avuto esperienze di depersonalizzazione in qualche periodo della vita, l'esperienza della depersonalizzazione non equivale necessariamente alla presenza di un disturbo psicologico (Dixon, 1963). Comunque, si stima che il disturbo di depersonalizzazione (DPD), cioè l'esperienza cronica di questo comune fenomeno umano, interessi solo il 2% della popolazione (Sierra, 2008). Secondo il *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, DSM-IV-TR*¹ (APA, 2002), le seguenti esperienze definiscono il disturbo di depersonalizzazione:

- hai la sensazione persistente o ricorrente di essere distaccato rispetto ai tuoi processi mentali o al tuo corpo, come se fossi un semplice spettatore;
- la tua esperienza di depersonalizzazione causa un disagio significativo e compromette il tuo funzionamento sociale, lavorativo o in altri campi.

Perché una persona riceva una diagnosi di DPD, il suo *esame di realtà* dev'essere integro; in altre parole, perché si possa dire che hai delle esperienze di depersonalizzazione, devi essere consapevole che le tue esperienze sono insolite. Insomma, non stai avendo allucinazioni, ma sei cosciente di tutto ciò che succede attorno a te. Che tu sia in grado di fare l'esame di realtà significa quindi che sei conscio della realtà e non hai perso il contatto con essa. Tu, sei cosciente del tuo torpore, della mancanza di connessione, delle tue sensazioni corporee e di quello che pensi? Se lo sei, anche se non ti piace l'esperienza che stai vivendo, hai consapevolezza. Inoltre, per fare una diagnosi di DPD, la depersonalizzazione non può essere una conseguenza di un altro disturbo, dell'uso di sostanze o di una condizione medica generale.

¹ Lo standard internazionale che clinici e ricercatori utilizzano per diagnosticare i disturbi mentali, fornendo descrizioni chiare delle varie categorie diagnostiche.

Basandoti su questi criteri, se pensi di avere il DPD, è importante avere conferma da un esperto nella cura dei disturbi mentali. Un professionista competente può aiutarti a capire esattamente cosa sta succedendo considerando il quadro d'insieme.

La depersonalizzazione può dare la sensazione di essere chiusi in una bolla, come se non si potesse percepire davvero quello che succede attorno. Si può avere l'impressione di agire in modo automatico o di essere in balia di qualche forza che controlla il tuo corpo e che lo fa agire indipendentemente da te. La depersonalizzazione anestetizza mentalmente ed emotivamente, tanto che può dare l'idea di vivere la propria quotidianità senza nessun vero coinvolgimento emotivo, anche nei riguardi dei figli e del coniuge. Magari non ti interessi più di quel che fai e di come ti comporti mentre continui a *sapere* che dovresti avere a cuore queste cose. A volte la depersonalizzazione può peggiorare il morale, deprimere e portare ansia e preoccupazioni eccessive. È certamente molto disagevole sentirsi così lontani da se stessi e dal mondo.

La depersonalizzazione può influire anche sui processi mentali. Puoi avere difficoltà a concentrarti, sentire che la tua mente si è spenta. Dal canto opposto, i tuoi pensieri possono essere disordinati e confusi, e potresti faticare a trattenere nuove informazioni. I ricordi del tuo passato possono sembrare non appartenerti più, come se fossero di altri o solo molto distanti. Potresti anche faticare a ricordare le cose di tutti i giorni.

Le descrizioni appena citate sono solo alcune delle molte esperienze vissute da chi soffre del disturbo di depersonalizzazione. In seguito andremo in profondità su questi e altri sintomi.

Che cos'è la derealizzazione?

Simile alla depersonalizzazione è la *derealizzazione*. Mentre la depersonalizzazione è una percezione alterata di sé, la derealizzazione — termine coniato nel 1953 dallo psichiatra irlandese Edward Mapother (Mathew et al., 1999) — è una percezione alterata del proprio ambiente e spesso anche una manifestazione del DPD.

Le persone che sperimentano la derealizzazione la descrivono come un'impressione che il mondo esterno sia strano o irreali. Ad esempio, la percezione visiva può essere deformata e le cose possono apparire più grandi

o più piccole di quel che sono in realtà. Alcuni oggetti nell'ambiente possono apparire diversi da quelli che conoscevi, come se non avessero la forma o la grandezza giusta, o se fossero comunque in qualche modo estranei.

Nel libro faremo riferimento a quattro persone affette da DPD, con cui gli autori hanno lavorato. Emily, una giovane donna con disturbo di depersonalizzazione, si è sempre sentita sopraffatta dall'ambiente circostante. Raccontava di non poter leggere perché non riusciva a mettere a fuoco le singole parole e si faceva invece distrarre dalla visione d'insieme. John, affetto dallo stesso disturbo, diceva che quando chiudeva gli occhi aveva la sensazione che la sedia sotto di lui fosse troppo piccola, che il letto su cui era disteso lo stesse inghiottendo o che la stanza in cui si trovava gli stesse crollando addosso. Poiché razionalmente sapeva che l'ambiente non stava *realmente* cambiando, la sua può essere definita come un'esperienza di derealizzazione, e non un'allucinazione. Sia Emily sia John avevano sintomi di derealizzazione associati al DPD.

La derealizzazione può anche portare a interrogarsi sul senso degli oggetti nell'ambiente circostante.

Ad esempio, si può avere la sensazione che le automobili per strada si muovano senza alcuna ragione. Le persone con cui si interagisce tutti i giorni possono apparire estranee, se non addirittura degli automi. Poiché il mondo circostante appare irrealistico o artificiale, si possono avere sensazioni fisiche e percezioni insolite, e provare l'assenza di peso o la perdita di alcuni sensi (come l'olfatto, il tatto o il gusto). Ci si può sentire rallentati o più veloci del normale.

Gli oggetti possono sembrare bidimensionali o meno colorati. È comune anche sentirsi storditi. La tua stessa voce può sembrarti distante o poco familiare. Fondamentalmente, la percezione di qualsiasi cosa tu possa osservare (includere le tue sensazioni interne) può venire distorta.

TEST

Hai sintomi di depersonalizzazione?

1. Ti senti vuoto dentro?
2. Hai l'impressione di non riconoscerti più?
3. Quando ti guardi dentro, hai la sensazione di osservarti dall'esterno?
4. Ti senti come un automa?

5. Sei insensibile, incapace di provare emozioni, anche se sai cosa dovresti provare?
6. Descriveresti la tua esperienza come la vita di un «morto vivente»?
7. Il mondo che ti circonda ti sembra strano, come se non lo percepissi allo stesso modo degli altri?
8. Il tuo corpo e la tua mente ti sembrano disconnessi?
9. Tutto attorno a te sembra annessiato e irrealistico?
10. Stai vivendo in un mondo onirico dove tutto è surreale?
11. Ti senti come un attore sul palco che conosce la parte da recitare, ma non la percepisce emotivamente?
12. Passi molto tempo a interrogarti su questioni filosofiche o religiose (ad esempio, perché esistiamo? Esistiamo veramente? Chi è che sta parlando, in realtà? In che epoca e in che luogo ci troviamo realmente?)?
13. Il tuo pensiero ti sembra scollegato dal tuo corpo?
14. Presti molta attenzione alle tue sensazioni fisiche, ai tuoi pensieri o a entrambi?
15. Temi di non controllare le tue azioni?
16. Poni eccessivamente attenzione ai rumori?
17. Gli oggetti ti sembrano diversi rispetto al passato?
18. Senti come se ci fosse una voce interiore che, nonostante sia la tua stessa voce, ogni tanto si mette a conversare con te interrompendo altri tuoi pensieri?
19. Ti senti distaccato dalle cose e dalle persone attorno a te?
20. Ti senti costantemente indifferente?

Se ti sei riconosciuto anche in solo la metà di queste domande, è possibile che tu soffra del disturbo di depersonalizzazione. Comunque, per esserne sicuri, è importante che tu chieda una consulenza a un esperto di disturbi mentali che abbia dimestichezza con il DPD e gli altri disturbi dissociativi.

Quando compare il DPD?

Il DPD non sempre si manifesta come un problema grave o persistente. In alcuni casi, queste sensazioni durano soltanto ore, in altri, interi giorni e, in altri ancora, settimane o mesi. C'è poi chi le subisce per tutto il corso della vita. Alcuni provano i sintomi del DPD dopo un'esperienza psicologicamente ed emotivamente intensa, come la perdita di una persona amata. Questo è il motivo per cui può risultare tanto difficoltoso ricevere una diagnosi di DPD. A causa di alcune sovrapposizioni tra i sintomi del

DPD e il disturbo depressivo maggiore (DDM) o il disturbo d'ansia generalizzata (DAG), spesso il DPD non viene diagnosticato correttamente. I ricercatori hanno scoperto che circa due terzi delle persone sopravvissute a un evento che ha messo a rischio la propria vita ricorda di avere avuto sintomi di DPD al momento del trauma (Cardeña e Spiegel, 1993). Questo suggerisce che la depersonalizzazione può essere una strategia attivata dal cervello per fronteggiare meglio i traumi.

Il DPD può generare una forte ansia; al contempo, l'ansia può portare anche alla depersonalizzazione. Spesso, nelle persone che soffrono di agorafobia (paura dei luoghi pubblici), ipocondria (ansia per la salute) o disturbo ossessivo-compulsivo — DOC (caratterizzato da pensieri intrusivi, detti «ossessioni», e/o relative compulsioni) — si riscontrano sintomi gravi e duraturi di DPD. Esamineremo più approfonditamente la relazione tra DPD e altri disturbi psicologici nel capitolo quarto.

È interessante notare che le persone che hanno fatto uso di sostanze stupefacenti sono particolarmente vulnerabili al DPD. Infatti, alcune persone affermano che i loro sintomi sono iniziati immediatamente dopo l'assunzione di droghe. La relazione tra uso di droghe e DPD sarà trattata nel capitolo terzo.

A causa delle somiglianze tra il DPD e altri disturbi, potresti avere ricevuto una diagnosi che non definisce esattamente il problema che ti causa tanta sofferenza. Perfino gli psicologi e gli psichiatri che hai consultato per un aiuto potrebbero non essere stati in grado di capire cosa c'è che non va in te, fatto che può aver contribuito ad aumentare il tuo senso di frustrazione e alienazione. Dato che i sintomi dissociativi sono difficili da definire oggettivamente, le persone che non ne provano possono dubitare dell'autenticità di tali disturbi. È innegabile, comunque, che la depersonalizzazione esista. Mano a mano che la comprensione scientifica del DPD continuerà a svilupparsi e ad aumentare, i professionisti esperti di salute mentale saranno sempre più capaci di identificarla e trattarla.

Comportamenti, emozioni e pensieri associati al DPD

Fin qui abbiamo descritto alcuni sintomi del DPD. Ora proviamo a considerarli più attentamente scomponendoli in cinque fattori esperienziali. Controlla se ti riconosci in qualcuno di essi.

Quando negli studi ai soggetti con il DPD viene mostrata una serie di scene aversive che normalmente provocherebbero una reazione di disgusto (ad esempio, scarafaggi disposti in fila per dimensione), costoro le valutano come meno emotogene rispetto al gruppo di controllo (Phillips e Sierra, 2003). Inoltre, i partecipanti con DPD mostrano una ridotta attività nella regione dell'insula, la parte del cervello che si attiva quando si è disgustati, e un aumento dell'attività nella corteccia prefrontale ventrolaterale, che è implicata nella valutazione di materiale emotivamente significativo e nei ricordi. Altri studi hanno utilizzato la tomografia a emissione di positroni (PET), che misura il flusso di sangue, ossigeno e glucosio nel cervello. I seguenti risultati sono un po' tecnici, ma porta pazienza:

- più i sintomi di depersonalizzazione erano intensi (durante l'uso di marijuana), maggiore era il flusso di sangue nella corteccia frontale destra e cingolata anteriore (che intervengono in una quantità di funzioni autonome, incluse le emozioni; Mathew et al., 1999);
- si è osservato un ridotto flusso di sangue nell'amigdala, nell'ippocampo e nei gangli della base (coinvolti nelle emozioni e nel pensiero; Simeon, 2004);
- si è osservato un ridotto flusso di sangue anche nel talamo (che trasmette informazioni importanti alle parti del cervello che regolano le sensazioni e l'attivazione; Simeon, 2004).

Fondamentalmente, questi risultati potrebbero suggerire che alcune parti del cervello non stanno lavorando assieme come dovrebbero. L'iperattività della corteccia prefrontale potrebbe inibire l'attività del *sistema limbico* (il centro neurologico delle emozioni, che comprende l'amigdala e l'ippocampo). Questo, come suggerito dai ricercatori, porta a una riduzione nell'emotività o, come molte persone con DPD la descrivono, a un'insensibilità o un torpore emotivo (Simeon e Abugel, 2006).

Uno studio di Simeon e colleghi (2000) ha dato risultati abbastanza differenti, anche se non opposti. I partecipanti dello studio affetti da DPD avevano un'attività metabolica ridotta nel lobo temporale destro e un'attività metabolica significativamente accentuata nel lobo parietale e in quello occipitale sinistro. I lobi temporali, parietali e occipitali sono generalmente associati, rispettivamente, con il senso dell'udito, il sistema somatosensoriale (tatto) e la vista. Malgrado tutto ciò possa sembrare un po' tecnico

per i nostri scopi, l'idea generale è che l'integrazione delle tue emozioni e sensazioni possa essere anomala da un punto di vista neurologico. Questo può spiegare perché ti senti «disconnesso» o «distante» dal tuo stesso corpo e dall'ambiente. Per l'esperienza che ne abbiamo, la coscienza è il risultato dell'integrazione di varie aree corticali (Krystal et al., 1998), quindi avrebbe perfettamente senso che la sua *perturbazione* abbia a che fare con la presenza di anomalie in varie aree corticali (o con una perturbazione della comunicazione tra di esse).

Questa non è la prima volta che qualcuno ha adottato un approccio «sensoriale» al DPD. Il neurologo Wilder G. Penfield avanzò «l'ipotesi del lobo temporale» nel 1950 (Penfield e Rasmussen, 1950). Lo scienziato riusciva a indurre stati dissociativi nei soggetti dei suoi esperimenti grazie alla stimolazione di certe zone dei lobi temporali, e credeva in questo modo di interrompere il meccanismo di assimilazione dei ricordi di esperienze sensoriali. Ad esempio, la mia mano è sempre stata attaccata al mio polso e, per quanto ricordi, ho sempre usato le mani per toccare, sentire e prendere. Ho sempre saputo di poterle muovere di qua e di là a mio piacimento. Secondo Penfield, stimolando certe parti del mio lobo temporale potrei interferire con l'associazione tra la mia mano e il mio corpo; ad esempio, non avrei più la sensazione che la mia mano fa parte del mio corpo. Questa ipotesi è stata successivamente avvalorata da ulteriori ricerche, che hanno mostrato come la depersonalizzazione sia un sintomo comune tra le persone che soffrono di epilessia del lobo temporale (Harper e Roth, 1962).

RIASSUNTO

Il disturbo di depersonalizzazione può essere scatenato da eventi psicologici, biologici, chimici o ambientali. In sintesi, il DPD può essere causato da:

- traumi dovuti a circostanze di abuso, abbandono, particolari avvenimenti storico-sociali, stress di grado estremo, oppure ad altri disturbi psicologici (ad esempio, all'ansia associata alle fasi sintomatiche del DOC);
- utilizzo di sostanze stupefacenti come la marijuana, la ketamina o altri allucinogeni, che possono dare inizio a un episodio di DPD;
- anomalie neurochimiche o neuroanatomiche nella forma della trasmissione di certi segnali neurochimici che possono avere effetti sull'esperienza di depersonalizzazione e della comunicazione tra alcune aree del cervello che possono interferire con l'integrazione sensoriale, contribuendo al DPD.

Capitolo quarto

Comprendere i problemi associati al disturbo di depersonalizzazione

La depersonalizzazione è un sintomo associato a molti disturbi. È anche un modo adattivo di gestire emozioni difficili che molti di noi hanno in qualche momento della loro vita, come abbiamo visto nel capitolo terzo. In questo capitolo vedremo tale processo adattivo incepparsi e diventare disfunzionale. Vedremo, inoltre, come la depersonalizzazione disfunzionale possa accompagnare diversi disturbi psicologici.

I due tipi di depersonalizzazione

Esistono due tipi di depersonalizzazione: cronica (o primaria) ed episodica (o secondaria). Come abbiamo già chiarito nel capitolo precedente, la depersonalizzazione può essere un disturbo psicopatologico oppure un semplice sintomo; nel primo caso si tratta di DPD primario (il quale generalmente dura a lungo ed è, in sé e per sé, una forza psicologicamente distruttiva), nel secondo, di una forma episodica (di minore durata, di carattere più adattivo e solitamente legata ai periodi di forte stress psicologico). Per prima cosa discuteremo della forma episodica.

Depersonalizzazione episodica

La depersonalizzazione episodica (secondaria) può spesso essere scambiata per cronica, ma dopo un po' passa. Quando le tue emozioni si spengo-

no e fatichi e riconoscerti, probabilmente ti chiedi: «Mi passerà?». Potresti temere che la realtà non torni mai più a essere più quella che conoscevi. Comunque la depersonalizzazione episodica *passerà*, tempo un giorno, un mese o, a volte, diversi mesi. A differenza della depersonalizzazione cronica, non è destinata a durare a lungo. Da un punto di vista evolucionistico, la depersonalizzazione episodica è abbastanza sensata: in una situazione traumatica, o in circostanze logoranti a causa di un livello di emotività sempre elevato, il fatto di avere la consapevolezza di un automa può tornare utile. Pensa per un momento quale può essere la logica. Hai mai notato che quando sei molto emozionato non ragioni bene? Nel corso di un episodio di depersonalizzazione episodica può capitarti di provare un senso di irrealtà o trascendenza, o l'impressione soggettiva di essere fuori dal tuo corpo, o la sensazione di non essere responsabile delle tue azioni. In un certo senso, puoi agire *senza* un coinvolgimento emotivo, il che a volte è positivo. In ogni caso, questa sensazione potrebbe terminare non appena le emozioni estreme finiscono. La depersonalizzazione di questo tipo può essere una tendenza sana e naturale nel nostro repertorio emotivo: di fronte a una sofferenza psicologica estrema, qualche volta la mente cercherà di governare il corpo con il pilota automatico, per evitare di prendere decisioni impulsive dettate dall'emozione, che potrebbero fare più male che bene. Tuttavia, in qualche caso questa importante risposta emotiva può prendere una piega sbagliata.

Depersonalizzazione cronica

Vediamo cosa fa la mente quando percepiamo un pericolo. Quando la mente stabilisce che il corpo è in qualche modo minacciato, invia un segnale di ansia, per avvertirci che siamo in pericolo e dobbiamo fare rapidamente qualcosa. Questa è la famosa risposta di lotta o fuga, di cui sentiamo spesso parlare. Ti prepari ad attaccare o scappare. Ad esempio, se percepiamo che sta per avvenire un incidente mentre stiamo guidando, sterziamo immediatamente oppure freniamo. Ovviamente questa è una risposta rapida, diretta a una minaccia momentanea. Però, se la fonte della minaccia è rappresentata da un pericolo inevitabile o permanente, il segnale ansioso viene inviato ancora e ancora, infruttuosamente. Dopo un lungo periodo di angoscia continua, la mente alla fine può arrivare a inibire la reazione emotiva, se il fatto di continuare a percepire l'angoscia

non serve a stare meglio. Ad esempio, se da bambino hai sopportato situazioni di trascuratezza e di abbandono estremo e hai fatto tutto quel che potevi per ottenere le attenzioni di cui avevi bisogno senza però ottenere alcunché, alla fine la tua sofferenza perde ogni valore informativo. Perciò, la tua mente può inibire la reazione emotiva, dal momento che non ti è di alcuna utilità. Abbiamo conosciuto molte persone che raccontano di avere avuto un'infanzia caotica e genitori incapaci di provvedere ai loro bisogni. Da bambini capivano che qualcosa non andava, ma non erano in grado di dire cosa. Se ne stavano un sacco di tempo nascosti in camera loro oppure sognavano di avere dei genitori differenti. In alcuni di questi casi, i genitori erano alcolisti o avevano problemi con il gioco d'azzardo; in altri, erano troppo occupati a litigare per accorgersi dei figli, tanto che liti e urla erano diventati la norma. Una prima infanzia di questo tipo può predisporre allo sviluppo della depersonalizzazione cronica (o primaria). Paradossalmente, la risposta adattiva della depersonalizzazione diventa in sé un problema, e mente e corpo non riescono a ritornare alla normale consapevolezza delle informazioni emotive e percettive. Il risultato è uno stato di alienazione dalle proprie esperienze, caratterizzato da una preoccupazione ossessiva per la sofferenza psicologica e un senso di alterazione della realtà.

La depersonalizzazione cronica può essere concepita come una specie di cancro del funzionamento adattivo; è la crescita eccessiva di un meccanismo salutare e protettivo di risposta ai traumi e alla sofferenza. Come si è detto nel precedente capitolo, un trauma è un'esposizione improvvisa o protratta nel tempo a un fattore o a una circostanza che stimolano una reazione emotiva estrema; ad esempio, la morte di un proprio caro, abusi emotivi reiterati o carenza di cure genitoriali. Tutto quello che determina un'estrema sofferenza può provocare un'esperienza di depersonalizzazione. Se questa esperienza non si risolve, può diventare essa stessa la prima fonte di sofferenza. Tuttavia, è importante notare che la depersonalizzazione cronica può svilupparsi in modo apparentemente causale, senza cause scatenanti evidenti, oppure può insorgere rapidamente in seguito a una breve esposizione a un evento stressante o all'assunzione di una sostanza. Come si è detto nel precedente capitolo, alcune persone dicono di sentirsi depersonalizzate dopo l'uso di marijuana, altre dopo aver sofferto di forte ansia o depressione. A volte è difficile trovare un evento scatenante. Inoltre, non di rado chi ha già fumato marijuana tante volte in passato senza incidenti

si accorge improvvisamente che l'abitudine degli spinelli ha indotto in lui (o in lei) uno stato di depersonalizzazione cronica. Quindi è importante capire che al momento attuale non si conosce una relazione chiara tra eventi scatenanti e depersonalizzazione cronica. Detto questo, è vero anche che vari studi hanno evidenziato che la depersonalizzazione si osserva comunemente in persone che hanno subito un trauma acuto o prolungato.

Le tre persone con DPD presentate precedentemente nel libro rimandano ai vari «catalizzatori» del disturbo. Emily diceva che il DPD cronico si era sviluppato dopo l'uso di marijuana, John attribuiva l'esordio del DPD al gioco del football, nonostante non avesse mai subito gravi infortuni, e Susan aveva sviluppato la depersonalizzazione e aveva iniziato a isolarsi improvvisamente senza apparente motivo. Un'altra persona con la quale abbiamo lavorato, Danny, associava le sensazioni di depersonalizzazione a un periodo in cui aveva sopportato continui maltrattamenti verbali da parte di sua madre. Le esperienze di queste persone illustrano che mentre i sintomi di DPD tendono a insorgere in risposta a un disagio estremo, le cause dirette non sono sempre chiare.

La diagnosi di DPD

Tenendo a mente queste considerazioni, è importante pensare anche alla depersonalizzazione nel contesto del funzionamento individuale. Come tutti i disturbi psicologici, i sintomi di depersonalizzazione si pongono su un continuum. La gravità dei sintomi e il grado in cui interferiscono con il funzionamento quotidiano sono ciò che consente di stabilire se i sintomi di depersonalizzazione giustificano una diagnosi di disturbo di depersonalizzazione. In altre parole, se ritieni che la depersonalizzazione interferisca con le tue funzioni o se provi un forte disagio a causa dei sintomi di depersonalizzazione, potresti avere il DPD. Generalmente, l'andamento psicologico viene valutato in molti ambiti, fra cui quello professionale, sociale, scolastico. Ad esempio, fallire quattro esami su cinque in un semestre sarebbe un indice di incapacità di avere un rendimento scolastico adeguato; ricevere rimproveri dal capo per avere trascurato certe responsabilità professionali può indicare che il proprio rendimento lavorativo è a rischio; liti frequenti con il coniuge sono un segno di difficoltà di funzionamento sociale. Le quattro storie a cui abbiamo accennato evidenziano una compromissione del funzionamento

personale in tutte queste aree. Tutte e quattro queste persone hanno riferito di avere difficoltà nelle loro relazioni amorose a causa della depersonalizzazione. Mentre tre su quattro continuavano a essere produttivi sul lavoro, la maggior parte riferiva di riuscirci solo come «automa». A volte ci si disinteressa all'intimità e ai contatti sociali perché si prende una maggiore consapevolezza della propria incapacità di relazionarsi, il che può accrescere il disagio. A volte si fa fatica a concentrarsi e prestare attenzione, e questo può portare a evitare le attività mentalmente impegnative, interferendo così con il rendimento scolastico e professionale. Le tue esperienze di depersonalizzazione, le conseguenze professionali e personali che ne derivano e il grado in cui esse interferiscono con il tuo funzionamento e benessere determinano se la diagnosi di DPD (o depersonalizzazione primaria) sia giustificata o meno.

Depersonalizzazione e altri disturbi psicologici

Come spiegato sopra, il sintomo di depersonalizzazione può essere presente in molti altri disturbi oltre a quello di depersonalizzazione cronica (primaria). Ne presenteremo ora alcuni e mostreremo che rapporto hanno con le esperienze di depersonalizzazione. Potresti riconoscerti in alcune di queste condizioni, oltre alla depersonalizzazione, ma ricorda che solo un esperto di salute mentale qualificato può formulare una diagnosi. I seguenti disturbi possono somigliare, a volte, alla depersonalizzazione.

Disturbo di panico

L'attacco di panico si verifica quando si prova un'ansia tanto forte da pensare di poter perdere il controllo. Fra i sintomi dell'attacco di panico troviamo tachicardia, formicolio agli arti, fame d'aria, senso di stordimento, variazioni di pressione sanguigna, sensazione di svenimento e senso di morte imminente. Il panico e la depersonalizzazione hanno molte cose in comune. Il panico insorge quando una persona è alle prese con circostanze che provocano uno stato di turbamento estremo, e si può dire lo stesso per la depersonalizzazione. Come le persone con DPD, quelle che soffrono di attacchi di panico sviluppano sintomi fisici che provocano loro disagio e reazioni di panico in una serie di circostanze, giustificatamente o meno.

Capitolo sesto

L'uso dell'Acceptance and Commitment Therapy

Adesso che ti abbiamo fornito qualche strumento di ACT, inizieremo a insegnarti come utilizzarlo. Quando comincerai ad avvalerti dell'ACT, inizierai a vivere una vita più significativa. Secondo l'ACT, l'inflessibilità psicologica interferisce con la capacità di andare avanti nella vita, quindi incrementare questa flessibilità incrementerà la tua mobilità esistenziale, permettendoti di partecipare ad attività importanti per te. A questo scopo, devi mirare alle sei qualità di cui abbiamo parlato nel capitolo quinto. A ogni processo disfunzionale corrisponde un processo funzionale che puoi iniziare a coltivare. Ad esempio, l'opposto dell'evitamento esperienziale è l'apertura alle esperienze sgradevoli (tutto ciò che può essere spiacevole, dalla depersonalizzazione, all'ansia, all'impressione di essere giudicati negativamente, una doccia fredda, il bruciore di muscoli sovraccaricati, un lutto). Se sei disposto a provare sensazioni ed emozioni che normalmente non ti farebbero piacere, allora puoi metterti in contatto con esse nell'azione. Ad esempio, se il contatto con una certa persona ti fa sentire più depersonalizzato, la disponibilità a interagire con quella persona ti costringerà a percepire la depersonalizzazione che stavi evitando. In seguito verrà descritto ogni processo corrispondente, accompagnato da una serie di soluzioni pratiche per incrementare un approccio più funzionale.

L'approccio funzionale: fare ciò che funziona anziché ciò che sembra giusto

La vita è piena di esperienze che spaziano dal fastidioso al traumatico, dal divertente all'estatico. A volte sembra che le cose *debba* essere differenti, che non vadano bene così come sono e che qualcosa debba cambiare perché si possa andare avanti. E questo, anche se magari soddisfa il tuo senso di giustizia, può non essere sempre il modo più efficace di affrontare le cose. Mettiamo, ad esempio, che un uomo con depersonalizzazione voglia tornare a riprovare dei sentimenti verso la moglie; quando l'abbraccia, vorrebbe *sentire* veramente l'affetto che normalmente accompagna tale gesto di intimità. Abbracciare la moglie senza «sentire» il gesto non gli sembra corretto; si sente falso. Teme anzi che il fatto di abbracciarla possa perfino peggiorare la depersonalizzazione (in quanto la consapevolezza di essere spento nei sentimenti risalterebbe ancora di più se facesse qualcosa che normalmente emoziona). Tuttavia, non è difficile capire perché abbracciarla, nonostante la mancanza di emozioni, possa fare in realtà il proprio interesse: infatti, lei potrebbe vedere che lui si lascia avvicinare, e quindi potrebbe approvare i suoi sforzi e addolcirsi con lui. Così lui potrebbe sentirsi capito e più vicino a lei grazie alla condivisione di questa esperienza. Il risultato finale della dimostrazione di affetto, nonostante la mancanza di sentimento nell'uomo, può essere che lui finisca effettivamente per *provare* l'affetto che tanto aspettava. Anche se i suoi sentimenti non cambiassero in alcun modo, la moglie potrebbe capire e apprezzare il tentativo, cosa che potrebbe renderla più disponibile a fare il possibile per aiutarlo. Potrebbe essere più propensa a superare i momenti difficili, se ha l'impressione che lui consideri il suo bisogno di affetto. L'impegno dell'uomo ad *agire* come se provasse affetto per la donna potrebbe salvare un matrimonio tormentato.

Questo esempio elementare sintetizza tutti gli aspetti importanti della flessibilità psicologica. In questo caso, il fatto che quest'uomo agisca contro i suoi sentimenti mostra che riconosce il *valore* della sua relazione con la moglie, anche se i suoi sentimenti non sono sempre desti. Pur sentendosi a disagio nell'andare contro a ciò che le sue emozioni gli dicono di fare, *accetta* queste emozioni spiacevoli. E infine dimostra affetto per la moglie, dando prova di un'*azione impegnata* o di un comportamento *guidato dai valori*. Questo capitolo esplora queste e altre competenze dell'ACT. Le strategie

discusse di seguito hanno lo scopo di permetterti di adottare una disposizione all'accettazione e a tollerare la sofferenza che a volte accompagna il vivere secondo i propri valori.

Defusione cognitiva: la gestione di pensieri, emozioni e sensazioni spiacevoli

Come si è detto nel capitolo quinto, dal momento che la mente è estremamente sensibile tutto ciò che potrebbe costituire una minaccia all'ambiente, la maggior parte della gente faticherebbe a immaginare che la mente possa dissimulare. La nostra prima reazione a un pensiero è: «Che cosa posso *fare* per risolvere o migliorare questa situazione?». Ma questa mentalità riparatrice può diventare un problema per tutti coloro che si ritrovano in balia dei sintomi di depersonalizzazione, dato che i pensieri sono spesso disperati e le sensazioni spiacevoli.

Come il lettore ricorderà, la defusione cognitiva consiste nel prendere un po' le distanze dai propri pensieri. Anche se è vero che i pensieri possono rispecchiare dei «veri» pericoli, alla fine sono solo pensieri, e prenderli ogni volta alla lettera può avere l'effetto di aggiungere alla sofferenza altra sofferenza. Ad esempio, puoi immaginare benissimo che sensazione possa essere quella di un orso che ti mastica una gamba (il rumore dei tendini che si strappano, la vista del sangue che schizza fuori dalle arterie lacerate, la sensazione delle zanne contro le ossa e quella dei frammenti di tessuti che si staccano). Potresti avere provato disgusto leggendo queste righe, perché la tua mente può rappresentare i pensieri come se fossero reali. Puoi farti un'idea di ciò che proveresti se un orso ti stesse veramente masticando una gamba. Perciò, anche se non c'è nessun orso e nessun pericolo, i tuoi pensieri possono «sostituire» la realtà. Questa capacità contraddistingue gli esseri umani, e mentre è molto vantaggiosa per noi in termini di pensiero astratto e creatività, può renderci un pessimo servizio quando si tratta di pensieri rispetto a cose che possono turbare. Così come il fatto di prendere per buona l'immagine dell'orso può portare a una sensazione di disgusto, allo stesso modo prendere per buone certe considerazioni interiori sulla propria mancanza di valore può risultare avvilente. Pertanto, potrebbe essere utile adottare una posizione da osservatore esterno nei confronti dello svolgersi dei propri pensieri, piuttosto che assorbire qualsiasi cosa la mente ti dica, come se riflettesse un'unica realtà esistente.

L'ACT distingue tra osservare i propri pensieri (defusione cognitiva) e osservare *dal punto di vista* dei propri pensieri (fusione cognitiva). Quando siamo *fusi* con i pensieri, non percepiamo come essi siano distinti dalla realtà, e la mente corre incontrollata, elaborando giudizi, valutazioni e interpretazioni a cui poi aderiamo con tutto il cuore. Quindi, in altre parole, se hai un pensiero e credi che rifletta la realtà, è quasi impossibile non agire secondo quanto la tua mente ti spinge a fare. Se invece hai un pensiero e lo vedi come nulla più che un pensiero (qualcosa che è stato generato dalla mente), hai più flessibilità; non devi necessariamente agire secondo quanto questo pensiero ti suggerisce. Lo scopo della *defusione* cognitiva è permetterci di avere un po' di spazio in questo processo, in modo da poter riconoscere e *sperimentare* i pensieri in quanto semplici pensieri, che possono non avere alcuna rilevanza per l'ambiente esterno o per le nostre azioni. La defusione cognitiva necessita di uno sforzo deliberato perché non è un'azione spontanea, e la tua mente (che vuole che tu creda a ciò che dice) te lo farà capire chiaramente quando proverai a fare il seguente esercizio.

Può essere difficile prendere le distanze dai pensieri fastidiosi e dalle sensazioni di irrealtà, perché la sofferenza emotiva è principalmente il risultato di un disturbo percettivo. John, una delle persone con DPD presentate nei capitoli precedenti, una volta ha espresso perfettamente questo concetto: «Se non fossi mai stato depresso un solo giorno della tua vita e qualcuno ti gettasse in una buca molto profonda nel mezzo del deserto, alla fine ti deprimeresti anche tu». Fondamentalmente, lo scoramento che si prova quando si è depersonalizzati è almeno in parte il risultato di problemi percettivi cronici e molto intensi, il che può non avere necessariamente a che fare con i pensieri negativi. Ciò nondimeno, i sottoprodotti di questi disturbi percettivi dovuti ai pensieri negativi possono essere affrontati con la defusione cognitiva.

Ad esempio, se hai sofferto di depersonalizzazione per un lungo periodo di tempo, potresti ruminare senza fine su quanto le tue esperienze siano spiacevoli, quanto il futuro possa essere cupo e quanto la tua esistenza diventerà impossibile se continuerai a sentirti in questo modo. Oppure potresti ossessionarti pensando al possibile significato del tuo disturbo, a quale danno neurologico tu possa avere, ai trattamenti disponibili e al senso della vita in generale. Pertanto, le strategie di osservazione del pensiero e le tecniche di defusione cognitiva possono permetterti di prendere un po'

le distanze dai continui pensieri preoccupanti che tendono ad aggravare il disagio dei disturbi percettivi.

MEDITAZIONE

Foglie in un ruscello

Questo è un classico esercizio dell'ACT che serve a darti un po' di «respiro cognitivo»: lasci che la tua mente faccia ciò che vuole e tu resti concentrato *sull'esperienza* del pensare, invece di farti coinvolgere dallo specifico contenuto dei tuoi pensieri (Hayes, Strosahl e Wilson, 1999, p. 158). Si tratta semplicemente di osservare tutti i tuoi pensieri, uno dopo l'altro, così come ti si presentano. Per usare le parole degli esperti di ACT, Kelly Wilson e Troy DuFrene (2008, p. 13), ci si limita ad «assistere allo spettacolo» presentato dalla propria mente. Lo spettacolo andrà avanti indipendentemente da quello che può succedere: il tuo cervello commenterà, rifletterà, cercherà di risolvere i problemi e criticherà. L'unica cosa che devi fare è provare a osservare lo svolgersi di questo processo inevitabile. Lo scopo di questo esercizio è di notare quelle volte in cui si verifica un passaggio dall'osservazione *dei* tuoi pensieri a un'osservazione *dal punto di vista* dei tuoi pensieri. Ti accorgerai che ciò è successo quando capirai di non essere più impegnato in questo esercizio, ma ti ritroverai a seguire un flusso di pensieri. Nonostante il processo di osservazione dei tuoi pensieri sia relativamente facile da spiegare, ti accorgerai presto che è pressoché impossibile da mantenere.

Immagina di essere sopra un ruscello e di guardare in basso verso l'acqua mentre la corrente si sposta da un lato all'altro del tuo campo visivo. Prova solo a mantenere questa immagine per un minuto e a sentire la velocità e il ritmo dell'acqua. Adesso immagina delle foglie che galleggiano sulla corrente e che vengano portate a valle una per volta. Una per volta, le foglie entrano ed escono dal tuo campo visivo. Ora immagina che ogni pensiero che ti viene in mente venga proiettato su una foglia mentre questa sta passando. Come il pensiero ti arriva, lascia che cada nel ruscello e se ne vada con la corrente galleggiando. Quando un pensiero passa da un lato all'altro del tuo campo visivo, lascialo andare e fa' posto al prossimo.

Il tuo compito è di guardare il passaggio delle foglie, senza fermarlo e senza saltare nell'acqua e inseguire un pensiero nella sua discesa. Lascia semplicemente scorrere la corrente. È molto difficile, comunque, che tu riesca a fare questo senza interruzioni, e questo è il punto cruciale dell'esercizio. A un certo punto, avrai l'impressione che il ruscello si sia fermato o sia scomparso, oppure di aver perso di vista il senso dell'esercizio, o di essere scivolato a valle insieme a un pensiero invece di osservarlo semplicemente dalla sponda. Quando

questo succede, torna indietro di qualche secondo e guarda se riesci a ritrovare quello a cui stavi pensando o sentendo poco prima di essere trascinato via. Poi riprendi a immaginare i tuoi pensieri sulle foglie finché il ruscello non scompare una seconda volta, e così via. Il tuo obiettivo principale è fare caso al momento in cui il ruscello si ferma per qualche ragione, e vedere se riesci a cogliere cosa è successo subito prima. Nota come i pensieri che ti portano fuori rotta siano spesso tentativi mentali di risolvere problemi, ruminazioni e/o ossessioni su cose che ti preoccupano.

La percezione trascendente del Sé (o il «Sé osservante»)

Una volta fatto l'esercizio, forse ti sarà venuta voglia di approfondire la differenza tra l'essere osservatori dei propri pensieri e l'aderirvi. Quando osservi i tuoi pensieri, stai accedendo al «Sé osservante», un aspetto di te che ti ha sempre accompagnato per tutta la vita. Se da un lato hai sempre avuto pensieri, emozioni ed esperienze nell'interazione con il tuo ambiente, dall'altro hai anche avuto la consapevolezza di osservare che una parte di «te» stava semplicemente osservando con attenzione. Nel precedente esercizio hai fatto pratica di questa esperienza, ma essa ti ha sempre accompagnato in tutta la tua vita. Riesci a cogliere questo aspetto di te ora? Pensa al presente, a quello che stai facendo in questo momento e dove ti trovi: ti accorgi di essere cosciente? La seguente meditazione è intesa a permetterti di cogliere la transitorietà della maggior parte delle cose che tendiamo a osservare, incluse quelle che tendiamo a identificare con il «Sé»: le etichette, le valutazioni e le emozioni che usiamo per definirci. L'esercizio serve anche a prendere atto che un'esperienza non definisce necessariamente ciò che sei «tu». Ad esempio, se vedi una sedia nel tuo campo visivo, questa è un'osservazione, qualcosa di cui si accorge la mente. Allo stesso modo, probabilmente, puoi osservare un'emozione nella tua coscienza. Anche se penserai che per te l'emozione abbia una maggiore rilevanza personale, essa è pur sempre solo un'osservazione della mente; non è «te» più di quanto non lo sia la sedia che vedi. Ora leggi il testo della seguente meditazione un paio di volte per memorizzarne le istruzioni, e poi guida te stesso attraverso la meditazione per provare a distinguere «te stesso» da ciò che osservi.