

SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE
SEDE CATANIA

ELABORATO FINALE DI 2° ANNO

Dal controllo mentale alla flessibilità psicologica: Il ruolo dell'Acceptance and Commitment Therapy nel Disturbo Ossessivo-Compulsivo. L'ACT è un metodo efficace?

Dott.ssa Dalila Dossi

Anno 2026

Abstract

Nel Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC), gli sforzi volti a controllare, neutralizzare o sopprimere i pensieri intrusivi tendono a perpetuarli. L'Acceptance and Commitment Therapy (ACT) suggerisce di sostituire il rigido controllo dei pensieri con una maggiore flessibilità psicologica, che implica riconoscere i pensieri senza identificarsi con essi e agire in base ai propri valori.

Obiettivo: Valutare l'efficacia dell'ACT nel trattamento del DOC, la misura in cui è efficace e i processi coinvolti.

Metodo: È stata condotta una revisione narrativa della letteratura dal 2006 al 2026 (PubMed, PsycINFO, Google Scholar, ClinicalTrials.gov), includendo studi su caso singolo, studi randomizzati controllati (RCT), revisioni sistematiche e meta-analisi che coinvolgono pazienti con diagnosi di DOC.

Risultati: Sono stati analizzati sette studi primari e sette sintesi. L'ACT ha dimostrato di ridurre significativamente la gravità del DOC rispetto al rilassamento e alla sola farmacoterapia, con risultati mantenuti fino a 12 mesi. I tassi di risposta clinica variano dal 46% al 66%, con una bassa percentuale di abbandono, e l'efficacia è paragonabile a quella della CBT con esposizione e prevenzione della risposta (ERP). La diminuzione della fusione cognitiva e delle strategie di controllo del pensiero è correlata al miglioramento dei sintomi.

Conclusioni: L'ACT può essere considerata un trattamento efficace per il DOC, con evidenze di qualità moderata, rappresentando un'alternativa valida o un'integrazione alla CBT/ERP, che rimane il trattamento di prima linea. Sono necessari studi più ampi, repliche indipendenti e follow-up più prolungati.

Parole chiave: Disturbo Ossessivo-Compulsivo; Acceptance and Commitment Therapy; flessibilità psicologica; defusione cognitiva; controllo mentale; efficacia; revisione narrativa

1. Introduzione

1.1 Il DOC e il problema del controllo mentale

Il Disturbo Ossessivo-Compulsivo è contraddistinto da ossessioni, ovvero pensieri, immagini o impulsi intrusivi e indesiderati, e da compulsioni, comportamenti o atti mentali ripetitivi finalizzati a ridurre il disagio o prevenire un evento temuto (APA, 2013). Colpisce circa il 2-3% della popolazione nel corso della vita ed è considerato uno dei disturbi psichiatrici più debilitanti (Abramowitz, Taylor e McKay, 2009).

Secondo i modelli cognitivi, i pensieri intrusivi sono un'esperienza quasi universale, che si trasformano in ossessioni quando vengono percepiti come significativi, pericolosi o segni di responsabilità personale (Salkovskis, 1985; Rachman, 1997). Tra le credenze centrali vi è l'importanza attribuita ai pensieri e la necessità di controllarli (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 1997).

Tuttavia, il controllo si rivela controproducente; tentare di sopprimere un pensiero ne aumenta la ricorrenza (Wegner et al., 1987), un fenomeno confermato da meta-analisi (Abramowitz, Tolin e Street, 2001). Nel DOC, la soppressione, la neutralizzazione e la ricerca di rassicurazione si trasformano in compulsioni mentali che perpetuano il disturbo (Purdon, 1999). Questo paradosso sottende la presente revisione: maggiore è lo sforzo di controllo della mente, più forte diventa l'ossessione.

1.2 Perché servono alternative

La Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT) con Esposizione e Prevenzione della Risposta (ERP) è considerata il trattamento psicologico di prima linea (National Institute for Health and Care Excellence, 2005), mostrando effetti significativi rispetto a chi non riceve alcun trattamento o riceve solo un placebo (Öst et al., 2015). Tuttavia, presenta limiti noti: il tasso medio di rifiuto negli RCT è del 15% (Öst et al., 2015); il tasso di abbandono è stimato attorno al 25% (Twohig et al., 2010); circa il 30% dei pazienti non mostra risposta o ha una risposta parziale (Pozza et al., 2017). Queste statistiche giustificano la ricerca di approcci alternativi o complementari.

1.3 L'ACT e la flessibilità psicologica

L'ACT (Hayes, Strosahl e Wilson, 2012) è una terapia cognitivo-comportamentale di terza ondata, basata sul contestualismo funzionale e sulla Relational Frame Theory. Il suo obiettivo non è modificare il contenuto o la frequenza dei pensieri, ma cambiare la loro funzione rispetto al comportamento (Hayes et al., 2006).

Il concetto centrale è la **flessibilità psicologica**: la capacità di rimanere in contatto con il momento presente, comprese le emozioni e i pensieri sgradevoli, e di modificare il comportamento in base ai propri valori. Essa si articola in sei processi interconnessi (Tabella 1).

Tabella 1. I sei processi della flessibilità psicologica e la loro applicazione nel DOC

Processo	Definizione	Applicazione nel DOC
Accettazione	Disponibilità ad accogliere esperienze interne sgradevoli senza tentare di modificarle	Tollerare l'ansia e il dubbio senza compulsioni
Defusione cognitiva	Notare i pensieri come eventi mentali, non come verità o ordini	"Sto notando il pensiero che le mani siano contaminate"
Contatto con il presente	Attenzione flessibile al qui e ora	Uscire dal circolo della ruminazione ossessiva
Sé come contesto	Prospettiva di osservatore stabile delle proprie esperienze	Non identificarsi con l'ossessione ("non sono i miei pensieri")
Valori	Direzioni di vita liberamente scelte	Ridefinire il senso del trattamento oltre la riduzione dei sintomi
Azione impegnata	Comportamenti concreti coerenti con i valori	Avvicinarsi alle situazioni evitate al servizio dei valori

L'inflessibilità psicologica è l'opposto, alimentata dalla fusione cognitiva e dall'evitamento esperienziale. Nel DOC, la persona si fonde con l'ossessione, considerandola un segnale di pericolo reale, e la evita tramite compulsioni comportamentali o mentali (Twohig, Hayes e Masuda, 2006). L'ACT interviene su entrambi i fronti: la defusione riduce il potere del pensiero, mentre l'accettazione rende obsoleto il controllo.

1.4 Domanda di ricerca

La presente revisione narrativa si propone di rispondere alla seguente domanda: **l'ACT è un trattamento efficace per il DOC?** In particolare, si intende valutare:

1. l'efficacia dell'ACT sui sintomi ossessivo-compulsivi rispetto a condizioni di controllo e ad altri trattamenti;
2. la stabilità dei risultati nel tempo e l'accettabilità del trattamento;
3. i processi di cambiamento, verificando se il miglioramento passi effettivamente attraverso l'abbandono del controllo mentale e l'aumento della flessibilità psicologica.

2. Metodo

2.1 Disegno

È stata realizzata una revisione narrativa. La letteratura sull'ACT nel DOC è recente e presenta una varietà di disegni (dal caso singolo agli RCT di non inferiorità), popolazioni, formati e comparatori, e la domanda di ricerca riguarda sia gli esiti sia i processi di cambiamento.

2.2 Fonti e strategia di ricerca

Sono state consultate le banche dati PubMed, PsycINFO e Google Scholar, il registro ClinicalTrials.gov e la banca dati della Association for Contextual Behavioral Science.

2.3 Criteri di inclusione ed esclusione

I criteri utilizzati per la selezione degli studi sono riportati nella Tabella 2.

Tabella 2. Criteri di inclusione ed esclusione

Criteri di inclusione	Criteri di esclusione
Diagnosi primaria di DOC secondo criteri DSM o ICD, in adulti o adolescenti	Disturbi correlati (tricotillomania, dermatillomania, accumulo) senza DOC
Intervento basato sul modello ACT, da solo o in combinazione con farmaci o ERP	Interventi mindfulness generici non riconducibili al modello ACT, salvo nelle meta-analisi
Disegni sperimentali su caso singolo, RCT, revisioni sistematiche e meta-analisi	Case report descrittivi, studi senza misure validate dei sintomi
Misura dei sintomi con Y-BOCS o CY-BOCS	Lingue diverse da inglese e italiano

2.4 Estrazione e sintesi

Da ogni studio sono stati estratti: disegno, paese, campione, condizioni a confronto, formato e durata, risultato principale, follow-up, accettabilità e misure di processo. Sono stati inclusi sette studi primari e sette sintesi della letteratura.

I risultati sono organizzati in una sequenza cronologica e concettuale:

1. prime evidenze su caso singolo;
2. efficacia rispetto a controlli non attivi o attivi non specifici;
3. efficacia in combinazione con la farmacoterapia;
4. confronto con la CBT/ERP;
5. sintesi meta-analitiche;
6. accettabilità;
7. processi di cambiamento.

Non è stata effettuata una valutazione formale del rischio di bias né una meta-analisi originale; la qualità delle evidenze è discussa qualitativamente.

3. Risultati

Le evidenze indicano che l'ACT riduce in modo clinicamente significativo i sintomi del DOC. La Tabella 3 riassume gli studi primari inclusi, dal più recente al meno recente.

Tabella 3. Studi primari sull'ACT nel DOC

Studio	Paese	Campione	Condizioni	Formato e durata	Risultato principale	Follow-up
Nielsen et al. (2025)	Danimarca	176 adulti	ACT vs CBT/ERP	Gruppo, 14 sedute	ACT non inferiore alla CBT/ERP su Y-BOCS e qualità di vita	6 e 12 mesi
Lee, Choi e Lee (2023)	Corea del Sud	72 adulti	ACT di gruppo vs lista d'attesa	Gruppo, 8 settimane	Effetto moderato; riduzione dei sintomi del 39,3% al follow-up, nessun miglioramento nei controlli	8 settimane
Zemestani et al. (2021)	Iran	40 adulti in SSRI	ACT+SSRI vs ERP+SSRI vs solo SSRI	Individuale, 12 sedute	ACT ed ERP superiori al solo SSRI al follow-up	Sì
Shabani et al. (2019)	Iran	69 adolescenti in SSRI	ACT+SSRI vs CBT+SSRI vs solo SSRI	Gruppo	ACT e CBT efficaci in modo comparabile, superiori al solo SSRI	3 mesi
Twohig et al. (2018)	USA	58 adulti	ACT+ERP vs ERP	Individuale, 16 sedute	Entrambi molto efficaci, nessuna differenza	6 mesi
Twohig et al. (2010)	USA	79 adulti	ACT vs rilassamento progressivo	Individuale, 8 sedute	Risposta clinica 46–56% vs 13–18%	3 mesi
Twohig, Hayes e Masuda (2006)	USA	4 adulti	ACT (disegno a baseline multiple)	Individuale, 8 sedute	Riduzione clinicamente significativa delle compulsioni in tutti i partecipanti	3 mesi

3.1 Le prime evidenze: studi su caso singolo

Il primo studio sperimentale ha utilizzato un disegno a baseline multiple non concorrente con quattro adulti (Twohig, Hayes e Masuda, 2006). Otto sedute settimanali di ACT, senza esposizione in seduta, hanno portato a riduzioni clinicamente significative delle compulsioni in tutti i partecipanti, mantenute a tre mesi, e i punteggi di gravità sono scesi dal range clinico a quello non clinico (Twohig et al., 2010).

La diminuzione dei sintomi è stata accompagnata dai cambiamenti attesi nei processi: minore evitamento esperienziale, riduzione della credibilità attribuita alle ossessioni e minore necessità di rispondere a esse. Tutti i partecipanti hanno giudicato il trattamento molto accettabile.

3.2 Efficacia rispetto a controlli non attivi o non specifici

Il primo RCT (Twohig et al., 2010) ha messo a confronto otto sedute di ACT con il rilassamento muscolare progressivo (PRT) in 79 adulti, senza esposizione condotta in seduta. Il punteggio medio Y-BOCS nel gruppo ACT è diminuito da 24,2 a 12,8 al termine del trattamento e da 11,8 a tre mesi; nel gruppo PRT, da 25,4 a 18,7 e a 16,2. I tassi di risposta clinica erano del 46-56% con ACT contro il 13-18% con PRT al termine del trattamento e del 46-66% contro il 16-18% nel follow-up.

L'efficacia è stata confermata anche nel formato di gruppo. In un RCT condotto in Corea, 72 pazienti sono stati assegnati a otto settimane di ACT di gruppo o a una lista d'attesa (Lee, Choi e Lee, 2023). L'ACT ha prodotto una riduzione moderata e significativa dei sintomi, arrivando al 39,3% nel follow-up di otto settimane, mentre il gruppo di controllo non ha mostrato miglioramenti.

3.3 ACT in combinazione con la farmacoterapia

Due RCT condotti in Iran hanno esaminato l'ACT come aggiunta agli SSRI in pazienti già stabilizzati con il farmaco. Negli adolescenti, l'ACT di gruppo ha ridotto la gravità del DOC più della sola farmacoterapia, con risultati mantenuti a tre mesi (Shabani et al., 2019). Negli adulti, dodici sedute di ACT individuale hanno portato a riduzioni significative al termine del trattamento e risultati superiori rispetto al solo SSRI nel follow-up (Zemestani et al., 2021). Questi dati suggeriscono che l'ACT offre un beneficio clinico rispetto alla sola farmacoterapia.

3.4 ACT a confronto con la CBT/ERP

Nei due studi condotti in Iran, l'ACT ha ottenuto risultati sovrapponibili alla CBT di gruppo (Shabani et al., 2019) e all'ERP individuale (Zemestani et al., 2021).

Il dato più robusto proviene dall'RCT danese di Nielsen et al. (2025), realizzato in due servizi ambulatoriali pubblici con un disegno di non inferiorità. Tra 176 pazienti assegnati a 14 sedute di gruppo, l'ACT non è risultata inferiore alla CBT/ERP in termini di gravità del DOC al termine del trattamento e a 6 e 12 mesi, senza differenze nella qualità di vita. Questo rappresenta lo studio con il campione più ampio e il follow-up più lungo disponibile finora.

L'aggiunta di ACT all'ERP, tuttavia, non sembra produrre ulteriori benefici. In uno studio su 58 adulti sottoposti a 16 sedute, sia ACT+ERP che ERP si sono dimostrati molto efficaci, senza differenze negli esiti, nei processi o nell'accettabilità (Twohig et al., 2018).

3.5 Le sintesi meta-analitiche

La Tabella 4 riassume le principali sintesi della letteratura, dalla più recente.

Tabella 4. Review sistematiche e meta-analisi

Sintesi	Studi inclusi	Conclusione principale
Rohani et al. (2026)	9 RCT	Effetto moderato a favore dell'ACT rispetto a controlli inattivi e farmacoterapia; nessuna differenza rispetto ad altre psicoterapie
Bürkle, Schmidt e Fendel (2025)	33 RCT su programmi basati su mindfulness e accettazione	Riduzione ampia della gravità del DOC; nessuna differenza rispetto a CBT/ERP
Evey e Steinman (2023)	17 studi	L'ACT può ridurre i sintomi del DOC negli adulti; servono confronti diretti con ERP
Soondrum et al. (2022)	RCT e altri disegni fino al 2021	ACT plausibile come trattamento del DOC e come integrazione ad altri trattamenti

Sintesi	Studi inclusi	Conclusione principale
Philip e Cherian (2021)	Review sistematica	Supporto all'uso dell'ACT, in particolare in combinazione con la farmacoterapia
Bluett et al. (2014)	Disturbi d'ansia e DOC	ACT di efficacia comparabile alla CBT

La meta-analisi di Bürkle, Schmidt e Fendel (2025) ha incluso 33 RCT su programmi basati sulla mindfulness e sull'accettazione. Confrontando i pazienti trattati con quelli nei gruppi di controllo, questi programmi mostrano una riduzione significativa della gravità del DOC. Il miglioramento appare ancora più marcato quando si osservano i sintomi delle stesse persone prima e dopo il trattamento, sebbene questo dato sia meno rigoroso, poiché non tiene conto dei cambiamenti che possono verificarsi semplicemente con il passare del tempo. Questi programmi ottengono risultati simili a quelli della CBT e dell'ERP e migliorano anche l'ansia, le credenze ossessive e la qualità di vita. È importante notare che la meta-analisi non riguarda solo l'ACT, ma include anche altri interventi basati sulla mindfulness, come la Mindfulness-Based Cognitive Therapy. Pertanto, è utile affiancarla alla meta-analisi di Rohani et al. (2026), che si limita all'ACT e giunge a conclusioni simili.

La meta-analisi interculturale di Rohani et al. (2026), che include nove RCT sull'ACT, evidenzia un effetto moderato rispetto ai controlli inattivi e alla sola farmacoterapia, con nessuna differenza rispetto ad altre psicoterapie. Gli autori hanno anche confrontato gli studi condotti in Occidente (Stati Uniti e Danimarca) con quelli condotti in Oriente (Iran e Corea del Sud). Inizialmente, l'ACT sembrava più efficace negli studi orientali, ma questa differenza è risultata influenzata dal tipo di gruppo di controllo: gli studi orientali tendevano a confrontarla con controlli deboli, come la sola farmacoterapia, che amplificano l'effetto apparente. Limitando l'analisi agli studi in cui l'ACT era comparata ad un'altra psicoterapia, la differenza tra i due contesti scompare. L'efficacia dell'ACT non sembra quindi essere legata a una cultura specifica, ma risulta simile in contesti culturali diversi.

3.6 Accettabilità

L'accettabilità è uno degli argomenti più favorevoli all'ACT. In Twohig et al. (2010), il rifiuto del trattamento è stato del 2,4% e il tasso di abbandono del 9,8% nel gruppo ACT, valori inferiori rispetto a quelli tipicamente riportati per l'ERP. Nello studio su caso singolo, tutti i partecipanti hanno giudicato l'intervento molto accettabile (Twohig, Hayes e Masuda, 2006); tuttavia, quando l'ACT è stata aggiunta a un'ERP già ben accettata, non ha ulteriormente migliorato l'adesione e il completamento (Twohig et al., 2018).

3.7 Processi di cambiamento: dal controllo alla flessibilità

L'ACT promuove un aumento della flessibilità psicologica e una vita orientata verso i propri valori, superando i risultati di CBT e SSRI (Shabani et al., 2019). Inoltre, riduce più dell'ERP l'inflessibilità psicologica e l'uso di strategie di controllo del pensiero (Zemestani et al., 2021).

Un dato specifico riguarda la defusione. Nel trial coreano, la flessibilità psicologica e la fusione cognitiva sono migliorate solo nel gruppo ACT, e la diminuzione della fusione era significativamente associata alla riduzione dei sintomi (Lee, Choi e Lee, 2023). Anche negli studi su caso singolo, i processi dell'ACT risultavano funzionalmente legati agli esiti (Twohig et al., 2010).

Tuttavia, non tutti gli studi confermano che l'ACT operi attraverso processi distintivi. Se l'ACT agisse grazie a meccanismi specifici, ci si aspetterebbe che aumentasse la flessibilità psicologica più di altri trattamenti. Nello studio di Twohig et al. (2018), infatti, i pazienti trattati con ACT+ERP e quelli trattati con sole ERP hanno mostrato cambiamenti simili nella flessibilità psicologica e nelle credenze ossessive. È possibile che l'ERP generi effetti simili, poiché, esponendo il paziente all'ansia e impedendogli di ricorrere a compulsioni, lo induce a accettare il disagio anziché combatterlo.

Come suggerito da Arch e Craske (2008), ACT e CBT potrebbero quindi differire nelle tecniche, ma basarsi in parte sugli stessi meccanismi di cambiamento.

4. Discussione e conclusioni

4.1 L'ACT è un metodo efficace?

La risposta che emerge dalla letteratura è **affermativa, con evidenze di qualità moderata**. Quattro elementi supportano questa conclusione.

1. **Efficacia:** L'ACT mostra una maggiore efficacia rispetto a chi non riceve trattamento (Lee, Choi e Lee, 2023), a tecniche di rilassamento (Twohig et al., 2010) e alla sola farmacoterapia (Shabani et al., 2019; Zemestani et al., 2021), con effetti che variano da moderati ad ampi (Bürkle, Schmidt e Fendel, 2025; Rohani et al., 2026).
2. **Rilevanza clinica:** Il miglioramento non è solamente statisticamente significativo, ma anche concreto per i pazienti: circa la metà ottiene una risposta clinica e la gravità dei sintomi si riduce drasticamente, passando da moderata-grave a lieve (Twohig et al., 2010).
3. **Stabilità:** I risultati si mantengono nei follow-up, fino a 12 mesi nello studio più ampio (Nielsen et al., 2025).
4. **Confronto con CBT/ERP:** Nei confronti diretti, l'ACT non risulta inferiore alla CBT/ERP (Nielsen et al., 2025; Bürkle, Schmidt e Fendel, 2025).

Le revisioni precedenti avevano classificato l'ACT come un trattamento "possibilmente efficace" per il DOC (cit. in Soondrum et al., 2022). Le evidenze successive, in particolare il trial di non inferiorità di Nielsen et al. (2025) e le meta-analisi più recenti, rafforzano questa posizione.

4.2 Il ruolo del passaggio dal controllo alla flessibilità

I dati sui processi di cambiamento sono coerenti con il modello teorico dell'ACT. Rispetto all'ERP, l'ACT riduce in misura maggiore le strategie di controllo del pensiero (Zemestani et al., 2021), e la diminuzione della fusione cognitiva è associata alla riduzione dei sintomi (Lee, Choi e Lee, 2023). Pertanto, il miglioramento non deriva da un aumento del controllo sulle ossessioni, bensì dalla rinuncia a combatterle. Questo risultato è particolarmente pertinente per la ruminazione ossessiva, caratterizzata da compulsioni mentali, come la ripetizione di frasi o il ripercorrere mentalmente eventi. Poiché queste compulsioni si verificano internamente e spesso in modo automatico, sono difficili da riconoscere e interrompere con la sola prevenzione della risposta. L'ACT, invece, non richiede di bloccarle, ma di modificare il modo in cui il paziente si relaziona ai propri pensieri: riconoscerli senza crederci e senza combatterli, liberandosi così dalla lotta che alimenta la ruminazione. In questa luce, rappresenta una risorsa clinica aggiuntiva.

Tuttavia, questi risultati devono essere interpretati con cautela. Gli studi mostrano che la riduzione della fusione cognitiva e quella dei sintomi avvengono simultaneamente, ma non stabiliscono un nesso di causa-effetto. Inoltre, non tutte le ricerche rilevano meccanismi di cambiamento distintivi tra ACT ed ERP: in Twohig et al. (2018), i due trattamenti hanno prodotto modificazioni simili nella flessibilità psicologica.

4.3 Implicazioni cliniche

- L'ACT è un'opzione valida per i pazienti che rifiutano l'ERP, l'hanno interrotta o non ne hanno tratto beneficio, vista la sua buona accettabilità (Twohig et al., 2010).
- Risulta efficace come integrazione agli SSRI, ad esempio in pazienti con risposta parziale al farmaco (Shabani et al., 2019; Zemestani et al., 2021).
- Il formato di gruppo è efficace e praticabile nei servizi pubblici, presentando potenziali vantaggi economici (Lee, Choi e Lee, 2023; Nielsen et al., 2025).
- L'esposizione non viene eliminata, ma reinterpretata: il paziente si avvicina alle situazioni temute non per ridurre l'ansia, ma perché ciò lo conduce verso ciò che considera significativo.

4.4 Limiti

La letteratura presenta limiti significativi. Gli RCT sono pochi e per lo più con campioni ridotti; solo uno supera i cento partecipanti. Diversi studi provengono da un unico paese (Iran) e molti da gruppi vicini agli sviluppatori dell'ACT, con possibile effetto di alleanza. I follow-up raramente superano i sei mesi, e i protocolli differiscono significativamente in termini di durata e quantità di esposizione inclusa (Evey e Steinman, 2023; Rohani et al., 2026). Le meta-analisi più ampie raccolgono l'ACT con altri interventi basati sulla mindfulness, rendendo difficile isolare il suo effetto specifico.

4.5 Direzioni future

Le priorità di ricerca includono: repliche indipendenti di RCT ampi con comparatori attivi; follow-up superiori a un anno; studi che chiariscano il contributo della defusione,

dell'accettazione e dell'esposizione; analisi formali di mediazione; studi sui moderatori, per identificare quali pazienti traggono maggior beneficio dall'ACT (ad esempio, in presenza di compulsioni mentali o di comorbidità depressiva).

4.6 Conclusioni

Il DOC è mantenuto, almeno in parte, dai tentativi di soppressione, neutralizzazione e controllo dei pensieri intrusivi, che alimentano la fusione cognitiva e l'evitamento esperienziale. L'ACT interviene su questi meccanismi senza mirare a una riduzione diretta delle ossessioni: promuove l'accettazione delle esperienze interne e la defusione dai contenuti ossessivi, orientando il comportamento del paziente verso i propri valori e favorendo una maggiore flessibilità psicologica. Le evidenze attualmente disponibili indicano che l'ACT produce una riduzione clinicamente significativa e stabile dei sintomi ossessivo-compulsivi, presenta bassi tassi di rifiuto e di abbandono e si dimostra non inferiore alla CBT/ERP in studi comparativi diretti. Pertanto, l'ACT può essere considerata un trattamento efficace per il DOC, configurandosi come un'alternativa o un'integrazione alla CBT/ERP, in attesa di studi più ampi, replicati in modo indipendente e con follow-up a lungo termine.

Bibliografia

Abramowitz, J. S., Taylor, S., & McKay, D. (2009). Obsessive-compulsive disorder. *The Lancet, 374*(9688), 491–499. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60240-3

Abramowitz, J. S., Tolin, D. F., & Street, G. P. (2001). Paradoxical effects of thought suppression: A meta-analysis of controlled studies. *Clinical Psychology Review, 21*(5), 683–703.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

Arch, J. J., & Craske, M. G. (2008). Acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: Different treatments, similar mechanisms? *Clinical Psychology: Science and Practice, 15*(4), 263–279. https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2008.00137.x

Bluett, E. J., Homan, K. J., Morrison, K. L., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2014). Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: An empirical review. *Journal of Anxiety Disorders, 28*(6), 612–624. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.06.008

Bürkle, J. J., Schmidt, S., & Fendel, J. C. (2025). Mindfulness- and acceptance-based programmes for obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders, 110*, 102977. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2025.102977

Evey, K. J., & Steinman, S. A. (2023). A systematic review of the use of acceptance and commitment therapy to treat adult obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy, 54*(6), 1006–1019. https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.02.009

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy, 44*(1), 1–25.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). Guilford Press.

Lee, S. W., Choi, M., & Lee, S. J. (2023). A randomized controlled trial of group-based acceptance and commitment therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Contextual Behavioral Science, 27*, 45–53. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.11.009

National Institute for Health and Care Excellence. (2005). *Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: Treatment* (Clinical guideline CG31). https://www.nice.org.uk/guidance/cg31

Nielsen, S. K. K., Stuart, A. C., Winding, C., Øllgaard, M., Wolitzky-Taylor, K., Daniel, S. I. F., Vangkilde, S., Rosenberg, N., Hageman, I., & Jørgensen, M. B. (2025). Group acceptance and commitment therapy versus cognitive behavioral therapy/exposure response prevention for obsessive compulsive disorder: A block randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics, 94*(3), 135–146. https://doi.org/10.1159/000544070

Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 35*(7), 667–681.

Öst, L.-G., Havnen, A., Hansen, B., & Kvale, G. (2015). Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis of studies published 1993–2014. *Clinical Psychology Review, 40*, 156–169. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.003

Philip, J., & Cherian, V. (2021). Acceptance and commitment therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A systematic review. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 28*, 100603. https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2020.100603

Pozza, A., Domenichetti, S., Giaquinta, N., & Dèttore, D. (2017). Efficacy of CBT plus acceptance & commitment therapy versus CBT alone for obsessive-compulsive disorder: Protocol for a randomised single-blinded superiority trial [Abstract]. *European Psychiatry*.

Purdon, C. (1999). Thought suppression and psychopathology. *Behaviour Research and Therapy, 37*(11), 1029–1054.

Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy, 35*(9), 793–802.

Rohani, F., Rasouli-Azad, M., Twohig, M. P., Ghoreishi, F. S., Lee, E. B., Akbari, H., et al. (2026). Acceptance and commitment therapy for obsessive compulsive disorder: Cross-cultural systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*.

Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy, 23*(5), 571–583.

Shabani, M. J., Mohsenabadi, H., Omidi, A., Lee, E. B., Twohig, M. P., Ahmadvand, A., & Zanjani, Z. (2019). An Iranian study of group acceptance and commitment therapy versus group cognitive behavioral therapy for adolescents with obsessive-compulsive disorder on an optimal dose of selective serotonin reuptake inhibitors. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 22*, 100440. https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2019.04.003

Soondrum, T., Wang, X., Gao, F., Liu, Q., Fan, J., & Zhu, X. (2022). The applicability of acceptance and commitment therapy for obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Brain Sciences, 12*(5), 656. https://doi.org/10.3390/brainsci12050656

Twohig, M. P., Abramowitz, J. S., Smith, B. M., Fabricant, L. E., Jacoby, R. J., Morrison, K. L., Bluett, E. J., Reuman, L., Blakey, S. M., & Ledermann, T. (2018). Adding acceptance and commitment therapy to exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy, 108*, 1–9. https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.06.005

Twohig, M. P., Hayes, S. C., & Masuda, A. (2006). Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy, 37*(1), 3–13. https://doi.org/10.1016/j.beth.2005.02.001

Twohig, M. P., Hayes, S. C., Plumb, J. C., Pruitt, L. D., Collins, A. B., Hazlett-Stevens, H., & Woidneck, M. R. (2010). A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(5), 705–716. https://doi.org/10.1037/a0020508

Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., & White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology, 53*(1), 5–13.

Zemestani, M., Salavati, M., Seyedolshohadayi, A., Petersen, J. M., Ong, C. W., Twohig, M. P., & Ghaderi, E. (2021). A preliminary examination of acceptance and commitment therapy versus exposure and response prevention for patients with obsessive-compulsive disorder on an optimal dose of SSRIs: A randomized controlled trial in Iran. *Behavior Modification*.