

PERCHÉ SI SOFFRE?

IL RUOLO DELLA NON ACCETTAZIONE NELLA GENESI E NEL MANTENIMENTO DELLA SOFFERENZA EMOTIVA

Francesco Mancini, Claudia Perdighe

Associazione di Psicologia Cognitiva e Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC srl
Centro di Psicoterapia Cognitiva e Psicopatologia Sperimentale, Roma.

Corrispondenza: Claudia Perdighe, viale Castro Pretorio 116 – Roma, mail: perdighe@apc.it

Riassunto

In questo articolo ci poniamo il problema della cause prossimali e distali della sofferenza emotiva in una cornice cognitivista. La tesi che sosteniamo è la seguente: la sofferenza può essere concettualizzata come un problema di non accettazione, ovvero di iperinvestimento su uno scopo compromesso o su uno scopo minacciato.

La compromissione di uno scopo personale produce inevitabilmente un qualche grado di disagio emotivo, che nella gran parte dei casi si risolve con l'ottenimento dello scopo, con la sua ridefinizione o con la rinuncia. Ci sono dei casi, però, in cui lo scopo non viene ottenuto né c'è una rinuncia, ovvero non si accetta la compromissione anche quando questa mancata accettazione crea sofferenza.

La non accettazione può essere ricondotta a due ordini di ragioni: l'investimento su uno scopo attiva effetti funzionali che facilitano l'investimento piuttosto che la rinuncia (cicli di autoalimentazione dell'investimento e, dunque, della sofferenza); ci sono fattori, che riguardano la definizione degli scopi e gli standard etici, che creano una vulnerabilità personale alla difficoltà ad accettare la compromissione o minaccia a uno scopo personale.

Parole chiave: accettazione, scopo, sofferenza emotiva

WHY DO PEOPLE SUFFER?

THE ROLE OF NON-ACCEPTANCE IN THE GENESIS AND MAINTENANCE OF EMOTIONAL DISTRESS

Abstract

In this article we discuss of the proximate and distal causes of emotional distress in a cognitive frame. The thesis we support is the following: suffering can be conceptualized as a problem of non-acceptance or rather of overinvestment on a compromised goal or a threatened goal.

The compromisation of a personal goal inevitably produces some degree of emotional distress, which in most cases is solved with the obtaining, the redefinition or the renunciation of the goal. However there are cases in which the goal is not achieved nor the person waive it that is he doesn't accepted the compromising, even when that rejection creates suffering.

The non-acceptance can be traced to two reasons: the investment of a purpose active functional effects that facilitate the investment rather than the renunciation (self-powered cycles of investment and, therefore, of suffering). There are factors concerning the definition of goals and ethical standards, that create a personal vulnerability to the difficulty in accepting the compromisation or threat to a personal goal.

Key words: acceptance, goal, emotional di stress

1. Introduzione

Tutti gli esseri umani si confrontano ripetutamente con eventi negativi, a volte drammatici, che interferiscono con i desideri, le aspettative e gli scopi personali. È in sé un fatto ineliminabile e inevitabile. Come mai allora alcuni si riprendono bene e altri no? Come mai alcuni sviluppano disturbi emotivi, vedono la vita peggiorata, mentre altri a fronte di esperienze simili, recuperano lo stesso livello di funzionamento?

Questa è la domanda che anche i pazienti spesso pongono al terapeuta: come mai, a fronte di eventi confrontabili, loro soffrono di un disagio emotivo mentre altre persone no?

In questo articolo ci proponiamo di argomentare la seguente tesi: gran parte della sofferenza emotiva può essere descritta come un problema di non accettazione.

In linea con la concettualizzazione cognitiva dei problemi emotivi, infatti, sappiamo che la sofferenza emotiva segnala la presenza di una rappresentazione cognitiva in conflitto con i desideri e gli scopi dell'individuo ("penso di essere totalmente imbranato" mentre "voglio apparire sicuro").

Beck (1967) e Ellis (1962), a partire da questa osservazione, inferiscono che la sofferenza è il risultato di credenze disfunzionali (irrazionali, per Ellis) sul piano del contenuto e di distorsioni cognitive che interferiscono con la qualità del ragionamento prevenendo la correzione delle "credenze erronee".

Se rimane valida la concettualizzazione dei problemi in termini di scopi e credenze, è oggi ampiamente superata l'idea che la sofferenza patologica sia il risultato di una irrazionalità formale nei contenuti o nei processi di pensiero. I pazienti non ragionano peggio delle persone che non presentano sofferenza emotiva, anzi tendono a ragionare meglio (vedi ad es. Gangemi et al. 2012); il problema è il mancato adattamento, ovvero l'abbandono delle credenze che sostengono l'investimento su uno scopo, anche quando dati di realtà e convenienza ne suggeriscano l'abbandono; in altri termini, il problema è la mancata razionalità pratica (Baron 2000). In questo senso la sofferenza è prodotta da una compromissione o minaccia a un proprio scopo, ma è mantenuta nel tempo, dalla non accettazione della stessa compromissione o minaccia allo scopo.

Come mai è così difficile accettare? Questa è la domanda che ci porremo. Prima però proveremo a rispondere ad alcune domande preliminari: cosa è la sofferenza emotiva? Cosa è e come funziona il processo di accettazione?

Il concetto di accettazione, così come lo intendiamo noi, è sostanzialmente sovrapponibile a quello di resilienza (Bonanno 2004) o di adattamento resiliente (Warden 2009); resilienza è un termine mutato dalla fisica per indicare la capacità di alcuni individui di adattarsi agli eventi avversi della vita, mantenendo, o addirittura migliorando, lo stesso livello di funzionamento psicologico o riprendendolo in tempi relativamente brevi.

2. Cosa è la sofferenza emotiva

La prima domanda a cui cercheremo di rispondere in questo paragrafo è: come mai gli esseri umani soffrono? Partiamo dall'osservazione di alcune situazioni di sofferenza.

Diana ha 25 anni, dopo solo pochi mesi di matrimonio è rimasta vedova: manifesta disperazione con pianti inconsolabili ed espressioni come “non può essere vero”, “non posso sopportare questo”, “non posso vivere senza di lui”.

Bianca si sente perennemente triste, disinteressata alle cose che fa e spesso piange; questo stato dura da 8 mesi, ovvero da quando il suo fidanzato l'ha lasciata. Per Bianca questo abbandono significa non solo perdere una persona che amava ma anche perdere la possibilità di avere una famiglia, dal momento che ha 37aa e si sente vecchia. Pensa di aver sprecato la sua vita, in quanto non avrà una cosa che da sempre desidera molto; non riesce neanche più a impegnarsi sul lavoro e uscire con gli amici.

Greta ha 23 anni e riferisce di vivere un disagio emotivo legato alla sua vita sentimentale. Non ha una relazione e non ha mai avuto un fidanzato. Il disagio si manifesta con tristezza e ansia: percepisce la sua vita come mancante di qualcosa per il fatto che non ha mai avuto una relazione sentimentale, ma quando è interessata a un ragazzo e lui sembra ricambiare si spaventa e, generalmente, evita il ragazzo. Ritiene di essere attraente ma, se un ragazzo si interessa a lei, teme di non essere all'altezza in una situazione di intimità, in particolare sessuale, e di essere giudicata strana.

A cosa possiamo attribuire la sofferenza di Greta, Bianca e Diana? Come la spieghiamo? Dal punto di vista degli eventi abbiamo due situazioni di perdita: Diana e Bianca hanno perso la persona che amavano; nel caso di Greta invece non c'è una perdita, quanto piuttosto il timore di non poter avere qualcosa che desidera.

Queste diverse situazioni di sofferenza sembrano avere in comune il fatto che c'è una discrepanza tra ciò che si desidera e la realtà dei fatti. La sofferenza emotiva sembra segnalare la compromissione o minaccia ad un proprio scopo rilevante, come può essere, nei casi visti, avere o ri-avere una persona amata: Greta, Bianca e Diana, hanno una certa rappresentazione dello stato del mondo desiderato, ma i dati di realtà rimandano una rappresentazione diversa.

Naturalmente gli scopi possono essere di varia natura.

Prendiamo due casi diversi. Mario soffre di un disturbo di panico: quando si avvicina all'ascensore pensa “starò male”, questa previsione gli fa venire l'ansia e quando nota la tachicardia, la sensazione di fiato corto ecc pensa “oh, Dio mio mi sta venendo un infarto!” e questo gli aumenta l'ansia fino al panico. Flavio soffre di un Disturbo Ossessivo-Compulsivo: passa almeno 5 ore al giorno in controlli degli oggetti elettronici o meccanici che gli capita di usare, tesi a prevenire nell'immediato il danno a tali oggetti ma, soprattutto, dubbi ossessivi che interferirebbero con il sonno e, dunque, con la sua capacità di studio e di realizzazione professionale, cosa che lo farebbe sentire un figlio e una persona biasimevole.

La sofferenza di Mario e Flavio, anche se più facilmente riconoscibile come “patologica”, dal momento che è possibile anche dare un'etichetta diagnostica, sembra di nuovo prodotta da una discrepanza tra scopi personali (non avere un infarto, essere un figlio irreprensibile sul piano morale) e rappresentazione della realtà (ho la tachicardia, ho dei dubbi).

La sofferenza emotiva, dunque, sembra segnalare sempre una minaccia o compromissione a uno scopo personale rilevante, come può essere, nei nostri esempi, avere la persona amata o evitare di vedersi minacciato nella propria integrità fisica o morale.

Gli scopi possono riguardare sia lo stato del mondo (“non accetto come va il mondo”) sia

gli stati interni (“non accetto ciò che sperimento”). Nel primo caso il soggetto ha difficoltà ad accettare gli eventi avversi, reali o temuti, che interferiscono con i suoi scopi: soffre perché non accetta che il proprio compagno non l’ami più, soffre perché ha o teme di avere, e non lo accetta, una grave malattia. Nel secondo caso il soggetto soffre perché non accetta alcuni suoi stati interni, ovvero ha, o teme di avere, emozioni, pensieri, sensazioni che non vuole: soffre perché è triste e non tollera l’idea di essere triste; soffre perché ha l’ansia e non accetta di avere l’ansia, soffre perché ha pensieri che non accetta di avere. In altri termini parliamo del problema secondario.

La compromissione è intesa come una rappresentazione della realtà diversa dallo stato desiderato, ove lo stato desiderato è la rappresentazione del mondo verso cui tendere: “Voglio avere il mio compagno ma so di essere stata lasciata”; “Voglio sentirmi sicuro, ma so che sono esposto a tante minacce alla mia incolumità”.

La minaccia è intesa come una rappresentazione di un evento al quale si attribuisce o del quale si riconosce il potere di compromettere uno o più scopi personali.

Cosa produce compromissione o minaccia?

La compromissione o minaccia la si può avere o per conflitto tra scopi e dati di realtà, attuale o minacciata (ad esempio lo scopo di Diana di avere una relazione con il marito è compromesso dal dato di realtà “è morto”) oppure per conflitto tra scopi.

Questa seconda forma di compromissione è il prodotto di due scopi in conflitto tra loro; cercare di ottenere uno implica inevitabilmente la compromissione, o minaccia, dell’altro. Un esempio di compromissione per conflitto tra scopi è dato da Greta: lei ha lo scopo di avere un ragazzo, ma questo scopo è in conflitto con lo scopo di evitare di essere giudicata strana una volta conosciuta intimamente. Per avere un ragazzo, infatti, dovrebbe accettare la possibilità di essere giudicata strana, ovvero il rischio di compromissione del secondo scopo. D’altra parte per avere con certezza il secondo scopo (evitare di essere giudicata strana), deve rinunciare al primo, ovvero accettare di non avere il ragazzo.

Un altro esempio di compromissione per conflitto tra scopi è quello di una persona che ha paura dei cani e se ne vergogna. Quando incontra un cane si rappresenta una minaccia e si attivano due scopi: prima lo scopo “mi voglio proteggere dal cane” e poi lo scopo “non voglio sembrare un pusillanime”. Per proteggersi (allontanarsi, evitare il cane) non può che rischiare di compromettere il secondo scopo; per non apparire codardo, deve accettare di non proteggersi. Se volesse superare la paura, avvicinandosi gradualmente ai cani si troverebbe nella situazione paradossale di avere difficoltà a scegliere se è più minaccioso un cane grande o uno piccolo.

Abbiamo fin qui affermato che la sofferenza emotiva è data dalla compromissione di scopi personali; abbiamo, inoltre, parlato di sofferenza emotiva e non di sofferenza patologica. Ci chiediamo ora: *è sufficiente una compromissione di scopi per produrre sofferenza e disturbi psicopatologici?* Detta in altri termini: le persone sviluppano disturbi o sofferenza patologica ogni volta che un loro scopo è compromesso o c’è la minaccia che accada? Naturalmente no, altrimenti il mondo sarebbe popolato solo da persone con disturbi emotivi. La compromissione di uno scopo è una condizione sufficiente per produrre sofferenza emotiva ma non per produrre sofferenza psicopatologica.

Normalmente le persone quando c’è una compromissione o minaccia ai propri scopi, infatti, se ne fanno una ragione e vanno avanti. Quotidianamente accade a tutti di accettare che le cose siano diverse da come vorremmo, per tararci subito dopo su altri scopi: ho fretta e una persona prende il parcheggio che ho visto per primo; mi arrabbio, ma poi mi rassegno ad arrivare tardi alla riunione e cerco un altro parcheggio. Se sento una fitta al petto, mi viene in mente la

possibilità di un infarto, ma poi, se non ho altri sintomi, mi rassicuro oppure mi rassegno al fatto che si vive con la spada di Damocle sulla testa e non corro al pronto soccorso. Anche in casi più importanti, come può essere un lutto, dopo una fase d'intensa sofferenza e senso di mancanza, con il passare del tempo generalmente si accetta che lo scopo di avere o ri-avere la persona cara non è ottenibile e ci si focalizza di più su altri scopi (come per esempio essere una buona mamma per una vedova).

Quindi, di solito c'è una naturale risoluzione della sofferenza emotiva. La compromissione o minaccia, infatti, normalmente implica tre possibili soluzioni:

- raggiungo lo scopo, ovvero scopro che la compromissione non era reale (ad esempio: “mi convinco che il rischio di avere un infarto non esiste”);
- ridefinisco lo scopo, ovvero credo che la compromissione sia parziale, o non riguardi lo scopo principale o sovraordinato (ad esempio: “mi convinco che se anche mi sentissi male, non morirei”);
- rinuncio allo scopo, ovvero prendo atto della compromissione e minaccia e mi regolo di conseguenza (ad esempio: “mi convinco che non è in mio potere azzerare il rischio di morire, smetto di investire in tale direzione e mi occupo d'altro”).

Se e quando viene percorsa una di queste soluzioni, la sofferenza tende a ridursi e a non produrre sintomi di rilevanza clinica.

Riprendendo il caso di Bianca, dopo essere stata lasciata dal fidanzato, avrebbe potuto percorrere una di queste “naturali risoluzioni”: insistere con il vecchio fidanzato e, magari, convincerlo a riprovare (quindi ottenere lo scopo). Avrebbe in alternativa potuto focalizzarsi sullo scopo di avere una famiglia, svincolandolo dal suo ex fidanzato (quindi ridefinire lo scopo). In ultimo, poteva prendere atto di aver perso “l'uomo della sua vita” e focalizzarsi su scopi di domini diversi, per esempio investire di più sul successo professionale (quindi rinunciare allo scopo).

Come mai a volte non si percorrono queste strade adattive di risoluzione, accettando la compromissione? Come mai a volte non si rinuncia a qualcosa che comunque non si può avere, anche se insistere crea sofferenza?

3. Cosa è la sofferenza emotiva patologica

Abbiamo visto che la compromissione di uno scopo importante produce sofferenza, ma che normalmente la sofferenza emotiva si risolve raggiungendo, ridefinendo o rinunciando allo scopo compromesso. Cosa succede, però, se non si percorrono queste naturali strade di soluzione alla sofferenza?

Pensiamo alla scena di una donna di 33aa che piange per diverse ore al giorno, rifiuta di andare al lavoro e rispondere al telefono, esprime senso di disperazione e inutilità della vita. Nel leggere questa descrizione per un clinico è facile ipotizzare un disturbo, ad esempio una depressione maggiore; ovvero ipotizzare di trovarsi di fronte non a una sofferenza normale ma patologica.

Se ora aggiungiamo l'informazione che queste reazioni seguono di qualche giorno la diagnosi di infertilità, è molto probabile che l'ipotesi diagnostica si modifichi enormemente. Come mai? L'intensità delle reazioni è vista come reattiva alla recente scoperta di invalidazione di uno scopo soggettivamente importante, ci si aspetta una riduzione della sofferenza con il passare del tempo.

Queste stesse reazioni osservate a un anno dalla diagnosi, invece, generano valutazioni molto diverse: se dopo qualche giorno dalla diagnosi la sofferenza sembra segnalare la normale

reazione alla compromissione di uno scopo importante, dopo un anno le stesse reazioni sarebbero interpretate dal nostro clinico come il segnale del mancato adattamento alla realtà, di non accettazione della situazione.

Cosa caratterizza dunque la sofferenza patologica e la distingue dalla normale sofferenza emotiva? Se guardiamo al caso sopra, lo scenario patologico è quello della persona che manifesta una sofferenza intensa, la cui sofferenza si mantiene sostanzialmente inalterata con il passare del tempo e che non riesce né a raggiungere ciò che desidera né a rinunciarci.

Riprendiamo il caso di Bianca. La paziente piange ed è triste per la maggior parte del tempo, non prova piacere in quello che fa (intensità della sofferenza). Questa sofferenza dura da otto mesi e non si è ridotta con il passare del tempo: Bianca continua a considerare inaccettabile la perdita del suo compagno e le implicazioni personali associate; nonostante questo la faccia soffrire, non vuole o non riesce a rinunciare al suo scopo di avere il compagno e di costruire una famiglia con lui (persistenza della sofferenza). Non solo Bianca soffre, ma non riesce a fare le cose che potrebbero aiutarla a soffrire meno, come rassegnarsi e focalizzarsi su altri scopi, anche se il confronto quotidiano con la sua realtà le suggerisce l'opportunità e la convenienza.

La sofferenza patologica, è dunque, una sofferenza esagerata nell'intensità ma, soprattutto, persistente nella durata e nella quale non vengono messi in atto efficaci tentativi di soluzione, anche laddove, apparentemente, è conveniente e possibile. Per sua stessa natura è caratterizzata da resistenza al cambiamento, in quanto frutto di una mancata accettazione della realtà: per cambiare e mettere in atto tentativi di soluzione efficaci, l'individuo deve prendere atto della minaccia o compromissione e riorganizzarsi su questo.

La domanda può, quindi, essere trasformata in: perché la sofferenza in alcuni casi è persistente e non si attivano le naturali risoluzioni? La domanda rimanda alla definizione di George Kelly (1955) della patologia: "È un disturbo psichico qualunque costruzione personale che continua a essere utilizzata nonostante sia ripetutamente e sistematicamente invalidata". In altri termini ci stiamo ponendo il problema del paradosso nevrotico: perché una persona che sa che un proprio scopo è compromesso, e che magari ha fatto esperienza dell'ineludibilità della compromissione proprio provando ad eluderla, continua a investire in tale direzione, piuttosto che rinunciare ed abbandonare lo scopo?

La risposta più banale, e apparentemente tautologica, è che la sofferenza persiste perché c'è un mancato adattamento alla realtà, ovvero non si percorre nessuna delle "naturali" vie di risoluzione alla compromissione. Ad esempio la donna con infertilità dopo un anno non ha percorso nessuna delle alternative di soluzione adattive: non ha rinunciato allo scopo di diventare mamma, ma non ha neanche cercato di eludere la minaccia in toto (ad esempio con sistemi di procreazione assistita) o parzialmente (ad esempio con l'adozione). Quindi dopo un anno, continua a non accettare la compromissione del suo scopo e, anche se questo la fa soffrire, continua a investire sullo stesso scopo anche se continua a non ottenerlo; questo non consente di percorrere le altre soluzioni possibili (la ridefinizione o rinuncia allo scopo).

Quindi la sofferenza diventa psicopatologica (esagerata nell'intensità, persistente, con blocco dei tentativi di soluzione) quando non si accetta la compromissione e si continua a investire sullo scopo compromesso o minacciato, nonostante le ripetute invalidazione e la sofferenza implicata. Questo, evidentemente, ostacola la possibilità di percorrere le altre soluzioni alla compromissione di uno scopo, in particolare la rinuncia. Ad esempio Greta, come abbiamo visto, ha lo scopo di avere un fidanzato, ma anche lo scopo di evitare il giudizio "strana" per la sua scarsa esperienza sessuale. I suoi tentativi di soluzione sono da un lato cercare di avere un fidanzato, dall'altro cercare di eludere il rischio di un giudizio per lei negativo, evitando

l'intimità. Greta mette in atto questo tipo di condotte ormai da 4 anni e, a ora, non ha mai avuto un fidanzato né ha potuto farsi esperienze sessuali (visto che evita) e quindi non ha la possibilità di eludere la minaccia di un giudizio negativo. In altri termini dopo 4 anni continua a non accettare la possibile compromissione del suo scopo di non essere giudicata strana, come non accetta neanche la compromissione dello scopo di avere un fidanzato; questo blocca l'accesso a ogni cambiamento o riduzione della sofferenza (anzi, per ragioni che vedremo nei prossimi paragrafi, tende ad alimentarla sempre di più).

Concludendo, la tesi che stiamo sostenendo è che la sofferenza emotiva patologica è prodotta dalla non accettazione della compromissione o minaccia di uno scopo personale. Non accettando la compromissione si determina una situazione di iperinvestimento, ovvero di insistenza su uno scopo di fatto compromesso o minacciato, anche quando i dati di realtà e i costi suggerirebbero la rinuncia. Bianca non riesce a farsi una ragione dell'abbandono e a distanza di mesi non riesce a riprendere la sua vita normale, a investire su altro, continuando a ruminare sul perché a 37aa si ritrova sola. Flavio e Mario, nonostante i disturbi siano presenti da anni, non riescono a farsi una ragione della impossibilità di azzerare la minaccia e continuano a "investire" in tale direzione, nonostante i costi che questo implica per la loro vita.

Se è vero che la sofferenza patologica può essere concettualizzata in termini di mancata accettazione e di non accesso alle naturali risoluzioni, il problema diventa: come mai e quali condizioni l'accettazione è così difficile? Ovvero, a quali condizioni l'individuo non percorre una delle strade di risoluzione naturale?

Proveremo a rispondere nei prossimi paragrafi, partendo da cosa significa esattamente investire e cosa accettare, per poi chiederci a quali condizioni è difficile accettare.

4. Il processo di accettazione e l'investimento su uno scopo

Accettazione può essere un concetto vago o confuso, anche perché con lo stesso termine si indicano sia il processo che l'esito dello stesso.

L'oggetto dell'accettazione può essere una perdita (compromissione di uno scopo) o una minaccia di perdita. Nell'accettazione di una perdita l'individuo deve fare i conti con un evento già accaduto, ad esempio la bocciatura ad un esame o l'esito negativo di una prestazione professionale, la constatazione di avere avuto dei genitori anaffettivi e negligenti o un fallimento di una relazione sentimentale. Nell'accettazione di una minaccia, invece, l'individuo deve fare i conti, non con un evento dato, ma con il rischio che si realizzi uno stato temuto, ovvero che un proprio scopo sia compromesso; ad esempio il rischio di essere bocciati a un esame, di un fallimento professionale o il timore di non riuscire a "farsi amare da mamma".

Per *accettazione come esito* del processo, ovvero come punto di arrivo, si intendono essenzialmente due cose: azzerare o limitare l'investimento in uno scopo compromesso o minacciato; investire su altro, cioè su scopi e comportamenti su cui si ha un potere. In questo senso il concetto di accettazione come esito è in buona parte sovrapponibile a quello di resilienza (Bonanno 2004) o di adattamento resiliente (Warden 2009), concetti sui quali è stata prodotta un'ampia letteratura nell'ultimo decennio; resilienza e adattamento resiliente indicano, infatti, la "capacità" di alcuni individui di adattarsi agli eventi avversi della vita, riprendendo un funzionamento pre-evento in tempi relativamente brevi.

Ad esempio, nel caso di Bianca accettare la compromissione, o essere resiliente, equivale a ridurre l'investimento nello scopo di recuperare in senso lato la perdita; lo stato mentale corrispondente è quello di chi dice: "È accaduto ormai. Non ci posso fare niente!". Accettare,

inoltre, significherebbe per Bianca, investire su altro, per esempio sovraordinare il proprio benessere psicologico ed esistenziale allo scopo di avere un fidanzato, cioè avere uno stato mentale sintetizzabile in espressioni come “Voglio andare avanti!” o “Il mio benessere conta più dell’aver o meno un fidanzato”.

Nel caso di Greta, invece, accettare la minaccia di essere giudicata strana in una relazione intima, equivarrebbe a in primo luogo a smettere di mettere in atto i comportamenti tesi ad azzerare il rischio che la minaccia si realizzi, come evitare ogni situazione di intimità sessuale o, ancora prima, evitare di intraprendere relazioni sentimentali (che non significa rinunciare ai comportamenti funzionali tesi a ridurre il rischio, come ad esempio scegliere persone con cui ha una buona affinità o aumentare la conoscenza prima di arrivare all’intimità sessuale). In secondo luogo accettare la minaccia equivarrebbe a focalizzare gli sforzi non sulla prevenzione della minaccia in senso stretto, ma sull’investimento su fattori maggiormente in suo potere, come scegliere meglio i partner, costruire relazioni basate anche sulla stima reciproca, sulla condivisione di interessi ecc, non solo sull’essere giudicata “non strana” e attraente sessualmente (cose che possono in effetti ridurre la possibilità che la minaccia si realizzi, anche se non azzerarla).

Un esempio della vita quotidiana di accettazione della minaccia è lo stato mentale della persona che decide di usare l’automobile: usare l’auto implica infatti accettare un certo grado di rischio, dopo aver fatto quanto in proprio potere per garantirsi condizioni di relativa sicurezza (controllo del funzionamento dell’automobile, conoscere le regole stradali ecc.).

Quando parliamo di accettazione della minaccia è implicito il riferimento a “gradi” diversi di accettazione del rischio che un dato evento si realizzi: accettare la minaccia di essere bocciati, non significa accettare di essere bocciati e smettere di investire per prevenire questo scenario; significa ridurre quantitativamente l’investimento in tale direzione.

In ultimo, per *processo di accettazione* si intende il processo che porta da uno stato di investimento nella direzione di uno scopo (contenere o prevenire una compromissione) ad uno stato di dis-investimento, di rinuncia.

Il processo di accettazione (il come avviene, a quali condizioni e quali sono gli ostacoli) è l’aspetto più interessante per noi, dal momento che abbiamo definito la sofferenza psicopatologica come un problema di difficoltà ad accettare una compromissione o minaccia, quindi di difficoltà a fare il processo contrario all’investimento: accettare significa disinvestire.

Per comprendere come il processo di accettazione si realizza e a quali condizioni avviene, o non avviene, l’accettazione dobbiamo partire dal concetto di investimento.

Quali credenze orientano le condotte di un soggetto nella direzione di uno scopo? Ovvero a quali condizioni c’è quello che chiamiamo investimento e contrapponiamo all’accettazione? Ci sembra che *gli ingredienti minimi necessari perché ci sia investimento* sono i seguenti (Mancini et al. 2002, Barcaccia 2007, Perdighe e Mancini 2011).

a) La presenza di uno *scopo rilevante per il soggetto*: perché ci sia investimento nella direzione di uno scopo, chiaramente, lo scopo deve avere un valore, soggettivamente definito. Nel caso di Bianca, l’investimento è sostenuto dal fatto che nella mente di Bianca è rappresentato lo scopo di avere un compagno e una famiglia. L’importanza dello scopo, il suo valore, può essere quantificato in termini di condotte (interne e esterne) regolate da quello scopo o, in altri termini, dai sotto-scopi associati (valore alto, invalidazione alta se compromesso); per Bianca, ad esempio, avere una relazione sentimentale, equivale ad investire su un progetto di coppia, un progetto di famiglia e a vedere realizzati gli scopi legati al tipo di persona che vuole essere e crede di dover essere.

b) La *previsione di successo*: perché un individuo investa nella direzione di uno scopo, è necessario che quello scopo non solo sia soggettivamente desiderabile, ma anche che sia creduto ottenibile. Ad esempio, perché un paziente investa sul garantirsi l'evitamento di qualsiasi situazione di svilimento o umiliazione, è necessario non solo che la protezione da questo scenario sia uno scopo rilevante, ma anche che creda possibile questo evitamento. La ragione per cui prendendo l'aereo la maggior parte delle persone non fa rituali scaramantici, è la mancanza di fiducia nel successo di questi rituali: chiunque spenderebbe qualche minuto in rituali se avesse anche solo un ragionevole sospetto della loro efficacia nel prevenire la morte propria o dei cari.

c) Il *valore dello scopo in relazione alle alternative* e previsioni di successo per le alternative; l'investimento nella direzione di uno scopo è regolata non solo dal valore assoluto di uno scopo, ma anche dal suo valore relativo, ovvero dalla presenza o assenza di altri scopi creduti desiderabili e ottenibili dal soggetto che lo fanno percepire come più o meno insostituibile. Ad esempio, è banalmente molto più facile accettare una interruzione di gravidanza se si ha già un figlio o se la persona crede possibile avere altre gravidanze; simmetricamente ci sarà un maggiore investimento sul contenimento della perdita nel caso di mancanza di figli o di problemi di fertilità. Se prendiamo l'esempio di Flavio, il paziente ossessivo, possiamo osservare che l'investimento nella prevenzione di un fallimento universitario e poi professionale è giustificato non solo dal valore di questo scopo, ma anche dal fatto che Flavio non si rappresenta altri scopi alternativi, capaci di garantirgli la sensazione "di non sprecare la sua vita" e di proteggersi dalla colpa.

d) *Aspetti normativi*, che riguardano le credenze relative ai propri diritti e doveri nella vita, ciò che consideriamo "normale che capiti" o meno. È più facile investire su uno scopo se credo che rientri nella sfera della "normalità" etica e statistica tendere verso un certo stato desiderato: se la famiglia o una relazione sentimentale sono rappresentati come stati "normali", che "tutte le persone normali hanno", vengono percepiti come "diritti" e questo tende ad alimentare l'investimento in tale direzione. Simmetricamente se lo scopo desiderato rientra tra le cose a cui raramente e poche persone hanno accesso, è più facile rinunciare in quanto è più difficile che ci sia la credenza di averne diritto. È difficile immaginare che una persona non si faccia una ragione del fatto che il proprio amore per Scarlett Johanson non sia ricambiato o che non vinca il superenalotto, dal momento che difficilmente queste cose saranno percepite come diritti.

Per Bianca, invece, avere un compagno è uno scopo rilevante, che per lei equivale ad avere la possibilità di realizzare un progetto di famiglia. Oltre ad essere uno scopo altamente desiderabile, l'investimento è sostenuto anche dal fatto che Bianca non vede alternative a questo scopo e, aspetto nel suo caso più critico, crede che avere un compagno e una famiglia rientri tra i diritti delle persone normali; disinvestire da questo scopo, accettarne la compromissione, equivale per lei ad accettare di avere meno diritti degli altri o, alternativamente, di aver mancato a qualche dovere, di essere colpevole ("se sono l'unica persona tra quelle che conosco a non avere un compagno e una famiglia significherà bene qualcosa! Evidentemente non merito di avere quello che tutti hanno").

Il processo contrario all'investimento è l'accettazione, ovvero la presa d'atto di una compromissione e il disinvestimento dallo scopo. Se l'investimento è sostenuto da fattori specifici, *il processo di accettazione consiste nella modificazione degli elementi che sostengono l'investimento, così da avere un processo contrario di dis-investimento*. Rifletteremo nell'articolo che segue su questo stesso numero, su quali azioni terapeutiche possono favorire tale processo di accettazione; per ora ci interessa osservare che accettare significa:

- ridefinire o ridurre il valore di uno scopo. Prendiamo il caso di un nostro paziente

narcisista, focalizzato sullo scopo di evitare ogni possibile scenario di umiliazione interpersonale; una possibile ridefinizione dello scopo potrebbe essere: “invece di cercare di evitare a tutti i costi di non essere umiliato, potrei sforzarmi di rendermi più amabile per la mia attuale fidanzata!”;

- modificare la credenza o percezione di poter avere successo, di avere il potere di raggiungere lo scopo (“tanto qualsiasi cosa io faccia non potrò mai annullare il rischio di sentirmi in qualche situazione umiliato; e allora è inutile insisterci”);
- ridefinire i propri standard di normalità e di quelli che sono i propri diritti o doveri (“e chi ha detto che sentirsi ogni tanto umiliati non faccia parte delle normali esperienze umane? Non è detto che valere equivalga a non sentirmi mai umiliato”);
- individuare degli scopi alternativi desiderabili e/o modificare la credenza di poterli ottenere (“invece che passare il tempo a preoccuparmi di non essere umiliato, potrei impegnarmi di più sul comportarmi meglio con le persone così da ottenere più benevolenza e simpatia”).

L'esempio prototipico del processo di accettazione naturale di una perdita è il lutto: nel lutto c'è una grave compromissione ad uno scopo (perdita di una persona cara) e il punto di arrivo naturale, auspicato e raggiunto nella gran parte dei casi, è l'accettazione. Sia l'osservazione clinica delle persone in lutto che gli studi fenomenologici suggeriscono che gli elementi critici per l'accettazione sono: il valore dello scopo, quanto la perdita è creduta irreparabile, la presenza o assenza di scopi alternativi e il significato della perdita da un punto di vista etico, cioè quanto la perdita è considerata giusta o ingiusta (Parkes 1980, Warden 2009).

5. Come la sofferenza diventa patologia: perché un soggetto investe invece di accettare?

Abbiamo visto che nella gran parte dei casi l'investimento verso uno scopo, dove questo sia compromesso, è seguita da successo, da ridefinizione o da rinuncia: investo sul ridurre la sensazione di essere incapace, mi impegno per aumentare le mie competenze e “scopro” che la compromissione non era totale. Oppure, nonostante l'investimento in questa direzione e l'impegno e il tempo profuso, non riduco in modo stabile questo vissuto; quindi, capisco che lo scopo non è tra i miei poteri e diritti e ci rinuncio. In alcuni casi, però, questo non accade: come Bianca, Greta o Flavio, il soggetto può continuare a investire sullo scopo nonostante i costi implicati e nonostante sia opportuno e conveniente rinunciare. Come mai? Ritorniamo al problema già posto sopra: come mai e a quali condizioni non si arriva all'accettazione?

Abbiamo due ordini di risposte al problema:

- l'investimento su uno scopo, o meglio sul contenimento o prevenzione della sua compromissione, può attivare effetti che facilitano l'investimento piuttosto che la rinuncia (ovvero l'accettazione della compromissione o minaccia), in quanto creano cicli di autoalimentazione dell'investimento e, dunque, della sofferenza proprio in ragione dell'intensità dell'investimento stesso su uno scopo (Johnson-Laird et al. 2006, Mancini e Gangemi 2002, Mancini e Gangemi 2004); l'attivazione di questi effetti è una funzione dell'intensità dell'investimento: più si investe su uno scopo, più è facile che si creino cicli di autoalimentazione dell'investimento stesso;
- ci sono fattori, riguardanti la definizione degli scopi e gli standard etici, che creano una vulnerabilità personale alla difficoltà di accettare la compromissione o minaccia ad uno scopo personale. Si tratta, dunque, di fattori di vulnerabilità individuale, che

creano le condizioni perché ci sia un investimento “eccessivo” nel contenimento o prevenzione della compromissione a un proprio scopo.

Quello che stiamo sostenendo, in linea con la *Hyper-emotion Theory* (Johnson-Laird et al. 2006), è che nella sofferenza patologica si osserva una reazione emotiva appropriata, ovvero coerente con la compromissione o minaccia e funzionale alla reazione (ad esempio provo tristezza davanti alla perdita del fidanzato) ma inappropriata nella sua intensità (ad esempio non riesco a considerare nessuna alternativa valida al fidanzato perduto). L'intensità, poi, favorisce effetti e automatismi che mantengono le credenze, piuttosto che indebolirle.

Nei prossimi paragrafi analizzeremo i due livelli di spiegazione, cercando di capire a quali condizioni si arriva alla cristallizzazione dell'investimento e blocco dell'accettazione.

5.1 Come la sofferenza diventa patologica: i meccanismi ricorsivi

Natalia ha lasciato 4 anni fa il ragazzo; con il passare del tempo ha iniziato a vivere come una perdita la fine della relazione, cosa peggiorata quando lui intraprende una nuova relazione. Da un anno presenta umore depresso, ruminazioni e colpevolizzazioni. Ciò che rende a Natalia difficile farsi una ragione della perdita è il fatto che da un lato coltiva la speranza (previsione di successo), dall'altro si colpevolizza e cerca una riparazione (credenza di avere il dovere di recuperare e rimediare alla sua colpa). L'effetto è un circolo vizioso: ruminando su quello che ha perso e fa poco per darsi la vita che vuole, favorendo così una vita poco gratificante. Questo aumenta il valore di ciò che ha perso e, quindi, la difficoltà ad accettare e l'insistenza sui tentativi di recupero.

Prendiamo ora il caso di Caterina, una paziente con Disturbo Borderline di Personalità; Caterina teme il rifiuto e investe molto per proteggersi da questa minaccia: da un grande valore allo scopo di evitare ogni forma di rifiuto interpersonale, crede giusto proteggersi dal rifiuto; inoltre ogni scenario alternativo le sembra poco appetibile, per esempio non le sembra desiderabile sforzarsi di essere apprezzata dagli altri, se non è sicura che l'altro non la rifiuterà mai. Con il tempo Caterina è diventata ipersensibile e attenta a ogni segnale di rifiuto, per cui per esempio è sufficiente che il marito decida di passare una serata con gli amici per farla sentire rifiutata e innescare una reazione di intensa ostilità; ha aumentato il numero di richieste che fa al marito per non sentirsi rifiutata, aumentando così le occasioni di “rifiuto” percepito ecc. Chiaramente tutto questo ha l'effetto di peggiorare il rapporto con il marito, cosa che la fa sentire ancora più minacciata e aumenta lo sforzo di proteggersi dalla minaccia.

Santo, invece, è un paziente narcisista: uno degli aspetti più salienti del suo funzionamento è il timore di sentirsi umiliato; essere umiliato per lui significa soprattutto apparire come uno “sfigato non amato dalla fidanzata che invece lui ama”. Il problema è che più investe sulla prevenzione della minaccia di umiliazione, più aumentano le occasioni di umiliazione percepite, in quanto è attento e monitora continuamente tutti i segnali di minaccia (anche dopo le interazioni ruminandoci per ore); inoltre aumentano anche le occasioni reali di umiliazione, per gli effetti interpersonali dei suoi tentativi di prevenire la minaccia; ad esempio Santo controlla continuamente la sua ragazza, che finisce spesso per mentirgli o per confidare agli amici “la gelosia” di Santo (che quando se ne accorge si sente umiliato). Aumentando le occasioni di umiliazione, aumenta l'urgenza di prevenire tale minaccia.

Anche Bianca è un esempio di come la non accettazione possa innescare circoli viziosi: non accettare di poter essere abbandonata fa sì che cerchi persone che le sembrano affidabili, selezionati soprattutto su questo; se va male, si confronta con un danno doppio (non solo è senza

fidanzato, ma anche con meno fiducia nei suoi criteri di selezione degli uomini affidabili), cosa che ha l'effetto di aumentare l'investimento sulla prevenzione delle "fregature".

Questi casi sembrano suggerire che *quando un soggetto investe sul contenimento o la prevenzione della compromissione di uno scopo, si attivano meccanismi ricorsivi che aumentano l'investimento e ostacolano l'accettazione*. Più s'investe su qualcosa più è facile che si creino effetti di autoalimentazione che chiudono il cerchio. Più Natalia investe sul recupero della persona amata e non investe su alternative desiderabili, più le sembra di aver perso un bene insostituibile e, quindi, irrinunciabile. Più Caterina cerca di evitare di sentirsi rifiutata dal marito più aumentano le occasioni in cui si sente rifiutata e più le sembra inaccettabile il rifiuto e investe sulla sua prevenzione.

I casi visti esemplificano la tesi che stiamo sostenendo; l'insistenza verso uno scopo, o meglio, lo sforzo di prevenire o modificare la compromissione di un proprio scopo, è accompagnata da automatismi e cambiamenti nell'orientamento dei processi cognitivi che ostacolano il cambiamento piuttosto che favorirlo, creando una situazione simile al paradosso del giocatore: più hai investito, meno sei disposto a rinunciare e smettere di investire. Nello specifico in situazioni di minaccia e di forte investimento su uno scopo, l'iperfocalizzazione, si attivano fattori che tendono a confermare le credenze che sostengono l'investimento e automatismi che non rendono disponibili informazioni che faciliterebbero il disinvestimento. In realtà sappiamo che le emozioni orientano sempre in senso confermativo e prudentiale i processi cognitivi (Mancini e Gangemi 2002, 2004; Gangemi et al. 2012): ad esempio se una persona è in ansia per la situazione economica dell'Italia, l'ansia orienta l'attenzione e la persona noterà ogni segnale di conferma alla percezione di minacciosità dell'attuale situazione economica. Ancora, se una persona si sente in colpa, perché lascia il figlio di due anni per andare a lavorare, la colpa tenderà ad attivare un ragionamento prudentiale, per cui darà più peso ai segnali che confermano la sua colpa (sta danneggiando il figlio), che a quelli che indicano uno stato di benessere del figlio, per cui le sarà più difficile abbandonare le credenze che sostengono la colpa.

Quindi, quanto più ci si tiene a uno scopo, tanto più la sua compromissione o minaccia è seguita dallo sforzo di contenerla o prevenirla, tanto più è difficile percorrere le normali strategie di soluzione, anche perché funzionano meno. Questo chiude il ciclo di autoalimentazione della sofferenza.

Tra i tanti meccanismi ricorsivi che si possono avere come effetto non voluto dell'investimento, giocano un ruolo importante: gli effetti prodotti dalle emozioni sull'orientamento dei processi cognitivi, come l'attenzione selettiva, il ragionamento prudentiale e altri; gli effetti prodotti dall'iperfocalizzazione di uno scopo; i circoli viziosi interpersonali. Ci limiteremo ora a vedere solo alcuni esempi per mettere in luce l'effetto di questi fattori come ostacolo al processo di accettazione e, quindi, mantenimento dell'investimento. Per una descrizione più ampia del ruolo delle emozioni nell'orientamento dei processi cognitivi e degli automatismi che tendono a produrre effetti confermativi si veda a Mancini e Gangemi (2002, 2004), Johnson-Laird et al. (2006) e Gangemi et al. (2012).

Un esempio di effetti che contribuiscono a mantenere un orientamento di insistenza verso uno scopo, piuttosto che la rinuncia, è la preferenza in situazioni di minaccia per la sicurezza, anche quando è molto costoso ottenerla (*better safe than sorry*): in situazioni di minaccia, infatti, le persone preferiscono allarmarsi a vuoto, che rischiare di non allarmarsi quando c'è un pericolo vero per cui, per esempio, anche se una persona sa che un mal di stomaco non è un sintomo di una grave malattia "per sicurezza" investe comunque nello scopo di azzerare i rischi e va dal medico. Ancora, lo stato di allarme derivante dalla percezione della minaccia di infarto,

e dallo scopo di azzerare il rischio, ha l'effetto di attivare un'attenzione selettiva ai segnali di minaccia di infarto; quindi la minaccia appare al soggetto più vicina o più grave e, come conseguenza, aumenta l'investimento sullo scopo di azzerarla. Inoltre, in generale sappiamo che, soprattutto in situazioni di minaccia o, comunque, di attivazione emotiva, è più facile confermare piuttosto che falsificare le proprie credenze, dal momento che gli esseri umani tendono a dare maggior valore alle informazioni che confermano le proprie credenze o ipotesi che a quelle disconfermanti (*confirmation bias*). Ad esempio, se una persona teme di poter avere un infarto e investe sulla prevenzione di tale minaccia, è probabile che presterà maggiore attenzione ai dati che confermano il suo timore (senso un dolore al petto, nausea e stanchezza ecc.) e poco ai dati che falsificherebbero l'ipotesi, come ad esempio il fatto che è da un anno che ogni tanto sente questi sintomi, il fatto che il cardiologo non ha trovato nessuna anomalia o che ha mangiato pesante. La tendenza a confermare l'ipotesi, ha il naturale effetto di alimentare l'investimento.

Altri interessanti fattori che creano cicli di autoalimentazione dell'investimento riguardano la focalizzazione di uno scopo: uno degli effetti che tendono ad alimentare l'insistenza piuttosto che favorire la rinuncia, riguarda l'*aumento degli standard di riferimento* come effetto proprio dell'investimento e focalizzazione dello scopo, che abbiamo visto illustrato nel caso di Natalia: la focalizzazione sul recupero del fidanzato ha l'effetto di peggiorare il suo presente (investe poco su altri scopi) e fa sì che il bene perduto aumenti di valore con il passare del tempo invece di diminuire (mitizzazione del bene perduto). Un altro esempio è quello di un paziente che dopo aver speso molti anni ed energie per conquistarsi una posizione di prestigio sociale e professionale nel tentativo di rassicurarsi del fatto che "non è un bluff", sente la minaccia come ancora più incombente e grave: essere un penalista molto apprezzato, infatti, lo espone a un confronto con standard sempre più alti (e quindi gli offre molte più occasioni per temere di essere scoperto inadeguato).

Investire su uno scopo, anche quando c'è la consapevolezza di mancanza di potere nel contenimento o prevenzione della compromissione, può essere anche l'effetto di una sorta di illusione cognitiva, la cosiddetta illusione dei costi sommersi (Mancini e Gangemi 2012, Arkes e Blumer 1985): se si è già investito sul recupero dello scopo, rinunciare allo scopo può essere reso difficile dal fatto che, appunto, c'è già stato un significativo costo personale in termini di investimento e quindi, rinunciare è percepito come "aver speso inutilmente". In altri termini c'è la tendenza a decidere sulla base di quanto è stato speso, più che sulla base di quanto sia conveniente continuare a investire.

Anche i processi interpersonali possono creare spirali di autoalimentazione dell'investimento su uno scopo (Semerari e Di Maggio 2003, Saliani et al. 2011). Ad esempio, riprendendo il caso di Caterina, le reazioni di ostilità ogni volta che "si sente rifiutata", attivano risposte rabbiose e di allontanamento, piuttosto che di rassicurazione, da parte del marito; questo ha l'effetto di far sentire Caterina ancora più minacciata e aumentare l'ostilità, chiudendo così un circolo vizioso. Un esempio classico di cicli interpersonali di autoalimentazione dell'investimento è quello del paranoico che, per timore di essere in qualche modo danneggiato dall'altro, è sospettoso e diffidente, o addirittura preventivamente ostile, con il risultato di facilitare risposte che confermano i suoi timori (altro è ostile, non benevolo ecc.), piuttosto che rassicurarlo sulla mancanza di intenzioni malevole nei suoi confronti, e che quindi aumentano l'investimento nello scopo di proteggersi dall'altro.

Quelli descritti sono tra i tanti effetti che possono capitare a tutti, laddove sia profuso un grande sforzo per prevenire o modificare la compromissione. Il problema non è nella presenza in sé di questi effetti e automatismi che tendono ad alimentare la sofferenza, dal momento che fanno

parte del normale funzionamento cognitivo. Il problema è quanto questi processi consentono l'uscita, ovvero quanto consentono che il soggetto possa ad un certo punto occuparsi d'altro: quello che abbiamo fin qui sostenuto è che *quanto più si investe su uno scopo, tanto più è probabile che si creino circoli chiusi di autoalimentazione dell'investimento e, quindi, tanto più è difficile l'accettazione* (e, quindi, la riduzione della sofferenza).

Stiamo, dunque, sostenendo che questi effetti sono funzione dell'intensità dell'investimento: più "si tiene" a qualcosa, più è difficile rinunciarci perché si creano effetti che facilitano l'investimento invece della rinuncia. Cosa, però, rende ragione delle differenze individuali, ovvero del fatto che solo alcune persone o, soprattutto, che la stessa persona solo in alcuni domini, non riesce ad accettare anche se opportuno e conveniente? Insomma, perché in alcuni casi è così difficile accettare?

Nel prossimo paragrafo analizzeremo i fattori che aumentano la difficoltà di accettare, ovvero che favoriscono l'investimento su uno scopo invece della rinuncia, anche laddove dati di realtà e convenienza lo suggerirebbero.

5.2 Come la sofferenza diventa patologica: i fattori che ostacolano l'accettazione, rendendo "vulnerabili" ai meccanismi ricorsivi

Riprendiamo il caso della signora con problemi di fertilità: cosa fa sì che dopo un anno la signora ancora soffra come a pochi giorni della diagnosi? Abbiamo visto che la persistenza dell'investimento, ovvero il mancato abbandono delle credenze che lo sostengono, può essere spiegato da automatismi e effetti non voluti attivati proprio dall'intensità dell'investimento stesso. Ma a quali condizioni uno scopo è difficile da abbandonare e si attivano effetti e meccanismi ricorsivi?

La stessa domanda possiamo porcela per Caterina; abbiamo visto che la paziente profonde grandi sforzi nel tentativo di evitare questa minaccia, e continua anche a fronte dei costi emotivi che questo comporta e della loro sostanziale inefficacia. Cosa fa sì che vedendo ripetutamente invalidato il suo scopo di azzerare il rischio di rifiuto a un certo punto non si rassegni o comunque non abbassi gli standard? I meccanismi ricorsivi spiegano il fatto che, una volta che si investono tante energie sul contenere o prevenire una minaccia, è più facile continuare che disinvestire. Ma cosa rende Caterina sia così iperfocalizzata sullo scopo e sia che si senta così minacciata dal rifiuto, da essere così vulnerabile ai meccanismi ricorsivi? In altri termini: cosa la rende così vulnerabile all'investimento, piuttosto che l'accettazione, e quindi anche ai meccanismi ricorsivi?

Osservando Caterina vediamo che quando si sente rifiutata reagisce con rabbia; la rabbia è interpretata dalla paziente come prova del fatto che è una persona sbagliata, fatta male. Quindi si trova immediatamente a dover combattere su due fronti: da un lato si deve proteggere dal rifiuto, dall'altro deve contenere il danno del sentirsi una persona sbagliata (e quindi non amabile); questo significa che anche nei confronti dell'Altro, si trova a fare i conti con un doppio problema: l'altro è ingiusto in quanto rifiutante, l'altro non è ingiusto in quanto è lei sbagliata. Quindi, in termini più generali, la presenza di un problema secondario aumenta l'investimento, innescando facilmente circuiti chiusi di autoalimentazione.

Un alto fattore che complica le cose a Caterina è il fatto che tende ad assumere le emozioni come informative dello stato del mondo. Nello specifico: quando le capita di sentirsi rifiutata, il sentirsi rifiutata è assunta come conferma del fatto che c'è qualcuno che la sta rifiutando. Questo meccanismo aumenta dunque immediatamente l'investimento (o l'allarme) in quanto ogni sua

risposta emotiva amplifica la “gravità” della compromissione o minaccia (a più ampia perdita, corrisponde più vicina e ampia minaccia).

Un altro fattore che rende a Caterina difficile l'accettazione è la catastrofizzazione dello scenario di rifiuto. Caterina si rappresenta “immersa” nella situazione temuta, cristallizzata, senza nessuna rappresentazione di soluzioni o attenuazioni; non riesce a immaginare che ci sia un dopo, a pensarsi come capace di sopportare, a rappresentarsi un qualche aiuto esterno (come il fatto che per l'altro il rifiuto può essere uno stato transitorio o non riguardare tutta la persona). È ovvio che dare queste connotazioni catastrofiche al rifiuto ne rende difficile l'accettazione e, invece, rende più facile l'investimento anche a fronte di dati che lo scongiurerebbero. Inoltre lo scopo è rappresentato in termini di evitamento dello scenario temuto, non in positivo: Caterina non è guidata dallo scopo di essere accettata, ma dallo scopo di non essere rifiutata: questo le complica le cose in quanto “non essere rifiutata” è uno stato molto più difficile da definire e raggiungere dell'essere accettata o amata.

In ultimo Caterina ha anche il problema che, quando si senta rifiutata, interpreta questo come qualcosa che ha a che fare “con la sua natura”, ovvero si dice “ci deve essere qualcosa di sbagliato in me se alla fine tutti mi rifiutano, è colpa mia”. Questo implica un investimento ulteriore derivante dal volersi proteggere da una colpa, ovvero un investimento guidato dalla credenza che “non essere rifiutata” rientri tra i suoi doveri.

Provando a fare una sintesi, i fattori che giocano un ruolo cruciale nel rendere vulnerabili alla non accettazione e, quindi, se esposti alla minaccia o compromissione di scopi rilevanti, alla sofferenza psicopatologica, sono:

1) i *problemi secondari*: banalmente la presenza di un problema secondario, implica che si debbano accettare due compromissioni invece di una e questo aumenta immediatamente la percezione dei costi dell'accettazione.

Si pensi anche alla depressione: quello che spesso rende critici gli episodi di umore depresso, è la connotazione negativa che viene data dal soggetto a tale esperienza (es. essere depresso equivale a essere un fallito come mio padre); queste connotazioni negative fanno sì che il soggetto si trovi a doversi far carico della perdita che produce l'umore depresso e in più del fatto che essere depresso minaccia il tipo di persona che vuole essere (non solo deve, per esempio, accettare l'abbandono della moglie ma deve anche fare di tutto per non essere depresso per questo fatto). È intuitivo che il compito di accettare è molto più difficile. A questo proposito uno dei punti di contatto maggiore con le terapie basate sulla Mindfulness e l'Acceptance and Commitment Therapy è il ruolo cruciale attribuito nella genesi e nel mantenimento della sofferenza all'attitudine a criticare o contrastare le proprie reazioni emotive e, più in generale, psicologiche.

2) La *catastrofizzazione*, per cui l'accettazione non è proprio rappresentata come uno scenario percorribile. Come visto sopra, la catastrofizzazione dello scenario di compromissione di un proprio scopo, implica una rappresentazione della stessa come un cambiamento irreversibile e drammatico, che non rende possibile il ritorno allo stato precedente. Ad esempio per Flavio, il paziente ossessivo, lo scopo di proteggersi dalla minaccia di diventare una persona meritevole di rimprovero sprezzante è contrapposto a uno scenario catastrofico in cui Flavio si rappresenta “immerso” nella situazione temuta, cristallizzata, senza nessuna rappresentazione di soluzioni o attenuazioni; non riesce a immaginare che ci sia un dopo o che, per esempio, l'altro lo perdoni invece di disprezzarlo.

Quando la rappresentazione della perdita di un bene non è semplicemente percepita come dolorosa o negativa, ma ha carattere di catastrofe, la persona fatica persino a immaginare la propria

vita senza quel bene, non contempla il *mentre* e il *dopo* della catastrofe. Lo scopo è rappresentato come irrinunciabile. Se la compromissione si realizzasse, l'intero piano esistenziale, agli occhi di quella persona, sarebbe definitivamente invalidato ("Non ci voglio neanche pensare!" o "Non potrei mai accettare di vedermi grassa"). Se così è, una parte importante dell'esistenza è inevitabilmente organizzata intorno alla prevenzione o contenimento della compromissione, con l'effetto di sovrainvestire lo scopo (evito di pensarci, ci rimugino, cerco soluzioni, cerco rassicurazioni ecc.).

Il concetto di catastrofizzazione rimanda a Beck (1976) e Ellis (1962), dal momento che lo usano per indicare la tendenza a rappresentarsi un evento come esageratamente negativo e a drammatizzare conseguenze "ragionevolmente accettabili"; ad esempio dire "essere bocciato all'esame sarebbe una catastrofe", segnala la rappresentazione di un evento, eticamente e statisticamente normale se ci si vuole laureare, come inaccettabile. La declinazione di cosa è catastrofico è soggettiva e idiosincratca: può essere catastrofico essere bocciati, ammalarsi, essere non amati o rifiutati, non essere sempre speciali, sentirsi non liberi e così via.

3) La tendenza a usare le emozioni come informative sullo stato del mondo, il cosiddetto meccanismo di *affect as information* (Arntz et al. 1995, Mancini e Gangemi 2004) è un altro fattore che contribuisce a rendere difficile l'accettazione: come visto nel caso di Caterina, se la reazione emotiva alla compromissione o al timore di compromissione è assunta come informativa sullo stato del mondo (siccome mi sento rifiutata allora sicuramente è vero che mio marito mi rifiuta; siccome ci sto malissimo, allora il rifiuto è una cosa gravissima), la gravità della compromissione è immediatamente amplificata e, quindi, è più facile che si percepisca come conveniente l'investimento piuttosto che la prevenzione (più il rospo è grande, più difficile sarà accettare di ingoiarlo). Sembrano esserci differenze individuali nella tendenza a confondere dati soggettivi con dati oggettivi (Mancini e Gangemi 2012) ed è plausibile ipotizzare che in generale le persone che tendono a confondere maggiormente dati soggettivi (sensazioni ed emozioni personali) con dati oggettivi (stato del mondo), siano più vulnerabili alla non accettazione e, dunque, alla patologia.

4) La definizione degli scopi in negativo, *gli antiscopi*, ovvero come stato da evitare piuttosto che da raggiungere rende in diversi modi più difficile l'accettazione e facilita invece l'iperinvestimento. Innanzitutto essere regolati da un antiscopo, piuttosto che uno scopo, aumenta potenzialmente all'infinito le occasioni di compromissione o minaccia. Se un individuo ha lo scopo di garantirsi di "non essere povero", avrà molte più occasioni per sentirsi povero che se, invece, avesse una definizione positiva dello scopo come "essere ricco" (ad esempio, è facile definirsi povero per confronto relativo e, quindi, indipendentemente dal patrimonio, ci saranno un numero infinito di occasioni di "povertà" se non si è tra i 2 o 3 più ricchi del mondo). Ad esempio è tipico nelle anoressiche avere in mente lo scenario da evitare ("non essere grassa"), piuttosto che una rappresentazione positiva ("essere magra"). Un secondo modo, collegato al primo, in cui un antiscopo rende più a rischio di iperinvestimento è la difficoltà di individuare una regola di stop. Se una persona ha lo scopo di non essere povero, è molto difficile decidere se lo scopo è stato raggiunto in quanto è non è definito il punto di arrivo, ma solo la condizione da cui allontanarsi. Tra l'altro se lo scopo è definito in negativo è anche più difficile rappresentarsi dei prototipi che potrebbero definire la regola di stop; in altri termini è più facile farsi venire in mente degli esempi di cosa significhi essere ricco (ricco come Bill Gates) o essere stimato (stimato come il Dalai Lama) che di cosa significhi "non essere povero" o "non essere stimato". Se uno scopo è definito in negativo, ancora, è più facile adottare un ragionamento dicotomico e più difficile percepire la possibilità di compromissioni solo parziali: o sono nello stato desiderato

o sono in quello temuto; mancano i gradi intermedi di compromissione: o sono accettati in modo globale e permanente o sono rifiutati.

Se uno scopo è definito in negativo, ancora, l'investimento assume caratteristiche diverse da quelle che avrebbe se lo scopo fosse definito in positivo, dal momento che le scelte sono influenzate dal contesto cognitivo, ovvero da come viene presentato un problema (effetto *framing*, Tversky e Kahneman 1981). Ad esempio, un conto è rappresentarsi la compromissione come "non ottengo di essere amato" e cosa diversa è rappresentarsela come fallimento dello scopo di prevenire la minaccia di non essere amato. Nel primo caso è più facile inquadrala come un mancato guadagno, nel secondo caso come un fallimento personale, ovvero una perdita. E, poiché sappiamo che se un evento è inquadrato come una perdita è maggiore la propensione al rischio (e quindi anche a investire quando i dati di realtà suggerirebbero l'opportunità di rinunciare), ne consegue che nel caso una compromissione sia definita in termini di perdita è più facile che ci sia investimento piuttosto che accettazione (Mancini e Gangemi 2012). In altri termini, il modo in cui uno scopo è definito influenza in modo importante le decisioni riguardo all'investimento piuttosto che l'accettazione della compromissione o minaccia dello scopo.

In generale, dunque, il sovrainvestimento di un anti-scopo, ha una serie di conseguenze negative e paradossali: fa percepire la minaccia o compromissione come più imminente o più grave, dal momento che orienta il ragionamento in senso prudenziale e orienta l'attenzione selettiva sugli stimoli di minaccia, piuttosto che su quelli rassicuranti; favorisce spirali viziose, mantenendo all'infinito lo scopo nel futuro (se lo scopo è non essere grassa, anche a 35 kg posso percepirmi non sufficientemente lontana dallo scenario temuto e quindi continuare ad investire sullo scopo).

5) Un ultimo fattore che può rendere più complicata l'accettazione è la presenza di credenze di dovere e diritto, ovvero gli *standard normativi*.

Si tratta del fattore forse più importante, o almeno più interessante per un clinico per la maggiore manipolabilità terapeutica, rispetto a fattori come i bias e agli automatismi legati a come gli scopi sono rappresentati.

La compromissione o minaccia di uno scopo può essere complicata da interpretazioni della stessa sulla base dei propri standard etici; abbiamo visto come Caterina valuti il rifiuto alternativamente come mancato dovere ("ci deve essere qualcosa di sbagliato in me se alla fine tutti mi rifiutano, è colpa mia") o come diritto mancato (e allora è accompagnato da rabbia). In altri termini, si può insistere sullo scopo non perché ritenuto conveniente, ma perché ritenuto in qualche modo doveroso o funzionale alla tutela di un proprio diritto ("Che padre sarei se smettessi di preoccuparmi 24 ore al giorno dei miei figli! So che non serve, ma mi sentirei un cattivo padre se non lo facessi. Se accadesse loro qualcosa, mentre magari io sto a divertirmi, mi sentirei una persona orribile!").

Nel caso di Bianca, ciò che in ultimo le rende così difficile l'accettazione è il fatto che ritiene che avere una relazione e famiglia faccia parte dei "diritti delle persone normali"; come è intuitivo, considerare uno scopo tra le cose che spettano di diritto, aumenta l'investimento in tale direzione e ostacola l'accettazione, rendendo invece più vulnerabili ai meccanismi ricorsivi e all'insistenza verso lo scopo anche in assenza di convenienza e opportunità. Tra l'altro "rinunciare a un diritto" può essere complicato dal senso di *diminutio*; per esempio Bianca si dice che "sono fatta male se non riesco ad avere quello che tutti hanno facilmente e normalmente; sono io sbagliata".

È intuitivo capire che il problema che Bianca si trova a fronteggiare è molto più complesso, dal momento che è focalizzata sulla credenza di non avere il diritto allo scopo o di non averlo avuto per sua colpa. Allo stesso modo per Mario, il paziente con il panico, l'accettazione della

minaccia, e quindi la rinuncia a investire sull'azzeramento del rischio di infarto, è complicata dalla convinzione che rientri tra i suoi diritti quello di vivere senza una spada di Damocle sulla testa.

In sintesi l'accettazione può essere complicata da standard etici e di normalità: come l'investimento verso uno scopo può essere sostenuto dalla presenza di credenze circa i propri doveri o diritti allo scopo, così il disinvestimento può essere complicato dal fatto che anche se un soggetto sa che uno scopo non è ottenibile e che non conviene continuare a investirci, può ritenere di avere comunque il dovere di insistere o che la rinuncia allo scopo implichi la rinuncia a qualcosa che gli spetta di diritto.

6. L'accettazione della minaccia

Nei paragrafi precedenti abbiamo parlato indifferentemente di accettazione di una perdita o della minaccia che ciò accada; il processo di accettazione è sostanzialmente lo stesso. In questo paragrafo proviamo a vedere alcune specificità del processo di accettazione della minaccia.

Una prima differenza tra accettazione di una minaccia e accettazione di una compromissione riguarda l'*oggetto* del processo di accettazione. Nel caso della compromissione l'oggetto è un evento già avvenuto, quindi è definito ciò che è accaduto e le sue conseguenze per l'individuo. Nel caso della minaccia l'oggetto è invece un evento che ancora non è accaduto e che, anzi, è probabile e auspicabile che non si realizzi mai.

Il fatto che l'evento non sia ancora avvenuto e non sia certo, rende nel caso della minaccia il processo di accettazione diverso in almeno due sensi: è più difficile rappresentarsi lo scenario di compromissione da accettare (non essendo accaduto è più indefinito e possono non essere del tutto chiare le implicazioni personali); è maggiore l'impressione di avere il potere di prevenire la compromissione, ovvero è più forte la previsione di successo, che è uno degli elementi che sostiene l'investimento verso uno scopo.

In realtà nel caso della minaccia l'oggetto dell'accettazione in senso stretto non è lo scopo, ma l'eccesso di investimento sulla prevenzione della minaccia. Accettare una minaccia, infatti, non significa dare per certa la compromissione, ma accettare di convivere con la consapevolezza che un proprio scopo corre il rischio di essere irrimediabilmente compromesso, rinunciando non allo scopo ma all'azzeramento del rischio. In realtà si tratta di applicare al dominio problematico quanto normalmente e quotidianamente gli esseri umani fanno: non andare a fare le analisi a ogni segnale somatico nuovo e non del tutto comprensibile, significa accettare di convivere con la minaccia di potersi ammalare. Questo non significa però rinunciare allo scopo di proteggere la salute.

Ciò che distingue dagli altri la persona ipocondriaca, infatti, non è il fatto di tenerci di più alla salute. Se non la maggior parte delle persone, sicuramente tante fanno ciò che è ragionevole fare per tutelare la propria salute. La specificità dell'ipocondriaco è nel fatto che è focalizzato sullo scopo di azzerare ogni possibilità di rischio di malattia, pagando alti costi esistenziali ed emotivi.

L'accettazione della minaccia, dunque, equivale alla rinuncia non allo scopo, ma all'azzeramento del rischio.

Gli esiti del processo di accettazione sono sostanzialmente solo due. Il primo esito è: il soggetto accetta di convivere con la minaccia, ovvero accetta come non catastrofico e come "normale" lo stato di incertezza, il rischio. Una delle difficoltà del convivere stabilmente con una minaccia, è il carico di lavoro cognitivo che deriva dal dover contemporaneamente tener presenti due rappresentazioni che si escludono a vicenda, ovvero dover far ricorso al ragionamento

controfattuale (Saliani et al. 2010): “So che in questo momento non ho il cancro, ma so che c’è un alto rischio che nel prossimo anno si presenti una recidiva e mi riammalò. Quindi devo pianificare la mia vita tenendo continuamente presente la mia condizione attuale e la mia condizione ‘se mi ammallasì’”.

Il secondo esito possibile è: il soggetto non accetta lo stato di minaccia, cerca un modo per azzerarla; e questo lo può fare in tre modi: a) investendo sulla prevenzione della minaccia (credo di avere il potere, il diritto, il dovere e la convenienza di fare tutti gli sforzi possibili perché la minaccia non si realizzi). b) Il secondo modo è azzerare la minaccia dando per vero lo scenario positivo, ovvero quello in cui la minaccia non esiste, ad esempio con una visione iper-ottimistica della realtà che fa equivalere un evento non molto probabile con la certezza che non avverrà; ad esempio una nostra paziente sieropositiva all’Hiv arrivò, in un periodo in cui ancora la mortalità era molto alta, ad un colloquio dichiarando di non aver più bisogno di sostegno psicologico dal momento che aveva scoperto che la nuova terapia l’avrebbe guarita; la paziente, benché avesse gli strumenti culturali per capire, aveva alterato a favore dell’azzeramento della minaccia le informazioni che il medico le aveva dato. c) Il terzo modo, più sfavorevole sul piano emotivo, è dare per vero lo scenario di compromissione: poiché non tollero la minaccia di essere di nuovo abbandonata da un fidanzato, rinuncio ai fidanzati e do per vero che il mio scopo di avere una famiglia non si realizzerà mai.

Accettare la minaccia significa, quindi, convivere con la possibilità che un proprio scopo sia compromesso, entrando nell’ordine di idee che è “accettabile” (non catastrofico, non doveroso o di diritto evitarlo ecc.) e investendo su quanto in proprio potere (realmente in proprio potere senza compromettere altri scopi e il livello di funzionamento normale) per prevenirlo. Per la paziente borderline il punto non è accettare di essere rifiutata o non amabile, ma imparare a tollerare maggiormente la possibilità che ciò accada. Accettare un certo grado di rischio avrà poi l’effetto di ridurre l’investimento, e quindi l’interruzione dei cicli di autoalimentazione; e questo rende possibile un investimento più funzionale, ad esempio sullo scopo di non alimentare i conflitti che rendono più facile il rifiuto e sullo scopo di aumentare i comportamenti che di solito sono seguiti da avvicinamento del marito (piuttosto che da rifiuto).

Un’altra differenza tra accettazione di una compromissione e di una minaccia, è il fatto che nel caso della minaccia c’è un rischio che nella perdita non c’è, ovvero il rischio di un’ accettazione precoce e non giustificata dai dati di realtà. Come visto, uno degli esiti del processo di accettazione di una minaccia è l’azzeramento del rischio trattando la minaccia come una compromissione. È il caso, ad esempio, di chi non profonde particolare impegno nello studio dando per vero che andrà male o di una persona con una malattia che minaccia la vita e dà per certo l’esito peggiore, rassegnandosi in anticipo e non facendo quanto in proprio potere per prevenire la minaccia. Un caso frequente in clinica è quello della persona che, non sentendosi all’altezza delle aspettative genitoriali o di un ruolo assegnatogli, rinuncia del tutto pur di non convivere con la minaccia di scoprirsi inadeguato. In casi come questi la minaccia viene trattata come una perdita, per cui rinuncio del tutto alla prevenzione anche laddove ho un potere. Un esempio interessante di “eccesso di accettazione”, ovvero di accettazione dell’esito peggiore, è un paziente che chiese aiuto, a 10 anni dalla diagnosi di sieropositività per Hiv, per la difficoltà a riorganizzarsi intorno alla scoperta che non sarebbe morto, come si aspettava, a breve. Alla diagnosi, infatti, si era rassegnato subito all’esito peggiore e intorno a questo aveva organizzato la sua vita (ad esempio con la moglie si erano detti che era inutile cercare di avere un figlio, dal momento che la moglie sarebbe rimasta vedova entro i 30 anni e avrebbe avuto il tempo di “rifarsi una vita”). Scoprire di avere un destino molto più favorevole di quello ipotizzato, piuttosto che con sollievo, è stato

vissuto come “un ulteriore danno che la malattia mi ha causato, come se mi avesse imbrogliato due volte, prima togliendomi e poi ridandomi troppo tardi il mio futuro”.

Solo in apparenza in casi come questi la patologia dipende da “troppa accettazione” e non da “non accettazione”. A guardar bene, infatti, accettare in anticipo l’esito peggiore, è riconducibile a un problema di non accettazione: il soggetto non accetta di convivere con la possibile compromissione di un proprio scopo, o per intolleranza allo stato di rischio o perché lo scenario di compromissione è connotato come talmente inaccettabile (catastrofico, grave per valutazioni secondarie ecc.) che “accettarlo subito” offre almeno il vantaggio della certezza, della possibilità di prepararsi, evitare delusioni dopo averci sperato.

La gestione della minaccia, è un tema di interesse per le implicazioni non solo psicopatologiche ma anche della vita quotidiana. Tutti i giorni, infatti, ci confrontiamo con scelte che implicano l’accettazione di un certo grado di rischio. È sufficiente decidere di fare un viaggio in auto, per attivare operazioni cognitive che vanno nella direzione dell’accettazione della minaccia, dove accettare equivale ad avere chiari alla mente i rischi (senza evitamento cognitivo), non appiattare il rischio su una previsione positiva né sulla rinuncia, dando per accettabile un certo grado di imprevedibilità (“non mi piace rischiare, ma sarebbe peggio rinunciare a guidare”) e occuparsi della riduzione la dove è di propria competenza (per esempio: controllare lo stato della vettura).

7. Conclusioni

In questo articolo abbiamo analizzato il ruolo della non accettazione della compromissione di uno scopo personale, o della possibilità che accada, nella spiegazione della genesi e mantenimento della sofferenza emotiva.

La tesi che abbiamo sostenuto è la seguente: la sofferenza emotiva può essere concettualizzata come un problema di non accettazione, ovvero di investimento su uno scopo compromesso o su uno scopo minacciato. Ne deriva che in terapia l’accettazione non può che avere un ruolo cruciale.

Questo non equivale ad una posizione di discontinuità rispetto alla terapia cognitiva standard.

Alcuni dei concetti che abbiamo usato, come ad esempio catastrofizzazione, rimandano alle distorsioni cognitive, ovvero a quelli che per Beck (1976) e Ellis (1962) sono i fattori alla base dei disturbi psicopatologici. Per quanto l’idea che la patologia sia riconducibile a un problema di mancato rispetto della logica formale sia stata ampiamente superata (Baron 2000) e siano numerose evidenze della normalità, e non patogenicità, dell’irrazionalità e degli errori cognitivi (Gangemi et al. 2012), quello che le cosiddette distorsioni cognitive segnalano è la presenza di connotazioni attribuite agli scopi e alla loro compromissione che rendono più vulnerabili alla patologia. Ad esempio, le doverizzazioni di Ellis (Devi farti amare; Devi essere accettato; Devi rispettare gli altri) indicano la presenza di credenze di diritto o dovere che possono rendere più difficile accettare la compromissione di uno scopo, in quanto la compromissione implica anche un mancato diritto o un mancato dovere. La presenza di catastrofizzazioni, doverizzazioni, assolutizzazioni ecc. (come “devo assolutamente essere promosso altrimenti è una catastrofe”), di nuovo segnalano la connotazione della compromissione come inaccettabile e l’investimento sullo scopo come imprescindibile.

Dunque, anche se in modo non esplicito, anche nella terapia cognitiva standard l’accettazione ha un ruolo centrale.

Bibliografia

- Arntz A Rauner M, van den Hout M (1995). "If I feel anxious, there must be danger": exconsequentia reasoning in inferring danger in anxiety disorder, *Behaviour Research and Therapy* 33, 917-925.
- Barcaccia B (2008). *Accepting limitations of life: leading our patients through a painful but healing path*. Lecture conducted from Ludwig-Maximilians Universität, June, Munich, DE.
- Baron J (2000). *Thinking and deciding*. Cambridge University Press, New York.
- Beck AT (1976). *Cognitive Therapy and Emotional Disorders*. New York, International University Press, tr. it. *Principi di terapia cognitiva*, Astrolabio, Roma 1988.
- Bonanno GA (2004). Loss, Trauma, and human resilience. *American Psychologist* 59, 20-28.
- Castelfranchi C, Miceli M (a cura di) (2002). *I fondamenti psicologici della psicoterapia cognitiva*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Dimaggio G, Semerari A (2003). *I disturbi di Personalità, modelli e trattamento*. Laterza, Roma
- Ellis A (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Lyle Stewart, New York. Tr. it. *Ragione ed emozione in psicoterapia*. Astrolabio 1989.
- Gangemi A, Mancini F, Johnson-Laird PN (2012). Models and cognitive change in psychopathology, *Journal of Cognitive Psychology* 1-8.
- Johnson-Laird PN, Mancini F, Gangemi A (2006). A theory of psychological illnesses. *Psychological Reviews* 113, 822-842.
- Kelly GA (1955). *The Psychology of Personal Constructs*. Norton, New York.
- Mancini F, Barcaccia B, Perdighe C (2002). *I processi cognitivi dell'accettazione: un esempio di cambiamento opportuno e possibile*. Manoscritto non pubblicato.
- Mancini F, Gangemi A (2002). Ragionamento e irrazionalità. In Mancini F, Castelfranchi C e Miceli M (a cura di) *I fondamenti psicologici della psicoterapia cognitiva*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Mancini F, Gangemi A (2004). Il ragionamento emozionale come fattore di mantenimento della patologia. *Sistemi Intelligenti* 2, 237-254.
- Parkes CM (1972). *Bereavement: Studies of Grief in Adult Life*; publ. Pelican and Routledge, London & New York. Tr. it. *Il lutto. Studi sul cordoglio negli adulti*. Feltrinelli, Milano 1980
- Perdighe C, Mancini F (2011). Introduzione alla terapia cognitiva. In Perdighe C e Mancini F (a cura di) *Elementi di psicoterapia cognitiva*. Giovanni Fioriti Editore, Roma.
- Saliani AM, Barcaccia B, Mancini F (2011). Interpersonal vicious cycles in Anxiety Disorders. In Rimondini M (a cura di) *Communication in cognitive-behavioral therapy*. Springer, New York.
- Tversky A, Kahneman D (1981). The Framing of decisions and Psychology of choice, *Science* 211, 453-458.
- Warden JW (2009). *Grief and Counselling and Grief Therapy*. Springer, New York.