

III

I PROCESSI COGNITIVI NEL DOC

Francesco Mancini, Amelia Gangemi

INTRODUZIONE

Abbiamo concluso il capitolo precedente proponendo la tesi che alla base della sintomatologia ossessiva vi sia il timore di essere colpevoli in senso deontologico e che questa possibilità sia, agli occhi del paziente, una catastrofe inaccettabile e incombente.

In questo capitolo intendiamo mostrare come tale stato mentale, e più in particolare il timore di essere colpevoli di un danno ingiusto, nei pazienti DOC ma anche in soggetti non clinici, orienti in modo peculiare i processi cognitivi con cui si elaborano le informazioni di pericolo e di sicurezza e si valutano gli esiti dei propri tentativi di soluzione. L'orientamento cognitivo indotto dal timore di colpa deontologico è finalizzato infatti al raggiungimento della certezza di NON essere venuto meno ai propri doveri e quindi di NON aver irresponsabilmente sottovalutato la minaccia e di NON aver utilizzato in modo approssimativo le risorse per neutralizzare e prevenire la minaccia stessa. È come se il paziente si aspettasse di dover rendere conto a un giudice che è disposto a dichiararlo NON colpevole solo di fronte alla prova certa che il fatto non sussiste e/o che NON c'è stata alcuna trascuratezza nei tentativi di prevenirlo o neutralizzarlo. Una strategia quindi che punta a escludere con certezza possibilità negative: la certezza che non sia  piuttosto che la certezza che sia.

Supponiamo che Maria urti casualmente un passante dall'apparenza malata e trasandata, e che, nella sua mente appaia il dubbio: "E se fosse malato? E mi avesse contagiato con una malattia? E se fosse l'AIDS?!". La strategia protettiva di Maria consiste in una serie di passaggi. In-

nanzitutto, *focalizza due ipotesi*: una di pericolo, “Potrei essere stata contagiata”; una di colpa, “Ma potevo stare più attenta!”. Ciò accade nonostante queste possibilità siano suggerite solo dal pensiero intrusivo e non dall’evento o dalle sue conoscenze generali; per esempio, poco o nulla suggerisce che il passante possa essere sieropositivo, e nessuna informazione disponibile a Maria sostiene l’idea che urtare un passante possa essere motivo di contagio. Per giunta, urtare un passante potrebbe essere considerato anche casuale e dunque imprevedibile o, semmai, colpa dell’altra persona. Queste possibilità alternative non sono prese in considerazione. La focalizzazione selettiva delle possibilità peggiori, contagio e colpa, è congrua con lo scopo di Maria di prevenire l’auto-rimprovero di aver sottovalutato il rischio e la propria responsabilità. Lo stesso scopo orienta anche il modo, automatico e veloce, con cui Maria rintraccia prove ed esempi congrui con l’ipotesi peggiore: rievoca la notizia di alcuni casi di contagio avvenuti per contatti casuali e superficiali come potrebbe essere stato l’urto, come pure ripesca dalla memoria quanto affermato anni prima da alcune fonti di informazione, che suggerivano la possibilità del contagio anche attraverso il respiro. In breve, conclude che l’intuizione iniziale potrebbe essere fondata. Non solo, ma Maria, come tutte le persone che si sentono in colpa, sempre per evitare di doversi rimproverare di aver sottovalutato il rischio, tende a immaginare non solo le possibilità più gravi, ma anche ad attribuire a queste probabilità elevate, senz’altro più elevate di quelle che attribuirebbe chi non si sente in colpa (Menzies, Harris, Cumming et al., 2000). Inoltre Maria, come tutti quelli con alta colpa di tratto, tende a interpretare anche l’emozione negativa che accompagna l’intero episodio, e cioè la paura del contagio e della colpa, come prova che il rischio esiste davvero e che la responsabilità è sua perché avrebbe potuto e dovuto stare più attenta (vedi più avanti il meccanismo *affect as information*). A questo punto Maria cerca di risolvere il dubbio dimostrando a se stessa che il fatto non sussiste, vale a dire che non ha corso alcun rischio di contagio e che quindi non ha nulla di cui rimproverarsi. Immaginiamo che entri nel sito del Ministero della Salute per cercare la prova che le sue conclusioni sono false. Evidentemente non trova nessuna informazione che avalli i suoi timori, ma l’assenza di prove che dimostrino la pericolosità dell’urto non ha per lei grande valore: “Certo, stando ai dati del Ministero, le probabilità che il passante fosse sieropositivo sono molto basse, ma d’altra parte mica è impossibile, e poi, in effetti, sembrava malato”; “Il Ministero non dice esplicitamente che le possibilità di contagio sono solo quelle

indicate e che tutte le altre sono impossibili, mica c'è scritto che scontrarsi con un passante sieropositivo per la strada NON è pericoloso"; "Nel sito c'è scritto che il contatto con il sangue è pericoloso, e se quel passante avesse avuto dei tagli o fosse stato sporco di sangue? NON posso mica escluderlo! Mi sembra di no, ma potrei ricordare male"; "Come pure NON posso escludere che il Ministero non voglia creare allarmi e dunque non indichi tutte le possibilità di contagio". Maria vuole la prova certa di non aver corso alcun pericolo a causa della sua sbadataggine. Vuole la prova sicura che tutte le possibilità di pericolo, anche quelle che lei stessa riconosce come poco plausibili, siano false. Supponiamo, per assurdo, che Maria consulti un infettivologo che, dopo aver sottoposto il passante ad analisi opportune, le dica che non c'è stato alcun rischio di contagio, e dunque di colpa. Si tranquillizzerebbe? Non è detto, perché potrebbe dubitare, per esempio, della competenza dell'infettivologo e dell'accuratezza delle analisi da lui compiute. È facile prevedere che Maria, nonostante i suoi sforzi, non riesca a trovare la prova che cerca. Sempre al fine di essere certa di non aver nulla da rimproverarsi, Maria si impegna in lavaggi che, magari, non servono a eliminare il rischio di contagio, ma d'altra parte questo può fare, dunque questo deve fare. Ma quanti lavaggi sono necessari per essere certa di averli eseguiti in modo non superficiale e approssimativo? Evidentemente tanti. A complicare le cose intervengono altri due fenomeni. Il primo: la ripetizione dello stesso gesto implica in tutte le persone, anche in quelle non ossessive, una perdita della fiducia nel ricordo dei gesti stessi, e dunque alimenta il dubbio di averli eseguiti male. Il secondo: aver messo in atto i lavaggi, cioè dei comportamenti di ricerca della sicurezza, implica, nei pazienti ossessivi, una conferma dell'idea che il pericolo esistesse davvero (vedi più avanti il meccanismo *behaviour as input*).

Ad aumentare la motivazione di Maria a falsificare e neutralizzare con certezza il rischio contribuisce anche un'altra conseguenza del suo stato mentale: chi, anche non ossessivo, si sente in colpa per ragioni prudenziali tende a essere avverso alle scelte rischiose. Nel caso di Maria, la scelta rischiosa sarebbe non prendere provvedimenti e risparmiarsi tanti sacrifici (Mancini, Gangemi, 2003; Mancini, Gangemi, 2004).

Dunque, il timore di colpa è gestito con una strategia che si articola in diversi passaggi e che persegue due obiettivi. Da una parte essere certi di non aver sottovalutato il pericolo e di non aver sopravvalutato gli esiti dei tentativi di soluzione. Dall'altra non essere stati trascurati e superficiali nei tentativi di prevenirlo o di neutralizzarlo.

LE PROVE

Presentiamo ora le prove per cui il timore di colpa implica una strategia articolata nei passaggi che abbiamo esemplificato qui sopra, sia in pazienti ossessivi sia in persone non affette da DOC, ma nella quali il timore di colpa è stato sperimentalmente indotto.

Prove che il timore di colpa orienta i processi cognitivi prudenzialmente verso la focalizzazione delle possibilità negative

I dati sperimentali dimostrano che, in tutte le persone, esiste un nesso fra lo scopo di prevenire una colpa e la focalizzazione delle possibilità peggiori.

Alcune ricerche (vedi Mancini, Gangemi, 2004, 2006; Gangemi, Mancini, 2007) hanno indagato specificamente l'influenza del senso di colpa sulla focalizzazione. Secondo gli autori, la focalizzazione degli elementi che costituiranno gli oggetti della scelta è influenzata dal senso di colpa, il quale porta in particolare alla focalizzazione delle possibilità peggiori. Di conseguenza, se ci si sente responsabili di una scelta, per esempio formulare una diagnosi medica, e soprattutto se si teme di commettere errori colpevoli, allora si focalizzano come possibili le malattie più gravi e si trascurano quelle più innocue.

Entrando più nel merito, un ampio e accreditato filone di studi ha dimostrato che le strategie di decisione portano normalmente a focalizzare opzioni rese esplicite dalla formulazione del problema (*focussing effect*) e a trascurare quasi del tutto quelle implicite, fallendo così nella generazione di possibilità alternative (Jones, Menzies, 1997; Jones, Frisch, Yurak et al., 1998; Legrenzi, Girotto, Johnson-Laird, 1993). Tuttavia, è stato dimostrato che, in generale, il processo di focalizzazione dipende non solo dal tipo di opzione esplicitata, ma anche dallo stato intenzionale attivo in quel momento nella mente del soggetto. L'influenza dello stato mentale sembra essere addirittura maggiore della formulazione del problema. In particolare, in due differenti studi si è visto che dopo aver indotto sperimentalmente, mediante istruzioni, uno stato di responsabilità e timore di colpa, i soggetti focalizzavano la possibilità peggiore, anche se implicita nella formulazione del problema.

Nel primo esperimento, i soggetti responsabili e timorosi di colpa posti di fronte a un'ipotesi favorevole esplicita, per esempio diagnosi di influenza, generavano un elevato numero di alternative negative: cioè, se veniva loro richiesto di elencare possibili diagnosi alternative, elencava-

no soprattutto malattie gravi. Nel secondo studio, i responsabili e timorosi di colpa posti di fronte a un'ipotesi diagnostica benigna esplicita e a una maligna implicita, per esempio leucemia, focalizzavano l'ipotesi grave, selezionando un più elevato numero di domande a essa relative, nonostante nella formulazione del compito presentato la diagnosi maligna fosse implicita. In entrambi gli esperimenti, infine, i soggetti chiamati a effettuare una scelta da considerare come decisione finale (per esempio scegliere, fra una diagnosi grave implicita e una più favorevole esplicita) optavano per l'ipotesi negativa implicita, per esempio la diagnosi grave. I soggetti in cui *non* erano stati enfatizzati la responsabilità e il timore di colpa focalizzavano l'ipotesi esplicita, anche se benigna.

In un'altra ricerca (Johnson-Laird, Mancini, Gangemi, 2006) si è dimostrato che la focalizzazione delle possibilità negative, anche se implicita nella formulazione del problema, è mediata dalla costruzione di modelli mentali di sé e del mondo coerenti con lo stato mentale e affettivo di colpa. I risultati hanno evidenziato, infatti, che i partecipanti cui era stato indotto sperimentalmente uno stato di colpa, di fronte ad asserzioni a contenuto *colpevole* (per esempio, *l'allarme di casa suona e mi sento colpevole*), tendevano a elencare come possibile un maggior numero di eventi di colpa, sia rispetto alle equivalenti possibilità a contenuto neutro (per esempio, *l'allarme di casa suona e mi sento stanco*), sia rispetto ai soggetti cui non era stata indotta alcuna colpa. Ancora, i soggetti *colpevoli*, di fronte ad asserzioni a contenuto *colpevole*, tendevano a elencare come impossibile un maggior numero di eventi di non colpa, sia rispetto alle equivalenti impossibilità a contenuto neutro sia rispetto ai soggetti non *colpevoli*. In breve, si è dimostrato che *se c'è* attivazione dello stato mentale ed emotivo del timore di colpa, *allora* di fronte ad asserzioni a contenuto *colpevole* i soggetti costruiscono un modello mentale della realtà in cui sono rappresentati prevalentemente i casi congrui con il loro sentimento di colpa e tendono a essere esclusi i casi coerenti con l'idea di essere innocenti.

Riprendendo l'esempio di Maria: urto di un passante → "Potrei essermi contagiata!" = paura e "Ma potevo stare più attenta!" = senso di colpa → attivazione modello mentale di sé *colpevole* e rappresentazione di diversi modi in cui il contagio potrebbe essere accaduto → focalizzazione dell'ipotesi peggiore, cioè che il contagio sia avvenuto, anche se non suggerita dall'evento e dalle informazioni disponibili, e defocalizzazione delle ipotesi favorevoli (cioè che l'urto sia stato innocuo, casuale e difficilmente prevedibile), peraltro esplicitamente suggerite dalle caratteristiche dell'evento e dalle comuni nozioni mediche.

Prove che il timore di colpa orienta il processo di controllo ingenuo delle ipotesi negative in modo confirmatorio e prudentiale: la strategia Better Safe Than Sorry (BSTS)

La strategia Better Safe Than Sorry (BSTS) entra in gioco in tutte le persone a seguito della valutazione di un evento come minaccioso. Le emozioni che seguono alla valutazione di minaccia, l'ansia o la paura, e, nel caso dei pazienti ossessivi, anche il timore di colpa, attivano la disposizione a sottrarsi alla minaccia o a prevenirla. Tale disposizione si realizza, tra l'altro, con l'attivazione dello scopo di evitare errori di sottovalutazione del pericolo. Nel caso dei pazienti ossessivi questo scopo ha una valenza doppia: è importante non sottovalutare la minaccia perché così si evita il rischio di non prendere provvedimenti opportuni, ma soprattutto è importante perché si evita il rischio di doversi rimproverare di essere stati superficiali. L'elaborazione delle informazioni è orientata da tale scopo e pertanto sono privilegiate, oltre alla focalizzazione dell'ipotesi di pericolo, anche la raccolta di dati congrui con tale ipotesi, la produzione di inferenze confirmatorie, e dunque la conferma della ipotesi focale di pericolo e la sua assunzione.

Torniamo nuovamente a Giovanni, il quale dice a se stesso:

Sono appena uscito di casa e mi viene in mente che potrei aver lasciato il gas aperto, come mi è già successo un'altra volta e come è successo a quella famiglia di Foligno che ho visto ieri sera al telegiornale; a me l'altra volta non è successo nulla ma a loro è scoppiata la casa. Poveretti, sono finiti in un ospizio di beneficenza! Un mese fa poi l'uomo che viene a controllare il contatore si è pure tanto raccomandato di fare attenzione perché, mi è sembrato di capire, in questo periodo la società del gas manda un gas che è particolarmente infiammabile e privo di odore, così è anche possibile che i vicini non si accorgano di un'eventuale perdita. Meglio tornare a controllare, anche se arriverò tardi in ufficio per l'ennesima volta e rischio di essere licenziato. Ma non posso mica rischiare di far saltare in aria tutto il palazzo!

Non è difficile rintracciare nel resoconto di Giovanni i passi della strategia BSTS (Johnson-Laird, Mancini, Gangemi, 2006):

- il paziente focalizza un pericolo, in questo caso la possibilità di aver lasciato il gas aperto, che porta ad ansia elevata e all'ipotesi che possa esserci un'esplosione per la quale lui sarebbe colpevole;
- cerca prove che confermano quest'ipotesi tra le fonti di informazione a disposizione, come per esempio un caso sentito al telegiornale

o un'analogia con fatti accaduti ad altri o quanto gli sembra di aver capito dall'incaricato della ditta del gas;

- inferisce la conferma della sua ipotesi;
- conclude che la sua ipotesi ha un fondamento;
- inferisce che se va a controllare e il gas è chiuso si sarà messo in difficoltà con il suo datore di lavoro, ma se non va a controllare e il gas è aperto, allora le conseguenze saranno catastrofiche e la responsabilità sarà sua;
- decide che il costo di non controllare è maggiore del costo di controllare.

Questo ragionamento è chiaramente *prudenziale* (vedi de Jong, Mayer, van den Hout, 1997; de Jong, Haenen, Schmidt et al., 1998; Smeets, de Jong, Mayer, 2000) e ha degli innegabili vantaggi. Infatti, rispetto a scopi cruciali come, per esempio, la sopravvivenza, è di gran lunga preferibile dar credito a tanti falsi allarmi rispetto anche a un solo allarme ingiustificatamente mancato, che potrebbe però risultare fatale. Tale strategia rientra nel normale processo di controllo delle ipotesi. Un ampio numero di ricerche ha in effetti dimostrato che, in generale, lo stato mentale e intenzionale di un individuo influenza il modo in cui tale processo si realizza (de Jong, Mayer, van den Hout, 1997, de Jong, Haenen, Schmidt et al., 1998; Evans, Over, 1996; Kirby, 1994; Mancini, Gangemi, 2002a; Manktelow, Over, 1991; Smeets, de Jong, Mayer, 2000). Per esempio, in una serie di esperimenti, de Jong e collaboratori (de Jong, Mayer, van den Hout, 1997; de Jong, Haenen, Schmidt et al., 1998) e Smeets e collaboratori (2000) hanno dimostrato che, se si trovano in un contesto di minaccia, i soggetti chiamati a valutare la fondatezza di un'ipotesi condizionale (se ho la tosse, allora ho un cancro al polmone), sono più propensi a ricercare selettivamente informazioni che confermano l'ipotesi di pericolo. Più specificamente, gli autori hanno osservato che, in uno stato mentale di pericolo o minaccia, i soggetti non clinici tendono a ricorrere a una strategia confermatrice se posti di fronte a ipotesi di pericolo (del tipo: se ho la tosse, allora ho un cancro al polmone), mentre adottano una strategia falsificazionista con ipotesi di sicurezza (del tipo: se ho la tosse, allora ho una tracheite). Questi risultati confermano che la semplice percezione di una minaccia è sufficiente ad attivare la strategia orientata dallo scopo di non sottovalutare un pericolo al fine di prendere provvedimenti ovvero la BSTS. In linea con questi dati, numerosi esperimenti hanno dimostrato che anche uno stato mentale di timore di colpa può influenzare il modo in cui i sog-

getti controllano le ipotesi di sicurezza e di pericolo (Mancini, Gangemi, 2002a, 2002b; Gangemi, Balbo, Bocchi et al., 2002). In particolare, in questi esperimenti si è visto che uno stato mentale di timore di colpa induce i soggetti a controllare le ipotesi in un modo peculiare definito *iper-prudenziale*. Con esso i soggetti timorosi di colpa focalizzano l'ipotesi peggiore, ricercano attivamente esempi che la confermano, cioè la controllano in modo verificazionista, mentre controllano informazioni di sicurezza in modo falsificazionista, giudicando i controesempi che la falsificherebbero come insufficienti. Alla fine concludono prendendo per buona l'ipotesi di pericolo. In un altro esperimento (Gangemi, Mancini, 2007) i soggetti, invitati a immedesimarsi nel ruolo di un medico che ha già commesso diversi errori diagnostici in passato, erano chiamati a formulare una diagnosi, della quale sarebbero stati i soli responsabili (stato mentale di responsabilità e timore di colpa). Date queste condizioni, ai soggetti era presentata una tra due possibili diagnosi: una positiva di *Influenza* e una negativa di *Leucemia*. Era quindi richiesto loro di dire se preferivano continuare a ricercare informazioni e andare avanti nel processo diagnostico, e in caso affermativo, quale diagnosi volevano approfondire (positiva-*Influenza* vs negativa-*Leucemia*) e attraverso quale strategia (*confirmatoria*, ricerca di informazioni a favore vs *falsificazionista*, ricerca di informazioni contrarie). I risultati mostrano che i soggetti responsabili e timorosi di colpa preferivano continuare il processo di controllo dell'ipotesi se inizialmente era proposta una diagnosi favorevole. Inoltre, tendevano prudenzialmente a focalizzare e confermare l'ipotesi diagnostica peggiore. Al contrario, i soggetti solo responsabili della diagnosi (e dunque non anche timorosi di essere colpevoli di eventuali altri errori diagnostici), manifestavano una preferenza a controllare in maniera prudentiale le ipotesi (quindi focalizzando e cercando conferme della diagnosi peggiore) solo se inizialmente posti di fronte alla diagnosi peggiore. Non manifestavano invece alcun interesse a continuare il processo di controllo della diagnosi in caso di ipotesi iniziale favorevole. In questo si dimostravano in linea con il gruppo non clinico di controllo. In generale, tali dati dimostrano che essere timorosi di colpa spinge i soggetti a controllare le ipotesi di sicurezza e di pericolo in un modo prudentiale: si cerca di confermare le seconde, anche di fronte a prove contrarie. È utile sottolineare come il solo sentirsi responsabili non porti alla stessa tendenza a persistere in attività preventive e a rigettare le informazioni rassicuranti, propria invece dei soggetti timorosi di colpa.

Concludendo, in tutte le persone il timore di essere colpevoli, e dunque l'attivazione dello scopo di non sottovalutare i pericoli, implica non

solo la focalizzazione delle possibilità più pericolose ma anche la ricerca di prove a favore dell'ipotesi peggiore, le inferenze che la confermano e la loro assunzione.

Prove che il timore di colpa implica sovrastima della minaccia

Chi teme di essere colpevole tende a sovrastimare la probabilità e la gravità del danno di cui può essere responsabile (Menzies, Harris, Cumming et al., 2000). Ai soggetti veniva chiesto di immedesimarsi nella seguente storia: "Sei ospite a casa di un tuo amico, esci per ultimo, quando sei ormai lontano ti viene in mente che potresti non aver chiuso bene la porta di casa". Poi era proposta una versione leggermente diversa della stessa storia: "Sei ospite a casa di un tuo amico, il tuo amico esce per ultimo, quando sei ormai lontano ti viene in mente che potrebbe non aver chiuso bene la porta di casa". Dopo la presentazione delle storie veniva chiesto di stimare la probabilità e la gravità di un eventuale furto. Nel caso della prima storia, quella in cui il responsabile del rischio di furto era il soggetto stesso, i partecipanti stimavano la probabilità e la gravità del furto molto maggiore che dopo la seconda storia, nella quale il responsabile era l'amico.

Questo effetto è maggiore se si induce senso di colpa tramite la rievocazione di colpe pregresse, ed è ancora maggiore se i soggetti hanno un elevato senso di colpa di tratto (Gangemi, Mancini, van den Hout, 2007), come nel caso dei pazienti ossessivi (D'Olimpio, Cosentino, Basile et al., 2013). Oltre all'effetto sulla stima della gravità e della probabilità della minaccia, l'induzione di senso di colpa implica che si elevano gli standard di valutazione che i soggetti adottano per valutare le proprie performance e, dunque, l'ipotesi che le proprie performance siano inadeguate riceve più facilmente conferme (Gangemi, Mancini, van den Hout, 2007). In breve, la presenza dell'emozione di colpa è presa come prova che il danno di cui si potrebbe essere responsabili è probabile e grave e che la propria performance è inadeguata. Il fenomeno è noto come *affect as information* (Arntz, Voncken, Goosen, 1995) o ragionamento emozionale. È importante dare un'altra informazione. Negli esperimenti citati il senso di colpa veniva attivato chiedendo ai soggetti di rievocare un episodio per il quale si sentivano ancora in colpa. Dunque, si trattava di un'emozione non connessa con il compito sperimentale. Come dire che se una persona con alta colpa di tratto ha attivo un senso di colpa legato a un dominio, allora tende a sovrastimare i danni di cui potrebbe essere responsabile e a sottostimare la propria perfo-

mance, anche in un altro dominio. L'*affect as information* dunque può contribuire a generalizzare e ad alimentare il timore di colpa.

Un fenomeno simile all'*affect as information* è il *behaviour as input*. I pazienti con disturbi d'ansia e i pazienti ossessivi mettono in atto comportamenti per difendersi dalle minacce temute e tendono a prendere questi comportamenti come prova dell'esistenza del pericolo, per prevenire il quale i comportamenti stessi erano stati messi in atto. Anche le persone senza problemi clinici, evidentemente, mettono in atto comportamenti di prevenzione e difesa dalle minacce ma non li considerano prove dell'esistenza della minaccia (Gangemi, Mancini, van de Hout, 2012; van den Hout Gangemi, Mancini et al., 2014; Enghelardt, van Uijen, van Seters et al., 2015).

I pazienti ossessivi, rispetto a persone non DOC, sembrano sovrastimare la probabilità degli eventi negativi che possono capitare a loro, in particolare nel dominio sintomatico, ma non quelli che possono accadere in generale a tutti. In uno studio di Moritz e Jelinek (2009), gli autori hanno confrontato tre gruppi di soggetti (con disturbo d'ansia, DOC e controlli non clinici) e hanno chiesto loro di valutare la probabilità che in futuro accadessero loro eventi positivi, negativi o eventi rilevanti per il dominio sintomatico. Successivamente, è stato chiesto loro di valutare la probabilità che questi stessi eventi accadessero a un'altra persona dello stesso sesso e della stessa età. Dai risultati è emerso che i soggetti non DOC mostravano un bias ottimistico: sottostimavano la probabilità di essere coinvolti in eventi negativi se messi a confronto con altri soggetti e, nello stesso confronto, sovrastimavano la probabilità di vivere eventi positivi. Invece, i pazienti con DOC si aspettavano che eventi negativi e relativi al proprio dominio sintomatico potessero accadere con maggiore probabilità più a loro che ad altri mentre sotto-stimavano la probabilità di accadimento di eventi positivi. In un recente studio, condotto con tre gruppi di pazienti (con DOC, fobia sociale e controlli non clinici), Zetsche e collaboratori (2015), utilizzando una versione modificata del Probabilistic Classification Task (PCL; Knowlton, Squire, Gluck, 1994), hanno dimostrato che la sovrastima della minaccia nei pazienti con DOC sia contesto-dipendente. I soggetti con DOC differivano dai controlli principalmente per la sovrastima del proprio *personale rischio* di esperire eventi negativi ma non differivano dai controlli nella stima generale della probabilità che questi eventi potessero accadere. Ciò appare compatibile con la tesi qui sostenuta, che la sovrastima della minaccia dipenda dallo scopo di prevenire la colpa di aver sottovalutato i rischi.

Prove che il senso di colpa implica evitamento della sottovalutazione delle proprie risorse

A partire dall'influenza del senso di colpa sulla valutazione dei possibili esiti e sulla valutazione delle proprie performance, alcuni studiosi (vedi Gangemi, Miceli, Mancini, 2004) hanno esaminato se tale stato influenza nei soggetti normali anche la valutazione delle risorse e delle difficoltà, vale a dire le potenzialità disponibili e i propri limiti. La tesi è che se ci si sente in colpa allora si ha lo scopo di prevenire altre colpe e dunque di prevenire, tra l'altro, la possibilità di doversi rimproverare di aver usato male le proprie risorse, vale a dire di non essere stati attenti a svolgere al meglio i propri doveri. Ciò implica un orientamento cognitivo finalizzato a non sottovalutare le proprie risorse.

In una ricerca gli autori hanno dunque esaminato l'influenza dell'emozione di colpa sulla valutazione delle risorse disponibili, e in particolare su un risorsa specifica: il tempo. Le ragioni di questa scelta sono state essenzialmente due. In primo luogo, il tempo è, fra le tante risorse che si possono considerare, quella più basica e fondamentale. Il tempo a disposizione è sempre una condizione necessaria per l'esecuzione di un compito, anche se ovviamente non ne è mai una condizione sufficiente. In secondo luogo, sembra interessante esplorare la possibilità di ricondurre all'emozione di colpa la lentezza ossessiva e la generale scarsa considerazione dei limiti temporali, che sembrano caratterizzare gli ossessivi.

Per analogia con quanto accade nella valutazione degli esiti possibili, è stato ipotizzato che chi si sente in colpa, soprattutto se ha un'elevata colpa di tratto, tende a sottovalutare il tempo necessario per svolgere un compito. Più in particolare si è ipotizzato che l'induzione di un senso di colpa tramite il ricordo di una colpa pregressa, in individui con elevata colpa di tratto, avrebbe influenzato la valutazione: 1) del tempo necessario per svolgere un compito; 2) il numero di compiti che è possibile svolgere in un determinato lasso di tempo. L'influenza va nella direzione di una diminuzione del tempo stimato necessario per un compito e nell'aumento del numero di compiti che si stima possano essere svolti in un lasso definito di tempo. Diminuzione e aumento rispetto a quanto accade in soggetti nei quali non è stato attivato un senso di colpa e rispetto a soggetti con bassa colpa di tratto. Al fine di verificare queste ipotesi sono stati condotti 2 esperimenti. Un primo esperimento prevedeva la somministrazione di un compito di stima della durata temporale di alcune tipiche attività quotidiane (per esempio: sistemare gli indumenti nell'armadio – 4 paia di pantaloni, 2 magliette e 3 camicie;

ordinare la scrivania – agenda, penne, matite, block-notes, appunti vari; rifare il letto, ecc.).

Anche l'esperimento 2 prevedeva la somministrazione di un compito di stima della durata temporale di eventi appartenenti alla vita quotidiana. In questo caso però, dopo la fase di induzione dell'emozione di colpa secondo una procedura analoga a quella dell'esperimento precedente, ai soggetti appartenenti a entrambe le condizioni sperimentali (gruppo "colpa" vs gruppo di controllo) veniva richiesto di stimare il numero delle stesse attività quotidiane elencate per il primo esperimento, che era possibile svolgere all'interno di un intervallo temporale stabilito dallo sperimentatore (per esempio 30 minuti).

In linea con le ipotesi, nel primo esperimento, i soggetti "colpevoli" sottostimavano la quantità di tempo necessaria per svolgere un certo numero di attività quotidiane. Tale effetto appariva maggiore nei soggetti propensi a esperire cronicamente la colpa (alta colpa di tratto). Nel secondo esperimento, i partecipanti "colpevoli" sovrastimavano il numero di attività quotidiane che a loro avviso era possibile svolgere all'interno di un intervallo di tempo definito. Anche in questo esperimento, tale effetto era maggiore nei soggetti con alta colpa di tratto.

Da tali risultati sembra possibile immaginare che nei pazienti ossessivi lo stato emozionale di colpa possa implicare: 1) sottostima del tempo necessario per prevenire i danni di cui si sentono responsabili e 2) sovrastima delle risorse temporali a disposizione per lo stesso scopo.

Prove che i pazienti ossessivi tendono a ricercare la certezza CHE NON...

Le osservazioni cliniche dimostrano, inoltre, che i pazienti ossessivi dopo aver confermato attraverso la strategia BSTS l'ipotesi peggiore, si impegnano in tentativi di soluzione che possono muoversi lungo due strade. La prima strada consiste nel tentare di determinare un cambiamento nella realtà, per esempio con le compulsioni e con gli evitamenti, che renda impossibile l'evento. Questa strada è percorsa se al paziente appare possibile un intervento sulla realtà. A volte l'intervento è di tipo magico superstizioso, come per esempio nel caso di Roberto citato nel primo capitolo (Mancini, Fadda, Rainone). La seconda strada è percorsa invece se l'intervento sulla realtà appare impossibile e consiste nel trovare la prova certa che la possibilità temuta non si sia realizzata o non si realizzerà. Per esempio, perché l'evento appartiene al passato remoto, come poteva accadere a Maria se il contatto pericoloso era accaduto

tempo prima e dunque a ben poco sarebbero serviti i lavaggi, o perché i controlli sono impossibili, come poteva capitare a Giovanni se si trovava troppo lontano da casa per poter tornare a controllare, o perché, come nel caso di Davide, è impossibile cambiare una personalità che dovesse rivelarsi psicopatica. Come si vede, questa seconda strada utilizza la ruminazione e il ragionamento. Le due strade hanno in comune il fine ultimo che consiste nel creare le condizioni per le quali non ci si deve autorimproverare di essere stati trascurati, superficiali e menefreghisti nella gestione della minaccia. I pazienti con DOC sono infatti più interessati a dimostrare di non essersene fregati, piuttosto che a cambiare realmente i fatti, come si vede anche dal loro fissarsi nel ripetere lo stesso tentativo di soluzione piuttosto che cercare e usare strumenti più efficaci.

La prima strada

La prima strada è esemplificata da Giovanni, il quale dopo essersi confermato mentalmente la possibilità di aver lasciato il rubinetto del gas chiuso male, e che quindi, per una propria sbadataggine, ci potesse essere una fuga di gas, un'esplosione, danni gravi e diverse vittime e che per tutto questo sarebbe stato gravemente colpevole, effettuava dei controlli ripetuti, volti a scongiurare il danno immaginato. Tuttavia, la certezza di aver chiuso il rubinetto, che Giovanni tentava di raggiungere con le compulsioni di controllo, sembrava finalizzata a prevenire l'autoaccusa di essere stato superficiale, irresponsabile o poco scrupoloso. Ciò traspare dal fatto che Giovanni tendeva a concentrarsi soprattutto su uno dei tanti tentativi di soluzione possibili, il controllo del rubinetto, trascurando altre possibili soluzioni come per esempio installare un rilevatore di fughe di gas con allarme o usare una cucina elettrica, e cercando di svolgere i controlli senza imperfezioni, tanto che li ripeteva numerose volte proprio perché non tollerava il sospetto di averli eseguiti male. Queste due osservazioni suggeriscono quanto già argomentato nel capitolo 2 di questo volume, e cioè che la ricerca della certezza di aver chiuso il rubinetto fosse strumentale a non aver nulla da rimproverarsi.

Tutte le persone, e ancor più i pazienti affetti da disturbi d'ansia, di fronte a un indizio di pericolo tendono a focalizzare l'ipotesi che la minaccia sia vera, a confermarla. Questa procedura è strumentale a difendersi dal pericolo. Nei pazienti ossessivi, invece, sembra che questo stesso processo abbia il fine ultimo di prevenire l'autoaccusa di non essere stati all'altezza dei propri doveri e le azioni sulla realtà, come sono per esempio le compulsioni di controllo, sembrano strumentali a questo fine

ultimo, perché il pericolo per il paziente ossessivo non è la fuga di gas in sé ma il proprio eventuale menefreghismo rispetto a questa possibilità.

La seconda strada

La seconda strategia è di tipo dialettico/dibattimentale. Si anticipa un'accusa che dà per scontata la colpevolezza (il paziente avrebbe dovuto agire in maniera più responsabile) e si cerca di dimostrare al di là di ogni ragionevole dubbio che ogni possibile ragione di accusa sia falsa.

Prendiamo per esempio il resoconto di Maria, il cui disturbo era centrato sulla possibilità di contrarre l'AIDS da cui cercava di proteggersi con rituali di lavaggio ed evitando di toccare oggetti a suo avviso pericolosi, tra cui i giornali. La ragione di questo specifico evitamento era il timore che nel giornale vi fosse la foto di un qualche paziente malato di AIDS e che toccandola avrebbe potuto contagiarsi.

Il tutto era iniziato un giorno di diversi anni prima in cui la paziente aveva acquistato una rivista e, sfogliandola, aveva trovato la fotografia di un famoso attore americano morente di AIDS.

Riprendiamo adesso la ricostruzione del dialogo interno della paziente:

Oddio, toccare questa foto mi fa impressione, è come se stessi toccando davvero il malato. E se mi fossi contagiata? Sarebbe terribile, che sbadata sono stata, potevo stare più attenta!

No, ma che sto pensando! È assurdo!

Però come posso esserne così sicura?!

Non posso, il fotografo è stato vicino a R.H.... infatti la foto è un primo piano, e dunque potrebbe essere stato contagiato.

Sì, ma l'AIDS non si contrae mica con la vicinanza, ci deve essere un contatto intimo.

Già, ma io che ne so se c'è stato un contatto intimo? Il fotografo stesso poteva essere omosessuale.

In effetti, sembra improbabile che ci sia stata dell'intimità in una stanza d'ospedale e con un malato grave.

Ma io non ero lì, dunque come posso escluderlo?

Sì, ma anche se il fotografo fosse stato contagiato, come potrebbero essere arrivati a me i virus?

Il fotografo è certamente un professionista e quindi ha sviluppato le foto lui stesso e dunque potrebbe averle contaminate con il virus dell'AIDS.

Ok, ma io non ho toccato il fotografo e nemmeno le sue foto.

No, certo, ma i tipografi che hanno stampato questa copia forse sì, e magari l'hanno anche toccata.

Sì, ma i virus muoiono in circa mezz'ora, se non sono nel corpo.

Vero, ma i virus mutano e magari qualcuno è sopravvissuto.

Sì, ma ci vuole una certa carica virale.

E io che ne so di quanti virus ci vogliono?

Ok, tuttavia sarebbero dovuti entrare nel mio corpo e io non ho tagli, graffi o escoriazioni sulle mani.

Un momento! Ma questa pellicina è alzata, forse, quando ho toccato il giornale, era anche aperta.

Però non usciva sangue, me ne sarei accorta... e se ero distratta? D'altra parte mi sono agitata subito e non ho certo fatto attenzione alla pellicina.

Oh mio Dio!!! Allora davvero ho corso un rischio!!! Ma potevo pensarci prima!!!

È possibile identificare e descrivere i passi del ragionamento dialettico/dibattimentale a partire dal resoconto della nostra paziente ossessiva:

1. Maria focalizza un pericolo, per esempio considera contaminante il tocco del giornale in modo del tutto intuitivo e impressivo, e attiva una sensazione emotiva di disgusto e paura che porta all'ipotesi di un contagio e dà il via al ragionamento: "Oddio, toccare questa foto mi fa impressione, è come se stessi toccando davvero il malato...".
 2. Focalizza dunque l'ipotesi di pericolo, nonostante, come spesso accade ai pazienti, fosse per lei stessa implausibile, almeno inizialmente: "E se mi fossi contagiata?".
 3. Segue un commento critico all'ipotesi di contagio: "No, ma che sto pensando! È assurdo!".
 4. Si valuta insufficiente la forza critica del commento rassicurante, poiché si usano standard molto elevati: "Però come posso esserne così sicura?!".
 - 2 *bis*. Si focalizza una nuova possibilità di pericolo: "Il fotografo è stato vicino a R.H. ... infatti la foto è un primo piano".
 - 3 *bis*. Se ne cerca di nuovo la falsificazione: "Sì, ma l'AIDS non si contrae mica con la vicinanza, ci deve essere un contatto intimo".
 - 4 *bis*. Si valuta insufficiente la forza critica del commento rassicurante: "Già, ma io che ne so se c'è stato un contatto intimo?".
 - 2 *ter*. Si focalizza una nuova possibilità di pericolo: "Il fotografo stesso poteva essere omosessuale".
 - 3 *ter*. Se ne cerca di nuovo la falsificazione: "In effetti, sembra improbabile che ci sia stata dell'intimità in una stanza d'ospedale e con un malato grave".
 - 4 *ter*. Si valuta insufficiente la forza critica del commento rassicurante: "Ma io non ero lì, dunque come posso escluderlo?".
- E così via...

In generale, sembra che i pazienti ossessivi, almeno nel dominio sintomatico, cerchino di immaginare tutte le possibilità negative e poi cerchino di falsificarle una per una ma sono disposti a rigettare l'ipotesi di pericolo solo a condizione che ne sia certa la impossibilità. In breve, sembrano voler dimostrare, al di là di ogni ragionevole dubbio, che il pericolo non sussiste. Il risultato paradossale, però, è che partendo da una credenza soggettivamente implausibile, il paziente finisce col vedere un numero sempre più alto di possibilità di pericolo e dunque è sempre più difficile abbandonarla e sempre più naturale darle credito.

Il paziente ossessivo ricorre dunque al ragionamento dialettico/dibattimentale, perché focalizza l'ipotesi di pericolo, in quanto teme di essere accusato di aver determinato il pericolo stesso. Cerca la falsificazione dell'ipotesi di pericolo perché vuole difendersi dall'accusa e dunque vuole contestarla. Usa standard molto elevati per valutare la portata della falsificazione perché ritiene, *by default*, che il giudizio sarà severo, nel senso che terrà conto solo della possibilità che sia colpevole e non che sia innocente.

In sintesi, il nostro paziente, per difendersi da possibili autoaccuse severe e sottrarsi quindi al rischio di essere oggetto di espressioni aggressive e critiche sprezzanti, esamina tutte le possibilità di pericolo, e cerca di dimostrarle tutte false, con certezza assoluta, cioè al di là di ogni ragionevole dubbio.

Che prove abbiamo che dimostrano che i nostri pazienti ossessivi se devono neutralizzare una colpa o il timore di contaminazione allora ragionano in termini dialettici, e che questo stile di ragionamento è tipico del DOC? A differenza del BSTS che caratterizza in generale anche gli altri disturbi d'ansia?

Uno studio che si è avvalso della collaborazione di un gruppo di psichiatri, ha consentito di verificare se questi erano in grado di riconoscere o come tipici del DOC o come tipici di altri disturbi di ansia (per esempio ipocondria, paranoia, disturbo d'ansia generalizzata o GAD), indipendentemente dal loro *contenuto*, ragionamenti prodotti seguendo rispettivamente i passi tipici del ragionamento ossessivo (caratterizzato da prove a favore e contro l'ipotesi di pericolo) o del BSTS (caratterizzato invece dalla ricerca di dati congrui con l'ipotesi di pericolo) (Johnson-Laird, Mancini, Gangemi, 2006). Agli psichiatri sono state mostrate alcune copie di resoconti verbali di pazienti, ogni coppia con il contenuto tipico di alcuni disturbi psicopatologici presi in esame (DOC in due varianti, contaminazione e controllo, ipocondria, ansia generalizzata, fobia specifica, e paranoia). I due resoconti di ciascuna coppia, pur se con lo stesso

contenuto, differivano tra loro per la forma del ragionamento: uno dei resoconti era formulato secondo lo stile del ragionamento ossessivo e l'altro invece era formulato secondo lo stile proprio del BSTS. Agli psichiatri è stato chiesto di dire quale diagnosi era possibile formulare a partire da ciascuno dei due resoconti. I dati raccolti dimostrano che gli psichiatri con grande facilità riconoscevano come tipici del DOC, ragionamenti nello stile dialettico/dibattimentale e ciò indipendentemente dal contenuto. Questa ricerca sembra avvalorare la nostra tesi: il ragionamento *dialettico/dibattimentale* è caratteristico del DOC e i passi da noi identificati come tipici del ragionamento ossessivo producono effettivamente questo genere di ragionamento. Quando invece i pazienti ossessivi devono prevenire un danno piuttosto che neutralizzare una colpa o il timore di contaminazione, ricorrono al ragionamento *Better Safe Than Sorry*, esattamente come tutti gli altri pazienti affetti da disturbi d'ansia.

Prove che il senso di colpa orienta le scelte rischiose in modo prudentiale

Abbiamo già visto come il timore di colpa possa influenzare le scelte in vari modi. Influenza sia la stima della probabilità e della gravità degli esiti previsti, che la focalizzazione degli eventi tra i quali scegliere. Il senso di colpa influenza però le scelte anche attraverso la modulazione della propensione o avversione al rischio. Diversi esperimenti condotti con soggetti normali (Mancini, Gangemi 2003, 2004, Gangemi, Baldini, Carini et al., 2003) hanno infatti indagato l'influenza del timore di colpa sulle decisioni prese in condizioni di incertezza. Convenzionalmente si parla di *incertezza* quando ci si riferisce a situazioni in cui l'individuo non conosce con certezza quale sarà esattamente l'esito che otterrà una volta effettuata la scelta (basti pensare ai giocatori di borsa). Il problema dell'incertezza è centrale nello studio dei processi decisionali dal momento che le conseguenze delle azioni che l'individuo intraprende spesso si prolungano nel futuro e non si può essere completamente sicuri che l'esito sperato si verifichi realmente.

Secondo il matematico Bernoulli (1738/1954), una scelta è certa o contraria al rischio se si preferisce un esito certo a un azzardo. Una scelta è invece rischiosa o tendente al rischio se si rifiuta un esito certo a favore di un azzardo. Per esempio, supponiamo che si vada al borsino della propria banca e ci venga fatta la seguente proposta: possiamo scegliere un investimento che ci garantisce con certezza assoluta un guadagno del 2% della somma investita per anno oppure un altro investimento che ha

il 50% di probabilità di fruttare il 4% della somma, e il 50% di non farci guadagnare nulla. Optare per la prima scelta equivale a compiere una scelta certa o, per dirla con un altro termine, avversa al rischio. Il guadagno in questo caso è infatti certo. Optare per la seconda equivale invece a privilegiare una scelta rischiosa, infatti l'investimento può, è vero, farci guadagnare il doppio dell'altro ma è anche vero che può non farci guadagnare nulla. L'esito di tale scelta è dunque incerto. Si noti che in questo esempio il valore monetario delle due opzioni possibili è lo stesso.

In generale, la vita quotidiana ci pone sistematicamente di fronte alla necessità di scegliere tra la certezza o il rischio. Da che cosa dipendono la preferenza per l'uno o per l'altro?

Recenti studi hanno dimostrato che le emozioni possono differenzialmente influenzare le scelte individuali (per esempio Lerner, Keltner, 2001). In linea con questa prospettiva, in due diversi esperimenti abbiamo voluto indagare in che modo l'emozione di colpa influenzi le decisioni in condizioni di incertezza (Gangemi, Bussolon, Ruozzi et al., 2006). La nostra ipotesi era che la colpa avrebbe spinto gli individui a effettuare la scelta più funzionale al perseguimento dello scopo di rettificare, e in particolare di prevenire ulteriori colpe o espiare (vedi Haidt, 2003; Mancini, 2008). In entrambi gli esperimenti, abbiamo considerato scelte i cui esiti erano pene pecuniarie imposte all'individuo. In particolare, in un primo studio, un gruppo di soggetti è stato assegnato in maniera casuale a una delle due condizioni sperimentali (induzione colpa *vs* induzione rabbia). Subito dopo, ai partecipanti è stato presentato un problema decisionale in una versione neutra, nella quale ai soggetti non veniva specificato nulla riguardo la loro colpevolezza o meno relativamente a una multa ricevuta (*"Torni a casa e trovi una multa per eccesso di velocità di 1.200 euro"*). Le opzioni di scelta erano del tipo: a) *Se saldi subito, allora paghi 800 euro*; b) *Se fai ricorso, c'è 1/3 di probabilità di non pagare nulla e 2/3 di probabilità di pagare 1.200 euro*. Infine, dopo aver terminato il compito, ai partecipanti è stato richiesto di completare un questionario volto a valutare quanto si sentissero colpevoli rispetto alla multa (*Quanto ti senti in colpa dopo aver letto il problema?* *Quanto ti senti incolpa per la multa?*) e quanto ritenessero legittima la stessa (*Quanto ti sembra giusta la multa?*).

In linea con le nostre ipotesi, i partecipanti assegnati alla condizione di colpa hanno effettuato la scelta certa, poiché l'unica che avrebbe consentito loro di pagare con certezza e dunque di riparare. La scelta rischiosa avrebbe invece offerto loro la chance di non pagare nulla e dunque il rischio di commettere una ulteriore colpa. Al contrario, in ac-

cordo con la letteratura (vedi Lerner, Keltner, 2000; 2001), la preferenza dei partecipanti assegnati alla condizione di rabbia è andata alla scelta rischiosa. Le risposte dei nostri partecipanti sembrano dunque guidate essenzialmente dalla rappresentazione del problema decisionale in accordo con lo stato emozionale indotto (colpa/rabbia). I partecipanti colpevoli sembrano aver preferito infatti la scelta certa perché orientati non solo a espiare ma anche a evitare un'ulteriore colpa, come dimostrato dai punteggi più elevati riportati a tutte e tre le scale del questionario, in base alle quali hanno considerato la multa come più meritata, e rispetto alla stessa, si sono valutati più colpevoli dei soggetti "arrabbiati".

Questo studio ha lasciato però aperta una questione fondamentale: come possiamo essere certi che l'emozione indotta, la colpa, abbia spinto i soggetti a preferire la scelta certa per via dello scopo di espiare e prevenire ulteriori colpe, e non più semplicemente per una più generica avversione al rischio? Il secondo esperimento è stato condotto proprio per dirimere la questione. Rappresenta in qualche modo una replica del primo, ma i compiti sono stati modificati, così da ottenere anche opzioni rischiose e al contempo in grado di soddisfare lo scopo di espiare ed evitare così un'ulteriore colpa. Dal momento che nel primo esperimento mancava una condizione di controllo, in questo studio abbiamo esaminato tre gruppi di soggetti assegnati casualmente a una delle tre condizioni di emozione indotta (colpa/rabbia/neutrale). In particolare, dopo l'induzione delle emozioni, realizzata sempre attraverso la rievocazione di un evento autobiografico, a ciascun partecipante è stato presentato uno dei problemi decisionali ottenuti variando sistematicamente nella storia il ruolo di chi paga per la scelta (vittima/colpevole). In particolare, i problemi presentavano una storia i cui protagonisti, un imprenditore e un architetto, ricevevano una multa durante la realizzazione di un palazzo (*Immagina di essere il titolare di un'impresa edile, in un cantiere al quale lavori un controllo dei carabinieri accerta un'infrazione alle norme di sicurezza...*). Il problema continuava poi in maniera differente a seconda della condizione sperimentale cui i soggetti erano stati assegnati. Se a pagare per la scelta era la vittima il testo, per esempio, continuava con: *L'architetto, in quanto direttore dei lavori, ti aveva avvisato delle misure di sicurezza richieste ma tu per negligenza non ne hai tenuto conto... L'architetto dovrà pagare 30.000 € di multa.* Se a pagare era invece il colpevole, continuava con: *... Tu dovrai pagare 30.000 € di multa.* La nostra ipotesi era che, se a pagare per la scelta era il colpevole, allora nella condizione di colpa indotta, l'opzione certa era quella che avrebbe consentito di espiare e di evitare altre colpe (*Se non fai ricorso pagherai*

20.000 €), mentre la scelta rischiosa poteva invece offrirgli la chance di non pagare nulla e dunque di commettere un'ulteriore colpa (*Se fai ricorso hai 2/3 di probabilità di pagare tutti i 30.000 € e 1/3 di non pagare nulla*). Sempre nella condizione di colpa indotta, se a pagare era invece la vittima, allora l'opzione rischiosa era quella che avrebbe consentito al colpevole di evitare una negligenza che avrebbe implicato ancora una volta una colpa di cui rimproverarsi (*Se fai ricorso l'architetto ha 2/3 di probabilità di pagare tutti i 30.000 € e 1/3 di non pagare nulla*).

Ci aspettavamo quindi che i partecipanti con colpa indotta avrebbero scelto l'opzione (rischiosa o certa) che avrebbe consentito loro di evitare comunque una colpa futura. In linea con la letteratura (vedi Lerner, Keltner, 2001), ci aspettavamo invece che i soggetti del gruppo rabbia avrebbero comunque preferito la scelta rischiosa, indipendentemente dal ruolo che avrebbe pagato per la scelta. I risultati hanno corroborato ancora una volta le nostre ipotesi. L'unico fattore che ha influenzato significativamente le preferenze dei soggetti (scelte rischiose *vs* scelte certe) è stato infatti la rappresentazione del problema decisionale in termini di emozioni, più che la semplice avversione al rischio.

I risultati ottenuti nell'evidenziare l'influenza del timore di colpa sul processo decisionale e, in particolare, sulle scelte certe o rischiose, suggeriscono la possibilità che l'attitudine alla scelta certa tipica degli ossessivi possa essere ricondotta non tanto a una generica intolleranza all'incertezza o al rischio (principio spesso erroneamente invocato) ma, piuttosto, al fatto che nelle condizioni di vita quotidiana e nello stato mentale di timore di colpa il paziente avversa prudenzialmente il rischio per evitare la possibilità di commettere una colpa per cui si rimprovererebbero domani (l'esplosione della casa se non controllo il gas). In questa accezione, la predilezione per la certezza (controllare il gas) e l'intolleranza per il rischio implicano tra le altre cose anche la tendenza a perseverare nell'attività preventiva. Essere disposti a fermarsi soltanto quando si è certi del risultato implica che si cammini più a lungo, e dunque, che si paghi di più: ma tutto va bene pur di sottrarsi al sospetto di essersene fregati e quindi di essere colpevoli.

CONCLUSIONI

Il timore di colpa implica processi cognitivi simili a quelli che si riscontrano nei pazienti ossessivi. Più specificatamente, il timore di colpa attiva lo scopo di evitare autorimproveri per aver sottovalutato pericoli

che si ha il dovere di prevenire (contagi, esplosioni del gas, incidenti dei propri cari, proprie intenzioni omicide) e per aver trascurato precauzioni doverose. Un siffatto scopo è perseguito con una strategia cognitiva iper-prudenziale che implica la focalizzazione della ipotesi peggiore e la de-focalizzazione di quella più favorevole, indipendentemente dai dati disponibili. A ciò seguono la ricerca di prove a favore dell'ipotesi peggiore e inferenze confirmatorie della credenza di pericolo, che portano ad assumerla per valida. Quest'assunzione è facilitata anche dal ragionamento di Pascal, cioè dalla consapevolezza che i costi di omettere erroneamente la credenza di pericolo sopravanzano i costi dell'errore inverso. L'attivazione dell'emozione di colpa, nei soggetti con alta colpa di tratto, implica la sovrastima della probabilità e della gravità della minaccia e anche la sovrastima della risorsa tempo a disposizione. I tentativi di soluzione seguono due percorsi. Il primo consiste nel tentare di prevenire o di neutralizzare con certezza assoluta la minaccia. Il secondo percorso consiste nel considerare tutti i modi in cui potrebbe realizzarsi la possibilità peggiore e nel cercare la prova certa che ciascuna di queste possibilità sia falsa. Si fa ricorso alla prima se si può prevenire la minaccia agendo sui fatti. Si fa invece ricorso alla seconda se non c'è la possibilità di agire sui fatti. In entrambi i casi, non solo i risultati ottenuti ma anche i propri sforzi sono valutati con standard molto elevati. Il fine ultimo di tutta la strategia, soprattutto se il timore è di colpa deontologica, è prevenire l'autoaccusa di non essere stati adeguati ai propri doveri. Vedremo nel capitolo successivo come i processi cognitivi coinvolti in questa strategia protettiva possano aiutare a rispondere ad alcuni dei quesiti riguardanti il DOC, sollevati nel primo capitolo. In particolare, questa strategia iper-prudenziale ha almeno quattro risultati. Il primo è che aumenta, dal punto di vista del paziente, il numero e la tipologia di eventi critici, e questo generalizza la sintomatologia. In secondo luogo, la credibilità soggettiva delle credenze di minaccia aumenta e quindi aumenta la resistenza al cambiamento. In terzo luogo, a causa degli standard elevati, le proprie performance protettive tendono a essere valutate inadeguate e dunque il paziente ci investe più tempo ed energie. Anche in questo caso la sintomatologia si espande. In quarto luogo, soprattutto nel secondo percorso, accade che, immaginando tutti i modi in cui possa realizzarsi una minaccia, anche i meno plausibili, e seguendo la regola che vanno presi sul serio a meno di non riuscire a falsificarli con certezza, facilmente accade che una possibilità bizzarra, ma non impossibile con certezza, sopravviva ai tentativi di falsificazione e che il paziente si senta obbligato a darle credito. Il risultato è che

il paziente può investire tempo e risorse per prevenire possibilità che, ai suoi stessi occhi, sono bizzarre e poco plausibili, come per esempio nel caso di Maria che si lavava per ore le mani se le capitava di toccare un giornale perché non poteva escludere con certezza che ci sarebbe potuta essere la foto di un malato di AIDS e che il tocco avrebbe potuto essere contagioso.