

DALL'INVESTIMENTO ALLA RINUNCIA: FAVORIRE L'ACCETTAZIONE IN PSICOTERAPIA

Claudia Perdighe, Francesco Mancini

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

La sofferenza emotiva è il prodotto del confronto con le frustrazioni della vita, attuali o potenziali, e della difficoltà a farsene una ragione. Se questo assunto è vero, come abbiamo sostenuto nell'articolo precedente, ne deriva la centralità dell'accettazione come strategia principe nella riduzione della sofferenza emotiva: se soffro perché non accetto, per soffrire meno devo imparare ad accettare di più.

In questo articolo vogliamo innanzitutto presentare una panoramica di interventi cognitivi volti a favorire l'accettazione, distinguendoli in base ai fattori di investimento (credenze e processi) che si vogliono modificare o indebolire. È negli scopi dell'articolo, inoltre, mettere in luce i vantaggi e gli effetti attesi a lungo termine degli interventi di cambiamento che favoriscono l'accettazione.

Parole chiave: accettazione, interventi cognitivi, scopi

FROM INVESTMENT TO RENUNCIATION: TO PROMOTE THE ACCEPTANCE IN PSYCHOTHERAPY

Abstract

The emotional pain is the result of the confrontation with life frustrations, actual or potential, and the difficulty to get over it. If this assumption is true, as we have argued in the previous article, it follows the centrality of acceptance as main strategy for decreasing emotional distress. If I suffer because I do not accept, I have to learn to accept more.

In this article, our intent is to present an overview of cognitive interventions aimed at promoting the acceptance, recognizing them according to the factors of investment (beliefs and processes) that you want to change or weaken. In addition it is in the purposes of the article to highlight the advantages and the effects expected during long term effects of change interventions that promote the acceptance.

Key words: acceptance, cognitive interventions, goals

1. Introduzione

Il tema dell'accettazione è particolarmente attuale in psicoterapia cognitiva: nell'ultimo decennio c'è stato un proliferare e diffondersi di approcci terapeutici che, in modo più o meno

esplicito, sono basati sull'accettazione. Tra questi i più interessanti sono la Mindfulness (Kabat-Zinn 2005), nelle sue diverse forme, e l'*Acceptance and Commitment Therapy* (Hayes et al. 1999): basti pensare all'enorme mole di pubblicazioni scientifiche e corsi dedicati nell'ultimo decennio a questi due approcci per avere un'idea del ruolo che stanno assumendo le procedure di accettazione nella pratica clinica all'interno della CBT.

L'accettazione come modo per affrontare le frustrazioni e i dolori della vita, a dire il vero non è un tema, in senso stretto, nuovo. Già molto prima che Hayes e Kabat-Zinn introducessero l'ACT e la Mindfulness, in alcune grandi religioni (come il Cristianesimo, l'Islam o il Buddismo) e in importanti correnti di pensiero filosofico (ad esempio la filosofia stoica o la tradizione filosofica orientale), l'accettazione è prescritta come strategia di coping. In tutti è sottesa l'idea che la vita confronta continuamente gli esseri umani con frustrazioni ed eventi negativi e che la migliore strategia di adattamento è accettare questo piuttosto che contrastarlo: la "sottomissione alla volontà di Dio" per i musulmani, la "fede in una volontà superiore, anche quando il disegno ci è misterioso" per i cristiani, l'aderire al destino per gli stoici (Barcaccia 2007).

Anche nella psicologia del senso comune si ritrova spesso l'idea di accettazione come modalità per affrontare la sofferenza; per esempio la troviamo nelle consolazioni che si offrono alle persone che si confrontano con eventi gravi come malattie o lutti: "La vita è così! non ci possiamo fare niente", "bisogna guardare avanti", "l'unica strada è accettare ciò che il destino ci offre".

Anche nella CBT non è un tema del tutto nuovo: benché concettualizzata in modo diverso, per esempio, la terapia dell'ansia basata sull'esposizione di fatto è una pratica esperienziale che favorisce l'accettazione sia di uno stato del mondo che di un'esperienza interna che si rifiuta (Mancini e Gragnani 2005). In realtà, a guardar bene, anche la terapia cognitiva standard di Beck (1976) e Ellis (1962), nei fatti, anche se non lo teorizza, favorisce l'accettazione; ad esempio, il riconoscimento dei bias favorisce non solo il cambiamento di contenuto, ma anche la presa di distanza dallo stesso ("capisco che sto generalizzando" e questo diminuisce l'aderenza al pensiero). Ancora, ad esempio la *Rational and Emotive Therapy* (RET) ridefinendo gli scopi assolutizzati (da "devo assolutamente essere amato" a "mi piacerebbe essere amato"), favorisce la disposizione ad accettare gradi maggiori di minaccia allo scopo.

Nel cognitivismo italiano in particolare, la concettualizzazione del ruolo del problema secondario (De Silvestri 1982, 1999) e dei circoli viziosi (Mancini e Semerari 1990) nell'insorgenza e mantenimento della sofferenza psicopatologica, ha favorito pratiche terapeutiche orientate non solo al cambiamento delle credenze patogene relative alla compromissione di uno scopo, ma anche all'accettazione della sofferenza conseguente, proprio per "bloccare" problemi secondari e circoli viziosi. Se si assume, infatti, che una cospicua parte dell'intensità e cronicità della sofferenza è attribuibile alla valutazione critica di una propria emozione, pensiero, sensazione o condotta e a tentativi disadattivi di problem solving ("sto male perché non sopporto di essere triste e faccio di tutto per cancellare la tristezza"), ne deriva che in terapia è cruciale aumentare il grado di accettazione verso questi stati interni e attitudini comportamentali vissuti come inaccettabili.

In linea con questa tradizione e in continuità con la tesi sostenuta nell'articolo precedente, nelle prossime pagine ci proponiamo di descrivere interventi cognitivi orientati all'accettazione. La domanda guida è: attraverso quali interventi si può favorire uno stato mentale di maggiore accettazione della compromissione di un bene o della minaccia che si realizzi la compromissione? Prima però ci chiederemo in quali casi l'accettazione è la strategia più indicata e qual è lo stato da raggiungere, ovvero cosa si intende per maggior grado di accettazione.

Non ci proponiamo di illustrare o analizzare tutti gli interventi possibili per facilitare l'accettazione, quanto piuttosto di analizzare i fattori su cui è possibile agire per favorire il disinvestimento (a partire dal cambiamento degli elementi psicologici che favoriscono l'investimento, analizzati nell'articolo precedente) e vedere esempi pratici di interventi di accettazione.

In realtà favorire l'accettazione, significa fare quello che gran parte degli psicoterapeuti già fanno, ovvero aiutare il paziente a interrompere le condotte che contribuiscono a mantenere o esacerbare la situazione di sofferenza e rendere il paziente meno vulnerabile alla sofferenza, modificando gli aspetti di funzionamento sottostanti.

Non proporremo, dunque, nessun nuovo e rivoluzionario metodo di cura della sofferenza.

Quello che faremo è descrivere in termini di accettazione strategie e procedure terapeutiche note e di porre enfasi, in linea con la nostra tesi, sull'importanza del favorire un atteggiamento di rinuncia (contrapposto a investimento) a scopi sovrainvestiti e sull'importanza di provare a modificare i fattori che rendono vulnerabili all'iperinvestimento e ai meccanismi ricorsivi.

2. Accettazione o rassicurazione: quando è opportuna la rinuncia invece dell'investimento?

“Con la psicologa del centro per l'autonomia che frequento mi trovo bene. L'unico problema è che per aiutarmi a essere più autonoma lei cerca di convincermi ad accettare la mia condizione e i miei limiti, per diventare una disabile autonoma. Ne capisco le ragioni, ma non le condivido, e soprattutto non voglio e non sopporto l'idea di accettare i miei limiti e di essere una disabile”. Sono le parole attraverso cui Lara, una paziente che a 38 anni, a seguito di un ictus, si è ritrovata con un'importante disabilità, esprime la sua difficoltà ad accettare la sua condizione e il suo desiderio di essere aiutata a raggiungere lo scopo (essere di nuovo in grado di camminare), non a rinunciarvi. Nella gran parte dei casi i terapeuti si trovano davanti a persone che, come Lara, non vogliono accettare un evento o la sua minaccia. Questo ci pone un problema clinico e ci porta alla prima domanda: quando e a quali condizioni è opportuno andare nella direzione dell'accettazione piuttosto che dell'insistenza su uno scopo?

L'accettazione del resto è solo una delle possibili alternative. Rassicurare Lara sul fatto che un giorno camminerà, per esempio, è la via più veloce per ridurre la sua sofferenza emotiva.

In terapia abbiamo due grandi strade che in sostanza ricalcano quelle che abbiamo visto essere le soluzioni naturali alla sofferenza: la ridefinizione in positivo della situazione, ovvero la rassicurazione sullo scopo (la compromissione o minaccia non esiste o è solo parziale) o la sua rivalutazione (lo scopo compromesso o minacciato non è davvero rilevante per te); oppure abbiamo la strada dell'accettazione della dolorosa minaccia o compromissione di un proprio scopo e quindi la rinuncia all'investimento.

Nella pratica clinica non sempre rassicurazione e accettazione sono nettamente distinguibili; in molti interventi ci sono sovrapposizioni. Ad esempio un intervento come “in fondo tuo padre continuerà a vivere dentro di te e di chi gli ha voluto bene”, è un modo per rassicurare ridefinendo lo scopo come solo parzialmente compromesso (“lo hai perso, ma non del tutto”). Può, però, anche essere un modo per favorire l'accettazione, intervenendo sulla catastrofizzazione dell'evento (“la perdita è inevitabile e grave, ma non compromette tutto quello che per te è importante”).

La gran parte delle procedure di cambiamento tipiche della terapia cognitiva standard può essere concettualizzata come una forma di “terapia di rassicurazione”: gli interventi hanno lo scopo, più o meno esplicito, di rassicurare il paziente che lo scopo è raggiungibile (“Non è vero

che non vali niente; che prove hai a sostegno?”, “Sei sicuro che siano prove valide?”, “Hai mai sentito di qualcuno morto per paura dell’ascensore?”) o che la compromissione è parziale (“Se anche ti viene il panico, perché questo dovrebbe farti morire?”, “Se anche mamma ci rimane molto male, cosa ti fa pensare che smetterà di amarti?”, “Il fatto di aver sbagliato, come dimostra che sei globalmente una cattiva persona?”).

Ad esempio davanti ad una paziente depressa da quando ha scoperto di avere problemi d’infertilità, che vede compromesso il suo scopo di avere un figlio, gli interventi di rassicurazione agiscono sul tranquillizzare la paziente sulla non compromissione o parzialità della compromissione dello scopo (“Hai un problema alle tube, è vero; ma quante donne riescono ad avere un figlio con le tecniche di fecondazione assistita?”, “L’adozione non è sempre un modo per essere mamma?”).

Le procedure tipiche della terapia cognitiva agiscono:

- entrando nel merito delle credenze (veridicità, razionalità, convenienza);
- modificando la probabilità percepita;
- intervenendo su distorsioni e bias che danno veridicità alle credenze.

Questo avviene principalmente attraverso la ristrutturazione cognitiva o attraverso procedure comportamentali tese a mettere alla prova le credenze patogene.

La seconda via è quella dell’accettazione, ovvero aiutare il paziente a rinunciare all’investimento su uno scopo minacciato o compromesso.

Ci sono dei casi, come un lutto o la diagnosi di una malattia grave, in cui può sembrare autoevidente l’opportunità di interventi orientati all’accettazione: ad esempio davanti ad una giovane paziente come Diana, che ha perso il marito in modo drammatico, sembra ragionevole aiutarla a farsene una ragione, dal momento che è difficile immaginare di rassicurarla sulla compromissione dello scopo di passare la vita con il marito.

Nella gran parte dei casi è meno evidente in che senso e quando è conveniente aiutare un paziente a disinvestire dallo scopo piuttosto che rassicurarlo sul fatto che lo può raggiungere, che non è del tutto compromesso o minacciato. Ad esempio, davanti ad un paziente che teme di essere ridicolizzato in pubblico se arrossisce nel rispondere a qualche domanda, non è scontato che la strada più conveniente sia aiutarlo ad accettare di più la possibilità che l’evento temuto (scenario di svilimento) si realizzi, investendo meno sulla sua prevenzione; si può in alternativa aiutarlo a convincersi della bassa probabilità o minore gravità di quella attribuita all’evento temuto.

Quando, dunque, è opportuno accettare piuttosto che investire sulla prevenzione della compromissione, o sul contenimento della perdita?

Tecnicamente l’accettazione è preferibile quando sono presenti due condizioni: a) c’è una compromissione o minaccia che non è in potere del paziente eludere (un paziente con lutto non può far tornare la persona amata; non è nei poteri di un paziente narcisista azzerare il rischio di sentirsi umiliato); b) l’investimento verso lo scopo è costoso in termini emotivi ed esistenziali, ovvero produce sofferenza e allontana dagli altri scopi personali raggiungibili (ad esempio il paziente, per rassicurarsi di non essere esposto ad umiliazioni, si tormenta con la gelosia e poi perde la donna che ama).

È, quindi, opportuno favorire l’accettazione quando sono presenti ostacoli al naturale processo di disinvestimento. Come vedremo più avanti, nella pratica clinica è soprattutto la presenza di credenze normative un indicatore di ostacoli al processo naturale di accettazione. Ad esempio, una frase come “Che figlio sarei se non mi preoccupassi così tanto di avere il meglio dalla vita? So che a volte questo mi crea problemi, ma i miei genitori mi hanno dato tutto, è

giusto che io li ripaghi cercando di essere all'altezza delle loro attese" suggerisce la presenza di un'idea che sostiene l'investimento sullo scopo di "essere un buon figlio", anche laddove questo sia, per esempio, molto faticoso emotivamente.

In pratica, è conveniente e opportuno andare nella direzione dell'accettazione della minaccia o compromissione e rinunciare allo scopo, quando non c'è un'alternativa migliore e praticabile: *si accetta ciò che non si può far altro che accettare*. Per quanto tautologica, questa è forse l'unica risposta alla domanda: "Quando conviene accettare?"

Nessuno di noi accetterebbe la perdita di una persona amata o del lavoro o della salute o l'inevitabilità della minaccia di essere abbandonati o umiliati, se credesse nella possibilità di azzerare in toto questi eventi. Per definizione si accetta qualcosa che si preferirebbe non accettare e, dunque, lo si fa solo quando non esiste la possibilità di "rifiutare" l'oggetto dell'accettazione. Come vedremo, la naturale "resistenza all'accettazione" è importante da tenere presente nella pratica clinica, per essere in empatia con la difficoltà del paziente ed evitare facili interventi prescrittivi, che in alcuni casi possono anche essere iatrogeni.

Come ci regoliamo nella pratica, dunque?

Nei fatti rassicurazione e accettazione sono procedure integrabili e complementari: rassicuriamo (e quindi sosteniamo l'investimento) laddove è possibile e favoriamo l'accettazione sulle compromissioni o minacce non eludibili. Si tratta in pratica di aiutare il paziente a distinguere quanto in proprio potere da quanto non lo è, ovvero da un lato rassicurare e favorire l'investimento su scopi nel potere del paziente e dall'altro favorire la rinuncia a scopi non ottenibili (o troppo costosi).

Tornando a Lara, ad esempio, è utile rassicurarla sulla legittimità dello scopo di ridurre le sue disabilità, incoraggiarla a provarci ma nello stesso tempo favorire la rinuncia allo scopo di "azzerare la disabilità", che per lei equivale a essere "la Lara di prima" e che nel presente si traduce nell'insistere su condotte disfunzionali, come rifiutare i presidi sanitari domestici che le consentirebbero una maggiore autonomia (che è un ottenimento, anche se parziale, di quello che vuole riprendendo a camminare).

Invece nel caso di una paziente come Caterina, che mette in atto continuamente condotte tese a rassicurarsi sulla minaccia di rifiuto da parte delle persone per lei significative, la rassicurazione non è una via percorribile: non possiamo rassicurarla del fatto che non accadrà qualcosa che, viste le sue condotte, è invece probabile. Nel caso di minaccia, comunque, l'accettazione è inevitabile, dal momento che la possibilità che si realizzi è, almeno in parte, fuori dal controllo volontario. Caterina può ridurre la probabilità del rifiuto, non può azzerarlo; inoltre proprio accettare la non eludibilità della minaccia la può aiutare a non mettere in atto condotte di prevenzione come controlli, rimproveri o richieste di rassicurazioni che, nei fatti, aumentano il rischio di rifiuto.

Enfatizzando il ruolo che gli interventi di accettazione possono avere nella terapia, non vogliamo in nessun modo suggerire l'abbandono di interventi terapeutici di provata efficacia come gli interventi di ristrutturazione cognitiva orientati alla rassicurazione: in primo luogo spesso è molto più economico aiutare un paziente a ridefinire uno scopo, piuttosto che ad accettarne la compromissione. Ad esempio è più facile e immediato aiutare una mamma che si sente in colpa verso un figlio per il fatto che lavora, a ridefinire il suo scopo: da "prevenire ogni dispiacere" a educare il figlio ad affrontare la vita, quindi anche a tollerare le frustrazioni, per aiutarla a non sentirsi in colpa (piuttosto che aiutarla ad accettare la colpa di non essere sempre una buona mamma).

Semplicemente favorire un grado maggiore di accettazione, in generale offre una serie di vantaggi rispetto alla rassicurazione.

Innanzitutto ci sono dei casi in cui è l'unica strada, visto che la rassicurazione a volte non è praticabile (es. lutto o bocciatura) o può essere solo parziale (gravità della compromissione), se non si vuole entrare nel merito dei valori del paziente. Gran parte dei problemi clinici riguarda minacce o compromissioni non eludibili. Nei disturbi d'ansia per esempio, il paziente investe nel prevenire una minaccia che, benché poco probabile e verosimilmente meno grave della rappresentazione che ne ha il paziente, non è nei poteri del paziente azzerare; il timore di un paziente con disturbo ossessivo di infettarsi con l'Hiv nel toccare sostanze e oggetti rossi, è molto poco probabile che si realizzi; e anche se s'infettesse lo scenario che ne seguirebbe sarebbe probabilmente meno catastrofico del previsto (probabilmente non vorrebbe addirittura come uno che si è meritatamente e colpevolmente ammalato). L'intervento più "facile" e immediato è rassicurare il paziente, vista la scarsa probabilità della minaccia temuta.

In secondo luogo, il problema, nel seguire solo la strada della rassicurazione, è il rischio che il paziente possa stare bene nell'immediato, ma in futuro ritrovarsi dentro il problema qualora ci fossero nuove compromissioni o minacce ai suoi scopi. Ad esempio un paziente con fobia sociale che si sia convinto che la minaccia di figuraccia è eludibile, potrebbe ricominciare ad evitare le situazioni di esposizione sociale qualora facesse una figuraccia anche piccola, in quanto questo invaliderebbe la sua "credenza rassicurante"; con le aggravanti tipiche delle ricadute. Nel caso di una paziente come Bianca, depressa dopo un abbandono sentimentale, ricominciare ad investire sullo scopo di avere una famiglia sulla base della credenza rassicurante "se è finita non è perché sono sbagliata io, ma perché lo è lui", presenta il rischio che la paziente si ritrovi esattamente dentro lo stesso problema, più grande, davanti ad un nuovo abbandono sentimentale; questo non accade se l'investimento su nuovi scopi è basato sull'accettazione del fatto che è nell'ordine naturale delle cose che, se si ha una relazione, si può essere lasciati (individuare un colpevole, non è un modo efficace per azzerare o controllare la minaccia).

Il terzo, e forse più importante, vantaggio dell'accettazione rispetto alla rassicurazione è il fatto che l'addestramento all'accettazione è una forma di prevenzione della sofferenza psicopatologica in senso lato. L'accettazione, infatti, può prevenire la sofferenza anche in caso di compromissione di altri scopi, in quanto addestra a de-catastrofizzare le esperienze negative; se accetto più facilmente le compromissioni o minacce, non mi focalizzerò troppo sulla prevenzione delle stesse e, quindi, è più difficile che si creino i circoli viziosi dell'iperinvestimento. L'esempio più banale è l'ansia: se una persona accetta la possibilità di sperimentare un certo grado di ansia, quando si presenta non entrerà nei tipici circoli viziosi di autoalimentazione dell'ansia. "Avere un grado maggiore di accettazione" previene i problemi secondari, nel senso che favorisce un atteggiamento di maggiore accettazione dei propri stati interni (emozioni, sensazioni, immagini mentali, pensieri) e un grado maggiore di accettazione della normalità delle frustrazioni nella vita (si rinuncia un po' all'idea che il benessere o almeno l'assenza di disagio sia la normalità o la norma nella vita degli esseri umani).

3. Quale lo stato mentale dell'accettante?

Partiamo dalla definizione dello stato mentale che si vuole favorire. Facilitare l'accettazione significa addestrare il paziente a stare dentro la sofferenza, piuttosto che contrastarla: *prendere atto di quello che non si può modificare e concentrare le energie su ciò che è invece in proprio potere*. L'esito è il blocco dei tentativi di soluzione e degli effetti di mantenimento a essi associati (e quindi una maggiore facilità a percorrere le vie naturali di soluzione a un problema). Ad esempio nel caso di un paziente con fobia sociale la terapia è orientata a far sì che il paziente

affronti le situazioni evitate non perché lo abbiamo convinto o si è persuaso con esposizioni che la figuraccia è un evento altamente improbabile (la minaccia allo scopo non esiste), ma perché accetta un maggiore grado di rischio che la minaccia si realizzi (“potrei fare una figuraccia! Non voglio e mi scoccia, ma pazienza”). Questo gli consente di investire su uno scopo personale rilevante e nel potere del paziente, ovvero coltivare le relazioni sociali e amicali (“fare vita sociale e avere amici è una delle cose che per me dà un senso alla vita”).

Un esempio interessante di accettazione è la mamma di una nostra paziente: a 44 anni le è stato diagnosticato un carcinoma. Quando capisce che le probabilità di sopravvivenza a un anno sono piuttosto basse, si dà un compito: vuole usare il suo tempo per preparare le figlie poco più che adolescenti alla perdita della mamma. Nei successivi 15 mesi passa molto tempo con loro, racconta molte cose di sé e della loro stessa infanzia, parla con loro della sua morte. Ha deciso di dedicare il suo tempo alla cosa che per lei ha più valore, la cura delle figlie; questo non la ha aiutata a evitare di essere triste, ma le ha evitato di investire su cose non in suo potere (ad esempio investire sull'ingiustizia subita).

Per accettazione, infatti, non si intende uno stato di benessere o di assenza di disagio o, tanto meno, di disinteresse al bene perduto o alla minaccia di perdita. Non ci aspettiamo che un fobico sociale vada a una cena dicendosi “chi se ne frega se starò in imbarazzo o farò una figuraccia!” o che una persona come Caterina affronti l'abbandono del marito con serenità!

Lo stato mentale che si vuole favorire è semplicemente quello di chi investe meno o non investe su uno scopo non ottenibile e, invece, si rappresenta e persegue scopi personali rilevanti e ottenibili. Dal fobico sociale ci aspettiamo che vada alla cena con tante persone sconosciute, vale a dire che non eviti, consapevole da un lato del fatto che la possibilità della figuraccia esiste, che non è azzerabile, dall'altro del fatto che è in suo potere non rinunciare a scopi per lui importanti, come per esempio avere una vita di relazione.

Uno dei paradossi della non accettazione, infatti, come noto, è che nel tentativo di evitare una minaccia o compromissione di uno scopo, si rinuncia a scopi altrettanto rilevanti o addirittura sovraordinati. Ad esempio un fobico sociale può rinunciare a occasioni di vita sociale “per evitare figuracce” anche se “evitare figuracce” è strumentale a “essere apprezzato, per poter poi avere una vita sociale”.

Uno degli effetti attesi degli interventi di accettazione, è che il paziente non solo accetti in grado maggiore una compromissione o minaccia specifica, ma che in generale diventi meno vulnerabile ai meccanismi ricorsivi e, dunque, alla sofferenza patologica a fronte di altre compromissioni o minacce (anche su altri scopi). Ad esempio, con un paziente ossessivo non solo ci aspettiamo che accetti maggiormente il rischio di contagiarsi l'Aids, ma anche che accetti in generale di più la minaccia e, nello specifico, la possibilità di rendersi colpevole su altri domini.

Lo stato mentale che si vuole favorire è riassunto nella risposta che diede un nostro paziente ossessivo a un giudice che gli chiedeva “Lei è proprio sicuro?”, in un processo in cui era testimone: “Signor giudice, ho imparato che nella vita di niente si può essere del tutto certi. Io posso solo dirle in buona fede ciò che credo sia vero”.

4. Favorire accettazione: intervento su ostacoli, ovvero fare il contrario del processo di investimento

Favorire l'accettazione significa far passare dallo stato mentale di insistenza alla rinuncia, modificando i fattori che regolano l'investimento: si tratta innanzitutto di indebolire i processi di mantenimento dell'investimento (in particolare con interventi di ricostruzione, normalizzazione

e riduzione dell'attitudine a secondari) e poi di modificare le credenze che sostengono l'investimento e ostacolano l'accettazione (Perdighe e Mancini 2011).

Nell'articolo Mancini e Perdighe su questo numero, abbiamo visto che perché ci sia investimento verso uno scopo, deve esserci nella mente del soggetto: la credenza che lo scopo è raggiungibile; la credenza che lo scopo ha un alto valore (contrapposto alla catastrofizzazione della perdita); la presenza di credenze normative circa i propri diritti o doveri in relazione allo scopo. Abbiamo anche visto che la presenza di problemi secondari e la catastrofizzazione della compromissione rendono difficile andare nella direzione dell'accettazione, facilitando effetti non voluti dell'investimento che ostacolano il cambiamento (meccanismi ricorsivi).

Prima di entrare nel merito degli interventi, è utile una premessa: qui descriveremo solo procedure tipicamente cognitive, ovvero quelle volte a modificare le credenze che sostengono e favoriscono l'investimento verso uno scopo; la rinuncia a condotte orientate verso lo scopo è una conseguenza attesa. Naturalmente esistono una serie di procedure che invece favoriscono l'accettazione aiutando il paziente a stare fattivamente dentro la sofferenza, bloccando le condotte di evitamento o di modificazione delle proprie reazioni; tra queste abbiamo le procedure di derivazione comportamentale di esposizione, nelle sue diverse forme, e molte delle procedure dell'ACT (defusione e accettazione esperienziale in particolare; Hayes 1999, Harris 2011) e della Mindfulness (Kabat-Zinn 2005).

4.1 Normalizzazione

La normalizzazione è uno degli interventi della terapia cognitiva che potremmo definire quasi di "default", nel senso che è uno degli interventi che vengono messi in atto nella fase iniziale di una terapia e che danno immediato sollievo al paziente. Non ci dilungheremo dunque sulla descrizione degli interventi di normalizzazione; qui vogliamo solo mettere in luce in che senso è uno dei processi importanti per favorire l'accettazione.

Come visto uno degli aspetti interessanti del processo di accettazione, infatti, è che per sua stessa natura implica una resistenza: accettiamo ciò che vorremmo non accettare. La paziente che ha perso il giovane marito, si ritrova dopo un anno a criticarsi per il fatto che ancora sta male, non è in grado di occuparsi della sua vita, fa preoccupare i famigliari (quindi vorrebbe accettare) e nello stesso tempo considera troppo ingiusta la perdita e rumina alla ricerca di una soluzione all'ingiustizia subita.

L'accettazione di una perdita quasi inevitabilmente implica una conflittualità interna.

La gran parte dei pazienti arrivano in terapia esprimendo la loro sofferenza con frasi come "non sopporto più di stare in questo modo" o "non mi riconosco più", che sottendono un conflitto tra il disagio prodotto da una compromissione o minaccia a un proprio scopo e uno standard normativo che prevede l'assenza di quel disagio.

Normalizzare significa favorire un atteggiamento di maggiore accoglienza per le proprie reazioni alla compromissione, attraverso il riconoscimento della normalità delle proprie reazioni e della normalità della difficoltà ad accettare. Nel caso di Diana significa per esempio, far notare che "è naturale che stia male dal momento che voleva passare la vita con suo marito e invece si ritrova vedova"; o che "è fisiologico che sia difficile accettare: perché dovrebbe essere facile accettare qualcosa che non si vuole? Lei vorrebbe avere ciò che ha perso, non accettare di non averlo più".

L'effetto della normalizzazione è la riduzione dei tentativi di soluzione alla propria sofferenza e, dunque, in termini di processo di accettazione, una riduzione dei meccanismi ricorsivi, ma

soprattutto è un indebolimento del problema secondario.

Questo è un aspetto enfatizzato da Hayes (1999) nell'ACT: la sofferenza patologica è concettualizzata come un problema di iperfocalizzazione sull'evitamento degli stati interni (l'evitamento esperienziale) e rinuncia all'investimento sui propri autentici scopi.

La normalizzazione può essere favorita aiutando il paziente a:

- riconoscere la inevitabilità o normalità delle proprie reazioni (“È naturale che tua ci stia male! Volevi M. e una famiglia e lui ti ha abbandonata e ti ritrovi sola”; “Conosci qualcuno che non soffrirebbe nella stessa situazione?”);
- riconoscere la normalità della difficoltà ad accettare (“È normale che sia difficile accettare di non poter avere figli! Perché non dovrebbe esserlo?”; “Perché dovrebbe essere facile accettare qualcosa che non si vuole? Tu vorresti giustamente riavere ciò che avevi, o pensavi di avere, non accettare di non averlo più!”);
- accogliere gli stati interni, ovvero aiutare il paziente a riconoscere cittadinanza e legittimità a tutte le proprie reazioni, anche i pensieri e le emozioni dolorose, aiutandolo a vederle come espressione della propria esperienza contingente o della propria storia. Oltre al dialogo socratico (“Perché prendertela tanto con la tua invidia?”; “Invidi le tue amiche felicemente sposate... è solo una tua emozione, non stai lanciando pietre sulle tue amiche”; “Le nostre emozioni sono nostre: perché essere razzisti con alcune?”), è di grande aiuto l'uso di procedure esperienziali di accoglienza delle emozioni (ad esempio con esercizi di mindfulness).

In generale si tratta di favorire un'attitudine all'accoglienza verso le proprie reazioni emotive, cognitive, comportamentali alla compromissione o minaccia. Lo scopo non è solo l'intervento sullo specifico problema secondario (es. “mi vergogno perché sono depresso”), ma più in generale ridurre la vulnerabilità ai problemi secondari; questa è il prodotto di un confronto tra i propri stati e standard di normalità personali. Le proprie reazioni, infatti, possono configgersi non solo con altri scopi personali (ad esempio, essere depresso può compromettere lo scopo di essere una persona forte), ma anche un più generico scopo di “assenza di disagio emotivo”: si valuta normale, in senso etico e statistico, stare in uno stato in cui le emozioni o i pensieri o le sensazioni negative sono un'eccezione e sono concettualizzate come “problema”, che dunque implica una soluzione, come cancellare o prevenire gli stati interni negativi. Se la norma è “star bene”, è molto più facile essere fortemente critici nei confronti dei propri stati interni, soprattutto considerata la “normalità” (frequenza) degli eventi frustranti, piccoli e grandi, con cui quotidianamente ci si confronta.

4.2 Individuare e interrompere i tentativi di soluzione che creano circoli viziosi di autoalimentazione della sofferenza

Abbiamo visto nell'articolo precedente, in quali modi l'investimento nella direzione di uno scopo, anche se compromesso o minacciato, produce degli effetti non voluti che alimentano l'investimento e cristallizzano la situazione, anche laddove l'investimento è costoso e inefficace per il soggetto.

Favorire l'accettazione, dunque, implica aiutare il soggetto a riconoscere i modi in cui l'investimento su uno scopo tende a mantenersi nonostante la compromissione o minaccia ineludibile; la ricostruzione dei meccanismi ricorsivi mette in luce il costo e la dannosità dell'investimento e i vantaggi pragmatici ed esistenziali della rinuncia. È un modo per far sperimentare l'opportunità di ridurre l'investimento, motivando il paziente a interrompere i

meccanismi di mantenimento.

Interventi che vanno in questa direzione sono:

- individuare e ricostruire con il paziente i processi di mantenimento dell'investimento, facendo toccare con mano come l'iperinvestimento allontani invece che avvicinare lo scopo e lo stato di benessere. Nello specifico questo lo facciamo innanzitutto ricostruendo il funzionamento del disturbo e i vari meccanismi di mantenimento: ad esempio con una paziente Borderline, metteremo in luce i cicli interpersonali disfunzionali che attiva e che le confermano il timore di non essere amabile o il modo in cui alcuni processi di pensiero come l'attenzione selettiva tendono a farle vedere la minaccia come costante e incombente.
- Far sperimentare al paziente che l'iperinvestimento, attivando meccanismi ricorsivi, si mantiene anche se costoso e inefficace; ovvero si mettono in evidenza gli svantaggi pragmatici ed esistenziali dell'insistenza: insistere non solo non avvicina allo scopo, ma può compromettere altri scopi importanti per il paziente o minacciarli ulteriormente. Ad esempio con Caterina, la paziente borderline iperfocalizzata sulla minaccia di rifiuto, ricostruire i suoi tentativi di soluzione ha reso evidente il fatto che questi comportamenti finivano per mantenere o aumentare la sua paura, piuttosto che rassicurarla in modo stabile (ad esempio il marito si arrabbiava, confermandole la minaccia e aumentando così il suo bisogno di essere rassicurata). Procedure utili in tal senso sono la valutazione di costi e benefici pragmatici ed esistenziali delle opzioni "accettare" o "investire sullo scopo" (quanto ti aiuta ad evitare di essere rifiutata? Come ti fa stare fare di tutto per prevenire il rifiuto?). Sono utili in tale senso anche procedure di role-playing; ad esempio attraverso la tecnica delle "due sedie" la dialettica interna può essere resa esplicita al fine di evidenziare i costi delle due opzioni "prevenire" o "accettare" una minaccia specifica (come "non essere amata", "essere colpevole", "ammalarmi") e, quindi, rappresentare meglio al paziente i vantaggi dell'accettazione e il costo dell'investimento.
- L'ultimo e più importante intervento è aiutare il paziente a sospendere fattivamente condotte che alimentano l'investimento. Ad esempio Caterina è stata aiutata a non mettere in atto condotte tese a rassicurarsi come chiamare ogni dieci minuti il marito quando lui esce con gli amici o metterlo alla prova sul suo affetto con comportamenti provocatori. Dal punto di vista pratico, il paziente può essere aiutato semplicemente con delle istruzioni comportamentali riguardo la sospensione di alcune condotte (questo è più praticabile quando si tratta di comportamenti *overt* o specifiche condotte interpersonali). Non sempre la prescrizione della sospensione è praticabile, nel senso che non è detto che il paziente sia in grado di bloccare volontariamente alcuni comportamenti o processi cognitivi (ad esempio dialettica interna, focalizzazione dell'attenzione, ragionamento prudenziale). In questo sono di grande aiuto le procedure di esposizione (anche solo per immagini) e le procedure di accettazione e mindfulness, che prevedono, appunto, la sospensione di qualsiasi tentativo di manipolare o allontanare le esperienze interne (pensieri, emozioni, sensazioni, attitudini all'azione). Si rimanda agli articoli di Barcaccia (2011) e di Rainone (2011), su questo numero, per la descrizione di tali procedure; qui vogliamo solo sottolineare che si tratta di procedure utili per "spiegare il come dell'accettazione" al paziente, ovvero che atteggiamento mentale e comportamentale avere per sospendere davvero i tentativi di soluzione. Tornando all'esempio di Caterina, la paziente è stata aiutata a stare in contatto con i pensieri, le emozioni e le spinte all'azione connessi alla minaccia assumendo un atteggiamento di mera osservazione di

queste esperienze. L'effetto è naturalmente di decentramento e, quindi, maggiore facilità nel non fare niente per rassicurarsi; citando la paziente “è più facile non chiamare mio marito o non andare mentalmente alla ricerca di ogni prova di rifiuto, se so che ‘io sento che mi rifiuterà’, piuttosto che se semplicemente ho in testa ‘mi rifiuterà’, credendoci davvero”.

In pratica si tratta di modificare l'idea di convenienza dell'investimento in termini sia pragmatici (mi avvicino allo scopo?) sia esistenziali (mi aiuta a star bene?), valutando invece “bontà” della rinuncia e addestrandosi ad attuarla.

Anche alcune metafore usate nell'ACT (Harris 2011), come “le sabbie mobili” e “il tiro alla fune con il mostro” possono favorire la presa d'atto della dannosità dell'investimento facilitando il blocco di alcuni meccanismi ricorsivi, in quanto favoriscono un atteggiamento mentale di rinuncia alla ricerca di una soluzione (alla compromissione o minaccia): “immaginarci buttato a pelle d'orso sulle sabbie mobili della mia paura di figuracce, mi fa sentire impotente ma anche meno propenso a evitare, come se mi fosse arreso alla Grande Figuraccia”.

4.3 Modificare la previsione di successo

Uno dei fattori che favoriscono l'investimento su uno scopo, e quindi la difficoltà ad accettare, è la previsione di successo, ovvero la convinzione o illusione che sia possibile non accettare, che sia possibile cancellare la perdita o la possibilità che accada. Come gli studi sul pensiero magico evidenziano, è sufficiente non poter escludere con assoluta certezza la possibilità di avere il potere di influenzare il corso di eventi fuori dal proprio controllo, per far sì che si investa in tale direzione. Un ossessivo che fa i rituali magici per prevenire una malattia di un proprio caro, un'amante abbandonata che fa di tutto per recuperare l'amore perduto, una persona in lutto che rumina sul corso degli eventi che hanno portato alla perdita, in un qualche modo credono nel fatto che ci sia la possibilità di prevenire o contenere la portata del danno temuto o subito.

Anche l'osservazione delle persone in lutto evidenzia che un evento già accaduto (o alcune sue connotazioni), può essere soggettivamente vissuto in termini di minaccia, ovvero di evento collocato nel futuro: una delle cose che per esempio Murray Parkes (1980) nota nelle persone in lutto è che spesso nelle prime settimane reagiscono con ansia e agitazione e che questo è seguito da comportamenti di problem solving, cioè tentativi di recupero o di riduzione dell'entità del danno, ruminazioni sul corso degli eventi alla ricerca di un finale alternativo. Questi comportamenti vengono abbandonati quando inizia la presa d'atto della loro sostanziale inutilità; non vengono abbandonati quando in un qualche modo hanno successo, come nel caso ad esempio di una vedova che dice “Sto meglio ora; ho capito che in realtà non lo ho perso del tutto! Lo sento vicino, posso parlarci e dentro di me trovo le sue risposte”.

Quindi, uno degli elementi su cui agire per aiutare un ossessivo a non fare più i rituali o un'amante abbandonata a farsene una ragione, è la credenza che ci sia la possibilità di successo, ovvero che lo scopo di recupero del bene o azzeramento della minaccia, sia ottenibile.

In pratica si tratta di aiutare il paziente a *prendere atto della mancanza di potere (nemo ad impossibilia tenetur)*, ovvero del fatto che non dipende dalla sua volontà e dall'impegno profuso il contenimento del danno (ad es. la salute, laddove sia stata diagnosticata una malattia cronica) o ridurre a zero il rischio che la minaccia si realizzi (infettarsi di una qualche malattia). Più in generale si tratta di aiutare il paziente a distinguere ciò che è in suo potere da ciò che non lo è. Ad esempio Caterina è stata aiutata a vedere che può impegnarsi a far funzionare bene il suo rapporto amoroso (questo è in suo potere); non può determinare che vada bene o azzerare la

possibilità che il marito non la ritenga più amabile un giorno.

Prendiamo il caso di un paziente ossessivo. Uno dei modi che ha per aumentare la consapevolezza dei limiti del proprio potere effettivo in relazione allo scopo minacciato (essere meritevole di biasimo proprio o altrui), è far osservare il fallimento di tutte le strategie di soluzione usate, con argomentazioni come: “da quanto tempo provi a rassicurarti del fatto che non sei omosessuale (e quindi colpevole di ingannare tua moglie e tuoi figli)? Se non ci sei riuscito finora a rassicurarti, ovvero non hanno funzionato tutte le strategie, tante, che hai usato, cosa ti fa pensare che ci riuscirai oggi o domani? E cosa ti fa pensare che, più in generale, ci sia un modo per escludere dal novero delle possibilità remote, il fatto che tu un giorno ti scopra omosessuale?”

Un altro modo per indebolire la credenza di avere la possibilità di raggiungere lo scopo, è osservare il fatto che in generale *ci sono eventi ineludibili*. Nel caso del paziente ossessivo, tutto proteso a prevenire il realizzarsi della minaccia di essere colpevole, è utile far notare che è illusorio e frutto di autoinganno sfuggire per sempre e in modo stabile all'esperienza di colpa o all'evento di colpa, visto che è nella natura delle cose che si possa procurare anche involontariamente una sofferenza ad un'altra persona o sentire di aver infranto una qualche norma etica.

Dal punto di vista pratico, quindi, si tratta innanzitutto di far distinguere al paziente cosa è sotto il suo controllo volontario e cosa non lo è, in relazione allo scopo.

È intuitivo che la credenza di avere un potere è più forte nel caso di minaccia: se l'evento temuto è nel futuro, la credenza di poter ottenere lo scopo è più difficile da abbandonare. Comunque, anche nel caso di una compromissione non è scontato che ci sia una percezione stabile dell'impossibilità di azzerare la compromissione; per esempio le ruminazioni sul passato, sul corso degli eventi che ha prodotto la compromissione, sono, di fatto, un tentativo di soluzione che alimenta l'illusione di poter “far andare le cose in modo diverso” (ovvero l'illusione che cercare una soluzione equivalga a una soluzione).

Nei casi di perdita, l'accettazione è facilitata dalla consapevolezza dell'inutilità dell'investimento, mentre nel caso di minaccia, è più utile evidenziare il costo, visto che nell'immediato la posta in gioco vale più della fatica.

4.4 Ridurre il valore dello scopo: de-catastrofizzazione e ridefinizione in positivo degli scopi

La gravità della compromissione, come intuitivo, si associa a maggiori difficoltà di accettazione: accettare di stare antipatico a tutti quelli che mi conoscono è peggio che accettare di essere antipatico a qualcuno.

Uno dei modi per favorire l'accettazione è, quindi, cercare di rendere “il boccone da ingoiare più piccolo”, sia ridefinendo la gravità della compromissione sia, soprattutto, intervenendo sulle caratteristiche dello scopo che aumentano il rischio che lo scopo sia sovrainvestito.

Alcune caratteristiche interne dello scopo, infatti, rendono più difficile la rinuncia. In particolare sappiamo che l'orientamento alla prevenzione di uno scenario (antiscope), piuttosto che al raggiungimento di uno stato, e la catastrofizzazione, rendono più vulnerabili al sovrainvestimento dello scopo invece che all'accettazione (vedi Mancini e Perdighe, su questo stesso numero). Se lo scenario di compromissione è catastrofizzato, infatti, la rappresentazione della perdita di un bene non ha solo carattere di evento doloroso, ma d'inammissibilità (“Non posso neanche considerare la possibilità di essere bocciato!”, “Non riesco neanche a immaginare cosa accadrebbe che se mia moglie mi tradisse”).

La rappresentazione catastrofica della compromissione, spesso si accompagna a uno scenario configurato come anti-scopo: non solo la compromissione non deve accadere, ma lo scopo diventa la prevenzione della compromissione piuttosto che il raggiungimento dello scopo (“Farò di tutto per non venire mai tradito”; “Non devo assolutamente essere colpevole”).

Un modo per favorire la decatastrofizzazione è individuare con il paziente scopi alternativi di altri domini (ad esempio dedicarsi ai figli per una vedova) o di livello sovraordinato (ad esempio, essere una persona preparata e che si impegna, per uno studente terrorizzato dalla bocciatura). Questo può avere l’effetto sia di ridurre le condotte orientate allo scopo, dal momento che la persona è orientata anche su altri scopi; sia di rendere disponibili alla mente del soggetto dei “dopo”, degli scenari concreti, possibili, a volte positivi, anche in caso di compromissione.

Ad esempio si può far valutare al paziente ossessivo cosa è sotto il suo potere in relazione allo scopo di essere moralmente “a posto”; infatti se è vero che non può prevenire la colpa, può però impegnarsi per comportarsi in modo eticamente corretto, può mettere in atto comportamenti pro-sociali e così via (gli stessi principi si ritrovano nelle procedure ACT denominate Valori e Impegno, come messo in evidenza nell’articolo di Basile su questo numero).

Anche ridefinire un anti-scopo, individuandone il polo positivo, può avere l’effetto di ridurre il valore della posta in gioco e gli automatismi che alimentano l’investimento. Se è vero, infatti, che gli anti-scopi predispongono al sovrainvestimento (per effetto, tra gli altri, della più difficile regola di stop, dell’orientamento dell’attenzione e del ragionamento in senso prudenziale), una rappresentazione chiara e positiva dello stato da ottenere ha l’effetto opposto. Ad esempio, nel passare dallo scopo di non essere tradito, alla rappresentazione “voglio essere amato da mia moglie”, l’effetto atteso è sia la riduzione delle condotte preventive prudenziali e l’aumento delle condotte funzionali allo scopo, sia la diminuzione delle occasioni di minaccia (e, dunque la riduzione delle condotte orientate alla sua prevenzione).

Un’altra strategia tesa alla decatastrofizzazione, forse la più produttiva, consiste nel sostenere il paziente nell’esperienza di attraversare, sperimentare, superare la catastrofe, laddove possibile in vivo, altrimenti con l’immaginazione. L’esposizione in vivo e per immagini, come anche gli esercizi di defusione o accettazione dell’ACT si prestano bene a questo scopo.

Ad esempio, un paziente ossessivo aiutato con esercizi di esposizione a sperimentare le emozioni di colpa, a non fare niente per contenerla e sfuggirne, fa esperienza del fatto che la colpa, anche se dolorosa, non è una catastrofe; è possibile sperimentarla e poi riprendere la propria vita (Cosentino et al. 2012).

Anche l’*Imagery with rescripting* (Arntz e Weertman 1999, Arntz 2011) può essere utile come strumento di decatastrofizzazione. Chiedere al paziente di rivivere una scena in cui ha imparato a vivere come catastrofico un dato scenario, favorendo un atteggiamento di maggiore comprensione e accettazione del sé nello scenario catastrofico, può avere l’effetto di ridurre le connotazioni di drammaticità e inaccettabilità dell’eventuale compromissione dello scopo.

4.5 Modificare gli standard normativi: investo perché ho diritto allo scopo; investo perché è un dovere

Una delle cose che contribuisce pesantemente alla sofferenza degli esseri umani e rende più complicato farsi una ragione di una compromissione o minaccia è la convinzione di avere il diritto a non subire tale danno o la convinzione di avere il dovere di fare di tutto per contenerlo o evitarlo e, dunque, vivere con rabbia o colpa la compromissione.

È, anche intuitivamente, più difficile accettare di non avere un compagno o di essere rifiutato

o di non avere successo professionale se la compromissione di questi scopi implica anche “non accedere a un bene che tutti hanno”. Se la possibilità di essere rifiutata è in sé fonte di disagio per Caterina ed è naturale che investa sulla sua prevenzione, lo sforzo profuso nell'investimento sarà maggiore (e quindi l'accettazione più difficile) se ritiene che sia suo “il diritto a non essere rifiutata”.

Una paziente così descrive il suo stato: “La cosa più difficile da digerire è l'idea di essere sbagliata io: se tutti quelli che conosco si sposano, hanno i figli, magari divorziano ma in ogni caso prima hanno costruito qualcosa, significa che sono fatta male io; è inaccettabile che nessuno mi consideri degna di un progetto comune”. In Bianca si osserva che l'accettazione è complicata dalla credenza che esista una norma che sancisce per le persone “normali” il diritto a quel bene e che non averlo equivale o a un torto (diritto leso) o all'essere fuori dal gruppo di “normali”; infatti, Bianca oscilla tra rabbia, colpa e depressione autosvalutativa. Se considera il “non rifiuto” un diritto, la rinuncia può avvenire con *diminutio*: “non ho il bene, perché non appartengo al gruppo di persone che hanno tale diritto”. La perdita del compagno, dunque, è più difficile da accettare se implica non solo la compromissione di uno scopo, ma anche la perdita di senso di valore personale, se “per digerire la perdita” assume che “non è tra i suoi diritti avere un compagno”.

Simmetricamente, è tanto più difficile disinvestire da uno scopo, se l'investimento in tale direzione rientra tra i doveri (da cui consegue un giudizio morale negativo e colpa in caso di rinuncia). Santo, un paziente tutto teso alla prevenzione della minaccia di umiliazione e svilimento, non solo si rappresenta come catastrofica questa eventualità futura, ma ritiene anche di avere il dovere verso se stesso di fare di tutto per evitarlo: “Mi sento in colpa: mi comporto come uno stupido. Io so che valgo, che sono migliore di tanti, e non è giusto verso me stesso che io non mi faccia valere”. Quando sente la minaccia più vicina, sperimenta colpa verso se stesso.

L'ACT, come efficacemente espresso nel titolo del libro di Harris “La trappola della felicità”, insiste molto sul fatto che gran parte della sofferenza è il frutto dello sforzo di eliminare ogni forma di disagio o massimizzare lo stato di benessere. Credere, anche implicitamente, che l'assenza di disagio o la felicità siano un diritto o dovere, implica la ricerca di una soluzione a ogni forma di disagio emotivo.

Come modificare la percezione che una certa rappresentazione (e dunque l'investimento nella sua direzione) sia un diritto o un dovere? Come favorire la rinuncia a ciò che si crede un proprio diritto o dovere?

Partiamo dalla premessa che si abbandona una credenza circa i propri diritti o doveri, quindi una norma, essenzialmente attraverso due vie: si modifica la credenza che la norma esista oppure si modifica la credenza di appartenere al gruppo a cui la norma si applica (Conte e Castelfranchi 2006).

Interventi sugli standard normativi sono dunque tutti quelli che vanno nella direzione della messa in discussione della norma (normalità etica e statistica dell'evento, cioè la norma non esiste, ad esempio “nessuno può essere totalmente certo di aver fatto tutto assolutamente bene”) o della sua non applicabilità al soggetto (la persona assume di non appartenere al gruppo cui la norma si applica; ad esempio “io non ho un compagno perché evidentemente non lo merito, sono fatta male”).

Un esempio di intervento teso a modificare gli standard normativi di riferimento è far notare o sperimentare *la comunanza di destino* con le persone del gruppo di riferimento o più in generale con gli esseri umani. Favorire il confronto con persone nella medesima condizione esistenziale o con lo stesso disturbo, ha l'effetto di aumentare la consapevolezza che “a tutti può capitare” o che “anche alle brave persone può accadere”, ovvero favorire l'abbandono della credenza di avere

il diritto o dovere di non stare nella situazione attuale. Il confronto con persone con un destino simile, ha non solo il vantaggio di far “scoprire” che la norma non esiste (e per l’euristica della rappresentabilità anche pochi esempi possono cambiare la percezione di “norma” statistica), senza costringere il terapeuta a ingaggiare con il paziente “discussioni filosofiche”, ma anche di ridurre il rischio che la rinuncia alla norma avvenga con *diminutio*. Se il confronto avviene con persone ritenute di valore e degne, infatti, il paziente può far esperienza del fatto che la compromissione dello scopo non implica appartenere a un gruppo con minori diritti degli altri.

Ad esempio, suggerire a un paziente con una malattia organica di confrontarsi con altri pazienti (come conversare con altri in sala d’aspetto all’ospedale, parlare con qualche conoscente che ha vissuto la stessa esperienza, partecipare ad un gruppo di auto-aiuto, leggere testimonianze di altri pazienti o iscriversi a un forum), aiuta il paziente a “scoprire” non solo che tanti altri vivono una condizione simile, ma anche che tra queste ci sono persone “stimabili”, piuttosto che essere un sottogruppo di “sfortunati” o persone di minore valore. Naturalmente il confronto può anche produrre, riguardo al senso di *diminutio*, esattamente l’effetto contrario (che è una delle possibili controindicazioni a una terapia di gruppo o gruppi di auto aiuto). Una paziente affetta da Hiv che aveva chiesto di partecipare a un gruppo per pazienti sieropositivi, dopo pochi incontri confidò alla terapeuta del gruppo di sentirsi molto peggio: vedersi accomunata nel destino a persone con esperienze molto diverse dalla sua (persone con storia di tossicodipendenza o con abitudini sessuali promiscue) le faceva vivere la malattia come un segnale di svilimento; nelle sue parole “ora mi sento di avere la malattia degli sbandati”.

Un altro modo per favorire l’abbandono delle credenze di diritto o dovere, è far notare *la mancanza di una norma*, ad esempio attraverso la valutazione delle prove dell’esistenza della norma: il paziente quante persone conosce che hanno visto compromesso lo stesso scopo? Come o chi ha convinto il paziente del diritto allo scopo? In questo le argomentazioni dei filosofi stoici sono di grande aiuto, e anche la discussione RET delle doverizzazioni e norme assolutizzate (“Chi l’ha detto che devi essere felice sempre? Perché devi piacere a tutti? Dov’è scritto che devi essere un grande intellettuale?”) (De Silvestri 1999). L’esistenza della norma può essere messa in dubbio anche con procedure come il doppio standard, in particolare utili a evidenziare la soggettività e arbitrarietà della credenza di avere un diritto o dovere.

Ad esempio, una nostra paziente dopo 4 anni dalla morte del papà, dice di non essersene fatta per niente una ragione e lamenta di starci male come all’inizio. Immediatamente in terapia è emerso un forte senso di colpa del sopravvissuto, duplice: sente di non avere il diritto di star bene visto l’ingiusto destino del padre e non si sente autorizzata a star bene fino a quando non vedrà la mamma stare un po’ meglio. Rendere esplicito il fatto che la difficoltà ad accettare era dovuta al senso di colpa del sopravvissuto, oltre a normalizzare la sua sofferenza e ridurre i secondari di autocritica, la ha aiutata immediatamente a rendersi conto dell’arbitrarietà della norma: “In effetti, non concedermi di stare meglio, di andare avanti, è come fare un altro torto a papà, che invece sicuramente vorrebbe vedermi più serena. E, in ogni caso, non si capisce perché devo pretendere che mamma stia meglio, prima di poter accettare io la morte di papà; piuttosto dovrei essere io a farmi forza e forse questo aiuterebbe anche lei”.

Anche far notare che la compromissione è “l’effetto indesiderato” dell’investimento, non un diritto o dovere, può indebolire gli standard normativi. Con Caterina abbiamo lavorato sulla presa d’atto che stare in relazione con una persona implica in sé la possibilità di abbandono, rifiuto, perdita della persona, ovvero che il rischio di compromissione è nella natura dello scopo, non qualcosa che è nei propri diritti o doveri evitare.

Abbiamo visto sopra che una seconda via per favorire l’abbandono di una norma è la messa

in discussione della sua applicabilità al soggetto; abbiamo anche visto che questa via implica il rischio di una rinuncia con *diminutio* (appartengo a un gruppo di persone con meno diritti). Posta l'importanza di evitare il rischio che il paziente si senta svilito, in realtà la non applicabilità della norma può essere assunta anche perché ci si colloca in un gruppo con minori doveri o più diritti (diverso, infatti, può essere inteso sia in senso diminutivo che in senso di maggiore valore) o perché si capisce di non appartenere ad un sottogruppo con maggiori diritti o doveri. Ad esempio con Santo, il paziente che si sente in colpa verso se stesso perché non è abbastanza capace di farsi valere "mettendo a frutto di suoi talenti", che dunque crede di avere il dovere di farsi valere, è stato utile aumentare il senso di appartenenza al gruppo degli "altri normali" ("Se sono come gli altri, cioè non ho più talenti degli altri, non ho neanche i connessi diritti e doveri di darmi un destino migliore"), attraverso interventi tesi proprio a far notare le somiglianze e a sminuire le differenze, come avergli fatto notare negli altri le stesse "specialità" ("quanti conosci che hanno preso come te un voto così alto alla maturità?", "Ci sono tanti come te, non pochi"); o ancora avergli fatto notare che i talenti somigliano a una condanna o a un disvalore, più che una specialità se implicano tanti doveri, e così via.

Una terza possibilità per indebolire una norma, meno "dolorosa" perché non implica una rinuncia, è quella in cui *il soggetto non abbandona la norma ma la sotto-ordina a un'altra norma sovraordinata*, che può anche essere sconosciuta al soggetto. Ad esempio una persona che si affida alla fede dopo un evento avverso, può continuare a credere che una norma che fissa diritti e doveri esista, ma che sia diversa da quella a lui conosciuta. Un nostro paziente descrive molto bene lo stato mentale di chi riesce ad affidarsi a una norma sovraordinata: "Deprimermi tanto dopo il concorso andato male, è stato davvero molto brutto; ora mi sembra assurdo ma spesso ho pensato addirittura di farla finita; io avevo sempre pensato: se uno si impegna, viene ripagato. Per me i disoccupati erano solo persone che non s'impegnano. Mi sentivo imbrogliato dal destino, arrabbiatissimo, pensavo continuamente al fatto che il mondo, Dio, il destino erano stati proprio ingiusti e che era inutile impegnarsi in qualcosa. Ora che sto meglio, mi rendo conto che forse il destino che mi è toccato non è così ingiusto: in fondo mi ha aiutato a diventare una persona più tollerante con gli altri, meno sprezzante verso chi è in difficoltà". Tra le cose che hanno aiutato questo paziente a recuperare il senso di giustizia, e quindi ad accettare di più la perdita, sono stati interventi tesi da un lato a prendere atto del fatto che gli eventi non sempre seguono il "giusto corso", cioè che si può essere vittime immeritatamente di un'ingiustizia, dall'altro a valutare l'esistenza di altre norme oltre a quelle considerate ("Non è giusto perdere il lavoro, ma è giusto scoprire che l'ingiustizia è di questo mondo"; "È giusto diventare persone migliori").

In altri termini si tratta di favorire lo stato mentale di chi crede che la norma c'è, è giusta e condivisibile, ma crede anche che sia nell'ordine naturale delle cose che talvolta venga disattesa e che non si possa fare altro che non sottomettersi a tale ordine, inscindibile dalla nostra stessa natura: "I genitori non dovrebbero mai sopravvivere ai propri figli, ma è un fatto della vita che questo talvolta accada", "Gli adulti non dovrebbero mai violare sessualmente i bambini ma talvolta accade anche questo".

L'eccezione ingiusta diventa più tollerabile nel momento in cui è vista come parte di un ordine superiore ineludibile. Questo non significa aderire necessariamente a un credo religioso o sforzarsi di vedere nell'ingiustizia il segno divino di un piano superiore buono e giusto (sebbene, senz'altro l'idea di un piano superiore o di una ricompensa ultraterrena siano alcuni dei modi per accettare l'ingiustizia), ma semplicemente prendere atto che la natura contempla necessariamente eccezioni ingiuste e che da questo non si può prescindere.

5. Aspetti relazionali negli interventi di accettazione

Gli interventi di accettazione presentano alcuni aspetti critici per la relazione terapeutica.

Come già sottolineato, accettare significa fare qualcosa che, in vero, non si vorrebbe: il paziente fobico sociale, vuole *non* fare la figuraccia, non accettare di poterla fare e questo si aspetta dal terapeuta. Un paziente ossessivo, vuole assicurarsi sul fatto che *non* è omosessuale, non accettare la possibilità di esserlo. Una paziente con un problema di fertilità vuole avere un figlio, non accettare di percorrere strade alternative a quelle di una gravidanza “fisiologica”.

Come messo in luce da Lara, la paziente con emiparesi che non vuole essere aiutata ad accettare le sue disabilità ma vuole ridurle, un primo problema che può presentarsi è la *differenza di scopi*; usando le parole di Lara possiamo dire che la psicoterapeuta vuole farle accettare l’invalidità, mentre lei vuole essere aiutata a essere o sentirsi meno disabile.

Un aspetto importante per la relazione è l’attenzione al *timing* degli interventi; ad esempio è bene evitare interventi di riduzione del valore di uno scopo, in un momento iniziale in cui il paziente ancora crede eludibile la compromissione. Credo che sia intuitivo immaginare l’effetto di una frase come “a tutti capita prima o poi di ammalarsi!” detta ad una persona a cui è appena stata diagnosticata la sclerosi multipla.

Oltre al *timing*, però, per prevenire crisi dell’alleanza terapeutica o effetti iatrogeni degli interventi, crediamo sia utile tener presente alcune banali, ma forse non scontate, considerazioni.

L’accettazione non è qualcosa che si prescrive; non solo è inutile ma può essere dannoso per la relazione e per il paziente, dire cose come “Devi accettare la possibilità di essere colpevole” o “E’ importante che tu accetti che non potrai mai avere la certezza di non essere colpevole”. Infatti, non è nel potere del paziente “decidere di accettare”; prescrivere l’accettazione significa da un lato esporsi alla legittima obiezione “Sì, lei ha ragione, ma come faccio?”, dall’altra rischiare di far sentire il paziente sbagliato perché non ci riesce (creandogli o peggiorando un problema secondario). Inoltre si rischia che il paziente si senta poco compreso dal terapeuta (“lei non ci è passato! Non può capire!”).

L’accettazione non è uno stato stabile da raggiungere, ma uno stato verso cui tendere e da facilitare con interventi tesi a “rimuovere gli ostacoli”: il paziente può collaborare su questi interventi (per esempio smettere di evitare ed esporsi al rischio), ma non è in suo potere decidere di darsi lo stato mentale accettante. Tener presente questo, cioè che l’unica cosa che possiamo chiedere è di mettere in atto condotte che favoriscono l’accettazione (non il risultato), ci aiuta a prevenire nel paziente secondari del tipo “non voglio accettare” o “mi viene il dubbio che io in realtà voglia soffrire” e, soprattutto, creare difficoltà nella relazione terapeutica.

In generale, è conveniente non parlare esplicitamente di accettazione, ma *occuparsi solo di ciò che la ostacola*, dei fattori che favoriscono l’investimento verso lo scopo, ovvero aiutare il paziente a criticarsi meno e a mettere meno in atto condotte controproducenti che ostacolano l’accettazione

6. Conclusioni

In questo articolo abbiamo voluto mettere in luce l’importanza dell’accettazione come strategia di cambiamento e dare una panoramica dei fattori sui quali è possibile agire per favorire l’accettazione.

In conclusione, enfatizzando il ruolo dell’accettazione non vogliamo in alcun modo suggerire l’abbandono di interventi di provata efficacia, come tanti interventi della terapia cognitiva

standard che vanno nella direzione della rassicurazione. Del resto abbiamo più volte sottolineato come le procedure di cambiamento che favoriscono l'accettazione sono in continuità, piuttosto che in contrapposizione, con molti degli interventi della terapia standard, in particolare della RET.

Il punto è, semmai, avere chiaro quando l'accettazione offre vantaggi terapeutici maggiori rispetto alla rassicurazione, tenendo presente che: gran parte dei problemi clinici sono configurabili in termini di minaccia, più che di danni subiti; accettare gradi maggiori di rischio di compromissione, equivale a ridurre il rischio di sovrainvestimento di uno scopo e, dunque, la vulnerabilità ad automatismi e circoli viziosi che alimentano l'investimento verso uno scopo anche quando sarebbe possibile e opportuna la rinuncia.

*Ringraziamo il collega Angelo M. Saliani
per i suoi preziosi suggerimenti*

Bibliografia

- Arntz A, Weertman A (1999). Treatment of childhood memories: Theory and practice. *Behaviour Research and Therapy*. 37, 715-740.
- Arntz A (2011). Imagery Rescripting for Personality Disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*. 18, 466-481.
- Barcaccia B (2007). *Aderire all'evento: attualità della proposta stoica di Seneca*, tesi di Laurea in Filosofia, Università Roma Tre.
- Barcaccia B (2012). Il processo di defusione nella terapia dell'Accettazione e dell'Impegno (ACT). *Cognitivismo Clinico* (in questo numero).
- Basile B (2011). Valori e Azione Impegnata nell'ACT. *Cognitivismo Clinico* (in questo numero).
- Beck AT (1976). *Cognitive Therapy and Emotional Disorders*. New York, International University Press. Tr. it. *Principi di terapia cognitiva*. Astrolabio, Roma 1988.
- Conte R, Castelfranchi C (2006). The Mental Path of Norms. *Ratio Juris* 19, 4, 501-517.
- Cosentino T, D'Olimpio F, Perdighe C, Romano C, Saliani AM, Mancini F (2011). Acceptance of being guilty in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Psicoterapia cognitiva e comportamentale* 3, 18, 39-43 (monograph supplement).
- De Silvestri C (1982). Il problema secondario. In Chiari G e Nuzzo ML (a cura di) *Le prospettive cognitive e comportamentale in psicoterapia*. Bulloni, Roma.
- De Silvestri C (1999). *Il mestiere dello psicoterapeuta*. Astrolabio, Roma.
- Ellis A (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Lyle Stewart, New York. Tr. it. *Ragione ed emozione in psicoterapia*, Astrolabio, Roma 1989.
- Harris R (2009). *ACT made Simple: An Easy-To-Read Primer on Acceptance and Commitment Therapy*. New Harbinger, Oakland. Tr. it. *Fare ACT*. Franco Angeli, Milano 2011.
- Harris R (2008). *The Happiness Trap*. Trumpeter, Boston. Tr. it. *La trappola della felicità*. Ed. Erikson, Trento 2010.
- Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG (1999). *Acceptance and Commitment Therapy*. Guilford Press.
- Kabat-Zinn J (2005). *Vivere momento per momento*. Corbaccio, Roma.
- Mancini M, Gragnani A (2005). L'esposizione con prevenzione della risposta come pratica della accettazione. *Cognitivismo Clinico* 2, 1, 38-58.
- Mancini F, Semerari A (1990). Emozioni e sistemi cognitivi: le teorie cognitive della sofferenza emotiva. In

- Mancini F, Semerari A (a cura di) *Le teorie cognitive dei disturbi emotivi*. La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Parkes CM (1972). *Bereavement: Studies of Grief in Adult Life*; publ. Pelican, London and Routledge, London & New York. Tr. it. *Il lutto. Studi sul cordoglio negli adulti*. Feltrinelli, Milano 1980
- Perdighe C, Mancini F (2010). Il lutto: dai miti agli interventi di facilitazione dell'accettazione. *Psicobiiettivo* 3, 127-147.
- Rainone A (2011). La Mindfulness Il non fare, l'accettare e il fare consapevole. *Cognitivismo Clinico* (in questo numero).
- van Oppen P, Arntz A (1994). Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy* 32, 79-87.