

Il ragionamento nel Disturbo Ossessivo-Compulsivo

Francesco Mancini¹ e Amelia Gangemi^{1,2}

Abstract

In questo articolo riassumiamo alcuni risultati di un filone di ricerca realizzato nell'ambito della Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC) – Associazione di Psicologia Cognitiva (APC), dedicato principalmente alla spiegazione del disturbo ossessivo compulsivo, vale a dire alla identificazione degli scopi e delle rappresentazioni che regolano la attività ossessivo-compulsiva e in particolare il ragionamento ossessivo. I risultati di queste ricerche si sono rivelati interessanti, però, anche per la spiegazione di alcuni altri problemi della psicologia clinica e della psicologia generale, quali ad esempio la natura del senso di colpa, l'influenza degli stati emotivi ed intenzionali sui processi cognitivi, in particolare dell'influenza della colpa sul ragionamento e sulle decisioni e del contributo di tale influenza al mantenimento della patologia, cioè alla spiegazione del paradosso nevrotico, e infine, i rapporti tra razionalità e patologia.

Parole chiave

Disturbo ossessivo-compulsivo, ragionamento, scopi, emozioni, colpa

¹ Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC) – Associazione di Psicologia Cognitiva (APC), Roma, ² Dipartimento di Scienze Cognitive, Università di Messina

Referente: Francesco Mancini

Corrispondenza: Francesco Mancini - Studio di Psicoterapia Cognitiva APC-SPC
Viale Castro Pretorio 116, II Piano int. 5, 000185 - Roma

E-mail: mancini@apc.it

Tel.: 06.44704193

Introduzione

Il Disturbo Ossessivo Compulsivo (DOC) ha un interesse speciale per gli psicologi cognitivisti e gli psicoterapeuti per diverse ragioni. La prima questione sollevata da ossessioni e compulsioni è la loro stessa natura: si tratta dell'espressione di un danno neurale, della conseguenza di un deficit cognitivo, della risultante di condizionamenti classici e operanti o, piuttosto, di un'attività finalizzata al raggiungimento di scopi e alla soluzione di problemi? Il cognitivismo clinico attualmente propende per questa seconda possibilità che, a sua volta, solleva un altro problema fondamentale, e cioè la definizione dei determinanti cognitivi dell'attività ossessiva: quali scopi e quali rappresentazioni la regolano? Come vedremo nel paragrafo che segue, per rispondere a questa domanda abbiamo preso in esame un tipico caso di DOC.

Il ragionamento tipo *Maria*

Come è noto, la ruminazione ossessiva consiste in una particolare forma di ragionamento che è esemplificata dal complesso processo mentale che ha portato ad esempio una paziente ossessiva, Maria, a evitare sistematicamente di toccare i giornali per paura di trovarvi la foto di un malato di AIDS. Maria temeva, infatti, di contrarre l'AIDS, attraverso il contatto con la foto di un malato.

Il primo problema che ci siamo posti è stato identificare e descrivere i passi del ragionamento che avevano portato Maria a svelare, una a una, tutte le possibili vie di contagio che congiungevano il tocco della foto con il contagio. Abbiamo in particolare provato a fornire una sorta di ricetta di questo ragionamento, identificandone i passi essenziali e caratteristici. La ricostruzione del ragionamento di Maria, vale a dire della ricetta del suo ragionamento, è stata fatta in collaborazione con Johnson-Laird e appare in una serie di più ampi contributi (Johnson-

Laird, Mancini, & Gangemi, 2006; Mancini, Gangemi, & Johnson-Laird, 2007). Il tutto era iniziato un giorno, di diversi anni prima, in cui Maria aveva acquistato un rotocalco e, sfogliandolo, aveva trovato la fotografia di un famoso attore americano, Rock Hudson, già morente di AIDS:

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

No, ma che sto pensando! È assurdo!

Però come posso esserne così sicura?!

Il fotografo è stato vicino a Rock Hudson, infatti la foto è un primo piano.

Si ma l'AIDS mica si contagia 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 della intimità in una stanza d'ospedale e con un malato grave, ma non c'ero lì e come posso escluderlo dunque?

Il fotografo, essendo certamente un professionista, ha sviluppato il rullino e stampato le foto per conto proprio e potrebbe averli contaminati, infatti potrebbe non essersi lavato le mani dopo un rapporto sessuale o avere un taglio sulle mani da cui è uscito del sangue che, appunto, ha contaminato le foto e i negativi. Ma anche se avesse contaminato i negativi e le foto, i virus poi muoiono! Già, ma alcuni potrebbero essere sopravvissuti, in fondo è una questione statistica, non posso essere certa che tutti, proprio tutti, siano morti dunque non posso escludere che alcuni siano sopravvissuti. I negativi e le foto potrebbero essere stati contaminati ed essere rimasti con virus vitali sopra quando sono stati presi in consegna da un tipografo il quale si può essere contaminato a sua volta. Anche in questo caso mi sembra assurdo ma in effetti non posso mica essere sicura che tutti i virus siano morti o che il fotografo in qualche modo non si sia contagiato. Quindi il tipografo potrebbe essersi contaminato o contagiato a sua volta. Se così fosse allora non si potrebbe escludere che possa aver contaminato la rotativa e perciò anche le copie del giornale, fra le quali la copia che ora ho in mano. Toccandola posso essermi contaminata io

stessa e avere dei virus sulle mie mani o addirittura potrei essermi contagiata. Del resto chi mi dice con certezza che non è così? Riconosco che è improbabile anche implausibile, forse proprio assurdo, ma è proprio del tutto impossibile?”

A partire da questo resoconto abbiamo identificato e descritto i passi del ragionamento di Maria, dandone una sorta di ricetta. Maria dopo aver valutato il tocco del giornale, con la foto, contaminante, in modo del tutto intuitivo e impressivo (*“Oddio, toccare questa foto mi fa impressione, come se stessi toccando davvero il malato ...”*) attiva una sensazione emotiva di disgusto e paura che le suggerisce l'ipotesi di un contagio e dà il via al ragionamento, che prevede i seguenti passaggi:

1. la focalizzazione dell'ipotesi di pericolo, nonostante, spesso, sia implausibile per lo stesso paziente, almeno inizialmente. *“... e se mi fossi contagiata?”*. A essa segue,
2. un commento critico alla ipotesi di contagio: *“No, ma che sto pensando! È assurdo!”*.
3. Una valutazione in termini di insufficienza della forza critica del commento rassicurante, per il ricorso a standard molto elevati: *“Però come posso esserne così sicura?!”*.

Per escludere ogni possibilità di pericolo e dunque di contagio, Maria cerca di immaginare nuove possibilità di pericolo al fine di escluderle una a una. Il ragionamento riparte quindi dal primo passaggio con:

- 1bis. La focalizzazione di una nuova possibilità di pericolo: *“Il fotografo è stato vicino a RH, infatti la foto è un primo piano”*, e continua con gli step successivi:
- 2bis. La ricerca della falsificazione dell'ipotesi di pericolo: *“Sì ma l'AIDS mica si contagia con la vicinanza, ci deve essere un contatto intimo”*.
- 3bis. La valutazione in termini di insufficienza della forza critica del commento rassicurante: *“Già, ma io che ne so che non c'è stato un contatto intimo?”*.

Il ragionamento prosegue tornando ricorsivamente sugli stessi passaggi:

1tris. Si focalizza una nuova possibilità di pericolo: *“Il fotografo stesso poteva essere omosessuale”*

2tris. Se ne cerca di nuovo la falsificazione: *“In effetti sembra improbabile che ci sia stata della intimità in una stanza d’ospedale e con un malato grave”*.

3tris. Si valuta insufficiente la forza critica del commento rassicurante: *“ma non c’ero lì e come posso escluderlo dunque?”*

E così via ...

Sembra che la paziente cerchi di immaginare ogni possibilità di contagio e poi cerchi di falsificarle una per una, tutte, ma è disposta a rigettare l’ipotesi di pericolo solo a condizione che ne sia certa la impossibilità. In breve, sembra 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 la paziente finisce col vedere un numero sempre più alto di possibilità di pericolo e dunque le è sempre più difficile abbandonarla e sempre più naturale darle credito.

Il ragionamento tipo *Maria* è caratteristico del disturbo ossessivo-compulsivo

Successivamente ci siamo chiesti se effettivamente i passi da noi identificati, studiando il ragionamento di Maria, possano generare ragionamenti tipici degli ossessivi. In una ricerca, presentata nello stesso lavoro sopra citato (Johnson-Laird, Mancini, & Gangemi, 2006), abbiamo dimostrato che effettivamente il ragionamento di Maria è caratteristico degli ossessivi nel senso che è una condizione sufficiente affinché i clinici pongano diagnosi di disturbo ossessivo compulsivo. In particolare, abbiamo dimostrato che, seguendo la ricetta, si producono ragionamenti che gli psichiatri, con grande facilità, riconoscono come

tipici del DOC e ciò indipendentemente dal contenuto. Ragionamenti formalmente simili a quello tipo *Maria* ma con ipotesi di pericolo tipicamente ipocondriache, paranoiche, tipo disturbo d'ansia generalizzato (GAD) o fobie specifiche sono diagnosticati come DOC (83% dei trials). Al contrario, non vengono diagnosticati come DOC, ma come altri disturbi d'ansia (97% dei trials), di solito GAD, ragionamenti esclusivamente confirmatori (tipo *Better Safe than Sorry*) (vedi: Smeets, de Jong, & Mayer, 2000; De Jong, Haenen, Schmidt, & Mayer, 1998; Mancini & Gangemi, 2004a; Mancini & Gangemi, 2006), cioè orientati solo verso la ricerca di esempi capaci di confermare l'ipotesi di pericolo, laddove il pericolo paventato è tipicamente ossessivo. È interessante notare che gli psichiatri che hanno partecipato alla ricerca non avevano alcuna conoscenza del modello cognitivista del DOC. Gli psichiatri non sono stati inoltre in grado di esplicitare ciò che ai loro occhi rendeva diversi i ragionamenti ossessivi dagli altri.

Vediamo due esempi. Il primo ha un contenuto non ossessivo, ma paranoico. Il secondo ha invece un contenuto tipicamente ossessivo. Per entrambi i contenuti si hanno due versioni, in una il ragionamento è costruito seguendo la ricetta del ragionamento tipo *Maria*, e, nell'altra, seguendo invece i passi tipici di un ragionamento esclusivamente confirmatorio tipo *Better Safe than Sorry*.

Contenuto non ossessivo paranoico, ragionamento *confirmatorio*

“Appena sono entrato in aula ho visto gli studenti che parlottavano fra loro, tra i loro bisbigli quasi impercettibili ho sentito la parola finocchio. Hai visto come ridacchiavano ieri alla lezione e in corridoio mentre passavo! Uno di loro poi l'altro giorno, era seduto in prima fila proprio davanti a me, stavo per iniziare la lezione, e lui si è rivolto al compagno accanto parlando con voce effeminata. Si sa che gli studenti sono crudeli verso gli insegnanti e amano divertirsi alle loro spalle, mi ricordo che quando ero al liceo c'era un professore, probabilmente omosessuale, e i miei compagni ed io stesso ci siamo divertiti per anni alle sue spalle, lo

sfottevamo e mi ricordo come lo deridevano i miei compagni appena lui girava le spalle.

Certo che mi sfottono!"

Contenuto non ossessivo paranoico, ragionamento tipo Maria

"E se i miei studenti mi sfottono? Certo non ho prove però magari mi sfottono dietro le spalle senza che io me ne accorga. Ma che ragione dovrebbero avere di perdere il loro tempo con me? Sì ma succede che gli studenti siano crudeli verso gli insegnanti e amino divertirsi alle loro spalle, mi ricordo che quando ero al liceo c'era un professore, probabilmente omosessuale, e i miei compagni e io stesso ci siamo divertiti per anni alle sue spalle, lo sfottevamo e mi ricordo come lo deridevano i miei compagni appena lui girava le spalle. Sì ma me ne sarei accorto! In effetti però l'altra settimana ne ho visto un gruppetto che ridacchiava fra loro mentre stavo entrando in aula. Ma potevano ridacchiare per tante altre ragioni, magari per una barzelletta. Ma mica posso esserne sicuro, in effetti che ragioni ho per escludere questa possibilità, può essere che non mi stessero sfottendo quella volta ma possono averlo fatto senza che io me ne accorgessi, quando ero distratto e sovrappensiero o forse adesso semplicemente non ricordo bene".

Contenuto ossessivo, ragionamento confirmatorio

"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 gli 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 diceva che in questo periodo, non ho capito per quale ragione tecnica, la società del gas manda un gas che è particolarmente infiammabile e privo di odore, così è anche possibile che i vicini non si accorgono di una eventuale perdita. Ma sì, dai, è meglio tornare a controllare tanto sono in anticipo e poi approfitto e prendo pure l'ombrello che sta cominciando a piovere".

Contenuto ossessivo, ragionamento tipo *Maria*

“Sono appena uscito di casa e mi viene in mente che potrei aver lasciato il gas aperto. Mi ricordo di averlo chiuso e di averlo controllato ma non ne sono del tutto sicuro, e se mi stessi confondendo con il controllo che ho fatto l’altro giorno? Il gas potrebbe uscire! Lo so che esistono le valvole di sicurezza ma non sono mica sicure al 100% e poi basta una piccola scintilla per far scoppiare tutto. Si è vero che penso di rientrare fra 20 minuti ma potrebbero essere sufficienti per uno scoppio. E se scoppia la mia casa potrebbe essere distrutto anche l’intero palazzo e anche quelli intorno, potrebbero morire decine di persone. Certo le catastrofi sono rare ma questa è possibile. Meglio tornare a controllare, anche se arriverò in ritardo a questo appuntamento e quasi certamente perderò un’occasione di lavoro d’oro, ma non posso mica correre il rischio di aver fatto scoppiare il gas!”.

Scopi e credenze alla base dell’attività ossessivo-compulsiva

Con un secondo gruppo di ricerche abbiamo poi cercato di rispondere alla domanda: perché gli ossessivi ragionano in questo modo? Più precisamente ci siamo posti la questione: quali scopi e quali credenze debbono essere attive affinché si abbia un ragionamento come quello tipo *Maria*?

Prima di rispondere a questa domanda occorre però fare una premessa. Una vasta letteratura dimostra che il ragionamento è in generale uno strumento al servizio degli scopi e dei bisogni dell’individuo e non dell’accuratezza o della verità (si veda Friederich, 1993; Trope & Liberman, 1996), come vorrebbero invece le teorie normative del ragionamento, quali la logica mentale o la teoria della massima utilità attesa.

A prima vista si potrebbe ipotizzare che *Maria* ragiona in questo modo, perché teme il contagio dell’AIDS e che quindi il ragionamento tipo *Maria* sia finalizzato a prevenire, neutralizzare e contrastare la

minaccia. In effetti, l'ipotesi di pericolo è focalizzata, ma, in questo caso, dovremmo avere un ragionamento prudentiale, confermatario del tipo *Better Safe than Sorry* (cfr. Smeets, de Jong, & Mayer, 2000; de Jong, Haenen, Schmidt, & Mayer, 1998; Mancini & Gangemi, 2004a; Mancini & Gangemi, 2006) e dunque la ricerca di conferme dell'ipotesi di pericolo e, semmai, della falsificazione della ipotesi di sicurezza, ma non certo il tentativo di falsificazione della ipotesi di pericolo. Quale prudenza, infatti, potrebbe nascondersi dietro il tentativo di rigettare l'ipotesi di pericolo? Chi, per una qualsiasi ragione teme una minaccia non si espone al rischio di rigettare erroneamente una ipotesi di pericolo. L'anticipazione di un pericolo, se c'è lo scopo di prevenirlo o neutralizzarlo, implica un ragionamento esclusivamente confermatario, decisamente differente dunque da quello tipo *Maria*, caratterizzato invece da tentativi di falsificazione dell'ipotesi di pericolo. Alla base del ragionamento tipo *Maria* non vi può essere quindi il semplice timore del contagio.

In secondo luogo si potrebbe ipotizzare che *Maria* abbia lo scopo di tranquillizzarsi, e dunque di neutralizzare l'impressione del pericolo, ad esempio perché teme di investire ingiustificatamente nella prevenzione di un pericolo implausibile e dunque di esporsi a sacrifici e privazioni inutili ("non posso mica rovinarmi la vita per un'idea così assurda!"). Se fosse attivo un siffatto scopo allora dovremmo osservare un *Wishful Thinking*: *Maria* dovrebbe ricercare la falsificazione dell'ipotesi di pericolo ma, allora, perché dopo aver trovato la falsificazione dell'ipotesi di pericolo *Maria* si chiede se può essere sicura della falsificazione raggiunta e, spesso, rispondendosi negativamente, cerca e trova nuove possibilità di pericolo?

In entrambi i casi non si spiega l'alternanza degli argomenti a favore e contro l'ipotesi negativa che caratterizza il ragionamento tipo *Maria*. Per rendere conto di questa alternanza propria di questo tipo di ragionamento si potrebbe ipotizzare la presenza sia del timore del

contagio, e dunque dello scopo prudenziale di evitare errori di omissione della ipotesi di pericolo, sia dello scopo, inverso, di tranquillizzarsi, e dunque dello scopo di evitare errori di omissione dell'ipotesi rassicurante.

Si potrebbe quindi supporre che il ragionamento tipo *Maria* sia semplicemente un ragionamento dialettico, simile a quello di un giudice che considera alternativamente e sistematicamente la possibilità che l'imputato sia colpevole e che sia innocente, guidato tanto dal timore di condannare un innocente quanto dal timore inverso di assolvere un colpevole. Per minimizzare il rischio di entrambi gli errori si impegna in un ragionamento dialettico che sarà tanto più accurato e che tenderà alla certezza tanto più quanto più i due timori saranno elevati e similmente intensi. Si potrebbe oltretutto sospettare che anche i pazienti con altre diagnosi, messi nelle condizioni di riflettere criticamente sui propri timori, produrrebbero lo stesso tipo di ragionamento, e sostenere che, molto semplicemente, i pazienti ossessivi indulgono più di altri pazienti con disturbi d'ansia, in ragionamenti dialettici. In una ricerca (Mancini, Serrani, & Gangemi, 2007) abbiamo però dimostrato che così non è. I pazienti ansiosi ma non ossessivi, spinti a ragionare dialetticamente sui propri timori, con la tecnica delle due seggiole (la tecnica consiste semplicemente nel chiedere al paziente di sedersi su una seggiola e argomentare a favore dell'idea di pericolo e poi di sedersi su una altra seggiola e argomentare contro l'idea di pericolo), usano una dialettica diversa da quella tipo *Maria*. Costruiscono, infatti, un modello mentale sia della ipotesi di pericolo sia di quella di sicurezza, pesano in modo analogo le prove a favore della tesi e della antitesi e non si preoccupano, in modo sbilanciato, di escludere con certezza la sola possibilità del pericolo. Inoltre, tendono, nei giorni successivi, sull'onda della riflessione dialettica, a modificare le proprie credenze di pericolo, e, infine, le credenze di pericolo non sono soggettivamente implausibili.

Vediamo un esempio:

T: *Bene, ora siediti sulla seggiola B e prova a dirmi le ragioni che sostengono invece possibilità non catastrofiche, cioè che gli altri, vedendoti arrivare, non pensino di te che sei una ridicola.*

P: *(seggiola B) Allora, potrebbero pensare che comunque sono una persona che si veste sempre con semplicità, che si veste come gli viene in mente, che non segue le mode, potranno cioè pensare che è un valore il fatto che uno non segue le mode. Poi diranno che sono una persona coraggiosa perché “anche se non sa guidare la macchina però è venuta su al buio per le salite”, potrebbero vedere cioè la cosa come un segno di determinazione. Poi, penseranno che in fondo sono una persona che si è data da fare perché ha costruito con i suoi guadagni quel poco che ha, quella macchina “scaleccia” che ha. Poi, potrebbero dire che è andata sì dalla psichiatra, però è una persona coraggiosa perché ha superato anche queste prove. Sì, che non ha una grande rilevanza sociale però vive onestamente, ha anche degli impegni, che è fissata a difendere le rovine archeologiche.....che vivo non proprio da parassita, da mollusco.....no non sono proprio un mollusco!*

Abbiamo quindi concluso che il ragionamento tipo *Maria*, per queste ragioni, non è un ragionamento dialettico. Non è infatti diagnostico, in quanto non presuppone una rappresentazione ricca e articolata sia dell'ipotesi di pericolo, sia di quella di sicurezza. *Maria* ha al contrario una rappresentazione ricca e articolata soltanto della possibilità del pericolo. In secondo luogo il ragionamento di *Maria* è fortemente asimmetrico nel senso che usa standard molto elevati solo quando si tratta di valutare le falsificazioni della ipotesi di pericolo. *Maria* è disposta a rigettare l'ipotesi di pericolo solo a condizione che sia dimostrata impossibile. Mentre per rigettare l'ipotesi di sicurezza le basta molto meno, è sufficiente un controesempio. Il ragionamento dialettico presupporrebbe, al contrario, il ricorso a standard, che possono essere più o meno elevati, ma sostanzialmente simmetrici. Infine, nel

ragionamento tipo *Maria*, almeno inizialmente, troviamo che l'ipotesi di pericolo è soggettivamente implausibile. Nel ragionamento dialettico, invece, entrambe le ipotesi sono plausibili.

In definitiva sembra che *Maria* sia orientata esclusivamente o prevalentemente verso il pericolo, prenda in considerazione tutte le possibilità di pericolo, anche quelle per lei implausibili, e cerchi di dimostrare tutte false ma con certezza assoluta. Possiamo quindi concludere che il ragionamento tipo *Maria*, per queste ragioni, è un ragionamento che da ora in poi definiremo *semi-dialettico*.

Il timore di colpa per irresponsabilità

La domanda a questo punto è: perché *Maria* ricorre ad un ragionamento *semi-dialettico*?

La nostra ipotesi è che il vero timore di *Maria* non sia il contagio quanto, piuttosto, l'essere responsabile di essersi contagiata. *Maria* teme di doversi accusare domani di non aver previsto/prevenuto il contagio, oggi. Il fulcro del problema ossessivo di *Maria* non riguarda la salvaguardia della propria salute ma, piuttosto, è un problema morale, evitare una accusa meritata di colpa. Un aneddoto illustra il punto.

Maria un giorno dovette cambiar casa. Si affidò, per il trasloco, a una ditta che le fece trovare tutti gli oggetti della vecchia casa nella nuova. Quando *Maria* mise piede nel nuovo appartamento, fu assalita dal panico. Tutto, ma proprio tutto, mobili, vestiti, suppellettili, utensili da cucina, biancheria era stato toccato dai trasportatori. Tutto, dunque, poteva essere stato contaminato ed essere a sua volta fonte di contagio. Nell'arco di pochi istanti (molti di meno di quelli normalmente richiesti dalla naturale estinzione della risposta d'ansia) realizzò che la possibile diffusione della contaminazione era talmente vasta da rendere praticamente inutile e superfluo qualunque tentativo di decontaminazione. A seguito di questa considerazione *Maria* si tranquillizzò completamente. Se si ritiene che la sua ansia fosse

collegata alla previsione di contrarre l'AIDS allora la rassicurazione di Maria appare paradossale, infatti, la scoperta d'essere impotente di fronte a una minaccia avrebbe dovuto tradursi in un aumento dell'ansia non nella sua scomparsa. Il paradosso si risolve se si assume che la vera ragione dell'ansia di Maria non fosse il contagio dell'AIDS ma piuttosto la responsabilità di evitare il contagio. Nel momento in cui si rese conto che la possibilità del contagio non dipendeva da lei, allora non se ne sentì più responsabile e dunque l'ansia scomparve, nonostante si percepisse più esposta al pericolo. Il problema di Maria non era tanto il contagio in sé, quanto, piuttosto, il timore di essere imputabile di non aver prevenuto il contagio, di doversi incolpare domani per essere stata sbadatamente imprudente oggi.

Ma come si arriva dal timore di essere accusato al ragionamento di *Maria*?

- Maria focalizza l'ipotesi di pericolo perché teme di essere accusata 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 lei sia colpevole e non che sia innocente.
- L'imputazione è implausibile per Maria, ma Maria non ritiene implausibile di poter essere accusata di essersi causata l'AIDS per sbadataggine.

Maria, quindi, per difendersi da possibili imputazioni e sottrarsi al rischio di essere oggetto di espressioni aggressive, critiche e sprezzanti, esamina tutte le possibilità di pericolo, cerca di dimostrarle tutte false, con certezza assoluta, cioè al di là di ogni ragionevole dubbio. Esistono pertanto due vincoli che rendono ragione della persistenza del ragionamento e della difficoltà a rigettare ipotesi di pericolo implausibili:

da una parte infatti per Maria è inaccettabile ammettere di aver corso il rischio di contagiarsi, e dall'altra cerca di dimostrare, al di là di ogni ragionevole dubbio, che qualunque possibilità di contagio sia del tutto impossibile.

Evidenze a favore dell'ipotesi che gli ossessivi focalizzano le ipotesi di pericolo per evitare una colpa per irresponsabilità

Che prove abbiamo che lo scopo alla base del ragionamento ossessivo sia quello di sottrarsi all'accusa di aver determinato il pericolo e dunque alla colpa di averlo causato?

Con un terzo gruppo di ricerche abbiamo cercato di rispondere a questa domanda. In particolare, con una prima indagine clinica, ci siamo proposti di identificare gli scopi perseguiti con l'attività ossessiva da un gruppo di pazienti giunto alla nostra osservazione (Mancini, Perdighe, Serrani, & Gangemi, 2009). Tale indagine ci ha consentito di dimostrare che i pazienti ossessivi valutano gli eventi attivanti come principalmente minacciosi per lo scopo di prevenire delle colpe e per lo scopo di prevenire la contaminazione da sostanze disgustose. La stretta relazione psicologica che esiste fra colpa e disgusto è intuitiva, spesso il lessico della colpa e quello del disgusto coincidono, ed è stata indagata sperimentalmente da Zhong e Liljenquist (2006), i quali hanno dimostrato quello che hanno denominato effetto Lady Macbeth: contaminazione morale e contaminazione corporea vanno a braccetto tanto che lavarsi implica una riduzione del senso di colpa.

Una serie di studi suggerisce inoltre che i pazienti ossessivi siano particolarmente sensibili ad accuse e a critiche sprezzanti che potrebbero far seguito a loro colpe o mancanze. Ad esempio, Ehntholt, Salkovskis e Rimes (1999) hanno dimostrato che i pazienti con disturbo ossessivo compulsivo, molto più dei pazienti con altri disturbi d'ansia e di soggetti di controllo non ansiosi, riferiscono il timore che gli altri

possano considerarli in modo completamente negativo e, in particolare, che possano provare disgusto e disprezzo nei loro confronti, qualora fossero responsabili di danni o di problemi.

Con una seconda ricerca abbiamo quindi dimostrato che gli ossessivi sono effettivamente molto sensibili alle accuse e alle critiche sprezzanti che possono seguire a possibili colpe (Mancini, Perdighe, Serrani, & Gangemi, 2006). In particolare, in questa ricerca abbiamo verificato che i pazienti ossessivi, rispetto a pazienti con altri disturbi d'ansia: 1) tendono a percepire come più avversive le espressioni di rabbia, disgusto e disprezzo se le immaginano dirette verso di se, 2) tendono a immaginare che se si verificasse ciò che ossessivamente temono allora sarebbero esposti a una siffatta espressione, 3) ricordano di essere stati esposti a una tale espressione nel passato più spesso degli altri pazienti, e 4) tendono a interpretare come sprezzanti le espressioni neutre o che manifestano altre emozioni.

Riteniamo dunque che Maria ricorra al ragionamento ossessivo, perché focalizza l'ipotesi di pericolo, in quanto teme di essere accusata 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 lei sia colpevole e non che sia innocente. L'imputazione è implausibile per Maria, ma Maria non ritiene implausibile di poter essere accusata di essersi causata l'AIDS per sbadataggine.

In sintesi, Maria, per difendersi da possibili imputazioni 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.

L'influenza del timore di colpa per irresponsabilità sui processi cognitivi

In linea con parte della letteratura cognitivista (ad esempio: Mancini & Gangemi, 2004b; Niler & Beck, 1989; Rachman, 1993; van Oppen & Arntz, 1994), la nostra ipotesi è dunque che lo stato mentale dell'ossessivo sia caratterizzato dal timore di colpa per irresponsabilità. Tale tesi è però in contrasto con un'altra parte significativa della letteratura cognitivista, in particolare con studiosi quali Salkovskis, secondo cui la mente dell'ossessivo è invece caratterizzata da uno spiccato senso di responsabilità (*inflated responsibility*). Ai nostri occhi, infatti, l'ipotesi di Salkovskis è poco convincente. Ad esempio, se come sostiene Salkovskis, gli ossessivi ritengono di avere il potere cruciale di prevenire un esito negativo di cui si sentono responsabili, allora non si spiega perché si sentano tanto minacciati dalla possibilità di eventi negativi. Per questa e altre ragioni abbiamo dimostrato, ricorrendo a un piano argomentativo razionale e non empirico, che lo stato mentale del paziente ossessivo deve essere di timore di colpa (Mancini & Gangemi, 2004b). Abbiamo poi dimostrato con un esperimento che, inducendo in soggetti tratti dalla popolazione generale, un elevato senso di responsabilità relativo all'esito di un compito, tali soggetti eseguivano il compito in modo "ossessivo" e, soprattutto, abbiamo dimostrato che tale effetto era significativamente maggiore se si induceva il timore di colpa per irresponsabilità. (Mancini, D'Olimpio, & Cieri, 2004).

Il passo successivo è consistito in una serie di esperimenti tesi a studiare il modo in cui il timore di colpa per irresponsabilità influenza i processi cognitivi. La nostra ipotesi era che per evitare di essere accusati di aver agito colpevolmente gli ossessivi focalizzano le ipotesi di pericolo e, soprattutto, di colpevolezza. In particolare, con una prima serie di sperimentali, abbiamo indagato specificamente in che modo la manipolazione del timore di colpa influenzi i processi cognitivi superiori quali la modalità di controllo delle ipotesi, il ragionamento decisionale, e

il ragionamento emozionale. Queste ricerche hanno portato a dei risultati interessanti anche per la psicologia generale e, specificatamente, per il problema del rapporto tra processi cognitivi, motivazioni e emozioni ma anche per la psicologia clinica, e non solo per i pazienti DOC. Infatti, come si vedrà, l'influenza del timore di colpa sui processi cognitivi è tale da confermare e rafforzare, in un circolo vizioso, le credenze che sostengono il senso di colpa e quindi da implicarne una particolare resistenza al cambiamento.

In particolare, con alcuni studi abbiamo dimostrato che l'induzione di un forte timore di colpa influenza, in soggetti non clinici, le modalità di controllo delle ipotesi, in un modo peculiare, definito *prudenziale* (Gangemi, Balbo, Bocchi, Carriero, Filippi, Lelli, Mansutti, Mariconti, Moscardini, Olivieri, Re, Setti, Soldani, & Mancini, 2003; Mancini & Gangemi, 2004a, 2004b). Nel modo *prudenziale* i soggetti focalizzano l'ipotesi peggiore o di pericolo; ricercano la conferma dell'ipotesi peggiore e la disconferma dell'ipotesi più favorevole; in caso di disconferma dell'ipotesi peggiore continuano il processo di controllo, vale a dire che richiedono molte più prove per rigettare l'ipotesi peggiore che per mantenerla e questo probabilmente perché temono più l'errore di omissione delle credenze peggiori che l'errore di commissione.

L'emozione di colpa può funzionare anche da informazione rilevante nella valutazione della minaccia (ragionamento emozionale) (Gangemi, Mancini, & van den Hout, 2007). Se ci si sente in colpa, infatti, si tende a sovrastimare la probabilità e la gravità attribuita ad eventi della cui prevenzione ci si sente responsabili. Questo effetto è evidente in soggetti con alta colpa di tratto ed è verosimilmente mediato dal fatto che il senso di colpa di stato venga appunto utilizzato quale informazione sulla realtà esterna. "*Se mi sento in colpa allora si verificherà l'evento che sono tenuto a prevenire*". Ne consegue che saranno privilegiate

decisioni che riducono la possibilità di commettere peccati di imprudenza.

Ancora, il senso di colpa orienta verso scelte certe o rischiose a seconda di quale delle opzioni è più in grado di ristabilire la giustizia (Gangemi, Bussolon, Rossi, Ruozzi, Tomba, & Mancini, 2010). Anche in questo caso, il risultato finale è che il senso di colpa implica preferenza per scelte che sono più consone al desiderio di moralità.

Inoltre, abbiamo dimostrato che se a soggetti tratti dalla popolazione generale, veniva indotto uno stato emozionale di colpa, allora questi soggetti: 1) focalizzavano l'ipotesi di pericolo, anche se implicita, e cioè scarsamente o per nulla suggerita dal problema decisionale loro presentato, 2) trascuravano del tutto l'ipotesi di sicurezza ben esplicitata nel problema, e 3) decidevano sulla base della ipotesi di pericolo implicita focalizzata (Gangemi & Mancini, 2007). Al contrario, i soggetti in cui era stato indotto uno stato emozionale di rabbia o nessuno stato emozionale, in accordo con il *focussing effect* (Jones, Frisch, Yurak, & Kim, 1998; Legrenzi, Girotto, & Johnson-Laird, 1993) focalizzavano l'ipotesi resa esplicita dalla formulazione del problema, e trascuravano quasi del tutto quelle implicite, prendendo poi decisioni sulla base dell'ipotesi esplicita.

Infine, con una ricerca, svolta sempre in collaborazione con Johnson-Laird (Johnson-Laird, Mancini, & Gangemi, 2006), abbiamo dimostrato che i soggetti con una forte attitudine a esperire ossessioni e compulsioni, se posti di fronte ad una storia con contenuto di colpa, diventano più bravi degli altri gruppi a inferire a) le possibilità in cui erano colpevoli, e b) le impossibilità in cui erano invece innocenti. Questi risultati ci hanno peraltro consentito di concludere che le inferenze dei soggetti con una propensione a sviluppare un disturbo ossessivo-compulsivo sono razionali e, come risultato di prolungate ruminazioni, gli stessi soggetti diventano ragionatori esperti nei loro

domini sintomatici. Tale effetto scompare infatti se gli stessi soggetti ragionano con contenuti neutri o rilevanti per altre patologie. Questo stesso risultato lo abbiamo inoltre ottenuto in una recentissima ricerca sul ragionamento sillogistico, svolta sempre in collaborazione con Johnson-Laird, ma con soggetti depressi con contenuti depressivi e con soggetti fobici con contenuti fobico (Gangemi, Mancini, & Johnson-Laird, 2010). Abbiamo dimostrato che entrambi i gruppi di pazienti ragionano in modo formalmente più corretto dei soggetti senza disturbi, ma solo nei loro domini sintomatici.

Il senso di colpa deontologico e il senso di colpa altruistico

Ma quale colpa temono gli ossessivi? In linea con una vasta letteratura (cfr. Lopatka & Rachman, 1995; Shafran, 1997) sembra infatti possibile affermare che si preoccupino più di non aver commesso errori colpevoli e di non meritare accuse, piuttosto che delle conseguenze dell'errore sugli altri, e quindi della sofferenza degli altri. Questa osservazione clinica suggerisce l'esistenza in tutte le persone di due sensi di colpa diversi: il *senso di colpa deontologico* e il *senso di colpa altruistico* (Mancini, 2008), sebbene essi siano abitualmente compresenti nella maggior parte delle colpe che le persone sperimentano nella loro vita quotidiana. Il senso di colpa deontologico, dipende dal riconoscimento di aver trasgredito una norma morale, o di aver interferito con l'ordine naturale. Provoca un senso di indegnità e un dialogo interno del tipo "Come ho potuto fare una roba del genere!?". Lo si prova anche se non si è danneggiato o offeso nessun'altra persona, come ad esempio nel caso dei peccati religiosi o di tipo sessuale, o dei peccati legati alla manipolazione arbitraria della natura (ad esempio l'eutanasia). Il freno morale che si percepisce in questo caso è il risultato di una norma deontologia intuitiva "*not play God*" (Sunstein, 2005). Nella colpa deontologica può dunque non esservi una vittima (vedi incesto consenziente tra fratelli adulti e al sicuro da rischi di

procreazione) e lo scopo dell'azione può addirittura essere a favore della vittima (vedi eutanasia). L'aspetto fondamentale è rappresentato dall'assunzione di aver violato una norma morale intuitiva. Il senso di colpa altruistico dipende invece dal non aver tenuto conto della sofferenza altrui, dal non aver condiviso le proprie fortune con chi è più sfortunato, o dal non aver partecipato alle sofferenze degli altri. Deriva in altre parole dalla convinzione di non aver agito in modo altruistico. È caratterizzato da dolore per la vittima, e il dialogo interno è del tipo "Poveretto! Quanto soffre! Cosa potrei fare per aiutarlo?!". Nella colpa altruistica è quindi sempre presente una vittima che soffre, ma può non esservi la violazione di norme morali.

Tre ricerche hanno contribuito a dimostrare l'esistenza distinta dei due sensi di colpa. In una prima ricerca (Basile & Mancini, in preparazione) è stato dimostrato che è possibile attivare separatamente i due sensi di colpa esponendo i soggetti a espressioni facciali diverse, (ad esempio, di rabbia o tristezza, prese dal repertorio di Ekman, 1996), e a frasi tipiche connesse ai due tipi di colpa, che rinforzavano le immagini presentate. In una seconda ricerca (Basile, Mancini, Macaluso, Caltagirone, Frackowiack, & Bozzali, 2011) è stato dimostrato che all'attivazione dei due sensi di colpa corrisponde l'attivazione di diversi circuiti neurali. In particolare, il senso di colpa deontologico è sotteso dall'attivazione dell'insula, che notoriamente media anche l'esperienza del disgusto, mentre il senso di colpa altruistico è sotteso dalla attivazione delle aree cerebrali normalmente coinvolte in compiti di teoria della mente (ad esempio, le aree del solco temporale superiore della corteccia prefrontale mediana).

Ancora, in una terza ricerca (Mancini & Gangemi, 2010a) si è dimostrato che il senso di colpa deontologico implica effettivamente il rispetto del principio morale *Not play God*. In questo studio abbiamo utilizzato i dilemmi del vagoncino (o dilemmi del trolley), spesso

impiegati per indagare le valutazioni morali. Immaginiamo che un vagoncino proceda a tutta birra fuori controllo, ci rendiamo conto che se esso procede nella sua corsa allora inevitabilmente ucciderà cinque operai che lavorano sui binari più avanti. Abbiamo però la possibilità di deviare il vagoncino muovendo uno scambio. In questo modo esso imboccherebbe un altro binario dove vi è un masso che può senz'altro fermare il vagoncino. Appoggiato al masso vi è però una persona addormentata che certamente verrà uccisa nello scontro tra il vagoncino ed il masso. Riteniamo moralmente permesso azionare lo scambio e deviare il vagoncino? (scelta consequenzialista). O preferiamo che il vagoncino proceda nella sua corsa? (scelta omissiva). Ricorrendo a simili dilemmi, abbiamo visto che l'induzione del senso di colpa deontologico spinge i soggetti a preferire le scelte omissive, cioè le scelte che non comportano una interferenza con il corso naturale degli eventi, nel rispetto del principio *Not play God*. L'induzione del senso di colpa altruistico spinge invece i soggetti a preferire le scelte consequenzialiste, cioè le scelte che minimizzano il numero delle vittime o il danno, nel rispetto del principio della minimizzazione della sofferenza altrui.

Una volta dimostrata l'esistenza dei due sensi di colpa, che prove abbiamo del fatto che i pazienti ossessivi siano effettivamente più sensibili alla colpa deontologica, piuttosto che alla colpa altruistica? Evidenze a favore di tale tesi arrivano da un recentissimo studio condotto con due gruppi di pazienti (con DOC vs. con altri disturbi d'ansia) e un gruppo di soggetti normali, (Mancini & Gangemi, in preparazione). In questo studio, utilizzando nuovamente i dilemmi morali, abbiamo dimostrato che i pazienti ossessivi, rispetto agli altri pazienti e ai soggetti non clinici, risolvono i dilemmi morali preferendo le scelte omissive, e dunque le scelte che implicano il rispetto del principio deontologico *Not play God*, piuttosto che le scelte consequenzialiste, che implicano invece il rispetto del principio altruistico della minimizzazione del numero delle vittime.

Conclusioni

In generale, le ricerche svolte in questi anni e fin qui presentate ci consentono di concludere, in primo luogo, che i pazienti ossessivi sviluppano una peculiare modalità di ragionamento, da noi definita semi-dialettica. Tale ragionamento prevede che il paziente ossessivo focalizzi l'ipotesi peggiore, per poi procedere cercandone alternativamente le conferme e le disconferme. Sembra esistano due vincoli che rendono ragione della persistenza del ragionamento e della difficoltà che il paziente incontra nel rigettare ipotesi di pericolo, sebbene, almeno all'inizio, appaiano a lui stesso implausibili: da una parte infatti appare inaccettabile ammettere di essersi esposti al pericolo, e dall'altra vi è il tentativo di dimostrarsi, al di là di ogni ragionevole dubbio, che qualunque possibilità di pericolo sia del tutto impossibile.

In secondo luogo, abbiamo dimostrato che questa peculiare strategia di ragionamento dipende dallo scopo minacciato, e che in particolare, alla base del ragionamento ossessivo, vi è lo scopo di sottrarsi all'accusa di aver determinato il pericolo stesso e dunque alla colpa di averlo causato.

In terzo luogo, abbiamo avvalorato l'ipotesi che la colpa temuta dagli ossessivi sia di tipo deontologico (legata al riconoscimento di aver trasgredito una norma morale, o di aver interferito con l'ordine naturale), più che di tipo altruistico (dovuta, al riconoscimento di non aver tenuto conto della sofferenza altrui, dal non aver condiviso le proprie fortune con chi è più sfortunato, o dal non aver partecipato alle sofferenze degli altri). In linea con una vasta letteratura sembra infatti possibile affermare che i pazienti ossessivi si preoccupino più di non aver commesso errori colpevoli e di non meritare accuse, piuttosto che

delle conseguenze dell'errore sugli altri, e quindi della sofferenza degli altri.

Infine, a partire da una serie di evidenze empiriche, abbiamo mostrato come le inferenze dei pazienti ossessivi siano razionali e, come risultato di prolungate ruminazioni, gli stessi pazienti diventino ragionatori esperti nei loro domini sintomatici.

Il filone di ricerca che abbiamo sviluppato in questi anni, e del quale abbiamo qui riportato i risultati che ci sembrano più interessanti, ha portato dunque a un avanzamento della conoscenza in quattro direzioni, due di interesse strettamente clinico e due di interesse generale. Innanzitutto la comprensione del disturbo ossessivo, in particolare degli scopi che regolano la attività ossessiva e dunque degli stati mentali ed emotivi caratteristici dei pazienti ossessivi e del loro modo di ragionare. In secondo luogo la dimostrazione che i pazienti, nei domini sintomatici, compiono meno errori logici di loro stessi in alti domini e dei non pazienti. Due risultati complessivi sono invece di interesse per la psicologia generale, in primo luogo, la dimostrazione della esistenza di due sensi di colpa diversi e dunque di due morali distinte e, in secondo luogo, le influenze del senso di colpa sui processi cognitivi.

Dal punto di vista di strategia della ricerca in psicologia clinica, la nostra impressione è che fondare lo studio dei processi psicopatologici sulle conoscenze di psicologia generale possa essere assai vantaggioso. Ciò appare ancor più evidente se si considera quanto i modelli della sofferenza psicopatologica utilizzati dagli psicoterapeuti tendano a essere autoreferenziali. Una delle conseguenze del mancato ricorso alla psicologia generale è che si attribuisca a meccanismi psicologici del tutto normali e universali la capacità di essere causa di patologia. Un esempio di realizzazione di questo rischio sono i ben noti errori cognitivi di Beck (1976). Nel senso comune e anche nella letteratura

specialistica, in particolare quella cognitivista clinica, è molto diffusa infatti l'idea che alla base dei disturbi psicopatologici, o almeno di alcuni di essi, vi siano una serie di sistematici errori cognitivi. I disturbi d'ansia e dell'umore si caratterizzerebbero infatti per la presenza di alcune importanti distorsioni cognitive, cioè ragionamenti erronei che si qualificano per il fatto di discostarsi dalle teorie normative del ragionamento e che, per questo, causano, rafforzano e mantengono le assunzioni patogene, le stesse che sottendono la sofferenza psicopatologica. Diversi dati suggeriscono, però, che il ragionamento nei casi patologici non segua regole diverse da quelle che segue in chiunque. Come dimostrato dai nostri risultati, anzi, i pazienti ragionano in modo formalmente più corretto dei soggetti senza disturbi psicopatologici, ma solo nei loro domini sintomatici. Ciò sembra dipendere dal fatto che, con il tempo, i pazienti diventano esperti nel dominio critico e di conseguenza più abili nel costruire modelli mentali della situazione problematica.

Bibliografia

- Basile, B., & Mancini, F. (in preparazione). Eliciting guilty feelings: a preliminary study differentiating deontological and altruistic guilt.
- Basile, B., Mancini, F., Macaluso, E., Caltagirone, C., Frackowiack, R., & Bozzali, M. (2011). Deontological and altruistic guilt: Evidence for distinct neurobiological substrates. *Human Brain Mapping, 32*, 229-232.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: Meridian.
- De Jong, P.J., Haenen, M., Schmidt, A. & Mayer B. (1998). Hypochondriasis: The role of fear-confirming reasoning. *Behaviour Research and Therapy, 36*, 65-74.
- Ehnholt, K.A., Salkovskis, P.M., & Rimes K.A. (1999). *Behaviour Research and Therapy, 37*, 771-781.
- Friedrich, J. (1993). Primary Error Detection and Minimization (PEDMIN) strategies in social cognition: a reinterpretation of confirmation bias phenomena. *Psychological Review, 100*, 298-319.
- Gangemi, A., Balbo, M., Bocchi, C., Carriero, L., Filippi, B., Lelli, F., Mansutti, F., Mariconti, A., Moscardini, S., Olivieri, M, Re, L., Setti, R., Soldani, L., &

- Mancini, F. (2003). Responsabilità, timore di colpa e processo di controllo delle ipotesi. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 8, 211–231.
- Gangemi, A., Bussolon, S., Rossi, R., Ruozzi, A., Tomba, P., & Mancini, F. (2010). *Decision under uncertainty and guilt emotion*. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. Manuscript submitted for publication.
- Gangemi, A., & Mancini, F. (2007). Guilt and focusing in decision-making. *Journal of Behavioral Decision Making*, 1, 1–20.
- Gangemi, A., Mancini, F., & Johnson-Laird, P.N. (2010). How emotions affect reasoning in anxiety and mood disorders. *Emotion & Cognition*. Manuscript submitted for publication.
- Gangemi, A., Mancini, F., & van den Hout, M. (2007). Feeling guilty as a source of information about threat and performance. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2387–2396.
- Johnson-Laird, P.N., Mancini, F., & Gangemi, A. (2006). A theory of psychological illnesses. *Psychological Reviews*, 113, 822–842.
- Jones, S.K., Frisch, D., Yurak, T.J., & Kim, E. (1998). Choices and opportunities: Another effect of framing on decisions. *Journal of Behavioural Decision Making*, 11, 211–226.
- Legrenzi, P., Girotto, V., & Johnson-Laird, P.N. (1993). Focussing in reasoning and decision making. *Cognition*, 49, 37–66.
- Lopatchka, C., & Rachman, S. (1995). Perceived responsibility and compulsive checking: an experimental analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 673–684.
- Mancini, F. (2008). I sensi di colpa altruistico e deontologico. *Cognitivismo Clinico*, 5, 123–144.
- Mancini, F., D'Olimpio, F., & Cieri, L. (2004). Manipulation of responsibility in non-clinical subjects: does expectation of failure exacerbate obsessive-compulsive behaviours? *Behaviour Research and Therapy*, 42, 449–457.
- Mancini, F., & Gangemi, A. (2004a). The Influence of Responsibility and Guilt on Hypothesis-Testing Process. *Thinking and Reasoning*, 10, 289–320.
- Mancini, F., & Gangemi, A. (2004b). Fear of guilt of behaving irresponsibly in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 109–120.
- Mancini, F., & Gangemi, A. (2006). Role of Fear of Guilt at Behaving Irresponsibly in Hypothesis-Testing. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 37, 333–346.
- Mancini, F., & Gangemi, A. (2010a). Senses of guilt: deontological or altruistic guilt. *Journal of Personality and Social Psychology*. Manuscript submitted for publication.
- Mancini, F., & Gangemi, A. (in preparazione). *Deontological guilt and Obsessive-Compulsive Disorder*.
- Mancini, F., Gangemi, A., & Johnson-Laird, P.N. (2007). Il ruolo del ragionamento nella Psicopatologia secondo la Hyper Emotion Theory. *Giornale Italiano di Psicologia*, 4, 763–793.
- Mancini, F., Perdighe, C., Serrani, F.M., & Gangemi, A. (2006). Il disagio dei pazienti ossessivi di fronte ad espressioni facciali di rabbia e disgusto: risultati di un'indagine preliminare. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 12, 197–201.

- Mancini, F., Perdighe, C., Serrani, F.M., & Gangemi, A. (2009). Current targets in obsessive-compulsive patients. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 15, 353–363.
- Mancini, F., Serrani, F. M., & Gangemi, A. (2007). *Il ragionamento dialettico nei pazienti con disturbi d'ansia*. Unpublished manuscript.
- Niler, E.R., & Beck, S.J. (1989). The relationship among guilt, dysphoria, anxiety and obsessions in a normal population. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 213–220.
- Rachman, S. (1993). Obsessions, responsibility and guilt. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 149–154.
- Shafran, R. (1997). The manipulation of responsibility in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 397–407.
- Smeets, G., de Jong, P.J., & Mayer, B. (2000). If you suffer from a headache, then you have a brain tumour: domain specific reasoning “bias” and hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 763–776.
- Sunstein, C. (2005). Moral heuristic. *Behavioral and Brain Sciences*, 28, 531–573.
- Trope, Y., & Liberman, A. (1996). Social Hypothesis testing: Cognitive and motivational mechanism. In E. Higgins & A. Kruglanski (Eds.), *Social Psychology: Handbook of basic principles* (pp. 239–270). New York: Guilford.
- Van Oppen, P., & Arntz, A. (1994). Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 79–87.
- Zhong, C., & Liljenquist, K. (2006). Washing away your sins: Threatened morality and physical cleansing. *Science*, 313, 1451–1452.

Abstract

In this paper we review the main research made by Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC) – Associazione di Psicologia Cognitiva (APC), aimed at a deeper explanation of the Obsessive Compulsive Disorder, that is to identify the goals and representations which rule obsessive behaviours and specifically the obsessive reasoning. The results are interesting also for the comprehension of other important problems of clinical and general psychology, such as the nature of the sense of guilt, the influence of emotional and motivational states on cognitive processes, the influence of guilt emotion on reasoning and the contribution of this influence to the maintenance of the pathology, that is the explanation of the neurotic paradox, and the relations between rationality and psychopathology.

Keywords

Obsessive compulsive disorder, reasoning, goals, emotions, guilt