

MARCO BARANELLO

I Concetti di Sofferenza Primaria e Sofferenza Secondaria in Psicologia Emotocognitiva

l'uso clinico del concetto psicologico di sofferenza

I concetti di sofferenza primaria e secondaria proposti in psicologia emotocognitiva da Baranello insieme all'importante concetto di *loop disfunzionale* dello stesso autore (Baranello, 2006), vengono clinicamente applicati nell'originale "schema A-B-C" (A=evento/stimolo, B=sensazione, C=azione) della psicologia emotocognitiva permettendo agli approcci psicoeducativi utilizzati nella clinica psicologica di essere oggi tra gli strumenti conoscitivi e di intervento più validi per la remissione sintomatologica della maggior parte dei disturbi clinici e di personalità, quasi sempre senza uso di farmaci e senza ricorso ad interventi di ordine superiore. La terapia psicologica acquisisce così un importante strumento di intervento basato sul colloquio psicologico favorendo la riabilitazione del paziente in tempi significativamente brevi, in termini di sedute complessive. I concetti proposti sono originali e sviluppati all'interno del paradigma teorico della psicologia emotocognitiva. Lo schema ABC della psicologia emotocognitiva integralmente ai concetti di loop disfunzionale, sofferenza primaria e secondaria nonché alla differenziazione concettuale tra bisogni e desideri (Baranello, 2002) stanno permettendo un rapido sviluppo della psicologia scientifica teorica e applicata e più in generale una straordinaria evoluzione nella comprensione del funzionamento sistemico umano e sociale.

PREMESSA

Parlando di sofferenza dobbiamo riferirci ad una condizione psicofisiologica che viene connotata negativamente dall'organismo o dal sistema di riferimento e che l'organismo vorrebbe cercare di risolvere. Eliminiamo quindi l'alone retorico intorno al termine per leggerlo in un'ottica scientifica propria della psicologia emotocognitiva.

SOFFERENZA PRIMARIA

In psicologia emotocognitiva definiamo la sofferenza primaria come la sensazione, che può essere collocata su più livelli di intensità da lieve a grave, di disagio, dolore, angoscia, terrore, ecc. che una situazione, un'esperienza od un sintomo producono come reazione automatica dell'organismo.

Per esemplificare pensiamo ad una fobia specifica. La persona che ha paura ad esempio degli insetti sa che alla vista di un insetto (stimolo fobigeno) sperimenterà una situazione di sofferenza e di estremo disagio tale anche da produrre una vera e propria crisi di panico (tachicardia, tremori, sudorazione, sensazione di rigidità,...).

Ci deve essere stata però una prima volta in cui è capitato che la vista dell'insetto abbia prodotto tale sofferenza, sia che la persona lo ricordi, sia che non ne abbia diretta memoria. Quel disagio sperimentato la prima volta è proprio la sofferenza primaria: la reazione automatica dell'organismo alla visione dello stimolo che poi diventerà fobigeno.

A questo punto si associa molto rapidamente la sensazione di sofferenza con la rappresentazione dell'insetto e si instaura quel loop disfunzionale di

cui abbiamo già avuto modo di parlare in altri articoli (Baranello, 2006). La persona percepisce quindi che sia l'insetto a produrre tale sensazione di disagio e intensa paura, perciò è l'insetto che va evitato. Ma, ad un'analisi più attenta, vediamo che la persona non evita l'insetto di per sé ma tenta di evitare proprio la sensazione di sofferenza che sa che la vista dell'insetto produce. Si instaura quello che è noto agli psicologi come "ansia anticipatoria" o più comunemente "paura della paura".

Essendo però la crisi di panico e/o il disagio intenso che si prova di fronte allo stimolo fobigeno (l'insetto del nostro esempio) una soluzione dell'organismo a determinate tensioni, l'evitamento blocca questa soluzione. I processi attentivi che l'organismo mette in atto di fronte anche alla sola possibilità della presenza di uno stimolo fobigeno incrementano proprio le tensioni oggetto-specifiche. L'aumento di tensione produce uno stato di disagio a livello del sistema nervoso centrale che necessita di essere risolto (anche in questo caso la sofferenza è da considerarsi primaria). Anche se per molti il sintomo è il problema, per lo psicologo ad orientamento di psicologia emotocognitiva, il sintomo è la soluzione autonoma dell'organismo (o sistema di riferimento) per la risoluzione di specifiche tensioni.

Quindi evitare la situazione di sofferenza, aumentando le tensioni, produce proprio il sintomo di cui la persona vorrebbe liberarsi.

Di fatto, quindi, è proprio l'evitare la sofferenza primaria che non permette all'organismo di risolvere definitivamente il problema. Tale tendenza ad evitare un disagio inevitabile viene definito come evitamento fobico della sofferenza.

SOFFERENZA SECONDARIA

Introduciamo così il concetto di sofferenza secondaria definendola come il risultato del tentativo della persona di risolvere la sofferenza primaria.

Sintetizzando, dove la sofferenza primaria è il prodotto diretto ed automatico dell'organismo ad una situazione, sintomo, stress, esperienza, ecc. la sofferenza secondaria è ciò che nasce dal tentativo psico-sociale di risolvere quella primaria.

Quello che lo psicologo deve fare, quindi, è permettere all'organismo di vivere la sofferenza primaria cercando di risolvere tutti quei comportamenti psico-sociali che generano quella secondaria. La sofferenza primaria è una soluzione, quella secondaria è il problema.

Proviamo con un altro esempio ancora più comune. Immaginiamo che dobbiamo per forza di cose telefonare ad una persona che non sopportiamo, che ci annoia, che ci disturbo, ecc. Se alla prima sensazione di disagio del tipo "devo chiamare ma proprio non mi va,..." prendiamo il telefono e chiamiamo vivremo di certo quello stato di disagio e di sofferenza (nessuno lo eliminerà) ma lo vivremo per il tempo necessario, quello della durata della telefonata. Questa è la sofferenza primaria, una sofferenza che sicuramente ci sarà, è inevitabile per definizione, ma che termina soltanto quando la sperimentiamo, quando la viviamo senza contrastarla.

Se invece, ed è la tendenza molto comune, percepita come normale, rimandiamo la telefonata il più possibile per cercare di evitare la sofferenza primaria, allora stiamo allungando i tempi della sofferenza stessa: alla sofferenza che ci causerà comunque telefonare si aggiunge quella relativa al

tempo che intercorrerà fino a quando non saremo costretti a telefonare. Spesso, anzi, la sofferenza sarà di intensità maggiore.

Questa è la sofferenza secondaria che, sicuramente, avrà una durata maggiore della durata della telefonata stessa che, comunque, produrrà ugualmente quel disagio che stiamo cercando di evitare.

L'esempio può sembrare banale ma evidenzia come non sia necessario pensare a chissà quale grave patologia per capire ciò che stiamo affermando. I concetti di sofferenza primaria e secondaria non sono legati infatti ai soli disturbi mentali ma sono comuni ad ogni essere umano e si sviluppano nel quotidiano.

Grazie a questi nuovi concetti oggi abbiamo strumenti sempre più raffinati per la risoluzione del disagio in tempi brevi, con interventi psicologici mirati e senza uso di farmaci per la maggior parte dei disturbi mentali, sintomatologie specifiche e problematiche psicologiche e psico-sociali.

Anche se lo schema presentato negli esempi può apparire semplice esistono processi complessi per i quali la persona non si può rendere completamente conto di quali siano i processi che hanno creato l'insorgenza della sofferenza secondaria. Inoltre la comprensione del funzionamento di tali processi non permette direttamente la soluzione del disagio, occorre infatti un intervento mirato in grado di valutare i processi di funzionamento globale della persona e fornire tecniche specifiche per scardinare il loop disfunzionale e rendere la persona libera di vivere il proprio quotidiano ovvero, in una battuta, finalmente

liberi di soffrire, ma solo della sofferenza primaria, quella inevitabile e, volenti o nolenti, necessaria.

Lo psicologo professionista sa quindi che ogni tentativo del paziente di risolvere un problema che non ha funzionato genera quella perdita di senso di volizione che non permette alla persona di trovare soluzioni adeguate al problema e che, anzi, potrebbe portare ad un suo peggioramento. Il professionista psicologo dovrà valutare quali processi psico-sociali mantengono il problema ed hanno generato sofferenza secondaria. Quello che va prodotto nel paziente è un cambiamento di prospettiva che può essere generato soltanto grazie all'aiuto del paziente stesso che ci fornirà tutte le informazioni necessarie.

Il primo lavoro, durante il processo di valutazione/intervento iniziali sarà quindi teso ad agevolare la raccolta delle informazioni utili che poi saranno utilizzate per la remissione del problema. Il trattamento psicologico per finalità di cura però, lo ricordiamo, inizia da subito, già dalla prima seduta. La raccolta delle informazioni necessaria non è scisso dall'intervento riabilitativo vero e proprio.

Definito quindi ciò che mantiene il problema e quei pensieri, comportamenti, azioni che hanno prodotto e mantengono la sofferenza secondaria sia a livello individuale che relazionale e psico-sociale, si procederà con l'intervento vero e proprio teso alla riduzione delle azioni disfunzionali e alla risoluzione del disagio.

Ricordiamo che la paura di una persona di soffrire genera una sofferenza ancora maggiore di quella che la persona teme. Questo concetto farà da sfondo a tutti i nostri interventi psicologici in psicologia emotocognitiva.

In conclusione ricordiamo che il concetto di sofferenza e la sua distinzione in sofferenza primaria e secondaria, in psicologia, ha un valore scientifico e non retorico-filosofico. Pur apparendo semplice, questa breve trattazione, nasce da numerose ricerche-intervento. Oggi siamo infatti in grado di intervenire per la risoluzione del disagio in tempi estremamente brevi, senza uso di farmaci, utilizzando queste innovazioni teoriche nella disciplina di psicologia. La maggiore dei sintomi e dei disturbi psicologici trova oggi soluzione in poche sedute con uno psicologo professionista esperto in psicologia emotocognitiva.

Questo perché c'è un viraggio importante dal cercare le cause del problema a capire cosa il problema causa ovvero come i sintomi si mantengono nel tempo. In questo i concetti di sofferenza indicati hanno un ruolo fondamentale.

Marco Baranello

*psicologo, fondatore della psicologia emotocognitiva
direttore scientifico gruppo SRM Psicologia
m.baranello@srmpsicologia.com*

come citare questa fonte:

Baranello, M. (2006)
i concetti di sofferenza primaria
e sofferenza secondaria in psicologia emotocognitiva
Psyreview (www.psyreview.org).
Roma, 26 giugno 2006.

Riferimenti Bibliografici

Baranello, M. (2002) Introduzione generale alla psicologia emotocognitiva. *Psyreview (www.psyreview.org)*. Roma, 19 maggio 2002.

Baranello, M. (2006) Psicologia emotocognitiva: il loop disfunzionale. *Psyreview (www.psyreview.org)*. Roma, 10 marzo 2006.

Siti Web di Riferimento

www.psyreview.org
www.srmpsicologia.com