



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della
Socializzazione**

**Corso di laurea in Scienze Psicologiche dello Sviluppo, della
Personalità e della Relazioni Interpersonali**

Elaborato finale

**L'altruismo patologico è vero altruismo?
Revisione narrativa della letteratura**

**Is pathological altruism altruism?
A narrative review of literature**

Relatrice

Prof.ssa Silvia Salcuni

*Laureanda: Maria Giardinieri
Matricola: 2013738*

Anno Accademico 2022-2023

INDICE

Prefazione.....	5
Capitolo 1: Base teorica di partenza	7
1.1 Definizione di altruismo.....	7
1.2 Approcci altruistici e pseudo altruistici	8
1.3 Un nuova visione: la malattia del “sentire troppo”.....	12
1.4 Definizione di altruismo patologico	13
1.5 Comportamenti tipici dell’altruismo patologico.....	14
Capitolo 2: Fattori concomitanti e discriminanti.....	17
2.1 La complessità eziologica: tra fattori genetici e cerebrali.....	17
2.2 Intreccio eziopatogenico tra fattori cognitivi e culturali.....	18
2.3 Le differenze individuali: Nuove scale di misura per l’AP.....	21
2.4 Necessità di un paradigma integrato	25
Capitolo 3: Sviluppi futuri e conclusioni.....	27
3.1 Applicazioni pratiche e sviluppi futuri.....	27
3.2 Limiti dell’elaborato	28
3.3 Conclusioni	28
Appendice.....	31
Bibliografia	33

PREFAZIONE

“Esiste un’impossibile fenomenologia del Dono ed in questo senso l’Altruismo stesso non è che un’aporia” (Derrida, ‘Donare il tempo: la Falsa Moneta’, 1996)¹.

Come si evince dalla citazione di Derrida, l’altruismo è un concetto estremamente aporetico, ovvero difficilmente ascrivibile a un’unica categoria di valori. Eppure nella nostra cultura empatia e abnegazione sono sempre stati visti come precetti monolitici e assolutamente positivi, quasi sacri. L’altruismo viene trasmesso come un habitus sociale, mantenendo la sua connotazione di generazione in generazione. Questa convinzione generalizzata è associata a quella che l’unica alternativa all’altruismo sia la totale assenza di esso, ovvero il machiavellico egoismo. Evidenze scientifiche e sperimentali attestano invece che ci sono altre possibilità da contemplare, per poter avere una visione critica e complessiva. La concezione che vede l’altruismo come organizzato in un continuum bipolare, da non esistente (asocialità) a esistente (eusocialità), è ormai superata. Secondo teorie più attuali, questo non deve essere più strutturato in assente/presente ma differenziato in base alla direzione del suo movimento. L’altruismo può quindi essere positivo ma anche negativo o addirittura comprendere entrambe queste dimensioni, apparentemente antitetiche, come dimostra il caso dell’altruismo patologico. Un cambio di paradigma, con conseguente acquisizione di consapevolezza, potrebbe garantire innumerevoli vantaggi, non solo a livello sociale ma anche politico e scientifico. Ci sono infatti svariati contesti in cui la nozione dell’altruismo patologico produrrebbe effetti benefici. Basti pensare alla riduzione della sindrome post traumatica da stress, della violenza familiare, dell’eliminazione del pregiudizio razziale, della riduzione delle differenze di genere nei compiti logico- matematici, della minimizzazione dei problemi adolescenziali. L’importanza di consapevolezza nei confronti delle ‘malattie dell’altruismo’ produrrebbe poi modifiche a livello normativo e incremento della conoscenza scientifica dato che, se ignorati, i bias dell’altruismo costituiscono delle vere e proprie variabili confondenti nell’analisi dei dati. Si tratta quindi di un tabù da abbattere, nonostante la titubanza della comunità accademica a trattare tale sfumatura negativa, dato il suo grande ruolo pro-sociale. E’ indispensabile andare a destrutturare questo complesso concetto, dalla sua definizione fino alla sua moderna messa in crisi. Partendo dall’evoluzione degli approcci teorici sull’altruismo, si introduce poi il tema dell’altruismo patologico, nei suoi comportamenti tipici e fattori concomitanti/discriminanti. La trattazione si conclude con i possibili sviluppi futuri, a livello clinico e terapeutico, derivanti da tali nuove acquisizioni di consapevolezza.

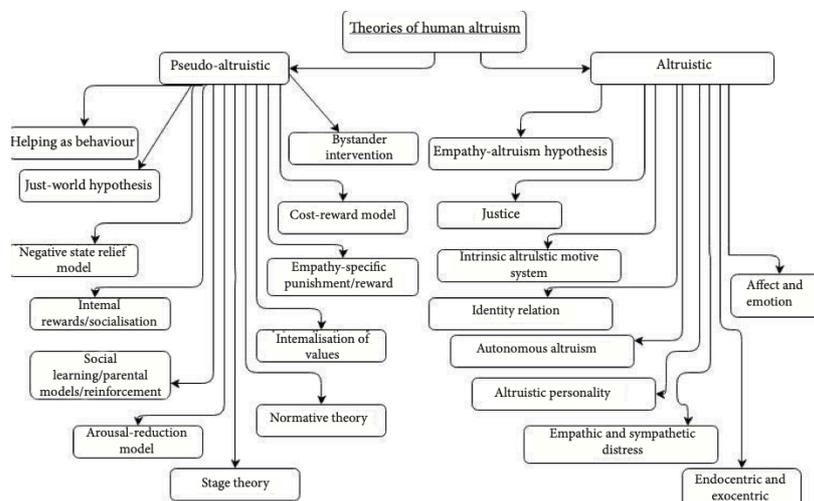
CAPITOLO 1: BASE TEORICA DI PARTENZA

1.1) Definizione di altruismo

Il termine 'altruismo' (dal latino alter, «altro») è stato introdotto nel 1830 da Auguste Comte per descrivere l'atteggiamento di chi direziona le proprie azioni al benessere dei suoi simili, ovvero il ricorso ad un comportamento di dedizione all'altro, come principio guida dell'azione (Comte, 1830). Questa definizione, molto ampia, è stata ripresa poi da vari autori e declinata in visioni anche molto divergenti tra loro. Gli studiosi contemporanei, escluse le differenze specifiche, concordano nella delineazione di altruismo come atto, intenzionale e volontario, con lo scopo principale di beneficiare l'altro. Tale comportamento può poi avere delle aspettative di ricompensa, conscie o inconscie, che corrispondono allo pseudo altruismo o essere privo di esse, con l'altruismo vero e proprio.

Karylowski (1982) sostiene che la distinzione tra questi due tipi di altruismo, rispettivamente categorizzabili anche come endocentrico ed esocentrico, sta nella spinta motivazionale sottostante. Variano infatti per la presenza di aspettative di guadagno personale, indipendentemente che il riconoscimento sia interno o esterno. Le visioni a riguardo sono molteplici e si differenziano su vari piani; a tutte è però comune la consapevolezza che nessuna azione può essere descritta come solo egoistica o solo altruistica, ma è necessario considerare la perenne co- esistenza tra queste due spinte motivazionali, apparentemente antitetiche. Tutti gli studi di letteratura realizzati sull'altruismo tra il 1960 e il 2014 (Feigin et al., 'Theories of human altruism: a Systematic review', 2014) possono essere riassunti in una serie di modelli principali.

La review sopraccitata suddivide i modelli teorici dell'altruismo, in base alla motivazione sottostante riscontrata, tra i teorici dello pseudo- altruismo o dell'altruismo vero e proprio (Figura 1: Teorie altruistiche e pseudo-altruistiche, Feigin et al., 2014, p.2).



1.2) Approcci altruistici e pseudo altruistici

I primi modelli sostengono *approcci pseudo altruistici*, in cui il comportamento è considerato come egoisticamente motivato, con gratificazioni personali sempre presenti anche se a volte non osservabili direttamente, quali autostima personale o auto-gratificazione.

Le teorie evoluzionistiche mettono in secondo piano l'associazione tra altruismo e sottostante motivazione egoistica, ignorando così del tutto il costrutto dello pseudo altruismo. Il concetto viene ridotto ad una mera anomalia nella teoria della selezione naturale di Charles Darwin, che tralascia del tutto la trattazione di questo aspetto umano e relazionale (Darwin, 1859). E' solo dalla metà del ventesimo secolo che i ricercatori considerano e sciolgono il paradosso che lega la selezione naturale e l'altruismo. Ciò è possibile grazie all'introduzione di tre concetti centrali per la psicologia sociale. La scelta parentale/ di gruppo dimostra come la selezione naturale favorisca i gruppi/ individui sulla base della maggiore probabilità di efficace trasmissione genetica (Hamilton, 1964). Il concetto di fitness inclusivo attesta che l'idoneità genetica può essere misurata non solo dalla capacità di sopravvivenza del singolo e della sua prole, ma anche dal miglioramento nell'adattamento dei suoi simili. La teoria dell'altruismo reciproco, coniata da Trivers (1971), sostiene infine che la selezione naturale favorisce la collaborazione anche tra specie non simili, ma solo in nome di benefici a lungo termine. Tutte queste teorie specifiche dimostrano un concetto comune: l'altruismo è sostanzialmente fondato sull'egoismo, perché si sviluppa in base alla necessità di incremento della propria goodness of fit.

Questa visione promuove quindi il concetto di pseudo-altruismo, che viene successivamente ripreso da molte teorie, come quelle psico-analitiche. Ciò porta ad un'indagine estremamente ridotta di tale costrutto, che viene condannato come totale forma di gratificazione personale e poco approfondito anche dal punto di vista teorico per tutti i primi anni del '900. Freud afferma in questo senso che la natura umana è prettamente edonistica e il suo obiettivo ultimo è la ricerca di piacere, con l'evitamento della sofferenza (Freud, 1917). Gli scritti di Anna Freud si sono poi focalizzati sul lato oscuro dell'altruismo e sui motivi egoistici che lo guidano, delineando il prodromo dell'attuale concetto di altruismo patologico. E' stata la psicologa stessa a introdurre il concetto di resa, surrender, altruistica (1937), che consiste nella gratificazione vicaria, tramite l'aiuto all'altro, da parte di colui che non riesce ad avere soddisfazione diretta dei suoi desideri istintuali.

Un altro approccio pseudo-altruistico è quello dell'apprendimento sociale di Albert Bandura (Bandura, 1977), che afferma che le nostre risposte morali sono acquisite tramite la legge

dell'assimilazione, ovvero l'interiorizzazione dei valori in seguito all'apprendimento osservativo. Questo processo si sviluppa a partire dalla prima infanzia, con l'osservazione e imitazione del modello parentale. Una teoria affine è quella normativa di Schwartz (1977) secondo cui ci sono tre influenze principali alla base dell'altruismo: l'intensità del dovere morale legato alle aspettative di gruppo e all'approvazione sociale, la struttura cognitiva di norme/valori e l'appropriatezza dei sentimenti di dovere morale. Le persone tendono ad aiutare gli altri se percepiscono questa azione come appropriata in base alle loro convinzioni sociali. In questa ottica si è quindi spinti all'altruismo in quanto lo si considera come uno dei tanti comportamenti che sono resi normativi, e quindi normalizzati, nella nostra società. Questo tipo di altruismo, a differenza di quello autonomo, include comuni atti di aiuto governati da mere risposte a rinforzi e punizioni sociali.

Altre teorie pseudo-altruistiche sono quelle dello Stadio di Kohlberg (1981), per cui gli individui attraversano diversi stati del proprio percorso di sviluppo etico, sulla base dei propri cambiamenti a livello cognitivo- strutturale. All'inizio si è principalmente orientati all'interesse personale, crescendo alcuni si limitano poi a sviluppare la mera motivazione a seguire le norme sociali. Altri invece, che hanno avuto un consistente sviluppo a livello etico, acquisiscono delle norme morali più universali. Tale maturità però, pur dipendendo in massima parte dalla maturazione del singolo, non potrà mai essere messa del tutto in atto se non si gode delle giuste influenze situazionali. I Modelli della riduzione dell'arousal di Murray, (Murray, 1964) affermano che quando un osservatore assiste alla sofferenza dell'altro questo causa nel primo un'attivazione emotiva negativa, che può essere ridotta tramite l'aiuto a colui che soffre. In questo senso la motivazione è data da auto-gratificazione e riduzione di distress provato da chi aiuta, per cui non si tratta di un gesto disinteressato. Una visione molto in linea con quella appena presentata è il Modello 'Effort-Reward Imbalance' (Piliavin et al., 1981), basato sulla stima dei costi e delle ricompense che derivano dall'aiuto. Di fronte all'arousal negativo il soggetto decide in che direzione muoversi in base al suo personale tornaconto.

Infine è presente, tra quelli pseudo-altruistici, il Modello Decisionale del Bystander (Latane & Darley, 1970), per cui la decisione di aiutare l'altro dipende da quattro fattori: identificazione di un cambiamento negativo per la vittima, consapevolezza che qualcuno ha bisogno di aiuto e assunzione di responsabilità personale, scelta del tipo di aiuto da fornire, decisione di agire. Se manca anche solo uno di questi fattori l'aiuto viene meno. Bisogna poi considerare l'influenza di fattori esterni, quali le caratteristiche fisiche/ sociali dell'am-

biente circostante, come la maggiore disponibilità all'aiuto nelle piccole città piuttosto che nelle metropoli, ma anche gli stati interni o il contagio emotivo con coloro che ci circondano. In quest'ultimo caso si parla di 'Bystander Effect' (Darley e Latané, 1968): quando si è in molti ad assistere all'episodio, rischia infatti di esserci diffusione di responsabilità e inibizione dovuta alla presenza di una 'audience', che blocca l'aiuto vero e proprio.

C'è però un'alternativa a tale visione negativa e per gran tempo dominante, presentata in tutti i modelli precedenti. Altrettanti teorici ritengono infatti che esista una forma di motivazione altruistica che è diretta unicamente a beneficio dell'Altro. Questo concetto è stato inizialmente descritto come 'benevolenza' e solo successivamente Comte ha introdotto il termine di altruismo come lo conosciamo oggi (Comte, 1852).

Parlando degli *approcci altruistici* facciamo quindi riferimento alle forme di aiuto oblativo, guidate da una spinta motivazionale rivolta al benessere altrui, che considerano i sentimenti di auto-gratificazione o riduzione di distress solo come prodotti secondari. L'altruismo non ha quindi in sé alcuna componente egoistica, perché queste due dimensioni hanno scopi antitetici e mai concomitanti. Secondo tale visione si può arrivare a definire sistematicamente i tratti della 'personalità altruistica': motivazione empatica, internalizzazione di norme comportamentali, tendenza all'empatia cognitiva e affettiva, capacità di role-taking, alto senso di giustizia, responsabilità sociale e ragionamento in chiave morale.

L'"altruismo vero e proprio" è perfettamente esemplificato dal concetto di altruismo autonomo (Rosenhan, 1970), una forma di aiuto incondizionato. Ciò è determinato da emozioni tanto forti da agire come triggers motivazionali, con immediata attenzione ai bisogni degli altri, senza alcun interesse per i propri. Le azioni di altruismo autonomo sono infatti molto rare, essendo caratterizzate sia da alto rischio che da alto costo, e non condizionate dalle norme sociali, tanto da poter essere considerate come gesti di eroismo. Tra i modelli altruistici rientra l'"Ipotesi del Mondo Giusto" (Lerner, 1981) in cui Lerner afferma che esiste una convinzione condivisa che viviamo in un mondo onesto e che le persone ottengono ciò che meritano. Lo psicologo amplia la sua teoria includendo anche la relazione con il tema dell'identità: il vero aiuto subentra quando percepiamo noi stessi come 'psicologicamente indistinguibili' dall'Altro, riprendendo da Hornstein il concetto di we-ness o senso del noi (Hornstein, 1972). Solo in questa condizione, se percepiamo che qualcuno è in difficoltà, ci impegniamo in attività identitarie come se fossimo in soccorso di noi stessi. Una teoria altruistica fondamentale è quella basata sull'Ipotesi dell'Empatia- Altruismo (Batson & Coke, 1981). L'empatia è opposta rispetto al distress personale, che tende a

provocare lo scatto egoistico. Questa coinvolge invece sentimenti di compassione e desiderio di sollevare qualcuno dalla sua sofferenza. La sua componente cognitiva dipende dallo stadio di sviluppo di colui che la prova: si passa dalla visione egocentrica del bambino, alla consapevolezza adulta che gli altri hanno le loro personali e distinte identità. Alla base dell'altruismo abbiamo quindi sia un movente intrinseco, l'empatia, che la consapevolezza cognitiva dell'Altro. L'altruismo, come anche la compassione, devono essere presenti in maniera moderata. Infatti questi avviano una risposta pro-sociale solo se non sono eccessivi, altrimenti si rischia che il soggetto cerchi di distogliere il più possibile l'attenzione da essi. Inoltre la vittima non deve essere ritenuta responsabile di ciò che le è accaduto, altrimenti scatta il meccanismo del victim blaming (Ryan, 1971). Tra i tre percorsi base che conducono all'aiuto, Batson teorizza quello associato alla motivazione altruistica come guidata dall'empatia (Batson, 1998). Questa via è caratterizzata da sette processi empirici: percezione dell'altro come in difficoltà- adozione della prospettiva altrui- attaccamento- empatia- motivazione altruistica- analisi dei benefici relativi. Ma tutte queste visioni sono spesso criticate in quanto troppo positivistiche: a livello biologico si può dimostrare che manipolazioni usate per elicitare la risposta di empatia portano anche all'incremento del senso di sovrapposizione Sé-Altro, con aumento del benessere egoistico di colui che aiuta.

Dalla presentazione delle due tipologie di modelli si può dedurre come una visione assolutistica, di un mondo tutto egoista o tutto altruista, sia anacronistica e pragmaticamente limitante. Un esempio di tale necessità di moderazione si ha anche nel rapporto clinico-paziente, come viene descritto nel volume "Evoluzione della tecnica nel colloquio psicodinamico: un percorso storico" (2010) di Diego Rocco e Andrea Montorsi. Un professionista competente deve necessariamente utilizzare la propria capacità empatica come strumento di lavoro, per evitare giudizi precoci e rigide etichette diagnostiche. Allo stesso tempo, un eccessivo coinvolgimento altruistico creerebbe un'alleanza instabile e transitoria. In questo senso il setting è un luogo protetto, in cui il paziente può scaricare le proprie tensioni nevrotiche senza che queste siano rigettate né contro-agite, ma resta tale solo se si mantiene una moderata quota di ingaggio emotivo. Il clinico deve quindi tutelare non solo se stesso ma anche e soprattutto il paziente e l'alleanza terapeutica, tramite una serie di regole, in primis quella della frustrazione. Tali forme di contenimento relazionale sono ampiamente presentate nel celebre testo, "Tecnica del colloquio" (Semi, 1985).

1.3) Un nuova visione: la malattia del “sentire troppo”

E' quindi indispensabile promuovere una visione integrata, partendo dalla ri-definizione del concetto di Altruismo e prima ancora di Empatia. Questa è la capacità di inferire lo stato affettivo di un'altra persona generando uno stato isomorfo nel sé, con la consapevolezza che la causa di tale stato affettivo è l'altro (Singer, 2004). Questo costrutto viene inizialmente studiato, a partire dagli anni '50 del Novecento, dagli esponenti della Psicoanalisi, tra cui annoveriamo la Klein, Lewin (1936), Sullivan (1929). La funzione empatica è essenziale dato che non esistono individui intrapsichici (Zidarich, 2016) e il mondo è relazione, come dimostrano anche le teorie scientifiche più recenti. Basti pensare alla scoperta dei neuroni specchio, rilevati da Rizzolatti nelle scimmie, che si attivano sia quando il soggetto compie un'azione, che quando la vede compiere (Rizzolatti, 2005). Vari studi dimostrano come una buona funzione empatica sia fondamentale per una vita sociale e una strutturazione identitaria soddisfacenti. Inoltre il DSM-5 (APA, 2013) annovera il requisito di una funzionalità sociale positiva, tra quelli indispensabili per un'adeguata salute psichica. Simon Baron-Cohen (2011), colloca il costrutto su vari livelli di una 'curva empatica', a ciascuno dei quali è associata una differente modalità relazionale. A un estremo si ha il livello 0, che corrisponde al disturbo di personalità antisociale. Dal lato opposto della curva a campana, passando attraverso diversi gradi di empatia, si arriva al livello 6, caratterizzato da eccessivo sbilanciamento verso l'Altro. Lo studioso si limita però a considerare come patologico solo il versante della totale assenza di empatia. Questo limite è concorde con la generale tendenza sociale a sottovalutare le difficoltà di chi ha alti livelli di empatia, tradizionalmente associati a fenotipi relazionali positivi e a persone dalle spiccate doti altruistiche. Ma studi più recenti ci suggeriscono che 'sentire troppo' non vuol dire necessariamente 'sentire meglio'. L'esposizione eccessiva a ricevere l'emozionalità altrui è una condizione meno deplorabile sul piano morale, ma altrettanto prognostica di sofferenza su quello interpersonale (Zidarich, 2016).

Lo psicoterapeuta e pediatra Winnicott (1965) studia tale fenomeno all'interno della relazione madre-bambino. Egli descrive come, nei primi mesi di vita del bimbo, la caregiver presenti una sensibilità empatica sopra la media, con eccezionale sintonizzazione nella ricezione dei bisogni. Tale condizione viene descritta dallo psicologo come “preoccupazione materna primaria” ed è per certi versi associabile ad una forma, seppur transitoria, di patologia. Il termine, di per sé forte, di malattia è inteso nel senso di una condizione che, per quanto naturale e adattiva, richiede un enorme dispendio psicologico alla figura materna. Winnicott sottolinea quindi come sia indispensabile che tale condizione resti nei

marginari della transitorietà, altrimenti si rischia di deficitare la relazione e i singoli membri della diade. Una madre eccessivamente centrata sulla sintonizzazione, si proietta troppo verso l'Altro e ciò potrebbe portare nei casi peggiori a quadri psicotici, incentrati su profili di non differenziazione. Si instaura quindi una relazione etero-sbilanciata e simbiotica, inabilitante per il successivo sviluppo identitario e sociale del piccolo (Tambelli, 2017)

Tale innovativa visione, per cui anche 'sentire troppo' rientra nel versante patologico, può essere ampliata dalla relazione duale madre-bambino a tutte le altre dinamiche interpersonali. Questa ipotesi trova conferma anche in ambito neuro-scientifico. Ad esempio, un recente studio di Spengler sull'autismo confuta la concezione comune di esso come un sistema mirror deficitario. Tale condizione viene descritta approfonditamente nell'articolo della sopraccitata autrice, 'Hyperimitation of actions is related to reduced understanding of others' minds in autism spectrum conditions' (2010). Si attesta, al contrario della concezione comune, un'attivazione eccessiva e non sufficientemente inibita: la persona con autismo non è quindi incapace di sentire l'altro ma, al contrario, di non sentirlo e di silenziare il suo sistema-specchio. Si trova quindi continuamente eccitata dagli stimoli esterni e, nella necessità di proteggersi, mette in atto manovre impegnative e poco adattive di etero-regolazione e abbassamento della tensione. "Anche le stereotipie tipiche del disturbo, tra cui ecolalie e ecoprassie, sono il risultato di un uso non regolato della tecnica di apprendimento simulazionista, con mirror iperattivo" (Zidarich, 2016). I risvolti negativi dell'empatia si vedono quotidianamente nella comorbidità con varie patologie e con il funzionamento maladattivo in generale. Introduciamo quindi il tema dell'altruismo patologico, fulcro della trattazione, di rilevanza centrale perché permette di superare il dibattito classico tra pseudo-altruismo e altruismo vero e proprio.

1.4) Definizione di altruismo patologico

L'altruismo patologico indica una serie di comportamenti, attuati con delle intenzioni benevole e genuine, ma che hanno come risultato finale un'azione svantaggiosa per gli altri o per sé, con esiti oggettivamente e prevedibilmente negativi. Si tratta cioè di "gesti considerati come pro-sociali da parte di chi li mette in atto, ma che hanno poi degli esiti obiettivamente antisociali da un punto di vista esterno, con una significativa dissonanza tra i risultati desiderati e quelli ottenuti". Tale definizione viene proposta nel testo "Altruismo patologico" di Barbara Oakley et al. (2012), cui faremo riferimento durante l'intera trattazione.

La prima citazione, nota in letteratura, del concetto di altruismo patologico è stata fatta nel 1984 da Nancy McWilliams nel paper "La psicologia dell'altruista". L'argomento ha ricevuto una considerazione più onnicomprensiva, a livello psicoanalitico, nel saggio

“Altruismo normale e patologico” (2001) di Beth Seeling e Lisa Rosof, secondo cui l'altruismo scaturisce almeno in parte da impulsi masochistici. Le due autrici non si limitano a riprendere quest'ipotesi psicoanalitica ma la approfondiscono, sostenendo che c'è una netta differenza tra proto-altruismo, sano ed innato, e altruismo patologico.

Quest'ultimo ha un'incidenza molto precoce e può essere osservato fin dai primi processi di sviluppo della personalità. Molti studi sui gemelli, tra cui quello condotto nel 2006 da Knafo e colleghi, mostrano come la rilevazione di tendenze eccessivamente altruistiche in soggetti di 3 anni sia già predittiva dello sviluppo dell'altruismo patologico nel successivo arco di vita (Knafo et al., 2006). I fattori che correlano maggiormente sono alto comportamento pro-sociale e bassa auto-realizzazione: i soggetti interessati si collocano infatti nell'ottantesimo percentile per quanto riguarda la prima dimensione e nel ventesimo percentile per la seconda. Di 2496 bambini, settantatré (il 3%) soddisfano entrambe queste condizioni e sono quindi ascrivibili al gruppo dei 'futuri altruisti patologici', indicando un'incidenza non irrilevante all'interno della giovane popolazione campionaria. Questi bambini mostrano un temperamento diverso dagli altri: si dedicano meno ad attività estreme e sono invece più coinvolti in quelle sociali. L'altruismo patologico può apportare dei benefici all'adattamento dei bambini, con buone abilità sociali e bassi livelli nei problemi di condotta e oppositivo-provocatori. Ma è altrettanto importante considerare le conseguenze negative, tra cui alti livelli nelle scale di sintomi emozionali, incluse preoccupazione, infelicità, paura, nervosismo e somatizzazione.

1.5) Comportamenti tipici dell'altruismo patologico

Sono tanti i comportamenti tipici di patologie altruistiche, con risvolti rilevanti non solo dal punto di vista psicologico ma anche psichiatrico, neuro-scientifico e sociale. Tra questi si riscontrano anche dinamiche comuni, che spesso tolleriamo e anzi normalizziamo. Basti pensare alla diffusissima condizione di iper-genitorialità², ovvero il controllo eccessivo delle figure parentali sulla vita dei propri figli. Non si tratta solo della minuziosa programmazione delle loro attività, ma più in generale della mancata concessione di ogni forma di autonomia. Tale fenomeno viene sinteticamente descritto con il termine di 'genitori elicottero', introdotto nel 1990 dagli autori Foster Cline e Jim Fay, nel libro 'Parenting with Love and Logic: Teaching Children Responsibility' (1990). Ritorna qui a pieno il concetto winnicottiano della dinamica genitoriale come malattia transitoria, con la creazione di relazioni simbiotiche e a lungo andare inabilitanti per la maturazione del giovane.

Un'altra comune casistica, ascrivibile all'altruismo patologico, è la 'Sindrome della croce-rossina' o 'Sindrome di Wendy', termine introdotto dallo psicologo Dan Kiley nel testo "The Wendy dilemma: When women stop mothering their men" (1984). L'autore la descrive come un insieme di comportamenti, accudenti e protettivi, tesi a compiacere, gratificare e giustificare l'altro, anche a costo di sacrificare i propri bisogni. Tale concetto è stato studiato poi da altri esperti, i quali hanno apportato delle modifiche sostanziali: innanzitutto, a differenza di quanto facesse Kiley, la sindrome è considerata come indipendente dal genere del soggetto. Inoltre non è più solo circoscritta ai rapporti amorosi in senso stretto, ma in generale legata ad un'ampia gamma di dinamiche relazionali. L'ipotesi eziologica più accreditata fa riferimento a particolari esperienze infantili, con conseguente attaccamento atipico. Spesso ciò comporta un'inversione di ruolo nella dinamica genitore-bambino, con la precoce adultizzazione di quest'ultimo (Hill, 2017). Si ha quindi l'interiorizzazione di un'eccessiva preoccupazione nei confronti dell'Altro, riportata poi come modello operativo interno anche nelle interazioni successive, con la creazione di radicate credenze patogene. Un altro atteggiamento tipico di questo costrutto è l'altruismo parrocchiale (Bernhard et al., 2006): la tendenza a comportarsi in modo altruistico solo nei confronti dei membri del proprio gruppo e ostile verso l'out-group, che costituisce quindi una forma di generosità direzionata e mai del tutto oblativa. Oltre a queste casistiche, più concrete e quotidiane, ci sono delle altre estremamente complesse, quali co-dipendenza, estremo narcisismo, martiri suicidari e genocidi di massa. Trattandosi però di situazioni più rare e strutturate sarà necessario approfondirle più avanti nel corso della trattazione, nelle loro caratteristiche e fattori causali correlati.

CAPITOLO 2: FATTORI CONCOMITANTI E DISCRIMINANTI

2.1) La complessità eziologica: tra fattori genetici e cerebrali

Sulla base delle osservazioni precedenti notiamo come il continuum dell'altruismo patologico sia molto differenziato e il concetto di vittima sfumi: l'altruista patologico può essere vittima, carnefice o una combinazione delle due dimensioni (Turvey, 2009). Da questa prospettiva emerge già la complessità eziologica del costrutto che ci accingiamo a trattare. I fattori causali, come anche le dimensioni concomitanti/ discriminanti, sono molteplici e la loro specifica valenza cambia sulla base di autori e prospettive specifiche.

Per quanto riguarda i *fattori genetici*, gli studi scientifici non sono ancora arrivati a fornire risposte univoche; le ricerche più recenti si sono focalizzate sui markers genetici correlati. Le scale self-report sottoposte a gemelli eterozigoti, per misurare l'ereditabilità del costrutto, danno risultati contraddittori con un'ereditabilità dallo 0 al 50% (Koenig et al., 2007). Lo studio più significativo al riguardo (Wallace, Cesarini, Lichtenstein & Johansson, 2006) mostra che il 40% delle scelte altruistiche può essere spiegato da effetti genetici. Un successivo studio israeliano (Knafo, Israel, Darvasi, Bachner-Melman et al., 2008) mostra l'associazione tra la generosità e il polimorfismo del gene recettore della vasopressina AVP1a. Inoltre varianti dei recettori dell'ossitocina sono associate a empatia e comportamenti prosociali (Ebstein, Israel, Lerer, Shalev et al., 2009). La distruzione della funzione serotoninergica 5-HT, attraverso la deplezione del triptofano, altera selettivamente la reazione all'ingiustizia. L'attenzione altruistica viene incrementata anche dalla riduzione dei livelli basali di androgeni. L'ereditabilità del costrutto dell'altruismo trova fattori causali anche nei geni DRD4, IGF2 e DRD5 (Asbury, Dunn & Pike, 2003). Lo studio neurobiologico di ormoni e correlati neurali ha permesso considerevoli progressi, con possibili approfondimenti futuri anche grazie all'ausilio del neuroimaging.

Tra i *fattori cerebrali*, una prima area coinvolta è l'amigdala, implicata nella rappresentazione di emozioni negative in risposta a stimoli avversivi. Un'altra zona centrale è il lobo temporale anteriore, implicato nei processi di attribuzione di significato sociale agli eventi (Moll et al., 2005). E' coinvolta anche l'insula, la corteccia sensoriale del sistema limbico, che viene attivata da stimoli emozionali quali distress o sofferenza (Jackson et al., 2005). Se queste aree, alla base della regolazione del distress emozionale, sono eccessivamente recettive alle stimolazioni esterne, l'individuo sperimenta livelli di distress empatico al di sopra della norma e quindi disfunzionali, fino allo sviluppo dell'altruismo patologico. Altre

aree cerebrali fondamentali sono quelle che regolano la produzione di emozioni prosociali. La prima di queste è la corteccia cingolata subgenuale, che si attiva con il senso di colpa (Zahn et al., 2009). E' rilevante anche la porzione anteriore della corteccia mediale prefrontale, legata alla produzione di sentimenti quali compassione e auto-sacrificio. Infine, nell'elicitazione di emozioni prosociali, si attiva il circuito mesolimbico della ricompensa, a dimostrazione del fatto che si ha un rinforzo innato (Moll et al., 2006).

2.2) Intreccio eziopatogenico tra fattori cognitivi e culturali

L'altruismo patologico non è necessariamente una condizione di interesse clinico in sé, ma si tratta nella maggior parte dei casi di un campanello d'allarme per sottostanti condizioni patologiche. Funge infatti da meccanismo di difesa in quanto, tramite i processi di *distorsione cognitiva*, permette di mantenere uno stato di omeostasi emotiva, riducendo la consapevolezza e la successiva sofferenza provocata da eventi potenzialmente dolorosi o dannosi per la nostra quiete psicologica (Bowins, 2004). Alla base dell'altruismo patologico ci sono infatti azioni/reazioni basate sull'accesso incompleto o sull'inabilità di processare un'ampia gamma di informazioni provenienti dall'ambiente interno ed esterno. Innanzitutto l'alto coinvolgimento empatico, mediato dal senso di colpa patologico, porta al disturbo altruistico. Un sottotipo particolare di 'Empathy-Based Guilt', il 'Survivor Guilt', teorizzato per la prima volta come costruito specifico da Modell nel 1965 (Modell, 1965) dipende infatti da un'erronea attribuzione causale. Consiste nella falsa convinzione che il proprio successo e benessere possano essere una fonte di sofferenza per gli altri. In questo senso si percepisce di aver causato problemi all'altro o di avere il dovere morale di aiutarlo, anche senza gli strumenti necessari (O'Connor et al., 1999). I soggetti con alto 'Survivor guilt' hanno attribuzione interna degli insuccessi ed esterna dei successi, senza prendersi alcun credito per i propri meriti. Ciò porta a derive patologiche e rischia di innescare una dinamica di impotenza appresa (Seligman, 1972). Il 'Survivor Guilt', positivo a livello evolutivo in quanto aumenta la fitness gruppale tramite la cooperazione, diminuisce il benessere del singolo (O'Connor et al., 2007). Infatti l'eccessivo senso di colpa rientra tra i criteri diagnostici di vari disturbi del DSM-IV-TR (APA, 2000) tra cui disturbi d'ansia, disturbo ossessivo compulsivo (OCD) e disturbo post traumatico da stress (PTSD). La correlazione più forte si attesta però con la depressione, caratterizzata da ruminazione auto-biasimante.

L'alto livello di empatia non è necessariamente un fattore di rischio per la depressione, ma lo diventa, se legato a tendenze biologiche alla depressione e/o ambienti familiari caratte-

rizzati da sofferenza genitoriale, con depressione del caregiver o discordie coniugali (Zahn-Waxler, 2002). In tali casi di attaccamento insicuro-invischiato si determinano infatti dinamiche di inversione dei ruoli. Questi effetti, come anche l'altruismo patologico in generale, si riscontrano soprattutto nei soggetti di genere femminile. Coerentemente numerose teorie psico-sociologiche dimostrano come in generale le donne tendano a focalizzarsi più degli uomini sui bisogni altrui (Gilligan, Rogers & Tolman, 1991). Un altro fattore è la 'Pathological Certitude' (Burton, 2008) ovvero la profonda convinzione che le proprie azioni siano moralmente corrette e al servizio di un bene ultimo. Ciò attesta la presenza di due sistemi di conoscenza: quello conscio, empiricamente verificabile, e quello inconscio, mediato da sensazioni mentali. Quest'ultimo viene definito da William James (1890) come 'conoscenza percepita' ed è legato al senso di comprensione che ricaviamo pur senza la consapevolezza cosciente. Ciò ha una controparte neurobiologica, nell'attivazione del sistema mesolimbico della dopamina (Shidara & Richmond, 2002). In questo senso la percezione di certezza crea uno stato psicologico associabile alla dipendenza (Burton, 2008). Coerentemente, Crocker e Canevello (2008) affermano che abbiamo due sistemi: uno intuitivo, che porta a scelte più veloci ma spesso grossolane ed emozionali, e uno cognitivo-razionale che, pur di sostenere l'euristica iniziale, distorce prove e trascura evidenze successive. Questo determina l'effetto Einstellung' (Luchins, 1942), ovvero il pregiudizio cognitivo che ci spinge ad applicare soluzioni conosciute, impedendoci di esplorare idee alternative. Si tende quindi a razionalizzare, anziché correggere, le proprie convinzioni iniziali e incomplete, attivando il processo del bias di conferma³.

A riguardo, Simon Baron-Cohen propose nel 2009 la rilevante teoria dell' 'Empatizzazione-Sistematizzazione' (E-S). Egli affermò che gli individui oscillano nelle loro scelte tra due poli: quello dell'empatizzazione e quello della sistematizzazione (Baron -Cohen, 2009). Approfondendo questa teoria, si può notare come gli altruisti patologici rientrano, tra i cinque tipi di mente teorizzati da Baron-Cohen, nel 'Tipo E estremo' (E >>S). Si tratta di soggetti con livelli di empatia al di sopra della media e con difficoltà nei compiti di sistematizzazione. I poli E ed S sono a loro volta correlati a due regioni cerebrali differenti, rispettivamente le regioni destre prefrontali e quelle dell'emisfero sinistro (McGilchrist, 2010). Secondo tutte queste evidenze, è quindi necessario controbilanciare il grado di empatia, notevolmente alto nell'altruismo e nel suo versante patologico, con la consapevolezza oggettiva e il controllo decisionale (Madhavan & Oakley, 2012).

Per quanto riguarda *i fattori culturali*, ci sono alcune caratteristiche dell'altruismo patologico relativamente consistenti tra varie culture ma anche altrettante variazioni di sfumature.

La difficoltà sta nell'associazione tra caratteristiche genetiche, universalmente riscontrabili, e concetti morali quali 'bene' e 'altruismo', che variano drasticamente da una concezione culturale all'altra. Il rischio è infatti quello, come si fa per una vasta gamma di temi, di generalizzare come unica possibile la concezione occidentale, ignorando gli altri dati etnografici. E' quindi necessario un processo di decostruzione dei significati, tramite il ricorso alla 'facoltà morale umana' (Hauser, 2006). Dagli studi neuro-scientifici tramite risonanza magnetica (MRI) e risonanza magnetica funzionale (fMRI) ci sono delle aree neurali che sono maggiormente correlate al ragionamento morale (Moll & Schulkin, 2008). Jorge Moll assume quindi che ci sia una consistenza del ragionamento morale tra vari contesti culturali, con l'attivazione di stesse aree cerebrali quando vengono presentati specifici problemi morali. Egli non considera però le numerose differenze inter-culturali, partendo dal fatto che già nella traduzione tra lingue ci sono inevitabilmente delle variazioni a livello semantico. Studi più recenti attestano invece l'influenza di due ambienti: il contesto culturale e quello di sviluppo neuronale (Chiao & Ambady., 2007). Quest'ultimo permette la sistematizzazione e l'integrazione dei valori appresi in comportamenti e attitudini relazionali stabili. Tali ambienti interagiscono negli individui e generano concezioni, idiosincratiche ma sempre culturalmente determinate. In tale senso anche l'altruismo patologico, ovvero l'insieme di comportamenti che varia dalla norma predefinita, deve essere considerato come un prodotto interattivo tra biologia e influenza contestuale. Un esempio di tale necessità sta nella contrapposizione tra lo stile collettivista delle società orientali e quello individualista del mondo occidentale (Doi, 2001), con le conseguenti differenze a livello di valori culturali e visione di sé in relazione all'alterità. Il modo in cui le persone definiscono sé stesse e le loro relazioni, riguarda il proprio stile 'self construal' [costrutto di sé], sempre basato sulla cultura (Markus & Kitayama, 1991). I due stili sopracitati, individualista e collettivista, sono differenti modalità di 'self construal'. Tali valori culturali influenzano il grado con cui le persone sono disposte ad empatizzare e prestare aiuto, con maggiore predisposizione all'altro nelle culture di stampo collettivista (Wu & Keyser, 2007). In linea con la teoria della 'co-evoluzione tra cultura e geni', di stampo epigenetico, (Lumsden & Wilson, 1981) si ritiene che quando un tratto socio-culturale è adattivo, la selezione genetica attiva il raffinamento dell'architettura cognitiva e neurale responsabile dell'immagazzinamento e trasmissione di tale capacità (Boyd & Richerson, 1985). Chiao e Blizinsky (2009) attestano un'applicazione della teoria della 'co-evoluzione cultura-geni' nel legame tra stile self-construal e il gene trasportatore della serotonina. Infatti i due ricercatori dimostrano la correlazione tra determinati comportamenti sociali e le frequenze alleliche del trasportatore della serotonina collegato alla regione polimorfica v (5-HTTLPR). Ci sono due possibili versioni alleliche,

corta (S) e lunga (L), correlate rispettivamente allo stile collettivistico e individualistico. La presenza dell'allele S è strettamente legata all'attivazione di aree centrali per il comportamento emozionale, quali l'amigdala (Hariri et al., 2002), e alla riduzione di comportamenti d'ansia e di umore instabile. Si dimostra quindi geneticamente come la predisposizione collettivistica favorisca un funzionamento adattivo e 'anti-psicopatologico'. In studi successivi si riscontra che tali individui abbiano un maggiore bias attentivo per le parole negative (Beevers, Gibb & McGeavy, 2007) e mostrino quindi maggiore attivazione alle espressioni avverse dell'altro. Per questo, indipendentemente dalla presenza di alcuni fattori relativamente permanenti -quali condizioni di genere, povertà e status socio economico- non si può parlare di fattori trasversali stabili nell'eziologia dell'altruismo patologico. Le differenze non sono infatti solo inter-culturali ma anche, come ci accingiamo a presentare di seguito, intra-culturali e prettamente dovute alle *caratteristiche individuali*.

2.3) Le differenze individuali: Nuove scale di misura per l'Altruismo Patologico

Molti nuovi studi si concentrano sulla costruzione di scale innovative ed adeguate, con indagini psicometriche e analisi fattoriali esplorative (confirmatory factor analysis, CFA). Tra questi citiamo lo studio di Kaufman e Jauk (2020), volto alla misurazione di due forme paradossali di Egoismo, il Sano Egoismo (HS) e l'Altruismo Patologico (PA). Nei due studi (N1 = 370, N2 = 891), di sviluppo e validazione, gli autori ottengono buona coerenza interna, oltre che validità, affidabilità e una chiara struttura a due dimensioni. In particolar modo le analisi sulla validità sono centrali perché sottolineano la natura paradossale di entrambi i costrutti, mostrando come l'egoismo non sia necessariamente del tutto negativo né l'altruismo del tutto positivo. I risultati dei due studi correlazionali, che presentiamo di seguito, confermano le ipotesi dei due ricercatori sui fattori legati al costrutto indagato.

Le prime correlazioni studiate sono quelle con il '*Five-Factor Model*' (FFM, McRae & Costa, 1997), in cui ognuno dei 60 poli e delle 30 sfaccettature ha sia delle varianti adattive che maladattive. Risulta che il PA correli positivamente con il 'nevroticismo' e negativamente con la 'gradevolezza', di cui il costrutto dell'altruismo rappresenta una sfaccettatura. In questo senso l'altruismo patologico è ascrivibile al Disturbo di Personalità Dipendente (DPD) in quanto rientra nei criteri di 'disponibilità a sottomettersi al valore altrui, anche se le richieste sono assurde' e 'tendenza a sacrifici estremi o tolleranza verso forme di abuso verbale, fisico o sessuale' (APA,2000, DSM-IV-TR). L'altruismo patologico ha poi un'associazione non statisticamente significativa con la 'coscienziosità' (Widger, Costa & McCrae, 2002) ed è quindi indipendente dalle capacità cognitive del soggetto. Tale consapevolezza

ha conseguenze anche a livello clinico: l'intelligenza non è un fattore protettivo, in quanto non garantisce ragionamenti più equi o veritieri, ma al contrario aumenta la capacità di argomentare i propri pensieri, anche quelli più disfunzionali.

Per quanto riguarda i *costrutti interpersonali*, l'altruismo patologico non risulta correlato alla 'Light Triad Scale' (Johnson, 2018), che misura empatia compassione e altruismo. Rispetto alle scale di 'Interpersonal Circumplex', (Leary, 1957) il PA, in accordo con la natura tipicamente paradossale del costrutto, non ha una chiara associazione con un singolo stile interpersonale. Ciò viene giustificato dagli autori con il fatto che il PA è teoricamente associato a carenze di 'agency personale' (Bandura, 2000) piuttosto che interpersonale, dimensione che viene appositamente misurata nell' 'Interpersonal Circumplex'.

Il costrutto dell'altruismo maladattivo è stato ulteriormente indagato nella sua associazione con la *'vittimizzazione'*, intesa come il grado con cui la vittima facilita l'avvenire di un crimine contro di lei (Karmen, 2004). Homant e Kennedy (2010), tramite uno studio esplorativo, trovano delle correlazioni tra vittimizzazione e altruismo, ma solo per quanto riguarda la componente rischiosa di esso ('risky altruism', $r=0.37$). In un successivo follow up, gli stessi ricercatori (Homant & Kennedy, 2013) riscontrano tra i fattori predittivi del 'Risky altruism', i tratti di personalità di 'Apertura mentale' ed 'Estroversione' (McRae & Costa, 1997), con forti associazioni in particolare con la sfaccettatura dell' 'Impulsive Sensation Seeking' (ISS, Csikszentmihalyi, 1975). In accordo con le ipotesi iniziali, l'AP risulta moderatamente correlato con il costrutto generale del narcisismo, per via della sua forte correlazione positiva con il *'vulnerable narcissism'* (Kaufman et al., 2018). Questo è definito come un profondo senso di vergogna associato al desiderio nascosto di esibire se stessi e i propri bisogni in maniera eclatante e grandiosa (Cain et al., 2008). Essendo l'associazione così significativa Kaufman e Juak hanno indagato più nello specifico il legame con le singole sub-scale del 'Five-Factor Narcissism Inventory' (FFNI, Glover et al, 2011), un nuovo strumento di misurazione self-report che misura i tratti associati al disturbo di personalità narcisistico (NPD), al narcisismo 'grandiose' e 'vulnerable' dal Five-Factor Model (FFM). Si è osservato che le associazioni più significative sono tra il PA e le sub-scale 'bisogno di ammirazione' ($r = 0.53$, $p < 0.001$), 'vergogna' ($r = 0.47$, $p < 0.001$) e 'supponenza' ($r = 0.36$, $p < 0.001$). Rispetto al Narcissistic Personality Inventory (PNI, Raskin & Hall, 1979), l'altruismo patologico ha correlazioni consistenti con la scala di 'Self-Sacrificing Self-Enhancement' ($r = 0.45$, $p < 0.001$). Il costrutto ha invece una correlazione negativa, anche se poco significativa, con la 'mancanza di empatia' ($r = -0.10$, $p < 0.001$). Ciò è in accordo con l'ipotesi di studio, per cui l'AP mostra scarse correlazioni con il 'grandiose

narcissism' (Malesza & Kaczmarek, 2018), legato a motivazioni egoistiche e malsane, quali lo sfruttamento altrui.

Un'ulteriore ipotesi di ricerca suppone correlazioni positive tra altruismo patologico e alti livelli negli aspetti comunitari del narcisismo (Pincus et al., 2009), tra cui in particolare il '*communal narcissism*' (rPA, communal = 0.29, $p < 0.001$). Questo può essere definito come la tendenza individuale a soddisfare i propri bisogni di grandiosità, autostima e potere tramite azioni comunitarie (Gebauer et al., 2012). Può essere contrapposto all'*agentic narcissism*, che trova gratificazione personale tramite azioni individuali ed egocentriche. Si ipotizza inoltre che correli con il costrutto dell'*'unmitigated communion'* (Fritz & Helgeson, 1998). Il termine, introdotto da Bakan (1966), è definito come la preoccupazione eccessiva nei confronti dell'Altro e la tendenza a porre i bisogni altrui prima dei propri. In particolare si ipotizza che l'altruismo patologico abbia significative correlazioni positive con la dimensione self-oriented del costrutto dell'*unmitigated communion*. Fritz e Helgeson (1998) dimostrano proprio come i soggetti con punteggi più alti in *Unmitigated communion* abbiano più elevati livelli di distress psicologico, pensieri intrusivi e problemi compulsivi nelle interazioni sociali. Per studi più approfonditi sul legame con l'*unmitigated communion*, Kaufman e Jauk (2020) creano delle analisi di validità incrementali grazie a modelli di regressione e indagano, tramite sette item specifici, la correlazione tra PA e motivazioni dell'aiuto. Da questi risulta che l'altruismo patologico ha una buona correlazione positiva con gli item che valutano il legame tra aiuto e motivazioni egoistiche (e.g., "La ragione principale per cui aiuto gli altri è quella di ottenere la loro approvazione"). Alla base si hanno infatti motivazioni approach-driven (ottenere l'approvazione) o avoidance-driven (evitare il rifiuto). Entrambe queste tipologie di motivazione possono essere definite egoistiche perché correlano maggiormente con la forma '*self oriented*' di *unmitigated communion*, piuttosto che con quella '*other-oriented*' e in questo senso sono strumentali e dirette al sé. Il PA correla invece meno con gli item che hanno come motivazioni dell'aiuto crescita personale e soddisfazione intrinseca (e.g., "La ragione principale per cui aiuto gli altri è il desiderio di crescita personale"). Queste osservazioni sono coerenti con la buona correlazione tra PA e due item della stessa scala che misurano il comportamento altruistico '*overly nurturant*', potenzialmente dannoso, in quanto '*other-harming*' (e.g., "Le persone mi dicono di smettere di aiutarle, perché sono sopraffatte delle mie costanti attenzioni"). Gli autori riscontrano inoltre la chiara associazione con degli *antecedenti infantili*, tra cui in particolare la tendenza precoce a sostituire i propri bisogni con quelli degli altri, familiari, ambientali o culturali. Si nota eccessiva volontà/ necessità di adesione all'altro: che sia

una madre estremamente perfezionista o centrata su di sé o standard socio-culturali sull'immagine corporea (Bachner-Melman et al., 2009). Secondo una prospettiva dello sviluppo, gli altruisti patologici tendono infatti a dirigere perennemente la propria attenzione all'altro e ad anticipare i suoi bisogni, per via dell'insoddisfazione di un proprio bisogno primario. Si tratta del mancato rispecchiamento delle proprie necessità nelle figure di riferimento primarie, definito come 'Archaic grandiosity' (Kohut, 1971). Kohut afferma che se questo bisogno non è soddisfatto, il soggetto sviluppa un'eccessiva dipendenza dalla responsabilità altrui, con senso di autostima precario ed esocentrico e compromissione dello sviluppo adattivo-relazionale. Se il genitore non trasmette tramite la relazione primaria di attaccamento (Bowlby, 1982) queste capacità, il bambino non acquisisce le doti di autoregolazione e regolazione interpersonale. Nel caso in cui il caregiver non sia abbastanza sensibile e recettivo, il 'circolo della sicurezza' viene meno e si instaurano dinamiche insicure e di disorganizzazione (Cooper, Hoffman & Powell, 1998), con sviluppo di un Falso Sé (Winnicott, 1965). Come risposta compensativa, il bambino può mettere in atto strategie di evitamento e tentativi di auto-regolazione. Cresce con un senso di vergogna nei confronti del proprio desiderio di essere visto e valorizzato e sviluppa dinamiche malsane di dipendenza, pur cercando di limitarla. La risposta più comune consiste nella completa chiusura del soggetto rispetto all'altro, con la creazione di una facciata di auto-sufficienza e uno stile meno impegnativo possibile (Tambelli, 2017). Ciò comporta però un estremo dispendio cognitivo ed emotivo, oltre che sentimenti negativi quali rabbia, frustrazione e risentimento. L'alternativa a questa totale chiusura consiste nell'instaurazione di dinamiche di *co-dipendenza*, altrettanto dannose (Oakley et al., 2012). Si tratta dell'ingaggiamento in una relazione disfunzionale, con l'esasperata necessità di continuare la dinamica. Una delle più grandi autrici sul tema, Beattie (1987), afferma che il confine del versante patologico è da riscontrare nella perdita del senso di sé, con totale abbandono alla volontà altrui. Cermak propone come criteri basi di un ipotetico Disturbo di Personalità Codipendente il continuo investimento nel controllo della dinamica relazionale e il senso di responsabilità nella soddisfazione dei bisogni altrui, a discapito dei propri (Cermak, 1986). Comunque il termine 'codipendenza' o altri della sua area semantica non sono neanche citati nel DSM-IV-TR (APA, 2000) e tale mancata operazionalizzazione rende più complesso il riconoscimento di validità del costrutto stesso (Stafford, 2001). La co-dipendenza può essere descritta come una risposta empatica disfunzionale, per via dell'incapacità dell'enabler - letteralmente 'persona che permette di fare qualcosa' - di tollerare ogni forma di affettività negativa legata al soggetto da cui dipende. Con i suoi costrutti fondanti di 'focus esterno' e

'self-sacrifice', si ipotizza che essa abbia forti correlazioni con l'altruismo patologico e basi evuzionistiche-genetiche in comune.

Infine, per via della natura patologica del costrutto, Kaufman e Jauk (2020) hanno ipotizzato che l'AP correli con vari problemi psicologici, tra i quali in particolare bassi livelli di autostima e soddisfazione personale e alti livelli di depressione, tutti rientranti nello spettro di *funzionamento maladattivo*. Approfondendo questo costrutto, l'altruismo patologico presenta associazioni positive con la paura di 'perdita di controllo' ($r = 0.21, p < 0.001$), 'perdita di vicinanza emotiva' ($r = 0.20, p < 0.001$) e 'rifiuto' ($r = 0.15, p < 0.001$). Per studi più specifici gli autori creano delle analisi di validità incrementali grazie a modelli di regressione. Al terzo livello, che influenza tutti gli altri in maniera gerarchica, si ha il costrutto dell'altruismo patologico. Agli altri due livelli ci sono rispettivamente i tratti del FFM e i tratti di 'unhealthy selfishness, self-/other-oriented unmitigated communion, and communal narcissism'. Da questi risulta che il PA è un ottimo predittore di molti disturbi, oltre che di depressione e preoccupazione, tra cui i Disturbi del comportamento alimentare (DSM-IV-TR, APA, 2000). La Selflessness Scale (Bachar et al., 2002) misura la tendenza a rinunciare ai propri bisogni per preservare gli interessi altrui. Questa mostra come l'altruismo patologico sia predittivo dei Disturbi del comportamento alimentare, con una sensibilità dell'82% e una specificità del 63%. Dalle descrizioni stesse dei pazienti, sulla base di analisi retrospettive, risulta infatti che queste persone si sono sempre sentite incoraggiate a dedicarsi agli altri, da parte del loro ambiente sia sociale che familiare. Kaufman e Jauk (2020) riscontrano anche il valore predittivo dell'AP nello sviluppo della 'Compassion Fatigue', una sindrome caratterizzata da insonnia, depressione e burnout (Singer & Lamm, 2009). Il termine, introdotto nel 1992 da Joinson, descrive uno stato di ridotta capacità di compassione come conseguenza dell'eccessivo assorbimento della sofferenza altrui, con atteggiamento di cura non appropriatamente controbilanciato da interesse personale.

2.4) Necessità di un paradigma integrato

Le numerose differenze individuali sopracitate attestano la necessità di una visione integrata in cui si vadano a considerare i fattori causali secondo un approccio epigenetico. In questo senso la biologia evuzionista e filogenetica, che vede le differenze individuali come tutte dovute a variazioni nel DNA e nel cervello, passa in secondo piano rispetto allo sviluppo ontogenetico. Questo determina la nostra individualità e si basa su epigenoma e connettoma, in perenne modificazione sotto l'influenza ambientale (ripreso dal discorso di

Burgio E. al VII Convegno Nazionale di Epigenetica, del 2021). Si afferma quindi una biologia dello sviluppo che mette al centro il ruolo trasformativo dell'ambiente, tramite le esperienze di vita e in particolare nei momenti critici delle finestre di esposizione, con massima plasticità. La contrapposizione Nature-Nurture viene quindi superata tramite paradigmi innovativi. Tra questi riconosciamo la valenza del Paradigma integrato Diatesi-Stress (Meehl., 1962) per cui l'altruismo patologico origina dall'interazione tra predisposizione (diatesi) -basata su ereditabilità genetica- e condizioni ambientali o esistenziali perturbanti (stress), che attivano la diatesi prima solo potenziale. Tale visione apre la via a sviluppi futuri, di stampo epigenetico.

CAPITOLO 3: SVILUPPI FUTURI E CONCLUSIONI

3.1) Applicazioni pratiche e sviluppi futuri

L'insieme delle considerazioni precedenti attesta che le tendenze individuali all'altruismo patologico sono un fattore centrale, necessario ma non sufficiente, per predire il complesso costruito dell'Altruismo Patologico. Tale caratteristica, inizialmente in potenza, viene infatti attivata tramite un costante rinforzo socio-ambientale all'altruismo incondizionato, che non tiene conto delle differenti soggettività. Tutti i fattori concomitanti, ampiamente trattati nel capitolo precedente, sono sottoposti a costante consolidamento in una società che incoraggia acriticamente all'altruismo. In soggetti già tendenti all'eccessivo sbilanciamento verso l'Altro, tale monito rischia di diventare dannoso, per sé e/o per gli altri (Oakley et al., 2012). Per ridurre questo fenomeno, sempre più di interesse clinico, serve quindi un approccio nosografico, che consideri l'atteggiamento migliore in base alle casistiche contesto-specifiche. Per quanto riguarda le possibili soluzioni cliniche, ancora in fase di approfondimento scientifico, numerosi esperti concordano riguardo la necessità centrale di interrompere il rinforzo sociale all'AP e anzi aumentare i livelli di Sano Egoismo (HP, Kaufman & Jauk, 2020). Ciò è possibile per mezzo di varie tipologie di training e terapie, tutte basate su una prospettiva epigenetica.

Sulla base del 'Contextual Behavioural Science' (CBS, Hayes et al., 2009) è dimostrata l'efficacia delle psicoterapie incentrate sull'integrazione del senso del sé (Hayes, 1984). Questo processo di consapevolezza è definito 'self-as-context' (Hayes et al., 1999) ed è volto a modificare la capacità di perspective-taking, non disconnettendosi da essa, ma anzi ampliandola. La percezione di un senso di sé integrato permette infatti di assumere non solo la prospettiva altrui, come tende a fare l'altruista patologico, ma di comprendere i propri bisogni personali, compiendo effettive azioni values-based (Vilagarda, 2009). L'approccio CBS permette la formulazione della 'Teoria del Frame Relazionale' (RFT, Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2001), legata allo sviluppo linguistico-cognitivo e che considera quattro fattori base. Il primo è l'Evitamento Esperenziale, che consiste nel tentativo di evitare o modificare la frequenza e l'intensità di pensieri, sentimenti e ricordi spiacevoli (Hayes et al., 2004). Il secondo fattore, il Sé Concettualizzato, riguarda invece la capacità di discriminare il proprio comportamento e agire senza lasciarsi influenzare da quello altrui (Dymond & Barnes, 1997). Sono poi centrali le Azioni Values-based, ovvero l'insieme di comportamenti selezionati sulla base di contingenze relazionali positive e quindi rinforzati (Dahl et al., 2009). Infine nella RFT è presentato come quarto importante fattore, il concetto di Framing Deittico, ovvero la risposta relazionale basata sulla prospettiva di colui che

parla. Quest'ultima componente ha una rilevanza centrale in quanto svariate ricerche dimostrano come la capacità di perspective-taking abbia correlazioni positive con prosocialità (Underwood & Moore, 1982), riduzione della delinquenza (Chandler, 1973) e aumentata competenza sociale (Silvern et al., 1979). Ma se si fa un uso non equilibrato di questa funzione, come nella casistica dell'altruismo patologico, si rischia di degenerare in dinamiche disfunzionali (Oakley et al., 2012). Ciò comporta un eccessivo Empathic Concern, con incremento di Evitamento Esperienziale e scelta di azioni improntate sui bisogni altrui piuttosto che sulle proprie esigenze personali. Tale complessa degenerazione cognitivo-comportamentale può essere contenuta tramite un modello di intervento applicato della RFT, la 'Terapia dell'accettazione e dell'impegno' (ACT, Hayes et al. 1999). Partendo dalle osservazioni riguardo la teoria dell'"Empatizzazione-Sistematizzazione" (Baron-Cohen, 2002), emerge poi un'altra strategia particolarmente utile per ridurre gli effetti dannosi dell'altruismo patologico. Si tratta di training specifici per enfatizzare lo sviluppo di 'distacco emotivo' [dispassion], definito come l'abilità di distaccarsi emotivamente dalle situazioni che attivano una risposta primitiva ed emozionale (Baron-Cohen, 2002). E' quindi necessario sviluppare la capacità di aiutare tramite la componente razionale della nostra mente, senza rispecchiare le emozioni altrui ed evitando così 'Fatica Compassionevole' e burnout personale (Klimecki & Singer, 2014). Solo tramite un controllo esecutivo di tipo top-down si riesce quindi a prestare aiuto in maniera funzionale per sé e per l'altro, evitando l'innescarsi di dinamiche di altruismo patologico (Cheng Y et al., 2007).

3.2) Limiti dell'elaborato

Avviandoci verso la conclusione della trattazione, ci focalizzeremo sui limiti del presente lavoro. Tra questi il fatto che tutti i dati riportati fanno riferimento a una popolazione campionaria differente da quella nazionale, dato che nessuno degli studi citati è stato applicato sulla popolazione italiana. Questo svantaggio, legato al mancato approfondimento del tema nel nostro Paese, attiva la consapevolezza riguardo la necessità di studi futuri sul complesso costruito dell'Altruismo Patologico, sempre più di interesse clinico. Inoltre, per questioni di spazio, alcuni approfondimenti dalla letteratura e collegamenti con i corsi di studio frequentati sono stati espressi in modo succinto e schematico. Per ridurre tale limitazione rimandiamo all'appendice a fine del testo.

3.3) Conclusioni

Nonostante i limiti e le difficoltà riscontrate nella stesura di questa trattazione, è di centrale importanza la conoscenza di questo tema, troppo spesso trascurato non solo a livello

scientifico ma anche nella quotidianità relazionale. L'obiettivo della tesi è infatti proprio quello di incrementare la consapevolezza riguardo tale complesso costrutto, fin dalla demistificazione del concetto di altruismo, troppo spesso socialmente e culturalmente idealizzato. Il dibattito classico tra pseudo-altruismo e altruismo vero e proprio viene quindi superato con l'introduzione del costrutto dell'Altruismo Patologico. Questo indica una serie di comportamenti, attuati con delle intenzioni benevole e genuine, ma che hanno come risultato finale un'azione svantaggiosa per gli altri o per sé, con esiti oggettivamente e prevedibilmente negativi. Casistiche di altruismo patologico si riscontrano in numerose dinamiche quotidiane, come quelle dell'iper-genitorialità, della 'Sindrome di Wendy' o dell'altruismo parrocchiale. Analizzando i fattori concomitanti e discriminanti, gli studi genetici si sono focalizzati sulla ricerca di markers correlati alla patologia del 'troppo sentire'. Le componenti ereditarie sono considerate tra le più rilevanti, responsabili del 40% delle scelte altruistiche. Per quanto riguarda i fattori cerebrali, è considerata predittiva l'eccessiva ricettività agli stimoli di aree -alla base della regolazione del distress emozionale- dell'amigdala, del lobo temporale anteriore e dell'insula. Altre componenti centrali sono quelle che regolano la produzione di emozioni pro-sociali, ovvero corteccia cingolata subgenuale e prefrontale mediale. L'altruismo patologico dipende inoltre dalle distorsioni cognitive, basate sull'accesso incompleto o sull'inabilità di processare un'ampia gamma di informazioni. Si deve poi considerare l'influenza delle numerose differenze individuali, ampiamente descritte nello studio di Kaufman e Jauk (2020). Le numerose componenti sopracitate attestano la necessità di una visione integrata, che apra la via a sviluppi futuri, di stampo epigenetico. Infatti tutti i fattori sono sottoposti a costante rinforzo socio-ambientale, in una società che incoraggia acriticamente all'altruismo incondizionato. Per quanto riguarda le possibili soluzioni cliniche, che ancora necessitano una considerevole evoluzione scientifica e accademica, è indispensabile interrompere il rinforzo sociale all'AP e anzi aumentare i livelli di Sano Egoismo. Con l'obiettivo di raggiungere un senso di sé integrato, la 'Teoria del Frame Relazionale' (RFT), la sua applicazione pratica di 'Terapia dell'accettazione e dell'impegno' (ACT) e l'intervento basato sulla teoria di 'Empatizzazione-Sistematizzazione' (Baron-Cohen, 2002) con training specifici per incrementare il 'distacco emotivo', sembrano le modalità di intervento più efficaci al momento. Solo tramite un controllo razionale, si riesce infatti a prestare aiuto in maniera funzionale per sé e per l'altro, evitando l'innescarsi di dinamiche di altruismo patologico.

APPENDICE:

¹ La necessità di una visione eclettica in relazione all'Altruismo viene promossa anche da altre discipline, quali la filosofia. In 'Donare il tempo: la falsa moneta' (1996), Derrida tratta un tema strettamente correlato allo pseudo-altruismo. Il filosofo parla in particolare del complesso costruito del Dono, rappresentazione per eccellenza della relazione con l'Alterità. Egli afferma che esiste un'impossibile fenomenologia del Dono ed in questo senso l'Altruismo stesso non è che un'aporia (Derrida, 1996). Ciò sarebbe possibile solo se non venisse riconosciuto in quanto tale, in una hideggeriana condizione di oblio assoluto e totale effrazione dalla circolarità temporale. In questo senso la gratuità empatica esemplifica un paradosso esistenziale: questa è impossibile dal punto di vista logico-formale ma comunque vivibile nella concretezza relazionale.

² Il tema dell'ipergenitorialità è ampiamente trattato anche nel testo 'Adolescenti navigati' (2015) di Matteo Lancini, in cui l'autore presenta le conseguenze dell'eccessivo e opprimente focus genitoriale. A livello più concreto si può osservare come l'iper-protezione dei corpi di "generazioni che crescono senza mai sbucciarsi le ginocchia", comporti un progressivo distacco corporeo. Il problema della scomparsa dei contesti di socializzazione classica, a favore di un'artificiosa virtualità relazionale, passa in secondo piano rispetto alle radicali conseguenze nella costruzione psicologica dei giovani adolescenti (Lancini, 2015). Il rischio è quello che un genitore troppo centrato sul figlio, procuri in quest'ultimo l'incapacità di emanciparsi e tollerare in maniera adulta frustrazioni e ferite narcisistiche.

³ Un altro significativo bias si riscontra nel complesso disturbo dell'Animal Hoarding, ascrivibile per certi tratti all'ampio spettro dell'altruismo patologico. In questi soggetti si attiva il livello più arcaico della funzione 'self-object', che permette al sé danneggiato di mantenere la propria coesione e di compensare sentimenti di vulnerabilità e impotenza (Hagman, 1997). Tale euristica consiste nell'incapacità di percepire i bisogni degli altri come separati dai propri: vedendo gli animali come una estensione del proprio sé, gli hoarders non riescono a comprendere le loro necessità specifiche (Oakley et al., 2012)

BIBLIOGRAFIA

1. Bachar, E., Latzer, Y., Canetti, L., Gur, E., Berry, E. M., & Bonne, O. (2002). Rejection of life in anorexic and bulimic patients. *International Journal of Eating Disorders*, 31(1), 43–48. DOI: <https://doi.org/10.1002/eat.10003>
2. Bachar, E., Gur, E., Canetti, L., Berry, E. M., & Stein, D. (2010). Selflessness and perfectionism as predictors of pathological eating attitudes and disorders: A longitudinal study. *European Eating Disorders Review*, 18(6), 496–506. DOI: <https://doi.org/10.1002/erv.984>
3. Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, N.J. : Prentice Hall.
4. Bandura, A. (2001). Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 1–26. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.1>
5. Baron-Cohen, S. (2011). *The science of evil: On empathy and the origins of cruelty*. Basic Books.
6. Batson, C. D. (2011). *Altruism in Humans*. Oxford University Press, USA.
7. Batson, C. D., Duncan, B. D., Ackerman, P., Buckley, T., & Birch, K. (1981). Is empathic emotion a source of altruistic motivation? *Journal of Personality and Social Psychology*, 40(2), 290–302. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.40.2.290>
8. Beattie, M. (1987). *Codependent No More: How to Stop Controlling Others and Start Caring for Yourself*. Harper San Francisco.
9. Beattie, M. (2009). *The New Codependency: Help and Guidance for Today's Generation*. Simon & Schuster
10. Burgio E. al VII Convegno Nazionale di Epigenetica del 2021
11. Burton, R. A. (2008). *On Being Certain: Believing You Are Right Even When You're Not*. St. Martin's Press.
12. Cain, N. M., Pincus, A. L., & Ansell, E. B. (2008). Narcissism at the crossroads: Phenotypic description of pathological narcissism across clinical theory, social/personality psychology, and psychiatric diagnosis. *Clinical Psychology Review*, 28(4), 638–656. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.09.006>
13. Cermak, T. L. (1986). *Diagnosing and treating co-dependence: A guide for professionals who work with chemical dependents, their spouses and children*. Hazelden Publishing & Educational Services.
14. Chiao, J. Y., & Ambady, N. (2007). Cultural neuroscience: Parsing universality and diversity across levels of analysis. In S. Kitayama & D. Cohen (Eds.), *Handbook of cultural psychology* (pp. 237–254). The Guilford Press.

15. Comte, A., traduzione di Claudio De Boni (2018). Catechismo positivista: ossia, Esposizione sommaria della religione universale in tredici conversazioni sistematiche fra una donna ed un prete dell'umanità. Aracne.
16. Darwin, C. (1859). On the Origin of Species by Means of Natural Selection, Or, The Preservation of Favoured Races in the Struggle for Life.
17. Derrida, J. (1996). Donare il tempo. La moneta falsa. Raffaello Cortina Editore
18. American Psychiatric Association (2013). Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Quinta edizione. DSM-5. Tr.it. Raffaello Cortina, Milano, 201
19. Feigin, S., Owens, G., & Goodyear-Smith, F. (2014). Theories of human altruism: a systematic review. *Journal of Psychiatry and Brain Functions*, 1(1), 5. DOI: <https://doi.org/10.7243/2055-3447-1-5>
20. Freud, A. (1992). The Ego and the Mechanisms of Defence. Routledge
21. Gardner, R. A., Sauber, S. R., & Lorandos, D. (2006). The International Handbook of Parental Alienation Syndrome: Conceptual, Clinical and Legal Considerations. Charles C Thomas Publisher.
22. Gebauer (2012), 'Journal of Personality and Social Psychology', Vol. 103, No. 5, 854–878
23. Gilligan, Tolman, D. L. (1991). Adolescent Girls, Women and Sexuality: *Women & Therapy*, 11(3–4), 55–69. DOI: https://doi.org/10.1300/j015v11n03_04
24. Hamilton, W. D., & Hamilton, W. D. (1996). Narrow Roads of Gene Land: Volume 1: Evolution of Social Behaviour. Narrow Roads of Gene Land Vol.
25. Hayes, S. C. (1984). Making sense of spirituality. *Behaviorism*, 12(2), 99–110
26. Hill, D. (2017). Teoria della regolazione affettiva. Un modello clinico. Raffaello Cortina Editore.
27. Karmen, A. (2004). Crime Victims: An Introduction to Victimology. Wadsworth Publishing Company.
28. Kaufman, S. B., Yaden, D. B., Hyde, E., & Tsukayama, E. (2019). The Light vs. Dark Triad of Personality: Contrasting Two Very Different Profiles of Human Nature. *Frontiers in Psychology*, 10. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00467>
29. Kaufman, S. B., & Jauk, E. (2020). Healthy Selfishness and Pathological Altruism: Measuring Two Paradoxical Forms of Selfishness. *Frontiers in Psychology*, 11. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01006>
30. Kiley, D. (1984). The Wendy Dilemma: When Women Stop Mothering Their Men. DOI: <http://ci.nii.ac.jp/ncid/BA46676373>

31. Klimecki, O., Leiberg, S., Ricard, M., & Singer, T. (2014). Differential pattern of functional brain plasticity after compassion and empathy training. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 9(6), 873–879. DOI: <https://doi.org/10.1093/scan/nst060>
32. Kohlberg, L., & Power, C. (1981). Moral development, religious thinking and the question of a seventh stage. *Zygon*, 16(3), 203–259. DOI:<https://doi.org/10.1111/j.1467-9744.1981.tb00417.x>
33. Kohut, H. (2013). *The Analysis of the Self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders*. University of Chicago Press.
34. Lancini, M. (2015). *Adolescenti navigati: Come sostenere la crescita dei nativi digitali*. Edizioni Centro Studi Erickson.
35. Latané, B., & Darley, J. M. (1970). *The Unresponsive Bystander: Why Doesn't He Help?* New York, NY: Appleton-Centruy Crofts
36. Markson ER. Depression and moral masochism. *Int J Psychoanal*. 1993 Oct;74 (Pt 5):931-40.
37. McGilchrist, I. (2019). *The Master and His Emissary: The Divided Brain and the Making of the Western World*, Second Edition. Yale University Press.
38. Melody, P., Miller, A., & Miller, K. W. (1989). *Facing Codependence: What It Is, Where It Comes from, How It Sabotages Our Lives*.
39. Modell AH. On having the right to a life: an aspect of the superego's development. *Int J Psychoanal*. 1965 Jul;46(3):323-31.
40. Moll J, Krueger F, Zahn R, Pardini M, de Oliveira-Souza R, Grafman J. Human fronto-mesolimbic networks guide decisions about charitable donation. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2006 Oct 17;103(42):15623-8.
41. Murray, D. W. (2018). Book Review: *Motivation and Emotion: Quarterly Journal of Experimental Psychology*. DOI: <https://doi.org/10.1080/17470216408416367d>
42. Oakley, B., Knafo, A., Madhavan, G., & Wilson, D. S. (2012). *Pathological Altruism*. OUP USA.
43. O'Connor, L. E., Berry, J. W., & Weiss, J. (1999). Interpersonal Guilt, Shame, and Psychological Problems. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 18(2), 181–203. DOI: <https://doi.org/10.1521/jscp.1999.18.2.181>
44. O'Connor LE, Berry JW, Weiss J, Gilbert P. Guilt, fear, submission, and empathy in depression. *J Affect Disord*. 2002 Sep;71(1-3):19-27. doi: 10.1016/s0165-0327(01)00408-6.
45. O'Connor, L. J., Berry, J. W., Lewis, T., & Stiver, D. J. (2011). Empathy-Based Pathogenic Guilt, Pathological Altruism, and Psychopathology. In *Oxford University*

Press eBooks (pp. 11–30). DOI: <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199738571.003.0024>

46. O'Gorman, P. (1993). Codependency explored: A social movement in search of definition and treatment. *Psychiatric Quarterly*, 64(2), 199–212. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF01065870>
47. Riby, D. M., & Hancock, P. A. (2008). Viewing it differently: Social scene perception in Williams syndrome and Autism. *Neuropsychologia*, 46(11), 2855–2860. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2008.05.003>
48. Rizzolatti, G., & Sinigaglia, C. (2006). So quel che fai: il cervello che agisce e i neuroni specchio.
49. Rocco, D., & Montorsi, A. (2010). Evoluzione della tecnica nel colloquio psicodinamico. Un percorso storico.
50. Patry, W. (1978). Book Reviews : William Ryan, Blaming The Victim (New York: Pantheon Books, 1971). *Review of Radical Political Economics*, 10(4), 66–67. DOI: <https://doi.org/10.1177/048661347801000406>
51. Schwartz, S. H. (1977). Normative Influences on Altruism. In *Advances in Experimental Social Psychology* (pp. 221–279). Elsevier BV. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0065-2601\(08\)60358-5](https://doi.org/10.1016/s0065-2601(08)60358-5)
52. Seligman, M. E. P. (1972b). Learned Helplessness. *Annual Review of Medicine*, 23(1), 407–412. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.me.23.020172.002203>
53. Semi, A. A. (1985). *Tecnica del colloquio*. Cortina Raffaello.
54. Singer, T., & Lamm, C. (2009). The Social Neuroscience of Empathy. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1156(1), 81–96. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.04418.x>
55. Spengler, S., Bird, G., & Brass, M. (2010). Hyperimitation of Actions Is Related to Reduced Understanding of Others' Minds in Autism Spectrum Conditions. *Biological Psychiatry*, 68(12), 1148–1155. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2010.09.017>
56. Subby, R. C. (1987). *Lost In The Shuffle: The Co-Dependent Reality*. HCI.
57. Tambelli, R. (2017). *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*.
58. Trivers, R. (1971). The Evolution of Reciprocal Altruism. *The Quarterly Review of Biology*, 46(1), 35–57. DOI: <https://doi.org/10.1086/406755>
59. Turvey, B. E. (2009). Victimity: Entering the Criminal Justice System. In *Forensic Victimology (Second Edition) Examining Violent Crime Victims in Investigative and Legal Contexts*. DOI: <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-408084-3.00002-8>

60. Vilardaga, R., & Hayes, S. C. (2009). Acceptance and commitment therapy and the therapeutic relationships stance. *European Psychotherapy*, 9, 1-23.
61. Winnicott, D. W. (1965). *The Maturation Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development*. Routledge.
62. Zahn, R., Moll, J., Paiva, M. L. M. F., Garrido, G. E., Krueger, F., Huey, E. D., & Grafman, J. (2009). The Neural Basis of Human Social Values: Evidence from Functional MRI. *Cerebral Cortex*, 19(2), 276–283. DOI: <https://doi.org/10.1093/cercor/bhn080>
63. Zidarich S. (2016), 'Mal di empatia: le tipologie del non sentire e del sentire troppo'. DOI: <https://www.stateofmind.it/2016/11/empatia-patologie/>