

Psicologinews.it

Scientific

**Il “Progetto Polis
Mercato” : come
rilanciare un quartiere
a partire dalla bellezza
che esso ospita**

di Daniela Di Martino

pag 14

**Attacchi al
setting
terapeutico:
rotture,
enactment e
microrotture
di Ilenia Gregorio
pag 20**

**Il soggetto
Psicopatico:
psicomicrotraumi
e psicotraumi
nella sequenza
delle dinamiche
interne**

**di Elisabetta
Forte
pag 28**



**Workaholism: la dipendenza da
lavoro
di Anna Borriello e Francesca
Dicè pag 4**

**Accettazione della malattia:
un'analisi psicologica
di Antonia Bellucci
pag 57**



REDAZIONE

Anna Borriello

Antonia Bellucci

Cinzia Saponara

Daniela Di Martino

Francesca Dicè

Ilenia Gregorio

Lia Corrieri

Roberto Ghiaccio

Veronica Lombardi

Nicoletta Del Monaco

Supplemento mensile a:**psicologinews.it**Autorizzazione Tribunale
di Napoli n° 32

del 10/11/2020

Direttore Responsabile

Raffaele Felaco

redazione@psicologinews.it

Chiuso il: 23 luglio 2024

**C O M I T A T O
SCIENTIFICO**

Caterina Arcidiacono

Rossella Aurilio

Gino Baldascini

Paolo Cotrufo

Pietro Crescenzo

Emanuele Del Castello

Massimo Doriani

Antonio Ferrara

Mariafrancesca Freda

Massimo Gaudieri

Michele Lepore

Giovanni Madonna

Nelson Mauro Maldonato

Fortuna Procentese

Aristide Saggino

Sergio Salvatore

Raffaele Sperandeo

Antonio Telesca

Rino Ventriglia

INDICE

Workaholism: la dipendenza da lavoro di Anna Borriello e Francesca Dicè pag 4

Il “Progetto Polis Mercato”: come rilanciare un quartiere a partire dalla bellezza che esso ospita di Daniela Di Martino pag 14

Attacchi al setting terapeutico: rotture, enactment e microrotture di Ilenia Gregorio pag 20

Il soggetto Psicopatico: psicomicrotraumi e psicotraumi nella sequenza delle dinamiche interne di Elisabetta Forte pag 28

Accettazione della malattia: un'analisi psicologica di Antonia Bellucci pag 57

Workaholism: la dipendenza da lavoro

**di Anna Borriello e
Francesca Dicè**

Ad oggi, il *workaholism* rappresenta una delle dipendenze più nascoste all'interno della nostra società, in quanto legata ad una normale attività che caratterizza la vita di ogni persona, vale a dire il lavoro. Come per le altre dipendenze comportamentali, anche la letteratura sul *workaholism* è carente relativamente alle evidenze scientifiche, sebbene il fenomeno abbia ricevuto notevole attenzione da parte dei ricercatori; pertanto molteplici sono le aree ancora da approfondire al fine di favorirne una miglior comprensione delle sue caratteristiche, del suo decorso e delle strategie efficaci sia a livello preventivo che clinico. Il termine *Workaholism* è stato introdotto a partire dagli anni '70, precisamente, per la prima volta da Oates nel 1971 che ne dette una prima definizione, come esito dell'unione dei

termini *Work* e *Alcoholism*, in analogia con la dipendenza da alcool, per riferirsi al fenomeno della dipendenza dal proprio lavoro, intesa in termini di forte desiderio a lavorare incessantemente con conseguenti ripercussioni sulla salute, sulle relazioni interpersonali e sul livello globale di felicità personale. La persona dipendente da lavoro, definita *workaholic*, è una persona che sente una compulsione a lavorare in modo prolungato, nonostante le conseguenze negative sulla sua salute e sulle sue relazioni interpersonali; egli utilizza il lavoro come modalità per alleviare sentimenti di ansia, vuoto e bassa autostima, cercando di impegnarsi notevolmente nell'attività lavorativa. A partire dagli anni '70 sono state proposte molte definizioni, non tutte validate sperimentalmente e senza che tra i ricercatori venisse adottata una concezione condivisa di questo costrutto. Da un'analisi della letteratura recente si evidenzia non solo l'assenza di accordo in relazione alla definizione di questo costrutto, ma anche

relativamente alla natura internalizzante o externalizzante del *workaholism*. Alcuni la considerano una dipendenza caratterizzata dagli aspetti tipici delle altre forme di *addiction* quali l'alcolismo e la tossicodipendenza (i.e. salienza, tolleranza, modificazione dell'umore, ricaduta, astinenza, conflitto e problemi); altri invece hanno rilevato nei *workaholics* l'aggressività sul lavoro, ovvero una caratteristica tipica della personalità di Tipo A. Diverse ricerche hanno poi focalizzato l'attenzione su aspetti caratteristici della personalità ossessiva come il perfezionismo. Recentemente, sono state proposte anche concettualizzazioni più complesse. Ad esempio, secondo il modello teorico *Heavy Work Investment* (HWI) un elevato investimento nel lavoro è definito da due elementi: tempo ed impegno nel lavoro. Inoltre, gli autori di tale modello hanno proposto di considerare il *workaholism* come un

sottotipo disposizionale dell'HWI, ovvero dovuto a fattori interni all'individuo, in particolare alla dipendenza da lavoro. Essi definiscono l'esistenza di altri tre sottotipi disposizionali, in cui predomina:

- *work-devoted*, ovvero la passione per il proprio lavoro,
- *intimacy-avoiders*, ovvero l'evitamento dell'intimità e delle relazioni,
- *leisure-low-interested*, ovvero la ricerca nel lavoro di un'alternativa al tempo libero, vissuto come noioso;

e due sottotipi situazionali, il cui comportamento è dovuto a fattori esterni alla persona, come

- *needy*, ovvero la necessità economica di lavorare o
- *employer-directed*, cioè le richieste da parte del dirigente.

In linea con tale visione del *workaholic* come un sottotipo di lavoratore fortemente impegnato nell'attività lavorativa, che implica il riconoscere che non

tutti i lavoratori con elevato impegno e investimento nel proprio lavoro sono necessariamente *workaholics*, uno studio empirico ha dimostrato come analizzando la combinazione tra *work engagement* e *workaholism* e mergessero tre profili:

- *workaholic employees*,
- *engaged employees*,
- *engaged workaholics*.

Pertanto, è bene evidenziare la distinzione di un tipo positivo di *workaholism* da uno negativo, in quanto evidenzia la presenza di lavoratori che, seppur dipendenti, presentano anche aspetti di soddisfazione e di energia nel loro lavoro (*engaged workaholic*).

In linea con il modello biopsicosociale invece, i fattori biologici, psicologici e sociali interagiscono definendo tre tipi di HWI in un continuum:

- *workaholic* HWI,
- HWI situazionale,
- pseudo HWI.

Alla luce di ciò occorre considerare il *workaholism* tenendo conto non solo delle caratteristiche disposizionali ma anche di

quelle strutturali e situazionali relative al lavoro.

Pertanto, quello che emerge è che in letteratura le proposte di definizione per il *workaholism*, così come gli strumenti per la sua misura, sono aumentate nel corso dei decenni, tuttavia ancora non esiste una concettualizzazione condivisa.

Ma adesso continuiamo adesso la nostra disamina del fenomeno, spostandoci su un altro versante, vale a dire soffermiamoci sulle conseguenze del *workaholism* sull'individuo e sull'organizzazione. Molti studi negli ultimi anni hanno analizzato l'impatto che il *workaholism* può avere sia sulla persona che sul suo ambiente familiare e lavorativo. Nonostante alcune ricerche abbiano evidenziato come il *workaholism* possa essere associato anche ad aspetti positivi, come il *work engagement*, prevale tutt'oggi una visione unicamente negativa del costrutto, in merito agli effetti sulla salute dell'individuo e sull'organizzazione. Tuttavia sussistono differenze tra i

cosiddetti “*workaholics*” e gli “*engaged workaholics*”, soprattutto in termini di burnout, nella misura in cui i primi si caratterizzano per livelli maggiormente elevati di burnout, rispetto ai secondi. Per quanto riguarda le conseguenze sulla persona, molti studi hanno evidenziato un minor benessere ed un maggior deterioramento della salute nei *workaholics*; più nello specifico, sono stati evidenziati maggior burnout, stress psicologico più elevato, problemi relativi al sonno, umore depresso, dolore debilitante alla schiena e assenteismo per malattia, soprattutto a causa di problemi relativi alla salute mentale. Inoltre, prendendo in esame aspetti personali relativi al lavoro, sono stati riportati bassa soddisfazione lavorativa, minor percezione di equità e minor percezione di sufficienti ricompense, che quindi supportano un minor benessere sul luogo di lavoro. Esaminando invece l’impatto del *workaholism* sulla famiglia, ed in particolare, applicando il modello *spillover-crossover*, è stata evidenziata una

relazione positiva tra la dipendenza da lavoro ed il conflitto *work-to-family*. Nella fattispecie, molteplici studi hanno riportato che i mariti di donne con dipendenza da lavoro esperiscono con maggior probabilità il conflitto *family-to-work*, a differenza delle mogli di uomini con *workaholism*. Quindi, le donne con tale dipendenza comportamentale hanno un impatto negativo sia sul proprio funzionamento lavorativo e familiare che su quello del proprio coniuge. Si può concludere, sulla base di tali studi, che la letteratura recente ha confermato l’effetto negativo del *workaholism* sia sulla persona stessa, che sui suoi familiari. Gli studi relativi agli effetti sull’organizzazione hanno evidenziato invece sia aspetti negativi che alcuni aspetti positivi, quali un livello minore nelle prestazioni lavorative, maggiori assenze dovute a malattia, minori comportamenti di cittadinanza organizzativa, comportamenti aggressivi sul luogo di lavoro ed una maggiore intenzione di turnover. Alcuni studi, tuttavia, riportano effetti positivi

del *workaholism* sull'organizzazione, in termini di minor turnover, comportamento innovativo, intelletto ed immaginazione. Sarebbe pertanto opportuno in tal senso analizzare il diverso impatto dei tipi di *workaholics* non solo sulle conseguenze personali ma anche per l'organizzazione.

Soffermandoci adesso sugli antecedenti organizzativi del *workaholism*, è possibile asserire che gli effetti negativi sulla persona e sulla sua famiglia sono molti e supportati da numerose ricerche e che, sebbene alcuni studi abbiano evidenziato anche aspetti positivi per l'organizzazione, il *workaholism* si associa altresì a effetti negativi sull'organizzazione. Pertanto in un'ottica preventiva e clinica si configura utile capire quali siano gli aspetti inerenti l'organizzazione stessa che potrebbero favorire lo sviluppo o il mantenimento di tale dipendenza comportamentale. Negli ultimi anni gli studi sugli antecedenti sono stati numerosi ma l'attenzione è stata rivolta soprattutto ai

fattori personali; dalle ricerche che invece hanno esaminato un antecedente organizzativo, ovvero le elevate richieste lavorative, è emersa una correlazione positiva tra *workaholism* e richieste lavorative. Anche nell'area dei fattori personali, quelli relativi ad aspetti lavorativi sono scarsi rispetto a quelli relativi all'individuo, come motivazione, aspetti cognitivi e tratti di personalità; prendendo invece in considerazione la dimensione dell'identificazione organizzativa, è emerso come con l'aumento del livello di identificazione, il *workaholism* decresca, tuttavia con un'eccessiva identificazione esso aumenta. Per quanto riguarda invece la *self-efficacy*, si rileva un'associazione positiva tra tale variabile sia con il *work engagement* sia con il *workaholism*. Infine, è emerso come il supporto sociale percepito dai colleghi di lavoro possa ridurre la dipendenza da lavoro, pertanto un potenziale antecedente potrebbe essere la presenza di scarso supporto percepito. Infine è emerso

come la coscienziosità e la *self-efficacy* siano caratteristiche personali associate al *workaholism* ma solo se il lavoratore percepisce un clima organizzativo che favorisce l'elevato impegno lavorativo; la motivazione alla realizzazione ed il perfezionismo, invece, hanno sia un effetto dato dall'interazione con il clima organizzativo che un effetto diretto sul *workaholism*. Ciò evidenzia un'interazione tra caratteristiche personali e fattori ambientali, pertanto è opportuno considerare l'importanza non solo dei fattori organizzativi nel favorire lo sviluppo o il mantenimento del *workaholism*, ma anche valutare come essi interagiscono con i fattori personali. In quest'ottica risulta necessario approfondire non solo gli antecedenti organizzativi ma anche i fattori personali in interazione con i fattori ambientali. Infine, considerando gli interventi preventivi e clinici per il *workaholism*, l'area degli interventi si presenta

scarsamente approfondita. Ad oggi, le proposte terapeutiche non risultano essere ancora validate sperimentalmente. Per quanto concerne gli interventi preventivi, alcuni contributi utili a fini preventivi hanno evidenziato l'opportunità di agire sul clima organizzativo al fine di prevenire lo sviluppo di *workaholism*, dimostrando un'interazione tra fattori personali e organizzativi nel favorire tale dipendenza.

In conclusione è possibile asserire che nonostante i numerosi studi sul *workaholism* degli ultimi anni, tuttavia ancora molti aspetti sono poco approfonditi e una definizione condivisa di *workaholism* è ancora assente. Pertanto, in assenza di una concettualizzazione condivisa di tale costrutto, non è ancora possibile stabilirne aspetti caratteristici e supportati scientificamente, cui potrebbe far seguito il riconoscimento del *workaholism* come disturbo e la sua classificazione all'interno del DSM. Per quanto riguarda le aree ancora poco studiate,

dall'analisi degli studi recenti si evidenzia l'assenza di studi sugli antecedenti organizzativi, i quali potrebbero essere opportunamente modulati soprattutto a fini preventivi. Inoltre, in base a quanto emerso dalle ricerche, sarebbe utile analizzare i fattori personali in interazione con quelli organizzativi, al fine di distinguere quali hanno un effetto sul *workaholism* mediante l'interazione con fattori ambientali e quali invece hanno anche un effetto diretto su di esso. Infine, è evidente l'assenza di studi di validazione di interventi clinici e di proposte di interventi preventivi per il *workaholism*, nonostante la notevole attenzione ricevuta da tale dipendenza comportamentale a partire dagli anni '70 ed i numerosi studi che ne dimostrano le conseguenze negative sia sull'individuo che sulla sua famiglia e, seppur al momento ambivalente, anche sull'organizzazione. In conclusione, sarebbe opportuno fare un passo indietro nello studio del *workaholism*. Dagli studi più recenti, infatti, sembrerebbe

utile favorire una miglior comprensione sia degli antecedenti che delle conseguenze del *workaholism*. Pertanto, prima di procedere ad ulteriori studi sui suoi effetti e sui fattori predisponenti, si rivela necessaria la condivisione di un modello teorico di riferimento che ne consenta una definizione univoca e, contemporaneamente, fornisca utili implicazioni per lo sviluppo di interventi clinici e preventivi, da poter implementare nell'ambiente lavorativo.

BIBLIOGRAFIA

- ✓ American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)* (tr. it. *DSM-5. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali – Quinta edizione*). Milano: Raffaello Cortina.
- ✓ Andreassen, C. S., Hetland, J., & Pallesen, S. (2014). *Psychometric assessment of workaholism*

- measures. *Journal of Managerial Psychology*, 29(1), 7-24.
- ✓ Balducci, C., Cecchin, M., Fraccaroli, F., & Schaufeli, W. B. (2012). Exploring the relationship between workaholism and workplace aggressive behaviour: The role of job related emotion. *Personality and Individual Differences*, 53, 629-634.
 - ✓ Bovornuskavool, W., Vodanovich, S. J., Ariyabuddhiphongs, K., & Ngamake, S. T. (2012). Examining the antecedents and consequences of workaholism. *The Psychologist Manager Journal*, 15(1), 56-70.
 - ✓ Caesens, G., Stinglhamber, F., & Luypaert, G. (2014). The impact of work engagement and workaholism on well-being. *Career Development International*, 19(7), 813-835.
 - ✓ Falco, A., Girardi, D., Kravina, L., Trifiletti, E., Bartolucci, G. B., Capozza, D., & De Carlo, N. A. (2013). The mediating role of psychophysical strain in the relationship between workaholism, job performance, and sickness absence. A longitudinal study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 55(11), 1255-1261.
 - ✓ Falvo, R., Visintin, E. P., Capozza, D., Falco, A., & De Carlo, A. (2013). The relationship among workaholism, proactivity, and locomotion in a work setting. *Social Behavior and Personality*, 41(9), 1557-1570.
 - ✓ Griffiths, M. D., & Karanika-Murray, M. (2012). Contextualizing over-engagement in work: Towards a more global understanding of workaholism as an addiction. *Journal of Behavioural Addictions*, 1(3), 87-95.
 - ✓ Mazzetti, G., Schaufeli, W. B., & Guglielmi, D. (2014). Are workaholics born or made? Relations of workaholism with person characteristics and

- o v e r w o r k
climate. *International
Journal of Stress
Management*, 23(1),
227-254.
- ✓ Mosier, S. K.
(1983). *Workaholic: An
analysis of their stress,
success and priorities*.
Unpublished Master's
Thesis, University of Texas,
Austin.
 - ✓ Oates, W.
(1971). *Confession of a
workaholic*. New York, NY:
Abingdon.
 - ✓ Robinson, B. E.
(1989). *Workaholism:
Hidden legacies of adult
children*. Health
Communications, Deerfield
Beach, FL.
 - ✓ Shonin, E., van Gordon, W.,
& Griffiths, M. D. (2014).
The treatment of
workaholism with
meditation awareness
training: A case
study. *Explore: Journal of
Science and
Healing*, 10(3), 193-195.
 - ✓ Spence, J. T., & Robbins, A.
S. (1992). Workaholism:
Definition, measurement,
and preliminary
results. *Journal of
Personality
Assessment*, 58, 160-178.
 - ✓ Stoeber, J., Davis, C. R., &
Townley, J. (2013).
Perfectionism and
workaholism in employees:
The role of
work. *Personality and
Individual Differences*, 55,
733-738.
 - ✓ Sussman, S., Lisha, N., &
Griffiths, M. (2011).
Prevalence of the
addictions: A problem of
the majority or the
minority?. *Evaluation and
the Health
Professional*, 34(1), 3-56.
 - ✓ Van Beek, I., Taris, T. W., &
Schaufeli, W. B. (2011).
Workaholic and work
engaged employees: Dead
ringers or worlds
apart?. *Journal of
Occupational Health
Psychology*, 16(4),
468-482.
 - ✓ Vilella, C., Martinotti, G., Di
Nicola, M., Cassano, M.,
La Torre, G., Gliubizzi, M.
D., Messeri, I., Petruccelli,
F., Bria, P., Janiri, L.,
Conte, L. (2011).
Behavioural addiction in
adolescents and young
adults: Results from a

prevalence study. *Journal of Gambling Studies*, 27, 203-214.

Il “Progetto Polis Mercato”: come rilanciare un quartiere a partire dalla bellezza che esso ospita

di Daniela Di Martino

“Il progetto “Polis Mercato” vuole contrastare l’abbandono scolastico e la dispersione nel centro storico di Napoli, nella zona della II e IV Municipalità, creando un modello settoriale e territoriale esportabile in altre realtà, tramite la costituzione di una “Polis-Mercato” fondata su un concetto di Comunità Educante. A seconda della tipologia di dispersione, i ragazzi vengono indirizzati a laboratori educativi o di inserimento lavorativo in un’ottica di dialogo tra educazione formale e non formale”.

Queste poche righe presentano un bel progetto dalle finalità sociali, attivo sul territorio di Napoli ormai da diversi anni.

Troppo spesso il concetto di povertà di un territorio è misurato esclusivamente in termini economici, senza considerare l’importanza di altri fondamentali fattori di deprivazione. A causa di una carenza di possibilità economiche molti bambini sperimentano una contrazione nell’accesso ad opportunità sociali e formative tali da determinare di fatto una condizione di “povertà educativa”, ovvero, secondo Save the Children: “la privazione da parte dei bambini, delle bambine e degli/delle adolescenti della possibilità di apprendere, sperimentare, sviluppare e far fiorire liberamente capacità, talenti e aspirazioni”. La

scuola, il terzo settore e la comunità possono svolgere un ruolo chiave nell'empowerment del territorio, con l'obiettivo di arginare i fenomeni di marginalizzazione di quella parte di cittadinanza più esposta a privazioni sociali, culturali ed economiche.

“Alla base del progetto c'è la relazione profonda che esiste tra Scuola e Territorio. *La scuola* in un contesto socio-economico esiste se fa cultura, se arricchisce la vita intellettuale di una comunità”. In questo contesto il progetto “Polis Mercato” lavora con l'idea di potenziare le opportunità individuali in un'ottica comunitaria, ovvero, secondo la mission del progetto, il potenziamento delle opportunità offerte al singolo in un'ottica sistemica può determinare l'empowerment della comunità

e del contesto sociale in un modello che finisce per assumere valore circolare. L'idea è di partire dalle competenze e dai punti di forza già presenti sul territorio, in particolare da quelle attività ad alto valore identitario per l'area di Napoli di cui parliamo (artigianato, commercio e impresa) e renderle fruibili al contesto mediante le agenzie educative, affinché diventino veicolo di sviluppo di nuove risorse individuali e collettive.

In tal senso le attività di potenziamento proposte sono:

Laboratorio teatrale: La percezione in scena

Laboratorio Musicale: I suoni cambiano la vita e sanno raccontarla

Laboratorio Yoga (I) (11-14 anni)

Laboratorio Yoga (II) (15-17 anni)

Laboratorio di oreficeria

Laboratorio sartoriale e moda

A questo punto è possibile scendere nel dettaglio. I partner che hanno deciso di sposare quest'iniziativa ad elevato valore sociale hanno identità e natura d'impresa molto differenti, spaziano dal mondo del volontariato (Asso.Gio.CA) a quello dell'artigianato (Consorzio antiche Botteghe Tessili o Antico Borgo degli Orefici)^[1].

Dal punto di vista economico il "Progetto POLIS Mercato" attinge le sue risorse al Fondo per il contrasto della povertà educativa minorile nato da un'intesa tra Fondazioni di origine bancaria rappresentate da Acri, Forum Nazionale del Terzo Settore e Governo. L'obiettivo di tale compartecipazione è quello di sostenere interventi finalizzati a "rimuovere gli ostacoli di natura economica, sociale e

culturale che impediscono la piena fruizione dei processi educativi da parte dei minori". Per attuare i programmi del Fondo, a Giugno 2016 è nata l'impresa sociale "Con i Bambini", organizzazione senza scopo di lucro interamente partecipata dalla Fondazione CON IL SUD.

Il progetto, in senso più ampio, intende quindi intervenire su diverse variabili che condizionano il contesto della comunità; agendo sui bassi livelli di istruzione e sul contenimento dei fenomeni di disoccupazione si intende influenzare positivamente il comportamento sociale e la sicurezza nei rioni del quartiere. L'ipotesi di partenza è infatti considerare il disagio, la devianza giovanile, l'emarginazione, l'esclusione sociale, la diffusione pervasiva della micro e macro criminalità come fenomeni strettamente

collegati alla deprivazione educativa.

Dal punto di vista operativo l'inserimento dei ragazzi in percorsi di apprendimento formali ed informali opera nel tentativo di riavvicinare i giovani alle istituzioni e alle opportunità che queste possono offrire a vari livelli al di là dei percorsi scolastici convenzionali. IC Campo del Moricino è stato ed è attore centrale nei processi di promozione e sviluppo del progetto "POLIS Mercato", la natura stessa dell'istituzione scolastica e la predisposizione all'accoglienza tipica del territorio e della sua cittadinanza, hanno consentito (nei progetti già avviati e conclusi) di costruire un rapporto stretto ed intenso con gli attori sociali ed imprenditoriali dell'area. La connessione tra realtà imprenditoriale, sociale ed

educativa è diventata e potrebbe ancora migliorare la sua funzione di volano di prevenzione e cura della comunità negli aspetti di benessere collettivo, promozione culturale ed economica.

Come poteva essere garantita una corretta comunicazione tra associazioni, imprese e giovani? Per rispondere efficacemente a questa necessità di collegamento tra il mondo della scuola, dei giovani e delle agenzie educative è stata pensata la formazione di figure professionali "ponte" in grado di mediare in termini educativi e formativi i processi di apprendimento formale e informale promossi dagli enti aderenti all'iniziativa. Così è nata l'idea di formare giovani Coach, nel difficile compito di mediare l'avvicinamento dei ragazzi alle proposte del

progetto. Le figure dei Coach diventano strategiche nella costruzione di processi di reciprocità ed appartenenza; nella promozione di cittadinanza attiva e assunzione sociale di responsabilità nelle giovani menti a loro affidate; pertanto la loro formazione ha incluso sia conoscenze di carattere psicologico-pedagogico, che civico-sociale.

A questo punto è chiaro come un progetto di questo tipo abbia un grande valore e un impatto sociale tali da determinare quelle “famose” occasioni di sviluppo in grado di generare competenze sociali e civiche attraverso la spinta dell’arte, della musica, del lavoro per recuperare il rispetto delle regole, alleviare il riflesso di incerte situazioni familiari e tanto altro ancora.

In conclusione è possibile affermare che progetti di

questo tipo sono auspicabili sempre di più in quei territori in cui si intende promuovere una rigenerazione e una rinascita a partire dal sostegno dei diritti di bambini/ragazzi; esponendo questi ultimi fattivamente e concretamente ad atti i n c l u s i o n e , accoglienza, legalità, cultura, valorizzazione delle differenze e cittadinanza attiva. Un vero apprendimento come diceva Dewey non può non partire da un piano esperienziale.

Bibliografia:

La comunità educante. I patti educativi per una scuola aperta al futuro di Giovanni Del Bene (Autore), Angelo Lucio Rossi (Autore), Rossella Viaconzi (Autore). Ed. La fabbrica dei sogni.

Competenze, orientamento, empowerment per l'inclusione. Trasversalità e trasferibilità di skills, strumenti e pratiche.

Luisa Marquardt (Curatore),
Ekaterini Anagnostopoulos
(Curatore) Ed. Ledizioni

 **Rete del progetto:** Istituto comprensivo Campo del Moricino (capofila), Associazione culturale Smartlet Saperi e media applicati, Risorse territoriali letteratura e turismo Napoli, Associazione Amici della fondazione di comunità del centro storico di Napoli, Assogioca associazione gioventù cattolica, Napoli chiari di bosco cooperativa sociale, Consorzio antiche botteghe tessili di Napoli, Consorzio Borgo Orefici, Isos Elena di Savoia, Me Ti cooperativa sociale dell'approccio centrato sulla persona, Rosa Pristina, SurYaei Yoga School, Università degli studi di Napoli Federico II- dipartimento di scienze politiche

Attacchi al setting terapeutico: rotture, enactment e microrotture

di Ilenia Gregorio

Il setting è la cornice che definisce le caratteristiche di un'efficace relazione terapeutica.

Il termine deriva dall'inglese "to set", che significa "fissare", "sistemare"; per cui il setting terapeutico, per definizione, è la cornice all'interno della quale sono fissati i presupposti per svolgere un processo terapeutico. In psicologia clinica il setting è costituito da tutti quegli aspetti che delimitano e sostengono l'intervento psicologico. La sua funzione in terapia è anche quella di differenziare la relazione terapeutica da tutti gli altri tipi di relazione che incontriamo nella nostra vita.

Il tema del setting terapeutico in campo psicoanalitico è stato oggetto di un ampio dibattito a partire da S. Freud, che forniva alcune precise regole ai suoi pazienti come quella delle associazioni libere o della posizione sdraiata sul lettino.

Il setting rimane tuttavia un elemento fondamentale di ogni percorso psicoterapeutico, a prescindere dai tipi di psicoterapia (che può essere, ad esempio, ad orientamento cognitivo comportamentale, gestaltico, sistemico-familiare o di altro tipo): definisce l'insieme degli aspetti che regolano la relazione terapeutica e i confini dello spazio di lavoro, che possono variare a seconda che si tratti di:

- una terapia individuale
- una terapia di coppia

- una terapia familiare
- una terapia di gruppo.

Il setting di una terapia deve essere anche accogliente, un luogo sicuro dentro il quale terapeuta e paziente possono muoversi al fine di raggiungere gli obiettivi di terapia.

Ferro lo definisce un “contenitore capace di elasticità ed assorbenza” composto di aspetti formali (stanza, onorario, frequenza, orari, modalità di incontro) e di aspetti interni (assetto mentale dell’analista, identificazioni proiettive possibili, clima affettivo) che garantisce e tutela terapeuta e paziente consentendo loro di lavorare e di addentrarsi in relazioni ed emozioni profonde all’interno di uno spazio protetto e di riemergere dal lavoro terapeutico rientrando in un assetto mentale diverso.

Cosa accade se si verificano situazioni di “attacco al setting”?

Opportunamente gestito, l’enactment è un prezioso strumento di interpretazione terapeutica, occasione di conoscenza del Sé attraverso il Sé di un altro.

La relazione terapeutica è un’esperienza trasformante, basata su dinamiche intersoggettive che si evolvono alla ricerca di un delicato equilibrio, tra punti di contatto, rotture e tentativi di riparazione. Ma è soprattutto un impianto collaborativo in divenire, i cui costruttori sono le personalità e gli agiti dei soggetti, e la materia prima è costituita dal materiale inconscio e conscio, verbale e non verbalizzato, che emerge dalla relazione.

È noto come la psicoanalisi ponga uno dei propri fondamenti terapeutici proprio

nell'analisi del non detto, dei meccanismi di difesa inconsci, degli agiti e di tutti quegli elementi non interpretativi del colloquio clinico che molto possono rivelare sul vissuto personale del paziente e anche del terapeuta.

Il setting diviene così teatro di un disvelamento interiore reciproco, nel quale paziente e terapeuta si mostrano l'uno all'altro, in un messaggio implicito dal prezioso ruolo comunicativo. Al di là e in assenza delle parole, attraverso il contenuto del non detto.

È in questo universo interiore gradualmente slatentizzato che ha luogo il fenomeno dell'enactment, in cui alcuni vissuti transferali del paziente-inconsci e non verbalizzati-vanno a ripercuotersi nella sfera emotiva del terapeuta, favorendo l'emersione di

contenuti emotivi altrettanto inconsci e non verbalizzati.

Più di frequente si tratta di episodi che, a causa della loro eccessiva portata pulsionale si trovano segregati nell'inconscio, sotto forma di memorie subsimboliche. Una sorta di elementi beta (Bion, 1967), la cui natura non pensabile si sottrae ad ogni possibile categorizzazione, mentalizzazione, traslazione simbolica; sono esperienze deprivanti depositate nella mente come frammenti psichici non assimilati, che hanno creato un'interruzione nella naturale sintesi del Sé, restando all'esterno della consapevolezza.

Nel momento in cui un paziente accede alla relazione terapeutica con la sua sofferenza vitale, spinge il terapeuta a riattivare la medesima sofferenza per i condensati psichici dei Sé

materni, paterni o di altri oggetti affettivi precedentemente interiorizzati, in una modalità traumatica, e dunque soverchiante, dissociativa, non simbolizzata. E l'attacco che il paziente opera nei confronti dei propri condensati psicologici, si ripercuote inevitabilmente, in una ovvia risonanza empatica, anche in quelli del terapeuta, che ne fronteggia, forse per la prima volta, una inattesa emersione dal subconscio (Crocetti e Pallaoro, 2007).

Il disvelamento del paziente contribuisce ad originare uno stimolo attivante per i contenuti inesplorati del terapeuta, che a sua volta li accoglie, in un tentativo di contenimento sano e bonificante.

Per questo l'enactment, per quanto abbia origine nella sfera psichica del paziente,

non può essere definito un accadimento individuale, in quanto è nel vissuto diadico del setting che riesce a strutturarsi autenticamente (Ponsi, 2012). È il non detto del paziente che funge da stimolo elicitante per il non detto del terapeuta, e questo incontro inconsapevole tra non parole dà vita ad un'inattesa occasione di contatto.

Riguardo alle "microrotture" che possono avvenire nel setting, mettiamo in rilievo il duplice aspetto comunicativo che esse assumono: un attacco difensivo ed al tempo stesso una preziosa comunicazione rispetto alla relazione terapeutica, alla mancanza di sintonizzazione ed al fallimento empatico. In ogni caso esse rappresentano dei processi segnalatori di "reazioni terapeutiche negative" – situazioni in cui interpretazioni che si

suppongono corrette in realtà peggiorano anziché migliorare lo stato del paziente – che vengono vissute dalla coppia analitica come intensamente pericolose.

Un approccio inteso a interpretarle esclusivamente come attacchi, di matrice classica o kleiniana, rischia di introdurre elementi di colpa e di accentuare ulteriormente la frattura tra terapeuta e paziente; occorre quindi non giudicare ciò che accade ma comprenderlo al fine di poter ripristinare il setting sulla base di una nuova consapevolezza e di un insight di coppia.

La lettura di Ferro delle microrotture è per certi versi simile a quella fornita dal modello relazionale e intersoggettivo di Mitchell: entrambi pongono l'accento sul valore simbolico e comunicativo che questi eventi veicolano mettendo in

secondo piano la visione classica secondo cui ogni variazione di setting deve essere considerata esclusivamente come un attacco difensivo ed in quanto tale deve essere interpretato.

S. Mitchell propone un modello psicoanalitico apparentemente in aperta rottura con l'approccio analitico classico, perché fondato sull'intersoggettività a discapito della visione metapsicologica freudiana fortemente intrapsichica, e su quello che Atwood e Stolorow definiscono il "tramonto del mito della mente isolata".

In questo nuovo assetto analitico tutto ciò che avviene nel setting (rottture incluse) assume una valenza relazionale ed in quanto tale segnala qualcosa sullo stato della relazione terapeutica e sui "principi organizzatori della vita psichica" del paziente e

del terapeuta stesso. In altre parole è proprio attraverso le modificazioni di qualcosa che per definizione è costante che si rivela l'unicità e la specificità del paziente e della relazione: esiste un solo modo per essere costanti ma molti modi per essere diversi.

Le microrotture, dunque, possono rappresentare dei momenti di impasse, momenti in cui emerge una disgiunzione intersoggettiva che può bloccare o favorire il progresso della terapia a seconda della capacità del terapeuta di diventare riflessivamente consapevole di cosa sta accadendo. Il terapeuta attraverso l'emergere di questi segnali di rottura viene posto di fronte all'occasione unica di far sperimentare al paziente hic et nunc un nuovo campo intersoggettivo che gli consenta di esprimere e di

dare senso alle emozioni che in passato ha dovuto "sacrificare" per mantenere e proteggere le relazioni con le figure significative. In questo senso le microrotture rappresentano la "via regia" per il cambiamento terapeutico una sorta di lente di ingrandimento sul transfert e sui processi relazionali in atto.

BIBLIOGRAFIA

Bastianini T., Ferruta A. "La cura psicoanalitica contemporanea. Estensioni della pratica clinica", Giovanni Fioriti Ed. 2018.

Crocetti G.; Pallaoro G., "Manuale di Pratica Clinica e Teoria della Tecnica-Infanzia"; Armando Editore 2007.

Ferro A. "La Psicoanalisi come letteratura e terapia", Raffaello Cortina ed. 1999.

Ferro A. "Il lavoro clinico", Raffaello Cortina ed. 2003.

Ferro A. "Teoria e tecnica nella supervisione psicoanalitica", Raffaello Cortina ed. 2000.

Ferruta A., Foresti G., Pedriali E., Vigorelli M. "La comunità terapeutica tra mito e realtà"; Raffaello Cortina Editore 1998.

Fiorentini G. Ravaccia F. "Medicina generale e psicoterapia relazionale sistemica. Teoria e prassi nella pratica medica", Ed Libreria Cortina Milano 1991.

Fiorentini G. Ravaccia F. "La dimensione psicologica in medicina generale. Aspetti psicologici nella pratica del medico di famiglia", Ed Libreria Cortina Milano 1995.

Freud S. "L'interpretazione dei sogni" (1899) A Cura di L. Musatti, Ed. Bollati Boringhieri 1978.

Freud S. "Introduzione alla Psicoanalisi (1915-17; 1932)"; Bollati Boringhieri, Torino 1976-1980.

Freud S. "Compendio di Psicoanalisi" 1938-40, 1953; Bollati Boringhieri, Torino.

Gabbard G.O.; "Amore e odio nel setting psicoanalitico"; Casa editrice Astrolabio 2003.

Gabbard G. O.; "Violazioni del setting"; Raffaello Cortina Editore 2017.

G a b b a r d G . O . ; " L e psicoterapie. Teorie e modelli d'intervento"; Raffaello Cortina Editore, 2010.

Loriedo C., Acri F., Angeli F., "Il setting in psicoterapia. Lo scenario dell'incontro terapeutico nei differenti modelli clinici di intervento" Ed. Franco Angeli, Collana diretta da Camillo Loriedo, 2009.

Mitchell Stephen A. (Autore)
F. Gazzillo (Traduttore), “Il modello relazionale. Dall'attaccamento all'intersoggettività”; Raffaello Cortina Editore 2002.

Ponsi M. (2012). “L'enactment nel processo analitico”. Commento alla relazione di A.Schore “Un cambiamento di paradigma nell'approccio terapeutico agli enactments”. Incontro con Allan Schore, Roma, 20 e 21 Ottobre 2012.

Storlow R.D., Atwood G.E., “I contesti dell'essere. Le basi intersoggettive della vita psichica”; Ed. Bollati Boringhieri 1995.

Il soggetto Psicopatico: psicomicrotraumi e psicotraumi nella sequenza delle dinamiche interne

di Elisabetta Forte

Psicologa, Master in
Criminologia clinica e scienze
forensi.

Riassunto

L'autrice intende presentare un'ipotesi progettuale basata sull'individuazione delle sequenze di fenomeni e di eventi psicomicrotraumatici e delle sequenze di fenomeni ed eventi psicotraumatici riscontrabili nel vissuto soggettivo dell'individuo psicopatico e su come queste sequenze si associno e s'intersechino, dando vita ad un terreno fertile in cui si sviluppa l'eziopsicopatogenesi del disturbo. La visuale teorico-metodologica ha una **c a r a t t e r i z z a z i o n e** **p s i c o d i n a m i c a** psicoevoluzionista, che si riflette nell'individuazione di fenomeni ed eventi specifici, quali quelli psicotraumatici e

quelli psicomicrotraumatici (Frateschi M., 2021). Interesse particolare tematico è dato dal riconoscere la dinamica, gli stadi e i processi evolutivi per comporre una valutazione del vissuto e delle esperienze soggettive. Gli strumenti utilizzati nella definizione del quadro metodologico comprendono il DSM-5, il PDM-2, la PCL-R, i test proiettivi carta e matita e infine i criteri di valutazione con i parametri della sequenza dei fenomeni e degli eventi psicomicrotraumatici e psicotraumatici. Nella presente ipotesi progettuale, che si colloca all'interno dell'ambito della prevenzione primaria, si utilizzano come strumenti conoscitivi-informativi e di intervento per la formazione, lezioni frontali di stampo teorico, unite a dinamiche di gruppo nelle quali verranno effettuate esercitazioni, come il role-playing, il role-taking, e le simulazioni. La finalità dell'ipotesi è di produrre un contributo tematico scientifico e tecnico che possa fornire conoscenze sulla natura di alcuni disturbi, nello specifico sui disturbi di personalità che

causano devianza comportamentale e conducono all'acting out criminoso e anche riconoscere tratti clinicamente significativi in soggetti che potrebbero essere affetti da tale disturbo della personalità. Inoltre, quanto posto come ipotesi ha carattere preventivo, anche nell'ottica di delineare le dinamiche e i processi interni del soggetto psicopatico attraverso un metodo psicodinamico psicoevoluzionista (Frateschi M., 1988-2021).

Parole chiave

Psicomicrotrauma, psicotrauma, psicoevoluzione, psicopatologia, psicodinamica psicoevoluzionista.

Un particolare tema sulla prevenzione primaria psicologica riguarda il riconoscimento della dinamica, degli stadi e dei processi evolutivi normali differentemente da quelli patologici per gli individui e per le comunità.

Un quadro di riferimento psicodinamico iniziale è fornito da quanto

sostenuto da Gabbard (2015) che, in *Psichiatria Psicodinamica*, afferma: «*I pazienti antisociali sono forse i più studiati tra gli individui con disturbi di personalità, ma sono anche quelli che i clinici tendono a evitare di più. Nella situazione terapeutica questi pazienti possono mentire, ingannare, rubare, minacciare e mettere in atto qualsiasi altro comportamento irresponsabile. Sono stati definiti come "psicopatici", "sociopatici" affetti da "disturbi del carattere", termini che in psichiatria sono associati all'incurabilità. Qualcuno potrebbe persino affermare che tali pazienti dovrebbero essere considerati criminali e non essere inclusi nell'ambito della psichiatria. L'esperienza clinica, tuttavia, suggerisce che l'etichetta asociale è applicata a un ampio spettro di pazienti, da quelli totalmente trattabili a quelli che sono curabili in determinate condizioni. L'esistenza di quest'ultimo gruppo rende necessaria un'approfondita comprensione di questi pazienti, tale da garantire il miglior trattamento possibile*

*agli individui che possono essere aiutati. Nel suo classico lavoro del 1941, *The Mask of Sanity*, Hervey Cleckley ha fornito la prima descrizione clinica esauriente di questi pazienti. Come suggerisce il titolo, Cleckley considerava lo psicopatico come un individuo non palesemente psicotico, ma con comportamenti così caotici e così scarsamente in sintonia con le richieste della realtà e della società, da indicare la presenza di una psicosi sottostante. Anche se gli psicopatici sembravano capaci di stabilire rapporti interpersonali superficiali, erano completamente irresponsabili in tutte le loro relazioni e non avevano nessun rispetto per i sentimenti o le preoccupazioni degli altri. Nei decenni successivi alla pubblicazione del pionieristico lavoro di Cleckley il termine "psicopatico" è caduto progressivamente in disuso. Per un certo periodo è stato usato il termine "sociopatico", che sottolineava le origini sociali piuttosto che psicologiche di alcune delle*

difficoltà presentate da questi individui. Dalla pubblicazione, nel 1968, del secondo Manuale diagnostico e statistico dell'American Psychiatric Association (DSM-II), l'espressione "personalità antisociale" è diventata la denominazione preferita. Con la pubblicazione del DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) il disturbo antisociale di personalità è stato significativamente modificato rispetto alla descrizione originale di Cleckley. I criteri del DSM-III hanno fornito maggiori particolari diagnostici rispetto a quelli di qualunque altro disturbo di personalità, ma hanno ristretto il punto focale del disturbo a una popolazione criminale verosimilmente connessa con ceti sociali inferiori oppressi ed economicamente svantaggiati. Alcuni ricercatori hanno rilevato che quando i criteri del DSM-III venivano applicati a criminali in carcere, nella maggior parte dei casi (50-80%) era possibile diagnosticare un disturbo antisociale di personalità. Risultati nettamente diversi si

ottenivano invece utilizzando criteri diagnostici più strettamente in accordo con la descrizione tradizionale di Cleckley, in cui erano enfatizzati gli aspetti psicopatologici. Per esempio, se veniva usata la Psychopathy Checklist-Revised di Hare (PCL - R) , soltanto nel 15-25 % dei casi i detenuti esaminati risultavano classificabili come psicopatici. In uno studio su 137 donne dipendenti da cocaina che avevano richiesto un trattamento era possibile diagnosticare un disturbo antisociale di personalità secondo i criteri del DSM in oltre il 25 % dei casi , ma soltanto nell'1,5 % di queste donne poteva essere diagnosticato un moderato livello di psicopatia secondo la PCL - R . Questo strumento si basa su valutazioni cliniche esperte piuttosto che su informazioni autoriportate, e include aspetti come irresponsabilità, impulsività, mancanza di obiettivi realistici a lungo termine, comportamenti sessuali promiscui, precoci problemi di comportamento, stile di vita

parassitico, durezza e mancanza di empatia, affettività superficiale, assenza di rimorso o di colpa, bisogno di stimolazioni e tendenza alla noia, senso grandioso di autostima, spigliatezza associata a un fascino superficiale. Nel corso degli ultimi anni il termine psicopatico è tornato ad avere una certa popolarità come definizione diagnostica che implica particolari caratteristiche psicodinamiche e biologiche, che non trovano riscontro nei criteri del DSM-5 per il disturbo antisociale di personalità. Il termine psicopatia, come definito da Hare, pone enfasi sui tratti elencati in precedenza, che comprendono caratteristiche interpersonali/psicodinamiche da un lato e comportamenti antisociali dall'altro. Sebbene queste due componenti siano ovviamente correlate, in alcuni individui possono presentarsi separatamente. Certi individui possono manifestare mancanza di empatia e grandiosità ed essere duri e manipolatori, ma non avere i problemi comportamentali delineati nel costrutto di Hare.

In generale, comunque, la psicopatia è molto più grave sia in termini di manifestazioni cliniche sia per quanto riguarda la resistenza al trattamento. Questi pazienti presentano probabilmente caratteristiche neuropsicologiche sostanzialmente diverse rispetto agli individui non psicopatici».

Un altro autore psicodinamico che si è espresso sulla psicopatia è stato Bergeret (1974) che, nel suo libro "La personalità normale e patologica" riporta: «*Il carattere psicopatico continua a figurare nelle descrizioni cliniche e teoriche, benché la maggior parte degli autori si trovi a disagio con la nozione di psicopatia. Pare evidente che, molto spesso, lo "psicopatico" allo stato patologico corrisponde a una "perversione del carattere". Tuttavia, a livello caratteriale, ci troviamo un'economia puramente narcisistica che vive alla luce del sole la parte aggressiva del suo anaclitismo, invece di inibirla o di rivolgerla contro di sé come*

succede in molti casi. L'asocialità del carattere psicopatico non persegue altro scopo che quello di attirare l'attenzione dell'oggetto anaclitico, dal quale si tiene dimenticato, frustrato, mal amato. La rivolta dello psicopatico non è indipendenza, ma semplice eccesso affettivo; l'instabilità emozionale traduce la debolezza pregenitale dell'lo; la labilità affettiva e la suggestionalità corrispondono alla grande dipendenza anaclitica. Il suicidio così frequente dimostra l'esistenza, dietro la violenza delle aberrazioni manifeste, del fattore depressivo latente. Esiste una forte relazione sadico-orale e il principio di piacere riesce a creare scariche così istantanee che i conflitti non vengono vissuti a livello interno. Ma la dipendenza nei confronti degli oggetti investiti e la violenza del legame affettivo testimoniano, anche qui, dietro manifestazioni diametralmente opposte, un'economia narcisistica, di tipo particolare, ma profondamente anaclitica».

Cosa accade all'interno della persona psicopatica? Il soggetto psicopatico non prova rimorso o colpa per le proprie azioni, pertanto non "impara" da esse e, qualora sopraggiungesse un nuovo stimolo innescante, reitererà il suo comportamento. Ecco che, infatti, le statistiche mostrano come la maggior parte dei detenuti psicopatici, entro un anno dal rilascio, commette nuovamente il reato.

Dal punto di vista del vissuto interno soggettivo, ci troviamo di fronte ad un soggetto con determinate caratteristiche interne che includono assenza di empatia, senso di sé grandioso, tendenza all'inganno e manipolazione, incapace di provare emozioni profonde, impulsivo e con una carente capacità di riflessione. L'individuo psicopatico avverte un piacevole senso di soddisfazione e appagamento subito dopo aver commesso il fatto e, quindi, dopo aver soddisfatto la volontà interna che l'ha condotto all'acting out.

Il soggetto psicopatico agisce e proietta sulla persona che ha di fronte i suoi sentimenti di rabbia. La psicopatia come disturbo nasce da un vissuto infantile "difficile" che ha prodotto nella persona delle turbe, dei traumi, tali da aver creato un funzionamento che tende a congelare le emozioni e i sentimenti. Ecco che, infatti, l'assenza di empatia si pone come caratteristica principale della personalità del soggetto psicopatico. Quest'ultimo, infatti, deumanizza la vittima, arrivando a considerarla come un oggetto e a privarla di qualsiasi caratteristica personologica. Inoltre, la paura e la sofferenza che la vittima sperimenta all'interno del dispiegarsi dell'azione, alimentano in lui la gratificazione.

A tale proposito possono emergere alcune domande.

Perché la gratificazione viene alimentata dalla paura e dalla sofferenza dell'altro?

Forse l'osservazione della sofferenza altrui in qualche modo legittima quella di un proprio vissuto personale celato e "costretto" all'interno

di sé, che ha comportato, in un intersecarsi di psicomicrotraumi e psicotraumi, il crearsi di questo tipo di personalità deviata?

Può essersi costituito un quadro che include l'invidia, provata verso il vissuto sano ed evolutivamente corretto dell'altro, come sentimento adiacente alla rabbia?

Perché viene a crearsi un congelamento dell'emotività, un impulso all'agire senza l'anticipazione delle conseguenze, un voler manipolare e svalutare l'altro? La psicopatia è, secondo Kernberg, la "*massima espressione del narcisismo maligno*", caratterizzato dallo sviluppo di un Sé anormale, grandioso, che agisce con aggressività e svalutazione dell'altro.

Perché nasce l'esigenza di rimarcare la grandiosità di se stessi con l'altro?

Da quale mancanza, da quale bisogno evolutivo non soddisfatto e protrattosi nel tempo, nasce il radicarsi di questi tratti che possiamo definire caratteristici della personalità psicopatica?

Cosa ha impedito l'evoluzione sana della personalità e dell'affettività del soggetto, convergendo in uno spostamento sul versante deviato?

Se Kernberg afferma che la psicopatia è la massima espressione del narcisismo maligno, almeno in un'ipotesi eziopsicopatogenetica, potremmo provare a ricondurre alla forma più arcaica di narcisismo, l'origine traumatica o ancor meglio, l'avvio della "sequenza dei fenomeni e degli eventi psicomicrotraumatici e psicotraumatici" (Frateschi M., 2021). Il narcisismo primario assoluto potrebbe essere il primo stadio che, in una condizione di deviazione, con prima espressione di psicopatia in statu nascendi, darebbe avvio alla sequenza dei fenomeni e degli eventi psicomicrotraumatici e psicotraumatici.

Lo psichiatra Kurt Schneider (2008), nel suo libro "Le personalità psicopatiche" delinea 10 tipologie di Psicopatico, di seguito riportate, ciascuna con

particolari caratteristiche: Ipertimico, Depressivo, Insicuro, Fanatico, Bisognoso di considerazione, Instabile, Esplosivo, Apatico, Abulico, Astenico.

Dal loro canto, invece, Millon e Davis (2000) ritenevano che i vari comportamenti psicopatici originano da differenti organizzazioni di personalità. Gli autori differenziano 10 sottotipi del disturbo, che hanno però in comune, in termini di antisocialità, una marcata centratura su di sé e disprezzo per i bisogni degli altri. Le differenti tipologie si distinguono per la presenza e dominanza di alcuni tratti temperamentali (Millon, Davis, 2000) e sono in elenco:

- Lo psicopatico amorale
- Lo psicopatico falso
- Lo psicopatico impavido
- Lo psicopatico avido
- Lo psicopatico viscido
- Lo psicopatico esplosivo
- Lo psicopatico abrasivo
- Lo psicopatico malvagio
- Lo psicopatico tirannico
- Lo psicopatico maligno

Il tema verrà trattato sulla base dell'orientamento teorico-metodologico psicodinamico psicoevoluzionista (Frateschi M., 2012, 2021). L'interrogativo posto riguarda l'individuazione di quali sequenze di fenomeni e di eventi psicotraumatici e psicomicrotraumatici possano essere riscontrabili nel vissuto soggettivo dell'individuo psicopatico, e come queste sequenze si associno e si intersechino, dando vita ad un terreno fertile in cui si sviluppa l'eziopsicopatogenesi del disturbo. Quanto posto come ipotesi ha carattere preventivo, nell'ottica di delineare le dinamiche e i processi interni del soggetto psicopatico attraverso un metodo psicodinamico psicoevoluzionista (Frateschi M., 1988-2021). L'esame tematico approfondito riguarda il quadro del vissuto soggettivo che si è composto negli stadi evolutivi in base alla dinamica, ai fenomeni e agli eventi determinatisi nel mondo interno e nel mondo esterno,

che hanno influito sul mondo interno del soggetto.

Nella psicologia psicodinamica psicoevolutionista (Frateschi M., 1988-1989, 2021) l'aspetto relativo al vissuto e all'esperienza soggettiva è determinante in un profilo di personalità psicodinamico. Questo aspetto viene analizzato, valutato, elaborato, interpretato, per individuare le condizioni del mondo interno del soggetto riguardo ad eventi o fenomeni, o dinamiche, che sono state rilevanti e che riprendiamo nella parte riguardante la Ricerca-Azione. Quel che possiamo ritenere rilevante nella ricerca-azione, riguardo il vissuto e l'esperienza soggettiva, è la sequenza dei fenomeni e degli eventi psicomicrotraumatici accumulati ed eventuali collegamenti con i fenomeni e gli eventi psicotraumatici.

L'individuazione della sequenza dei fenomeni e degli eventi psicomicrotraumatici rientra in un metodo di percezione psicoevolutionista della scena (Frateschi M., 2012): «*La percezione*

psicoevolutionista della scena può contribuire alla comprensione degli stadi di evoluzione di un essere umano, dallo stadio di neonato ai suoi primi anni di vita, e oltre». Interesse particolare tematico è dato dal riconoscere la dinamica, gli stadi e i processi evolutivi per comporre una valutazione del vissuto e delle esperienze soggettive.

Dapprima vorrei fornire un quadro generale dal punto di vista psicodiagnostico, per la trattazione della psicopatologia e di seguito descrivere i criteri di valutazione secondo l'orientamento psicodinamico psicoevolutionista. L'elenco degli strumenti psicodiagnostici è il seguente:

- DSM-5
- PDM-2
- PCL-R
- Carta e matita

DSM-5

Il DSM-5 è il Manuale Diagnostico dei Disturbi Mentali per eccellenza ad inquadramento categoriale. Il disturbo psicopatologico di personalità si colloca al suo

interno come specificatore, più in generale, del disturbo antisociale di personalità. Pertanto un soggetto psicopatico condividerà necessariamente delle caratteristiche del disturbo antisociale, ma un soggetto antisociale non sarà necessariamente psicopatico. Questo perché i criteri diagnostici della psicopatia comprendono anche alcuni del disturbo antisociale e di conseguenza anche il loro soddisfacimento. Lo vedremo più approfonditamente in seguito, con la PCL-R, strumento che rileva i tratti di personalità psicopatici all'interno di un individuo.

I criteri diagnostici da soddisfare per porre diagnosi di psicopatia sono (DSM-5, 2013):

- 1- Loquacità/fascino superficiale: disinvolture e loquacità nella conversazione, capacità di dare risposte pronte, divertenti e intelligenti, o di raccontare storie improbabili ma convincenti su di sé che lo mettono in buona luce (anche se ne emerge un fascino superficiale);
- 2- Senso grandioso del Sé: opinione eccessivamente elevata del proprio valore e delle proprie qualità, che lo porta a risultare arrogante e supponente;
- 3- Bisogno di stimoli/propensione alla noia: il soggetto sperimenta facilmente la noia e tende per questo a mettere in atto comportamenti rischiosi;
- 4- Menzogna patologica: tendenza a mentire come modalità frequente nelle interazioni con gli altri e con un'ottima abilità nel mentire;
- 5- Manipolazione: per conseguire un proprio scopo personale può far uso d'inganni, menzogne e frodi manipolando gli altri;
- 6- Assenza di senso di colpa: assenza di emozioni morali quali colpa e vergogna e di preoccupazione per le conseguenze negative delle proprie azioni;
- 7- Affettività superficiale: può dimostrare freddezza emotiva oppure mostrare un'espressione teatrale, superficiale, recitata e di breve durata delle emozioni;
- 8- Deficit di empatia: mancanza di empatia,

insensibilità e disprezzo per le emozioni e il benessere degli altri, visti unicamente come soggetti da manipolare per il proprio vantaggio;

9- Deficit del controllo comportamentale: discontrollo comportamentale, bassa tolleranza della frustrazione con comportamenti aggressivi di fronte alla critica e al fallimento, associati ad un'elevata irritabilità e disregolazione della rabbia;

10- Comportamento sessuale promiscuo: comportamenti e condotte sessualmente promiscue;

11- Mancanza di obiettivi e piani realistici a lungo termine: difficoltà nel formulare ed eseguire piani realistici a lungo termine;

12- Elevati livelli di impulsività;

13- Delinquenza in età giovanile con una storia di comportamenti antisociale in età adolescenziale;

14- Problematiche comportamentali precoci: gravi problemi comportamentali in età infantile (comportamenti persistenti di menzogna, furto, rapina, frode, piromania, assenze scolastiche

ingiustificate, bullismo, vandalismo, fughe da casa, attività sessuali precoci).

PDM-2

Lingiardi e McWilliams (2017) nel Manuale Diagnostico Psicodinamico, PDM-2, riportano: *“In questa classificazione abbiamo preferito utilizzare il termine "psicopatico" anziché quello di "antisociale", oggi più diffuso. Molte persone con questo stile di personalità, infatti, non sono francamente antisociali, nel senso di un aperto contrasto con le regole sociali. Anzi, molti individui con personalità psicopatica riescono a perseguire i propri obiettivi e a svolgere il proprio lavoro ricevendo approvazione sociale e perfino ammirazione. In alcune professioni, il comportamento psicopatico può persino essere "premiato"... Nonostante molti individui psicopatici finiscano per avere problemi con la legge e le autorità, alcuni*

sono molto abili a evitare di dover rendere conto del male o dei danni provocati alle altre persone. Se nel secolo scorso venivano descritti come affetti da "insanità morale", oggi gli individui con personalità psicopatiche sono tendenzialmente ricondotti ad aree di funzionamento dal livello borderline a quello psicotico. Le loro condotte sono tipicamente orientate alla conquista del potere, per usarlo poi a proprio esclusivo vantaggio. Spesso sembrano trarre piacere dall'ingannare e manipolare gli altri. Il concetto di "impostore" di Deutsch (1955) richiama molto quello di psicopatia. Nonostante lo stereotipo della personalità antisociale implichi aggressività e violenza, decenni di contributi teorico-clinici hanno messo in luce una manifestazione più passivo-parassitaria della psicopatia, in cui l'individuo tende a utilizzare il raggiro o la

truffa nel contesto dei suoi rapporti.

Rispetto alle persone comuni, quelle psicopatiche sembrano provare ansia più raramente e in modo meno intenso. Inoltre, chi ha ricevuto una diagnosi di disturbo antisociale di personalità ha un bisogno di livelli di stimolazione molto superiori alla media, motivo per cui ricerca di continuo tali stimoli.

Decisamente rilevanti sono la mancanza di empatia e l'assenza di un centro di gravità morale che, nelle persone con altri stili di personalità, consentono di controllare la brama di potere e magari di rivolgerla su obiettivi di rilevanza sociale. Gli individui psicopatici possono essere affascinanti e carismatici, e possono leggere con grande accuratezza gli stati emotivi altrui. Sono molto capaci di leggere il contesto in cui si trovano, ma poi pensano e agiscono in una prospettiva p r e t t a m e n t e

autoreferenziale e per scopi egoistici. La loro vita emotiva piuttosto povera e gli affetti che esprimono sono poco sinceri e finalizzati alla manipolazione interpersonale. La capacità di contatto emotivo è minima, e forte è la tendenza a perdere interesse per gli altri nel momento in cui non sono più utili ai loro fini. Non sono in grado di descrivere le loro esperienze emotive con la dovuta profondità o attenzione alle sfumature. L'indifferenza per i sentimenti e i bisogni degli altri, inclusa la tipica mancanza di rimorso per il male causato ad altri, può far ipotizzare gravi compromissioni nei primi legami di attaccamento. Ambienti di crescita caratterizzati da trascuratezza, caos, inaffidabilità e instabilità, con caregiver abusanti o dipendenti da sostanze, così come un cattivo matching tra le caratteristiche temperamentali del

bambino e quelle degli adulti che si sono presi cura di lui sono tutti fattori che sono stati associati al successivo sviluppo di una personalità psicopatica. Ma anche fattori costituzionali sembrano avere un peso decisamente rilevante.

I clinici che hanno in terapia pazienti psicopatici possono inizialmente subirne il fascino ma poi, in breve tempo, si sentono scossi e turbati. Sentono la mancanza del consueto legame emotivo che può instaurarsi con un paziente e, anzi, sperimentano insoliti sentimenti di apprensione, tensione e agitazione, sentendosi "sotto scacco" - tutte reazioni controtransferali, tra l'altro, dotate di un'alta valenza diagnostico-informativa. Alcuni studi empirici recenti hanno mostrato che nel lavoro con i pazienti psicopatici i clinici tendono a sentirsi criticati e sopraffatti. L'emergere di questi sentimenti, se uniti a un'anamnesi del paziente caratterizzata da violenze,

dovrebbe spingere il clinico a considerare anche le questioni legate alla propria sicurezza. Un atteggiamento eccessivamente amichevole da parte del clinico può avere esiti negativi in quanto questi pazienti tendono a considerare ogni espressione di gentilezza come una debolezza. E' tuttavia possibile esercitare un'influenza terapeutica su molti individui psicopatici se il clinico riesce a trasmettere una presenza forte, si comporta in modo scrupoloso e integro, e riconosce che le motivazioni del paziente girano attorno al desiderio di potere. Un trattamento terapeutico ha maggiori probabilità di successo se il paziente ha raggiunto o superato la mezza età e quindi ha fatto esperienza di un certo declino sul piano fisico e ha fatto i conti con i limiti dei suoi desideri onnipotenti.

Le caratteristiche principali riguardano:

- *Aspetti costituzionali: Possibile predisposizione all'aggressività, alta soglia di stimolazione emotive.*
- *Tensione / preoccupazione principale: Manipolare vs paura di essere manipolati*
- *Affetti principali: rabbia, invidia .*
- *Credenza patogena caratteristica relativa a se stessi: "Posso fare tutto ciò che voglio". Credenza patogena caratteristica relativa alle altre persone: "sono tutti egoisti, ti manipolano, sono spregevoli o incapaci di farsi valere, inconsistenti, e non valgono niente".*
- *Modi principali di difendersi: cercare di ottenere un controllo onnipotente".*

PCL-R

La Psychopathy Checklist Revised (PCL-R) (Hare et al., 1990) è lo strumento psicodiagnostico più usato al mondo per quanto riguarda la

valutazione della personalità psicopatica, rischio di recidiva e pericolosità sociale. Si tratta di un'intervista semi strutturata, con misure qualitative e altre quantitative, composta da 20 item. Il punteggio ad ogni item viene assegnato dall'esaminatore, dopo aver ottenuto la documentazione personale del soggetto e aver condotto un'intervista, su una scala composta da 0 (non si applica al soggetto), 1 (si applica parzialmente), 2 (si applica al soggetto). Il punteggio totale varia da 0 a 40. La recidiva è correlata ad un punteggio maggiore di 25 alla PCL-R, mentre per rilevare la presenza di psicopatia il punteggio deve essere uguale o superiore a 30.

In base al punteggio ottenuto si può determinare il livello di psicopatia:

33-40 livello molto alto, disturbo psicopatico, altamente pericoloso, probabilità di recidiva alta;

25-32 alto, con rischio di recidiva;

17-24 moderato, considerati criminali comuni;

9-16 basso

0-8 molto basso

La PCL-R è composta da 2 fattori (1 e 2) che comprendono ciascuno 2 componenti (4 componenti totali). Il fattore 1, detto anche del deficit affettivo/interpersonale, è dato dalle componenti 1 e 2, mentre il fattore 2, che identifica uno stile di vita antisociale, caratterizzato da impulsività e irresponsabilità, dalle componenti 3 e 4. Il fattore 2 della PCL-R, correlato con il Fattore 1 predice il comportamento violento. Ogni componente a sua volta è composto da diversi item:

Componente 1 – Interpersonale Componente 2 –

Affettiva

1. Loquacità/Fascino
S u p e r f i c i a l e

6. Assenza di rimorso o di senso di colpa

2. Senso Grandioso di Sé
7. Affettività

Superficiale

4. Menzogna Patologica

8. Insensibilità/Assenza di Empatia

5. Impostore/Manipolativo

16. Incapacità di accettare la responsabilità delle proprie azioni

Componente 3 -Stile di Vita Componente

4 -Antisociale

3. Bisogno di Stimoli / Propensione alla Noia

10. Deficit del Controllo Comportamentale

9. Stile di Vita Parassitario

12.

Problematiche Comportamentali Precoci

13. Assenza di Obiettivi Realistici/a Lungo Termine

18. Delinquenza in Età Giovanile

14. Impulsività

19.

Revoca della Libertà Condizionale

15. Irresponsabilità

20.

Versatilità Criminale

Due item sono indipendenti:

11. Comportamento sessuale promiscuo

17. Numerosi rapporti di coppia di breve durata

La valutazione consente di discriminare un soggetto psicopatico da altri soggetti che possiedono alcuni tratti presenti in questo disturbo, come ad esempio la persona affetta da disturbo antisociale narcisistico. Sicuramente, il soggetto che viene diagnosticato psicopatico, possiederà molti tratti presenti all'interno del disturbo antisociale di personalità, aspetti contenuti proprio nel fattore 2.

CARTA E MATITA

Con Carta e matita identifichiamo dei test proiettivi che indagano il profilo di personalità ed emotivo-comportamentale del soggetto.

Questi test vengono somministrati all'individuo attraverso una consegna iniziale del compito. Ognuno di questi test ha la propria specifica consegna che viene data contestualmente al porgere del foglio, rigorosamente in posizione obliqua, per non suggerirne un determinato orientamento. Nel

frattempo che la persona svolge il disegno, lo psicologo scrive sul proprio foglio di annotazione l'atteggiamento della persona, i tratti, le cancellature, le aggiunte a conclusione del disegno, i colori utilizzati (quando richiesti), la pressione, la dominanza manuale e la velocità con cui disegna. Al termine del disegno si può procedere con la costruzione di una storia creata sulla base del disegno stesso. Tale storia verrà annotata dallo psicologo. La costruzione della storia può essere incentivata attraverso delle domande-stimolo che lo psicologo può porre all'esaminato, al fine di indagare determinati aspetti dell'individuo. Si procede in separata sede alle procedure di scoring attraverso i criteri di interpretazione presenti sui rispettivi manuali.

CRITERI DI VALUTAZIONE CON I PARAMETRI DELLA SEQUENZA DEI FENOMENI PSICOMICROTRAUMATICI E PSICOTRAUMATICI.

Una domanda plausibile, rispetto all'impostazione finora avanzata potrebbe essere:

perché, come nel caso dell'attacco di panico, in un attacco violento "paranoico" la slatentizzazione è così distintamente esplosiva rispetto ai comportamenti immediatamente precedenti all'attacco stesso? Un'ipotesi riguarderebbe l'eventuale *c o m p r e s s i o n e t e m p o r a n e a m e n t e* congestionata che di colpo *d i v a m p e r e b b e* in un'esplosione con incontrollabilità.

La sedimentazione di trascuratezza protratta, tutta come piccole parti di un mosaico, deve determinare nel soggetto un vissuto frammentato, come l'angoscia di frammentazione (es. Pazienti psicotici). Qualcosa poi ricompone questi frammenti come una Gestalt distorta.

In riferimento all'orientamento *p s i c o d i n a m i c o* psicoevoluzionista, sui parametri della sequenza dei fenomeni psicomicrotraumatici e psicotraumatici, Frateschi (2021) afferma: « *La psicoevoluzione è stata da me fondata e sviluppata organicamente anche grazie*

all'osservazione, allo studio, all'analisi e all'interpretazione subclinica e clinica dello psicomicrotrauma e dello psicotrauma, in riferimento ad ogni tempo, condizione, fenomeno, evento, causa, effetto, ecc., in ordine di spazio, forma, misurabilità e grado micro, medio e macro. E' un impegno sistematico e funzionale per la ricerca e gli interventi su una gamma variabile di traumi psicologici che vengono definiti e specificati nella qualità e quantità di psicomicrotrauma e di psicotrauma, per una comprensione e valutazione analitica e globale, con attenzione particolare ai parametri relativi a: entità, intensità, durata, estensione, ed ancora sul livello inconscio/conscio per l'evidenza subclinica e clinica. Perciò, se alcuni eventi critici sono di tipo psicotraumatico, è anche vero che molti altri eventi critici sono di tipo psicomicrotraumatico e aggiungo che ogni evento critico, anche apparentemente imprevedibile o invisibile, ha origine sempre all'interno di fenomeni multipli simultanei.

Ad esempio, uno o più eventi psicomicrotraumatici, nell'organismo di un neonato, non evidenti, nello spazio, e improvvisi, nel tempo. «Il metodo psicoevoluzionista nelle applicazioni psicodiagnostiche e psicoterapeutiche tiene conto della rilevanza clinica circa l'analisi, la valutazione, l'elaborazione e l'interpretazione di psicomicrotraumi e psicotraumi, degli sviluppi dinamici psico-bio-sociali e delle sequenze di accumulazione di eventi multipli simultanei e successivi subclinici e clinici nel corso della vita del soggetto» (Frateschi M., 2013).

Adesso, voglio ricordare le prime definizioni di evento psicomicrotraumatico e di conseguenza di eventi psicomicrotraumatici accumulati: «L'evento psicomicrotraumatico è un tipo di evento che causa nell'individuo un trauma psicologico d'identità e di intensità di grado lieve o molto lieve, di durata breve ed estensione minima, con

evidenza precettiva bassa. Ne consegue che eventi psicomicrotraumatici determinano segni di sofferenza quasi impercettibili, che sommandosi, potrebbero avviare primi segni di comportamenti precursori di rischio per la salute psicologica. Una sequenza di eventi psicomicrotraumatici accumulati con una concatenazione progressiva specifica, originale e propria del vissuto individuale, può produrre un aumento della frequenza e dell'intensità del fenomeno disturbante nel soggetto, fino alla sua emersione. Da una sequenza di eventi psicomicrotraumatici accumulati infantili possono determinarsi dei comportamenti precursori a rischio di psicopatologia» (Frateschi M., 2007, 2015a).

Sul profilo psicodiagnostico psicoevoluzionista può essere configurato l'inquadramento dinamico della sequenza dei fenomeni e degli eventi psicomicrotraumatici e psicotraumatici. In base ai parametri di valutazione e interpretazione dello

psicomicrotrauma e dello psicotrauma, riguardanti: l'entità (significato/forma), l'intensità (modo/pregnanza), la durata (tempo/direzione), l'estensione (spazio/grandezza), l'evidenza (inconsapevolezza/volume), è possibile ricostruire con p r e c i s i o n e l'eziopsicopatogenesi e la condizione psicopatologica del soggetto. Ogni evento psicomicrotraumatico (EPMT) ed evento psicotraumatico (EPT) può essere valutato rispettivamente come psicomicrotrauma (PMT) e psicotrauma (PT) per ciascun parametro quantitativo:

PMT/PT-Q1=entità;

PMT/PT-Q2=intensità;

PMT/PT-Q3=durata;

PMT/PT-Q4=estensione;

PMT/PT-Q5=evidenza;

e per ciascun parametro qualitativo:

PMT/PT-KA=significato/forma

PMT/PT-KB=modo/pregnanza,

PMT/PT-KC=tempo/direzione

PMT/PT-KD=spazio/grandezza,

PMT/PT-

KE=inconsapevolezza/volume

La valutazione consiste nel configurare quantità/qualità

dell'evento EPMT o EPT, e successivamente, dell'interazione tra gli eventi confluenti in fenomeni FPMT/ FPT unici e multipli simultanei e in successione. L'interpretazione comprenderà, quindi, la valutazione complessiva riconfigurata con il metodo dell'analisi dell'interpretazione della percezione psicoevoluzionista delle scene e venti-fenomeni psicomicrotraumatici e psicotraumatici ed il profilo psicodinamico del soggetto. Si potrà così ricostruire l'evoluzione normale o la rilevanza subclinica psicomicrotraumatica, e clinica psicotraumatica, o l'eziopsicopatogenesi fino alla condizione psicopatologica attuale del soggetto, ovviamente, anche in considerazione di ulteriori metodi di valutazione e interpretazione psicodiagnostica psicodinamica psicoevoluzionista, relativi all'evoluzione delle difese, dell'identità e della personalità, e ad ogni altro fattore, tratto, dimensione e variabile

pertinente e congruente. In particolare, la rilevanza subclinica psicomicrotraumatica si differenzia da quella clinica psicotraumatica, in quanto, spesso nella casistica clinica, permea l'esistenza del soggetto con una progressione silente sedimentata, in costante accrescimento, per cui la dimensione complessiva aumentando compone un'inconsapevolezza via via più rischiosa fino all'insidiosa slatentizzazione improvvisa e critica di un evento psicotraumatico. L'evento psicotraumatico, in questo caso è il risultato esatto di una sequenza specifica di eventi psicomicrotraumatici accumulati che produce il fenomeno causante la slatentizzazione dell'evento rilevante ed evidente clinicamente, che di seguito potrà comportare un primo innesco di fenomeno psicopatologico preciso spazio-tempo-modo-significato del soggetto, eventualmente ricorrente. Un esempio è un primo evento attacco di panico che insorge fulmineo ed

inaspettato nel soggetto che rimane immediatamente imbrigliato nell'angoscia e nella paura della perdita di controllo del proprio organismo, e del pericolo patologico o mortale stravolgente, e che, successivamente ricorderà intensamente ad ogni rievocazione, anche apparentemente marginale.

Lo studio delle cause di una psicopatologia e del loro meccanismo di azione, cioè l'eziopsicopatogenesi, ricostruita con precisione psicodinamica psicoevolutionista contribuisce alla comprensione della dinamica, dei processi, degli stadi evolutivi, e del tipo, fenomeno e grado eventuale di compromissione nella struttura, organizzazione, funzionamento del sistema strategico psicoevolutivo difensivo e della personalità. Individuare, analizzare, e interpretare specifici eventi-fenomeni multipli simultanei e in successione, consci e inconsci, vissuti nella dinamica, processo, stadio dello spazio-tempo-modo-

significato dell'essere, delinea lo sviluppo dell'identità e della personalità e la configurazione della percezione-rappresentazione delle scene del mondo interno, nel continuum dinamico interiorizzante trasformativo dell'organizzazione globale del campo organismo. Specifici eventi-fenomeni caratterizzano la vita dell'essere nel mondo interno rispetto al mondo esterno, in un simultaneo spazio/grandezza, tempo/direzione, modo/pregnanza, significato/forma, inconsapevolezza/volume...

Ogni evento-fenomeno percepito-rappresentato determina una riconfigurazione della totalità dinamica conscia-inconscia, basata sulla congruenza intima psicofisiobiologica dell'essere-spazio-tempo-modo-significato. Quindi, per quanto si possa essere consapevoli di eventi e fenomeni di qualsiasi natura, tipo e genere è sempre presente un volume d'inconsapevolezza, anche se minimo, per cui misurarli, come sopra definito per spazio/grandezza, tempo/

direzione, modo/pregnanza, significato/forma, attiene all'analisi, alla valutazione e all'interpretazione psicodinamica psicoevolutionista (Frateschi M.,2021).

Dal momento della nascita in poi, fino al termine della vita, le sintonie, le oscillazioni e i conflitti tra coscienza e inconscio non cesseranno mai, di giorno e di notte, nel sonno e nella veglia, e in qualsiasi spazio (Frateschi M.,2012a). Il tempo e lo spazio soggettivi, interni nel proprio mondo, nel proprio ambiente psicologico, potranno essere dapprima intuiti, quindi percepiti con progressiva consapevolezza. D'altronde, quanto a modo proprio d'inconscio simultaneamente si produce, permane per quantità-qualità micro-macro non rinvenibile, fino a che non si analizza e non si interpreta, con metodi e tecniche psicodinamiche. Percepire il proprio organismo negli andamenti ciclici o frammentari e di parte, negli eventi critici o normali delle parti di sé, è un impegno considerevole, di grande

rilievo per la salute; per cui assumere coscienza della condizione simultaneamente conscia-inconscia del proprio campo organismo può favorire un'esplorazione della condizione umana e della possibilità di evoluzione psicologica. L'attenzione profonda verso il proprio organismo è una priorità per la cura delle psicopatologie, degli psicotraumi e degli psicomicrotraumi; la sua applicazione anche in condizioni umane normali, accrescerebbe notevolmente l'efficacia della prevenzione psicologica primaria e secondaria (Frateschi M., 2008). Lentamente il vissuto psichico e fisico, conscio-inconscio si produce in tutta l'estensione e la profondità dell'organismo. Il vissuto si incrementa inarrestabile, anche quando subentrano le patologie psichiche e fisiche. «Eventi del mondo esterno possono essere determinanti nello scatenamento di psicotraumi e psicomicrotraumi, infatti dal primo verificarsi delle conseguenze, anche solo di lievi riflessi o evocazioni nel

mondo interno dell'organismo, tutto potrebbe essere percepito attraverso scene interne dense di umori, impressioni, sensazioni e ancora impulsi, istinti, pulsioni» (Frateschi M., 2012a, 2012b). Ad un evento psicotraumatico corrisponde un insight totale, mentre a una sequenza di eventi psicomicrotraumatici accumulati corrispondono insights parziali (Frateschi M., 2007) meno potenti ed efficaci a lungo termine. Il metodo psicoevoluzionista analizza il mosaico dinamico di fenomeni ed eventi multipli simultanei successivi consci e in consci significativi secondo il modo proprio del soggetto. Nella mia esperienza clinica, la maggioranza dei bambini e degli adolescenti con disagi lievi o psicopatologie di grado lieve, a partire dall'approfondimento psicodiagnostico fino alle verifiche e conferme nel corso della psicoterapia, avevano vissuto nel passato almeno una sequenza psicomicrotraumatica, senza che si fossero verificati o si potessero rilevare eventi

psicotraumatici evidenti o manifesti. All'incremento di frequenza, intensità e grado di gravità del disturbo, corrisponde proporzionalmente l'aumento degli eventi psicomicrotraumatici, e si rilevano la presenza e l'aumento progressivo, anche degli eventi psicotraumatici di gravità maggiore.

Dinamiche, processi, fenomeni ed eventi, con il metodo psicoevoluzionista vengono ricomposti progressivamente nel setting psicoterapeutico, grazie alla successione e alla simultaneità soggettiva e relazionale spazio-tempo. Un'attenzione rilevante va disposta nel metodo su analisi, elaborazione, interpretazione, costruzione della molteplicità degli eventi, dei fenomeni, dei processi inconsci, delle fantasie, delle immagini, dei simboli, dei sogni e della realtà, e delle variabili indipendenti, dipendenti e intervenienti, in questa configurazione dinamica di setting psicoterapeutico» (Frateschi M., 2015b, 2017).

Il progetto ha tra le finalità la promozione della salute e la prevenzione psicologica a favore di molteplici destinatari nella società e in particolare nelle comunità sociali ed educative.

Quando si parla di fare prevenzione in una collettività, rispetto ad una particolare tematica o fenomeno, non si può prescindere dall'utilizzare una metodologia di tipo scientifico, che possa raccogliere il materiale informativo utile per il progetto di prevenzione che si sta portando avanti e trasferirlo ai destinatari attraverso strumenti scelti appositamente per il target dei destinatari. Quando parliamo di una metodologia scientifica, facciamo riferimento ad un processo che inizia (dopo aver definito l'argomento) con la raccolta e analisi del materiale approvato dalla comunità scientifica internazionale, quindi sottoposto a validazione, per poi finire con l'elaborazione dei dati e la comunicazione dei risultati.

Gli strumenti che vengono utilizzati, inoltre, nella

formazione sono strumenti conoscitivi e di intervento. Nel nostro caso specifico, nel quadro della prevenzione primaria, utilizzeremo come strumento formativo-informativo lezioni frontali di stampo teorico, unite a dinamiche di gruppo nelle quali verranno effettuati esercizi ed esercitazioni, per citarne alcuni, come il role-playing, il role-taking, e le simulazioni.

Bibliografia

1. American Psychiatric Association (2013). Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Quinta edizione. DSM-5. Tr.it. Raffaello Cortina, Milano, 2015.
2. Bergeret J., (1974). La personalità normale e patologica. Nuova edizione. Tr.it. Raffaello Cortina, 2002.
3. Deutsch H. (1955). The impostor. Some forms of emotional disturbance and there relationship to schizophrenia. Psychoanalytic Quarterly,11,301-321.
4. Frateschi M., (1988-1989). Laboratori di Ricerca di Attività Creativa. Comunicazioni. Cattedra Pedagogia 1, Università degli Studi di Bari.
5. Frateschi M., (2007). La prevenzione psicologica dei comportamenti prevaricanti e il fenomeno del bullismo. Comunicazione presentata al Seminario “Bullismo e devianza minorile”. Università degli Studi di Bari.

- Facoltà di Scienze Politiche. Bari.
6. Frateschi M., (2008). Progetti di Prevenzione Psicologica. In «Psicopuglia, Notiziario dell'Ordine degli Psicologi della Puglia» 8, 12 / 2008, pp.55-58.
 7. Frateschi M., (2012a). Psicoevoluzione, Introduzione alla psicodinamica psicoevoluzionista. Armando Editore, Roma.
 8. Frateschi M., (2012b). Psicoevoluzione: prevenzione delle psicopatologie e psicoterapia psicoevoluzionista. Comunicazione presentata al Convegno "Prevenzione delle psicopatologie dello sviluppo: Psicoevoluzione, Salute, Scuola", A.I.E.Psi., Bari.
 9. Frateschi M., (2013). La prevenzione psicoevoluzionista: programma e servizi per la scuola e la famiglia. Comunicazione presentata al Convegno "Psicologia e Promozione della Salute. Prevenzione Psicoevoluzionista dei DA, DSA", Istituto Comprensivo "Japigia I-Verga", Bari.

10. Frateschi M., (2015a). Psicomicrotrauma e Psicotrauma, vita e morte. In «Psicopuglia, Notiziario dell'Ordine degli Psicologi della Puglia» 15, 6/2015, pp.37-44.
11. Frateschi M., (2015b). Lo psicologo a sostegno della prevenzione primaria, secondaria e terziaria: gli aspetti psicologici clinici, psicotraumatici e psicopatologici; gli interventi, la consulenza e i progetti dello psicologo scolastico. Comunicazione presentata al Seminario "Lo Psicologo Scolastico", organizzato dall'Università degli Studi di Bari, Dipartimento di Scienze della Formazione, Psicologia.
12. Frateschi M., (2017). Psychoevolution. Psychoevolutionist Psychodynamic Psychotherapy, Comunicazione presentata al Congresso Internazionale XVIII World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry (WADP)- XXXI International Symposium of the

- German Accademy for Psychoanalysis (DAP) "Creative Processes in Psychoterapy and Psychiatry", organizzatodall'International Foundation Erich Fromm, Firenze.
13. Frateschi, M., (2021). *Psicomicrotrauma. Psicoterapia psicodinamica psicoevoluzionista*. Armando Editore, Roma.
14. Gabbard G.O., (2015). *Psichiatria Psicodinamica- Quinta edizione*. Tr.it. Raffaello Cortina, 2015.
15. Hare R.D., Harpur, T. J., Hakstian, A. R., Forth, A. E., Hart, S. D., & Newman, J. P. (1990). The Revised Psychopathy Checklist: Reliability and factor structure. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2(3), 338–341
16. Lingiardi, V., & McWilliams, N. (2017). *Manuale Diagnostico Psicodinamico, PDM-2*, Tr.It. Raffaello Cortina Editore, Milano.
17. Millon T., Simonsen E., Birket-Smith M., Davis R. D., (2002). *Psychopathy: Antisocial, Criminal, and*

Violent Behavior.
NY: Guilford
Press.

18. Schneider K.,
(1950). Le
personalità
psicopatiche.
Roma: Giovanni
Fioriti Editore,
2008.

Accettazione della malattia: un'analisi psicologica

di Antonia Bellucci

Abstract

L'accettazione della malattia è un processo complesso e multidimensionale che coinvolge aspetti cognitivi, emotivi e comportamentali. Questo articolo esplora i meccanismi psicologici sottostanti all'accettazione della malattia, le strategie di coping adottate dai pazienti e l'impatto di tale accettazione sulla qualità della vita. Inoltre, si analizzano le implicazioni terapeutiche e le pratiche cliniche per facilitare l'accettazione nei pazienti affetti da malattie croniche.

Introduzione

Le persone affette da **malattie terminali** o i pazienti con **patologie croniche e/o degenerative** si trovano a dover fare i conti con una realtà difficile da accettare: oltre ai fattori fisici determinati dalla **malattia**, vi sono anche fattori psico-sociali che impattano sulla salute e sulla qualità di vita di queste

persone. Per questo motivo, si ritiene importante seguire il malato, oltre che da un punto di vista medico, anche a livello psicologico con interventi terapeutici volti a raggiungere una migliore **accettazione della malattia**.

L'accettazione della malattia è una componente cruciale nella gestione delle condizioni croniche. La diagnosi di una malattia può comportare un significativo sconvolgimento della vita di un individuo, influenzando vari domini, tra cui il benessere psicologico, le relazioni sociali e la funzionalità fisica. Comprendere i processi psicologici che facilitano l'accettazione della malattia è essenziale per sviluppare interventi efficaci che possano migliorare la qualità della vita dei pazienti.

Meccanismi Psicologici dell'Accettazione

L'accettazione della malattia può essere definita come il **riconoscimento** e l'adattamento positivo alla presenza di una condizione cronica; questo processo implica diverse fasi, tra cui:

- **Negazione:** la negazione è spesso la reazione iniziale alla diagnosi di una malattia cronica; psicologicamente, la negazione serve come un meccanismo di difesa, proteggendo l'individuo dallo shock e dall'ansia associati alla scoperta della malattia. Durante questa fase, l'individuo può rifiutare di accettare la diagnosi, minimizzare la gravità della condizione o ignorare le raccomandazioni mediche. Tale meccanismo può manifestarsi in varie forme, tra cui:

- **Incredulità:** rifiuto di accettare la realtà della diagnosi.

- **Minimizzazione:** sottovalutazione della gravità della malattia e delle sue implicazioni.

- **Evasione:** evitare di parlare della malattia o di confrontarsi con la situazione.

Mentre la negazione può offrire un sollievo temporaneo, una sua persistenza prolungata può impedire l'adozione di comportamenti

salutari necessari per la gestione della malattia.

- **Rabbia:** la rabbia rappresenta una fase in cui l'individuo sperimenta sentimenti di frustrazione, ingiustizia e risentimento verso la propria condizione; questo stadio può essere caratterizzato da domande come "*Perché proprio a me?*" o "*Cosa ho fatto per meritare questo?*". Psicologicamente, la rabbia può essere diretta verso:

- **Se stessi:** sentimenti di colpa o autocritica.

- **Altri:** risentimento verso familiari, amici o operatori sanitari.

- **Il destino o la vita:** percezione di ingiustizia e sfortuna.

La rabbia, se non gestita correttamente, può portare a conflitti interpersonali e un deterioramento del supporto sociale, elementi cruciali per il benessere del paziente.

- **Contrattazione:** la contrattazione è un tentativo di negoziare con se stessi, con una divinità o con il destino,

nella speranza di mitigare l'impatto della malattia; questa fase è caratterizzata da pensieri del tipo *“Se solo faccio questo, allora starò meglio”*. Psicologicamente, la contrattazione può servire come un modo per ottenere un senso di controllo sulla situazione:

- **Promesse e Patteggiamenti:** tentativi di fare promesse (ad esempio, cambiare stile di vita) in cambio di miglioramenti nella salute.

- **Speranze Irrealistiche:** attese di cure miracolose o risoluzioni rapide.

La contrattazione può temporaneamente alleviare l'ansia, ma può anche portare a delusione e frustrazione quando le speranze non vengono soddisfatte.

- **Depressione:** la fase di depressione rappresenta un periodo di tristezza profonda e disperazione, legato alla consapevolezza della cronicità e dell'impatto della malattia; durante questa fase, l'individuo può sentirsi

sopraffatto dalla propria condizione e sperimentare:

- **Tristezza:** un senso persistente di tristezza e perdita.

- **Anedonia:** perdita di interesse per le attività precedentemente piacevoli.

- **Isolamento:** tendenza a ritirarsi socialmente e ad evitare contatti con gli altri.

- **Sentimenti di Inutilità:** percezione di essere un peso per gli altri e mancanza di speranza per il futuro.

La depressione, se non trattata, può avere un impatto negativo significativo sulla qualità della vita e sull'adesione ai trattamenti medici.

- **Accettazione:** l'accettazione è la fase finale del processo, caratterizzata dal riconoscimento della malattia e dall'adozione di strategie per convivere con essa; psicologicamente, l'accettazione non significa rassegnazione ma, piuttosto, un adattamento positivo alla

realità della condizione cronica. Gli individui che raggiungono questa fase tendono a mostrare:

- **Adattamento Cognitivo:** modifica dei pensieri negativi e sviluppo di un atteggiamento più realistico e positivo verso la malattia.

- **Comportamenti Salutari:** adozione di abitudini e comportamenti che migliorano la gestione della malattia.

- **Supporto Sociale:** ricerca e utilizzo del supporto emotivo e pratico da parte di familiari, amici e professionisti.

- **Benessere Psicologico:** riduzione dei livelli di ansia e depressione e miglioramento del benessere generale. la fase finale, caratterizzata dal riconoscimento della malattia e dall'adozione di strategie per convivere con essa.

Strategie di Coping nell'Accettazione della Malattia

L'accettazione della malattia richiede l'adozione di strategie di coping efficaci, che aiutano l'individuo a gestire le sfide

emotive, cognitive e comportamentali associate alla condizione cronica. Tra queste strategie, le più efficaci includono il coping attivo, il supporto sociale, la ristrutturazione cognitiva e le pratiche di mindfulness e accettazione.

Il coping attivo implica il coinvolgimento diretto in attività che aiutano a gestire la malattia. Questo approccio proattivo permette ai pazienti di sentirsi più in controllo della loro condizione e di affrontare le sfide in modo concreto e strutturato. Le componenti principali del coping attivo includono:

- **Adesione ai Trattamenti Medici:** seguire regolarmente le prescrizioni mediche e partecipare alle visite di controllo. Questo comportamento non solo contribuisce a mantenere la malattia sotto controllo, ma fornisce anche un senso di routine e prevedibilità.

- **Partecipazione a Gruppi di Supporto:** entrare in contatto con altri individui che condividono la stessa condizione può offrire un senso di appartenenza e

comprensione reciproca. I gruppi di supporto forniscono un ambiente sicuro per condividere esperienze, consigli e sostegno emotivo.

- Educazione sulla Malattia: informarsi sulla propria condizione, i trattamenti disponibili e le strategie di gestione può ridurre l'ansia e migliorare la capacità di prendere decisioni informate.

Ovviamente, anche il supporto sociale è cruciale nel processo di accettazione della malattia. La rete di relazioni con familiari, amici e la comunità può fornire sostegno emotivo, pratico e psicologico. Gli elementi chiave del supporto sociale includono il sostegno emotivo basato sul ricevere affetto, empatia e comprensione da parte di persone care poiché aiuta a ridurre il senso di isolamento e aumenta il benessere emotivo. L'assistenza pratica, relativa all'aiuto con le attività quotidiane, come le faccende domestiche, le commissioni e i trasporti per le visite mediche, allevia lo stress e permette al paziente di concentrarsi sulla gestione della malattia.

Amici e familiari, inoltre, possono offrire consigli utili e condividere informazioni preziose che possono facilitare la gestione della condizione cronica.

Necessario supporto, ovviamente, è rappresentato da un adeguato sostegno psicoterapeutico per favorire una funzionale ristrutturazione cognitiva.

La ristrutturazione cognitiva è una tecnica della terapia cognitivo-comportamentale (CBT) che aiuta i pazienti a identificare e modificare i pensieri negativi e disfunzionali legati alla malattia; tale approccio mira a migliorare il benessere psicologico attraverso:

- Identificazione dei Pensieri Negativi: riconoscere i pensieri automatici negativi che contribuiscono a creare sentimenti di ansia e depressione.

- Sfidare le Distorsioni Cognitive: analizzare criticamente i pensieri irrazionali e sostituirli con interpretazioni più realistiche e positive.

- Sviluppo di Pensieri Positivi: promuovere una mentalità positiva e costruttiva che facilita l'accettazione della malattia e migliora la resilienza emotiva.

Impatto sulla qualità della vita

L'accettazione della malattia è strettamente correlata alla qualità della vita. Studi hanno dimostrato che i pazienti che riescono ad accettare la loro condizione cronica tendono a mostrare un miglior adattamento psicologico, livelli più bassi di ansia e depressione ed una maggiore partecipazione alle attività quotidiane. Inoltre, l'accettazione può ridurre il rischio di comportamenti disfunzionali, come l'evitamento e l'isolamento sociale.

L'accettazione della malattia permette ai pazienti di affrontare meglio le sfide emotive e cognitive legate alla condizione cronica; infatti, pazienti che adottano strategie di coping efficaci tendono a sviluppare una maggiore resilienza, migliorando così la loro capacità di gestire lo stress e le difficoltà quotidiane

poiché è associata anche a livelli più bassi di ansia e depressione. Le strategie di coping come la ristrutturazione cognitiva e la mindfulness aiutano a ridurre i pensieri negativi e a promuovere un senso di calma e benessere emotivo.

Accettare la malattia consente ai pazienti, inoltre, di mantenere un coinvolgimento attivo nelle attività quotidiane, migliorando così la loro qualità della vita. La partecipazione a gruppi di supporto, l'adesione ai trattamenti medici e il supporto sociale contribuiscono a mantenere una vita equilibrata e soddisfacente.

Implicazioni Terapeutiche

Per facilitare l'accettazione della malattia, i professionisti della salute mentale possono adottare diverse strategie terapeutiche:

- Psicoterapia Individuale: approcci come la terapia cognitivo-comportamentale (CBT) e la terapia dell'accettazione e impegno (ACT) sono particolarmente efficaci nel promuovere l'accettazione.

- Interventi di Gruppo: gruppi di supporto e programmi di educazione sanitaria che promuovono la condivisione delle esperienze e l'apprendimento reciproco.

- Interventi Integrati: programmi multidisciplinari che coinvolgono medici, psicologi e altri professionisti della salute per fornire un supporto completo al paziente.

Conclusioni

L'accettazione della malattia è un processo dinamico e multifattoriale che richiede un approccio olistico e individualizzato: promuovere l'accettazione può migliorare significativamente la qualità della vita dei pazienti affetti da malattie croniche, riducendo l'impatto psicologico della malattia e favorendo un adattamento positivo. Interventi terapeutici mirati e il supporto sociale sono essenziali per facilitare questo processo e migliorare il benessere complessivo dei pazienti.

Bibliografia

1. Kübler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. Macmillan.

2. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer.

3. Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change*. Guilford Press.

4. Charmaz, K. (1983). Loss of Self: A Fundamental Form of Suffering in the Chronically Ill. *Sociology of Health & Illness*, 5(2), 168-195.

5. Folkman, S. (1997). Positive Psychological States and Coping with Severe Stress. *Social Science & Medicine*, 45(8), 1207-1221.

6. Taylor, S. E., & Stanton, A. L. (2007). Coping Resources, Coping Processes, and Mental Health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 377-401.