

UNIVERSITÀ DELLA VALLE D'AOSTA
UNIVERSITÉ DE LA VALLÉE D'AOSTE



UNIVERSITÀ DELLA
VALLE D'AOSTA
UNIVERSITÉ DE LA
VALLÉE D'AOSTE

DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E SOCIALI

CORSO DI LAUREA IN SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE

ANNO ACCADEMICO 2021/2022

TESI DI LAUREA

DISTURBO NARCISISTICO E CORRISPETTIVO DEFICIT EMPATICO

DOCENTE relatore:
Prof.ssa Stefania Cristofanelli

STUDENTE:
19 D03 129
Beatrice Varagona

Sommario

Sommario	2
CAPITOLO PRIMO: IL DISTURBO NARCISISTICO DI PERSONALITA'	6
1.1 Il Disturbo Narcisistico di Personalità nella mitologia e nella letteratura.....	6
1.1.1 Il mito di Narciso di Ovidio	6
1.1.2 Fiaba di Biancaneve e i sette nani dei fratelli Grimm	9
1.2 Evoluzione storica dello stato dell'arte	10
1.2.1 L'utilizzo clinico del termine	11
1.2.2 Freud: narcisismo primario e narcisismo secondario	11
1.2.3 Melanie Klein: il ruolo dell'invidia.....	13
1.2.4 Hebert Rosenfeld: narcisista "a pelle spessa" e "a pelle sottile".....	13
1.2.5 Winnicott e Lacan: relazione madre-bambino e sistema specchio	14
1.2.6 Kohut: narcisismo e transfert oggetto-Sé	16
1.2.7 Kernberg: narcisismo e Sé grandioso patologico.....	18
1.2.8 Gabbard: narcisista "inconsapevole" e "ipervigile"	20
1.3 Disturbo narcisistico: aspetti nosografici e ricerca empirica.....	22
1.3.1 Il Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali (DSM).....	22
1.3.2 Evoluzione del Disturbo Narcisistico di Personalità nelle varie edizioni del DSM 25	
1.3.2 Disturbo narcisistico nel PDM	28
1.3.3 Ricerca empirica: Shedler, Westen et al. e la SWAP-200	30
CAPITOLO SECONDO: EZIOPATOGENESI DEL DISTURBO NARCISISTICO	33
2.1 Il contesto relazionale in psicoanalisi	33
2.1.1 Donald Winnicott: il ruolo dell'ambiente materno nella costruzione del Sé	34
2.1.2 Wilfred Bion: funzione alfa e rêverie materna.....	37
2.2 Bowlby: Teoria dell'attaccamento.....	39
2.2.1 Mary Ainsworth: modelli di attaccamento	40
2.2.2 Mary Main: Adult Attachment Interview (AAI).....	42
CAPITOLO TERZO: NEUROSCIENZE: COMPrensIONE DEL DISTURBO NARCISISTICO E DEL CORRISPETTIVO DEFICIT EMPATICO.	46
3.1 L'empatia nel funzionamento interpersonale	46
3.1.1 Meccanismi e strutture cerebrali del processo empatico.....	47
3.2 Deficit empatico nel disturbo narcisistico di personalità.....	49
3.2.1 Studi sull'elaborazione delle emozioni ad alto livello	50
3.2.2 Studi sull'elaborazione delle emozioni a basso livello	51
3.2.3 Studi di imaging strutturale	52
3.3 Neuroscienze nella diagnosi e nella formulazione del trattamento	54
CONCLUSIONI.....	56
BIBLIOGRAFIA.....	59

SITOGRAFIA 69

INTRODUZIONE

Il termine “narcisismo” è largamente usato nel lessico contemporaneo e nell’immaginario collettivo fa riferimento a quei soggetti che sono estremamente egoisti, pieni di sé e autocentrati. In realtà, i tratti principali del narcisismo sono frequentemente presenti nella popolazione generale e non necessariamente rappresentano un disturbo di personalità conclamato, essendo spesso funzionali al raggiungimento del successo sociale e/o lavorativo. Questi tratti di personalità, che, come verrà descritto, vanno a definire il narcisismo (grandioso, vulnerabile, patologico) e il disturbo narcisistico di personalità, sono distribuiti in vario grado nella popolazione sana, ma configurano un disordine di personalità nel momento in cui condizionano la qualità di vita del soggetto causando difficoltà relazionali in ambito familiare, sociale e lavorativo.

Nel seguente elaborato di tesi si vuole portare all’attenzione del lettore la comprensione del disturbo narcisistico di personalità, partendo dall’analisi della letteratura, passando per uno dei possibili fattori di rischio per lo sviluppo di tale quadro clinico e concludendo presentando in chiave neuroscientifica il corrispettivo deficit empatico.

Nel primo capitolo, si darà evidenza di come, già nella mitologia e nelle fiabe, fossero descritte alcune caratteristiche peculiari del disturbo, quali, ad esempio, l’incapacità di amare qualcuno al di fuori di sé e l’incessabile necessità di ottenere riconoscimenti esterni. A tal fine verrà analizzato un frammento del mito di Narciso di Publio Ovidio Nasone e successivamente un estratto del testo della fiaba di Biancaneve e i sette nani dei fratelli Grimm, che permetteranno di fare un inquadramento degli aspetti psicopatologici oggetto di tesi.

Successivamente, verranno analizzate le teorie di alcuni tra gli autori più influenti riguardo al tema, a partire dal Novecento fino all’epoca contemporanea, partendo da Freud e arrivando fino a Gabbard, Tale analisi consentirà di distinguere le due principali modalità di manifestazione del narcisismo, ovvero quello grandioso e quello vulnerabile.

Infine, il focus sarà spostato in ambito clinico-diagnostico, attraverso la presentazione dei manuali diagnostici: DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) e PDM (*Psychodynamic Diagnostic Manual*), e dei rispettivi orientamenti teorici; verranno infine descritti i criteri necessari al clinico per formulare una diagnosi di disturbo narcisistico di personalità. Inoltre, verrà esposto un breve approfondimento su una delle ricerche più rivoluzionarie in tale ambito, quella di Westen e collaboratori, che, attraverso un’attenta analisi del disturbo e di tutte le sue peculiarità, ha portato alla costruzione di un nuovo strumento di

assesment diagnostico, la SWAP-200 (*Shedler-Westen Assessment Procedure*), che attraverso la valutazione di tratti e stili, sani e patologici della personalità, si pone come obiettivo quello di integrare dati di evidenza clinica, con dati empirici di ricerca.

Proseguendo, il secondo capitolo si pone l'obiettivo di evidenziare quanto la componente di attaccamento sia fondamentale e necessaria per lo sviluppo della mente del bambino e per tutti quei processi che permettono di sviluppare determinate capacità intrapersonali e interpersonali.

Verranno presentate la Teoria dell'attaccamento di Bowlby, la *Strange Situation* ideata da Mary Ainsworth e l'*Adult Attachment Interview* proposta da Mary Main. Grazie a tali ricerche sarà possibile evidenziare come, in base alle modalità di interazione tra madre e bambino, si possano perseguire traiettorie sane o patologiche dell'ipotesi evolutiva della mente e della conseguente probabilità di sviluppare un disturbo di personalità narcisista, data dalla mancata capacità di distinguere tra Sé e l'altro e dall'identificazione da parte del bambino con un falso Sé.

Nel terzo ed ultimo capitolo lo sguardo verrà rivolto alle neuroscienze, ambito di ricerca sviluppatosi a partire dagli anni 2000, che sta ricevendo particolare interesse da parte della comunità scientifica. Nello specifico, verranno presentati alcuni studi che si pongono l'obiettivo di descrivere, a livello di struttura e meccanismi cerebrali, il deficit empatico, caratteristico del disturbo di personalità narcisista.

Un ultimo sguardo verrà poi rivolto al particolare contributo che gli studi neuroscientifici possono portare all'interno del contesto clinico-diagnostico e alla relazione clinico-paziente.

CAPITOLO PRIMO: IL DISTURBO NARCISISTICO DI PERSONALITA'

1.1 Il Disturbo Narcisistico di Personalità nella mitologia e nella letteratura

Prima di parlare del disturbo narcisistico di personalità, argomento specifico di questo primo capitolo, verrà introdotto il tema del narcisismo attraverso la descrizione di due opere letterarie classiche che narrano nella loro trama storie di personaggi aventi caratteristiche peculiari di questo disturbo di personalità. È doveroso specificare che i testi citati sono solo due tra i tanti che potrebbero essere presi in considerazione per presentare l'argomento. Tra questi altri troviamo, ad esempio, la versione del mito di Narciso dello scrittore greco Conone, la commedia *La dodicesima notte* di Shakespeare (1623), la commedia *Eco y Narciso* di Calderòn de la Barca (1661), il romanzo *Ritratto di Dorian Gray* di Oscar Wilde (1890).

Di seguito verranno esposti e analizzati il mito di Narciso di Ovidio e la fiaba di Biancaneve e i sette nani dei fratelli Grimm.

1.1.1 Il mito di Narciso di Ovidio

*“ [...] Qui il ragazzo, spossato dalle fatiche della caccia e dal caldo,
venne a sdraiarsi, attratto dalla bellezza del posto e dalla fonte,
ma, mentre cerca di calmare la sete, un'altra sete gli nasce:
rapito nel porsi a bere dall'immagine che vede riflessa,
s'innamora d'una chimera: corpo crede ciò che solo è ombra.
Attonito fissa sé stesso e senza riuscire a staccarne gli occhi
rimane impietrito come una statua scolpita in marmo di Paro.*

[...]

*Desidera, ignorandolo, sé stesso, amante e oggetto amato,
mentre brama, si brama, e insieme accende ed arde.
Quante volte lancia inutili baci alla finzione della fonte!
Quante volte immerge in acqua le braccia per gettarle
intorno al collo che vede e che in acqua non si afferra!*

*Ignora ciò che vede, ma quel che vede l'infiamma
e proprio l'illusione che l'inganna eccita i suoi occhi.
Ingenuo, perché t'illudi d'afferrare un'immagine che fugge?
Ciò che brami non esiste; ciò che ami, se ti volti, lo perdi!
Quella che scorgi non è che il fantasma di una figura riflessa:
nulla ha di suo; con te venne e con te rimane;
con te se ne andrebbe, se ad andartene tu riuscissi.
Ma né il bisogno di cibo o il bisogno di riposo
riescono a staccarlo di lì: disteso sull'erba velata d'ombra,
fissa con sguardo insaziabile quella forma che l'inganna
e si strugge, vittima dei suoi occhi. [...]
Mi piace, lo vedo; ma ciò che vedo e che mi piace
non riesco a raggiungerlo: tanto mi confonde amore.
[...]
Con sguardo amico mi lasci sperare non so cosa;
quando ti tendo le braccia, subito le tendi anche tu;
quando sorrido, ricambi il sorriso; e ti ho visto persino piangere,
quando io piango; con un cenno rispondi ai miei segnali
e a quel che posso arguire dai movimenti della bella bocca,
mi ricambi parole che non giungono alle mie orecchie.
Io, sono io! l'ho capito, l'immagine mia non m'inganna più!
Per me stesso brucio d'amore, accendo e subisco la fiamma!
Che fare? Essere implorato o implorare? E poi cosa implorare?
Ciò che desidero è in me: un tesoro che mi rende impotente.
Oh potessi staccarmi dal mio corpo!" (Ovidio, 8 d.C)*

Uno dei primi a parlare di narcisismo, anche se non in termini clinici, fu Publio Ovidio Nasone (43 a.C.-18 d.C.) il quale narrò il mito di Narciso nel terzo libro delle Metamorfosi (Ovidio, 8 d.C.).

Ovidio racconta di un giovane di nome Narciso, nato dall'unione della ninfa Liriope e del dio fluviale Cefisio. La madre, preoccupata per il futuro del figlio, consultò l'indovino Tiresia, il quale le predisse che Narciso sarebbe vissuto a lungo "se non avesse mai conosciuto se stesso" (Caviglia, Perrella, 2015, p 11). Il giovane era particolarmente celebre per la sua bellezza, a tal punto che, a sedici anni, giovani e vecchi, donne e uomini, se ne innamoravano perdutamente. Narciso viene descritto come un giovane distaccato, freddo e anche egoista, incapace di provare sentimenti; queste sue caratteristiche lo portavano a rifiutare tutte le proposte amorose, tanto che nessuno dei suoi pretendenti lo aveva mai toccato. A un certo punto del racconto, interviene un nuovo personaggio, la ninfa Eco, la quale era stata condannata da Giunone a ripetere le frasi di chi le parlava. Eco vide Narciso in un bosco, si innamorò di lui e iniziò a seguirlo di nascosto. la ninfa provò a buttarsi tra le braccia del giovane, ma venne rifiutata e per questo Narciso venne punito dalla dea Nemese. Mentre il ragazzo si dissetava a una fonte, vide un bellissimo giovane del quale si innamorò perdutamente. Affascinato, cercò in tutti in tutti modi di avvicinarsi, ma presto si rese conto che il giovane altro non era che l'immagine di sé riflessa nell'acqua. Una volta compreso che non avrebbe mai potuto ottenere quell'oggetto d'amore, si lasciò morire.

Quando le Naiadi, ninfe delle acque dolci della terra, andarono a prendere il suo corpo per posizionarlo sul rogo funebre, trovarono al suo posto un fiore dai petali bianchi e giallo arancio: il fiore del narciso.

Narciso rappresenta il prototipo di uomo che rimane eternamente immaturo, centrato sempre su di sé e incapace di provare sentimenti, se non quelli per se stesso. Egli rifugge da ogni relazione esterna, per quanto connotata da stima e apprezzamento, quasi come se questa possa rappresentare un pericolo per il suo mondo chiuso e autoriferito. Questa situazione non cambia anche quando Eco, perdutamente innamorata di lui, cerca di conquistarlo, ma viene allontanata con disprezzo. Con la figura di Narciso, Ovidio ha, di fatto, introdotto il tema del doppio; questo altro non è se non il simbolo dell'amore che l'Io prova per se stesso: l'incapacità di amare l'altro coincide con uno sviscerato amore narcisistico per la propria immagine e per il proprio Io, al punto di vedersi anche fuori di sé, come oggetto del desiderio (Rank, 1914).

Davanti alla sua immagine il ragazzo non fugge, bensì cerca in tutti i modi di avvicinarsi e toccarla poiché se ne è perduto innamorado e questa condizione non cambierà, Narciso resterà innamorato di se stesso fino alla fine, fino a quando si lascerà morire perché incapace di convivere con la delusione di non poter mai possedere l'oggetto del suo amore.

Diverse sono le possibili interpretazioni del mito. La più comune (Caviglia, Perrella, 2015) vede Narciso come la rappresentazione della persona incapace di amare qualcuno al di fuori di se stesso: è da questa lettura che nasce l'interesse psicoanalitico per il disturbo narcisistico e l'idea che, se una persona ama se stessa a tal punto da superare il limite entro il quale è possibile parlare di "amor proprio", rischia di diventare egoista e cieca nei confronti delle altre persone e nelle relazioni con esse.

Un'altra lettura propone un parallelismo tra la morte e la conoscenza di sé: il destino di Narciso è già scritto, nel momento in cui conoscerà se stesso, morirà. In queste parole è possibile leggere una profonda verità, ovvero che per poter accedere alle relazioni con altri è necessario prima "morire" nella propria dimensione egoistica e autoriferita (Caviglia & Perrella, 2015).

1.1.2 Fiaba di Biancaneve e i sette nani dei fratelli Grimm

"Aveva uno specchio magico, e nello specchiarsi diceva:

- Dal muro, specchietto, favella: nel regno chi è la più bella?

E lo specchio rispondeva: Nel regno, Maestà, tu sei quella.

Ed ella era contenta, perché sapeva che lo specchio diceva la verità.

Ma Biancaneve cresceva, diventava sempre più bella e a sette anni era bella come la luce del giorno e ancor più della regina.

Una volta che la regina chiese allo specchio:

Dal muro, specchietto, favella: nel regno chi è la più bella?

lo specchio rispose: Regina, la più bella qui sei tu, ma Biancaneve lo è molto di più.

La regina allibì e diventò verde e gialla d'invidia." (Grimm, J. & Grimm, W., 1812)

È possibile ritrovare caratteristiche simili a quelle di Narciso nel personaggio della strega nella favola di "Biancaneve e i sette nani" (Fratelli Grimm, 1812). Anche in questo caso vengono

ripresi i concetti di egocentrismo e assenza di emozioni, ma forse la figura più rilevante che viene sottolineata è quella dello specchio: la strega non fa altro che riflettervisi tutto il giorno, cercando da esso la conferma di essere “la più bella del reame”. Fino a quando la risposta dello specchio è congruente con le sue aspettative, non si riscontrano particolari anomalie nel suo comportamento; al contrario, quando si rende conto che qualcuno può metterla in ombra, inizia ad ardere in lei la rabbia di non sentirsi più l’unica.

Anche nella sua figura è possibile riscontrare gran parte delle caratteristiche di un narcisista: vanità, arroganza, egocentrismo, bisogno di sentirsi al centro dell’attenzione, competitività, necessità di ottenere riconoscimenti e gratificazioni immediati e incapacità di accettare una sconfitta o un “secondo posto”.

Il narcisista si sente speciale e tende a dare per scontato che qualunque cosa gli sia dovuta. La manipolazione e la seduzione culturale e comportamentale sono elementi distintivi di un narcisista. L’interesse che il soggetto narcisista prova nei confronti dell’altro, in realtà, è un tentativo di rendersi più gradevole e apprezzato. La costante attenzione rivolta al proprio Sé e la “paura” di ricevere una delusione da parte dell’altro, porta il soggetto narcisista a un disinvestimento nei confronti del mondo esterno.

Questo senso di superiorità apparente nasconde un profondo sentimento di insicurezza e inferiorità: ritornando alla fiaba, il fatto di fare continuamente la stessa domanda allo specchio, alla ricerca di conferme, è dimostrazione dell’insicurezza del proprio essere, alla base di una personalità narcisista e di come tali conferme vengano continuamente ricercate nelle relazioni con gli altri. In questo senso, il soggetto narcisista tende a manipolare le persone con cui entra in relazione e i pensieri che queste hanno su di lui, in modo tale da avere sempre un riscontro positivo e in linea con l’idea che lui stesso ha di Sé.

A seguito di queste prime considerazioni è possibile definire come in un soggetto narcisista, la grandiosità è utilizzata come meccanismo di difesa dall’insicurezza e l’egocentrismo come un antidoto alla paura del confronto (Caviglia, Perrella, 2015).

1.2 Evoluzione storica dello stato dell’arte

Dopo aver fatto una breve introduzione seguendo un punto di vista narrativo e mitologico, con il seguente paragrafo l’attenzione verrà posta sulla letteratura clinica e sugli aspetti nosografici ed evolutivi della patologia, con l’obiettivo di descrivere come i vari autori hanno elaborato la propria visione sul disturbo narcisistico di personalità.

1.2.1 *L'utilizzo clinico del termine*

“L'argomento del narcisismo è molto vasto e importante [...] Riuscire a dare un'esposizione completa dei problemi relativi al narcisismo appare pertanto come un'impresa di vaste proporzioni, rispetto a cui le conoscenze e le capacità di un singolo autore facilmente risulterebbero inadeguate” (Kohut, 1976, p.7).

Il primo autore che ha introdotto il concetto di “narcisismo” in ambito psichiatrico è stato Havelock Ellis (1898) che, nel suo articolo sull'autoerotismo, introduce il concetto di amore narcisistico, descrivendo casi clinici di soggetti che “si innamorano di se stessi”.

Nel 1899, Paul Nacke, in un articolo sulle perversioni sessuali, definisce il narcisismo come espressione patologica dell'autoerotismo che si manifesta quando il soggetto presenta una particolare attività sessuale caratterizzata dalla “passione per se stesso”.

Mentre per questi autori il narcisismo deve essere considerato fra le perversioni sessuali, è Isidor Sadger (1908), allievo di Freud e membro della Società Psicoanalitica di Vienna, a proporre per primo una reinterpretazione del narcisismo in chiave psicoanalitica, ipotizzando che questo potesse trovare una collocazione nel normale sviluppo psicosessuale dell'individuo.

Negli anni successivi ci fu un lungo dibattito relativo all'interpretazione clinica del narcisismo fra i membri della Società Psicoanalitica di Vienna, dibattito che durò fino al 1914 quando Freud formalizzò il concetto di narcisismo nell'ambito della teoria psicoanalitica (Padovan, 2017).

1.2.2 *Freud: narcisismo primario e narcisismo secondario*

Freud utilizzò il termine per la prima volta nella riunione del 10 novembre 1909 presso la Società Psicoanalitica di Vienna (Caviglia, Perrella, 2015), ma il lavoro più importante, che rappresentò la nascita ufficiale di questo concetto in psicoanalisi, fu *Introduzione al narcisismo* (Freud, 1914).

In questo saggio, l'autore descrive diversi fenomeni eterogenei tra loro, tra cui lo sviluppo pulsionale, l'omosessualità e la schizofrenia. L'intenzione di Freud era quella di spiegare, attraverso la teoria della libido, alcune delle scoperte di Krapelin e Bleuer, rispettivamente riguardo la *dementia preacox* e la schizofrenia. Egli sottolinea come tali patologie risultino essere una grande sfida per la psicoanalisi in quanto, a differenza delle nevrosi, le parafrenie, categoria delle sindromi psicotiche all'interno della quale rientrano la *dementia preacox* e la schizofrenia, mancano di un legame con la realtà. La libido viene completamente ritirata dal

mondo esterno e, come alternativa, nel paziente schizofrenico si sviluppa una forte megalomania: “la libido sottratta al mondo esterno è stata diretta sull’Io, dando origine per conseguenza a un comportamento che possiamo definire narcisistico” (Freud, 1976, p. 445).

È così che Freud arriva a concettualizzare due dei punti cardine principali della sua teoria: *narcisismo primario* e *narcisismo secondario*, che egli identifica come fasi dello sviluppo pulsionale, detta anche libido. Egli definisce la pulsione come un’energia psichica di carattere sessuale che proviene da una parte del corpo e che necessita di essere liberata. Tali stimoli interni possono distinguersi tra loro in base alla fonte (parte del corpo da cui hanno origine), alla meta (soddisfacimento) e all’oggetto verso cui sono indirizzate. È possibile notare come le pulsioni in questione passino da una fase autoerotica, poiché l’appagamento viene ricercato su parti del proprio corpo, a una fase alloerotica, in cui l’oggetto verso cui viene indirizzata la spinta pulsionale è spostato all’esterno. Nella prima fase, definita anche narcisismo primario, il bambino prende come oggetto d’amore il proprio corpo ed è completamente immerso in uno stato di onnipotenza del pensiero, per cui sente che tutto ciò che lo circonda è creato da lui. “Il narcisismo primario è una sorta di amore, che, più che di se stesso, può essere definito con se stesso” (Semi, 2007, p. 30).

Successivamente, a causa delle continue frustrazioni provenienti dal bisogno di soddisfare la libido, il bambino sposta l’oggetto d’amore all’esterno: in questo modo, la libido narcisistica, ovvero quella rivolta verso il Sé e che caratterizza la fase del narcisismo primario, si trasforma in libido oggettuale, diretta quindi verso un oggetto esterno, che all’inizio sarà la madre.

Potrebbe accadere che, se l’investimento pulsionale su oggetti esterni porta il bambino a provare un’eccessiva frustrazione, la libido venga nuovamente ritirata dall’esterno e reinvestita sul Sé, dando inizio a quello che viene definito come narcisismo secondario. Così, la libido oggettuale e la libido narcisistica risultano essere inversamente proporzionali, quanto più è presente una, tanto più l’altra viene a mancare.

Inoltre, Freud compie un interessante studio sull’infanzia di Leonardo da Vinci (Freud, 1910) in cui descrive il meccanismo con cui l’investimento libidico porta a una scelta omosessuale. Secondo l’autore, questa decisione è dovuta alla fissazione dei bisogni erotici della figura materna e attraverso l’identificazione con essa “[...] il ragazzo mette se stesso al posto della madre, si identifica con lei e prende la sua stessa persona come un modello a somiglianza del quale egli sceglie i nuovi oggetti del suo amore [...] Egli trova gli oggetti del suo amore lungo la via del Narcisismo” (Freud, 1910, citato da Società psicoanalitica italiana, 2015).

1.2.3 *Melanie Klein: il ruolo dell'invidia*

Un'autrice, che si discosta dalla concezione di Freud del narcisismo primario che precede le relazioni oggettuali, fu Melanie Klein.

Al contrario di Freud, Melanie Klein, attraverso la sua esperienza clinica, sostiene che sin dalla nascita esiste, anche se parziale, la percezione di un oggetto esterno differenziato da sé, ovvero il seno materno. Inoltre, se per Freud l'oggetto è la meta di ogni pulsione del bambino, secondo la Klein sull'oggetto ricadono anche emozioni, fantasie e difese dell'infante (Lingiardi, Gazzillo, 2014).

Tra i concetti principali sviluppati dalla Klein, va preso in considerazione il ruolo dell'invidia caratterizzante il disturbo narcisistico, esposto nel suo libro *Invidia e gratitudine* (Klein, 1957). L'autrice indica l'invidia come ciò che c'è di più distruttivo tra gli impulsi umani: questo sentimento inficia la creazione di rapporti validi con gli oggetti buoni, mina il senso di gratitudine e rende incerta la distinzione tra buono e cattivo.

Il tema dell'invidia è ben evidente nel passaggio della fiaba dei fratelli Grimm sopra citato, quando la regina, sentendo tradite le sue aspettative riguardo la sua bellezza, ordina al cacciatore l'uccisione della figura responsabile della riapertura della sua ferita narcisistica¹.

1.2.4 *Hebert Rosenfeld: narcisista "a pelle spessa" e "a pelle sottile"*

Le teorie di Melanie Klein vennero riprese dallo studioso inglese Herbert Rosenfeld, il quale, nel suo scritto del 1964 sulla psicopatologia del narcisismo, pone il focus sull'eziologia e la patogenesi di quelle che saranno chiamate "organizzazioni patologiche".

I pazienti narcisisti sviluppano un'immagine grandiosa e idealizzata di sé e svalutano tutto ciò che sta al di fuori, ovvero gli oggetti e le relazioni con essi, per sfuggire all'angoscia depressiva e alla dipendenza che proverebbero se si rendessero conto di distruggere con l'invidia gli oggetti da loro amati. Per proteggersi dal dolore connesso alla dipendenza dagli oggetti, sia interni sia esterni, il narcisista mette in pratica dei meccanismi di difesa.

¹Ferita narcisistica: ferita dell'anima che può portare allo sviluppo di una personalità narcisista. Nasce da una relazione asincrona, nella quale l'altro non viene realmente riconosciuto per ciò che è. Tale ferita è conseguenza di traumi emotivi che sopraffanno i meccanismi di difesa di un individuo e devastano il suo orgoglio e la sua autostima (Miller, 1981).

Per Rosenfeld il narcisismo si basa sulla scissione delle qualità positive e negative sia di se stesso che degli altri; il passo successivo è il ricorso all'introiezione, alla proiezione e all'identificazione proiettiva per attribuire a se stessi le qualità positive degli oggetti, e agli altri tutti i propri aspetti negativi (Lingiardi, Gazzillo, 2014).

Questo meccanismo porta il narcisista ad esaltare se stesso per tutto ciò che c'è di bello e positivo in un essere umano, qualità che gli altri non hanno e che vengono visti dal narcisista come inferiori e meri "oggetti" da sfruttare e dai quali ricevere ammirazione.

Rosenfeld fa una classificazione di due diversi tipi di narcisismo, la quale verrà ripresa successivamente da altri autori. Egli distingue tra "narcisista a pelle spessa" e "narcisista a pelle sottile":

- il *narcisista a pelle spessa* corrisponde alla descrizione del narcisista distruttivo, arrogante, aggressivo, che tende a distruggere l'oggetto, che sopravvive grazie all'investimento in un sé idealizzato. Il meccanismo di difesa che adotta è proprio l'arroganza e l'aggressività, come forma reattiva a una paura incontrollabile di distruzione del sé;
- il *narcisista a pelle sottile*, al contrario, è un soggetto vulnerabile, che prova vergogna e senso di inferiorità, che cerca approvazione ed è iper-sensibile a qualsiasi critica. Il senso di vulnerabilità e di fragilità nei confronti del resto del mondo è costantemente presente così come la paura di possibili ferite narcisistiche (Caviglia, Perrella 2015). Quest'ultima forma di narcisismo avrebbe una funzione difensiva e compensatoria rispetto a traumi ambientali precoci.

Per quanto riguarda quest'ultimo aspetto, è possibile osservare che, a partire dalla metà del secolo scorso, diversi autori hanno spostato l'attenzione della loro analisi sul concetto di fallimento ambientale, andando a descrivere un profilo di paziente caratterizzato da fragilità e vulnerabilità, molto distante dal paziente conflittuale, invidioso e aggressivo della teorizzazione kleiniana e post-kleiniana.

1.2.5 Winnicott e Lacan: relazione madre-bambino e sistema specchio

Winnicott, che nella sua carriera non si dedicò nello specifico al narcisismo, fu tra i primi a contribuire alla concettualizzazione ed approfondimento della relazione tra madre e bambino.

Non si parla più esclusivamente di relazione tra il soggetto e proprio sé, ma interviene, avendo una notevole importanza nello sviluppo della traiettoria narcisistica, anche la relazione a due tra bambino e *caregiver*. Secondo l'Autore, infatti, quelle patologie che oggi definiamo narcisistiche dipenderebbero da un fallimento da parte del *caregiver* nel sostenere lo sviluppo funzionale dell'infante. Le madri di questi pazienti non avrebbero permesso loro di arrivare a fare esperienza dell'oggetto altro da sé, cioè di rapportarsi e conoscere l'oggetto in tutte le sue forme, ma solo di entrare in rapporto con esso attraverso l'identificazione del bambino con il pensiero materno (Winnicott, 1969).

Questa versione specificatamente relazionale è stata ripresa da Winnicott a partire dalla teorizzazione di Lacan dello "stadio dello specchio", proposta per la prima volta, nel 1936, al Congresso Internazionale di psicoanalisi di Marienbad. Tale fase, secondo l'autore, rappresenta la matrice originaria della formazione dell'Io, un "crocevia strutturale nella costruzione della soggettività umana" (Lacan, 1974, citato da Società Psicoanalitica Italiana, 2015). Questo concetto si riferisce all'esperienza dello sviluppo psichico del bambino in un'età collocabile tra i 6 ed i 18 mesi, periodo in cui il bambino non padroneggia né il linguaggio né il coordinamento motorio.

È definito "stadio dello specchio" in quanto il bambino utilizza il rispecchiamento nell'altro per conoscersi, ma è indubbio, per quanto affermato in precedenza, il fatto che il bambino vada incontro a una discrepanza tra ciò che lo specchio gli rimanda, ovvero l'illusione di poter padroneggiare il proprio corpo, e la condizione di prematurità strutturale, che caratterizza la sua dipendenza dall'altro. La funzione dello specchio, che nelle fasi precoci di sviluppo è svolta dal *caregiver*, deve essere quella di produrre uno sdoppiamento nel soggetto, per permettergli di rispecchiare il proprio sé, ma contemporaneamente riconoscersi in un'alterità.

Per Winnicott, il precursore dello specchio è il volto materno: è da questo sguardo che il bambino riceve il primo riconoscimento del suo "essere" (Winnicott, 1967).

Andando verso la conclusione di questa analisi dell'evoluzione storica del termine e delle caratteristiche distintive della patologia, giungiamo alle concettualizzazioni più note in tema di narcisismo: quelle di Heinz Kohut e Otto Kernberg. I loro modi di intendere il narcisismo sono differenti tra di loro, ma, allo stesso tempo, speculari: "lo sviluppo delle loro posizioni teoriche rappresenta la principale controversia teorica riguardante la valutazione psicodinamica del Disturbo Narcisistico di Personalità." (Gabbard, 2007, citato da Caviglia, Perrella, 2015, p.27)

1.2.6 Kohut: narcisismo e transfert oggetto-Sé

Heinz Kohut (1913-1981), psicoanalista austriaco, considerato il caposcuola della psicologia del Sé, descrive il paziente narcisista come un soggetto narcisisticamente vulnerabile, tendente alla frammentazione del sé. Per elaborare la sua teoria, parte dai *transfert* sviluppati da pazienti con diagnosi di disturbo narcisistico della personalità e disturbo narcisistico del comportamento, individuando tre differenti tipologie di *pattern* transferali: speculare, idealizzante e gemellare, che hanno in comune la figura dell'altro come specchio, come sostegno del Sé (Lingiardi, Gazzillo, 2014).

Nel transfert speculare, predomina la necessità di un oggetto, non sempre differenziato da sé, la cui ammirazione e approvazione favoriscono lo sviluppo di un'autostima narcisistica, caratterizzata dalla dipendenza dal parere altrui per riconoscersi. In questo caso parliamo di una relazione con un *oggetto-Sé speculare*.

Nel transfert idealizzante, a predominare è il bisogno di fondersi con un *oggetto-Sé idealizzato*, riconosciuto come detentore di conoscenza, potere e perfezione.

Infine, nel transfert idealizzato, il soggetto narcisista va alla ricerca di un *oggetto-Sé gemellare*, che gli assicuri la possibilità di confrontarsi, al fine di appagare il bisogno di sentirsi simile a un altro soggetto ritenuto amato e amabile.

La rottura di questi *transfert* rappresenterebbe quindi la riattivazione di normali processi psichici, come il bisogno di idealizzare una figura adulta o di fare esperienza di un senso di gemellarità, i quali però sono stati esasperati durante l'infanzia (Lingiardi, Gazzillo, 2014).

Anche per Kohut il contesto ha un'influenza decisiva sullo sviluppo di una personalità narcisistica. A tal proposito, lo psicoanalista viennese mette in evidenza come questi pazienti siano individui narcisisticamente disturbati, i quali hanno avuto un arresto da un punto di vista evolutivo a uno stadio in cui è presente esclusivamente un "Sé grandioso arcaico" (Kohut, 1976), a causa del quale necessitano di specifiche risposte dall'ambiente che li circonda (i *caregiver*) per mantenere un Sé coeso. La mancanza di tali risposte, data dal fallimento empatico genitoriale, fa sì che l'individuo tenda ad andare incontro a una frammentazione del Sé.

L'autore osserva, infatti, che:

"in circostanze ottimali, il bambino sperimenta una delusione graduale nei confronti dell'oggetto idealizzato che conduce ad un ritiro degli investimenti narcisistici dall'imgo dell'oggetto-Sé idealizzato e alla loro

interiorizzazione graduale, cioè all'acquisizione di strutture psicologiche permanenti. Se il bambino subisce la perdita traumatica dell'oggetto-Sé idealizzato o una delusione traumatica, allora l'interiorizzazione non ha luogo. Il bambino non acquisisce la struttura interna necessaria, la sua psiche rimane fissata ad un oggetto-Sé arcaico" (Kohut, 1976, p. 52-53).

Sulla base di questa tesi, Kohut formula la teoria del "doppio asse" (Kohut, 1976), con la quale identifica due elementi che possono portare allo sviluppo del narcisismo sano²: il "Sé grandioso" e l'"imago parentale idealizzato". Il Sé grandioso, si sviluppa a partire dalle relazioni con gli oggetti-Sé speculari: il caregiver rispecchia i bisogni di potere e riconoscimento che formano il Sé grandioso del bambino. L'imago parentale idealizzata progredisce a partire dalle interazioni con oggetti-Sé idealizzati, i quali permettono al bambino di acquisire sicurezza e in futuro la capacità di regolare le proprie emozioni.

La principale critica che viene mossa nei confronti della teoria di Kohut è la riduzione della psicopatologia a un deficit empatico genitoriale, come semplice colpevolezza verso i genitori, senza tenere in considerazione la centralità del principio psicoanalitico della sovradeterminazione³.

Kohut, a differenza di Kernberg (cfr. oltre), considera il Sé narcisista non difensivo, ma bloccato nel percorso di sviluppo. L'aggressività che il soggetto narcisista talvolta può mostrare è solo un carattere secondario, il quale si manifesta in risposta a mancanze genitoriali. Lo stesso discorso si può fare sull'invidia, che per lo studioso non sembra avere alcun ruolo centrale nella personalità narcisistica. Inoltre, l'idealizzazione nel *transfert*, rappresenta la ripresentazione di una normale fase evolutiva, quindi da vedere non come un meccanismo di difesa, ma come un tentativo di compensare una struttura psichica deficitaria.

² Narcisismo sano: collante psichico per il Sé nelle prime fasi dello sviluppo. Carburante necessario per la formazione delle strutture psichiche. Capacità di riconoscere le proprie qualità positive e di regolare la propria autostima. (Kohut, 1976)

³ Principio della sovradeterminazione: s. f. [comp. di sovra- e determinazione, sul modello del ted. *Überdeterminierung*, coniato da S. Freud]. – In psicanalisi, la condizione di ciò che è determinato da una pluralità di fattori, come alcuni fenomeni dell'inconscio, in partic. i sogni (ma anche i lapsus, gli atti mancati, ecc.) nei quali, a causa della condensazione (v. condensazione, n. 3 b), un'immagine manifesta si compone di più contenuti latenti che l'interpretazione corretta deve cercare di ricostruire. Il termine è usato anche con sign. più ampio (per es. nell'ambito delle scienze sociali), in relazione a formazioni, condizioni, processi nei quali si ravvisa l'azione convergente di più cause determinanti (Enciclopedia Treccani X).

1.2.7 Kernberg: narcisismo e Sé grandioso patologico

Otto Kernberg fu il primo a ipotizzare che Freud si potesse essere sbagliato nel postulare l'esistenza di sole due classi diagnostiche (nevrosi e psicosi), poiché secondo lui queste erano in realtà tre: Organizzazione nevrotica, Psicotica e Borderline di personalità. (Kernberg, O. F., 1967).

L'organizzazione di personalità si articola seguendo tre criteri strutturali:

- Esame di realtà, ovvero la capacità di distinguere tra ciò che è vero e ciò che è frutto di una mera interpretazione personale;
- Integrazione della personalità, ovvero la capacità di tenere nell'Io le rappresentazioni del Sé e dell'oggetto;
- Meccanismi di difesa utilizzati per proteggere il proprio Sé.

Secondo Kernberg, all'interno di questa struttura di personalità rientrano tutti i disturbi di personalità, compreso quello narcisistico.

Egli distingue tre diversi tipi di narcisismo (Kernberg, 1987).

1. Narcisismo sano: è presente in ogni essere umano, l'investimento libidico viene posto su un sé integrato il quale porta ad avere delle relazioni interpersonali sane e funzionali, ad essere moralmente corretti e ambiziosi nei confronti della vita;
2. Narcisismo infantile: è basato sulla soddisfazione di tutti i bisogni primari, compreso quello di entrare in relazione con l'altro. Il soggetto, esattamente come un bambino, è sempre alla ricerca di qualcuno che possa soddisfare le sue richieste e le sue esigenze, così da portare l'altro a esistere solo per la soddisfazione dei suoi bisogni;
3. Narcisismo patologico: si presenta come uno specifico disturbo di personalità e ha origine da un investimento libidico eccessivo sul proprio Sé. Il Sé in questo caso non è integrato, mantiene la scissione tra le rappresentazioni idealizzate del sé e quelle degli altri, originando così un Sé grandioso.

La sua teoria si basa sullo studio di pazienti ambulatoriali e ricoverati, nei quali rivede individui primitivi, arroganti, aggressivi e con un forte senso di grandiosità che coesiste con un senso di timidezza. Il Sé grandioso, che definisce il narcisismo patologico secondo Kernberg, risulta essere il prodotto dell'accorpamento tra il Sé reale, il Sé ideale e gli oggetti ideali (Lingiardi, Gazzillo, 2014).

Lo studioso identifica particolari meccanismi di difesa primitivi che il soggetto narcisista mette in atto per mantenere vivido il suo Sé grandioso “come la scissione delle raffigurazioni positive e negative del Sé e degli oggetti, la proiezione degli aspetti negativi del proprio Sé a oggetti esterni, l’identificazione proiettiva di elementi negativi del Sé e degli oggetti, la svalutazione degli oggetti e delle relazioni con essi, l’idealizzazione del Sé e il diniego dei propri aspetti negativi e bisogni” (Lingiardi, Gazzillo, 2014, p. 407).

Egli ritiene che l’organizzazione difensiva della personalità narcisistica sia simile a quella del disturbo di personalità *borderline*⁴.

Kernberg considera la funzione difensiva del narcisista come una difesa contro l’investimento nelle relazioni con gli altri, in particolare contro la dipendenza che possono sviluppare da essi. L’aggressività rappresenta un elemento primario, che, se portata a livelli eccessivi, può portare il narcisista a essere distruttivo verso gli altri.

Come quest’ultima, anche l’invidia occupa un ruolo centrale nella costruzione della personalità narcisistica: i soggetti sono portati al perenne confronto con gli altri, soffrono di sentimenti di inferiorità che li portano a svalutare continuamente l’altro, per riuscire a gestire l’impoverimento del mondo interno delle rappresentazioni oggettuali.

Riassumendo, è possibile affermare che Kohut descrive un tipo di soggetto narcisista che tende alla frammentazione del Sé, inibito, timido, che cerca di non mettersi in mostra e di eclissarsi per paura di essere rifiutato e umiliato dagli altri e per questo in notevole difficoltà con le relazioni interpersonali (Kohut, 1976). Kernberg, invece, descrive un soggetto maggiormente regredito, avido, invidioso e che richiede attenzioni e approvazione da parte degli altri, poco sensibile alle critiche a causa della distanza emotiva che lo separa dagli altri. (Kernberg, 1987)

Infine, bisogna ricordare Akhtar (1989) che fornisce una ulteriore classificazione dei tipi di narcisismo:

⁴ I meccanismi di difesa della personalità *borderline* sono prevalentemente arcaici e sono: scissione, proiezione, idealizzazione e svalutazione, negazione, acting-out, identificazione proiettiva. Il meccanismo di difesa, che il soggetto *borderline* mette in atto più frequentemente è l’identificazione proiettiva. Questo meccanismo di difesa è particolarmente complesso, è caratterizzato da tre momenti (proiezione sull’altro, identificazione dell’altro, reintroiezione del soggetto del materiale rielaborato dall’altro) ed è basato sul fatto che aspetti propri sono disconosciuti e attribuiti a qualcun altro, ma in maniera differente rispetto alla semplice proiezione (Kernberg, 1976).

- Narcisista “*overt*”: individuo esibizionista, irrispettoso dei bisogni altrui, con evidenti tratti di grandiosità, aggressivo, ambizioso in modo eccessivo e sempre alla ricerca di ammirazione da parte degli altri.
- Narcisista “*covert*”: individuo introverso, inibito nel contesto e nelle relazioni, sensibile alle critiche e alle esperienze umilianti, con paura del confronto e sentimenti di fragilità e inferiorità.

1.2.8 Gabbard: narcisista “*inconsapevole*” e “*ipervigile*”

Gabbard è uno degli autori che si sono interessati al narcisismo in tempi più recenti. Secondo la sua teoria, “le forme patologiche del narcisismo sono più facilmente identificate tramite la qualità delle relazioni del soggetto [...]. Una tragedia che infligge queste persone è la loro incapacità di amare” (Gabbard, 2007, p.495).

Le caratteristiche che distinguono una relazione interpersonale sana sono: l’empatia, l’interesse per i sentimenti altrui, l’interesse sincero per le idee e traguardi dell’altro, la capacità di tollerare le ostilità nelle relazioni a lungo termine senza porvi fine e la capacità di riconoscere il proprio contributo all’interno di un diverbio interpersonale. “L’individuo con Disturbo Narcisistico di Personalità [che] si accosta agli altri trattandoli come oggetti da usare o abbandonare a seconda dei suoi bisogni, incurante dei loro sentimenti. Gli altri non sono percepiti come persone che hanno un’esistenza separata o esigenze specifiche” (ivi, p.495). Quando si entra in relazione con un narcisista, è difficile poter esprimere le proprie esigenze emotive, in quanto, probabilmente, non verrebbero ritenute importanti o potrebbero rappresentare per il soggetto un sovraccarico emotivo eccessivo e quindi la relazione verrebbe interrotta.

Sulla base di queste prime considerazioni, Gabbard pone agli estremi di un continuum due diversi tipi di narcisista, che vanno ad accostarsi, da un lato alle definizioni prima citate di narcisista patologico (Kenberg), di narcisista “a pelle spessa” (Rosendalf) e di narcisista “overt” (Akhtar), dall’altro alle definizioni di narcisista “a pelle sottile” (Rosendalf) e di narcisista “covert” (Akhtar).

La classificazione di Gabbard identifica due tipi di narcisista (Caviglia, Perrella, 2015):

- “inconsapevole”, che ostenta la sua grandiosità, è notevolmente esibizionista e necessita di stare sempre al centro dell’attenzione;

- “ipervigile”, che è estremamente vulnerabile alle critiche e sempre in cerca di conferme dall’esterno; la sua attenzione, paradossalmente, è sempre rivolta agli altri, non per un vero interesse nei loro confronti, ma per assicurarsi che non vadano a danneggiare la sua persona. Il confronto non viene ricercato, per timidezza e per paura di uscirne sconfitti. La loro grandiosità appare manifesta solo raramente, per vergogna, solo quando si sentono rifiutati o offesi o quando si sentono particolarmente sicuri della relazione.

La tabella riportata di seguito (Caviglia, Perrella, 2015, p.33) ha lo scopo di offrire al lettore un’immagine più chiara e riassuntiva di quanto spiegato in precedenza

Narcisismo in Kernberg	Narcisismo in Kohut
Tipo invidioso, avido, che richiede attenzione e acclamazione da parte degli altri.	Tendono alla frammentazione del Sé, inibiti, timidi, individui che tendono a non mettersi in mostra e a eclissarsi per paura di essere rifiutati e umiliati dagli altri.
“Pelle spessa” (Rosenfeld)	“Pelle sottile” (Rosenfeld)
Corrispondono alle descrizioni del narcisista distruttivo, sono arroganti, aggressivi, tendono a distruggere ‘oggetto e sopravvivono grazie all’investimento in un sé idealizzato. Per fronteggiare le ferite narcisistiche utilizzano l’arroganza e l’aggressività.	Sono vulnerabili, provano vergogna e senso di inferiorità, ipersensibili a ogni critica e cercano sempre approvazione dagli altri. Provano un senso di vulnerabilità e fragilità, continuamente preoccupati per le possibili offese narcisistiche.
“Overt” (Akhtar)	“Covert” (Akhtar)
Individuo esibizionista, aggressivo, irrispettoso dei bisogni degli altri, forte senso di grandiosità, eccessivamente ambizioso e con bisogno di ammirazione.	Individuo inibito, introverso, socialmente vulnerabile, ipersensibile alle critiche e alle esperienze umilianti, sentimenti di inferiorità e fragilità, paura del confronto.
“Inconsapevole” o grandioso (Gabbard)	“Ipervigile” o vulnerabile (Gabbard)
Arroganti ed esibizionisti, ostentano la loro grandiosità, necessità evidente di stare al centro dell’attenzione, ignorano i bisogni degli altri.	Soggetti timidi e inibiti, non cercano il confronto poiché certi di essere umiliati e rifiutati, provano un profondo senso di vergogna per il loro bisogno di grandiosità.

Le differenti interpretazioni sono ad oggi ritenute ancora valide, probabilmente per il fatto che il soggetto narcisista è portatore di caratteristiche eterogenee tra loro e di conseguenza potrebbe rientrare in una classificazione piuttosto che in un'altra.

Così, dopo quasi un secolo da quando è stato introdotto il termine “narcisismo” nel linguaggio psicopatologico e psicoanalitico e da quando hanno avuto inizio gli studi in materia, non si è ancora arrivati ad una condivisione rispetto al significato, alla genesi ed alle varianti normali e patologiche di questo concetto. Oggi parlare di narcisismo implica il confronto con cento anni di studi psicoanalitici, con decine di studiosi e con il passaggio da una concezione monopersonale della psiche e dell'incontro clinico a una concezione bipersonale e intersoggettiva, in cui l'altro è sempre presente nella psiche del paziente, svolgendo un ruolo di co-costruttore e di co-regolatore della sua realtà interna e del suo comportamento (Lingiardi, Gazzillo, 2014).

1.3 Disturbo narcisistico: aspetti nosografici e ricerca empirica

Nei paragrafi successivi, verranno descritti i cambiamenti nella definizione del disturbo nel corso delle varie edizioni del *Diagnostic Statistic Manual of Mental Disorders* (d'ora in poi anche “DSM”). Verrà illustrata anche la concezione del disturbo che si può leggere nel *Psychodynamic Diagnostic Manual* (d'ora in poi anche “PDM”), il quale, a differenza del DSM, tratta l'argomento sotto un punto di vista psicodinamico. Come ultima tappa del percorso, verrà evidenziata una delle più importanti ricerche empiriche riguardo al tema, quella condotta da Shedler, Westen e altri collaboratori, la quale ha apportato notevoli cambiamenti sia da un punto di vista concettuale e nosografico, sia da un punto pratico, proponendo un nuovo metodo diagnostico e di valutazione della personalità: SWAP-200 (Shedler-Westen Assessment Procedure-200).

1.3.1 Il Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali (DSM)

Il DSM, elaborato dall'American Psychiatric Association (A.P.A.), è il sistema nosografico psichiatrico ad oggi più utilizzato a livello internazionale.

Le prime due edizioni (A.P.A., DSM-I, 1952; DSM-II, 1968) non riscontrarono grande successo. Forti di un'influenza psicoanalitica, le descrizioni dei disturbi erano presenti in numero ridotto ed erano poco articolate in quanto includevano esclusivamente segni e sintomi

dei disturbi. Inoltre, le diagnosi che queste due edizioni proponevano erano spesso in disaccordo con l'esperienza clinica e talvolta veniva a mancare anche l'accordo tra i clinici, nonostante disponessero delle stesse informazioni diagnostiche sul caso. Queste problematiche portarono a ritenere queste prime due edizioni inaffidabili e poco utilizzate all'interno della pratica clinica.

Successivamente, la pubblicazione del DSM-III (A.P.A., 1980) e del DSM-III-R (A.P.A., 1987) ha determinato lo sviluppo di una tassonomia dei disturbi mentali più valida, utile e attendibile rispetto alle edizioni precedenti. Il DSM-III forniva una diagnosi teorica e descrittiva, ovvero individuava e differenziava le varie sindromi senza fare riferimento a una specifica teoria psicopatologica, ma sulla base di ciò che il paziente riferiva e di ciò che era direttamente osservabile. Inoltre, le varie sindromi cliniche venivano considerate come entità discrete (presenti/assenti) e dai confini ben distinguibili; in questo senso si parlava di approccio categoriale: un individuo portatore di una disfunzionalità, veniva inserito in una categoria diagnostica piuttosto che in un'altra sulla base della presenza o assenza di determinati sintomi e segni. Per ogni quadro clinico è stato stilato un *pull* di criteri diagnostici, e, per mostrare l'eterogeneità nella manifestazione clinica di uno stesso disturbo, si è passati da un approccio monotetico, utilizzato nelle prime due edizioni, a un approccio politetico: per diagnosticare un disturbo non era più necessario rilevare la presenza di tutti i sintomi previsti dal manuale, ma bastava che ce ne fosse un certo numero (*cut-off*). Questo passaggio fu pensato per aumentare la coerenza interna dei diversi disturbi/costrutti al fine di riconoscere come vera l'ipotesi che ci si trovasse di fronte a entità uniche e realmente esistenti. Ciò, però, andò a discapito della validità esterna, poiché i criteri diagnostici dei vari disturbi, soprattutto di quelli di personalità, si ritrovavano a presentare, con forme e sfumature diverse, lo stesso sintomo/tratto di personalità. Un'altra svolta importante fu l'adozione del sistema multiassiale, che venne mantenuto anche nell'edizione successiva. Questo sistema permetteva al clinico di elaborare una valutazione del paziente lungo 5 dimensioni: (Lingiardi, Gazzillo, 2014, p. 287):

- Asse I, preposto alla diagnosi delle sindromi cliniche;
- Asse II, preposto alla valutazione delle condizioni psicopatologiche e del ritardo mentale;
- Asse III, per la rilevazione delle condizioni mediche generali del paziente;
- Asse IV, per i problemi psicosociali e ambientali a cui il paziente è esposto;
- Asse V, per la valutazione del funzionamento globale.

Con questo sistema, era possibile avere per ogni sindrome una descrizione più approfondita, che includesse informazioni riguardanti le diverse età di esordio, il decorso, i fattori predisponenti, la prevalenza, la proposizione tra i sessi, i pattern familiari, la diagnosi differenziale e la pianificazione di un trattamento.

L'edizione quarta del DSM (A.P.A., 1994) e la sua versione revisionata (A.P.A., 2000), a livello strutturale, sono rimaste invariate rispetto all'edizione precedente. Ciò che è stato approfondito, invece, sono temi come il genere, la razza e le differenze etniche e culturali, con lo scopo di arricchire e rendere il più coerente possibile la formulazione diagnostica e per permettere l'utilizzo del DSM-IV anche oltre i confini degli Stati Uniti e dell'Occidente.

Un'ulteriore svolta significativa è giunta con la pubblicazione del DSM-5 (A.P.A., 2013), edizione nella quale vengono introdotte numerose modifiche alla struttura del manuale e all'approccio con cui si studiano le sindromi psichiatriche. L'assunto di fondo su cui si basano le versioni precedenti, a partire dal DSM-III, è che i disturbi vengono considerati come entità discrete identificabili sulla base della presenza/assenza di un certo numero di criteri (approccio categoriale). Alcuni studi empirici hanno, però, dimostrato che i confini tra i diversi disturbi non sono così chiari e distinti come si era pensato fino ad allora e che i sintomi e i disturbi nel corso della vita possono modificare la loro intensità, così come possono presentarsi in modo diseguale in individui differenti. Sulla base di queste consapevolezza, il DSM 5 viene strutturato seguendo *un modello ibrido*, il quale affianca un approccio dimensionale a un approccio categoriale/politetico, così da poter segnalare sia la presenza/assenza dei sintomi, sia la loro intensità, gravità e frequenza.

È possibile riassumere la struttura del DSM-5 nel seguente modo (Lingiardi, Gazzillo, 2014, p. 293):

1. Sezione I, *Principi fondamentali*, nella quale viene fornita una panoramica generale sugli scopi, sulla struttura, sul contenuto e sull'impiego del manuale;
2. Sezione II, *Criteri diagnostici e codici*, la quale è esclusivamente dedicata alla descrizione dei quadri clinici e psicopatologici seguendo un approccio categoriale. In tale sezione i disturbi presentati comprendono tutti quelli che nell'edizione precedente facevano parte dell'Asse I (sindromi cliniche) e dell'Asse II (condizioni psicopatologiche e ritardo mentale), e vengono presentati seguendo l'età di esordio;

3. Sezione III, *Proposte di nuovi modelli e strumenti di valutazione*, la quale comprende le scale di valutazione dimensionali, il WHODAS, l'Intervista per l'inquadramento culturale (IIC) e un modello alternativo per diagnosticare i disturbi di personalità e le condizioni psicopatologiche che necessitano di ulteriori studi. Per quanto riguarda l'approccio dimensionale, come detto, è stato inserito a fianco dell'approccio categoriale, ma in sezione III, come approccio sperimentale, perché ritenuto troppo complesso e clinicamente ancora poco sperimentato (Lingiardi, Gazzillo, 2014).

Entrando nello specifico di quest'ultima sezione, i disturbi di personalità riportati sono sei: antisociale, evitante, borderline, narcisistico, ossessivo-compulsivo, schizotipico.

Di seguito verranno illustrati i criteri necessari per fare diagnosi di disturbo di personalità secondo il modello alternativo (sezione III): avere un disturbo di personalità significa presentare una "moderata o grave compromissione del funzionamento della personalità" (criterio A) unito a "uno o più tratti patologici" (criterio B) (A.P.A., 2013).

Presentare una "moderata o grave compromissione del funzionamento della personalità" significa per il clinico andare a valutare due domini: il Sé (identità e auto-direzionalità) e quello interpersonale (empatia e intimità); allo stesso modo, "avere uno o più tratti psicologici" significa andare a analizzare i 5 domini di tratto di personalità (affettività negativa, distacco, antagonismo, disinibizione, psicoticismo), definibili come "modalità relativamente stabili di sentire, percepire, comportarsi e pensare in un'ampia gamma di situazioni" (Lingiardi, Gazzillo, 2014, p.304).

1.3.2 Evoluzione del Disturbo Narcisistico di Personalità nelle varie edizioni del DSM

La descrizione del Disturbo Narcisistico di Personalità viene introdotto per la prima volta nel DSM III e si è modificata nel corso del tempo.

Il passaggio dal DSM-III al DSM-III-R, ovvero dall'uso congiunto di criteri monotetici e politetici a criteri esclusivamente politetici, ha fatto sì che il tasso di frequenza con cui veniva diagnosticato il Disturbo Narcisistico di Personalità, aumentasse del 35% (Morey, 1988). Morey, infatti, osservò che utilizzando i criteri diagnostici del DSM III-R, la sovrapposizione tra il Disturbo Narcisistico di Personalità e altri disturbi di personalità era molto elevata, in particolare con il Disturbo Istrionico (53,1%), con il Disturbo Borderline (46,9%) e con il Disturbo Antisociale (15,6%). Tale sovrapposizione è stata riscontrata anche con altri disturbi, ad esempio con il Disturbo Paranoide (35,9%), il Disturbo Evitante (35,9%) ed il Disturbo

Passivo-aggressivo (28,1%). La stessa cosa succede anche con altri disturbi psichiatrici maggiori come disturbi depressivi, alimentari e di abuso di sostanze (Lingiardi, Gazzillo, 2014). La comorbilità elevata tra i disturbi è una delle critiche più frequenti che sono state mosse verso il DSM e che ha portato a pensare che ciò avesse a che fare con gli strumenti e le categorie del DSM, più che effettivamente con una correlazione presente in natura. Inoltre, il DSM-III-R e il DSM-IV hanno escluso alcuni criteri diagnostici per permettere un aumento della validità interna, a discapito, però, di quella esterna.

Successivamente, nella prima bozza provvisoria del modello alternativo pubblicata nel febbraio del 2010 dall'American Psychiatric Association (A.P.A.), la proposta di introdurre l'approccio dimensionale prevedeva anche l'eliminazione di cinque dei disturbi di personalità presenti nel DSM-IV-TR: paranoide, schizoide, narcisistico, istrionico e dipendente. Questa proposta sollevò molte critiche, a tal punto che l'A.P.A. decise di non supportare la proposta di eliminazione del disturbo narcisistico e di reinserirlo nell'elenco dei disturbi di personalità, all'interno della Sezione II, insieme al disturbo di personalità borderline, istrionico, antisociale.

Nonostante le diverse modifiche apportate alle varie edizioni del manuale, la descrizione del Disturbo Narcisistico di Personalità è rimasta invariata a partire dal DSM-IV-TR ed è quella che tutt'oggi è presente nel DSM 5 e che viene utilizzata e condivisa all'interno del mondo della clinica:

“Un pattern pervasivo di grandiosità (nella fantasia o nel comportamento), costante bisogno di ammirazione, mancanza di empatia e sfruttamento interpersonale. Inizia entro la prima età adulta ed è presente in svariati contesti” (American Psychiatric Association, 2013, p. 669)

Di seguito viene riportato come, ad oggi, il Disturbo Narcisistico di Personalità è descritto all'interno della Sezione II e della Sezione III del DSM-5:

La seconda sezione enfatizza il disturbo narcisistico nella sua forma manifesta, aggressiva e grandiosa, ma non prende in considerazione la sua forma opposta, quella introversa, riservata e inibita.

Di seguito sono descritti i 9 criteri per la diagnosi di disturbo narcisistico secondo l'approccio categoriale (Sezione II). Di questi, è necessaria la presenza di almeno cinque criteri:

1. ha un senso grandioso d'importanza (per es., esagera risultati e talenti, si aspetta di essere considerato superiore senza un'adeguata motivazione);

2. è assorbito da fantasie di successo, potere, fascino e bellezza illimitati, o di amore ideale;
3. crede di essere speciale e unico e di poter essere capito solo da, o di dover frequentare, altre persone (o istituzioni) speciali o di classe sociale elevata;
4. richiede eccessiva ammirazione;
5. ha un senso di diritto (cioè l'irragionevole aspettativa di speciali trattamenti di favore o di soddisfazione immediata delle proprie aspettative);
6. sfrutta i rapporti interpersonali (cioè approfitta delle altre persone per i propri scopi);
7. manca di empatia: è incapace di riconoscere o di identificarsi con i sentimenti e le necessità degli altri;
8. è spesso invidioso degli altri, crede che gli altri lo invidino;
9. mostra comportamenti o atteggiamenti arroganti e presuntuosi.

Nella Sezione III, invece, viene precisato che le “caratteristiche tipiche del Disturbo Narcisistico di Personalità sono l'autostima instabile e fragile, con tentativi di regolarla per mezzo della ricerca di attenzione e di approvazione, oppure una manifesta o celata grandiosità. Difficoltà caratteristiche sono evidenti in: identità, autodirezionalità, empatia e/o intimità, oltre che specifici tratti disadattivi nell'area dell'antagonismo” (A.P.A., 2013, p. 890).

I criteri diagnostici proposti sono:

- A. moderata o grave compromissione del funzionamento della personalità, che si manifesta con caratteristiche difficoltà in due o più delle seguenti quattro aree.
 1. Identità: eccessivo riferimento agli altri per la definizione di sé e la regolazione dell'autostima; autovalutazione esageratamente alta o bassa, o oscillante tra questi estremi; la regolazione emotiva rispecchia le fluttuazioni dell'autostima;
 2. Autodirezionalità: definizione degli obiettivi fondata sulla ricerca di approvazione da parte degli altri; standard personali irragionevolmente elevati, al fine di vedere se stessi come eccezionali, o troppo bassi basati sulla convinzione che “tutto sia dovuto”; frequente inconsapevolezza delle proprie motivazioni;
 3. Empatia: compromissione delle capacità di riconoscere o identificarsi con i sentimenti e le necessità degli altri; eccessiva attenzione alle reazioni degli altri, ma solo se percepite come rilevanti per sé; sovra- o sottostima del proprio effetto sugli altri;

4. Intimità: rapporti in gran parte superficiali e intrattenuti con lo scopo di regolare la propria autostima; reciprocità ostacolata da un poco genuino interesse per le esperienze altrui e dalla predominanza del bisogno di un vantaggio personale.

B. Entrambi i seguenti tratti di personalità patologici:

1. Grandiosità (un aspetto dell'Antagonismo): manifesti o celati sentimenti che “tutto sia dovuto”; egocentrismo; ferma convinzione di essere migliori degli altri; “degnazione” verso gli altri;
2. Ricerca di attenzione (un aspetto dell'Antagonismo): eccessivi tentativi di attirare l'attenzione ed essere al centro; ricerca di ammirazione.

1.3.2 Disturbo narcisistico nel PDM

Il Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM), stilato dall'Alliance of Psychoanalytic Organizations (2006), è il primo manuale sui disturbi psichici basato su un approccio psicodinamico e sostenuto da dati di ricerca empirica. Lo scopo del PDM è quello di “organizzare le scoperte empiriche ottenute dagli strumenti diagnostici, le ipotesi nate dalla pratica della psicanalisi clinica e le suggestioni della diagnostica tradizionale in un sistema coerente e relativamente integrato che possa essere integrato per la diagnosi clinica, la formulazione dei casi e la progettazione degli interventi” (Lingiardi, Del Corno, 2008, p. XXIII).

La personalità è descritta come “il contenitore entro il quale prende forma la manifestazione dei diversi segni e sintomi” (Lingiardi, Gazzillo, 2014, p. 316)

Il PDM 2 (2017), è suddiviso in 3 assi (Asse P, Asse M, Asse S) e, nello specifico, l'Asse P è quello che si occupa della valutazione del livello di organizzazione e dei disturbi di personalità. Si ispira al modello di Kernberg e suddivide il funzionamento di personalità su tre livelli: sano, nevrotico e borderline.

Il disturbo narcisistico è collocato lungo un continuum che si estende da un estremo di livello nevrotico, nel quale gli individui narcisistici sono descritti come socialmente adeguati, aventi fascino e successo e, pur avendo scarse capacità di intimità, sono ragionevolmente adatti alle loro vite familiari, al lavoro e agli interessi che portano avanti. All'estremo opposto troviamo individui con personalità narcisistiche più patologiche, che presentano problemi di diffusione dell'identità, nascosti dietro a un modo grandioso di presentarsi, che mancano di un sentimento

profondo e radicato di moralità e che presentano comportamenti a tratti distruttivi e tossici per gli altri. Kernberg (1984) descrive alcuni di questi pazienti come intrisi di “narcisismo maligno” (cioè di un narcisismo misto ad aggressività sadica).

La loro esperienza soggettiva prevede un sentimento di vuoto interiore e mancanza di significato, che richiede ricorrenti gratificazioni e conferme esterne per quanto riguarda la loro importanza e il loro valore: quando le ottengono, provano un senso di profonda euforia e possono comportarsi in modo grandioso, anche trattando gli altri con disprezzo; al contrario, quando ciò non accade, i pazienti tendono a sentirsi depressi, a provare vergogna e invidia verso chi riesce a ottenere ciò che loro non hanno.

I due sottotipi di narcisismo delineati dal PDM sono:

1. Narcisista “arrogante”, che crede di avere tutti i diritti nello svalutare gli altri. Colpisce per le sue caratteristiche carismatiche e dominanti, o anche per quanto è vanitoso e manipolatorio;
2. Narcisista “depresso” e “svuotato”, che tenta di ingraziarsi gli altri, cerca persone da idealizzare, rimane facilmente ferito e prova un’invidia frequente per quei soggetti che egli stesso considera superiori a lui.

La differenza è nel modo di reagire alla fragile stima che hanno entrambi di sé: il primo tenta di proteggersi cercando di impressionare gli altri, il secondo cerca di nascondersi e passare inosservato (Lingiardi, Gazzillo, 2014).

Di seguito viene riportato un breve schema riassuntivo di quelle che sono le caratteristiche principali del Disturbo Narcisistico di Personalità secondo il PDM.

Aspetti costituzionali: Nessuna evidenza specifica.

Tensione/preoccupazione principale: Inflazione vs deflazione dell’autostima.

Affetti principali: Vergogna; umiliazione; disprezzo; invidia.

Credenza patogena caratteristica relativa a se stessi: “Devo essere perfetto per sentirmi bene”.

Credenza patogena caratteristica relativa alle altre persone: “Gli altri hanno ricchezza, bellezza, potere e fama. Più neavrò anche io e meglio starò”.

Modi principali di difendersi: Idealizzazione; svalutazione.

Sottotipi: arrogante/credente di avere tutti i diritti, depresso/svuotato

1.3.3 Ricerca empirica: Shedler, Westen et al. e la SWAP-200

Una visione a 360 gradi del disturbo narcisistico è fornita dagli studi di Westen (1998), i quali avevano lo scopo di migliorarne la costruzione dei criteri diagnostici e individuarne i sottotipi.

Ciò che è stato evidenziato fino a questo momento sono elementi caratteristici e descrittivi del Disturbo Narcisistico di Personalità, ma non per questo possono essere considerati esclusivi di questo disturbo. Per fare un esempio, la mancanza di empatia è sicuramente un sintomo caratteristico del narcisismo, ma allo stesso tempo è presente anche in altri disturbi di personalità, ad esempio quello antisociale.

Per risolvere tale problema, Shedler e Westen hanno proposto la SWAP-200 (prima ed. 2003, seconda ed. 2014), come metodo utile non solo alla formulazione della diagnosi e alla valutazione della personalità, ma anche per il riesame dei criteri diagnostici delle categorie dell'Asse II del DSM IV.

Come è deducibile dal nome, tale procedura diagnostica è strutturata con 200 item che sono stati desunti dopo un lavoro di sette anni e che ha visto coinvolti diversi clinici dell'APA. Le fonti sulla base delle quali sono stati costruiti gli item sono le seguenti (Caviglia, Perrella, 2015, p. 84):

- criteri dell'Asse II del DSM III R e del DSM IV;
- item selezionati dall'Asse I;
- ricerche recenti sui disturbi di personalità, come quelle di Kernberg (1978) e Kohut (1976);
- ricerche su coping e meccanismi di difesa (Shedler, Mayman, Manis 1993; Perry, Cooper 1987; Vaillant 1992);
- ricerche sulla patologia interpersonale dei pazienti con disturbo di personalità (Westen, 1991; Westen et al, 1990);
- ricerche sui tratti della personalità normale e sulla salute psicologica (Block, 1978; Jhon, 1990; McCreae, Costa, 1990);
- ricerche condotte dopo la strutturazione dell'Asse II (Livesley, 1995); esperienza clinica degli autori.

Gli *item* scelti si basano sui feedback di clinici che li hanno utilizzati per descrivere i propri pazienti: con questo metodo è stato possibile, oltre che perfezionare ed eliminare gli *item* ritenuti meno utili a livello clinico, combinare le descrizioni di diversi pazienti al fine di

ottenere una valutazione composita delle personalità di una specifica categoria. Questo lavoro ha permesso così di formulare un prototipo diagnostico⁵, basato su descrizioni reali, che consente al clinico di fare un confronto tra il paziente osservato e tali prototipi, verificando anche il grado di somiglianza. La diagnosi, in questo modo, risulta essere di tipo dimensionale, in quanto il grado di somiglianza si muove su un continuum che va da assente, a moderato, ad alto.

La SWAP-200 si basa sul metodo “Q sort”: un Q sort è “un insieme di affermazioni che descrivono aspetti differenti della personalità, che un clinico, con la piena conoscenza del paziente, ordina in categorie, sulla base del grado con cui le caratteristiche lo descrivono, andando da affermazioni che non rispecchiano per niente la personalità del soggetto, ad affermazioni poco descrittive, fino ad arrivare a quelle completamente descrittive.” (Caviglia, Perrella, 2015, p. 83)

Il clinico deve assegnare un numero prestabilito di item a ogni categoria, e questo, in termini psicometrici, permette di rendere quantificabili e analizzabili le descrizioni psicologiche (operazionalizzazione). Basandosi sulle inferenze fatte dal clinico, la SWAP-200 rientra nella categoria dei *clinician report* e non nei *self-report*.

Uno dei vantaggi principali nell’usare la SWAP-200 (e, di conseguenza, la Q analisi e i punteggi Q), è che si vengono a creare dei gruppi di individui che hanno in comune determinate caratteristiche psicologiche e che sono distinti da individui di altri gruppi: massimizzare le differenze ha permesso di rimediare al problema della comorbidità tra disturbi.

Russ, Shedler, Bradley e Westen (2008), condussero uno studio che permise, attraverso l’utilizzo della Q analisi su individui con diagnosi di Disturbo Narcisistico di Personalità, di individuare tre sottotipi del medesimo disturbo:

- Narcisista “Grandioso/Maligno”: sfrutta gli altri senza tener conto del loro benessere e, a differenza di altri tipi di narcisista, la sua grandiosità è una caratteristica primaria e non un meccanismo difensivo o compensatorio;
- Narcisista “Fragile”: prova sentimenti di grandiosità e di inadeguatezza, mostrando rappresentazioni di sé alternate (superiorità/inferiorità rispetto agli altri). In questo caso,

⁵ Prototipo diagnostico: descrizioni molto dettagliate dei disturbi della personalità che riflettono la comprensione clinica e teorica di molti clinici (Caviglia, Perrella, 2015)

il mostrarsi grandioso agli occhi degli altri viene utilizzato come meccanismo di difesa, che emerge quando il soggetto si sente minacciato;

- Narcisista “ad Alto Funzionamento/Esibizionista”: è grandioso, competitivo, in cerca di attenzioni e sessualmente seducente e provocatorio e mostra anche notevoli punti di forza psicologici (es. essere articolati, energici, a proprio agio nelle relazioni interpersonali, orientati al successo).

A livello generale la SWAP-200 presenta la seguente definizione di narcisismo: “Gli individui con personalità narcisistica sono grandiosi e pretenziosi, sprezzanti e critici nei confronti degli altri e spesso sotto una facciata di grandiosità mostrano segni di vulnerabilità” (Lingiardi, Gazzillo, 2014, p. 486).

Per concludere, è evidente quanto il Disturbo Narcisistico di Personalità rimanga una classe nosografica di difficile individuazione poiché “una certa quantità d’amor proprio non è solo normale, ma anche auspicabile” (Gabbard, 2007, p. 493) e sicuramente perché, al giorno d’oggi, è possibile affermare che la società in cui viviamo porta le persone a essere narcisiste: gli individui devono sempre confrontarsi e risultare migliori degli altri per assicurarsi un posto lavorativo, sociale, relazionale, ecc. (Lingiardi, Gazzillo, 2014).

CAPITOLO SECONDO: EZIOPATOGENESI DEL DISTURBO NARCISISTICO

In questo capitolo si vuole spostare l'attenzione sul tema delle possibili cause eziopatogenetiche del Disturbo Narcisistico di Personalità. L'intento è quello di sottolineare come i disturbi in età adulta abbiano inequivocabilmente una corrispondenza in età evolutiva. Nello specifico, i seguenti paragrafi avranno come argomento portante la relazione madre-bambino e come questa, se sviluppatasi seguendo traiettorie disfunzionali, possa essere un fattore di rischio per uno sviluppo disfunzionale delle capacità di sintonizzazione emotiva, mentalizzazione e per la costruzione del Sé del bambino. Alla base di questa ipotesi sta il fatto che la mente è considerata come l'organo di adattamento dell'uomo al proprio contesto sociale ed il suo sviluppo è fortemente condizionato dalle esperienze relazionali precoci.

È importante specificare che gli autori citati di seguito (Winnicott, Bion) non sono gli unici ad aver affrontato il tema della relazione individuo-ambiente come fattore di rischio o di protezione per lo sviluppo del bambino. Essendo un campo di indagine ampio, ai fini del lavoro, il focus è stato indirizzato solo sui contributi teorici che hanno riservato una maggiore attenzione per le dinamiche relazionali nella formazione della personalità.

“Diamond e collaboratori (2013, 2014) hanno studiato l'attaccamento e la mentalizzazione in pazienti che presentano comorbidità di disturbo narcisistico e disturbo borderline di personalità. Le loro ricerche indicano che gli individui narcisistici hanno uno stile di attaccamento insicuro (con caratteristiche sia ansiose sia evitanti), probabilmente frutto di relazioni precoci confusive, imprevedibili e connotate da “secondi fini” (Diamond, Levy, Clarkin et al., 2014; Fossati, Feeney, Pincus et al., 2015; Kealy, Ogrodniczuk, Joyce et al., 2013; Miller, 1979). In queste circostanze, il bambino potrebbe aver reagito con un forte disinvestimento emotivo nei confronti degli altri e rivolgendo le proprie preoccupazioni su di sé e sulla propria integrità corporea (Lingiardi, McWilliams, 2018, p. 51).”

2.1 Il contesto relazionale in psicoanalisi

Rispetto all'impostazione psicoanalitica classica di Freud (1856-1939), all'interno della quale l'interesse è in gran parte rivolto al mondo intrapsichico dell'individuo, i teorici a lui successivi hanno rivolto la loro attenzione agli aspetti relazionali del funzionamento psichico. I loro modelli vengono comunemente distinti in due correnti: la *prospettiva interpersonale* (H.S. Sullivan, K. Horney, C. Thompson, F.F. Reichmann, E. Fromm), nella quale si sostiene che nella formazione della personalità il contesto culturale, interpersonale e le configurazioni relazionali sono fondamentali e privilegiati oggetti di indagine; la *scuola delle relazioni oggettuali* (M. Klein, R. Fairbairn, M. Balint, D. Winnicott), i cui temi principali sono

l'importanza della formazione del mondo interno del bambino a partire dalle prime relazioni oggettuali fantasmatiche e genitoriali, il legame tra l'Io e gli oggetti e l'impulso nella relazione con essi, la necessità dell'altro fino dai primi momenti di vita del bambino.

2.1.1 Donald Winnicott: il ruolo dell'ambiente materno nella costruzione del Sé

Come già accennato nel primo capitolo, Winnicott fu tra i primi a considerare il bambino non più come un "sistema chiuso" bensì come parte attiva nella diade madre-bambino, con uno sguardo di interesse particolare per le esperienze di soddisfazione e frustrazione dei suoi bisogni e per il loro contributo nello sviluppo psicologico dell'infante (Lingiardi, Gazzillo, 2014). L'esistenza di un ambiente facilitante, ovvero l'insieme delle cure materne da cui il bambino è dipendente, è condizione necessaria per uno sviluppo fisico ed emotivo ottimale. Il bambino piccolo non può essere definito nella sua esclusiva soggettività, ma deve essere considerato come parte della relazione (Winnicott, 1947).

In questa alternanza di ruoli, una parte viene giocata dalle capacità del bambino di passare da una condizione di dipendenza assoluta ad una di indipendenza e un'altra dalle cure materne che consentono di comprendere e soddisfare specifici bisogni del bambino (Winnicott, 1960). Il potenziale innato del bambino, ovvero la capacità di diventare quello che è, per Winnicott non può realizzarsi senza quelle che vengono definite "cure materne sufficientemente buone" (Lis, Mazzeschi, Zennaro, 2002, p. 189) La "madre sufficientemente buona" per Winnicott non è una madre perfetta, ma una madre adeguatamente sintonizzata sui bisogni del bambino, capace di offrirgli i giusti strumenti e le giuste attenzioni durante le fasi di sviluppo.

Egli formula la teoria dello sviluppo emotivo in termini di evoluzione di stati del Sé, intesi come identità personale: esiste un "Sé centrale" primario, che è destinato a diventare il "nucleo del Sé" o "vero Sé potenziale". Il Sé centrale è il potenziale innato, che sperimenta una continuità nell'essere e che acquisisce una realtà psichica personale e uno schema corporeo. Il senso del Sé primario non deriva da una realtà esterna al bambino, ma è isolato e si costruisce come qualcosa di indipendente dagli oggetti percepiti. Il bambino, in questo modo, acquisisce un senso di sé e diventa riconoscibile come individuo che attribuisce un senso alla realtà esterna a partire dalla sua realtà interna.

Con l'esperienza, il contemporaneo sviluppo neurobiologico, lo sviluppo della capacità di elaborazione degli eventi sensoriali e motori e con l'aiuto di un ambiente favorevole, emerge il mondo interno del bambino (Lis, Mazzeschi, Zennaro, 2002). Ha quindi inizio il processo di

distinzione tra mondo interno e mondo esterno, che permette all'individuo in questo stadio di indentificarsi come unità distinta dal contesto. Quando il soggetto raggiunge la maturità, secondo l'ipotesi di Winnicott, si assiste a una suddivisione della personalità: al centro viene posto il "Sé centrale" mentre alla base si pone l'Io come difensore del sé e organizzatore delle strutture psichiche.

Un altro concetto fondamentale nella teoria di Winnicott è l'integrazione dell'Io, processo attraverso il quale il bambino raggiunge la consapevolezza di essere un'unità. Alla base di questo processo c'è un'idea di continuità dell'essere, ovvero il fatto che nulla di quello che è accaduto fino a quel momento nella vita dell'individuo andrà perduto, nonostante non sia visibile alla coscienza (Winnicott, 1968). Il bambino, inizialmente, si trova in uno stato di non integrazione e per superarla avrà bisogno della presenza di un madre sufficientemente buona e delle sue cure. Tuttavia, secondo il pensiero dell'autore, durante il sonno il bambino torna a uno stato di non integrazione, caratteristica che deve riuscire a mantenere in quanto condizione essenziale per un buon sviluppo emotivo. La costruzione di un ambiente interno distinto da quello esterno permette all'individuo di fare a meno della presenza della madre, diventando così capace di stare da solo anche in una prospettiva adulta.

Il contenimento (*holding*) è una funzione materna fondamentale per favorire il processo di integrazione dell'Io del bambino, collegato alla capacità della madre di identificarsi con quest'ultimo.

Le risposte della madre ai gesti e alle espressioni del bambino consentono progressivamente a quest'ultimo di dare un senso ai propri gesti e di passare dalla condizione di "non-Io" a quella di "Io sono". Il contenimento, inoltre, offre al bambino la possibilità di instaurare una relazione di fiducia con la madre, chiamata da Winnicott "relazione egoica" (Lis, Mazzeschi, Zennaro, 2002).

"Un bambino che non abbia nessuna persona per riunire i suoi pezzi gli uni agli altri, parte con uno svantaggio nell'integrazione del Sé che deve compiere, e può darsi che non riesca a raggiungerla o non riesca in ogni caso a mantenerla con la necessaria fiducia" (Winnicott, 1945, trad. it. p. 81).

Anche il modo della madre di "maneggiare" il bambino (*handling*) è importante per la conquista di un Io coeso e distinto, poiché attraverso un'adeguata manipolazione il bambino giunge a esperire il corpo come parte del Sé e a sentire che il Sé ha sede nel corpo, tramite il processo di "personalizzazione".

L'integrazione, la personalizzazione e l'inizio della relazione con l'oggetto sono tappe evolutive che vengono conquistate dal bambino durante il suo percorso di passaggio all'indipendenza. Winnicott articola la dipendenza in tre stadi:

1. Dipendenza assoluta: il bambino è in grado solo di trarre vantaggio o di essere danneggiato dalle cure materne, senza poterle controllare e senza essere cosciente di esse, per queste ragioni è fondamentale che vengano fornite adeguatamente;
2. Dipendenza relativa: il bambino si rende conto di aver bisogno delle cure materne collegandole in misura crescente a un impulso personale;
3. Cammino verso l'indipendenza: il bambino sviluppa i modi per fare a meno di cure concrete grazie all'accumulo di ricordi, alle proiezioni di bisogni personali e l'introiezione di cure specifiche. L'indipendenza non è mai assoluta, infatti un individuo sano mantiene una relazione con l'ambiente di tipo interdipendente.

Nello specifico l'integrazione e la personalizzazione si collocano nel periodo di dipendenza assoluta, mentre l'inizio di relazioni con l'oggetto nel periodo di transizione verso la dipendenza relativa, poiché fino a quel momento il bambino non è ancora in grado di distinguere tra sé e l'altro.

Le iniziali relazioni con l'oggetto sono caratterizzate da un processo specifico: il bambino, nel momento in cui trova una soluzione ad un suo bisogno, che sia questa per mano sua o per mano di cure materne, attribuisce ciò a se stesso, sviluppando così un senso di onnipotenza.

Creando lui stesso il mondo intorno a sé, il bambino si convince che il mondo possa contenere ciò di cui ha bisogno o di cui sente la mancanza. La madre, in queste prime fasi, deve cercare di soddisfare i bisogni del bambino in modo tale che il confronto con la realtà esterna non vada a distruggere l'idea che il bambino si è costruito rispetto alla sua onnipotenza, ma, allo stesso tempo non deve essere eccessiva nella stimolazione dei bisogni poiché ciò permette di mantenere vivo il flusso di creatività dell'infante. Quando i bisogni allo stadio della dipendenza assoluta vengono soddisfatti, avviene il passaggio allo stadio successivo: in tale fase è importante che la madre riduca in modo graduale i suoi comportamenti di adattamento ai bisogni del bambino (Lis, Mazzeschi, Zennaro, 2002).

Inoltre, per lo sviluppo funzionale della personalità, Winnicott sottolinea l'importanza di quegli oggetti che definisce "oggetti transizionali", ovvero oggetti comuni come un pezzo di stoffa, una coperta, che permettono un collegamento tra mondo interno e mondo esterno del bambino e che diventano per lui un punto di riferimento (Lingiardi, Gazzillo, 2014).

Gli elementi e i processi fino a qui citati sono fondamentali e se avvengono nel modo corretto permettono lo sviluppo del vero Sé. Se ciò non avviene, secondo Winnicott va a instaurarsi nel bambino un *falso Sé*. La madre non sufficientemente buona non è stata in grado di assecondare l'onnipotenza del bambino, di comprendere i suoi gesti e di rispondere ai suoi bisogni. La relazione tra i due è disfunzionale e patologica in quanto la madre utilizza il figlio per i propri bisogni, imponendogli inconsapevolmente un adattamento ad essi. In questo modo il bambino diventa una proiezione materna, ovvero l'immagine che la madre ha di lui impedendo al suo vero Sé di mostrarsi. Il falso Sé è presupposto e conseguenza dello sviluppo di relazioni reali, non sempre sane e funzionali (Lingiardi, Gazzillo, 2014).

Anche se non esplicitamente descritto da Winnicott, la genesi di un falso Sé, sulla base dei meccanismi sopra elencati, rappresenta uno dei fattori di rischio per lo sviluppo del disturbo narcisistico di personalità: il falso Sé diventa una protezione dalla dipendenza, dal contatto reale e profondo con l'ambiente, che viene percepito come intrusivo e pericoloso. In tal modo, l'individuo si mostrerà incapace di relazionarsi con le persone, perché il contatto con l'ambiente evocherà sempre la frustrazione ricevuta nella prima infanzia: da ciò deriverà l'investimento narcisistico ed una svalutazione della dipendenza.

2.1.2 Wilfred Bion: funzione alfa e rêverie materna

Wilfred Bion (1897-1979) è inserito tra gli autori della corrente post-kleiniana, in quanto fu allievo e paziente di Melanie Klein. Anche per Bion (1962), la relazione madre-bambino è necessaria per lo sviluppo della mente del bambino. La differenza tra i due autori risiede nel fatto che, mentre Winnicott basa la sua teoria principalmente sullo sviluppo del Sé, inteso come identità personale, e sullo sviluppo emotivo, mentre Bion sottolinea quanto la relazione sia importante per lo sviluppo delle funzioni mentali.

Come già visto nel primo capitolo, M. Klein nella sua teoria fa riferimento all'invidia che comporta un attacco nei confronti dell'oggetto e che per il bambino corrisponde al seno materno. Per Bion, secondo i suoi studi effettuati su persone affette da schizofrenia, ciò che viene attaccato non è solo l'oggetto in sé, ma anche quella parte della psiche del bambino che è legata all'oggetto e alla realtà nel suo genere. Il bambino invidioso vive il legame con l'oggetto come intollerabile e doloroso, perciò attacca non solo il seno, ma anche le capacità psichiche che gli permettono di entrare in relazione con esso. L'attacco all'apparato percettivo e cognitivo del bambino, gli impedisce di capire e percepire la realtà in generale e di creare

legami significativi. Per questo Bion paragona l'invidia a una "malattia psicologica autoimmune", un attacco della mente verso se stessa. Questo attacco è definito da Bion come attacco al legame: relazioni tra le cose, persone, sentimenti e pensieri vengono interrotti (Mitchell, Black, 1996).

Un altro concetto interessante nello sviluppo della teoria di Bion è quello dell'*identificazione proiettiva*: lavorando con pazienti affetti da patologie psichiche, egli iniziò a studiare quale fosse il ruolo del soggetto sul quale sono indirizzate determinate proiezioni. Nella realtà della relazione madre-bambino, Bion immaginò che il bambino, colmo di sensazioni che lo disturbano e alle quali non è in grado di dare un senso e di controllare che egli definì *elementi beta*, potesse proiettare sulla madre il suo contenuto psichico disorganizzato. Così, la madre recettiva, con la sua capacità di *rêverie* (letteralmente: fantasticare), in un certo senso riorganizza il contenuto psichico del bambino e lo "restituisce" in una forma a lui più comprensibile e tollerabile (*elementi alpha*), dando avvio a rappresentazioni dotate di senso. La capacità di *rêverie* materna, ovvero la capacità di accogliere dentro di sé le proiezioni del bambino attribuendogli significato, secondo Bion è strettamente legata a quella che lui definisce *funzione alpha*: converte i dati sensoriali vissuti nella relazione in "elementi alpha", per dotare, in tal modo, la psiche del materiale di cui ha necessità per sviluppare i pensieri. Le emozioni vissute nella relazione diventano un contenuto da elaborare e trasformare in elementi capaci di rendere fluida e reciproca la comunicazione all'interno della relazione diadica.

Queste dinamiche vengono inserite da Bion in quello che lui definisce modello contenitore-contenuto in quanto la madre, così facendo, offre al bambino il proprio "apparato per pensare i pensieri".

Una madre non in sintonia con il proprio bambino sarà incapace di contenere e comprendere le proiezioni del piccolo, lasciandolo solo, in balia della sua frammentazione interiore e impedendo la normale formazione dell'apparato psichico e della funzione pensiero⁶.

La relazione con una madre che non tollera o non accoglie le angosce del figlio comporta la distruzione della funzione *alpha* e di conseguenza della capacità del bambino di apprendere e fare esperienza. Ciò che rimane a quest'ultimo sono solo pensieri vuoti, sensazioni che non possono essere da lui utilizzate in quanto incomprensibili e riconosciute come estranei e da espellere.

⁶ Funzione pensiero: apparato che comprende l'insieme dei fattori necessari per elaborare i pensieri (Bion, 1962)

Per questo, la sintonia emotiva, elemento non sempre presente, sembra essere un aspetto intrinseco e fondamentale nella relazione tra genitori e figli: i genitori devono saper rispecchiare e comprendere gli stati emotivi del bambino, il quale con il tempo assorbe e si identifica con le capacità organizzative della madre (Mitchell, Black, 1996).

Il concetto di “madre sufficientemente buona” di Winnicott e quelli di “funzione *alpha*” e “*rêverie* materna” di Bion, sono indicati nelle rispettive teorie come caratteristiche necessarie di una madre, che è chiamata a metterle in campo nel lungo e tortuoso percorso di crescita del proprio bambino. In entrambi i casi, le giuste attenzioni materne permettono al bambino di costruire una sana traiettoria di sviluppo psichico; se, al contrario, venissero a mancare, il bambino potrebbe andare incontro ad uno sviluppo psichico patologico.

2.2 Bowlby: Teoria dell’attaccamento

La teoria dell’attaccamento, formulata da Bowlby (1907-1990) tra gli anni Sessanta e gli anni Ottanta del Novecento, è una delle colonne portanti delle attuali ricerche nell’ambito della psicologia evolutiva. Si basa sul contributo teorico di diverse scienze, in particolare dagli studi di Konrad Lorenz (1903-1989) e da quelli di Harry Harlow (1905-1981) i quali dimostrano come il legame di attaccamento tra madre e bambino non è determinato esclusivamente dal soddisfacimento delle pulsioni orali (Lis, Mazzeschi, Zennaro, 2002).

Bowlby definisce *l’attaccamento* come un primario sistema motivazionale allo sviluppo, il quale si attiva quando il bambino si sente in pericolo e lo spinge a ricercare la vicinanza con il *caregiver*. La funzione evoluzionistica dell’attaccamento è la sopravvivenza dell’individuo, il quale vicino all’adulto è meno a rischio dall’attacco di predatori. Secondo l’autore, i bambini nascono predisposti a determinati “comportamenti di attaccamento” (Lingiardi, Gazzillo, 2014, p. 63) che sono stati selezionati durante l’evoluzione della specie e conservati nel patrimonio genetico. Il sistema di attaccamento, quindi, si attiva in seguito a particolari eventi di “pericolo” e porta il bambino a ricercare il contatto con la figura di riferimento attraverso comportamenti istintivi, definiti “segnali specie”: seguire, piangere, succhiare, sorridere, stringere. È questa vicinanza che, secondo Bowlby, permette al bambino di gestire le proprie emozioni e gettare le basi per poter gestire in età adulta situazioni di carattere emotivo. Il legame di attaccamento può essere sviluppato entro una specifica finestra temporale, una volta superata la quale sarà più difficile sviluppare un legame affettivo (Lingiardi, Gazzillo, 2014).

Bowlby sviluppa il concetto di Modello Operativo Interno (MOI), ipotizzando che il sistema comportamentale di attaccamento comprenda rappresentazioni mentali del *caregiver*, di se stesso e dell'ambiente. Tali rappresentazioni si strutturano nel bambino in seguito a esperienze ripetute di attaccamento. Inoltre, lo schema che il bambino si è costruito sulle modalità di relazionarsi sarà generalizzato e consolidato, andando a creare così una modalità di gestire le emozioni e di relazionarsi con gli altri nella sua vita adulta, diventando così di grande importanza per l'adattamento (Lingiardi, Gazzillo, 2014).

I MOI permettono al bambino di sviluppare delle strategie difensive e di *coping*, indispensabili per poter comprendere i diversi stili di attaccamento (Eagle et al., 2013).

Bowlby descrive due modelli di attaccamento:

- “sicuro”, che si costruisce a partire da comportamenti relazionali funzionali, i quali trasmettono al bambino un senso di sicurezza in sé stesso e negli altri, permettendogli così di affrontare al meglio i diversi compiti evolutivi (Lingiardi, Gazzillo, 2014);
- “insicuro”, che, al contrario, si sviluppa in un contesto in cui le relazioni sono caratterizzate da un forte carico emotivo o da silenzi e assenze. In tali circostanze, il bambino costruisce dei modelli operativi caratterizzati da una visione insicura di sé e degli altri. Inoltre, il fatto di sentire la necessità di una vicinanza con una persona che è in realtà ostile e assente, mette il bambino nelle condizioni di adottare delle strategie che possano compensare questa mancanza, impedendogli però di crearsi una rappresentazione coerente di sé, degli altri e delle relazioni. Questo porta a mettere in atto strategie difensive, allo scopo di proteggersi da informazioni dolorose (date dalla sua ricerca di vicinanza con la figura di riferimento che gli viene negata) e allo stesso tempo di mantenere una qualche forma di organizzazione dei MOI di fronte ad informazioni conflittuali e disorganizzate (Lingiardi, Gazzillo, 2014).

Per Bowlby, quindi “la causa primaria dei disturbi psichiatrici nei bambini e negli adulti è individuabile nella difficoltà e nei traumi connessi ai legami di attaccamento, capaci di influenzare negativamente le relazioni successive, rendendo la persona più vulnerabile allo sviluppo di una psicopatologia” (Lingiardi, Gazzillo, 2014, p.67).

2.2.1 Mary Ainsworth: modelli di attaccamento

Contemporaneamente allo sviluppo della teoria di Bowlby, Mary Ainsworth (1913-1999) iniziò a studiare i bambini in interazione con le madri in contesti naturali, prima in Uganda (1967) e successivamente a Baltimora (1978). Per sostenere i dati osservati, nel 1969 elabora la *Strange Situation Procedure* (SSP), una procedura sperimentale che ha lo scopo di studiare gli stili di attaccamento madre-bambino e di valutare le differenze individuali dei bambini nella reazione alla separazione dalla madre (Lingiardi, Gazzillo, 2014).

Il presupposto è che, in condizioni normali, i bambini nella fascia di età tra i 12 ed i 18 mesi considerano le proprie figure di attaccamento come base sicura da cui partire per esplorare l'ambiente circostante e da cui tornare in momenti di stress per trovare conforto. La SSP prevede otto brevi episodi in cui il bambino può essere sottoposto a forte stress con allontanamenti della madre e la presenza di un estraneo. In base alle modalità con cui il bambino si ricongiunge alla madre, Ainsworth classifica quattro modelli di attaccamento (Lingiardi, Gazzillo, 2014):

- “sicuro”: il bambino esplora l'ambiente con sicurezza in presenza della madre tornando talvolta da lei (fenomeno base sicura); nel momento della separazione il bambino appare agitato e piange; al ritorno del genitore, il bambino lo accoglie attivamente, anche attraverso contatto fisico e il genitore è in grado di calmarlo. Il bambino, a questo punto, torna a giocare e ad esplorare l'ambiente in tranquillità;
- “evitante”: il bambino è focalizzato sui giochi e sull'ambiente, incurante della presenza o dell'assenza del genitore; non piange alla separazione; evita il genitore al momento del ricongiungimento; non c'è ricerca di contatto; le risposte appaiono prive di emozioni (sia in positivo, sia in negativo);
- “ambivalente”: il bambino si dimostra completamente disinteressato al contesto poiché il suo focus è tutto spostato sul genitore; anche in sua presenza il bambino risulta preoccupato e a disagio; al momento del ricongiungimento il bambino non trova conforto alle sue angosce ed esprime sentimenti ambivalenti mostrando rabbia nei confronti del genitore, ma allo stesso tempo cerca il suo contatto;
- “disorganizzato”: il bambino mostra comportamenti disorganizzati in presenza del genitore, ad esempio può sorridere al ritorno del genitore per poi subito dopo rannicchiarsi sul pavimento. Tali comportamenti mostrano un temporaneo crollo della strategia comportamentale. I bambini con stile di attaccamento disorganizzato sono maggiormente a rischio di sviluppare una psicopatologia.

L'esperimento di Ainsworth ha permesso di sottoporre a verifica empirica le ipotesi formulate da Bowlby. Quest'ultimo sostiene che, assistendo alle reazioni dei bambini nei momenti di separazione e di ricongiungimento con la madre, sia possibile ipotizzare le reazioni e gli effetti dei processi difensivi che si riscontrano in seguito nei disturbi di personalità (Lis, Mazzeschi, Zennaro, 2002). Nello specifico, per quanto riguarda il disturbo narcisistico, sono stati evidenziati tre meccanismi difensivi: idealizzazione, svalutazione e onnipotenza (Lingiardi, Gazzillo, 2014). Descrivendole nel dettaglio:

1. Idealizzazione di sé e degli altri, consiste nell'attribuzione di caratteristiche eccessivamente positive a se stessi o agli altri;
2. Svalutazione di sé e degli altri, complementare all'idealizzazione, consiste nell'attribuzione di caratteristiche esageratamente negative a se stessi o agli altri. Quando il proprio Sé è idealizzato, l'altro viene svalutato e viceversa;
3. Onnipotenza con la quale l'individuo affronta fonti di conflitto o di stress comportandosi come se fosse superiore o possedesse poteri straordinari o speciali.

In generale, questi tre meccanismi di difesa permettono al soggetto narcisista, distorcendo la propria immagine o l'immagine dell'altro, di salvaguardare il proprio Sé e la propria autostima, compromettendo, però, le relazioni interpersonali. Inoltre, i meccanismi di difesa possono essere un'arma a doppio taglio per l'individuo che li attua in quanto possono diventare essi stessi un pericolo per il suo equilibrio psichico: prendendo come esempio l'idealizzazione, quando il soggetto narcisista idealizza l'altro come "perfetto" o "totalmente buono", incurante della sua complessità, è portato, alla prima delusione o incomprensione, a svalutarlo, percependolo come "totalmente cattivo". Così facendo, il soggetto narcisista, è impossibilitato a avere una visione realistica dell'altro e della relazione con esso.

2.2.2 *Mary Main: Adult Attachment Interview (AAI)*

A partire dalla seconda metà dell'Ottocento lo studio che riguarda lo stile di attaccamento si sposta dall'indagine osservata del comportamento tra madre e bambino alla rappresentazione mentale della relazione diadica.

In questo contesto di studi, fondamentale è stata la creazione dell'*Adult Attachment Interview* (AAI) da parte di Mary Main e collaboratori (George, Main, Kaplan, 1984; Main, Goldwin, 1984) ideato con lo scopo di fornire una classificazione dello "stato della mente rispetto

all'attaccamento" in età adulta (Lingiardi, Gazzillo, 2014, p. 69). Lo strumento si presenta sotto forma di intervista semi-strutturata ed indaga le esperienze di attaccamento nell'infanzia e i corrispettivi effetti nell'età adulta.

Il sistema di valutazione si basa sulla quantità, qualità, relazione delle informazioni date e sulle modalità di espressione del soggetto. Attraverso l'analisi delle interviste è stato possibile evidenziare tre categorie generali: sicuro/autonomo, distanziante, preoccupato.

Studi empirici hanno dimostrato una corrispondenza tra le categorie dell'attaccamento adulto riscontrate attraverso l'utilizzo dell'AAI e gli stili di attaccamento in età infantile classificati dalla SSP. Questo evidenzia come lo stato della mente del genitore rispetto all'attaccamento influenzi la relazione con il figlio e il conseguente stile di attaccamento. Sulla base di tale ipotesi, l'interesse si è spostato sulle capacità riflessive della madre, ovvero la capacità di "pensare i pensieri" del figlio ("mentalizzazione"), come fattore predittivo della direzione di sviluppo del bambino (Lingiardi, Gazzillo, 2014).

Per la Main, l'assenza della capacità metacognitiva, ovvero l'incapacità del genitore di comprendere lo stato mentale del bambino, rende quest'ultimo soggetto alle modificazioni variabili del comportamento dell'adulto (Lis, Mazzeschi, Zennaro, 2002). L'autrice ha di conseguenza costruito una scala che permette di rilevare quantitativamente le differenze individuali nelle capacità metacognitive dell'adulto, evidenziando così un aspetto importante: la funzione riflessiva del Sé. Tale funzione è strettamente collegata al concetto di mentalizzazione e, nello specifico, si riferisce alla capacità di pensare ai propri stati mentali e a quelli degli altri; ciò sembra rappresentare, ad oggi, la chiave di lettura della trasmissione intergenerazionale dei pattern d'attaccamento (Fonagy et al., 1995). Inoltre, la funzione riflessiva è strettamente correlata con l'attaccamento sicuro: quanto maggiore è la capacità di mentalizzare del genitore, tanto più è effettiva la capacità del bambino di percepirsi come soggetto differenziato e indipendente dall'altro. Di contro, l'indagine empirica ha confermato una correlazione positiva tra la mancanza di capacità di mentalizzazione del *caregiver* e la formazione di un attaccamento insicuro, unito a una deficitaria facoltà di espressione emotiva e di regolazione degli affetti. Tali condizioni predispongono il bambino a un'identificazione con un falso Sé, esponendolo inoltre a una maggiore vulnerabilità a sviluppare un disturbo di personalità.

Riprendendo in considerazione il passaggio del PDM precedentemente citato: "Diamond e collaboratori (2013, 2014) hanno studiato l'attaccamento e la mentalizzazione in pazienti che

presentano comorbidità di disturbo narcisistico e disturbo borderline di personalità. Le loro ricerche indicano che gli individui narcisistici hanno uno stile di attaccamento insicuro (con caratteristiche sia ansiose sia evitanti), probabilmente frutto di relazioni precoci confusive, imprevedibili e connotate da “secondi fini” (Diamond, Levy, Clarkin et al., 2014; Fossati, Feeney, Pincus et al., 2015; Kealy, Ogrodniczuk, Joyce et al., 2013; Miller, 1979). In queste circostanze, il bambino potrebbe aver reagito con un forte disinvestimento emotivo nei confronti degli altri e rivolgendo le proprie preoccupazioni su di sé e sulla propria integrità corporea (Lingiardi, McWilliams, 2018, p. 51)” è possibile ulteriormente evidenziare come lo stile di attaccamento e le capacità riflessive del *caregiver* giochino un ruolo significativo nello sviluppo del disturbo narcisistico di personalità.

È opportuno sottolineare un aspetto fondamentale: la giusta *sintonizzazione affettiva* (Stern, 1998) tra bambino e *caregiver* permette la corretta attivazione fisiologica del piccolo e di meccanismi di feedback funzionali a ristabilire un equilibrio perso (Lingiardi, Gazzillo, 2014).

Fonagy et al. (2002) ritengono che, a partire da particolari fallimenti del processo di sintonizzazione affettiva e rispecchiamento all’interno della relazione duale, si possano strutturare alcune forme di psicopatologia. I genitori con una buona sintonizzazione emotiva possono trasmettere la propria capacità empatica attraverso un rispecchiamento che è contemporaneamente "contingente" e “caratterizzato” (Lingiardi, Gazzillo, 2014, p. 137), ovvero, ciò che il genitore rispecchia, ad esempio attraverso dimostrazioni facciali o vocali, deve essere in accordo con il tono emotivo del bambino e allo stesso tempo il genitore deve enfatizzarlo, in modo da rendere chiaro al bambino il fatto che l’esperienza emotiva che si sta considerando è la sua e non quella della madre. La ripetizione dei comportamenti di sintonizzazione permette al bambino di comprendere che gli stati d’animo interni sono esperienze affettive che possono essere condivise.

Il rispecchiamento non caratterizzato, invece, può portare il bambino a sentirsi sopraffatto dalla propria angoscia poiché il suo sconvolgimento può provocare nel genitore la stessa emozione.

La continua esposizione a un rispecchiamento di questo tipo potrebbe rinforzare la modalità di equivalenza psichica⁷ del bambino, poiché la propria esperienza interna sembra avere un

⁷ Equivalenza psichica: gli stati mentali sono equiparati alla realtà. Il bambino non è in grado di distinguere tra realtà interna e realtà esterna. Il complemento evolutivo della modalità dell’equivalenza psichica è la modalità del *far finta*, in cui il bambino, anche attraverso il gioco, separa le proprie fantasie dal mondo esterno (Fonagy, Target, 1996; Target, Fonagy, 1996).

riscontro equivalente nella realtà esterna. Allo stesso tempo, un rispecchiamento non contingente può provocare un senso di vuoto interno e lo strutturarsi di un falso Sé, poiché ciò che il bambino interiorizza non è un'immagine del proprio Sé emotivo, ma piuttosto il Sé emotivo del genitore. Tale condizione di rispecchiamento comporta un rinforzo dell'uso della modalità del far finta, portando così dallo sviluppo di una vulnerabilità alla patologia narcisistica, nella quale una idealizzata grandiosità viene utilizzata come meccanismo per difendersi da un Sé vuoto (Fonagy et al., 2002).

I concetti di mentalizzazione e sintonizzazione emotiva sono strettamente correlati al concetto di empatia, caratteristica deficitaria del disturbo narcisistico di personalità, e che prevede: (i) una reazione affettiva con la quale l'individuo si dimostra in grado di condividere lo stato emotivo dell'altro; (ii) la capacità cognitiva di immaginare il punto di vista dell'altro; (iii) la capacità di stabilire i confini tra Sé e l'altro (Lingiardi, Gazzillo, 2014).

Con il concetto di mentalizzazione, l'empatia condivide proprio il fatto di implicare il riconoscimento dell'altro come diverso da Sé e il riconoscimento degli stati mentali e degli affetti altrui, nonostante la mentalizzazione sia orientata sia verso l'altro sia verso il Sé, mentre l'empatia è orientata principalmente sull'altro (Lingiardi, Gazzillo, 2014). Quindi, la presenza di un deficit nella funzione riflessiva e un conseguente disinvestimento emotivo sull'esterno, come visto precedentemente per il disturbo narcisistico, comportano un deficit nella capacità di distinguere, comprendere e condividere gli stati emotivi dell'altro.

Affrontando tali processi da un punto di vista strutturale, è ormai noto come alla base del processo di sintonizzazione vi siano i neuroni specchio (Gallese et al., 2006), i quali consentono una comprensione immediata, ossia non mediata dalle aree cerebrali corticali, delle azioni e delle emozioni altrui. Questo elemento è alla base del processo di empatia. La differenza tra sintonizzazione ed empatia è l'implicazione dei processi cognitivi: la sintonizzazione è prevalentemente un processo inconsapevole, mentre i processi empatici necessitano di un'elaborazione cognitiva e si svolgono mediante una sequenza di stadi consapevoli.

CAPITOLO TERZO: NEUROSCIENZE: COMPrensIONE DEL DISTURBO NARCISISTICO E DEL CORRISPETTIVO DEFICIT EMPATICO.

Con il seguente capitolo si intende approfondire la comprensione del disturbo narcisistico di personalità seguendo un approccio neuroscientifico. Negli ultimi anni, le neuroscienze hanno studiato e presentato al mondo scientifico nuovi aspetti del narcisismo, offrendo una prospettiva che propone buoni indizi per una ricerca futura sul funzionamento e sull'eziologia di questa patologia (Jauk, Kanske, 2021). Nello specifico, si andrà ad analizzare il costrutto dell'empatia nel suo aspetto deficitario nel disturbo narcisistico di personalità attraverso una rassegna di studi che indagano il suo substrato strutturale neurologico.

Per arrivare a parlare del deficit empatico, è doveroso proporre un breve approfondimento del concetto di “neuroni specchio” (Gallese et al., 1996; Rizzolati et al., 1996; Rizzolati, Gallese, 1997; Kraskov et al., 2010) e del corrispettivo “meccanismo specchio” (Gallese 2003a, 2003b, 2006; Gallese Keysers, Rizzolati, 2004; Gallese et al., 2009; Rizzolati et al., 2001; Rizzolati, Sinigaglia, 2008, 2010).

3.1 L'empatia nel funzionamento interpersonale

Generalmente, quando osserviamo l'altro, non comprendiamo il significato delle sue azioni solo tramite l'influenza esplicita delle azioni stesse, ma l'emozione e l'intenzione dell'altro sono costruite e direttamente comprese attraverso l'attivazione nella nostra mente degli stessi circuiti cerebrali che si attiverrebbero se fossimo noi a compiere quell'azione o ad esperire quell'emozione (Ammaniti, Gallese, 2014). Questo meccanismo funzionale può essere ricondotto al concetto di “simulazione incarnata”⁸, o *embodied simulation* (Gallese, Eagle, Migone, 2006) ed è di supporto all'empatia, la quale permette di generare una risposta adeguata e modulata all'altro, che ci sta comunicando le sue emozioni e le sue intenzioni.

La condivisione degli stati affettivi ed emotivi degli altri definisce il concetto di “empatia”, mentre la capacità di interiorizzare cognitivamente gli stati mentali degli altri circoscrive quella che è la “presa di prospettiva” o mentalizzazione. Entrambi i costrutti, insieme a elementi complessi come l'attaccamento e le funzioni socio-affettive e socio-cognitive, sono i principali fattori che caratterizzano il funzionamento interpersonale (Jauk, Kanske, 2021), che nel di

⁸ Simulazione incarnata: meccanismo di natura motoria, caratterizzato da neuroni che agiscono immediatamente prima di ogni elaborazione più propriamente cognitiva (Gallese et al.)

sturbo narcisistico di personalità risulta essere alterato. È importante evidenziare che entrambi i fattori, empatia e presa di prospettiva, possono dipendere da elementi contestuali o motivazionali (Stietz, Jauk, Krach, Kanske, 2019); ciò porta a domandarsi se il funzionamento interpersonale alterato nel narcisismo sia più una questione di capacità ridotte o di propensione. L'evidenza comportamentale lascia intuire che l'empatia ridotta nel narcisismo potrebbe essere più dovuta a una minore propensione nel condividere gli stati affettivi ed emotivi dell'altro, piuttosto che a una mancanza di capacità (Happer, Hart, Sedikides 2014).

3.1.1 Meccanismi e strutture cerebrali del processo empatico

La ricerca neuroscientifica sul funzionamento interpersonale, ha evidenziato come le reazioni empatiche agli stati emotivi altrui, attivino le stesse aree cerebrali che rispondono alla propria attivazione emotiva (Kanske, 2018). Questo meccanismo affonda le sue basi neurobiologiche in una particolare tipologia di neuroni, i neuroni specchio, scoperti da un gruppo di ricercatori dell'Università di Parma, coordinato da Rizzolatti nel 1995, grazie a esperimenti sulle scimmie. Tali neuroni, nella scimmia sono stati localizzati nella circonvoluzione frontale inferiore e nel lobo parietale inferiore; attraverso l'utilizzo di risonanza magnetica funzionale e stimolazione magnetica transcranica, ne è stata riscontrata l'esistenza anche nel cervello umano, in diverse aree cerebrali (Ammaniti, Gallese, 2014). Essi si attivano quando l'individuo compie un movimento, ma anche quando il movimento finalizzato, ovvero diretto a uno scopo, viene fatto da un altro individuo: attraverso questo meccanismo il soggetto che osserva è in grado di comprendere quello che l'altro sperimenta nel compiere quella azione precisa (simulazione incarnata) e quali sono le sue intenzioni (Buccino et al., 2001; Cattaneo, Rizzolatti, 2009). Questa particolare funzione dei neuroni specchio, da un punto di vista evolutivo, è fondamentale, poiché permette al soggetto di anticipare le mosse dell'altro attivando una memoria procedurale di azioni. Questi studi hanno portato a evidenziare la loro rilevanza all'interno della cognizione sociale, poiché permettono all'individuo di codificare gli ambienti relazionali in cui esso è inserito (Gallese et al., 1996; Rizzolatti et al., 1996; Rizzolatti, Gallese, 1997).

La conseguenza funzionale diretta dei neuroni specchio è l'esistenza del meccanismo specchio, un meccanismo neurofisiologico "attraverso il quale gli eventi percepiti (come suoni di azioni e immagini di azioni), pur essendo diversi, vengono mappati e integrati dagli stessi neuroni motori che consentono l'esecuzione delle stesse azioni" (Ammaniti, Gallese, 2014, p. 24).

La scoperta di tale funzionamento per le azioni portò a ipotizzare che i neuroni specchio potessero essere implicati anche nel dominio delle emozioni e delle sensazioni (Gallese, 2003a, 2003b; Goldman, Gallese, 2000). L'evidenza empirica mostra come ulteriori meccanismi specchio siano coinvolti nella capacità dell'essere umano di condividere le sensazioni e le emozioni degli altri (de Vignemont, Singer, 2006; Decety, Sommerville, 2003; Gallese, 2001, 2003°, 2003b, 2006), ovvero come il sistema specchio sia il correlato neuro-funzionale dell'empatia. Quest'ultima, a sua volta, risulta essere un processo di simulazione incarnata: alcuni studi, di fatto, dimostrano che quando si osserva un altro individuo esprimere una certa emozione di base attraverso la mimica facciale, gli stessi muscoli facciali di chi osserva si attivano (Dimberg, 1982; Dimberg, Thunberg, 1998; Dimberg, Thunberg, Elmehed, 2000; Lundqvist, Dimberg, 1995) con un'intensità direttamente proporzionale alla natura empatica degli osservatori stessi (Sonnby-Borgstrom, 2002).

I processi di percezione e di produzione di espressioni facciali connotate di valenza emotiva potrebbero avere in comune determinate aree cerebrali, con funzioni probabilmente simili a quelle del meccanismo specchio (Ammaniti, Gallese, 2014). A tal proposito, una ricerca che ha utilizzato la fMRI (risonanza magnetica funzionale), studiando l'attività cerebrale in un gruppo di individui sani, ha dimostrato come l'area cerebrale dell'insula anteriore sinistra si attivava sia nella condizione in cui i soggetti stessi provavano un'esperienza di disgusto, sia quando osservavano altri provare disgusto (Wicker et al., 2003). Questo esito è in linea con l'evidenza clinica per cui il danneggiamento dell'insula anteriore impedisce all'individuo di poter esperire in modo soggettivo un'emozione di disgusto, così come di riconoscere la stessa emozione negli altri (Adolphs, Tranel, Damasio, 2003; Calder et al., 2000).

Quanto appena affermato permette un ritorno al concetto di empatia, in quanto l'insula anteriore (IA), insieme alla corteccia cingolata anteriore (ACC) e regioni specifiche della corteccia prefrontale mediale (MPFC), risultano essere le strutture cerebrali primarie coinvolte nei processi empatici (Jankowiak-Siuda, Zajkowski, 2013).

Secondo Zaki e colleghi (2007), l'IA e l'ACC sono aree sovrapposte di due circuiti differenti: uno determina la percezione di emozioni primarie, l'altro è coinvolto nell'osservazione di esse. Inoltre, si pensa che tali strutture siano essenziali per un'elaborazione empatica di tipo *bottom-up*, ovvero che partendo dall'osservazione, permettano di percepire gli stati emotivi altrui e di sperimentarli come propri, senza passare per un'elaborazione cognitiva; tuttavia, per poter parlare di empatia, è necessario l'intervento di processi di tipo *top-down*, ovvero processi

cognitivi che permettono di mettere in prospettiva gli stati emotivi altrui distinguendoli dai propri. Tale elaborazione viene eseguita dalle regioni prefrontali (Decety, 2010).

Un altro aspetto rilevante dell'IA e dell'ACC è che entrambe costituiscono i nodi centrali della rete di salienza (SN), o *saliency network* (Seeley et al., 2007; Touroutoglou, Hollenbeck, Dickerson, Feldman Barret, 2012). Tale rete rileva e filtra stimoli salienti integrandoli e dando loro una rilevanza emotiva: l'IA destra, condividendo connessioni reciproche con l'amigdala, l'ippocampo, l'ACC, la corteccia orbitofrontale (OFC), il polo temporale (TP) e la corteccia olfattiva, integra molteplici informazioni interne ed esterne emotivamente significative, che successivamente vengono ulteriormente selezionate ed elaborate nell'ACC (Touroutoglou, Hollenbeck, Dickerson, Feldman Barret, 2012; Cerliani et al., 2012).

Grazie all'analisi di causalità di Granger (1969) e a studi che utilizzano la stimolazione magnetica transcranica, è stato possibile rilevare un ulteriore ruolo della SN, ovvero quello di mediare il passaggio dalla cognizione interna della rete in modalità predefinita (DMN), o *default mode network*, a quella diretta esternamente dalla rete esecutiva centrale (CEN), o *central executive network* (Sridharan, Levitin, Menon, 2008; Uddin, Menon, 2009; Palaniyappan, Liddle, 2012).

3.2 Deficit empatico nel disturbo narcisistico di personalità

La mancanza di empatia è uno dei criteri diagnostici presentati dal DSM-5 per il disturbo narcisistico di personalità. Il Manuale descrive il deficit empatico come risultato di una forte ostilità a identificarsi con i sentimenti e i bisogni degli altri. Quanto appena affermato, è supportato da numerosi studi ed esperimenti in ambito neuroscientifico, i quali si propongono di studiare il funzionamento interpersonale della personalità narcisista, utilizzando paradigmi di elaborazione emotiva differenziati. Il seguente paragrafo ha come obiettivo quello di andare a evidenziare i risultati di tali studi, portando alla luce le compromissioni strutturali e di processo che caratterizzano l'empatia nel disturbo narcisistico di personalità.

Le ricerche in tale ambito non sono ancora arrivate a una conclusione univoca, ma è indubbio il progresso scientifico a cui si sta assistendo.

Gli studi che verranno presentati di seguito utilizzano paradigmi di elaborazione delle emozioni di alto livello, come l'entrare in empatia con volti emotivi, e paradigmi di livello più basso, come l'elaborazione sensoriale di stimoli emotivi.

Tali studi, in generale, utilizzano gruppi di individui distinti in due categorie: “ad alto contenuto” e “a basso contenuto” di narcisismo, secondo i criteri di classificazione del Narcisism Inventory (Denecke, Hilgenstock, 1989).

3.2.1 Studi sull’elaborazione delle emozioni ad alto livello

Fan e colleghi (2011) hanno condotto uno dei primi studi fMRI sulle funzioni interpersonali in pazienti con disturbo narcisistico di personalità. I partecipanti venivano sottoposti alla visione di volti emotivi e, come condizione di controllo, a facce emotivamente neutrali. I risultati mostrano come gli individui altamente narcisisti riscontrino un’attivazione minore, rispetto alla condizione di controllo, nell’IA destra, nella corteccia prefrontale dorsale, nella corteccia premotoria e nella corteccia cingolata posteriore, regioni che si sovrappongono a quelle identificate per la genesi dell’empatia.

Inoltre, il medesimo gruppo mostra punteggi di alessitimia⁹ elevati, il che porta gli autori alla conclusione che “l’apparente difficoltà ad accedere alle proprie emozioni, come suggerito dalla nostra scoperta di una maggiore alessitimia, può portare a problemi nel simulare gli stati affettivi dell’altro come nostri” (Fan et al., 2011, p. 1649). Questo può essere un primo elemento che chiarifica la difficoltà generale nell’esperire stati emotivi, propri e altrui, come base del deficit empatico nel disturbo narcisistico.

Un’altra ricerca fMRI ha studiato gli effetti del “tocco” sociale (Scalabrini et al., 2017). Gli autori hanno i partecipanti al tocco di una mano umana o di un manichino, dimostrando come anche solo l’anticipazione del tocco di una mano umana rispetto a quella di un manichino, era codificata da una minore attivazione dell’IA destra negli individui con un grave disturbo narcisistico di personalità. Inoltre, è interessante evidenziare il fatto che l’attività dell’IA rimaneva invariata sia in uno stato di riposo, sia nel momento in cui il soggetto veniva sottoposto allo stimolo (tocco della mano umana).

Gli autori, sulla base di tali risultati, concludono che un soggetto narcisista, esclusivamente incentrato sul proprio Sé, è indifferente alle informazioni sensoriali esterne. Di conseguenza, il narcisismo, “può essere correlato a una maggiore predisposizione interna accompagnata da un disimpegno motivazionale all’elaborazione sociale” (Scalabrini et al., 2017, p.10).

⁹ Alessitimia: costrutto psicologico che descrive l’incapacità di riconoscere e di descrivere verbalmente i propri stati emotivi e quelli altrui. (Pinel, Barnes, 2018)

I risultati di entrambi gli studi, nonostante si basino su paradigmi di indagine differenti, evidenziano il fatto che la ridotta attività dell'IA, in soggetti con un grave disturbo narcisistico di personalità, sia correlata alla disfunzione dell'elaborazione empatica all'interno della rete di salienza (Lamm, Decety, Singer, 2011). Questo, secondo l'ipotesi di Jankowiak-Siuda e Zajkowski (Jankowiak-Siuda e Zajkowski, 2013), porterebbe all'attivazione di processi autoreferenziali in questi soggetti.

3.2.2 *Studi sull'elaborazione delle emozioni a basso livello*

Il primo studio preso in esame è quello di Marcoux e colleghi (Marcoux, Michon, Lemelin, Voisin, Vachon-Preseau, Jackson, 2014) il quale utilizza un paradigma di *gating* somatosensoriale¹⁰ per indagare la percettività emotiva nel disturbo narcisistico di personalità. In questo modello di riferimento, viene applicata una stimolazione in stato stazionario, ovvero una stimolazione tattile ripetuta, sulla mano dell'individuo. La valutazione della modulazione avviene associando allo stimolo tattile la visione di immagini raffiguranti una situazione dolorosa di un'altra persona o di immagini non dolorose come condizione di controllo. L'idea alla base era che l'elaborazione empatica fosse direttamente proporzionale agli effetti di *gating*, ovvero che gli individui con reazioni empatiche deboli, dovessero mostrare una riduzione degli effetti di *gating*.

Contrariamente alle aspettative, i risultati mostrarono una maggiore attività di *gating* somatosensoriale, rispetto alle condizioni di controllo, nelle quali non erano coinvolti processi empatici. Esclusa l'ipotesi che questo effetto potesse essere attribuibile a soglie soggettive di dolore diverse, gli autori affermarono che i soggetti narcisisti “si sentivano, ma non si preoccupavano” (Marcoux, Michon, Lemelin, Voisin, Vachon-Preseau, Jackson, 2014, p. 341), ovvero che avevano mostrato un'attivazione del *gating* somatosensoriale maggiore e una minore presa di prospettiva, senza però riportare una maggiore preoccupazione empatica. L'affermazione sopra citata evidenzia come una propensione all'autoconcentrazione ed alla percezione di sé, in pazienti con disturbo narcisistico di personalità, distolga l'attenzione dalla preoccupazione per gli altri.

¹⁰ *Gating* sensoriale: indica i processi neurologici di filtraggio (*filtering*) di stimoli ambientali ridondanti o non necessari, impedendo così un eccesso di informazioni irrilevanti nei centri corticali superiori del cervello. Può inoltre verificarsi in forme diverse attraverso modificazioni sia nella percezione che nella sensazione. (Yamaguchi, Knight, 1990)

Si può ipotizzare che, in tali circostanze, le capacità empatiche siano attenuate da fattori motivazionali e, di conseguenza, che per capacità di elaborazione emozionale di basso livello non si possa parlare di deficit empatico, ma di minore propensione (Baskin-Sommers, Krusemark, Ronningstam, 2014).

Uno studio simile è stato condotto da Zhang e colleghi (Zhang, Shen, Zhu, Ma, Wang, 2016) il quale, mediante elettroencefalogramma (EEG), ha studiato i potenziali dell'attività cerebrale durante l'elaborazione delle emozioni facciali in diversi gruppi di disturbi di personalità.

Nel campione di individui affetti da disturbo narcisistico di personalità, con tratti ansiosi e depressivi, gli autori rilevarono un tempo maggiore di elaborazione di fronte a volti felici rispetto al gruppo di controllo. Nonostante a livello neurofisiologico non fossero state riscontrate differenze particolari, l'ampiezza di P2¹¹ risultò essere negativamente correlata allo stato depressivo dei pazienti, a fronte dello stimolo di facce neutre o felici. Questo risultato, secondo gli autori, è dato dal fatto che il fattore depressione comporta una maggiore concentrazione sul proprio Sé, la quale riduce l'elaborazione di stimoli esterni, in particolare se questi (in questo caso i volti felici o neutri) risultano essere incongruenti con il proprio stato emotivo.

I risultati di entrambi gli studi dimostrano come, nei pazienti narcisisti, l'elaborazione a basso livello di stimoli esterni non è in generale compromessa, ma quando l'attenzione è incentrata sul Sé, o quando gli stimoli esterni non rispecchiano lo stato emotivo del paziente, il meccanismo di elaborazione emotiva può andare incontro ad alterazioni, compromettendo così le capacità empatiche (Zhang, Shen, Zhu, Ma, Wang, 2016).

3.2.3 Studi di imaging strutturale

I sei maggiori studi di neuro-imaging ad oggi effettuati hanno investigato prevalentemente le variazioni nel volume della materia grigia, con valutazione dello spessore della corteccia, e l'integrità dei tratti di materia bianca, attraverso il confronto tra pazienti con diagnosi di disturbo narcisistico di personalità e individui sani.

¹¹ P2: il **P200 visivo** è un elemento della forma d'onda del potenziale evento-correlato (*Event Related Potential*, ERP) misurato sul cuoio capelluto. Si ritiene rifletta i processi di attenzione e di discriminazione degli stimoli esterni. La componente P2 prende la definizione dal potenziale elettrico positivo che raggiunge il picco a circa 200 millisecondi a seguito dell'applicazione di uno stimolo esterno (Sokhadze et. all, 2017).

Di seguito vengono riassunti i risultati relativi alle modificazioni rilevate nella struttura della materia grigia:

1. un ridotto volume di materia grigia è stato riscontrato nell'IA sinistra, nella corteccia cingolata anteriore e posteriore, nel dorsolaterale e nella corteccia prefrontale mediale (mPFC). Tali aree si sovrappongono alle regioni identificate come correlati strutturali dell'empatia. Questa evidenza corrobora l'ipotesi di ridotto funzionamento empatico nel disturbo narcisistico di personalità a livello strutturale (Schulze et al., 2013);
2. è stato riscontrato un volume inferiore della materia grigia nel giro frontale medio destro, nella corteccia cingolata anteriore/posteriore mediale sinistra, nella corteccia fusiforme inferiore sinistra, nella corteccia temporale superiore destra e nel giro linguale sinistro. Come è possibile notare, alcune di queste aree erano già state citate nello studio precedente, ma questo studio, al contrario, non rileva una differenza di materia grigia per quanto riguarda la regione dell'IA (Nenadic, Gullmar, Dietzek, Langbein, Steinke, Gaser, 2015);
3. è stato riscontrato uno spessore e un volume inferiore nella corteccia prefrontale dorsolaterale destra, nella corteccia frontale inferiore destra, nel giro postcentrale destro e nel mPFC sinistro (Mao et al., 2016);
4. è stata riscontrata una correlazione strutturale positiva tra narcisismo (grandioso) nelle donne e volume della materia grigia nel lobo parietale superiore destro. Per gli autori questo comporta una maggiore ricerca di attenzioni in tali soggetti in quanto il lobo parietale superiore fa parte della rete dorsale dell'attenzione (Yang et al., 2015);

I dati di seguito elencati riportano, invece, i risultati degli studi che hanno valutato l'integrità dei tratti di sostanza bianca:

1. utilizzando il tensore di diffusione (DTI: Diffusion Tensor Imaging), è stata riscontrata una ridotta presenza di anisotropia frazionaria, un *marker* di integrità dei tratti di sostanza bianca, nelle regioni del lobo frontale destro, del lobo temporale anteriore destro, nel lobo temporale anteriore/laterale sinistro e nel tronco cerebrale destro. Da tali risultati, gli autori affermarono che “la patologia della sostanza bianca potrebbe contribuire a deficit corticali strutturali” (Nenadic, Gullmar, Dietzek, Langbein, Steinke, Gaser, 2015, p. 185);
2. in un altro studio, in cui è stata utilizzata la medesima metodica per valutare l'integrità della sostanza bianca, utilizzando, però, la presenza di narcisismo grandioso come fattore predittivo negativo, è stata confermata una riduzione dell'anisotropia frazionaria

nel tratto frontostriatale, che connette lo striato ventrale e la corteccia prefrontale mediale (Chester et al., 2016). Gli autori hanno interpretato questo risultato attribuendolo ad una disconnessione neurale tra le regioni coinvolte nel meccanismo della ricompensa (striato), da una parte, e quelle preposte ai processi interpersonali (mPFC), dall'altra. Tale alterazione strutturale potrebbe essere alla base della continua ricerca narcisistica di approvazione da parte dell'ambiente sociale (Back et al., 2013; Morf, Rhodewalt, 2001).

Nonostante la necessità di ulteriori approfondimenti e conferme, sembra emergere la presenza di aspetti disfunzionali in individui con disturbo narcisistico di personalità determinati da una ridotta integrità neuronale, in particolare da una riduzione di volume della sostanza grigia a livello della corteccia prefrontale mediale.

3.3 Neuroscienze nella diagnosi e nella formulazione del trattamento

Come è stato delineato, l'innovativo campo di indagine delle neuroscienze può essere un'importante risorsa per la comprensione dei disturbi di personalità, ma il suo utilizzo può essere ancora più ampio. Infatti, lo studio delle strutture cerebrali permette di formulare delle diagnosi cliniche notevolmente approfondite e soprattutto specifiche per ogni singolo paziente, permettendo così la formulazione di un trattamento terapeutico coerente e funzionale per le soggettive caratteristiche dell'individuo.

La diagnosi dei disturbi psichiatrici e dei disturbi di personalità è stata per molti anni formulata servendosi di strumenti quali interviste clinico-diagnostiche, test e sistemi di classificazione categoriale. I vantaggi di tale processo diagnostico sono indubbiamente molti e tangibili nella pratica quotidiana, come quello di rendere comprensibile e omogeneo il linguaggio tra clinici e ricercatori, provenienti da percorsi formativi differenti. Nonostante ciò, è possibile riscontrare anche alcuni limiti, tra cui quello di portare con sé un elevato tasso di comorbidità tra i diversi disturbi, per cui individui con una specifica diagnosi hanno spesso caratteristiche in comune con altri disturbi; inoltre è difficile, seguendo questo sistema, tenere conto dell'eterogeneità delle diverse categorie diagnostiche, per cui individui che condividono la stessa diagnosi hanno spesso caratteristiche cliniche e di funzionamento differenti tra loro, le quali però rischiano di non essere prese in considerazione, ma omologate a un modello clinico di riferimento (Lingiardi, Gazzillo, 2014). Tali limiti, a partire dalla quinta edizione del DSM, stanno andando incontro a un processo di risoluzione, grazie alla presenza della diagnosi dimensionale. Inoltre,

è auspicabile un processo di valutazione che integri psicologia, clinica e neuroscienze (Lingiardi, Gazzillo, 2014).

Le neuroscienze, in questo senso, se utilizzate all'intero dell'*assessment* diagnostico, potrebbero aiutare a riconoscere particolari alterazioni strutturali in specifiche aree cerebrali, permettendo così "di valutare in quale misura tale soggetto sia a rischio di sviluppare la patologia nel caso di eventi stressanti, di particolari stili di attaccamento, di contemporanea presenza di tratti maladattativi della personalità" (Lingiardi, Gazzillo, 2014, p. 26). Un approfondimento di tale natura può permettere di intervenire anche su fattori ambientali e di conseguenza sulla plasticità cerebrale.

Il contributo neuroscientifico potrebbe essere d'aiuto anche nella costruzione degli interventi terapeutici e nella definizione del setting psicoterapeutico, in quanto offre la possibilità al clinico di modulare il proprio atteggiamento alle particolari caratteristiche del paziente che ha di fronte. Ad esempio, come è stato evidenziato nei paragrafi precedenti, in pazienti affetti da disturbo narcisistico di personalità, la presenza di stimoli emotivi è particolarmente rilevante e significativa per evidenziare la mancanza di empatia. Inoltre, se si considera la presenza in specifiche aree cerebrali dei neuroni specchio, appare subito chiaro "come le modificazioni del *setting* possano avere implicazioni anche di ordine neurobiologico, sia sul paziente sia sul terapeuta" (Lingiardi, Gazzillo, 2014, p. 29).

Sulla base di alcuni studi, è stato dimostrato come particolari caratteristiche di tipo emotivo della relazione e del setting vadano a modificare l'attività cerebrale, e quindi devono essere tenute in considerazione dal clinico per rendere il progetto terapeutico il più funzionale possibile, modulandolo nel tempo (Gallese, Migone, Eagle, 2006; Lingiardi, De Bei, 2011).

CONCLUSIONI

Se si analizza l'evoluzione del concetto di narcisismo negli ultimi cento anni, ovvero da quando Freud nel 1914 ne formalizzò l'esistenza in ambito psicoanalitico, ci si rende conto di quanto poliedrica ed articolata sia stata nel tempo la definizione in ambito psicopatologico e di quanto questo abbia condizionato l'approccio terapeutico verso questi pazienti. Di fatto le varie scuole e correnti di pensiero hanno posto nel tempo numerosi tasselli, non sempre concordi fra di loro, con il fine di giungere ad una definizione del termine ai fini di un corretto inquadramento diagnostico del narcisismo patologico e del disturbo narcisistico di personalità. Il passaggio dalle teorie e descrizioni psicoanalitiche all'inquadramento categoriale fondato sullo studio empirico clinico dei soggetti narcisisti si è concretizzato con la stesura della terza edizione del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (A.P.A., 1980) dove il disturbo è stato per la prima volta incluso fra i disturbi di personalità. Questo risultato non fu però sufficiente a definire con precisione il quadro psicopatologico, in quanto ci si rese subito conto che le limitazioni e le rigidità categoriali del DSM, di fronte all'estrema variabilità fenotipica dei soggetti con disturbo narcisistico di personalità, determinavano una oggettiva difficoltà per i clinici nell'attribuzione della diagnosi. Di conseguenza, persone con tratti di narcisismo patologico, che non rientravano nel set categoriale del DSM in termini di intensità o in termini di numero di criteri richiesti, non venivano correttamente identificate. Come risultato solo un piccolo numero di studi clinici basati sui criteri del DSM è stato prodotto, tanto che il disturbo narcisistico di personalità è stato escluso nella stesura della prima bozza del DSM-5 proprio a causa della mancanza di tali dati empirici (Ronningstam, 2009, 2011). Questa *impasse* è stata superata con la stesura definitiva del DSM 5 (A.P.A., 2013) che, pur riconfermando nella Sezione II i criteri categoriali del DSM IV, ha introdotto, nella Sezione III, un approccio dimensionale che tiene conto sia del grado di compromissione funzionale della personalità (con caratteristica difficoltà nelle aree di identità, auto-determinazione, empatia e confidenza), sia dei tratti di personalità patologici (ad esempio, la grandiosità e la ricerca di attenzione).

In particolare, la mancanza di empatia è stata inserita nella Sezione II come criterio diagnostico e nella Sezione III come compromissione specifica nel funzionamento della personalità, sottolineando quanto la sua valutazione sia importante nella diagnosi del disturbo narcisistico di personalità. È stato, infatti, dimostrato, attraverso test specifici, che i soggetti con disturbo narcisistico di personalità non hanno una compromissione delle capacità di mentalizzazione, ma piuttosto un deficit motivazionale nel mentalizzare, (abilità di comprendere la prospettiva

dell'altro, equivalente all'empatia cognitiva) a meno che non siano presenti co-morbidità (ad es. disturbo borderline di personalità). Al contrario, presentano una significativa riduzione dell'empatia emozionale (Roepke & Vater, 2014). I dati suggeriscono che i pazienti affetti da disturbo narcisistico di personalità abbiano un deficit nella capacità di rispecchiare le emozioni e che siano meno responsivi allo stato emotivo dell'altro. Un aspetto interessante di tale evidenza è che, attraverso questionari di autovalutazione, è stato dimostrato come tale deficit non venga percepito dal paziente stesso, ma, al contrario, ne vengano sovrastimate le capacità. Il comportamento fenotipico dei soggetti narcisisti potrebbe essere attribuito a questo pattern deficitario empatico, per il quale, agli occhi degli altri risultano distaccati e asociali.

Il deficit empatico, come evidenziato dalla Teoria dell'attaccamento di Bowlby e dai contributi di Mary Ainsworth e Mary Main, risulta essere una delle possibili conseguenze di un attaccamento insicuro: il bambino, sentendosi continuamente inadeguato e frustrato dal rapporto con il caregiver, tende a rivolgere il proprio amore e le proprie attenzioni non più verso un ambiente ostile, come quello relazionale con il genitore, ma bensì verso un nuovo oggetto d'amore, dal quale illusoriamente non riceverà mai una delusione. Così facendo, il bambino va incontro a un ritiro narcisistico. In età adulta, tale ritiro diventa un meccanismo per difendere l'Io e la propria autostima, da un mondo esterno, relazionale per lo più, percepito come minaccia per l'integrità della propria persona.

Con l'avvento dell'approccio neuroscientifico nello studio delle patologie psichiatriche, anche il disturbo narcisistico di personalità è diventato oggetto di approfondimento per identificare le alterazioni morfofunzionali cerebrali che possono essere alla base della patologia. In particolare, vari studi hanno cercato di comprendere quali siano le strutture ed i meccanismi neurobiologici coinvolti nella genesi del deficit empatico.

Le aree cerebrali prevalentemente coinvolte in tale meccanismo sono l'insula anteriore destra (rAI) e le sue connessioni funzionali con la corteccia cingolata anteriore (ACC) e posteriore (PCC) e con la corteccia prefrontale mediale (MPFC). I risultati a nostra disposizione sembrano concordare sul fatto che alla base del deficit empatico ci sia, a seguito degli stimoli esterni, una minore disattivazione nel rAI, e che questa determini uno sbilanciamento fra il network esecutivo centrale (CEN, Central Executive Network) e il network di modalità default (DMN, Default Mode Network), a vantaggio di quest'ultimo che risulta maggiormente attivato. Questo meccanismo sarebbe alla base del patologico auto-centramento correlato al deficit empatico.

Nonostante i dati neuroscientifici, ad oggi disponibili, abbiano permesso di chiarire alcuni meccanismi alla base del disturbo narcisistico di personalità, sono sicuramente auspicabili ulteriori ricerche che ci permettano di migliorare l'approccio diagnostico, l'eziopatogenesi e, di conseguenza, le prassi terapeutiche.

BIBLIOGRAFIA

Adolphs, R., Tranel, D., & Damasio, A.R. (2003). Dissociable neural systems for recognizing emotions. *Brain and Cognition*, 52, 61-69.

Akhtar S. (1989). Narcissistic personality disorder: descriptive features and differential diagnosis. *Psychiatric Clinics of North America*, 12, 505 - 529

American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, First Edition (DSM-I)*. American Psychiatric Association Publishing.

American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Second Edition (DSM-II)*. American Psychiatric Association Publishing.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III)*. American Psychiatric Association Publishing.

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition Revised (DSM-III R)*. American Psychiatric Association Publishing.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*. American Psychiatric Association Publishing.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition Revised (DSM-IV R)*. American Psychiatric Association Publishing.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5(TM))* (5th ed.). American Psychiatric Association Publishing.

Back, M. D., Küfner, A. C. P., Dufner, M., Gerlach, T. M., Rauthmann, J. F., & Denissen, J. J. A. (2013). Narcissistic admiration and rivalry: Disentangling the bright and dark sides of narcissism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 105, 1013–1037.

Baskin-Sommers, A., Krusemark, E., & Ronningstam, E. (2014). Empathy in narcissistic personality disorder: From clinical and empirical perspectives. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5, 323–333.

Bion, W.R. (1970). *Una teoria del pensiero*. In *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Roma: Armando Editore, (original work published 1962).

- Bion W.R., (1962). *Apprendere dall'esperienza*. Roma, 1971: Armando Editore.
- Block J. (1978). *The Q-sort Method in Personality and Psychiatric Research*. Palo Alto (CA): Consulting Psychologists Press.
- Buccino, G. & al., (2001), Action observation activates premotor and parietal areas in a somatotopic manner: An fMRI study. *European Journal of Neuroscience*, 13, 400-404.
- Caviglia G., Perrella R., (2015). *Il narcisismo: storia, teoria, clinica*. Roma: Carocci Editore.
- Calder, A.J., Keane, J., Manes, F., Antoun, N., & Young, A.W, (2000). Impaired recognition and experience of disgust following brain injury. *Nature Neuroscience*, 3, 1077-1078.
- Cattaneo, L., & Rizzolatti, G. (2009). The mirror neuron system. In *Archives of Neurology*, 5, 557-560.
- Cerliani, L., et al. (2012). Probabilistic tractography recovers a rostrocaudal trajectory of connectivity variability in the human insular cortex. *Hum Brain Mapp*, 33(9), 2005–34.
- Chester, D. S., & DeWall, C. N. (2016). Sound the alarm: The effect of narcissism on retaliatory aggression is moderated by dACC reactivity to rejection. *Journal of Personality*, 84, 361–368
- Decety, J. (2010). The Neurodevelopment of Empathy in Humans. *Dev Neurosci*, 32, 257–67.
- Decety, J., & Sommerville, J. A. (2003). Shared representations between self and other: A social cognitive neuroscience view. *Trends in Cognitive Science*, 7, 527-533.
- Denecke, F. W., & Hilgenstock, B. (1989). *Das Narzißmusinventar*. Bern: Huber.
- De Vignemont, F., & Singer, T. (2006). The empathic brain: how, when and why?. *Trends in Cognitive Science*, 10, 435-441.
- Diamond, D., et al. (2014). Attachment and mentalization in female patients with comorbid narcissistic and borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5(4), 428.

- Dimberg, U. (1982). Facial reactions to facial expressions. *Psychophysiology*, 19, 643-647.
- Dimberg, U., & Thumberg, M. (1998). Rapid facial reactions to emotion facial expressions. *Scandinavian Journal of Psychology*, 39, 39-46.
- Dimberg, U., Thumberg, M., & Elmehed, K., (2000). Unconscious facial reaction to emotional facial expressions. *Psychological Science*, 11, 86-89.
- Westen, D., & Arkowitz-Westen, L. (1998). Limitations of Axis II in diagnosing personality pathology in clinical practice. *American Journal of Psychiatry*, 155(12), 1767-1771.
- Eagle, M. N., Migone, P., & Waters, E. (2013). *Attaccamento e psicoanalisi: teoria, ricerca e implicazioni cliniche*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Ellis, H. (1898). Auto-erotism: A psychological study. *Alienist and Neurologist (1880-1920)*, 19(2), 260 - 299.
- Fan, Y., Wonneberger, C., Enzi, B., de Greck, M., Ulrich, C., Tempelmann, C., Bogerts, B., Doering, S., & Northoff, G. (2011). The narcissistic self and its psychological and neural correlates: An exploratory fMRI study. *Psychological Medicine*, 41, 1641–1650.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Leigh, T., Kennedy, R., Mattoon, G., & Target, M. (1995). The predictive specificity of the adult attachment interview: implications for psychodynamic theories of normal and pathological emotional development. *Attachment theory: social, developmental, and clinical perspectives*. Analytic Press: Northvale, 233-278.
- Fonagy, P., & Target, M. (1996). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International journal of psycho-analysis*, 77, 217-233.
- Fonagy P., Gergely G., Jurist E., & Target M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press.
- Fossati, A., Feeney, J., Pincus, A., Borroni, S., & Maffei, C. (2015). The structure of pathological narcissism and its relationships with adult attachment styles: A study of Italian nonclinical and clinical adult participants. *Psychoanalytic Psychology*, 32(3), 403.

- Freud S. (1910a), *Un ricordo d'infanzia di Leonardo da Vinci* OSF 6. Torino: Bollati Boringhieri
- Freud S., (1910b), *Un ricordo d'infanzia di Leonardo da Vinci* in *Psicoanalisi dell'arte e della letteratura*, Roma: G.T.E. Newton Compton, 1993
- Freud S. (1976), *Introduzione al narcisismo*, in *Opere*, vol. VII. Torino: Bollati Boringhieri Torino.
- Gabbard, G.O. (2007). *Psichiatria psicodinamica* (4 ed.). Milano: Raffaello Cortina Editore (original work published 2005).
- Gallese, V., Fadiga, L., Figassi, L., & Rizzolatti, G., (1996). Action recognition in the premotor cortex. *Brain*, 119, 593-609.
- Gallese, V. (2001), The “shared manifold” hypothesis: From mirror neurons to empathy. *Journal of Consciousness Studies*, 8, 23-40.
- Gallese, V. (2003a). The manifold nature of interpersonal relations: the quest for a common mechanism. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 358, 517-528.
- Gallese, V. (2003b). The roots of empathy: The shared manifold hypothesis and the neural basis of intersubjectivity. *Psychopathology*, 36, 171-180.
- Gallese, V., Keysers, C., & Rizzolatti, G. (2004). A unifying view of the basis of social cognition. *Trends in Cognitive Science*, 8, 396-403.
- Gallese, V. (2006). Intentional attunement: a neurophysiological perspective on social cognition and its disruption in autism. *Brain Research*, 1079, pp. 15-24.
- Gallese, V., Eagle, M. N., & Migone, P. (2006b). La simulazione incarnata: i neuroni specchio, le basi neurofisiologiche dell'intersoggettività e alcune implicazioni per la psicoanalisi. *La simulazione incarnata*, 1000-1038. *Psicoterapia e Scienze Umane*. Roma: Franco Angeli Editore.
- George C., Kaplan N. & Main M. (1984). *Attachment Interview for Adults*. Berkeley: University of California Press.
- Goldman, A., & Gallese, V. (2000). Reply to Schulkin. *Trends in Cognitive Sciences*, 4, pp. 255-256.

- Grimm, J. & Grimm, W. (1812). *Biancaneve e i sette nani*. Da: “Tutte le fiabe” - Enciclopedia della fantasia, I vol., Milano: Fratelli Fabbri Ed., 1962.
- Hepper, E. G., Hart, C. M., & Sedikides, C. (2014). Moving narcissus: can narcissists be empathic? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 40, 1079–1091.
- Jankowiak-Siuda, K., & Zajkowski, W. (2013). A neural model of mechanisms of empathy deficits in narcissism. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 19, 934.
- Jauk, E., & Kanske, P. (2021). Can neuroscience help to understand narcissism? A systematic review of an emerging field. *Personality Neuroscience*, 4, 1 - 29.
- John, O. (1990). The Big Five’s Factor Taxonomy: Dimensions of Personality in the Natural Language and in Questionnaires, in L. Pervin. (ed.), *Handbook of Personality: theory and research*, pp. 66-100. New York: Guilford Press.
- Kanske, P. (2018). The social mind: Disentangling affective and cognitive routes to understanding others. *Interdisciplinary Science Reviews*, 43, 115– 124.
- Kernberg, O. F. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15, 236-253.
- Kernberg O. F. (1978). *Sindromi marginali e narcisismo patologico*, Bollati Boringhieri, Torino (original work published 1975).
- Kernberg O. F. (1984). *Disturbi gravi della personalità*. Torino, 1987: Bollati Boringhieri,
- Klein, M., (1957). *Envy and gratitude: a study of unconscious forces*. Tr. It. *Invidia e gratitudine*. Firenze, 1969: Martinelli Editore.
- Kohut, H. (1972). Thoughts on narcissism and narcissistic rage. *The psychoanalytic study of the child*, 27(1), 360-400.
- Kohut H. (1976). *Narcisismo e analisi del Sé*. Torino: Bollati Boringhieri (original work published 1971)
- Kraskov, A., Dancause, N., Quallo, M.M., Shepherd, S., & Lemon, R.N. (2010). Corticospinal neurons in macaque ventral premotor cortex with mirror properties: A potential mechanism for action suppression? *Neuron*, 64, 922-930.

Lacan J. (1974). *L'aggressività in psicoanalisi*, in Scritti, vol. I Torino: Einaudi Editore.

Lamm, C., Decety, J., & Singer, T. (2011). Meta-analytic evidence for common and distinct neural networks associated with directly experienced pain and empathy for pain. *NeuroImage*, 54, 2492–2502.

Lingiardi, V., & Del Corno, F. (2008). *PDM*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Lingiardi, V., & De Bei, F. (2011). La svolta relazionale nella ricerca in psicoterapia. *V Lingiardi, G Amadei, G Caviglia, F De Bei (a cura di) La svolta relazionale. Itinerari italiani. Raffaello Cortina Editore, Milano.*

Lingiardi, V., & Gazzillo, F. (2014). *La personalità e i suoi disturbi. Valutazione clinica e diagnosi al servizio del trattamento*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Lingiardi V., & McWilliams, N. (2018). *Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM-2)*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Lis A., Mazzeschi, C., & Zennaro, A. (2002). *La psicoanalisi, un percorso concettuale fra tradizione e attualità*. Roma: Carocci Editore.

Livesley W.J. (1995). *The DSM – IV. Personality Disorders*. New York: Guilford Press.

Lundqvist, L., & Dimberg, U. (1995). Facial expressions are contagious. *Journal of Psychophysiology*, 9, 203-211.

Main, M. & Goldwin, R. (1984). Prediction rejection of her infant from mother's representation of her own experience: a preliminary report. *International Journal of Child Abuse and Neglect*, 8(2), p. 203-207.

Mao, Y., Sang, N., Wang, Y., Hou, X., Huang, H., Wei, D., Zhang, J., & Qiu, J. (2016). Reduced frontal cortex thickness and cortical volume associated with pathological narcissism. *Neuroscience*, 328, 50–57.

Marcoux, L.-A., Michon, P.-E., Lemelin, S., Voisin, J. A., Vachon-Présseau, E., & Jackson, P. L. (2014). Feeling but not caring: Empathic alteration in narcissistic men with high psychopathic traits. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 224, 341–348.

McCrae, R., & Costa, P. (1990). *Personality in Adulthood*. New York: Guilford Press.

- Mielimaka, M., Ogrodniczuk, J. S., Kealy, D., Cheek, J., & Joyce, A. S. (2018). Narcissism and Interpersonal Problems Among Psychiatric Outpatients: What Is the Role of Defensive Style? *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 206(9), 711-715.
- Miller, D. (1979). Strategy, structure and environment: Context influences upon some bivariate associations. *Journal of Management Studies*, 16(3), 294-316.
- Miller, A. (1981). *The drama of the gifted child*. New York: Basic Books.
- Mitchell, S. A., & Black, M. J. (1996). *L'esperienza della psicoanalisi: Storia del pensiero psicoanalitico moderno*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Morey, L.C. (1988). The Personality Assessment Inventory in DSM-II and DSM-III R: Convergence, Coverage and Internal Consistency. *American Journal of Psychiatry*, 145, 573 – 577.
- Morf, C. C., & Rhodewalt, F. (2001). Unravelling the paradoxes of narcissism: A dynamic self-regulatory processing model. *Psychological Inquiry*, 12, 177– 196.
- Nacke, P. (1899). Kritisches zum Kapitel der normalen und pathologischen Sexualität. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 32, 356-386.
- Nenadic, I., Güllmar, D., Dietzek, M., Langbein, K., Steinke, J., & Gaser, C. (2015). Brain structure in narcissistic personality disorder: A VBM and DTI pilot study. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 231, 184–186.
- Ovidio (8 d.C.), *Narciso*, in *Metamorfosi*, libro III, versi 339 - 510. Trad. e cura di Vittorio Sermonti, Collana Saggi italiani. Milano: Rizzoli, 2014
- Padovan, C. (2017). The medical-psychiatric origins of the psychoanalytical concept of narcissism. *Agora*, 20 (3), 645 – 655.
- Palaniyappan, L., & Liddle, P. F. (2012). Does the salience network play a cardinal role in psychosis? An emerging hypothesis of insular dysfunction. *J Psychiatry Neurosci*, 37, 7–27.
- PDM Task Force (2008). *Manuale Diagnostico Psicodinamico – PDM*. Tr.it. Milano: Raffaello Cortina Editore, (original work published 2006)
- Perry, J. C., & Cooper, S. H. (1987). Empirical Studies of Psychological Defense Mechanisms, in S. R. Michel, J. J. Cavenagh, M.J. (ed.), *Psychiatry*, vol. I. Philadelphia: Lippincott-Raven.

- Pinel, J. P. J., & Barnes, S. J. (2018). *Psicobiologia (X edizione)*. Milano: Edra.
- Rank, O. (1914). *Der doppelgänger*, trad. it. *Il doppio. Il significato del sosia nella letteratura e nel folklore*. Sugarco ed. Milano, 1979
- Rizzolatti, G., Fadiga, L., Gallese, V., & Fogassi, L. (1996). Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cognitive Brain Research*, 3, 131-141.
- Rizzolatti, G., & Gallese, V. (1997). From action to meaning. *Les Neurosciences et la Philosophie de l'Action*, 217-229.
- Rizzolatti, G., & Sinigaglia, C. (2010). The functional role of the parieto-frontal mirror circuit: Interpretations and misinterpretations. *Nature Review Neuroscience*, 11, 264-274.
- Roepke, S. & Vater, A. (2014). Narcissistic personality disorder: an integrative review of recent empirical data and current definitions. *Current Psychiatry Reports*, 16(5), 1-9.
- Ronningstam, E. (2009). Narcissistic personality disorder: facing DSM-V. *Psychiatric Annals*, 39, 194 – 201.
- Ronningstam, E. (2011). Narcissistic personality disorder in DSM V- In support of retaining a significant diagnosis. *Journal of Personality Disorders*, 25(2), 248–259.
- Rosenfeld, H., (1964). On the psychopathology of narcissism: A clinical approach. *The International Journal of Psychoanalysis*, 45(2-3), 332–337.
- Russ, E., Shedler, J., Bradley, R., & Westen, D. (2008). Refining the construct of narcissistic personality disorder: Diagnostic criteria and subtypes. *American Journal of Psychiatry*, 165(11), 1473-1481.
- Sadger, I., (1908), Psychiatrisch-Neurologisches. Psychoanalytischer Beleuchtung. Zentralblatt für das Gesamtgebiet der Medizin und ihrer Hilfswissenschaften, 4, 45–47, 53–57.
- Scalabrini, A., Huang, Z., Mucci, C., Perrucci, M. G., Ferretti, A., Fossati, A., & Ebisch, S. J. H. (2017). How spontaneous brain activity and narcissistic features shape social interaction. *Scientific Reports*, 7.

- Schore, A.N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Schulze, L., Dziobek, I., Vater, A., Heekeren, H. R., Bajbouj, M., Renneberg, B., Heuser, I., & Roepke, S. (2013). Gray matter abnormalities in patients with narcissistic personality disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 47, 1363–1369.
- Seeley, W. W., et al. (2007). Dissociable intrinsic connectivity networks for salience processing and executive control. *J Neurosci*, 28(27), 2349–56.
- Semi, A. A. (2007). *Il narcisismo*, Bologna: Il Mulino.
- Shedler, J., Mayman, M., & Manis, M. (1993). The illusion of mental health. *American psychologist*, 48(11), 1117.
- Sokhadze, E. M., Casanova, M. F., Casanova, E., Lamina, E., Kelly, D. P., & Khachidze, I. (2017). Event-related potentials (ERP) in cognitive neuroscience research and applications. *NeuroRegulation*, 4(1), 14–27.
- Sonnby-Borgstrom, M. (2002). Automatic mimicry reactions as related to differences in emotional empathy. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43, 433-443.
- Sridharan, D., Levitin, D., & Menon, V. (2008). A critical role for the right fronto-insular cortex in switching between central-executive and default-mode networks. *Proc Natl Acad Sci USA*, 105, 12569–74.
- Stern, D. N. (1998). *Le interazioni madre-bambino nello sviluppo e nella clinica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Stietz, J., Jauk, E., Krach, S., & Kanske, P. (2019). Dissociating empathy from perspective-taking: Evidence from intra- and inter-individual differences research. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 126.
- Touroutoglou, A., Hollenbeck, M., Dickerson, B. C., & Feldman Barrett, L. (2012). Dissociable large-scale networks anchored in the right anterior insula subserve affective experience and attention. *Neuroimage*, 60(4), 1947-58.
- Uddin, L. Q., & Menon, V. (2009). The anterior insula in autism: under-connected and under examined. *Neurosci Biobehav*, 33(8), 1198–203.
- Vaillant, G. E. (1992). *Ego mechanisms of defence: a guide for clinicians and researchers*. Washington DC: American Psychiatric Pub.

- Westen, D., Lohr, N., Silk, K. R., Gold, L., & Kerber, K. (1990). Object relations and social cognition in borderlines, major depressives, and normals: a thematic apperception test analysis. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2(4), 355-64.
- Westen, D. (1991). Social cognition and object relations. *Psychological Bulletin*, 109, 429-455.
- Wicker, B., Keysers, C., Plailly, J., Royet, J.P., Gallese, V., & Rizzolatti, G. (2003). Both of us disgusted in my insula: The common neural basis of seeing and feeling disgust. *Neuron*, 40, 655-664.
- Winnicott, D.W. (1945). Primitive emotional development. *International Journal of Psychoanalysis*, 26, 137-143.
- Winnicott, D.W. (1960). The theory of the parent-infant relationship. *Int. J. Psycho-Anal.*, 41, 585-595.
- Winnicott, D.W. (1964). Further thought on babies as persons, in *The child, the family and the outside world*. Harmondsworth: Penguin Books, (original work published 1947).
- Winnicott D.W., (1968), Communication between infant and mother, mother and infant, compared and contrasted, in *What is psychoanalysis? The Institute of Psychoanalysis*. London: Bailliere, Tindall and Cassel.
- Winnicott, D. W. (1967). *The mirror-role of mother and family in child development, Playing and Reality*. Trad. It, *Gioco e realtà*. Roma, 2005: Armando Editore.
- Winnicott, D.W. (1969). The use of an object. *International Journal of Psychoanalysis*, 50, 711-716.
- Yamaguchi, S., & Knight, R. T. (1990). Gating of somatosensory input by human prefrontal cortex. *Brain research*, 521 (1 -2), 281 – 288.
- Zaki, J., et al., (2007). Different circuits for pain: Patterns of functional connectivity reveal distinct networks for processing pain in self and others. *Soc Neurosci*, 2, 276–91.
- Zhang, B., Shen, C., Zhu, Q., Ma, G., & Wang, W. (2016). Processing of facial expressions of emotions in antisocial, narcissistic, and schizotypal personality disorders: An event-related potential study. *Personality and Individual Differences*, 99, 1–6.

SITOGRAFIA

<https://www.spiweb.it/la-ricerca/ricerca/narcisismo/>

<https://www.treccani.it/enciclopedia/>

<https://www.minderscommunity.com/narcisismo-la-prospettiva-di-heinz-kohut/>