



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

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

**Dipartimento di Psicologia Generale**

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

**Elaborato finale**

**Radici del narcisismo: il ruolo degli stili di attaccamento nello  
sviluppo della personalità narcisistica**

*Origins of narcissism: the role of attachment styles in the development of  
narcissistic personality*

*Relatrice:*

**Prof.ssa Spironelli Chiara**

**Laureanda: Terenzi Sara**

**Matricola: 2045782**

**Anno accademico 2023/2024**



## Indice

<b>Introduzione</b> .....	5
<b>Capitolo 1: Il narcisismo patologico</b> .....	7
1.1 I criteri diagnostici secondo il DSM-5 .....	8
1.2 Due sottotipi identificati: <i>overt</i> e <i>covert</i> .....	10
1.2.1 Il problema dei sottotipi .....	11
1.2.2 La SWAP-200 e lo studio di Russ e colleghi (2008) .....	12
1.3 Stili relazionali frequenti .....	14
1.4 Alterazioni strutturali e funzionali del cervello: lo studio di Schulze e colleghi (2013).....	16
<b>Capitolo 2: L’attaccamento e il Disturbo Narcisistico di Personalità</b> .....	21
2.1 Le radici evolutive .....	22
2.2 La teoria dell’attaccamento classica.....	23
2.2.1 Internal Working Models.....	25
2.2.2 I diversi stili di attaccamento .....	26
2.3 Attaccamento insicuro strutturato e narcisismo patologico .....	28
2.4 Alcuni studi .....	30
<b>Capitolo 3: Conclusioni</b> .....	35
<b>Bibliografia</b> .....	37



## Introduzione

*“[...] Come costruito e problema clinico, il narcisismo è stato notoriamente sfuggente, nonostante la voluminosa letteratura”* (Kealy et al, 2015).

Il narcisismo è un fenomeno complesso, caratterizzato da una moltitudine di sfumature e riflessi: in quanto tale, può essere difficile da sintetizzare attraverso osservazioni cliniche e risultati empirici (Pincus, Lukowitsky, 2010). Prendendo in prestito una metafora utilizzata da Vittorio Lingiardi (2021), psichiatra e psicoanalista dei nostri tempi, possiamo concettualizzare il narcisismo come un *“arcipelago”* dalle infinite possibilità; ogni isola incarna un aspetto unico e, ciascuna di esse, con le proprie caratteristiche distintive, concorre alla formazione di un insieme più ampio. Nonostante il termine *narcisista* assuma, nell'uso sociale corrente, una connotazione piuttosto negativa, è bene precisare che quelli narcisistici sono tratti in una certa misura funzionali, necessari al fine di un sano distacco emotivo e che, in alcuni casi, vanno irrobustiti e valorizzati. Questo tipo di narcisismo presuppone una specie di *“gioia di sé”*, che *“[...] ci sostiene senza bisogno di cancellare l'altro o attivare dinamiche di rivalità invidiosa [...]”* (Lingiardi, 2021, p.35), un amore di sé salubre, fatto di realizzazione personale e capacità di cura (*ibidem*). In questo senso, il narcisismo può fungere da fattore protettivo, che ci permette di perseguire obiettivi ed essere orgogliosi delle nostre riuscite; tuttavia, quando i tratti narcisistici diventano pervasivi e inflessibili, compromettendo la qualità della vita e generando difficoltà nelle relazioni, diventa presente la possibilità di riscontrare un *disturbo*. La fase iniziale del presente lavoro di tesi intende esplorare le varie sfaccettature del disturbo narcisistico di personalità, partendo dall'inquadramento diagnostico secondo il DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, APA, 2013), e la descrizione dei criteri necessari al clinico per la formulazione della diagnosi. Una volta

introdotti i sottotipi riconosciuti del disturbo, verranno delineati i meccanismi psicologici sottostanti ad essi, con particolare attenzione agli stili relazionali frequenti dei pazienti narcisisti, anche grazie al supporto neuroscientifico fornito dallo studio di Schulze e colleghi (2013): il primo in letteratura che ha evidenziato anomalie neurobiologiche in questi pazienti. Nel secondo capitolo verrà illustrata la teoria dell'attaccamento classica, teorizzata da John Bowlby tra gli anni Settanta e Ottanta del Novecento, che fungerà da prospettiva privilegiata, "lente", attraverso cui indagare le possibili radici del disturbo narcisistico di personalità e le sue "isole" (Lingiardi, 2021). La ricerca che utilizza i concetti di questa teoria suggerisce che, i disturbi di personalità, e anche quello narcisistico, si manifestano in persone che nella prima età infantile non hanno incontrato un accudimento adeguato ai loro bisogni. Le componenti del nostro equilibrio psichico – quali la consapevolezza del nostro valore, la necessità di essere amati, e la capacità di regolare l'autostima – iniziano a formarsi durante le prime interazioni con i nostri genitori, nel momento in cui l'esperienza di sintonizzazione reciproca permette l'interiorizzazione delle cure che riceviamo: "[...] chi si occupa di noi, ci nutre e ci carezza, contribuisce a farci crescere pensandoci meritevoli d'amore" (ibidem, p.33). L'intenzione del presente elaborato è di approfondire, attraverso una revisione della letteratura e l'analisi di alcuni studi empirici, se, e in che modo, le diverse classificazioni di attaccamento precoce possono influenzare lo sviluppo di tratti narcisistici in età adulta. Al fine di ciò, sarà posta l'attenzione sulle due tipologie di attaccamento insicuro strutturato: evitante e ambivalente. In conclusione, verranno discusse le limitazioni della ricerca presentata e suggerite possibili direzioni che la ricerca futura potrebbe seguire, con l'obiettivo di approfondire la comprensione della vasta gamma fenotipica intrinseca al disturbo narcisistico di personalità.

## CAPITOLO 1

### Il narcisismo patologico

Il senso di diritto, le fantasie grandiose, gli obiettivi esageratamente ambiziosi, la rabbia narcisistica e l'ipervigilanza sono tutte caratteristiche ritenute fondamentali e distintive del Disturbo Narcisistico di Personalità (NPD) (Ackerman et al., 2017), un grave disturbo mentale con una prevalenza media nel corso della vita dell'1% nella popolazione generale (Pincus e Lukowitsky, 2010). I pazienti narcisisti sono generalmente egocentrici e perseguono obiettivi volti ad ottenere l'approvazione e l'ammirazione degli altri (Skodol, Bender, Moray, 2014); tuttavia, dalla presentazione altamente eterogenea di questo disturbo e le molteplici manifestazioni degli individui per i quali può essere formulata la diagnosi, deriva il problema di giungere a un chiaro consenso sulla natura del NPD.

Un elemento comune nei disturbi narcisistici è il senso di “mancanza”, attribuibile alla carenza di un senso di Sé stabile e continuo nel tempo, e che porta a un senso di vuoto (Gabbard e Crisp, 2018). In questi pazienti può esistere un senso di Sé estremamente fragile, che dipende dal fatto di percepirsi come individui in qualche modo eccezionali: sentendosi grandiosi e speciali, essi riescono ad avere in tal modo l'illusione di una forma stabile di esperienza di sé (Caligor et al., 2015).

Nell'apparire “pieno di sé”, il paziente narcisista, paradossalmente, si sente spesso terribilmente vuoto; nel suo cuore vi è un senso di vanità e futilità per il fatto che “[...] non riesce a controllare le risposte degli altri, di cui ha disperatamente bisogno per stabilizzare la propria esperienza di sé” (Gabbard e Crisp, 2018).

## 1.1 I criteri diagnostici secondo il DSM-5

Quando il narcisismo si può considerare vera e propria patologia? Se cerchiamo la risposta nella Sezione II della quinta versione del *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali* (DSM) dell'*American Psychiatric Association* (2013), troviamo la seguente spiegazione sotto la voce “disturbo narcisistico di personalità” (Figura 1):

---

<b>Disturbo narcisistico di personalità</b>
<b>Criteri diagnostici</b>
Un pattern pervasivo di grandiosità (nella fantasia o nel comportamento), necessità di ammirazione e mancanza di empatia, che inizia entro la prima età adulta ed è presente in svariati contesti, come indicato da cinque (o più) dei seguenti elementi:
1. Ha un senso grandioso di importanza (per esempio, esagera risultati e talenti, si aspetta di essere considerato/a superiore senza un'adeguata motivazione).
2. È assorbito/a da fantasie di successo, potere, fascino, bellezza illimitati, o di amore ideale.
3. Crede di essere “speciale” e unico/a e di poter essere capito/a 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/a degli altri o crede che gli altri lo/a invidino.
9. Mostra comportamenti o atteggiamenti arroganti, presuntuosi.

---

**Figura 1.** Criteri diagnostici per il Disturbo Narcisistico di Personalità, tratti dal DSM-5 (APA, 2013).  
Fonte: adattato da Gabbard e Crisp (2018).

Questi criteri sono tra i più ampiamente riconosciuti e condivisi nel campo della clinica, e aiutano a tracciare i contorni di una casistica che, come vedremo, ha molte forme e varianti. Tuttavia, questa Sezione enfatizza la forma manifesta, aggressiva e grandiosa del disturbo narcisistico, trascurando la sua forma opposta, quella introversa e inibita.

Assumendo una prospettiva più dimensionale e sfumata, la Sezione III del DSM-5 precisa invece che le caratteristiche tipiche del NPD sono l'autostima instabile e fragile, con tentativi di regolarla per mezzo della ricerca di attenzione e approvazione, oppure una

manifesta o celata grandiosità (Skodol, Bender, Moray, 2014). Difficoltà caratteristiche sono evidenti in Identità, Autodirezionalità, Empatia e Intimità, oltre che specifici tratti disadattivi nell'area dell'antagonismo, ovvero grandiosità e ricerca di attenzione (APA, 2013, p. 890).

A differenza della Sezione II (peraltro analoga ai criteri NPD nel DSM-IV; APA, 1994), la classificazione diagnostica alternativa della Sezione III del DSM-5 riconosce le presentazioni sia grandiose sia vulnerabili del NPD, così come le possibili oscillazioni tra le due. Inoltre, questa sezione specifica che gli standard personali di un individuo con NPD possono essere irragionevolmente alti per mantenere un senso di eccezionalità, oppure eccessivamente bassi a causa di un senso di diritto, e che questi spesso non sono consapevoli delle proprie motivazioni. La tipica mancanza di empatia (si veda anche 1.4 di questo elaborato) si manifesta con una ridotta capacità di riconoscere i sentimenti e i bisogni degli altri; tuttavia, i pazienti narcisisti possono anche essere consapevoli delle reazioni degli altri dal momento in cui queste sono rilevanti per se stessi.

Per quanto riguarda le relazioni interpersonali, esse sono generalmente superficiali e utilizzate per incrementare l'autostima; la reciprocità in queste relazioni è limitata dal minimo interesse genuino dell'individuo per le esperienze altrui e dal bisogno di ottenere vantaggi personali.

La descrizione dei fenomeni narcisistici nella Sezione III, attraverso le dimensioni del sé e funzionamento interpersonale e i tratti rilevanti, rappresenta un significativo miglioramento rispetto alla rappresentazione del NPD nella Sezione II, la quale continua a mantenere quelle carenze associate a questa diagnosi fin dal DSM-III (APA, 1980; Skodol et al., 2014).

Per queste ragioni, nella prospettiva di giungere ad una diagnosi sempre più accurata di questo disturbo, le ricerche future potrebbero seguire una via che faccia luce su quella che è “*l'idra dalle molte teste*” del narcisismo (Gabbard e Crisp, 2018), tenendo conto della natura dimensionale di questo complesso quadro patologico.

## **1.2 Due sottotipi identificati: *overt* e *covert***

Storicamente, i clinici hanno comprovato la concettualizzazione del NPD come un fenomeno che esiste lungo un continuum tra due estremi: a un'estremità si trova il sottotipo grandioso o inconsapevole, mentre all'altra estremità c'è quello vulnerabile o ipervigile (Dickinson e Pincus, 2003; Gabbard, 1989; Pincus e Lukowitsky, 2010; Wink, 1991).

Nel 1987, Herbert Rosenfeld ne fa una ‘*questione di pelle*’ (Lingiardi, 2021) e fornisce una distinzione tra narcisisti “a pelle spessa” (*thick skin*) e “a pelle sottile” (*thin skin*). L'individuo grandioso è quello descritto dal DSM-5 (Fig. 1), ha la pelle spessa perché ha una scarsa considerazione dell'impatto del suo comportamento sugli altri e vede questi ultimi come un potenziale pubblico, in grado di gratificarlo con l'ammirazione di cui ha bisogno e che va tanto cercando. È caratterizzato da grandiosità palese, ricerca di attenzione, senso di diritto e arroganza. Al contrario, il tipo vulnerabile o ipervigile “*a pelle sottile*” è inibito a tal punto da rinnegare il desiderio di essere al centro dell'attenzione (Kay, 2008), sensibile alle critiche tanto da avvertire nelle parole degli altri sempre un motivo di offesa (Rosenfeld, 1987). Considerando le relazioni interpersonali, sono individui timidi, con mille antenne (Lingiardi, 2021) e apparentemente modesti, ma nascondono una grandiosità segreta.

In Figura 2 viene presentata una sintesi dei sottotipi di narcisismo patologico secondo Gabbard (1989).

<b>Narcisista ignaro</b>	<b>Narcisista ipervigile</b>
Non ha consapevolezza delle reazioni degli altri	È altamente sensibile alle reazioni degli altri
È arrogante e aggressivo	È inibito, timido o addirittura schivo
È egocentrico	Dirige maggiormente l'attenzione verso gli altri che verso se stesso
Ha bisogno di essere al centro dell'attenzione	Rifugge dall'essere al centro dell'attenzione
Ha un "mittente ma non un ricevitore"	Ascolta attentamente gli altri per rilevare eventuali offese o critiche
È apparentemente impermeabile a ferire i sentimenti degli altri	È incline a sentirsi vergognato o umiliato

**Figura. 2.** Adattamento della tabella dall'articolo di Gabbard (1989), *Two Subtypes of Narcissistic Personality Disorder*, tradotta in italiano.

Grandiosità e vulnerabilità possono quindi esprimersi sia apertamente (*overt*) che in modo nascosto (*covert*) (Wink, 1991), con alcuni pazienti che mostrano principalmente l'uno o l'altro di questi sottotipi. Tuttavia, è ampiamente riconosciuto che la maggior parte dei pazienti narcisisti mostra fluttuazioni tra stati di autostima grandiosi e vulnerabili (Pincus e Lukowitsky, 2010; Kealy et al., 2015); in particolare, recenti indagini sistematiche suggeriscono che questo è particolarmente vero per gli individui identificati come narcisisti grandiosi, i quali hanno maggiore probabilità di sperimentare stati di vulnerabilità (Gore e Widiger, 2016).

### ***1.2.1 Il problema dei sottotipi***

Nonostante l'introduzione di questi sottotipi del NPD abbia fornito un grande contributo nell'evidenziare la gamma fenomenologica del narcisismo patologico (Ronningstam,

2010), il tentativo di “far rientrare” i pazienti narcisisti in determinati sottotipi diagnostici conduce al rischio di semplificare eccessivamente dei quadri clinici complessi. Infatti, queste distinzioni possono dipendere dal contesto e dal momento in cui l’individuo viene visto: pazienti che appaiono grandiosi e sicuri di sé possono avere un crollo in seguito a delusioni (Caligor et al., 2015), analogamente, quelli *a pelle sottile* (Rosenfeld, 1987) possono avere esplosioni di rabbia e grandiosità, quando le loro difese falliscono e la ferita narcisistica li colpisce nel profondo.

Un ulteriore problema legato ai sottotipi è che sono stati definiti da studi che si basavano fortemente sui questionari di autovalutazione (*self-report*) (Gabbard e Crisp, 2018; Russ et al., 2008); la ricerca suggerisce che i pazienti narcisisti e, in generale, quelli con disturbi di personalità hanno una scarsa percezione del modo in cui vengono considerati dagli altri, valutando con minore esattezza l’impressione negativa che fanno sulle persone attorno a loro (Carlson e Oltmanns, 2015). Inoltre, gli aspetti del NPD riportati fino a questo momento costituiscono elementi caratteristici e descrittivi di questo disturbo, ma in quanto tali, non possono essere considerati esclusivi di esso. Ad esempio la mancanza di empatia è un sintomo caratteristico del NPD, ma allo stesso tempo è presente anche in altri disturbi di personalità, come in quello antisociale.

### ***1.2.2 La SWAP-200 e lo studio di Russ e colleghi (2008)***

Per ovviare a questi problemi, Shelder e Westen propongono la *Shedler-Westen Assessment Procedure–II* (SWAP-200) come metodo utile per la formulazione della diagnosi e la valutazione della personalità, oltre che per una riesamina dei criteri diagnostici del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Si tratta di una *checklist* di 200 *item* di dichiarazioni descrittive della personalità, ricavati da un lungo

lavoro che ha coinvolto diversi clinici dell'APA. Gli *item* sono stati scelti in base ai *feedback* dei clinici che li hanno utilizzati per descrivere i propri pazienti: in questo modo è stato possibile sia eliminare gli *item* clinicamente meno utili, sia combinare le descrizioni di diversi pazienti al fine di ottenere una valutazione composita delle personalità in una specifica categoria. Questo lavoro ha permesso di formulare prototipi diagnostici basati sui punti di vista clinici, invece che su strumenti *self-report*.

Russ, Shedler, Bradley e Westen applicarono la *Q-factor analysis* per analizzare le descrizioni SWAP-200 dei pazienti con diagnosi di NPD in uno studio del 2008, nel quale individuarono tre sottotipi del medesimo disturbo:

- Narcisista “Grandioso/Maligno”: sfrutta gli altri senza avere riguardo per il loro benessere e, a differenza degli altri narcisisti, la grandiosità è una caratteristica primaria piuttosto che un meccanismo difensivo o compensatorio;
- Narcisista “Fragile”: prova sentimenti di grandiosità e inadeguatezza, mostrando rappresentazioni di sé alternate (superiorità o inferiorità nei confronti degli altri). In questo caso la grandiosità è difensiva, tiene lontani i sentimenti di inferiorità ed emerge quando il soggetto si sente minacciato;
- Narcisista “Ad alto funzionamento/Esibizionista”: è grandioso, competitivo, alla ricerca di attenzioni e sessualmente seducente o provocatorio. Mostra anche notevoli punti di forza psicologici (per esempio essere carismatico, energico, a proprio agio nelle relazioni interpersonali, orientato al successo).

I primi due sono in parte riconducibili alle definizioni già illustrate di grandioso/*overt*/ignaro/a pelle spessa (il primo), e vulnerabile/*covert*/ipervigile/a pelle sottile (il secondo). Nello specifico, questi corrispondono ai sottotipi di personalità narcisistica descritti nel Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM Task Force, 2006),

che distingue tra varianti “arrogante/pretenzioso” e “depresso/impoverito” del narcisismo. Il PDM precisa anche l’esistenza di una variante meno disturbata per ogni disturbo di personalità, che può considerarsi come un modello o uno stile di personalità piuttosto che un disturbo (Russ et al., 2008).

Per quanto il NPD rimanga una classe nosografica di complicata individuazione, questi risultati forniscono una visione più ricca e differenziata del narcisismo e contribuiscono a colmare il divario tra evidenze di patologia narcisistica derivate empiricamente e clinicamente (*ibidem*).

### **1.3 Stili relazionali frequenti**

Data l’eterogeneità del disturbo narcisistico, un modo utile per affrontare i dilemmi diagnostici che si riscontrano può essere quello di studiare attentamente le dinamiche relazionali caratteristiche che il paziente mette in atto, al fine di cogliere informazioni preziose sulla struttura del Sé del narcisista e sul suo modo di interagire con gli altri (Gabbard e Crisp, 2018). Gli stili relazionali dei pazienti narcisisti possono essere in parte ricollegati alle tre categorie appena citate individuate da Russ e colleghi (2008): *grandioso, vulnerabile, ad alto funzionamento*. Come già esposto, queste distinzioni non sono costrutti rigidi, ma hanno confini permeabili in funzione del contesto; particolari eventi o situazioni personali possono produrre fluttuazioni tra stato vulnerabile e stato grandioso (Kealy et al., 2015; Pincus e Lukowitsky, 2010). Ad ogni modo, ciò che accomuna queste configurazioni narcisistiche sono le difficoltà sia di autoregolazione che di autostima (Gabbard e Crisp, 2018).

Dalla fusione di esperienza clinica e ricerca pubblicata al riguardo, Gabbard e Crisp (2018) hanno identificato alcuni stili relazionali frequenti nei pazienti narcisisti. Per citarne alcuni:

- *Bisogno di suscitare ammirazione e validazione da parte dell'altro*: a tale scopo, questi individui fanno spesso riferimento ai loro successi. Il narcisista grandioso è tipicamente incurante delle reazioni altrui al punto da essere percepito come se avesse *'un trasmettitore ma non un ricevitore'* (Gabbard, 1989). Il vulnerabile presta, invece, molta attenzione, scruta le espressioni facciali del suo ascoltatore per scoprire la minima reazione critica (*ibidem*, Fig. 2);
- *Negazione o inibizione dell'autonomia dell'altro*: ad esempio, in una relazione, il partner narcisista può esercitare un'attenzione pressante al fine di sottomettere l'altro a un controllo onnipotente: questo comportamento di dominio si è scoperto più correlato al sottotipo grandioso (Dickinson e Pincus, 2003);
- *Propensione a provare vergogna e umiliazione in reazione a offese relativamente lievi*: la vergogna è un sentimento di inadeguatezza per cui l'individuo sente di non essere stato all'altezza dell'ideale grandioso che ha di sé. È suscitata dalla paura di venire ridicolizzati e di venire visti come *'tartarughe senza carapace'* (Lingiardi, 2021), per cui si associa anche un sentimento di umiliazione all'offesa arrecata;
- *Negazione della sofferenza*: mediante disconoscimento della realtà, in modo tale da evitare il profondo senso di vergogna e umiliazione esperito;
- *Confronto continuo fra se stessi e gli altri, alimentato dall'invidia*: la grandiosità esibita da molti narcisisti è radicata in un'immagine di sé fragile, che alimenta il bisogno di percepirsi come eccezionali e migliori degli altri. Per mantenere questa

struttura vengono attuate distinzioni per le quali gli altri sono svalutati e considerati “da meno” (Stern et al., 2013).

- *Difficoltà a comprendere ciò che succede nella mente degli altri e a empatizzare* (Fossati et al., 2017; Ritter et al., 2011): come vedremo a breve nel presente elaborato, può essere presente una certa capacità di empatia cognitiva nei pazienti narcisisti, ma l’empatia emotiva è assente (Schulze et al., 2013; Ritter et al., 2011).

Si precisa che queste modalità di relazioni interpersonali, pur trattandosi di pattern molto diffusi, non esauriscono tutti gli stili di interazione dei pazienti con narcisismo.

Inoltre, come esposto in precedenza, alcuni di questi temi si possono trovare all’interno della Sezione III del DSM-5 (APA, 2013), nel Modello alternativo per i disturbi di personalità (si veda 1.1).

#### **1.4 Alterazioni strutturali e funzionali del cervello: lo studio di Schulze e colleghi (2013)**

È stato osservato che negli individui narcisisti le regioni del cervello associate alle capacità di empatia presentano anomalie sia strutturali, sia funzionali (Levy et al., 2015).

Vari studi hanno evidenziato la rilevanza dell’NPD riguardo le compromissioni del funzionamento psicosociale (Miller et al., 2007), o un alto tasso di comorbidità di disturbi affettivi e abuso di sostanze (Ritter et al., 2010).

Dal punto di vista neurobiologico, invece, Schulze e colleghi (2013) svolgono un primo studio mirato ad identificare le anomalie nella materia grigia nel cervello di pazienti con NPD rispetto a partecipanti sani. Al fine di ciò sono stati presi in esame 17 pazienti con

diagnosi di NPD e 17 individui sani come gruppo di controllo, comparati per età, genere, dominanza della mano (tutti i partecipanti erano destrimani) e quoziente intellettivo (QI). I partecipanti sani sono stati inclusi solo nelle condizioni in cui non assumevano farmaci psicotropi, e non avevano diagnosi di disturbi mentali o neurologici.

Tramite procedure di risonanza magnetica (MRI) sono state ottenute immagini strutturali del cervello, mentre l'analisi volumetrica basata su voxel (VBM) ha permesso di confrontare i volumi locali della materia grigia (GM) tra i due gruppi.

Utilizzando il questionario *Interpersonal Reactivity Index* (IRI: Davis, 1983; German version: Paulus, 2006), è stata misurata l'empatia auto-riferita dei partecipanti, ossia un costrutto definito attraverso la misurazione di due sottoscale:

- Perspective Taking (PT) che misura la capacità di adottare il punto di vista degli altri (empatia cognitiva);
- Empathic Concern (EC), che misura la capacità di provare sentimenti di preoccupazione e compassione per gli altri (empatia emotiva).

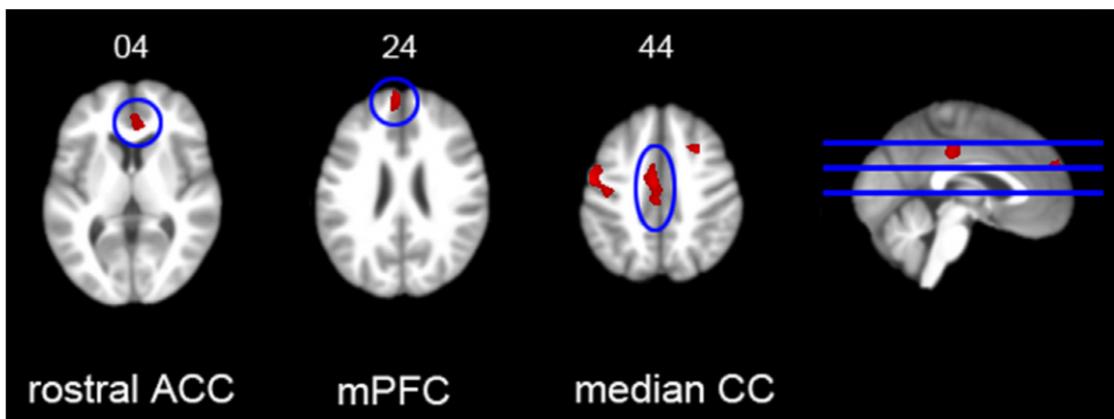
Successivamente, i partecipanti sono stati sottoposti a scansioni cerebrali con risonanza magnetica (MRI) per ottenere immagini strutturali del cervello, al fine di rilevare le differenze nei volumi GM tra i due gruppi (NPD e controlli sani).

Infine, sono state svolte correlazioni tra i risultati dell'analisi VBM e i punteggi del questionario IRI. Questa correlazione ha permesso di esplorare la relazione tra le strutture cerebrali (volumi GM) e le capacità empatiche auto-riferite.

Da queste analisi è emerso che:

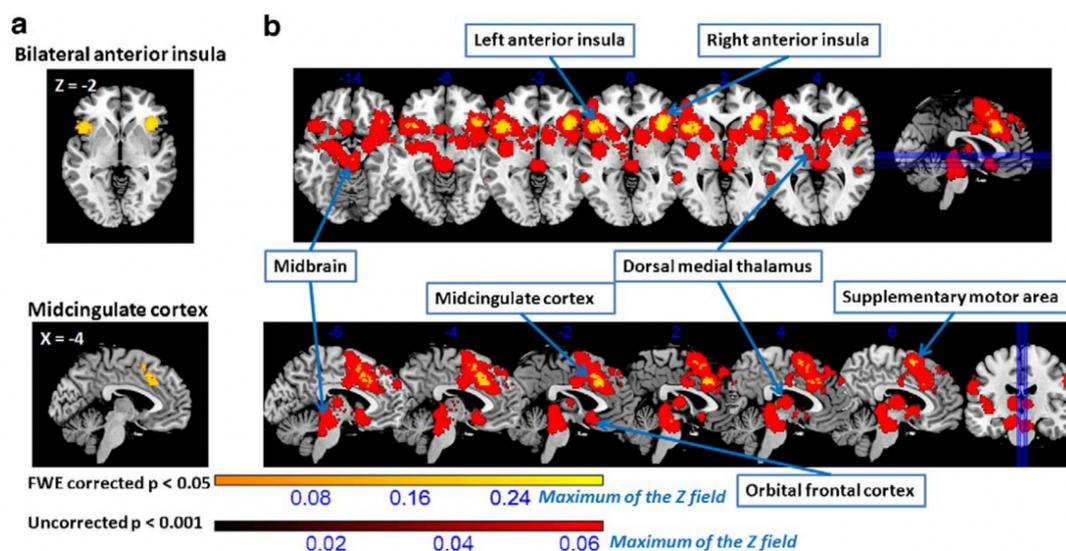
1. I pazienti con NPD presentavano GMV significativamente minore nell'insula anteriore sinistra rispetto ai controlli sani (Figura 3).

2. Il GMV in pazienti con NPD mostrava riduzione anche nel giro frontale superiore bilaterale, nel giro frontale medio bilaterale, nella corteccia cingolata mediale sinistra, nella corteccia rostrale destra e in parti del giro pre- e post-centrale (Figura 3).
3. Era, inoltre, presente una correlazione positiva tra GMV dell'insula anteriore sinistra e l'empatia emotiva auto-riferita (EC) dai partecipanti, a prescindere dallo stato diagnostico.



**Figura 3.** GMV significativamente minore nei pazienti NPD nella rete fronto-paralimbica rispetto ai controlli sani, mostrato tramite una procedura di correzione dell'estensione del cluster. Il GMV più piccolo è stato riscontrato nelle parti rostrali della corteccia cingolata anteriore (ACC), nelle parti mediali della corteccia prefrontale (mPFC) e nella corteccia cingolata mediana (CC). Fonte: Schulze et al. (2013).

Questo studio fornisce la prima prova empirica di differenze nel volume della materia grigia nell'insula anteriore sinistra nei pazienti con NPD rispetto ad adulti sani. Nelle analisi complementari dell'intero cervello si è riscontrato un GMV minore nell'insula anteriore sinistra, nella corteccia cingolata rostrale e mediana e nelle parti dorsolaterali e mediali della corteccia prefrontale; è interessante notare che, insieme all'insula anteriore sinistra, tutte queste regioni cerebrali sono sovrapposte con il circuito neurale implicato nell'empatia (Fan et al., 2011) (Figura 4).



**Figura 4.** Aree del cervello attivate in condizioni di empatia con livello di soglia Family Wise Error (FWE) corretto  $p < 0.05$  (colore giallo in a e b) e  $p < 0.001$  non corretto (colore rosso in b). Fonte: Fan et al. (2011).

Ciò suggerisce che un minore GMV in queste regioni cerebrali, in particolare nell'insula anteriore sinistra, potrebbe essere correlato a compromissioni dell'empatia, una caratteristica distintiva dei pazienti NPD (Ronningstam, 2010). Inoltre, nonostante la correlazione positiva trovata tra empatia emotiva (EC) e GMV dell'insula anteriore sinistra in entrambi i gruppi di partecipanti, i punteggi dell'empatia auto-riferita non hanno mostrato una differenza di significatività tra i controlli sani e i pazienti con NPD, il che è in accordo con risultati precedenti di altri studi, come quello di Ritter e colleghi (2011). Questo ultimo studio, con l'utilizzo di misure sperimentali, aveva riscontrato una EC compromessa nel narcisismo patologico, ma la differenza tra i gruppi non avevano raggiunto la significatività con l'impiego di strumenti di auto-segnalazione. È anche vero che questi strumenti, come ad esempio l'IRI nel caso dello studio di Schulze e colleghi (2013), potrebbero non catturare adeguatamente le differenze di empatia nei pazienti con NPD a causa dell'auto-intuizione che richiedono, che nel narcisismo patologico è probabilmente ridotta (Gosling et al., 1998). Ricerche future potrebbero, a tal proposito,

trarre vantaggio dall'uso di un approccio multi-metodo che comprenda valutazioni comportamentali dell'empatia, con il fine di identificare un collegamento più stretto tra i diversi aspetti dell'empatia e alterati indici di GMV (Hooker et al., 2011).

Anche interpretazioni alternative delle anomalie osservate nel GMV nei pazienti NPD possono evidenziare possibili strade circa le future indagini sulle relazioni tra le anomalie cerebrali locali e la psicopatologia del NPD (Schulze et al., 2013). A sostegno di studi di *neuroimaging* che hanno evidenziato il coinvolgimento dell'insula anteriore, della corteccia prefrontale mediale e della corteccia cingolata anteriore nell'elaborazione autoreferenziale e nel processo decisionale (Enzi et al., 2009), si potrebbe ipotizzare che le differenze di gruppo segnalate localmente di GMV sono correlate a *bias* di elaborazione autoreferenziale (Pincus e Lukowitsky, 2010), che sono strettamente correlati alla prospettiva egocentrica dei pazienti con NPD.

In conclusione, Schulze e colleghi (2013) suggeriscono che l'utilizzo combinato di MRI funzionale con paradigmi sperimentali per indagare l'empatia, i processi regolatori e l'elaborazione autoreferenziale rappresentino un possibile approccio proficuo per far progredire l'attuale comprensione del disturbo narcisistico di personalità.

## CAPITOLO 2

### **L'Attaccamento e il Disturbo Narcisistico di Personalità**

In continuità con la panoramica offerta dal primo capitolo sul narcisismo patologico, questa sezione intende esplorare le origini evolutive del medesimo disturbo e i relativi stili relazionali (si veda paragrafo 1.3). Successivamente, verrà esposta un'essenziale – ma informativa – sintesi su quella che è la Teoria dell'Attaccamento classica sviluppata da John Bowlby, con i suoi costrutti principali, e fornita una sintesi degli stili di attaccamento individuati dalla *'Strange Situation'* (Ainsworth et al., 1978). Saranno presi in esame i due stili di attaccamento insicuri strutturati con il disturbo narcisistico di personalità, prima attraverso alcune evidenze dello studio di Levy e colleghi (2015), poi riportando il pensiero di Allan Schore, psicologo clinico e ricercatore nel campo della neuropsicologia moderna. La sua prospettiva fornirà ulteriori spiegazioni a sostegno di una distinzione tra i due tipi di personalità narcisistica, inquadrata nella cornice della regolazione affettiva. Infine, verranno presentati alcuni studi che hanno indagato il legame tra narcisismo e stile di attaccamento (Diamond et al., 2014; Dickinson e Pincus, 2003; Otway e Vignoles, 2006; Meyer e Pilkonis, 2012; Brummelman et al., 2015), alla luce del fatto che la ricerca che si avvale dei principi della teoria dell'attaccamento suggerisce che la presenza o meno di un attaccamento sicuro possa prevedere determinati tipi di disturbo di personalità (Gabbard e Crisp, 2018). L'ipotesi di fondo è che se vari sottotipi di narcisismo possono essere associati a diverse classificazioni di attaccamento: il narcisismo grandioso o inconsapevole potrebbe derivare da esperienze familiari precoci differenti rispetto a quelle che portano a un narcisismo vulnerabile o ipervigile (*ibidem*).

## 2.1 Radici evolutive

Per comprendere meglio le origini evolutive dei pattern relazionali del narcisismo patologico, i clinici hanno avanzato alcune ipotesi nel tempo: tra le concettualizzazioni più note troviamo quelle degli psicoanalisti Heinz Kohut e Otto Kernberg.

Kohut (1913-1981), considerato il caposcuola della psicologia del Sé, descrive il paziente narcisista come un soggetto vulnerabile e tendente alla frammentazione del Sé. A tal proposito mette in evidenza come questi individui siano disturbati narcisisticamente nella misura in cui hanno sperimentato un arresto dal punto di vista evolutivo, a uno stadio in cui necessitano di specifiche risposte dall'ambiente che li circonda (i *caregiver*) per mantenere un Sé coeso. La mancanza di tali risposte, data dalla mancanza di sintonizzazione e rispecchiamento empatico genitoriale, porta l'individuo ad andare incontro a una frammentazione del Sé (Kohut, 1976). Il sé narcisista sarebbe quindi bloccato nel percorso di sviluppo, e l'aggressività espressa dal soggetto rappresenta un carattere secondario, che si manifesta in risposta a mancanze genitoriali: se riceve empatia e compassione, il Sé di questi individui è fragile, ma potenzialmente "normale" (*ibidem*). Si precisa che quelli studiati da Kohut erano pazienti ambulatoriali, che presentavano quindi un funzionamento relativamente buono. I pazienti di Otto Kernberg erano invece per la maggior parte ospedalizzati e manifestavano caratteristiche più primitive, con aggressività, grandiosità e tratti antisociali. Kernberg (1970) considera l'aggressività un elemento primario nello sviluppo di un'organizzazione narcisistica di personalità, e le conseguenze di tale aggressività, quali l'invidia e i sentimenti di inferiorità, che generano il bisogno di svalutare continuamente l'altro, non sono il risultato di errori commessi dai *caregiver*, ma nascono dall'interno (Gabbard e Crisp, 2018). Il narcisismo patologico è quindi espressione di un superinvestimento difensivo di un Sé grandioso patologico, non

integrato, e con la tendenza a proiettare sugli altri gli elementi inaccettabili di sé, che dà luogo ad una svalutazione distruttiva della rappresentazione dell'altro.

In sintesi, si può dire che Kohut descrive un tipo di narcisista timido, che tende a non stare al centro dell'attenzione e che si eclissa per paura di essere rifiutato dagli altri (Kohut, 1976). I profili clinici di Kernberg (1975) dipingono, invece, il sottotipo grandioso, avido e aggressivo, che richiede continua approvazione da parte degli altri e poco sensibile alle critiche. Mentre Kernberg pone l'accento su un'aggressività interna e costituzionale e un Sé difensivo, Kohut postula che siano gli errori commessi da figure esterne ad essere responsabili dello sviluppo del narcisismo patologico.

Più di recente, è stata utilizzata anche la teoria dell'attaccamento per capire le origini di questi pattern comportamentali.

## **2.2 La teoria dell'attaccamento classica**

Teorizzata da John Bowlby, il principio cardine della teoria dell'attaccamento è che un attaccamento sicuro può favorire lo sviluppo di Modelli Operativi Interni (MOI) delle relazioni, che vengono interiorizzati come rappresentazioni mentali interne (di sé e degli altri) e creano aspettative riguardo al comportamento degli altri nei propri confronti (Gabbard e Crisp, 2018).

L'attaccamento è un sistema motivazionale, che porta l'individuo a ricercare e mantenere una relazione con l'altro; Bowlby (1989) definisce l'attaccamento come una *“[...] forma di comportamento che si manifesta in una persona che consegue o mantiene una prossimità nei confronti di un'altra persona, chiaramente identificata, ritenuta in grado di affrontare il mondo in modo adeguato. Questo comportamento diventa evidente ogni*

*volta che la persona è spaventata, affaticata o malata, e si attenua quando si ricevono conforto e cure”.*

All’origine della motivazione umana vi è un sistema innato e istintuale che spinge l’individuo alla ricerca, sin dalla nascita, di una relazione con altri significativi. Questo perché è la maggiore prossimità della figura materna ad assicurare protezione e cura e che aumenta la probabilità di sopravvivenza; dunque l’attaccamento del piccolo alla madre è da considerarsi un comportamento istintivo, biologicamente determinato (Bowlby, 1989). Il compito più importante della figura di attaccamento è quello di svolgere nei confronti del bambino il ruolo di una *base sicura* da cui possa iniziare l’esplorazione del mondo esterno, e “[...] a cui possa ritornare sapendo per certo che sarà il benvenuto, nutrito sul piano fisico ed emotivo, confortato se triste, rassicurato se spaventato. In sostanza questo ruolo consiste nell’essere disponibili, pronti a rispondere quando chiamati in causa, per incoraggiare e dare assistenza, ma intervenendo attivamente solo quando è chiaramente necessario” (*ibidem*, p.10).

Quando il bambino si allontana troppo dalla madre durante la sua esplorazione dell’ambiente, entra in uno stato di allarme: al sorgere della paura si disattiva il sistema di esplorazione e si attiva il sistema di attaccamento. In quel momento, il piccolo cerca di localizzare la madre, che funge da *porto sicuro* quando si avvicina a lei, e di *base sicura* se, anche rimanendo a distanza, il bambino si sente rassicurato semplicemente guardando il suo volto (Hill, 2015; Levy et al., 2015).

Il legame di attaccamento adattivo del piccolo, tuttavia, viene compromesso nel caso in cui i suoi bisogni non trovino riscontro in un *caregiver* emotivamente disponibile; questi bambini potrebbero incontrare difficoltà nel ricevere supporto durante i momenti di angoscia o risultare limitati nelle loro capacità di esplorare (Levy et al., 2015).

### ***2.2.1 Internal Working Models***

A John Bowlby si deve anche la concettualizzazione dei Modelli Operativi Interni (*Internal Working Models*, IWM). Si tratta di rappresentazioni interne di sé e degli altri, che emergono come risultato dell'interiorizzazione della qualità delle interazioni ripetute tra il bambino e la figura di attaccamento nei primi anni di vita. In quanto strutture mentali, questi modelli sono astratti, ma derivano da esperienze reali, e sono “operativi” nella misura in cui includono strategie comportamentali utili a rispondere alle aspettative, problemi e situazioni sociali (Santrock, 2021). Una volta consolidate, queste strutture rappresentazionali servono a valutare, predire e gestire la relazione di attaccamento al fine di mantenere sicurezza e affetto regolato (Hill, 2015). Sulla base della valutazione che viene fatta dell'ambiente, si attivano aspettative sulla base di esperienze precedenti. Le aspettative positive distinguono i bambini con un attaccamento sicuro da quelli con attaccamento insicuro (*ibidem*); infatti, un bambino i cui bisogni sono stati soddisfatti da un *caregiver* amorevole svilupperà IWM degli altri come affidabili; viceversa, un altro bambino che non ha ricevuto sufficiente supporto può costruirsi schemi degli altri come inaccessibili e indifferenti, con la persistenza di questo IWM negativo fino all'età adulta (Levy et al., 2015).

Secondo Bowlby (1973), gli IWM diventano parte della personalità degli individui e tendono a rimanere piuttosto stabili nel tempo (*ibidem*). Nonostante ciò, come ha mostrato una recente meta-analisi di studi longitudinali sull'attaccamento, le relazioni successive possono modificare e correggere queste visioni distorte di sé e degli altri, portando così a interazioni interpersonali più funzionali e adattive (Fraley, 2002).

### 2.2.2 I diversi stili di attaccamento

La teoria dell'attaccamento è stata sottoposta a rigorosi test di laboratorio. A metà degli anni Sessanta, la fondamentale ricerca di Mary Ainsworth e colleghi (1978), allieva di John Bowlby, crea una classificazione dell'attaccamento in base alle reazioni alla 'Strange Situation'. Questa procedura si pone l'obiettivo di attivare i comportamenti di attaccamento del bambino nei confronti del *caregiver*, facendo esperire al piccolo una condizione di stress moderato, ma crescente nel tempo (Santrock, 2021); infatti, ha luogo in un contesto non familiare (il laboratorio di osservazione), prevede la presenza di un adulto sconosciuto al piccolo ("l'estraneo") e una serie di separazioni e ricongiungimenti con la figura materna. Ainsworth era particolarmente interessata (a) al momento della riunione, (b) al modo in cui madre e figlio interagivano mentre il bambino era disregolato e (c) al tempo necessario affinché si quietasse (Hill, 2015).

I bambini classificati come sicuri usavano il *caregiver* come base sicura da cui partire per esplorare l'ambiente, e cercavano la vicinanza al suo ritorno. Essi sembrano aspettarsi che la madre sia disponibile e capace di consolarli, sono in grado di autoregolarsi e di richiedere e usare la regolazione diadica con il caregiver in modo corretto (*ibidem*).

I bambini insicuri evitanti sembravano meno stressati durante la separazione, e non cercavano di ristabilire un contatto al ritorno del *caregiver*. Questi bambini adottano strategie di regolazione emotiva volta a minimizzare l'esperienza di essere rifiutati dalla figura di riferimento, spesso inaccessibile e rifiutante; essi non cercano regolazione diadica per calmarsi, ma fanno affidamento su di sé attraverso l'autoregolazione.

Il comportamento ansioso/ambivalente era quello dei bambini che mostravano grande disagio alla separazione dal *caregiver* e al suo ritorno sembravano inconsolabili e travolti dalle emozioni, manifestando un comportamento arrabbiato e teso. Questi non riescono a

tranquillizzarsi in autonomia, ma fanno esclusivo affidamento sulla regolazione diadica con il *caregiver*, che è in genere intrusivo e non emozionalmente disponibile in modo costante.

Una quarta categoria viene aggiunta successivamente da Mary Main, un'allieva di Mary Ainsworth, che identifica un pattern di attaccamento che definisce insicuro disorganizzato (Main e Solomon, 1986). Nella '*Strange Situation*' questi bambini apparivano confusi, disorientati e sprovvisti di una strategia coerente per affrontare il momento della separazione.

Alcune ricerche, in accordo con la definizione di attaccamento fornita da Bowlby come sistema comportamentale influenzato biologicamente, hanno utilizzato misure dell'attività elettrodermica e della frequenza cardiaca (FC) per comprendere le basi biologiche e fisiologiche dell'attaccamento (Levy, 2015). In particolare, è stata osservata una sostanziale differenza tra bambini sicuri e insicuri nella '*Strange Situation*'; i primi mostravano un aumento di FC durante la fase di separazione, ma un veloce ritorno alla *baseline* al momento della riunione, mentre la FC dei bambini insicuri (evitanti) continuava a rimanere elevata (Sroufe e Waters, 1977). Infatti, i bambini evitanti, nonostante appaiano indifferenti, si difendono (per quanto in modo inefficace) dal disagio interno esperito impegnandosi in attività altre (ad esempio, nel gioco) (Levy, 2015) invece di beneficiare della relazione diadica per quietarsi.

Risultati simili sono stati replicati anche negli adulti durante l'AAI (*Adult Attachment Interview*): gli individui classificati come evitanti avevano mostrato aumento di FC quando interrogati sul potenziale abbandono nelle relazioni di attaccamento passate (Dozier e Kobak, 1992).

### **2.3 Attaccamento insicuro strutturato e narcisismo patologico**

I pattern di attaccamento evitante e ambivalente sono considerati pattern insicuri organizzati o strutturati. Ciò significa che i bambini che rientrano in queste classificazioni hanno imparato delle soluzioni per far fronte al problema del rimanere attaccati: gli evitanti a non chiedere aiuto quando sono angosciati, mentre gli ambivalenti ad essere ipervigilanti per mantenere viva l'attenzione della madre (Hill, 2015). Non c'è soluzione, invece, per i bambini con pattern di attaccamento disorganizzato e non strutturato (vedi Main e Solomon, 1986).

In accordo con l'indagine principale del presente lavoro di tesi, che esplora le "radici" del narcisismo, Allan Schore (1994) nella sua teoria della patogenesi sostiene l'ipotesi secondo cui all'origine dei disturbi di personalità, e anche in quello narcisistico, ci sia una regolazione affettiva disturbata, che nasce da una relazione di attaccamento di tipo insicuro (Hill, 2015). L'affetto è al centro del nostro essere in quanto organizza gli stati mentali: connette e disconnette le nostre relazioni, ci organizza e ci disorganizza; quando l'affetto è regolato si è in grado di rispondere in modo adattivo e flessibile all'ambiente, e si esperisce un senso di sicurezza. Accade il contrario quando ci troviamo in uno stato disregolato, in cui viene meno il senso di benessere, e si esperisce distacco dall'esperienza di noi stessi e degli altri. Poiché la capacità di regolazione affettiva tende a passare dal *caregiver* al bambino nelle relazioni di attaccamento, ne consegue che i deficit di regolazione del genitore sono introiettati dal figlio nella relazione di attaccamento (*ibidem*). La letteratura a questo proposito mette in luce, per quanto concerne il narcisismo patologico, il fatto che da modelli operativi interni (IWM) instaurati per far fronte ad ambienti stressanti (propri dell'attaccamento evitante e preoccupato) possono scaturire tratti di personalità tanto disadattivi da spiegare una diagnosi di disturbo narcisistico della

personalità (*ibidem*). È stato visto nel primo capitolo come vari studi hanno distinto due sottotipi all'interno del narcisismo patologico (Rosenfeld, 1987; Gabbard, 1989; Wink, 1991; Russ, Shedler, Bradley et al., 2008) e delle caratteristiche chiave che questi condividono, quali vulnerabilità interpersonale, rabbia, difficoltà nella regolazione affettiva e competitività (Russ et al., 2008), e una bassa autostima. Pur condividendo caratteristiche centrali, queste due tipologie di personalità narcisistiche presentano differenze nei loro IWM, che riflettono *bias* simpatici o parasimpatici (Hill, 2015); in particolare, il disturbo narcisistico di personalità di tipo grandioso “*overt*” è associato all'iperarousal, e ha origine dall'attaccamento preoccupato (*bias* simpatico), mentre il sottotipo vulnerabile, “*covert*” è connesso all'attaccamento evitante, e rappresenta una forma inibita caratterizzata da una predominanza parasimpatica (*bias* parasimpatico) (*ibidem*).

Nello specifico:

- *Narcisimo caratterizzato da iperarousal (overt)*: il trauma relazionale preoccupato da cui origina questo sottotipo di narcisismo evolve in un'incapacità di regolare l'arousal parasimpatico; questo si traduce nel fatto di rispondere allo stress esclusivamente con iperarousal, oltre a presentare una scarsa capacità di autoregolazione e iperdipendenza dalla regolazione diadica. Questi individui bypassano la vergogna con la rabbia, per via di un *caregiver* preoccupato che ha utilizzato il bambino come un oggetto narcisistico di regolazione (Miller, 1997). Schore osserva che la continua attivazione del Sé grandioso riduce le esperienze di depressione, e che “[...] queste personalità sperimentano rapidamente rabbia narcisistica in risposta a una ferita narcisistica” (1994, p.424).

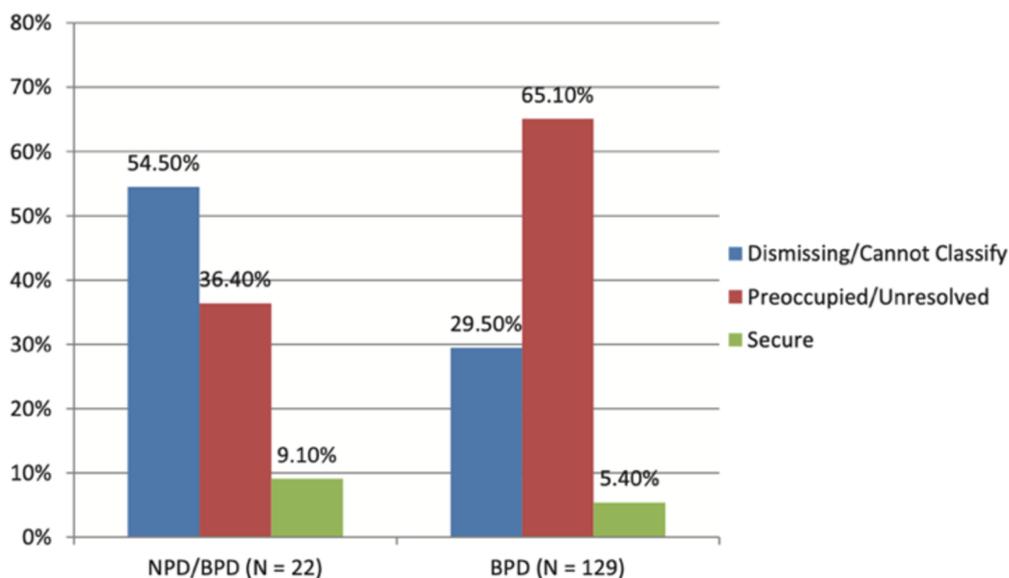
- *Narcisismo caratterizzato da ipoarousal (covert)*: il trauma relazionale evitante da cui deriva questo sottotipo esita in una carente capacità di regolazione simpatica e dominanza parasimpatica, che favorisce strategie di evitamento della regolazione diadica, con iperdipendenza, stoicismo e una tendenza a provare vergogna e disperazione (Hill, 2015). Ciò porta questi individui a rifuggire dalla sintonizzazione empatica, per via dell'angoscia centrale di essere travolti emozionalmente e sommersi dagli affetti (anche positivi). Per questi motivi la rabbia viene espressa in maniera indiretta, passiva o non completa, ma possono esserci delle “valvole di sicurezza” con intensi scoppi di rabbia. Il bambino evitante si è adattato ad un ambiente emozionalmente impoverito di un *caretaker* distanziante, incapace di unirsi in stati di gioia condivisi e che ha inibito qualsiasi affetto accompagnato da iperattivazione. Schore (1994) osserva in questi individui una forte sensibilità al rifiuto, sminuita energia e vitalità e “autocancellamento timido” per “[...] evitare di essere al centro dell'attenzione” (1994, p.424).

## **2.4 Alcuni studi**

La ricerca è concorde sul fatto che la sicurezza o l'insicurezza del legame di attaccamento consenta di prevedere certi tipi di disturbi di personalità. Questo nesso è stato individuato soprattutto da studi sul disturbo borderline di personalità (Gabbard e Crisp, 2018), ma, seppur in misura più limitata, non mancano evidenze riguardo il disturbo narcisistico di personalità in relazione alla teoria dell'attaccamento.

Diamond e colleghi (2014), tramite l'*Adult Attachment Interview* (AAI; George, Kaplan, e Main, 1996), indagarono le differenze nelle rappresentazioni di attaccamento tra pazienti con disturbo borderline e disturbo narcisistico di personalità (NPD/BPD) e

pazienti con solo disturbo borderline (BPD). Il gruppo NPD/BPD è risultato significativamente più probabile essere classificato come *Distanziante* (evitante) o “*Non Classificabile*” rispetto al gruppo solo BPD, che è risultato più frequentemente classificato come *Preoccupato* (con attaccamento ansioso) o “*Non Risolto*” rispetto alla perdita e all’abuso (Figura 5).



**Figura 5.** Numeri e percentuali di pazienti con NPD/BPD e BPD, rispettivamente classificati nei gruppi *Distanziante/Non Classificabile* e *Preoccupato/Non Risolto*. Fonte: Diamond e colleghi (2014)

Risultati comparabili sono stati trovati da Dickinson e Pincus (2003), che hanno studiato il legame fra narcisismo e stile di attaccamento in una popolazione non clinica di adolescenti utilizzando il *Narcissistic Personality Inventor* (NPI) e la *Personality Disorder Interview-IV* (Widiger et al., 1995), oltre al questionario dell’attaccamento negli adulti (AAQ) di Bartholomew e Horowitz (1991). Quest’ultimo propone un modello di quattro stili prototipici di attaccamento: Timoroso, Preoccupato, Sicuro e Distanziante. Dividendoli a seconda che fossero più in linea con il sottotipo grandioso o con quello vulnerabile di narcisismo, ai partecipanti sono state presentate le descrizioni dei quattro stili di attaccamento adulto, ed è stato chiesto loro di selezionare lo stile che meglio si adattava alla loro esperienza personale (Dickinson, Pincus, 2003). In linea con ciò che si

aspettavano i ricercatori, dai risultati è emerso che la maggior parte del gruppo grandioso ha scelto lo stile di attaccamento che rifletteva rappresentazioni positive di sé, quindi Sicuro (60%) o Distanziante (16%); dall'altra parte, la maggioranza del gruppo vulnerabile ha preferito lo stile Timoroso (50%) o Preoccupato (13%), in linea con una rappresentazione negativa di sé. Questi risultati hanno supportato l'ipotesi per cui i sottotipi di narcisismo si differenziano anche in base agli stili di attaccamento, con narcisisti grandiosi che tendono a vedere se stessi in modo positivo, e i narcisisti vulnerabili, al contrario, a vedersi in modo negativo (Dickinson e Pincus, 2003).

La scoperta che diverse classificazioni di attaccamento possano correlare con diversi sottotipi di narcisismo ha spinto i ricercatori a chiedersi se il narcisismo grandioso possa associarsi a esperienze familiari precoci diverse da quelle che preannunciano un narcisismo vulnerabile (Gabbard e Crisp, 2018). Esplorando questo argomento, è stato trovato che un atteggiamento parentale indifferente, insensibile e di rifiuto può contribuire alla patogenesi del disturbo narcisistico di personalità, nella misura in cui questo – l'atteggiamento dei genitori – può dare origine a un attaccamento evitante (Meyer e Pilkonis, 2012). Prendendo, però, in esame il narcisismo manifesto separatamente da quello vulnerabile, alcuni studi hanno riscontrato un forte nesso tra attaccamento ansioso e narcisismo vulnerabile (Otway e Vignoles, 2006; Meyer e Pilkonis, 2012), ma un legame meno significativo tra attaccamento evitante/distanziante e narcisismo grandioso (Meyer e Pilkonis, 2012; Kealy et al., 2015).

Il fatto che Dickinson e Pincus (2003) abbiano trovato un'associazione positiva fra pattern di attaccamento sicuro e narcisismo grandioso può ricondursi alla possibilità che alcuni di questi individui appartenessero al tipo ad alto funzionamento di cui parlavano Russ e colleghi (2008); essi possono vivere una vita sentendosi a proprio agio quanto altri

individui con attaccamento sicuro, e avere minore probabilità di presentare una qualsiasi forma di attaccamento insicuro (Meyer e Pilkonis, 2012).

Per quanto riguarda le esperienze familiari precoci, non si è trovata una corrispondenza univoca, come ci si poteva aspettare, tra freddezza parentale e narcisismo ipervigile, da una parte, e sopravvalutazione parentale e narcisismo grandioso, dall'altra; entrambe le forme di narcisismo sembrano condividere un'origine comune nell'infanzia, con un significativo riscontro di ricordi di freddezza unita a sopravvalutazione genitoriale che contribuivano a una previsione di narcisismo (Otway e Vignoles, 2006; Gabbard e Crisp, 2018). Il fatto che entrambe queste dimensioni fossero presenti nei ricordi infantili può in parte spiegare le combinazioni di grandiosità e fragilità che caratterizzano i narcisisti; sembra infatti che “[...] *il futuro narcisista riceva costante plauso dal suo caregiver, accompagnato però da messaggi impliciti di freddezza e rifiuto invece che di calore e accettazione [...]*” (Otway e Vignoles, 2006, p.113). A tal proposito, è interessante notare che gli elogi e l'ammirazione da parte dei genitori non sono sempre benefici; in linea con quanto scoperto da Brummelman e colleghi (2015) non è l'eccesso di ammirazione a predire una buona autostima, quanto più il calore affettivo da parte dei genitori.

Seguiranno a questo capitolo le conclusioni del presente lavoro di tesi, le limitazioni delle indagini presentate e alcune prospettive future.



## CAPITOLO 3

### Conclusioni

Nel cercare di chiarire la patogenesi del narcisismo, gli studi citati (si veda 2.4) non hanno trovato una configurazione chiara e univoca degli stili di attaccamento (Gabbard e Crisp, 2018). Il narcisismo patologico è stato spesso contraddistinto da un forte coinvolgimento verso se stessi, con un conseguente distacco dalle relazioni con gli altri (Pulver, 1970); attraverso la “lente” dell’attaccamento, ciò potrebbe ricordare quei pattern caratterizzanti il tipo evitante, con una tendenza all’autosufficienza e al rifiuto dei bisogni di vicinanza e intimità (Kealy et al., 2015). Al contrario, i sentimenti di inadeguatezza, paura e desiderio di conferma, si associano all’attaccamento ansioso (*ibidem*). Tuttavia, la debole associazione riscontrata tra narcisismo grandioso e attaccamento evitante/distanziante (Meyer e Pilkonis, 2012; Kealy et al., 2015), fa pensare che la grandiosità narcisistica sia di natura difensiva, e associata ad una rappresentazione del sé come inadeguato, preoccupato, e che “[...] l’esperienza di un Sé vulnerabile sia un costrutto fondamentale mediante il quale comprendere la grandiosità narcisistica” (Kealy et al., 2015, p. 402): ciò risulta in accordo anche con le prospettive delineate da Kohut e Kernberg (si veda paragrafo 2.1), secondo cui la grandiosità narcisistica nasconderebbe una rappresentazione di Sé essenzialmente negativa (Kealy et al., 2015). Sebbene non permettano di dedurre una causalità diretta, questi risultati forniscono ulteriore supporto alle teorie sul narcisismo patologico che pongono l’accento sui sentimenti di inferiorità, preoccupazione e necessità (*ibidem*).

La rassegna presentata non è esente da limitazioni. Da un lato, questi studi si basano fortemente su dati che provengono da misure *self-report*, cioè questionari compilati dal

soggetto stesso: un limite piuttosto rilevante, considerata l'ipersensibilità al giudizio altrui di questi pazienti (Lingiardi, 2021). In questo senso, l'uso combinato di metodi di autovalutazione e intervista, potrebbe migliorare l'affidabilità nella valutazione della patologia narcisistica, nella sua vasta gamma fenotipica (Pincus e Lukowitsky, 2010; Kealy et al., 2015). Dall'altra parte, l'applicazione della teoria dell'attaccamento in contesti clinici può condurre al rischio di focalizzarsi eccessivamente sulla classificazione. Le tipologie di attaccamento riflettono tentativi attivi di gestire la paura e l'ansia; diventa quindi importante concentrarsi su queste dinamiche, piuttosto che sulle categorie di attaccamento in sé, per ottenere una valutazione clinica significativa (Slade, 2014). Per un buon approccio alla diagnosi e ai fini della scelta del trattamento, risulta molto più efficace, invece di concentrarsi compulsivamente nel verificare se il paziente rispetta specifici criteri diagnostici, riconoscere i temi narcisistici a mano a mano che emergono nel materiale, e osservare come questi interagiscono con altri aspetti della personalità nel delineare l'unicità dell'individuo (Gabbard e Crisp, 2018).

Nonostante i dati, anche neuroscientifici, attualmente disponibili, abbiano fornito un contributo nel chiarire alcune dinamiche che sottendono il disturbo narcisistico di personalità, è sicuramente auspicabile che ulteriori ricerche consentano di affinare l'approccio alla diagnosi, approfondire l'eziopatogenesi e migliorare le prassi terapeutiche di questo complesso quadro patologico.

## Bibliografia

- Ackerman, R. A., Hands, A. J., Donnellan, M. B., Hopwood, C. J., & Witt, E. A. (2017). Experts' views regarding the conceptualization of narcissism. *Journal of personality disorders, 31*(3), 346-361.
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.D., Waters, E., & Wall, S. (1978), *Patterns of Attachment. A psychological study of the Strange Situation*. Erlbaum, Hillsdale (NJ).
- American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM- III). *American Psychiatric Association Publishing*.
- American Psychiatric Association (1994), Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-IV). *Tr. it. Masson, Milano 1996*.
- American Psychiatric Association (2013), Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-V). *Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2014*.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*, 226-244.
- Bowlby, J. (1973), Attaccamento e perdita, vol 2: La separazione dalla madre. *Tr. it. Boringhieri, Torino 1983*.
- Bowlby, J. (1989). Una base sicura: applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento. *Raffaello Cortina Editore*.
- Brummelman, E., Thomaes, S., Nelemans, SA, Orobio de Castro, B., Overbeek, G., & Bushman, BJ (2015). Origini del narcisismo nei bambini. *Proceedings of the National Academy of Sciences , 112* (12), 3659-3662.
- Caligor, E., Levy, K. N., & Yeomans, F. E. (2015). Narcissistic personality disorder: Diagnostic and clinical challenges. *American Journal of Psychiatry, 172*(5), 415-422.
- Carlson, E. N., & Oltmanns, T. F. (2015). The role of metaperception in personality disorders: Do people with personality problems know how others experience their personality?. *Journal of Personality Disorders, 29*(4), 449-467.
- Davis, MH (1983). Misurazione delle differenze individuali nell'empatia: prove per un approccio multidimensionale. *Journal of personality and social psychology , 44* (1), 113.
- Diamond, D., Levy, K. N., Clarkin, J. F., Fischer-Kern, M., Cain, N. M., Doering, S., ... & Buchheim, A. (2014). Attachment and mentalization in female patients with comorbid narcissistic and borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 5*(4), 428.
- Dickinson, K. A., & Pincus, A. L. (2003). Interpersonal analysis of grandiose and vulnerable narcissism. *Journal of personality disorders, 17*(3), 188-207.
- Dozier, M., & Kobak, R. R. (1992). Psychophysiology in attachment interviews: Converging evidence for deactivating strategies. *Child Development, 63*, 1473-1480.

- Enzi, B., de Greck, M., Proesch, U., Tempelmann, C., & Northoff, G. (2009). Is our self nothing but reward? Neuronal overlap and distinction between reward and personal relevance and its relation to human personality. *PLoS One*, 4(12), e8429.
- Fan, Y., Duncan, N. W., De Greck, M., & Northoff, G. (2011). Is there a core neural network in empathy? An fMRI based quantitative meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(3), 903-911.
- Fossati, A., Somma, A., Pincus, A., Borroni, S., & Dowgwillo, EA (2017). Differenziare gli abitanti della comunità a rischio di narcisismo patologico dagli abitanti della comunità a rischio di psicopatia utilizzando misure di riconoscimento delle emozioni e attivazione emotiva soggettiva. *Journal of personality disorders*, 31 (3), 325-345.
- Fraley, R.C. (2002). Attachment stability from infancy to adulthood: Meta-analysis and dynamic modeling of developmental mechanisms. *Personality and social psychology review*, 6(2), 123-151.
- Gabbard, G. O. (1989). Two subtypes of narcissistic personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 53(6), 527.
- Gabbard, G. O., & Crisp, H. (2019). Il disagio del narcisismo. Dilemmi diagnostici e strategie terapeutiche con i pazienti narcisisti. *Raffaello Cortina*.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1996). The Berkeley Adult Attachment Interview. Unpublished manuscript. Department of Psychology, University of California, Berkeley.
- Gore, WL, & Widiger, TA (2016). Fluttuazione tra narcisismo grandioso e vulnerabile. *Disturbi della personalità: teoria, ricerca e trattamento*, 7 (4), 363.
- Gosling, S. D., John, O. P., Craik, K. H., & Robins, R. W. (1998). Do people know how they behave? Self-reported act frequencies compared with on-line codings by observers. *Journal of personality and social psychology*, 74(5), 1337.
- Hill, D., & Tambelli, R. (2017). *Teoria della regolazione affettiva: un modello clinico*. R. Cortina.
- Hooker, CI, Bruce, L., Lincoln, SH, Fisher, M., & Vinogradov, S. (2011). Le abilità della teoria della mente sono correlate al volume della materia grigia nella corteccia prefrontale ventromediale nella schizofrenia. *Biological psychiatry*, 70 (12), 1169-1178.
- Kay, J. (2008). Toward a clinically more useful model for diagnosing narcissistic personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165(11), 1379-1382.
- Kealy, D., Ogrodniczuk, J. S., Joyce, A. S., Steinberg, P. I., & Piper, W. E. (2015). Narcissism and relational representations among psychiatric outpatients. *Journal of personality disorders*, 29(3), 393-407.
- Kernberg, O.F. (1970). Fattori nel trattamento psicoanalitico delle personalità narcisistiche. *Journal of the american psychoanalytic association*, 18 (1), 51-85.
- Kernberg, O.F. (1975), *Sindromi marginali e narcisismo patologico*. Tr. it. Boringhieri, Torino 1978
- Kohut H. (1976). *Narcisismo e analisi del Sé*. Torino: Bollati Boringhieri

- Levy, K. N., Johnson, B. N., Clouthier, T. L., Scala, J., & Temes, C. M. (2015). An attachment theoretical framework for personality disorders. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 56(2), 197.
- Lingiardi, V. (2021). Arcipelago N. Variazioni sul narcisismo. *Einaudi*.
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern: Procedures, findings and implications for the classification of behaviour. In T.B. Brazelton e M. Yogman (a cura di), *Affective development in infancy*. Norwood, N.J.: Ablex.
- Meyer, B., & Pilkonis, P. A. (2011). Attachment theory and narcissistic personality disorder. *The handbook of narcissism and narcissistic personality disorder: Theoretical approaches, empirical findings, and treatments*, 434-444.
- Miller, A. (1997), Il dramma del bambino dotato e la ricerca del vero Sé. Riscrittura e continuazione. *Tr. it. Bollati Boringhieri, Torino 2008*.
- Miller, JD, Campbell, WK, & Pilkonis, PA (2007). Disturbo narcisistico di personalità: relazioni con disagio e compromissione funzionale. *Comprehensive psychiatry*, 48 (2), 170-177.
- Otway, L. J., & Vignoles, V. L. (2006). Narcissism and childhood recollections: A quantitative test of psychoanalytic predictions. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32(1), 104-116.
- Paulus, C. (2009). Il questionario sulla personalità di Saarbrücken SPF (IRI) per misurare l'empatia: valutazione psicometrica della versione tedesca dell'indice di reattività interpersonale.
- PDM Task Force (a cura di): Manuale diagnostico psicodinamico. *Silver Spring, Md, Alleanza delle organizzazioni psicoanalitiche, 2006*.
- Pincus, A. L., & Lukowitsky, M. R. (2010). Pathological narcissism and narcissistic personality disorder. *Annual review of clinical psychology*, 6(1), 421-446.
- Pulver, S. E. (1970). Narcissism: The term and the concept. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 18, 319-341.
- Ritter, K., Dziobek, I., Preißler, S., Rüter, A., Vater, A., Fydrich, T., ... & Roepke, S. (2011). Lack of empathy in patients with narcissistic personality disorder. *Psychiatry research*, 187(1-2), 241-247.
- Ritter, K., Roepke, S., Merkl, A., Heuser, I., Fydrich, T., & Lammers, CH (2010). Comorbidità in pazienti con disturbo narcisistico di personalità rispetto a pazienti con disturbo borderline di personalità. *Psicoterapia PPM · Psicosomatica · Psicologia medica*, 60 (01), 14-24.
- Ronningstam, E. (2010). Narcissistic personality disorder: A current review. *Current psychiatry reports*, 12, 68-75.
- Rosenfeld, H. (1987). Impasse and interpretation: Therapeutic and anti-therapeutic factors in the psychoanalytic treatment of psychotic, borderline, and neurotic patients. *Tavistock/Routledge*.

- 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.
- Santrock, J. W., Deater-Deckard, K., & Lansford, J. E. (2021). *Psicologia dello sviluppo*. McGraw Hill.
- Schore, A.N. (1994), *Affect Regulation and the Origin of the Self. The Neurobiology of Emotional Development*. Norton, New York.
- Schulze, L., Dziobek, I., Vater, A., Heekeren, H. R., Bajbouj, M., Renneberg, B., ... & Roepke, S. (2013). Gray matter abnormalities in patients with narcissistic personality disorder. *Journal of psychiatric research*, *47*(10), 1363-1369.
- Skodol, A. E., Bender, D. S., & Morey, L. C. (2014). Narcissistic personality disorder in DSM-5. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *5*(4), 422.
- Slade, A. (2014). Immaginare la paura: attaccamento, minaccia ed esperienza psichica. *Dialoghi psicoanalitici*, *24* (3), 253–266.
- Sroufe, L. A., & Waters, E. (1977). Heart rate as a convergent measure in clinical and developmental research. *Merrill-Palmer Quarterly of Behavior and Development*, *23*(1), 3-27.
- Stern, V.L., Yeomans, F., Diamond, D., et al. (2013), “Transference-focused psychotherapy for narcissistic personality”. In Ogrodniczuk, J.S., *Understanding and Treating Pathological Narcissism*. American Psychological Association, Washington, DC, pp. 235-252.
- Waters, E., Wippman, J., & Sroufe, L. A. (1979). Attachment, positive affect, and competence in the peer group: Two studies in construct validation. *Child development*, 821-829.
- Widiger, T. A., Mangine, S., Corbitt, E. M., Ellis, C. G., & Thomas, G. V. (1995). *Personality Disorder Interview-IV: A semi-structured interview for the assessment of personality disorders*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Wink, P. (1991). Two faces of narcissism. *Journal of personality and social psychology*, *61*(4), 590.