

Le relazioni tra disturbo evitante e disturbo narcisistico di personalità: specularità, similarità e possibili dimensioni condivise

Serena Aquilar¹

¹Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale, Napoli
Dottoranda presso l'Università "Sapienza" di Roma

Riassunto

I disturbi evitante e narcisistico di personalità possono essere considerati speculari tra loro relativamente a molteplici caratteristiche, come le aspettative (giudizio negativo *versus* trattamento speciale), l'idea di sé (inadeguatezza *versus* grandiosità) e la posizione occupata in relazione agli altri (inferiorità *versus* superiorità). Allo stesso tempo, vi sono aspetti che accomunano i due disturbi: narcisisti ed evitanti condividono il senso di non appartenenza al gruppo e di non condivisione, una ipertrofia del sistema motivazionale agonistico e una disfunzionalità dell'autostima. Da tutto ciò deriva l'ipotesi di dimensioni sottostanti e trasversali ad entrambi i disturbi, e di possibili processi esplicativi in grado di rendere conto dei legami di opposizione/similarità esistenti tra loro. Nello specifico, le relazioni tra disturbo evitante e disturbo narcisistico di personalità possono essere meglio comprese se viene preso in considerazione il sottotipo di narcisismo spesso denominato *Covert*, che sembra condividere alcune caratteristiche con entrambi i disturbi.

Summary

The avoidant and the narcissistic personality disorders can be considered to mirror each other with respect to several characteristics, such as expectations (negative judgment *versus* special treatment), the idea of self (inadequacy *versus* grandiosity) and their position in relation to others (inferiority *versus* superiority). At the same time, there are aspects that are common to both disorders: narcissistic and avoidant patients share a sense of not belonging to the group, a hypertrophy of the agonistic motivational system and a dysfunctional self-esteem. So, it is possible to hypothesize the existence of underlying dimensions, transversal to both disorders, and of possible explanatory processes that can account for the bonds of opposition and similarity between them. Specifically, the relationship between the avoidant and the narcissistic personality disorders may be better understood if the subtype of narcissism often called *Covert* is considered, as it seems to share some characteristics with both disorders.

Introduzione

I disturbi evitante e narcisistico di personalità possono essere considerati speculari tra loro relativamente a molteplici caratteristiche. Ad esempio, rispetto alle aspettative, i soggetti con

Serena Aquilar, *Le relazioni tra Disturbo Evitante e Disturbo Narcisistico di Personalità*, N. 9, 2012, pp. 3-27.

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC e SPC. Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it

disturbo evitante tendono a prevedere di essere giudicati negativamente, rifiutati ed isolati dagli altri, mentre quelli con disturbo narcisistico si aspettano che tutto sia loro dovuto, e di conseguenza prevedono di ricevere un trattamento speciale da parte degli altri. Anche rispetto all'idea di sé, evitanti e narcisisti si ritrovano su posizioni opposte, in quanto gli evitanti rappresentano sé stessi come inadeguati e incapaci, mentre i narcisisti hanno una rappresentazione di sé grandiosa, caratterizzata dal proprio essere "speciale". Inoltre, narcisisti ed evitanti occupano posizioni speculari nella relazione con gli altri e, nello specifico, mentre gli evitanti si pongono in un ruolo di inferiorità, i narcisisti occupano una posizione di superiorità.

Allo stesso tempo, tuttavia, vi sono aspetti che accomunano i due disturbi. Narcisisti ed evitanti condividono la sensazione di non appartenenza al gruppo e di non condivisione, si sentono distanti dagli altri, alieni, diversi, separati dal mondo. L'espressione utilizzata è spesso quella di essere dietro ad un vetro e di osservare le relazioni senza realmente parteciparvi. Questo è evidente anche nello stile narrativo tipico di evitanti e narcisisti, all'interno del quale è possibile notare una continua e netta contrapposizione tra l'"io" del parlante e "gli altri", che sono considerati come un blocco uniforme e distante da sé. Inoltre, narcisisti ed evitanti si rappresentano in modo quasi costante all'interno di un sistema motivazionale di rango, in cui si può soltanto essere vincitori o perdenti, non esiste nessun'altra possibilità, e la conseguenza di una eventuale sconfitta è una umiliazione totale e irreversibile. Infine, entrambi condividono un'autostima fortemente disfunzionale, che tentano di gestire attraverso strategie molto differenti.

Da tutto ciò deriva l'ipotesi di possibili dimensioni sottostanti e trasversali ad entrambi i disturbi, e di possibili processi esplicativi in grado di rendere conto dei legami di opposizione/similarità esistenti tra loro.

Il disturbo evitante di personalità

Il primo ad utilizzare la definizione "personalità evitante" è stato Theodore Millon (1969). Millon differenzia il disturbo evitante dal disturbo schizoide di personalità, in quanto sostiene che - nonostante entrambi siano caratterizzati dalla mancanza o scarsità di relazioni - mentre nel primo vi è un forte desiderio di rapporti intimi, nel secondo la mancanza di intimità è vissuta come ego-sintonica. Secondo Millon, dunque, mentre lo schizoide non ha relazioni significative in quanto non è interessato agli altri, il ritiro dell'evitante è dovuto alla contrapposizione tra desiderio di relazioni sociali e timore del rifiuto e del giudizio negativo. Dunque, egli concettualizza la problematica dello schizoide come "deficit", e quella dell'evitante come "conflitto".

Il disturbo di personalità evitante viene introdotto per la prima volta nella terza edizione del DSM (APA, 1980). Secondo la descrizione dell'attuale versione del DSM IV-TR (APA, 2000), esso è caratterizzato da un quadro pervasivo di inibizione sociale, sentimenti di inadeguatezza ed ipersensibilità alle valutazioni negative, caratterizzato da almeno quattro dei seguenti elementi:

1. evita attività lavorative che implicano un significativo contatto interpersonale, poiché teme di essere criticato, disapprovato, o rifiutato;
2. è riluttante nell'entrare in relazione con persone, a meno che non sia certo di piacere;
3. è inibito nelle relazioni intime per il timore di essere umiliato o ridicolizzato;
4. si preoccupa di essere criticato o rifiutato in situazioni sociali;
5. è inibito in situazioni interpersonali nuove per sentimenti di inadeguatezza;
6. si vede come socialmente inetto, personalmente non attraente, o inferiore agli altri;
7. è insolitamente riluttante ad assumere rischi personali o ad ingaggiarsi in qualsiasi nuova attività, poiché questo può rivelarsi imbarazzante.

La strategia di gestione privilegiata è l'evitamento, che riguarda non soltanto il comportamento, ma anche le cognizioni e le emozioni. Dunque, oltre ad evitare di trovarsi in situazioni anticipate come spiacevoli, l'evitante cerca attivamente di non pensare a ciò che lo addolora e di non provare emozioni, utilizzando molteplici strategie di distrazione. L'evitamento emotivo riguarderebbe tutte le emozioni, sia quelle negative che quelle positive, conducendo ad un rilevante carenza nella capacità di sperimentare piacere e ad una vita affettiva piatta (Millon & Davis, 1996).

Nella concettualizzazione di Beck e collaboratori (1990) l'evitante ha un'idea di sé come inetto, indesiderabile, inadeguato, privo di alcun valore, e mette in atto una costante autocritica. Inoltre, sviluppa un problema secondario, in quanto critica il proprio comportamento evitante, accusandosi di essere pigro e passivo. Gli altri, al contrario, sono generalmente percepiti come superiori e giustamente rifiutanti e critici. Infatti, il soggetto evitante crede di meritare il rifiuto a causa della scarsa fiducia e stima in sé stesso. Partendo da tali concezioni di sé e degli altri, i soggetti con disturbo evitante tendono a distorcere l'interpretazione del comportamento altrui, leggendo anche le reazioni neutrali come negative e interpretando qualunque azione dell'altro come messa in atto in funzione propria. Inoltre, l'evitante ritiene di dover piacere a tutti, e dunque di dover evitare giudizi negativi anche da parte di persone del tutto irrilevanti rispetto alla propria vita, in quanto qualunque giudizio negativo su di sé è immediatamente ed automaticamente ritenuto vero, poiché egli è sprovvisto di criteri interni in base ai quali autovalutarsi. La solitudine causata dal prolungato

evitamento, assieme alla costante autocritica, conducono ad uno stato emotivo fondamentalmente depresso, interrotto soltanto da fugaci fantasie riguardanti il futuro, caratterizzate dalla risoluzione completa e senza alcuno sforzo personale dei propri problemi (Beck *et al.*, 1990).

Per quanto riguarda la storia di vita, è frequente ritrovare nei racconti degli evitanti il ricordo di un'atmosfera familiare fredda e priva di calore emotivo, con genitori inflessibili, rifiutanti ed umilianti, il cui primo interesse consisteva nel mantenere un'immagine sociale impeccabile (Benjamin, 1996).

Il disturbo narcisistico di personalità

Il costrutto di narcisismo nasce all'interno della cornice teorica psicodinamica. In ambito psicologico, il termine narcisismo compare per la prima volta in un saggio sull'autoerotismo di Havelock Ellis (1898).

Nella teoria freudiana, il concetto di narcisismo viene ripreso e dà il nome ad una fase fisiologica dello sviluppo psicosessuale, posta tra l'autoerotismo e lo sviluppo dell'amore oggettuale (Freud, 1910; 1911). Ciò che Freud ritiene patologico non è, dunque, il narcisismo di per sé, ma la possibilità di una fissazione o regressione alla fase narcisistica, che precluderebbe il raggiungimento dell'amore genitale. Egli sostiene che tale fissazione (o regressione) sia dovuta alla relazione con una madre inaffidabile ed incostante nelle cure, che porterebbe l'individuo a credere che l'unica persona di cui si possa fidare, l'unica che possa amare, sia rappresentata da sé stesso.

Successivamente a Freud, sempre in ambito psicoanalitico, i teorici che più approfonditamente si sono occupati di narcisismo sono Otto Kernberg e Heinz Kohut, le cui visioni si sono per lungo tempo contrapposte.

Kernberg (1967; 1970) ritiene che il narcisismo patologico derivi da cure carenti messe in atto da genitori freddi, indifferenti o nascostamente aggressivi e maligni nei confronti dei propri figli. Egli vede la grandiosità come una difesa utilizzata al fine di tenere al sicuro e proteggere il vero sé. A partire dal possesso di un talento o di un ruolo "speciale" all'interno della famiglia, il futuro narcisista elaborerebbe l'idea della propria unicità e superiorità come strategia per sfuggire al proprio mondo familiare anaffettivo. Dunque, le carenti cure infantili porterebbero alla fissazione o regressione a questo stadio di narcisismo primario, caratterizzato da centratura su di sé, grandiosità e costante ricerca dell'attenzione altrui. Il sé grandioso sarebbe costruito combinando tutti gli aspetti positivi e le caratteristiche idealizzate e splittando o proiettando gli aspetti svalutati; la risultante fragile autostima sarebbe mantenuta evitando difensivamente la consapevolezza degli aspetti negativi (Kernberg, 1984; 1998).

Differentemente sia da Freud che da Kernberg, Kohut (1966; 1968; 1971) ritiene che la libido narcisistica segua una propria via di sviluppo e non sia destinata a tramutarsi in libido oggettuale. Secondo Kohut, se il processo di sviluppo della libido narcisistica viene portato a termine in modo sano, da questo percorso deriverà la struttura psichica del Sé. Alla base del narcisismo patologico, invece, vi sarebbe una mancata integrazione tra “sé grandioso” e “imago parentale idealizzata”, ovvero un fallimento del processo di integrazione tra il sé rudimentale e la restante personalità dovuto all’inadeguatezza del rispecchiamento messo in atto dai genitori (Kohut, 1971). Di conseguenza, le manifestazioni di esibizionismo e grandiosità sarebbero un tentativo di appagare i bisogni infantili rimasti insoddisfatti, di proteggersi da sentimenti di inadeguatezza e di portare a termine il processo di sviluppo.

Alla luce di ciò, le caratteristiche del narcisista di Kohut sono differenti da quelle riportate da Freud e Kernberg, e - secondo la sintesi effettuata da Forman (1975) - consisterebbero in bassa autostima, ipocondria, sentimenti di vuoto e morte e prevalenza dell’emozione di vergogna.

In ambito cognitivo, Beck (1990) delinea una serie di credenze “distorte” tipiche della personalità narcisista. Gli schemi disfunzionali alla base della patologia narcisistica deriverebbero dai messaggi diretti e indiretti di genitori, fratelli ed altri significativi e da esperienze di conferma della propria unicità e importanza. Il narcisista, generalmente, avrebbe avuto genitori che associavano elevatissime aspettative riguardanti il figlio e critiche feroci, e che ne svalutavano costantemente le emozioni.

Il disturbo narcisistico di personalità entra a far parte del DSM nella terza edizione (APA, 1980). Secondo la classificazione dell’attuale DSM IV-TR (APA, 2000), il disturbo narcisistico è caratterizzato da un quadro pervasivo di grandiosità, bisogno di ammirazione e mancanza di empatia, che si esplicita in almeno 5 o più delle seguenti caratteristiche:

1. ha un senso grandioso di importanza (per es., esagera risultati e talenti, si aspetta di essere notato come superiore senza una adeguata motivazione);
2. è assorbito da fantasie di illimitati successo, potere, fascino, bellezza, e di amore ideale;
3. crede di essere "speciale" e unico, di dover frequentare e poter essere capito solo da altre persone (o istituzioni) speciali o di classe elevata;
4. richiede eccessiva ammirazione;
5. ha la sensazione che tutto gli sia dovuto, cioè, la irragionevole aspettativa di trattamenti di favore o di soddisfazione immediata delle proprie aspettative;

6. sfruttamento interpersonale, cioè, si approfitta degli altri 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, o crede che gli altri lo invidino;
9. mostra comportamenti o atteggiamenti arroganti e presuntuosi.

Ancora oggi, tuttavia, molti sono i punti di contrasto tra gli studiosi nella visione del disturbo narcisistico. Ad esempio, per quanto riguarda il ruolo svolto dall'approvazione degli altri, mentre Millon ritiene che il narcisista ricerchi l'approvazione e le lodi degli altri, ma sia poco interessato alle loro opinioni, al contrario, altri studi sembrano evidenziare il forte bisogno di approvazione dei narcisisti (Ronningstam, 1998).

I disturbi evitante e narcisistico di personalità a confronto

I maggiori punti di somiglianza tra disturbo evitante e disturbo narcisistico si ritrovano in relazione alle carenze nel sentimento di condivisione ed appartenenza ai gruppi. Inoltre, entrambi i disturbi sono caratterizzati da un'autostima disfunzionale (in quanto deficitaria e vulnerabile) e da un'ipertrofia del sistema motivazionale agonistico.

a. Disfunzione del sentimento di condivisione/appartenenza

Il senso di appartenenza e quello di condivisione fanno parte dei fondamenti dell'identità personale, ed entrambi sono profondamente carenti nei disturbi narcisistico ed evitante di personalità.

Il senso di condivisione/appartenenza si basa sulla percezione di avere dei contenuti mentali (come interessi, credenze, valori o affetti) in comune con un'altra persona (condivisione) o con un gruppo di persone (appartenenza) ed è il frutto di molteplici operazioni metacognitive (Dimaggio, Procacci & Semerari, 1999). Infatti, il soggetto deve, in primo luogo, essere in grado di rappresentarsi sia il proprio che l'altrui scenario mentale ed in secondo luogo avere la capacità di porli a confronto, in modo tale da poter riconoscere ciò che vi è in comune. Una disfunzione metacognitiva in un solo punto del processo è sufficiente a compromettere l'esito finale, portando il soggetto a sperimentare un senso di diversità, estraneità e distacco nei confronti degli altri.

Entrambi i disturbi oggetto della nostra attenzione sono caratterizzati da deficit delle funzioni meta cognitive.

Nel disturbo evitante, chiaramente deficitarie sono le abilità di decentramento, ovvero di comprensione della mente altrui, che appare al soggetto "opaca" e viene interpretata in modo

stereotipato, a partire da un punto di vista egocentrico. Gli altri sono quindi rappresentati unicamente come giudicanti e rifiutanti, in quanto il soggetto trasforma automaticamente i propri timori nei contenuti mentali altrui.

Nel disturbo narcisistico, le disfunzioni metacognitive alla base del senso di diversità si intrecciano con la vulnerabilità dell'autostima. Nello specifico, la disfunzione metacognitiva più rilevante riguarda il monitoraggio, ovvero consiste nell'incapacità di identificare gli stati interni. Sono principalmente gli affetti legati all'attaccamento ad essere esclusi dalla coscienza, in quanto pericolosi per l'autostima. I segnali del corpo sono ignorati, ed il comportamento è guidato principalmente dal ragionamento razionale, da principi astratti relativi a ciò che è giusto o sbagliato e dalle fantasie grandiose, ma non dalle emozioni. Inoltre, il senso di colpa del sopravvissuto porta il soggetto ad eliminare dalla coscienza i pensieri che provocano colpa, contribuendo ulteriormente al deficit di monitoraggio (Dimaggio et al., 2007).

Accanto al deficit di monitoraggio, come negli evitanti, anche nei narcisisti si riscontrano disfunzioni del decentramento (Dimaggio et al., 2007; Beck et al., 1990; Kohut, 1971; Millon, 1999), in quanto essi hanno una visione egocentrica ed auto-centrata della mente altrui, che sembra essere non stabile ma stato-dipendente (specificamente in reazione a minacce dell'autostima, percezione dell'altro come critico e rifiutante o negli stati di vuoto).

Le emozioni associate al senso di non appartenenza sono differenti nei due disturbi di personalità considerati: mentre il narcisista vive prevalentemente con soddisfazione la sua diversità, intesa come superiorità (o alternativamente con distacco, quando si trova in uno stato mentale di vuoto ed anestesia emotiva), l'evitante prova disagio e vergogna per la sua diversità, letta come inferiorità. Dunque, per il narcisista si potrà parlare di "orgoglio" di non appartenere, mentre per l'evitante di "dolore" di non appartenere. Tuttavia, anche il narcisista, quando si trova nello stato depresso/terrifico, può sentirsi diverso in quanto rifiutato ed espulso dal gruppo; in tal caso, il senso della propria diversità e non appartenenza si accompagna ad emozioni intensamente negative.

Differente è anche l'influenza dello stato di non appartenenza sul comportamento: l'evitante reagirà mettendo in atto strategie di evitamento delle situazioni sociali, mentre il narcisista manifesterà distacco e superiorità.

Affinché vi sia condivisione, le capacità metacognitive rappresentano un fattore necessario ma non sufficiente. Oltre ai deficit metacognitivi, infatti, contribuiscono alla strutturazione del sentimento di non appartenenza la presenza di credenze specifiche su di sé e sugli altri (generalmente sviluppatasi nei primi anni di vita dell'individuo) e la carenza di abilità sociali. Un esempio di tali credenze, tipica dei soggetti evitanti, è l'aspettativa di essere rifiutato dagli altri che,

inibendo le relazioni sociali, ostacola anche lo sviluppo delle abilità metacognitive e sociali, innescando un pericoloso circolo vizioso.

Oltre al senso di diversità, la non appartenenza comporta anche la sensazione di essere particolarmente visibili e osservati (e dunque giudicabili), sensazione anch'essa tipica del disturbo evitante, che intensifica l'ansia sociale dell'individuo.

Inoltre, il senso di non appartenenza è fortemente legato all'autostima in una relazione bidirezionale. Infatti, chi si ritiene inadeguato ed inferiore difficilmente sviluppa un forte senso di condivisione e appartenenza e viceversa la sensazione di non appartenenza è una grave minaccia per l'autostima.

In conseguenza di quanto appena detto, i tre cardini sintomatologici del disturbo evitante possono essere visti come il risultato delle tre sfaccettature del senso di non appartenenza: la sensazione di imbarazzo porta all'inibizione sociale, la sensazione di essere particolarmente in vista diventa ipersensibilità al giudizio negativo, e i colpi all'autostima generano la percezione di sé come inadeguato.

Il senso di non appartenenza nel narcisista è anch'esso strettamente interconnesso con i deficit dell'autostima. E' difficile ipotizzare quale sia la direzione di tale relazione, ovvero se le disfunzioni del senso di appartenenza comportino una difficile regolazione dell'autostima, oppure siano i deficit dell'autostima a costringere il narcisista a vivere una condizione psichica di distanza e separatezza dal resto del mondo. Per quanto riguarda l'origine del senso di non appartenenza, alcuni autori riconoscono il contributo dei genitori nell'aver rinforzato nel figlio il senso di diversità in quanto superiore (Miller, 1981).

In conclusione, a causa della presenza di disfunzioni della metacognizione, credenze disadattive e deficit delle abilità sociali, il senso di appartenenza di evitanti e narcisisti è molto carente, e può essere sperimentato soltanto in pochissime amicizie intime, per quanto riguarda gli evitanti e nei confronti di élite immaginarie, nelle prime fasi di una relazione romantica o talvolta in famiglia, per quanto riguarda i narcisisti (Dimaggio et al., 2007).

b. Disfunzionalità dell'autostima

Sia per il narcisista che per l'evitante vi sono problemi in relazione all'autostima.

L'evitante ha un'autostima carente, legata alle credenze (già precedentemente accennate) di essere inadeguato, inferiore, incapace ed inattraente. In mancanza di criteri interni in base ai quali auto-valutarsi, cerca di attribuire un valore a sé stesso tentando di comprendere il giudizio che gli altri hanno di lui; tuttavia, partendo da schemi distorti, misinterpreta le valutazioni altrui, confermando in tal modo le proprie credenze auto-svalutanti di partenza.

Il narcisista, diversamente, testa continuamente la propria autostima, che dipende totalmente dal raggiungimento di uno scopo (Dimaggio, Procacci & Semerari, 1999). Se lo scopo è raggiunto, sperimenta un momento di sollievo e uno stato mentale di grandiosità; tuttavia, poco dopo, innalza i criteri in base ai quali lo scopo può dirsi realizzato, torna a sentirsi a disagio, ed è costretto nuovamente ad agire per ricostruire la perfezione ad un livello più elevato. Al contrario, se il test fallisce, il narcisista entra in uno stato mentale terrifico, accompagnato da disperazione e rabbia nei confronti di sé stesso e spesso anche degli altri, ai quali viene principalmente attribuita la causa del fallimento. Inoltre, per mantenere una buona autostima, il narcisista crede di dover essere in grado di raggiungere, potenzialmente, standard superiori alla media in qualsiasi campo di esperienza (“illusione del decatleta”, Dimaggio et al., 2007).

Il sistema rigido di giudizi di valore utilizzato dal narcisista serve a dare unità e coerenza al sé ed al proprio comportamento, data l’incapacità di basare le scelte sulle proprie emozioni. Tutto viene classificato attraverso la categoria giusto/sbagliato. Le decisioni non sono “sentite”, ma vissute come obbligate. L’alternativa alla ruminazione può essere solo la scelta impulsiva.

La percezione di una minaccia all’autostima conduce, quindi, il narcisista ad oscillare tra stati mentali differenti. Il primo stato mentale (“grandioso”) si basa su temi di pensiero legati alla superiorità, al proprio dominio sugli altri, nonché all’appartenenza ad élite superiori, temi che si accompagnano ad emozioni di euforia e disprezzo per gli altri considerati come inferiori (nonostante sia, comunque, sempre presente una sensazione sottostante di freddezza e distacco); il secondo stato mentale è uno stato “di transizione” in cui predomina la rabbia nei confronti degli altri, giudicati colpevoli di impedire il raggiungimento dei propri scopi; il terzo è uno stato “depresso/terribico” in cui dominano pensieri di fallimento, rifiuto, minaccia, competizione ed auto-svalutazione, che si associa ad emozioni di vergogna, tristezza e nostalgia per la perfezione perduta; tale stato può portare alla disorganizzazione della coscienza ed a conseguenti fantasie angoscianti e terrorizzanti.

c. Ipertrofia del Sistema Motivazionale Interpersonale Agonistico

Liotti (1994/2005) ipotizza l’esistenza di cinque sistemi motivazionali interpersonali (SMI), biologicamente fondati, che sono: il sistema di attaccamento, il sistema di accudimento, il sistema sessuale, il sistema agonistico ed il sistema cooperativo. Essi operano al di fuori della esperienza cosciente, tuttavia alcuni loro “prodotti”, come le emozioni, possono divenire consapevoli per l’individuo.

Sia narcisisti che evitanti sembrano trovarsi prevalentemente all’interno del sistema motivazionale di rango (o agonistico), in cui lo scopo è stabilire chi vince e chi perde, chi è

superiore e chi sottomesso. Il sistema di rango appartiene al cosiddetto “cervello antico-mammifero”, in quanto è presente in tutte le specie di mammiferi, e può essere localizzato cerebralmente al livello del sistema limbico. Tale sistema regola le condotte aggressive ritualizzate che mediano la competizione per il rango sociale; l’aggressività è definita ritualizzata in quanto non è finalizzata primariamente a ledere l’avversario, ma ad ottenere da lui un segnale di resa. Il sistema di rango si attiva in presenza di una risorsa limitata, desiderata da più di un membro del gruppo sociale. Attraverso l’aggressività ritualizzata si definisce chi ha diritto di accesso alla suddetta risorsa. Quando uno dei contendenti emette un segnale di resa, ed un conseguente riconoscimento della propria subordinazione, il sistema si disattiva in entrambi i membri della contesa. Le emozioni che generalmente si accompagnano all’attivazione di questo sistema sono inizialmente la collera associata a segnali di sfida, seguita dalla paura quando uno dei due avversari diviene consapevole delle maggiori capacità agonistiche dell’altro, che quindi metterà in atto segnali di resa associati a vergogna, tristezza, umiliazione e invidia, mentre il vincitore sperimenterà trionfo, orgoglio e talvolta anche disprezzo nei confronti dello sconfitto (Liotti & Monticelli, 2008).

L’attivazione del sistema di rango sembra associarsi ad una temporanea disfunzione dell’abilità di decentramento; questo sarebbe funzionale alla competizione, in quanto essa richiede una elaborazione delle informazioni rapida, rigida e inflessibile, che consenta di cogliere rapidamente qualsiasi segnale di aggressione da parte dell’avversario e di valutare altrettanto rapidamente gli effetti della propria aggressività sull’altro. I principali indicatori non verbali di questo sistema consistono nell’innalzamento o abbassamento del tono di voce e nella risata di scherno; i principali indicatori verbali comprendono giudizi di superiorità/inferiorità, critiche, comandi, punizioni e minacce di punizioni, attribuzioni di meriti o demeriti, dichiarazioni di diritto alla priorità nell’accesso a una risorsa o all’obbedienza dell’altro, di indegnità, di disgusto o disprezzo, di invidia, di trionfo, di libertà dai comandi dell’altro, di umiliazione o sconfitta, di timore di giudizio, del diritto ad essere rispettati, di sofferenza o inferiorità, descrizioni di episodi di scherno o di vergogna. Tale elenco richiama da vicino molti dei temi tipici dei disturbi evitante e narcisistico di personalità.

Nello specifico, evitanti e narcisisti sembrano occupare posizioni opposte all’interno di tale sistema: mentre il narcisista sembra porsi prevalentemente nella posizione di superiorità propria del vincitore, l’evitante sembra rappresentarsi costantemente nella posizione di inferiorità propria del perdente. Tuttavia, tale equilibrio resta fragile e sempre passibile di ribaltamenti.

Nonostante appaia piuttosto chiaro il ruolo in cui si pongono evitanti e narcisisti all’interno di tale sistema, sembra rappresentare ancora una questione aperta cosa si intenda specificamente per

“ipertrofia” o “iperattivazione” del sistema agonistico, ovvero se questa consista in una sua attivazione più frequente (legata, ad esempio, alla selettiva attenzione nei confronti di eventuali segnali di competizione, o a bias interpretativi che porterebbero a leggere anche segnali neutri come di sfida), oppure nella impossibilità di disattivarlo nonostante la meta sia raggiunta.

Narcisismo *overt* e *covert*

La relazione tra disturbo narcisistico e disturbo evitante di personalità può essere meglio compresa prendendo in considerazione i differenti sottotipi di narcisismo. Recentemente, infatti, alcuni studiosi hanno preso in considerazione l’ipotesi che le visioni contrastanti del narcisismo possano essere riconciliate riconcettualizzandone gli elementi in forme distinte ed altrettanto valide (Gabbard, 1989; Wink, 1991). La differenziazione del narcisismo in *overt* e *covert* non emerge soltanto dalla discussione teorica, ma se ne trovano prove anche nella clinica (Gabbard, 1989; Masterson, 1993) e negli studi empirici (Hibbard, 1992; Wink, 1991; Rathover & Holmstrom, 1996).

Teoria clinica

All’interno della cornice psicoanalitica, molti sono i sottotipi di narcisismo descritti. Tuttavia, attualmente vi è un consenso pressoché unanime nel distinguere due forme principali. Le due forme di narcisismo sono state etichettate in molti modi differenti (Cain, Pincus & Ansell, 2008).

Masterson (1993) distingue una forma “gonfiata/esibizionista” (*inflated/exhibitionistic*) ed una “svuotata/ritirata” (*closet*); egli sostiene che entrambe le forme si basano sulla stessa struttura psichica costituita dalla fusione tra una rappresentazione grandiosa di sé ed una rappresentazione onnipotente dell’oggetto; ciò che le differenzerebbe sarebbe l’investimento emotivo primario, localizzato sulla rappresentazione di sé per l’esibizionista e, al contrario, su quella dell’altro per il ritirato. Di conseguenza, il narcisista esibizionista avrà una rappresentazione di sé grandiosa, e tenderà a svalutare coloro che non manifestino ammirazione nei suoi confronti. Il narcisista ritirato, invece, avrà una rappresentazione di sé inadeguata e sarà assorbito in cronici sentimenti di umiliazione e rifiuto. All’interno di questa visione, l’unica strategia che il narcisista ritirato avrebbe per mantenere il sé grandioso consisterebbe nell’ottenere luce riflessa dallo splendore dell’oggetto idealizzato, e dunque finirebbe per dipendere necessariamente da esso, ritrovandosi più vulnerabile ad ansia, depressione e preoccupazioni somatiche.

Diversamente, Gabbard (1989) definisce le due tipologie narcisista inconsapevole (*oblivious*) e narcisista ipervigile (*hypervigilant*). Il primo non ha consapevolezza del proprio impatto sugli altri in quanto non se ne cura, vuole essere al centro dell’attenzione, ed è indifferente alle critiche: il

secondo, al contrario, è particolarmente sensibile alle reazioni altrui ed ha una costante paura di essere rifiutato o umiliato. Gabbard (1998, 2009) sostiene che i due tipi di narcisista si differenziano anche nel comportamento assunto in terapia, e nelle conseguenti reazioni che suscitano nel terapeuta. Nello specifico, il narcisista *ipervigile* è estremamente attento alle reazioni del terapeuta e lo osserva minuziosamente per valutare la presenza di eventuali prove di noia o rifiuto, facendo sentire il terapeuta controllato e “costretto”; inoltre, può rappresentarsi il terapeuta come persecutorio nei propri confronti se non è completamente presente in seduta o non riconosce l’essere speciale del narcisista. Al contrario, il narcisista *inconsapevole* utilizza il terapeuta con il principale scopo di innalzare la propria autostima attraverso la narrazione delle sue prodezze, dà poca attenzione ai segnali del terapeuta, ha difficoltà ad entrare in relazione con lui, appare distante e svalutante rispetto alla terapia stessa e, di conseguenza, provoca nel terapeuta la sensazione di essere usato, oltre a noia e irritazione.

Ronningstam (2005a, 2005b) differenzia molteplici forme di narcisismo, tra cui vi sono il narcisista arrogante (*arrogant narcissist*) ed il narcisista timido (*shy narcissist*). Entrambi presentano una disregolazione dell’autostima, che gestiscono, però, in maniera differente. Il narcisista arrogante cerca di farvi fronte costruendo un senso esagerato di superiorità ed unicità, e lasciandosi assorbire da fantasie grandiose; inoltre, è caratterizzato dall’idea che tutto gli sia dovuto e da un atteggiamento di sfruttamento, mancanza di empatia ed intensa invidia nelle relazioni interpersonali. Anche il narcisista timido gestisce la disregolazione dell’autostima costruendo fantasie grandiose, tuttavia prova un’intensa vergogna per le proprie ambizioni, e tende ad evitare le relazioni sociali a causa dell’ipersensibilità al rifiuto ed alle critiche.

Millon (1996, 1998) descrive cinque tipologie di narcisisti, tra cui le due tipologie di maggiore interesse per la nostra trattazione sono il narcisista elitario (*elitist narcissist*) ed il narcisista compensatorio (*compensatory narcissist*). Il primo è convinto del proprio essere superiore e speciale, anche dinnanzi agli scarsi risultati concreti. Il secondo comprende in sé caratteristiche del disturbo narcisistico e aspetti del disturbo evitante, ed è consapevole di un profondo senso di vuoto interno, che cerca di compensare attraverso un’illusione di superiorità; tuttavia tale costruzione è fragile, e di conseguenza si ritrova sempre esposto ad emozioni di colpa, vergogna e ansia.

Inoltre, per quanto riguarda la clinica, Miller et al. (2010) ipotizzano che le due tipologie di narcisismo si differenzino per gli outcomes clinici. Nello specifico, gli autori riportano dati coerenti con l’ipotesi che il narcisismo in cui prevale l’aspetto di vulnerabilità sia associato in misura maggiore a disturbi di Asse I, sofferenza psicologica, affettività negativa, atti autolesivi e tentativi

di suicidio (Miller & Campbell, 2008; Miller et al., 2007; Miller, Dir et al., in press; Pincus et al., 2009).

Infine, Pincus et al. (2009) rilevano anche una differenza nell'uso della psicoterapia, in quanto i narcisisti in cui prevale l'aspetto grandioso più difficilmente chiedono aiuto e si rivolgono ai servizi psichiatrici (Pincus et al., 2009).

Concludendo, Cain, Pincus e Ansell (2008) sottolineano come trasversalmente a tutta la letteratura clinica sul narcisismo sia possibile identificare due aspetti principali, che sono la grandiosità e la vulnerabilità.

Studi empirici

Attualmente, la terminologia utilizzata dalla maggior parte degli studiosi per etichettare le due tipologie è quella elaborata da Wink (1991) che, attraverso una serie di analisi fattoriali condotte sui più accreditati questionari che misurano il narcisismo, ha estratto due fattori da cui prendono il nome una forma *Overt* ed una *Covert* di narcisismo.

Wink (1991) è partito dalla constatazione che differenti scale di misura del narcisismo, come il *Narcissistic Personality Inventory* (NPI; Raskin & Hall, 1979, 1981) ed il *Narcissistic Personality Disorder Scale* (NPDS; Ashby, Lee & Duke, 1979) non correlavano tra loro. Di conseguenza, ha condotto un'analisi fattoriale su sei scale di misura del narcisismo (derivanti dal *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* - MMPI), dalla quale sono emersi due fattori: Vulnerabilità/Sensibilità e Grandiosità/Esibizionismo. Nello specifico, Wink ha notato che tra tutti gli aggettivi utilizzati dagli strumenti di misura del narcisismo, solo alcuni risultavano associati ad entrambi i fattori, ovvero: prepotente, intollerante, crudele, polemico, opportunist, insubordinato, caratteriale, presuntuoso, arrogante, richiedente e disonesto. Al contrario, vi erano alcuni aggettivi associati solo con il fattore Vulnerabilità/Sensibilità - ovvero: preoccupato, emotivo, difensivo, lamentoso, ansioso, teso, risentito, insoddisfatto e lunatico - ed altri associati solo con il fattore Grandiosità/Esibizionismo - quali: testardo, irrequieto, assertivo, egoista, determinato, gradasso, franco, evasivo, impulsivo ed egocentrico. Ciò sarebbe riconducibile al fatto che mentre alcune scale (es. NPDS) si basano fondamentalmente sulla visione psicoanalitica del narcisismo (che comprende numerosi sintomi *covert*), altre scale (es. NPI) derivano dalla descrizione di narcisismo del DSM, che si focalizza principalmente sulle caratteristiche della forma *overt*, trascurando le caratteristiche *covert* (Fossati et al., 2005; Gabbard, 1989; Miller, Hoffman, Campbell, & Pilkonis, 2008). I risultati dello studio di Wink supportano empiricamente la differenziazione tra due differenti forme di narcisismo di cui la teoria clinica dibatteva già da tempo.

In seguito, Rathvon e Holmstrom (1996) hanno replicato lo studio di Wink, ritrovando dati coerenti con esso. Nello specifico, hanno effettuato un'analisi delle componenti principali sul NPI e su una serie di scale derivate dall'MMPI, ed hanno ritrovato due fattori, denominati *Depletion* (esaurimento) e *Grandiosity* (grandiosità). Il fattore *Depletion* era associato ad ansia e disadattamento, mentre il fattore *Grandiosity* era associato positivamente all'esibizionismo e negativamente a depressione, ansia, preoccupazioni per il corpo e disagio sociale.

Successivamente, altri studi hanno validato empiricamente tale distinzione, riscontrando che le due forme di narcisismo mostrano associazioni differenti con numerose variabili.

Ad esempio, Samuel e Widiger (2008) hanno messo in correlazione cinque questionari di misura del narcisismo con i cinque tratti di personalità (misurati attraverso il NEO PI-R; Costa & McCrae, 1992) ed hanno ritrovato una notevole incoerenza tra i risultati ottenuti per ciascuna scala. Risultati simili sono emersi anche attraverso una meta-analisi condotta sugli studi che hanno esaminato le relazioni tra disturbo narcisistico e tratti di personalità (Saulsman & Page, 2004). Ciò può essere spiegato in quanto le scale che riflettono maggiormente i tratti *overt* correlano negativamente con la gradevolezza ed il nevroticismo e positivamente con l'estroversione, mentre quelle che misurano in prevalenza aspetti *covert* correlano positivamente con il nevroticismo e negativamente con gradevolezza ed estroversione (Miller & Campbell, 2008).

Da una recente ricerca di Altas e Them (2008) è emerso che il narcisismo *overt* correla positivamente con l'autostima e negativamente con la sensibilità alle critiche, mentre al contrario il narcisismo *covert* correla positivamente con la sensibilità alle critiche e la ruminazione e negativamente con l'autostima.

Inoltre, le due tipologie di narcisismo sembrano associarsi a stili differenti di attaccamento. Dickinson e Pincus (2003) hanno ritrovato un'associazione positiva tra il narcisismo *covert* e l'attaccamento impaurito (*fearful attachment*) - caratterizzato da ansia ed evitamento delle relazioni - e tra il narcisismo *overt* e l'attaccamento sicuro o svalutante (*dismissing attachment*) - caratterizzati entrambi da un ridotto livello di ansia nelle relazioni. Anche uno studio di Smolewska e Dion (2005) ha esaminato le relazioni tra narcisismo e attaccamento, ritrovando che il narcisismo *covert* si associa principalmente ad un attaccamento di tipo ansioso in età adulta (caratterizzato da timori nei confronti di un possibile rifiuto o abbandono da parte degli altri) piuttosto che ad uno di tipo evitante (contraddistinto da una tendenza a provare disagio in situazioni di vicinanza emotiva con gli altri), mentre il narcisismo *overt* risulta associato soltanto con l'attaccamento evitante e per nulla con quello ansioso. Questo sarebbe dovuto al fatto che l'ipersensibilità al rifiuto e il senso di vulnerabilità personale, tipici dei narcisisti *covert*, porterebbero l'individuo ad adottare uno stile

relazionale caratterizzato da forte ansia nei confronti delle relazioni intime. Al contrario, la freddezza, il distacco emozionale, la svalutazione dei legami affettivi e l'autosufficienza obbligata, tipiche dei narcisisti *overt*, condurrebbero ad evitare le relazioni intime, viste come minacciose per il mantenimento del sé grandioso. Tuttavia, la seppur debole relazione ritrovata tra narcisismo *covert* e attaccamento evitante può far ipotizzare che l'evitamento delle relazioni possa anche essere utilizzato come strategia per proteggere il sé fragile dall'ansia associata ad esse (Smolewska & Dion, 2004).

Le ricerche empiriche riportano differenze significative anche relativamente alle prime esperienze ed alle relazioni con i genitori nell'infanzia. Nello specifico, dai risultati degli studi è emerso che il narcisismo *overt* non ha alcuna relazione con l'abuso in età infantile né con pratiche genitoriali negative (Horton et al., 2006; Miller & Campbell, 2008) ma soltanto una relazione positiva di moderata intensità con la sopravvalutazione da parte dei genitori (Otway & Vignoles, 2006). Al contrario, il narcisismo *covert* è associato ad abuso fisico e sessuale nell'infanzia e ad un comportamento genitoriale intrusivo, controllante e freddo, secondo quanto riportato dai soggetti stessi (Miller & Campbell, 2008; Miller, Dir, et al., in press; Otway & Vignoles, 2006). Differente sembra essere anche la visione che dell'individuo hanno i coniugi (Wink, 1991). Infine, il narcisismo *covert* sembra essere associato a traiettorie di vita più negative della forma *overt* (Wink, 1992).

Sulla base delle letteratura a supporto della distinzione tra le due forme di narcisismo, Hendin e Cheek (1997) hanno costruito un questionario specifico per la misurazione del narcisismo *covert*, denominato *Hypersensitive Narcissism Scale* (HNS), formato da 20 item che contribuiscono al calcolo di un unico punteggio. In seguito, è stato elaborato anche un altro strumento per la misura di questa tipologia "vulnerabile" di narcisismo, il *Pathological Narcissism Inventory* (PNI, Pimentel et al., 2004), che manifesta relazioni con variabili esterne opposte rispetto a quelle del NPI, che misura prevalentemente il narcisismo *overt*. Ad esempio, il PNI correla positivamente con la vergogna e negativamente con l'autostima, mentre il contrario avviene per l'NPI. Altre scale di misura del narcisismo *covert* sono il *Narcissistic Vulnerability Scale* (Bachar et al., 2005) e la scala di ipersensibilità elaborata da Wink (1992).

Teoria clinica e studi empirici: caratteristiche convergenti

Riassumendo, le caratteristiche del narcisismo *overt* consisterebbero in senso di superiorità, atteggiamento sprezzante, ossessione per il successo, bisogno di dominanza, mancanza di interesse nei confronti dell'affiliazione, capacità di costruire molte relazioni ma tutte superficiali e ostentata ed estrema fiducia in sé.

Al contrario, il narcisismo *covert* sarebbe caratterizzato principalmente da introversione, vulnerabilità, ipersensibilità ai giudizi ed alle critiche, eccessiva attenzione nei confronti delle reazioni altrui, svalutazione di sé e idealizzazione degli altri (Dickinson & Pincus, 2003; Gabbard, 1994; Wink, 1991), senso di inferiorità e indegnità personale, scarsa fiducia in sé (Dickinson & Pincus, 2003; Gabbard, 1994; Masterson, 1993; Wink, 1991). Nella forma *covert*, i sentimenti di grandezza sarebbero presenti, ma celati, mentre l'atteggiamento apparente sarebbe caratterizzato da timidezza, modestia e sintomi depressivi ed ansiosi. L'apparente timidezza potrebbe essere interpretata dagli altri come profonda empatia e genuino interesse per l'altro: in realtà, essi sono incapaci di mantenere relazioni durevoli, in quanto invidiosi e segretamente denigratori nei confronti degli altri (Cooper & Ronningstam, 1992). Inoltre, alcune ricerche hanno ritrovato positive correlazioni tra questa forma di narcisismo e caratteristiche quali la dipendenza, la sottomissione (Hibbard, 1992) e una sorta di ostilità latente.

Nonostante tutte le differenze sopracitate, le due forme di narcisismo condividerebbero una serie di caratteristiche, ovvero: bisogno di ammirazione, fantasie di grandezza, tendenza allo sfruttamento interpersonale e sensazione che tutto sia dovuto (Gabbard, 1994; Masterson, 1993; Rathvon & Holmstrom, 1996; Wink, 1991), tentativi di riparare e rafforzare la propria autostima tramite l'ammirazione degli altri (Dickinson & Pincus, 2003; Wink, 1991), machiavellismo, tendenza alla manipolazione, mancanza di empatia. Inoltre, secondo Wink, entrambe le forme sarebbero caratterizzate da arroganza, intolleranza, presunzione, polemicità, deficit nel controllo degli impulsi e tendenza a prestare attenzione ai propri bisogni trascurando quelli degli altri.

In conclusione, la visione contraddittoria di sé sembra caratterizzare tutti i narcisisti, ma può condurre a due esiti differenti: alcuni (*overt*) mostrano un'immagine grandiosa, arrogante e sprezzante, tenendo nascosta l'insicurezza, la vulnerabilità ed i sentimenti depressivi, mentre altri (*covert*), al contrario, manifestano insicurezza, timidezza ed inibizione, tenendo celato il nucleo grandioso.

La distinzione tra le due tipologie di narcisismo permette di riconciliare, almeno in parte, le visioni contrastanti di Kernberg e Kohut, in quanto le differenze sarebbero riconducibili al fatto che il primo si è focalizzato principalmente sui sintomi *overt*, mentre il secondo su quelli *covert*.

Stati mentali e narcisismo *overt/covert*

Secondo una lettura in termini di stati mentali (Dimaggio et al., 2007), è possibile ipotizzare che il narcisista *overt* sperimenti prevalentemente uno stato grandioso, in cui i temi di pensiero sono caratterizzati da superiorità, autosufficienza, dominio sugli altri e senso di non appartenenza (o

appartenenza ad una élite superiore), ed il tono emotivo è euforico, trionfante, accompagnato da sensazioni di forza ed autoefficacia (o alternativamente freddo e distaccato); al contrario, nel narcisista *covert* si può ipotizzare che prevalgano stati mentali caratterizzati da vergogna e rabbia, come lo stato depresso/terrifico (dominato da temi di fallimento, rifiuto, espulsione, sconfitta e sottomissione ed emozioni di vergogna, paura, tristezza) (Dimaggio et al., 2007).

Di conseguenza, è possibile ipotizzare che il narcisista *overt* riesca per la maggior parte del tempo ad evitare di cadere nello stato depresso/terrifico attraverso l'entrata in stati dominati dalla superiorità (stato "grandioso"), dal distacco emozionale (stato di "vuoto devitalizzato", in cui il soggetto si sente invulnerabile, intoccabile) o dalla rabbia (stato "di transizione", reattivo rispetto ad una minaccia all'autostima, in cui le colpe degli insuccessi sono attribuite agli altri), mentre al contrario il narcisista *covert* sia molto meno capace di strutturare modalità di protezione del sé fragile e mantenimento dell'autostima, e dunque si trovi prevalentemente a sperimentare proprio lo stato depresso/terrifico.

Narcisismo *covert* e disturbo evitante

Dalla descrizione del narcisismo *covert* emergono chiaramente le numerose caratteristiche in comune con il disturbo evitante, tanto che alcuni autori hanno ipotizzato che possa esservi una completa sovrapposizione tra i due disturbi.

Infatti, entrambi i disturbi sono caratterizzati da inibizione, ipersensibilità alle critiche, paura del rifiuto, vergogna e imbarazzo, estrema attenzione alle reazioni degli altri, introversione e carenze relativamente al sentimento di appartenenza e condivisione. Inoltre, il narcisista *covert*, per gestire la paura e l'ansia legate alla possibile disattesa delle aspettative estremamente elevate derivanti dalle fantasie di grandezza, utilizza strategie di evitamento delle situazioni in cui può trovarsi al centro dell'attenzione (Kohut & Wolf, 1978), che sono tipiche anche dell'evitante. Tali somiglianze sono tali che ai narcisisti *covert* venga prevalentemente attribuita una diagnosi di disturbo evitante, piuttosto che di disturbo narcisistico, come emerso da uno studio di Dickinson e Pincus (2003).

Tuttavia, sembra che vi siano alcune caratteristiche - che il narcisismo *covert* condivide con la forma *overt* - che sono assenti nel disturbo evitante. Tra queste, l'atteggiamento di sfruttamento e manipolazione nei confronti degli altri, l'assenza di empatia, una certa quota di aggressività (seppur generalmente inferiore rispetto al narcisista *overt*) e la presenza di fantasie grandiose (nonostante queste, a differenza di ciò che accade per il narcisista *overt*, siano celate e meno consapevoli).

E' possibile, dunque, ipotizzare, che il narcisista *covert* rassomigli all'evitante soprattutto ad una osservazione esterna, ma che le medesime reazioni siano sorrette da meccanismi interni nella maggior parte dei casi differenti.

Narcisismo e DSM V

Il lavoro per la costruzione del DSM V è iniziato nel 2007, ed è previsto che sia portato a termine nel 2013. Il gruppo dell'APA che vi lavora ha proposto di spostarsi da una concettualizzazione categoriale dei disturbi di personalità (che ha caratterizzato la III e la IV edizione del DSM) verso una dimensionale. Di conseguenza, la soluzione ipotizzata è di eliminare 5 disturbi di personalità, tra i quali anche il disturbo narcisistico (assieme ai disturbi dipendente, schizoide, istrionico, paranoide), e di inserire al loro posto una serie di dimensioni. Rispetto a tale decisione, tra gli studiosi vi sono posizioni differenti.

Per quanto riguarda la diagnosi di disturbo narcisistico di personalità presente nel DSM, attualmente è in corso un acceso dibattito sull'esistenza o meno di una sufficiente validità di costruito (Karterud, Oien & Petersen, 2011). Alcuni studiosi sostengono l'inadeguatezza di questa diagnosi, dovuta alla limitata validità discriminante (Bakkevig & Karterud, 2010; Livesley, 2001), alla ridotta coerenza interna (es. Morey, 1988) ed all'insufficiente stabilità temporale (es. Lenzenweger, Johnson & Willett, 2004).

Relativamente alla coerenza interna, Morey e collaboratori hanno svolto alcuni studi sul DSM III, ritrovando che i valori dell'alpha di Cronbach della diagnosi di disturbo narcisistico erano sovrapponibili a quelli degli altri disturbi di personalità (es. Morey, 1988); tuttavia, gli autori ritenevano che tale risultato fosse artificioso, in quanto attribuibile alla ridondanza dei criteri piuttosto che alla reale coerenza tra loro (Morey & Jones, 1998). Per quanto riguarda l'adeguatezza della coerenza interna dell'attuale diagnosi di disturbo narcisistico (DSM IV), gli studi riportano risultati discordanti (es. Blaise & Norman, 1997; Grilo et al., 2001).

Relativamente alla validità discriminante, nonostante i risultati siano scarsi per tutti i disturbi di personalità, numerosi studi riportano che il disturbo narcisistico sembra essere tra quelli che mostrano maggiori sovrapposizioni con le diagnosi di altri disturbi di personalità (es. Blaise & Norman, 1997), e soprattutto con i disturbi istrionico, borderline e antisociale (Bakkevig & Karterud, 2010; Karterud et al., 2011; Morey, 1988, sui criteri del DSM III;). Nello specifico, la richiesta di eccessiva ammirazione non discrimina il disturbo narcisistico dal disturbo istrionico, la mancanza di empatia non lo discrimina dal disturbo antisociale, le fantasie di successo e l'invidia non lo discriminano dal disturbo borderline, e lo sfruttamento interpersonale non lo discrimina né dal disturbo borderline che da quello antisociale; l'aspetto che sembra, invece, capace di discriminare il disturbo narcisistico dagli altri disturbi di personalità è la grandiosità (Holdwick et al., 1998).

Indice di ulteriori problemi relativi alla diagnosi del DSM è la discrepanza molto elevata tra la scarsissima prevalenza del disturbo narcisistico - misurato attraverso i criteri del DSM - che emerge dagli studi epidemiologici (prevalenza media prossima allo 0% - Mattia & Zimmermann, 2001), e la frequenza molto maggiore con cui i clinici attribuiscono tale diagnosi ai propri pazienti (Doidge et al., 2002;; Westen, 1997). Questo in quanto solo circa la metà dei pazienti a cui i clinici attribuiscono una diagnosi di disturbo narcisistico soddisfa i criteri diagnostici del DSM (Morey & Ochoa, 1989; Ronningstam & Gunderson, 1990). Tali dati avvalorano l'ipotesi che la diagnosi del DSM non sia sufficiente ad identificare i pazienti che i clinici considerano narcisisti (Gunderson, Ronningstam & Smith, 1994; Ronningstam 2005a).

Infine, un'ulteriore critica è dovuta al fatto che l'attuale diagnosi del DSM IV-TR si riferisce soltanto agli aspetti di grandiosità della forma *overt*, mentre trascura del tutto quelli di vulnerabilità propri della forma *covert* (Gabbard, 1989; Ronningstam, 2005). In termini statistici, la visione monofattoriale del disturbo è stata sottoposta a forti critiche, e numerosi studiosi propendono per una struttura bifattoriale, con un fattore *overt* ed uno *covert* (Karterud et al., 2011). Se si ripercorre la storia del DSM, è possibile notare che in realtà l'accento sull'aspetto *overt*, di grandiosità, è aumentato progressivamente con le successive versioni del manuale; infatti, nella prima edizione in cui il disturbo narcisistico è stato inserito – il DSM III (APA, 1980) – erano presenti alcuni aspetti *covert*, come l'alternanza tra un senso di eccessiva importanza personale e intensi sentimenti di mancanza di valore, la fragilità dell'autostima, e le preoccupazioni per la considerazione che gli altri hanno del soggetto stesso. Successivamente, però, nel DSM III-R (APA, 1987) venne eliminato il criterio relativo all'alternanza tra idealizzazione e svalutazione nelle relazioni, per evitare sovrapposizioni con il disturbo borderline, e nel DSM IV quello relativo alle reazioni negative alle critiche, per evitare confusioni con i disturbi paranoide e borderline (per una trattazione più dettagliata, si veda Cain et al., 2008).

Riassumendo, rispetto alla decisione di eliminare del tutto questa diagnosi dal DSM le posizioni degli studiosi sono ancora molto contrastanti. Mentre un recente studio di Karterud e collaboratori (2011) riporta risultati coerenti con l'eliminazione della diagnosi di disturbo narcisistico e dell'inserimento del narcisismo come fenomeno dimensionale trasversale a tutti i disturbi di personalità, al contrario, nonostante tutte le sopraccitate critiche, Miller et. al. (2010) si sono dimostrati contrari all'eliminazione di questo disturbo, sostenendo che la letteratura clinica ne supporti la validità di costruito. Inoltre, Miller et al. ritengono che, come soluzione agli attuali problemi diagnostici, il DSM V dovrebbe riconoscere ufficialmente entrambe le forme di narcisismo, sia quella *overt* che quella *covert*. Gli autori sostengono che in tal modo sarebbe

incoraggiata la ricerca riguardante l'eziologia, gli outcomes clinici e le strategie terapeutiche più efficaci per ciascuna delle due tipologie, in quanto ipotizzano che siano differenti. Anche Cain e collaboratori (2008) suggeriscono di ampliare l'attuale diagnosi del DSM con gli aspetti di vulnerabilità propri della forma *covert*, e sostengono che sia proprio tale esclusione a limitarne la validità discriminante e la stabilità temporale. Inoltre, alcuni autori sostengono che inserendo il narcisismo *covert* si ridurrebbero notevolmente le differenze di genere ritrovate per il disturbo narcisistico, in quanto la netta prevalenza di maschi nella popolazione di narcisisti (50-75%; DSM IV) potrebbe essere dovuta al fatto che le donne esprimono i tratti narcisistici in una forma differente dai maschi (Richman & Flaherty, 1990; Tschanz, Morf & Turner, 1998), che si avvicinerebbe molto al narcisismo *covert*.

Infine, Miller et al. (2010) si focalizzano sulle dimensioni che si è proposto di inserire nel nuovo manuale per supplire all'eliminazione dei cinque suddetti disturbi, ovvero: emozionalità negativa, introversione, antagonismo, disinibizione, compulsività e schizotimia; essi ritengono che tali dimensioni non siano sufficienti a rendere conto di numerosi aspetti del narcisismo, come ad esempio il livello elevato di estroversione disadattiva caratteristica della forma *overt*, aspetto centrale nel legame tra narcisismo e numerosi problemi comportamentali (Foster & Trimm, 2008; Miller, Campbell, et al., 2009).

Conclusioni

In conclusione, il dibattito tra gli studiosi sul futuro della diagnosi di disturbo narcisistico di personalità è ancora aperto; tuttavia, sembra sempre più chiaro che, in qualunque modo il narcisismo venga concettualizzato, non è più possibile trascurare gli aspetti di vulnerabilità e ipersensibilità propri della forma *covert*.

Per quanto riguarda le relazioni tra il sottotipo *covert* del disturbo narcisistico di personalità ed il disturbo evitante di personalità, dall'analisi della letteratura la conclusione che sembra più plausibile è che nonostante i due disturbi condividano numerosi aspetti in comune, essi presentano comunque una propria specificità, e di conseguenza non siano completamente sovrapponibili.

Tuttavia, solo quando il narcisismo *covert* avrà ottenuto una dignità scientifica riconosciuta sarà possibile condurre studi empirici per quantificare eventuali somiglianze e differenze con il disturbo evitante di personalità.

Bibliografia

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (3rd ed.)*. Washington DC: APA.

- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Rev. (3rd ed.)*. Washington DC: Author.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders- text revision (DSM IV-TR)*. Washigton DC: APA.
- Ashby, H.U., Lee, R.R. & Duke, E.H. (1979). *A narcissistic personality disorder MMPI scale*. Poster presentato all'87° meeting annuale dell'American Psychological Association, New York, NY.
- Atlas, G.D., & Them, M.A. (2008). Narcissism and sensitivity to criticism: a preliminary investigation. *Current Psychology*, 27, 62-76.
- Bachar, E., Hadar, H., & Shalev, A. Y. (2005). Narcissistic vulnerability and the development of PTSD: A prospective study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 762-765.
- Bakkevig J. F., & Karterud, S. (2010). Is the DSM-IV histrionic personality disorder category a valid construct? *Comprehensive Psychiatry*, 5, 462-70.
- Beck, A.T., & Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford.
- Benjamin, L.S. (1996). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders (II edizione)*. New York: Guilford.
- Blais, M. A., & Norman, D. K. (1997). A psychometric evaluation of the DSM-IV personality disorder criteria. *Journal of Personality Disorders*, 11, 168-176.
- Cain, N. M., Pincus, A. L., & Ansell, E. B. (2008). Narcissism at the crossroads: Phenotypic description of pathological narcissism across clinical theory, social/personality psychology, and psychiatric diagnosis. *Clinical Psychology Review*, 28, 638-656.
- Cooper, A.M. & Ronningstam, E. (1992) Narcissistic personality disorder. In A. Tasman & M.B. Riba (eds.), *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, Vol. 11, pp. 80-97. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Dickinson, K.A., Pincus, A.L. (2003). Interpersonal analysis of grandiose and vulnerable narcissism. *Journal of Personality Disorders*, 17, 188-207.
- Dimaggio, G., Fiore, D., & Salvatore, G. (2007). Avoidant personality disorder: model and treatment. In: G. Dimaggio, A. Semerari, A. Carcione, G. Nicolò & M. Procacci, *Psychotherapy of Personality Disorders*, pp. 81-115. London: Routledge.
- Dimaggio, G., Petrilli, D., Fiore, D., & Mancioffi, S. (2007). Il disturbo narcisistico di personalità: la malattia della grande vita. In G. Dimaggio & A. Semerari "I Disturbi di personalità. Modelli e trattamento" V edizione (pp. 161-200). Laterza Editori.
- Dimaggio, G., Procacci, M., & Semerari, A. (1999). Deficit di condivisione e di appartenenza. In: A. Semerari (a cura di), *Psicoterapia cognitiva del paziente grave*, pp. 231-279. Milano: Raffaello Cortina.
- Doide, N., Simon, B., Brauer, L., Grant, D., First, M., Brunshaw, J., et al. (2002). Psychoanalytic patients in the U.S., Canada, and Australia: I. DSM-III-R disorders, indications, previous treatment, medications, and length of treatment. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 50, 575-614.
- Ellis, H (1898). Auto-erotism: a psychological study. *Alienist and Neurologist*, 19, 260-299.
- Forman, M. (1975). *Narcissistic personality disorders and the oedipal fixations. Annual of Psychoanalysis*, vol. 3, pp. 65-92. New York: International Universities Press.
- Fossati, A., Beauchaine, T. P., Grazioli, F., Carretta, I., Cortinovi, F., & Maffei, C. (2005). A latent structure analysis of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, narcissistic personality disorder criteria. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 361-367.
- Foster, J. D., & Trimm, R. F. (2008). On being eager and uninhibited: Narcissism and approach-avoidance motivation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34, 1004-1017.

- Freud, S. (1910). Leonardo da Vinci and a memory of his childhood. In: J. Strachey (a cura di), *The standard edition of the complete psychological work of Sigmund Freud*, Vol.2. London: Hogart Press.
- Gabbard, G.O. (1989). Two subtypes of narcissistic personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 53, 527-532.
- Gabbard, G.O. (1994). Cluster B disorders: Narcissistic. In: G.O. Gabbard, *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, pp. 497-526. Washington, DC: The American Psychiatric Press.
- Gabbard, G. O. (1998). Transference and countertransference in the treatment of narcissistic patients. In E. Ronningstam (Ed.), *Disorders of narcissism: Diagnostic, clinical, and empirical implications* (pp. 125–145). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Gabbard, G.O., Beck, J.S., & Holmes, J. (2005). *Oxford Textbook of Psychotherapy*. New York: Oxford University Press.
- Grilo, C. M., McGlashan, T. H., Morey, L. C., Gunderson, J. G., Skodol, A. E., Shea, M. T., et al. (2001). Internal consistency, intercriteria overlap, and diagnostic efficiency of criteria sets DSM-IV schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive compulsive personality disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 264–272.
- Gunderson, J., Ronningstam, E., & Smith, L. E. (1994). Narcissistic personality disorder. In T. A. Widiger (Ed.), *DSM-IV sourcebook volume 1* (pp. 745–756). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Hendin, H. M., & Cheek, J. M. (1997). Assessing hypersensitive narcissism: A reexamination of Murray's Narcism Scale. *Journal of Research in Personality*, 31, 588–599.
- Hibbard, S. (1992). Narcissism, shame, masochism and object relations: An exploratory correlational study. *Psychoanalytic psychology*, 9, 489-508.
- Holdwick, D. J., Hilsenroth, M. J., Castlebury, F. D., & Blais, M. A. (1998). Identifying the unique and common characteristics among the DSM-IV antisocial, borderline, and narcissistic personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 277–286.
- Horton, R. S., Bleau, G., & Drwecki, B. (2006). Parenting narcissus: What are the links between parenting and narcissism? *Journal of Personality*, 74, 345–376.
- Karterud, S., Oien, M, & Pedersen, G. (2011). Validity aspects of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, narcissistic personality disorder construct. *Comprehensive Psychiatry*, 52, 517-526.
- Kernberg, O.F. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15, 641-685.
- Kernberg, O.F. (1967). Factors in the psychoanalytic therapy of narcissistic patients. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 18, 51-85.
- Kernberg, O.F. (1984). *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic strategies*. New Haven: Yale University Press.
- Kernberg, O. F. (1998). Pathological narcissism and narcissistic personality disorder: Theoretical background and diagnostic classification. In E. Ronningstam (Ed.), *Disorders of narcissism: Diagnostic, clinical, and empirical implications* (pp. 29–51). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Kohut, H. (1966). Forms and transformations of narcissism. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 14, 243-272.
- Kohut, H. (1968). The psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders. *Psychoanalytic study of the Child*, 23, 86-113.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of self*. New York: International Universities Press.
- Kohut, H. & Wolf, E.S. (1978) The disorders of the self and their treatment: an outline. *International Journal of Psycho-Analysis*, 59, 419.
- Lenzenweger, M. F., Johnson, M. D., & Willett, J. (2004). Individual growth curve analysis illuminates stability and change in personality disorder features: The longitudinal study of personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1015–1024.

- Liotti, G. (1994/2995). *La dimensione interpersonale della coscienza*. Roma: Nis (nuova edizione Roma: Carocci).
- Liotti, G. & Monticelli, F. (2008). *I sistemi motivazionali nel dialogo clinico. Il manuale AIMIT*. Raffaello Cortina Editore.
- Masterson, J.F. (1993). *The emerging self: a developmental, self and object relations approach to the treatment of the closet narcissistic disorders of the self*. New York: Bruner/Mazel.
- Miller, A. (1981). *Prisoners of childhood*. New York: Basic Books.
- Miller, J.D., & Campbell, W.K. (2008). Comparing clinical and social personality conceptualizations of narcissism. *Journal of Personality*, 76, 449–476.
- Miller, J. D., Campbell, W. K., & Pilkonis, P. A. (2007). Narcissistic personality disorder: Relations with distress and functional impairment. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 170–177.
- Miller, J. D., Dir, A., Gentile, B., Wilson, L., Pryor, L. R., & Campbell, W. K. (in press). Searching for a vulnerable dark triad: Comparing Factor 2 psychopathy, vulnerable narcissism, and borderline personality disorder. *Journal of Personality*.
- Miller, J. D., Hoffman, B., Campbell, W. K., & Pilkonis, P. A. (2008). An examination of the factor structure of DSM-IV narcissistic personality disorder criteria: One or two factors? *Comprehensive Psychiatry*, 49, 141–145.
- Miller, J.D., Widiger, T.A., & Campbell, W.K. (2010). Narcissistic Personality Disorder and the DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology*. doi: 10.1037/a0019529
- Millon, T. (1969). *Modern psychopathology: a biosocial approach to maladaptive learning and functioning*. Philadelphia; WB Saunders.
- Millon, T. (1981). *Disorders of personality: DSM III, Axis II*. New York: John Wiley.
- Millon, T. (1996). *Disorders of personality: DSM-IV and beyond*. New York: Wiley.
- Millon, T. (1998). DSM narcissistic personality disorder: Historical reflections and future directions. In E. Ronningstam (Ed.), *Disorders of narcissism: Diagnostic, clinical, and empirical implications* (pp. 75–101). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Millon, T., & Davis, R.D. (1996). *Disorders of personality: DSM IV and Beyond* (II edizione). New York: John Wiley.
- Millon, T., & Grossman, S.D. (2005). Psychotherapy for the narcissistic personality disorder. In: G.O. Gabbard, J.S. Beck & J. Holmes, *Oxford Textbook of Psychotherapy*, pp. 279-289. New York: Oxford University Press.
- Morey, L. C. (1988a). A psychometric analysis of the DSM-III-R personality disorder criteria. *Journal of Personality Disorders*, 2, 109–124.
- Morey, L. C., & Jones, J. K. (1998). Empirical studies of the construct validity of narcissistic personality disorder. In E. Ronningstam (Ed.), *Disorders of narcissism: Diagnostic, clinical, and empirical implications* (pp. 351–373). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Morey, L. C., & Ochoa, E. S. (1989). An investigation of adherence to diagnostic criteria: Clinical diagnosis of the DSM-III personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 3, 180–192.
- Newman, C.F., & Fingerhut, R. (2005). Psychotherapy for avoidant personality disorder. In: G.O. Gabbard, J.S. Beck & J. Holmes, *Oxford Textbook of Psychotherapy*, pp. 311-319. New York: Oxford University Press.
- Otway, L. J., & Vignoles, V. L. (2006). Narcissism and childhood recollections: A quantitative test of psychoanalytic predictions. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32, 104–116.
- Pimentel, C. A., Pincus, A. L., Ansell, E. B., White, C., Uliaszek, A., Wright, A. G., et al. (2004, July). Initial derivation and validation of the Vulnerable Narcissism Scale. Paper presentato al meeting annuale dell'American Psychological Association, Honolulu, Hawaii.
- Pincus, A. L., & Lukowitsky, M. R. (2010). Pathological narcissism and narcissistic personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 421–446.

- Procacci, M., Popolo, R., Petrilli, D., & Dimaggio, G. (2007). Avoidant personality disorder: model and treatment. In: G. Dimaggio, A. Semerari, A. Carcione, G. Nicolò, & M. Procacci, *Psychotherapy of Personality Disorders*, pp. 154-187. London: Routledge.
- Raskin, R., & Hall, C.S. (1979). A narcissistic personality inventory. *Psychological Reports*, 45, 590.
- Raskin, R. N., & Hall, C. S. (1981). The Narcissistic Personality Inventory: Alternate form reliability and further evidence of construct validity. *Journal of Personality Assessment*, 45, 159–162.
- Rathvon, N., & Holmstrom, R.W. (1996). An MMPI-2 portrait of narcissism. *Journal of Personality Assessment*, 66, 1-19.
- Richman J. A., & Flaherty, J. A. (1990). Gender differences in narcissistic styles. In: Plakun EM, editor. *New perspectives on narcissism* (p. 73-100). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Ronningstam, E.F. (1998). Narcissistic personality disorder and pathological narcissism. In: E.F. Ronningstam (a cura di), *Disorders of narcissism: Diagnostic, clinical and empirical implications*, pp. 375-413. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Ronningstam, E. (2005a). *Identifying and understanding narcissistic personality*. New York: Oxford University Press.
- Ronningstam, E. (2005b). Narcissistic personality disorder: A review. In M. Maj, H. S. Akiskal, J. E. Mezzich, & A. Okasha (Eds.), *Evidence and experience in psychiatry volume 8: Personality disorders* (pp. 277–327). New York: John Wiley & Sons, Ltd
- Ronningstam, E., & Gunderson, J. (1990). Identifying criteria for NPD. *American Journal of Psychiatry*, 147, 918–922.
- Samuel, D. B., & Widiger, T. A. (2008). Convergence of narcissism measures from the perspective of general personality functioning. *Assessment*, 15, 364–374.
- Saulsman, L. M., & Page, A. C. (2004). The five-factor model and personality disorder empirical literature: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 23, 1055–1085.
- Smolewska, K., & Dion, K. L. (2005). Narcissism and adult attachment: a multivariate approach. *Self and Identity*, 4, 49-58.
- Tschanz, B.T., Morf, C.C., & Turner, C.W. (1998). Gender differences in the structure of narcissism: a multi-sample analysis of the Narcissistic Personality Inventory. *Sex Roles*, 10, 863-70.
- Westen, D. (1997). Divergences between clinical and research methods for assessing personality disorders: Implications for research and the evolution of Axis II. *American Journal of Psychiatry*, 154, 895–903.
- Wink, P. (1991). Two faces of narcissism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 590-597.
- Wink, P. (1992). Three narcissism scales for the California Q-set. *Journal of Personality Assessment*, 58, 51–66.

Serena Aquilar

Dottoranda presso l'Università "Sapienza" di Roma

Specializzata a Roma, training Antonio Semerari – Roberto Lorenzini

e-mail: sereaquilar@yahoo.it

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:
psicoterapeutiinformazione@apc.it

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it