

Narcisismo patologico e sintomatologia depressiva

Luana Stamerra¹

¹Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale, Lecce

Riassunto

Il narcisismo rappresenta un costrutto tanto dibattuto quanto tuttora degno di approfondimento. Il presente articolo, riprendendo la prospettiva di Keller e colleghi (2005, 2006, 2007) circa la distinzione tra una sintomatologia depressiva di tipo affettivo e una sintomatologia depressiva di tipo anedonico, pone il seguente quesito: quale tipo di sintomatologia depressiva è ravvisabile nel narcisismo patologico? Al fine di rispondere a tale interrogativo, il lavoro prende in esame i contributi di H. Kohut (1971) e O. F. Kernberg (1975) focalizzandosi sulle descrizioni da essi fornite in merito alla presenza di sintomi depressivi nel narcisismo patologico ed in tal modo mette in evidenza la presenza, in tale quadro clinico, di una sintomatologia depressiva di tipo anedonico e non di tipo affettivo. Dopo l'esposizione di alcune riflessioni circa la possibilità di rintracciare in particolar modo i suddetti correlati depressivi nella forma vulnerabile del narcisismo patologico e a seguito dell'esposizione di alcuni dati di letteratura circa la presenza di una relazione tra il narcisismo vulnerabile e una depressività di tratto, il lavoro termina con alcune osservazioni circa la possibilità di considerare la sintomatologia depressiva di tipo anedonico ravvisabile nei narcisisti patologici quale solo una parte della sintomatologia depressiva che questi possono esperire.

Parole chiave: narcisismo patologico, sintomatologia depressiva

Pathological narcissism and depressive symptomatology

Summary

Narcissism represents a construct that is as much debated as it is still worthy of investigation. The present article, taking up the perspective of Keller and colleagues (2005, 2006, 2007) about the distinction between an affective-type depressive symptomatology and an anedonic-type depressive symptomatology, raises the following question: which type of depressive symptomatology can be seen in pathological narcissism? In order to answer this question, the work examines the contributions of H. Kohut (1971) and O. F. Kernberg (1975) focusing on the descriptions they provide regarding the presence of depressive symptoms in pathological narcissism and thus puts into evidence of the presence, in this clinical picture, of an anedonic and not affective depressive symptomatology. After the presentation of some reflections on the possibility of tracing in a particular way the aforementioned depressive correlates in the vulnerable form of pathological narcissism and following the exposure of some literature data on the presence of a relationship between vulnerable narcissism and a trait depression, the work ends with some observations regarding the possibility of considering the depressive symptomatology of an anedonic type recognizable in pathological narcissists as only a part of the depressive symptomatology that they may experience.

Key words: pathological narcissism, depressive symptomatology

Luana Stamerra, Narcisismo patologico e sintomatologia depressiva. N. 23, 2019, pp. 3 - 26.

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

Introduzione al narcisismo

Il costrutto del narcisismo

Il costrutto del narcisismo ha una lunga storia. Il termine, in particolare, deriva dalla mitologia greca, la quale offre numerose versioni del mito di Narciso. Tra queste, la più nota è quella tracciata da Ovidio nelle *Metamorfosi* in cui Narciso viene descritto come un giovane eccezionalmente bello, superbo, orgoglioso e volto a respingere tutti coloro i quali si mostrano affascinati dalla sua bellezza, compresa Eco, una ninfa innamorata di Narciso e da lui brutalmente respinta. Il mito narra di come Eco, distrutta dal dolore provocato da tale umiliante rifiuto, finisca per struggersi per esso e di come Nemese, dea della giustizia, punisca Narciso condannandolo ad amare solo sé stesso. Nel mito, infatti, Narciso, imbattutosi nella sua immagine, riflessa su uno specchio d'acqua, se ne innamora perdutamente e non potendo possedere l'oggetto del suo amore continua a contemplarlo senza badare ai propri bisogni corporei, arrivando così a consumarsi (Carcione e Semerari, 2017).

La storia psicologica del costrutto nasce nel momento in cui H. Ellis (1898) utilizza il termine “narcisismo” per riferirsi ad una perversione sessuale e si sviluppa in particolar modo, nell'ambito della tradizione psicomodinamica, con i contributi di Freud (1914), Abraham (1919), Kohut (1971) e Kernberg (1975) e nella tradizione cognitivista, con i contributi di Beck e Freeman (1990) (Carcione e Semerari, 2017). Nel 1980, inoltre, il costrutto psicologico del narcisismo viene inserito nel DSM-III che, basandosi sui contributi presenti in letteratura, propone tra i disturbi di personalità la diagnosi di Disturbo Narcisistico di Personalità quale quadro clinico caratterizzato da un senso grandioso della propria importanza o unicità, esagerazione di successi e talenti, fantasie di illimitato successo, potere e bellezza o amore ideale, esibizionismo e richiesta di ammirazione, fredda indifferenza o marcati sentimenti di rabbia, inferiorità, vergogna, umiliazione o vuoto in risposta alla critica o all'indifferenza di altri, disturbi nelle relazioni interpersonali caratterizzati da pretese e richieste di trattamenti speciali, sfruttamento interpersonale, relazioni caratterizzate da un'alternanza tra estremi di idealizzazione o svalutazione e mancanza di empatia (APA, 1980; Cain et al., 2008). È chiaro quanto nel corso degli anni il costrutto del narcisismo sia divenuto sempre più oggetto dell'attenzione di clinici e ricercatori. Tale interesse al costrutto ha permesso un ampio sviluppo della letteratura in merito, tuttavia quest'ultima, proprio in virtù della sua ampiezza e per via dell'eterogeneità degli approcci teorici da cui è stata prodotta, risulta confusa e ricca di contributi tanto indiscutibilmente significativi quanto spesso contraddittori. Le numerose controversie nella definizione del costrutto sono ben delineate dal recente contributo di Miller e colleghi (2017), i quali hanno messo in evidenza

i numerosi dibattiti sorti intorno alla definizione del costrutto e intorno alla comprensione dello stesso e di numerosi aspetti quali i fattori eziologici associati, il ruolo dell'autostima nel narcisismo, i quadri clinici più frequentemente correlati ad esso, le caratteristiche identificabili come peculiari o periferiche dello stesso, le sue possibili manifestazioni e la sua natura normale o patologica (Miller et al., 2017). Nel corso degli anni indubbiamente sono stati svolti diversi tentativi di integrazione tra i vari contrastanti contributi sul narcisismo, per esempio da Cain e colleghi (2008), da Levy e colleghi (2009) e da Ronningstam (2005, 2009, 2010). Particolarmente interessante ed utile in tal senso è la review della letteratura, precedente a quella di Miller e colleghi, pubblicata da Pincus e Lukowitsky nel 2010. Con essa gli autori hanno evidenziato i problemi emersi dalla letteratura circa la definizione del costrutto del narcisismo e hanno sottolineato come non esista un gold standard utile in tal senso e quanto ciò renda difficoltoso ogni tentativo di integrazione tra le varie evidenze empiriche e le varie osservazioni cliniche accumulate nel corso degli anni. In particolar modo, Pincus e Lukowitsky hanno messo in evidenza numerose incoerenze nella definizione del costrutto e le conseguenti difficoltà riscontrate in particolare nella concettualizzazione della natura del narcisismo, dei suoi fenotipi possibili e delle loro possibili espressioni (Cain et al., 2008; Levy et al., 2009; Pincus e Lukowitsky, 2010; Ronningstam, 2005, 2009, 2010).

Il narcisismo sano e il narcisismo patologico

Per quanto concerne la natura del narcisismo, Pincus e Lukowitsky (2010) sottolineano che in generale sembrerebbero esserci evidenze a supporto dell'idea che la natura del narcisismo si possa riflettere tanto in un funzionamento di personalità adattivo e sano quanto in un funzionamento di personalità disadattivo e patologico. In merito a tali evidenze alcuni teorici hanno suggerito che il narcisismo sano e il narcisismo patologico debbano essere considerati come i due poli di un'unica dimensione di funzionamento, mentre altri teorici suggeriscono di considerare il narcisismo sano e il narcisismo patologico come due dimensioni di personalità distinte tra loro (Pincus e Lukowitsky, 2010). A tal proposito, è opportuno sottolineare che la presenza di narcisismo sano non va confusa con l'assenza di narcisismo patologico (Pincus e Lukowitsky, 2010; Miller et al. 2017) e che le descrizioni del narcisismo sano emerse da numerosi studi empirici in generale mettono in evidenza la specificità di alcune sue caratteristiche quali assertività, ambizione, individualismo e autostima stabilmente elevata, differenti dalle caratteristiche peculiari del narcisismo patologico quali scarsa o assente empatia, attitudine disprezzante verso gli altri, invidia e sfruttamento interpersonale. Alla luce

di questi dati sembrerebbe più opportuno, quindi, considerare il narcisismo sano e il narcisismo patologico come due distinti funzionamenti di personalità narcisistica (Carcione e Semerari, 2017; Pincus et al. 2009; Pincus e Lukowitsky, 2010).

Focalizzando l'attenzione sul narcisismo patologico è necessario sottolineare che esso si caratterizza per avere diversi fenotipi, diverse possibili manifestazioni. Nella visione comune il narcisismo patologico è spesso associato alla presenza di caratteristiche quali arroganza, presunzione e prepotenza, aspetti a cui si fa riferimento nel momento in cui si parla della cosiddetta "grandiosità" narcisistica. Quest'ultima rappresenta indubbiamente un aspetto peculiare della personalità narcisistica, ma l'ampia letteratura proliferata a partire dagli anni ottanta del secolo scorso indica la presenza di numerose espressioni fenotipiche del narcisismo patologico per le quali sono state proposte diverse forme di classificazione. Cain e colleghi (2008) hanno identificato oltre 50 diverse etichette utili a descrivere l'estrema variabilità presente nella manifestazione del narcisismo patologico, arrivando poi a sintetizzare le varie proposte presenti in letteratura in due tipi di funzionamento narcisistico patologico, quello grandioso e quello vulnerabile (Cain et al. 2008; Pincus et al. 2009; Pincus e Lukowitsky, 2010).

Il fenotipo grandioso e il fenotipo vulnerabile del narcisismo patologico

Negli ultimi anni il riconoscimento di due principali e distinti sottotipi di narcisismo patologico, quali quello grandioso e quello vulnerabile, ha destato sempre più interesse e ha raccolto sempre più consenso. Ronningstam (2005) ha evidenziato gli aspetti di grandiosità nella descrizione dei narcisisti arroganti e dei narcisisti psicopatici. In entrambi i tipi viene riconosciuta la presenza di una disregolazione dell'autostima, la quale viene poi gestita dai primi attraverso la creazione di fantasie grandiose e di un esagerato senso di superiorità e unicità e dai secondi attraverso l'assunzione di comportamenti antisociali. Invece, la vulnerabilità narcisistica viene descritta da Ronningstam come tipica dei narcisisti che gestiscono la disregolazione della propria autostima ingaggiandosi in fantasie grandiose mentre difatti provano intensa vergogna per i loro bisogni e le loro ambizioni e tendono ad evitare le relazioni interpersonali a causa di un'eccessiva sensibilità alla critica e al rifiuto esterno (Pincus e Lukowitsky, 2010; Ronningstam, 2005). La distinzione tra tipo grandioso e tipo vulnerabile è rintracciabile in altri termini anche nel Manuale Diagnostico Psicodinamico (2006) che distingue la personalità narcisistica patologica in un sottotipo Arrogante/Pretenzioso e un sottotipo Depresso/Vuoto (Pincus e Lukowitsky, 2010; PDM Task Force, 2006). Russ e colleghi (2008)

distinguono un sottotipo Grandioso/Maligno descritto come rabbioso, manipolativo, privo di rimorsi e caratterizzato da un esagerato senso di importanza, da un sottotipo Fragile descritto come incapace di mantenere con costanza un senso grandioso di sé arrivando a provare vergogna, ansia, depressione e sentimenti di inadeguatezza (Pincus e Lukowitsky, 2010; Russ et al., 2008). Contrariamente al crescente numero di ricerche e teorie focalizzate sul riconoscimento dei due sottotipi del narcisismo patologico (grandioso e vulnerabile), le varie pubblicazioni del DSM hanno sempre considerato unicamente gli aspetti grandiosi ai fini della definizione dei criteri diagnostici per il Disturbo Narcisistico di Personalità (Cain et al. 2008; Pincus et al., 2009; Pincus e Lukowitsky, 2010) e i risultati di un'analisi fattoriale confermativa condotta da Miller e colleghi (2008) hanno confermato una struttura monodimensionale del narcisismo patologico prendendo come riferimento i criteri proposti dal DSM-IV circa la diagnosi del suddetto disturbo. Tali risultati contraddicono gli esiti dell'analisi fattoriale precedentemente condotta da Fossati e colleghi (2005), indicativi di un modello a due fattori (Fossati et al., 2005; Miller et al., 2008). Nonostante i risultati emersi dal loro studio, Miller e colleghi sottolineano quanto le due forme del narcisismo patologico siano comunque ampiamente riconosciute in letteratura e sostengono che la sovrapposizione delle stesse possa considerarsi dovuta alla condivisione di alcuni aspetti di grandiosità, mancanza di empatia e approccio interpersonale di tipo antagonistico, ma che la presenza di tali similitudini e aspetti condivisi non renda meno evidenti alcune divergenze tra le due forme. Tali divergenze si rintracciano nella maggiore presenza di tratti correlati all'estroversione nella forma grandiosa e di tratti correlati al nevroticismo nella forma vulnerabile. Ulteriori differenze tra le due forme di narcisismo patologico sono rintracciabili anche in altri aspetti quali la ricerca di un trattamento, le dinamiche della relazione terapeutica e gli esiti della terapia. Nel loro studio Miller e colleghi spiegano i risultati ottenuti a supporto di un modello monodimensionale del Disturbo Narcisistico di Personalità come dovuti alla mera considerazione dei criteri diagnostici proposti dal DSM-IV, tra i quali non sono presenti aspetti di vulnerabilità, precedentemente inclusi nel DSM-III, come la presenza di vergogna in reazione alla ferita narcisistica o l'alternanza di stati di idealizzazione e svalutazione (APA, 1980; APA, 1994; Cain et al., 2008; Fossati et al., 2005; Miller et al., 2008; Miller et al., 2017; Pincus et al. 2009; Pincus e Lukowitsky, 2010).

Con l'avanzare delle ricerche e il proliferare della letteratura relativa al narcisismo patologico e alle sue diverse sfumature sono apparsi sempre più evidenti i limiti diagnostici e clinici associati all'esclusione dal DSM degli aspetti di vulnerabilità della personalità narcisistica a favore delle

caratteristiche grandiose della stessa. È probabile, infatti, che facendo riferimento alla nosografia precedente alla pubblicazione del DSM 5, il narcisismo patologico rappresentasse una condizione clinica sì significativa, ma sottostimata. I dati clinici relativi alla frequente rilevazione della forma vulnerabile del narcisismo patologico hanno sollevato la necessità di considerare nella diagnosi del Disturbo Narcisistico di Personalità anche gli aspetti di vulnerabilità. Lo studio condotto da Pincus e colleghi (2009) ha messo in evidenza che gli aspetti grandiosi del narcisismo patologico sono meno associati alla richiesta di trattamento, mentre questa è più spesso associata alla presenza dei tratti vulnerabili della personalità narcisistica, pertanto è chiaro quanto fosse limitante l'esclusivo riferimento ai criteri diagnostici del DSM ai fini di un adeguato riconoscimento clinico del narcisismo patologico e di un'adeguata risposta clinica allo stesso, specialmente considerando le possibili associazioni tra narcisismo patologico e ideazione omicida, comportamenti parasuicidari e tentativi di suicidio (Pincus et al. 2009; Pincus e Lukowitsky, 2010). Attualmente è ben riconosciuto come la caratteristica centrale del narcisismo patologico non sia la grandiosità, ma un'instabilità del senso di identità che può tradursi in notevoli oscillazioni tra una rappresentazione grandiosa o vulnerabile del sé in grado di influenzare i comportamenti dell'individuo. Pertanto, alla luce dei dati di letteratura disponibili, Pincus e Lukowitsky (2010) hanno proposto di considerare il narcisismo patologico come una condizione clinica per la quale sono distinguibili due fenotipi, grandioso e vulnerabile, ai quali si riconoscono diverse possibili espressioni: alcune più evidenti, overt, e altre più mascherate, covert. È importante sottolineare che nel proporre tale concettualizzazione del narcisismo patologico essi hanno messo in evidenza la necessità di riconoscere che uno stesso individuo può presentare delle fluttuazioni tra gli stati grandiosi e gli stati vulnerabili, nelle loro espressioni overt e covert (Carcione e Semerari, 2017; Pincus e Lukowitsky, 2010). Sottolineata l'importanza di non cadere nell'errore di considerare i due fenotipi individuati come condizioni cliniche non variabili e tra loro nettamente e stabilmente distinte, è possibile comunque rintracciare alcune caratteristiche generalmente considerate tipicamente descrittive di ognuno dei due fenotipi. In particolare, Caligor e colleghi (2015) descrivono il fenotipo grandioso mettendone in evidenza le caratteristiche di grandiosità, ricerca di attenzione, pretenziosità, arroganza, indifferenza per i bisogni altrui e tendenza allo sfruttamento interpersonale, mentre descrivono il fenotipo vulnerabile come caratterizzato da inibizione, angoscia, ipersensibilità a valutazioni e offese espresse dagli altri, invidia, tendenza a valutare la propria persona attraverso il confronto con gli altri, timidezza, atteggiamento schivo e fantasie di grandiosità (Caligor et al., 2015). Il riconoscimento di entrambi i fenotipi del narcisismo

patologico, sviluppatosi grazie ai numerosi contributi della letteratura, trova spazio anche nel DSM 5, il quale ripropone la diagnosi categoriale del Disturbo Narcisistico di Personalità come caratterizzata, ancora una volta, solo dagli aspetti di grandiosità, ma affiancando ad essa una modalità alternativa di classificazione dei Disturbi di Personalità, la quale permette di riconoscere anche gli aspetti vulnerabili del narcisismo patologico. Si tratta del Modello Alternativo per la Diagnosi di Disturbo di Personalità, inserito nella sezione III del DSM, per il quale la patologia della personalità è caratterizzata dalla compromissione delle funzioni del Sé (identità e auto-direzionalità) e delle relazioni interpersonali (empatia e intimità). In particolare, tale modello descrive il Disturbo Narcisistico di Personalità come caratterizzato da una moderata o più grave compromissione del funzionamento della personalità la quale si manifesta con difficoltà specifiche in due o più delle quattro aree sopra menzionate e dalla presenza dei tratti di personalità patologici “grandiosità” e “ricerca dell’attenzione” (entrambi aspetti della dimensione “antagonismo”). Inoltre, il modello proposto nella sezione III del DSM 5 considera, tra i possibili specificatori di ulteriori caratteristiche potenzialmente presenti nel Disturbo Narcisistico di Personalità, tratti dell’affettività negativa quali ad esempio ansia e depressività, i quali possono essere utilizzati al fine di evidenziare i quadri clinici più “vulnerabili”. Tale nuovo approccio diagnostico permette quindi di diagnosticare anche il fenotipo vulnerabile oltre al fenotipo grandioso del narcisismo patologico, sebbene alcuni studi evidenzino la necessità di ulteriori revisioni alla procedura diagnostica del Disturbo Narcisistico di Personalità proposta dal DSM 5 che possano permettere una valutazione ancora più adeguata di entrambi i suoi fenotipi (APA, 2013; Caligor et al., 2015; Miller et al., 2010; Miller et al., 2013).

Il narcisismo patologico e la sintomatologia depressiva

Reazione depressiva e disturbo depressivo

Una perdita e un fallimento rappresentano eventi di vita a cui la mente di ogni essere umano risponde sviluppando una reazione depressiva, sana, da intendersi come un naturale processo che parte con la valutazione della perdita o del fallimento e si conclude con l’accettazione dell’una o dell’altro. La reazione depressiva può essere considerata come caratterizzata da numerosi correlati affettivi, cognitivi e comportamentali. Una persona depressa reagisce ad una perdita o a un fallimento sviluppando emozioni quali tristezza, sconcerto, ansia, colpa, irritabilità o rabbia; mostra difficoltà nel prendere decisioni e diminuite capacità di concentrazione e pensiero; manifesta una riduzione della motivazione, dell’energia, del piacere, degli interessi e alterazioni del sonno e dell’appetito. In

particolare, la reazione depressiva si manifesta in maniera peculiare attraverso lo sviluppo di un vero e proprio dolore per l'oggetto della perdita e una riduzione delle attività conseguente alla diminuzione degli interessi. Il primo può esprimersi con il pianto, il lamento, la nostalgia, il senso di vuoto e di mancanza, crisi di disperazione e ruminazione. La riduzione delle attività che segue alla riduzione o alla perdita degli interessi, a sua volta conseguente ad uno stato di pessimismo, si esprime prevalentemente con senso di inutilità e anedonia (Rainone e Mancini, 2018).

Le diverse manifestazioni della reazione depressiva possono essere più o meno presenti o evidenti a seconda delle differenze individuali e dei diversi momenti del processo di reazione depressiva. Quest'ultimo infatti si evolve in diverse fasi che si susseguono nel tempo, seppur non in maniera rigida e prettamente lineare, in quanto il passaggio ad una fase più avanzata del processo non impedisce all'individuo di tornare a viverne una precedente. Ciascuna di queste fasi, descritte da Bowlby (1980) e Parkes (1972), è caratterizzata da un particolare stato mentale: una prima fase di stordimento caratterizzata da una difficoltà a credere alla perdita e/o al fallimento verificatosi, una seconda fase di protesta e ricerca del bene perduto in cui l'individuo mette in atto veri e propri tentativi di recupero dello stesso, una fase di disperazione caratterizzata dalla presa di consapevolezza circa l'impossibilità di recuperare il medesimo e dal desiderio di non perderlo più di quanto sia già accaduto e una fase finale di accettazione caratterizzata dalla rinuncia a quanto si è perduto e dall'investimento in nuovi scopi. Difatti, una reazione depressiva si conclude con il recupero del bene perduto, laddove ciò sia possibile, o con l'accettazione della perdita (Rainone e Mancini, 2018).

Il processo di reazione depressiva così descritto è da intendersi come del tutto sano: una reazione depressiva non va confusa con un disturbo depressivo. Mancini e Rainone (Mancini e Rainone, 2008; Rainone e Mancini, 2010a, 2010b; Rainone e Mancini, 2018) hanno sottolineato che tra la reazione depressiva (condizione sana) e il disturbo depressivo (condizione patologica) non sono rintracciabili differenze qualitative in quanto i correlati emotivi, cognitivi e comportamentali presenti sono i medesimi nell'uno e nell'altro caso. La differenza tra le due condizioni, secondo gli autori, è rintracciabile invece negli aspetti quantitativi dei correlati associati e nella presenza, nel caso del disturbo depressivo, di una serie di meccanismi psicologici implicati nel mantenimento e nell'aggravamento degli stessi. Difatti, se la durata della normale reazione depressiva è di circa 12 mesi, la durata del disturbo depressivo è maggiore. Se la reazione depressiva è caratterizzata da correlati emotivi, cognitivi e comportamentali di intensità moderata e proporzionata alla perdita o al fallimento verificatosi, questi si manifestano come più intensi e sproporzionati rispetto agli eventi

causanti nel caso del disturbo depressivo. Quest'ultimo inoltre è caratterizzato, in particolar modo, dalla presenza di alcuni meccanismi psicologici non ravvisabili nella sana condizione di reazione depressiva. Esempi di tali meccanismi sono la critica e l'egodistonia per la reazione depressiva stessa (il cosiddetto problema secondario), la presenza di un progetto esistenziale povero, la tendenza a considerare l'eventuale accettazione della perdita come se questa possibilità rappresentasse essa stessa, a sua volta, una perdita e la presenza di credenze normative o doverizzazioni che impediscono l'accettazione della perdita. Tali e numerosi altri meccanismi psicologici, quali variabili individuali che una persona può appunto presentare o meno, impediscono la sana evoluzione della reazione depressiva, talvolta insieme a fattori ambientali e relazionali anch'essi sfavorevoli alla stessa, non permettendo all'individuo di accettare la perdita o il fallimento. Ciò avviene in quanto la presenza dei suddetti meccanismi psicologici si traduce in una maggiorazione del valore attribuito alla perdita, alla quale il soggetto, in virtù di tali sue caratteristiche, tende ad aggiungere la percezione di ulteriori perdite riferite al proprio sé e al proprio valore personale. Nel fare questo l'individuo tende ad investire i propri processi cognitivi e le proprie energie sulla risoluzione di tali ulteriori problematiche e sofferenze, non focalizzandosi più sul processo di accettazione della perdita iniziale. Tutto ciò implica un blocco nella sana evoluzione della reazione depressiva e quest'ultima si trasforma in un disturbo depressivo diagnosticabile per mezzo del DSM 5 come lutto persistente e complicato quando associato alla perdita di un caro, o come disturbo depressivo, più genericamente, se associato ad un altro tipo di perdita o ad un fallimento (Mancini e Rainone, 2008; Rainone e Mancini, 2010a, 2010b; Rainone e Mancini, 2018).

Il disturbo depressivo affettivo e il disturbo depressivo anedonico

Keller e colleghi (2005, 2006, 2007) hanno studiato le diverse possibili manifestazioni della reazione depressiva. A specifiche reazioni depressive naturalmente corrispondono specifici disturbi depressivi. Difatti, considerata l'eterogeneità dei quadri clinici, più che parlare di disturbo depressivo è opportuno parlare di disturbi depressivi e Keller e colleghi ne hanno individuato in particolare due tipi: il tipo affettivo e il tipo anedonico. Le tipiche manifestazioni del disturbo depressivo di tipo affettivo consistono in varie forme di espressione di dolore emotivo tra cui il pianto, il lamento, la sensazione di tristezza, di essere vuoti e di non avere speranza, il desiderio di un supporto di tipo sociale, una riduzione dell'appetito, ansia e costante ruminazione circa l'oggetto della perdita e circa tutto ciò che può evocare il ricordo. Nel disturbo depressivo anedonico, come in quello affettivo,

sono rintracciabili condizioni di mancanza di appetito e perdita della speranza, ma le caratteristiche più tipiche dello stesso sono rappresentate da anedonia, passività, faticabilità, riduzione della libido, sensi di colpa e pessimismo.

Gli studi condotti da Keller hanno evidenziato che le due tipologie di disturbo depressivo sono associate ad eventi scatenanti di differente natura. Difatti, mentre il disturbo depressivo affettivo è scatenato da perdite di tipo relazionale come una rottura relazionale, il lutto di una persona cara o una condizione di isolamento sociale, il disturbo depressivo anedonico segue a fallimenti, condizioni di stress cronico e stagione invernale. Inoltre, ai due distinti tipi di disturbo depressivo sono associati distinti stili di coping. Nel caso del disturbo depressivo affettivo l'individuo manifesta comportamenti di ricerca e tentativi di recupero dell'oggetto della perdita, mentre nel caso del disturbo depressivo anedonico il soggetto mostra una rinuncia al bene perduto a cui si associa anche la rinuncia ad altri scopi e investimenti tant'è che, delle fasi tipiche dell'evoluzione della reazione depressiva, l'individuo che manifesta un disturbo depressivo anedonico, non vive la fase della protesta e della speranza, mentre vive prevalentemente gli stati mentali tipici della fase di disperazione e disorganizzazione (Keller e Nesse, 2005; Keller e Nesse, 2006; Keller et al., 2007; Rainone e Mancini, 2018). Nello sviluppo di un particolare tipo di disturbo depressivo e di uno specifico stile di coping associato sembra essere coinvolta la valutazione cognitiva individuale di un evento piuttosto che la natura specifica dello stesso. Uno stesso tipo di evento, infatti, può essere vissuto negativamente da alcuni e positivamente da altri. Pertanto, sulla base dei risultati di alcune ricerche condotte da Iacoviello e colleghi (2009), Couyoumdjian e colleghi (2012), Trincas e colleghi (2014) è più opportuno sostenere che i due disturbi depressivi possono conseguire alla minaccia o al ritardo di due diversi tipi di scopi piuttosto che a specifici eventi. In particolare il disturbo depressivo affettivo sembra essere associato alla compromissione di scopi di tipo affettivo e correlati all'amabilità dell'individuo, come scopi di attaccamento, accudimento o amore romantico. Invece, il disturbo depressivo anedonico sembra essere associato alla compromissione di scopi legati al potere, al successo e al valore personale, come scopi di rango, o scopi legati all'immagine sociale o all'immagine che lo stesso individuo ha di sé. Tali evidenze, inoltre, risultano coerenti con le ipotesi formulate da Beck (1978; 1979) circa la possibilità di distinguere tra due diversi tipi di personalità pre-depressiva: quella sociotropica che spiegherebbe la maggiore vulnerabilità individuale allo sviluppo di un disturbo depressivo in reazione a perdite di tipo affettivo e relazionale e quella autonoma che renderebbe ragione di una maggiore vulnerabilità individuale allo sviluppo di un

disturbo depressivo in reazione alla perdita della propria autonomia o al fallimento dei propri progetti. Secondo tali ipotesi, difatti, la presenza di una personalità sociotropica è caratteristica dell'individuo che valuta il proprio valore sulla base della sua amabilità e delle sue relazioni con gli altri, mentre la presenza di una personalità autonoma è caratteristica dell'individuo che misura il proprio valore in base al grado della propria indipendenza e in base alla propria prestazione. Non è detto che uno stesso individuo non possa presentare caratteristiche dell'uno e dell'altro tipo di personalità, ma la prevalenza di uno di essi spiega la maggiore sensibilità individuale alla compromissione di specifici scopi (Couyomdjian et al., 2012; Iacoviello et al., 2009; Rainone e Mancini, 2018; Trincas et al., 2014).

Che tipo di depressione hanno i narcisisti?

Alla luce della differenziazione tra un disturbo depressivo di tipo affettivo e un disturbo depressivo di tipo anedonico, è possibile porsi un quesito di notevole interesse clinico e teorico: quale tipo di disturbo depressivo è possibile rintracciare nel narcisismo patologico?

Per rispondere a tale interrogativo è possibile fare riferimento alle osservazioni di due teorici che hanno contribuito in maniera rilevante alla comprensione del narcisismo patologico: H. Kohut (1971) e O. F. Kernberg (1975).

Nelle descrizioni del narcisismo patologico avanzate da Kernberg (1975) è possibile rintracciare la presenza di sintomi depressivi di tipo anedonico a seguito del fallimento della grandiosità narcisistica. In particolare, negli scritti di Kernberg, l'individuo narcisista è descritto come caratterizzato da un amore di sé patologico che può avere molteplici manifestazioni, tra cui un senso di grandiosità e di superiorità e un'eccessiva dipendenza dall'ammirazione altrui. Nel momento in cui il narcisista fallisce nei suoi tentativi grandiosi e nei tentativi di accaparrarsi l'ammirazione altrui o quando egli riceve critiche che minano la sua grandiosità, manifesta uno stato di irritazione (Kernberg, 2004). Più specificatamente, Kernberg mette in evidenza come il narcisista possa manifestare uno stato depressivo che assume perlopiù la forma di una "rabbia impotente o di disperazione-impotenza in concomitanza al crollo di un concetto idealizzato del Sé" (Kernberg, 1975, p. 44). L'autostima del narcisista fluttua in base alle valutazioni che egli effettua circa la distanza tra i propri obiettivi e le proprie realizzazioni, pertanto quando essa non viene alimentata dal raggiungimento dei propri obiettivi di grandiosità e dall'approvazione attesa per esso, il narcisista appare inquieto, irritato e annoiato. Per gli individui caratterizzati da narcisismo patologico, il successo e l'approvazione

esterna rappresentano condizioni necessarie al fine di avvertire un senso di validità, pertanto in loro assenza essi si sentono vuoti e percepiscono il mondo come “una prigione da cui potrebbero fuggire solo provando nuova eccitazione, ammirazione o esperienze che comportano controllo, trionfo o incorporamento di gratificazioni” (Kernberg, 1975, p. 226; Kernberg, 2004). Sulla base delle osservazioni di Kernberg è possibile sostenere che il narcisista, dinanzi alla mancata gratificazione dei propri eccessivi bisogni di ammirazione e successo e quindi dinanzi al fallimento dei propri scopi grandiosi, tende ad esperire un disturbo depressivo di tipo anedonico, mentre sembra assente in esso la tendenza ad esperire un disturbo depressivo di tipo affettivo. Difatti Kernberg sottolinea come il narcisista non manifesti solitudine e nostalgia per la perdita delle relazioni. Nel narcisista sembra predominare un senso di inutilità della vita, un senso cronico di noia, un’esperienza “estremamente intensa e quasi costante” di vuoto e l’incapacità di sperimentare solitudine, nostalgia, malinconia, rimpianto e lutto (Kernberg, 1975, p.228). Nelle descrizioni di Kernberg, infatti, il narcisista che si trova a vivere l’esperienza di una rottura relazionale, una separazione, un abbandono o una delusione, può mostrare un apparente stato depressivo, ma presentare rabbia e desiderio di vendetta più che un reale stato di tristezza. In base alle osservazioni di Kernberg ciò accade perché egli è caratterizzato, oltre che da un patologico amore di sé, anche da un patologico amore oggettuale il quale può tradursi nella mancanza di un genuino interesse per gli altri e nell’incapacità di dipendere dagli altri e di creare legami reali con essi (Kernberg, 1975; Kernberg, 2004). Il narcisista teme la dipendenza dagli altri e la nega perché per lui dipendere da questi, per cui prova disprezzo e sfiducia, significa “esporsi al pericolo di essere sfruttati, maltrattati, frustrati” (Kernberg, 1975 p. 243). Sulla base delle descrizioni avanzate da Kernberg è chiaro quanto il narcisista possa manifestare sintomi depressivi di tipo anedonico, ma non sintomi depressivi di tipo affettivo (Carcione e Semerari, 2017; Kernberg, 1975; Kernberg, 2004).

La descrizione di una sintomatologia depressiva di tipo anedonico nel narcisismo patologico è rintracciabile anche nel lavoro di Kohut (1971). In particolare, da esso emerge quanto il narcisista riporti frequentemente “sensazioni di vuoto e di depressione, sottili da percepire ma diffuse” (Kohut, 1971, p.25), la sensazione che le proprie emozioni siano spente, la tendenza a svolgere il proprio lavoro senza alcuna forma di entusiasmo, la sensazione di essere privo di iniziativa e la conseguente ricerca di “attività di routine per andare avanti” (Kohut, 1971, p. 25). Kohut descrive la natura non rigida di tali manifestazioni, specificando che queste possono essere alternate a momenti in cui il soggetto si sente vivo, felice e attivamente partecipe alle attività che svolge, ma non manca di

sottolineare quanto tali momenti di benessere siano in realtà associati ad uno spiacevole e angosciante senso di eccitazione e seguite piuttosto rapidamente da “un senso cronico di abbattimento e passività” (Kohut, 1971, p. 26), il quale può essere manifestato oppure celato da uno svolgimento puramente meccanico delle attività. Più specificatamente, Kohut descrive il narcisista come un individuo incapace di regolare la propria autostima e conseguentemente portato ad esperire tanto momenti di grandiosità angosciata quanto stati di vergogna, ipocondria e depressione. Difatti, la regolazione della sua autostima appare deficitaria in quanto totalmente dipendente dall'accettazione, dalla guida e dall'approvazione esterna. In presenza di tali condizioni egli risulta produttivo ed efficace, ma in mancanza delle stesse o dinanzi a manifestazioni di rifiuto o incomprensione egli tende a sentirsi svuotato, depresso e incapace di agire e lavorare. Il narcisista così descritto appare quindi devitalizzato, perlopiù privo di valori e scopi propri; se questi sono presenti, infatti, vengono vissuti come insignificanti e poco stimolanti. Allo stesso modo ai suoi occhi risultano insignificanti tutte le attività svolte e i successi raggiunti se questi non sono seguiti da segni di comprensione, approvazione, interesse e conferma da parte di altri. Questi, chiamati da Kohut “oggetti-sé”, sono vissuti come punti di riferimento indispensabili alla regolazione della propria fragile autostima, al mantenimento di un senso di coesione del sé e alla definizione o al perseguimento di ideali e obiettivi, diversamente non rappresentati affatto o, laddove presenti, vissuti come non stimolanti. L'assenza temporanea o definitiva degli oggetti-sé o anche solo la percezione di una minaccia alla relazione intrattenuta con essi, per il narcisista fonte di amore, approvazione, guida e conferma, lo destabilizza, lo fa sentire incapace e non accettato, lo svuota, spegne la sua creatività e la sua produttività e talvolta lo immobilizza, ne paralizza l'agentività. In tali condizioni, la sintomatologia depressiva manifestata dal narcisista può apparire di tipo affettivo se vista semplicemente come conseguente alla perdita della relazione con gli oggetti-sé, tuttavia tale perdita rappresenta per il soggetto la perdita della possibilità di darsi degli scopi e gli stati di passività e spegnimento che ne conseguono rappresentano una sintomatologia depressiva di tipo anedonico, non di tipo affettivo.

Focalizzando l'attenzione sulle descrizioni fornite da Kernberg (1975) e da Kohut (1971) in merito alla manifestazione di sintomi depressivi in presenza di un quadro clinico di narcisismo patologico, è possibile sostenere che il narcisista può manifestare, in maniera peculiare, un disturbo depressivo di tipo anedonico e non un disturbo depressivo di tipo affettivo (Carcione e Semerari, 2017; Kohut, 1971).

Anedonia, vulnerabilità narcisistica, depressività di tratto e Malignant Self-Regard

Come suddetto, Kohut riconosce nel narcisista la tendenza a sperimentare una sensazione di vuoto e di abbattimento depressivo di tipo anedonico in grado di bloccare il soggetto, di spegnerne l'agentività e impedirne la produttività. A tale condizione può sostituirsi talvolta un transitorio stato di benessere, eccitazione e vitalità, la cui breve durata è legata tanto alla percezione di angoscia correlata quanto alla presenza di una vera e propria "vulnerabilità narcisistica diffusa" (Kohut, 1971, p. 69), espressione con cui Kohut si riferisce a caratteristiche peculiari del narcisista quali l'ipersensibilità a segnali di disinteresse, non approvazione e rifiuto e la tendenza a reagire con rabbia, freddezza, isolamento e calo della produttività (Kohut, 1971).

Nelle descrizioni del narcisismo patologico avanzate da Kohut si rintracciano, quindi, le caratteristiche tipiche del fenotipo vulnerabile il quale presenta una grandiosità più vissuta in fantasia che effettivamente agita e un assetto comportamentale caratterizzato da atteggiamenti evitanti e guidato da un forte timore di essere giudicato, non approvato, rifiutato e umiliato, a sua volta sostenuto da sentimenti di inadeguatezza e inferiorità (Carcione e Semerari, 2017). Come precedentemente accennato, in letteratura sono presenti numerosi contributi circa la descrizione di tale tipo di narcisismo patologico nelle sue diverse sfumature, compresa la presenza di una sintomatologia depressiva. Rispetto a quest'ultimo aspetto, ad esempio, Horowitz (2009) ha evidenziato quanto il narcisista possa divenire "più vulnerabile a vergogna, panico, impotenza e depressione" nel momento in cui, data l'influenza negativa della patologia narcisistica sulle relazioni, sulla creatività e sull'adattamento lavorativo, la grandiosità non può essere mantenuta e il narcisista rimane privo di ammirazione esterna (Horowitz, 2009, p. 126; Pincus e Lukowitsky, 2010, p. 429). Wink e Donahue (1997) hanno sottolineato quanto il narcisismo vulnerabile sia correlato a sentimenti di mancanza di significato e a difficoltà nel mantenersi interessati e impegnati, per via di una mancanza di stimoli interni (Pincus e Lukowitsky, 2010; Wink & Donahue, 1997). Caligor e colleghi (2015) hanno evidenziato la sovrapposizione di sintomi depressivi e disturbi d'ansia con le caratteristiche del narcisismo vulnerabile. Inoltre, come già accennato, la sezione III del DSM 5 identifica in tratti di affettività negativa quali ansia e depressività, dei possibili specificatori di caratteristiche presenti nei quadri clinici più vulnerabili del Disturbo Narcisistico di Personalità (APA, 2013; Caligor et al., 2015; Miller et al., 2017; Pincus e Lukowitsky, 2010). Alla luce di tali osservazioni è possibile sostenere che appare evidente quanto la presenza di sintomi depressivi, di tipo anedonico, sia riconosciuta nelle espressioni vulnerabili del narcisismo patologico. Meno chiaro

è, invece, quanto i correlati depressivi del narcisismo vulnerabile possano essere riconosciuti come cronici o comunque associati ad una depressività di tratto. Se Kernberg (1975) sostiene che sintomi depressivi possano insorgere a seguito del crollo della grandiosità narcisistica, Kohut (1971) sottolinea la presenza di stati depressivi, di vuoto, di passività, di anedonia, tendenzialmente cronici e associati alla presenza di una vulnerabilità narcisistica diffusa (Kernberg, 1975; Kohut, 1971). L'analisi di alcuni contributi presenti in letteratura può stimolare alcune interessanti riflessioni circa la presenza di una depressività di tratto, stabile, in soggetti caratterizzati da un narcisismo patologico di tipo vulnerabile. A tal proposito alcuni contributi di Huprich e colleghi risultano particolarmente utili a far luce sulla questione posta. Nel 1998 Huprich ha condotto una revisione della letteratura circa il Disturbo Depressivo di Personalità, categoria diagnostica ampiamente dibattuta e descritta dal DSM-IV come "un pattern pervasivo di convinzioni e comportamenti depressivi" (APA, 1994, p. 732; Huprich, 1998, p. 477), e successivamente ha condotto alcuni studi dimostrativi sia della correlazione tra questo disturbo e il quadro clinico di distimia sia della loro associazione con alcuni fattori quali, ad esempio, perfezionismo, preoccupazioni circa la possibilità di commettere errori e dubbi circa lo svolgimento di azioni (Huprich et al., 2008). Successivamente alla pubblicazione di tali contributi, Huprich (2012) ha presentato un lavoro in cui le riflessioni utili alla comprensione del Disturbo Depressivo di Personalità e della validità di tale costrutto si intrecciano con interessanti osservazioni circa il collegamento tra questo e la forma vulnerabile del Disturbo Narcisistico di Personalità. In particolare, Huprich sottolinea quanto la personalità depressiva e il narcisismo patologico vulnerabile possano essere considerate manifestazioni di una comune condizione sottostante. Difatti, individui con una personalità depressiva e individui con il sottotipo vulnerabile del Disturbo Narcisistico di Personalità presentano entrambi autorappresentazioni legate a sentimenti di inadeguatezza, indegnità, vergogna e ipersensibilità rispetto agli altri e conseguenti condotte volte a difendersi da tali autorappresentazioni negative, quali l'intellettualizzazione, l'evitamento, il perfezionismo e l'adozione di standard elevati. Esperando frequentemente l'inutilità di tali condotte e percependo una mancanza di empatia e di supporto da parte degli altri, questi individui tendono a sviluppare un umore depresso che in realtà cela un sottostante stato di aggressività e frustrazione nei confronti degli altri non supportivi. Poiché tale stato non viene completamente riconosciuto e quindi espresso a questi ultimi, gli individui con personalità depressiva e narcisismo vulnerabile sviluppano una tendenza a dirigere la frustrazione provata verso sé stessi, sulla base della percezione delle proprie carenze e della propria inadeguatezza. Nel medesimo lavoro, Huprich cita un proprio studio (2006) i

cui risultati hanno dimostrato la presenza, in un soggetto con disturbo depressivo di personalità, di un senso di sé debole e vulnerabile, autocritica, senso di colpa e diffidenza rispetto agli altri da cui veniva giudicato. A tali dati Huprich accosta anche i risultati emersi da uno studio condotto insieme a Luchner, Roberts e Pouliot (2012) nel corso del quale, valutando la personalità depressiva e il sottotipo vulnerabile del narcisismo patologico in un ampio campione di soggetti, è emersa una correlazione fra le misure dei due costrutti (Huprich, 2012; Huprich et al. 2012). Alla luce delle ricerche e delle osservazioni avanzate da Huprich è quindi possibile riconoscere un collegamento tra la forma vulnerabile del narcisismo patologico e correlati depressivi di tratto. Tale collegamento viene ulteriormente sottolineato da Huprich (2012; 2014) nel proporre un costrutto, il *Malignant Self-Regard*, utile a rendere conto delle loro similitudini. Più specificatamente, proponendo tale costrutto Huprich mette in evidenza le similitudini presenti tra alcuni disturbi di personalità, negli anni non stabilmente riconosciuti in maniera formale dai sistemi di nomenclatura diagnostica, quali il disturbo depressivo e il sottotipo vulnerabile del disturbo narcisistico, appunto, e il disturbo masochistico o auto-frustrante (Huprich, 2012). In una revisione delle teorie e delle ricerche presenti in letteratura circa le descrizioni di tali disturbi di personalità e circa le relazioni presenti tra di essi, Huprich (2014) ha sottolineato quanto essi condividano alcune caratteristiche: tendenza alla depressione, sentimenti di colpa, vergogna e inadeguatezza, autocritica, ipersensibilità alle critiche, pessimismo, problematica gestione della rabbia, perfezionismo nel contesto di fantasie grandiose, comportamenti di tipo masochistico, desiderio di approvazione e accettazione da parte degli altri. Adoperando l'espressione *Malignant Self-Regard* secondo Huprich è possibile fare riferimento ad una struttura del sé o ad una dinamica di funzionamento che si attiva all'interno di contesti interpersonali che suscitano nell'individuo preoccupazioni circa il modo in cui il sé viene visto dagli altri. Tale dinamica di funzionamento consiste in una messa in discussione e in un attacco delle proprie autorappresentazioni che prende la forma degli stati emotivi e dei processi sopra elencati in qualità di caratteristiche del *Malignant Self-Regard* e che influenza inevitabilmente i comportamenti dell'individuo e quindi le relazioni interpersonali intrattenute dallo stesso. In altre parole, l'individuo che mostra tale dinamica di funzionamento presenta una vulnerabilità narcisistica e una depressività di tratto che innescano meccanismi auto-frustranti, di auto-sabotaggio, in contesti relazionali, in virtù della grande influenza esercitata dagli altri sul senso di sé, il quale viene percepito alla stregua dei giudizi altrui (Carcione e Semerari, 2017; Huprich, 2014; Huprich e Nelson, 2014). Partendo dalla descrizione del *Malignant Self-Regard* e dai risultati di alcuni studi indicativi della forte correlazione tra le misure dello stesso

e del narcisismo vulnerabile, di recente alcuni contributi hanno evidenziato la possibilità di riconoscere una sovrapposizione tra i due costrutti (Huprich et al., 2018; Lengu et al., 2015). I risultati dei contributi riportati e l'insieme delle osservazioni esposte rende possibile riconoscere senza indugi una relazione tra la forma vulnerabile del narcisismo patologico e correlati depressivi di tratto.

Conclusioni e riflessioni

Il narcisismo, nella sua forma sana così come nelle sue forme patologiche, rappresenta indubbiamente un costrutto di notevole interesse teorico e clinico. Negli anni esso ha attirato l'attenzione di numerosi teorici, clinici e ricercatori e ciò ha portato allo sviluppo di una vasta ed eterogenea letteratura in merito, tant'è che non è raro rintracciare molteplici e notevoli contraddizioni tra i contributi di cui essa è costituita. Difatti, sebbene il costrutto del narcisismo rappresenti da tempo uno dei temi più trattati in ambito psicologico e non solo, è chiaro quanto esso si presti tuttora a numerose interpretazioni e a numerose riflessioni. Partendo dalla consapevolezza circa la presenza in letteratura di una superba mole di contributi prodotti in merito al narcisismo nel corso degli anni, può apparire bizzarro asserire che il costrutto del narcisismo risulti ancora oggi non sufficientemente esplorato in tutte le sue innumerevoli sfaccettature. Certamente tale asserzione non intende disconoscere gli innegabili e molteplici meriti attribuibili ai teorici e ai clinici che se ne sono occupati e se ne occupano e che, difatti, hanno contribuito ad approfondire la conoscenza del costrutto, semmai intende sottolineare quanto questo possa essere riconosciuto come un fenomeno tanto complesso da sembrare quasi una fonte inesauribile di interrogativi.

Naturalmente la presente trattazione non è nata con lo scopo di affrontare in maniera esaustiva un così complesso tema quale quello del narcisismo, anzi ha ristretto molto il campo d'interesse, focalizzandosi solo sulla forma patologica del narcisismo e sulla presenza, all'interno di tale dimensione clinica, della sintomatologia depressiva. Questa a sua volta è stata presa in considerazione da una specifica prospettiva quale quella di Keller e colleghi (2005, 2006, 2007), ben illustrata da Rainone e Mancini (2018) in un recente manuale utile alla comprensione della stessa (Keller e Nesse, 2005; Keller e Nesse, 2006; Keller et al., 2007; Rainone e Mancini, 2018).

Dopo un breve accenno alla storia del costrutto del narcisismo e alla distinzione tra la sua espressione sana e la sua espressione patologica e a seguito di una concisa descrizione delle principali forme di narcisismo patologico ormai ampiamente riconosciute e descritte in letteratura, la presente trattazione si è focalizzata sulla descrizione della concettualizzazione proposta da Keller circa la sintomatologia

depressiva, distinta in due specifiche forme quali quella affettiva e quella anedonica, e successivamente ha avanzato un quesito di notevole interesse clinico e teorico: quale dei due disturbi depressivi descritti da Keller è ravvisabile nel narcisismo patologico? Nel tentativo di rispondere a tale interrogativo, la presente trattazione ha preso in esame i contributi di H. Kohut (1971) e O. F. Kernberg (1975), ponendo particolare attenzione circa le descrizioni da essi fornite in merito alla presenza di sintomi depressivi nel narcisismo patologico. In tal modo è stato possibile evidenziare la presenza, in tale quadro clinico, di una sintomatologia depressiva di tipo anedonico e non di tipo affettivo.

Infine, partendo da alcune descrizioni presenti in letteratura in merito alla forma vulnerabile del narcisismo patologico, il presente lavoro ha sottolineato la possibilità di rintracciare in particolar modo in essa i suddetti correlati depressivi oggetto d'interesse e ha poi esposto alcuni dati di letteratura circa la presenza di una relazione tra il narcisismo vulnerabile e una depressività di tratto. Alla luce delle osservazioni e dei dati esposti è possibile avanzare alcune riflessioni.

Come suddetto, dall'analisi dei contributi di Kernberg (1975) e Kohut (1971) circa il narcisismo patologico e le sue manifestazioni depressive si è potuto mettere in evidenza come il narcisista manifesti prevalentemente un disturbo depressivo di tipo anedonico e come, al contempo esso manifesti una difficoltà ad esperire sintomi depressivi di tipo affettivo, ma è veramente così? È possibile sostenere che il narcisista manifesti solo una sintomatologia depressiva di tipo anedonico pur percependo, ma negando, un disturbo depressivo di tipo affettivo? Appare difficile, ad oggi, rispondere in maniera chiara e definitiva ad un simile interrogativo, tuttavia è possibile rintracciare in letteratura alcune osservazioni e alcuni dati che potrebbero rendere ragionevole supporre che il narcisista provi un disturbo depressivo di tipo affettivo pur negandolo difensivamente a sé stesso e agli altri e sviluppando invece una sintomatologia depressiva di tipo anedonico quando posto dinanzi a mancata ammirazione esterna e al rifiuto da parte degli altri.

In termini eziologici è ampiamente riconosciuto quanto il narcisista abbia vissuto un'infanzia caratterizzata da rapporti con figure parentali cronicamente distaccate, indifferenti, fredde e ostili. A tali esperienze Kernberg attribuisce l'idea di non amabilità sviluppata dal narcisista nonché l'incapacità di dipendere dagli altri e quindi di provare un dolore depressivo (Kernberg, 1975). Kohut attribuisce ai fallimenti empatici mostrati dalle figure parentali del soggetto nel corso della sua infanzia lo sviluppo della sua vulnerabilità narcisistica diffusa (Kohut, 1971). Diversi contributi teorici presenti in letteratura circa il Disturbo Depressivo di Personalità, la cui relazione con il

narcisismo patologico è stata ampiamente discussa, riconoscono che il meccanismo attraverso il quale esso si sviluppa “consiste in una perdita interpersonale significativa ad un’età precoce” (Huprich, 1998, p.495). Tra questi contributi, quello di Ferster (1973; 1981), ad esempio, ha evidenziato il ruolo di precoci interazioni negative con l’ambiente, come l’assenza di responsività ai bisogni manifestati dal bambino da parte della figura materna, nel portare lo stesso a percepire l’ambiente come non responsivo (Ferster, 1973; Huprich, 1998). Sulla base di tali osservazioni è possibile ipotizzare che i narcisisti vivano intimamente una depressività affettiva di tratto conseguente a tali esperienze, ma che siano motivati a negare questa a sé stessi e agli altri in quanto prova della loro ferita narcisistica? È possibile che il vuoto, il senso di inutilità e l’abbattimento anedonico che essi mostrano rappresenti la punta dell’iceberg della loro sintomatologia depressiva? Tale quesito di certo rimane aperto e mette in evidenza la necessità di studi che possano gettare luce in merito, ma alcuni dati presenti in letteratura risultano utili ad integrare le osservazioni sinora esposte e a rendere perlomeno ragionevole supporre che il narcisista viva un dolore depressivo di tipo affettivo pur non riportandolo. In particolare modo, a tal proposito, è possibile citare i dati piuttosto interessanti emersi da uno studio condotto da Cascio e colleghi (2015) il quale ha esplorato la relazione tra il narcisismo e le risposte neurali all’esclusione sociale. Con il loro contributo, gli autori inizialmente espongono alcuni dati indicativi dell’importanza dei legami sociali per il funzionamento e il benessere individuale e dell’inclinazione generale a manifestare emozioni negative in condizioni di esclusione sociale, seppur si possano riconoscere differenze individuali circa le reazioni a tali evenienze. Difatti, la presenza di uno stile di attaccamento sicuro e un’autostima elevata, per esempio, sono state riconosciute come caratteristiche legate alla minore percezione di effetti negativi in relazione all’esclusione sociale. Questi, invece, vengono avvertiti in misura maggiore da individui caratterizzati da un maggiore bisogno di appartenenza e un maggiore livello di ansia sociale (Cascio et al., 2015; DeWall et al., 2012; Nezlek et al., 1997; Waldrip, 2007; Zadro et al., 2006). Cascio e colleghi sottolineano poi quanto siano ampiamente riconosciute le difficoltà del narcisista nel mantenimento di buone relazioni interpersonali e quanto in letteratura non siano presenti dati circa i meccanismi cerebrali coinvolti. In particolare gli autori si sono chiesti quali meccanismi cerebrali siano identificabili, in condizioni di esclusione sociale, nei soggetti con maggiori tratti di narcisismo. Alcuni dati di letteratura hanno evidenziato che i soggetti che presentano un’elevata autostima e uno stile di attaccamento di tipo evitante, caratteristiche associate al narcisismo, manifestano una minore reattività alle condizioni di esclusione sociale (Cascio et al., 2015; DeWall et al., 2012; Onoda et al., 2010). È ben noto quanto i

narcisisti mostrino stili di attaccamento di tipo evitante, mantengano distanza nelle relazioni interpersonali e dichiarino di non avere bisogno degli altri e, attraverso l'utilizzo di misure esplicite essi tendono ad apparire meno depressi, meno ansiosi, meno soli, più felici e caratterizzati da una maggiore autostima rispetto a persone che presentano minori tratti di personalità narcisistica. Nonostante ad un livello superficiale essi sembrano godere di serenità, elevata autostima, autoesaltazione e indifferenza sociale, è ampiamente riconosciuto quanto essi siano particolarmente sensibili alle valutazioni degli altri, bisognosi di feedback esterni positivi al fine di mantenere il loro sé grandioso e inclini a manifestare risposte aggressive quando vengono rifiutati. Inoltre, alcuni studi hanno messo in evidenza le loro eccessive risposte fisiologiche in situazioni sociali e, adoperando delle misure implicite, è emerso quanto in realtà essi percepiscano un basso valore personale e pertanto si mostrino inclini a sviluppare un'autoesaltazione difensiva (Cascio et al., 2015; Edelstein et al., 2010; Jordan et al., 2003; Kelsey et al., 2001, 2002; Sommer et al., 2009; Zeigler-Hill, 2006). Partendo da tali presupposti, Cascio e colleghi hanno valutato l'ipotesi che il narcisista mostri un'ipersensibilità nei sistemi cerebrali associati alla percezione della sofferenza in condizioni di esclusione sociale. I risultati hanno evidenziato esagerate risposte neurali al dolore sociale che possono contribuire all'ipersensibilità del narcisista alle esperienze sociali negative e che suggeriscono che, a dispetto della manifestazione di correlati potenzialmente protettivi rispetto all'esperienza del dolore sociale e a dispetto di quanto ravvisabile dal solo utilizzo delle misure self-report, i narcisisti percepiscono dolore sociale quando si trovano a vivere condizioni di esclusione sociale. Ciò è dimostrato dalle considerevoli risposte neurali, mostrate dai narcisisti esposti a tali circostanze, nelle aree riconosciute come implicate nella percezione della sofferenza sociale, quali la corteccia cingolata anteriore dorsale, l'insula anteriore e la corteccia cingolata anteriore subgenuale. È interessante sottolineare che tali aree sono implicate anche, rispettivamente, in processi di consapevolezza emotiva, in processi di decision making e nella presenza di depressione e disturbi dell'umore. Gli autori sottolineano come il narcisista tenda a manifestare una distanza nelle relazioni sociali e un senso di autosufficienza e indipendenza dagli altri che potrebbe essere solo apparente e che pertanto potrebbe rappresentare un meccanismo di coping utilizzato al fine di gestire l'eccessiva sensibilità all'esclusione e al dolore annesso (Cascio et al., 2015).

I dati emersi dallo studio condotto da Cascio e colleghi risultano particolarmente interessanti rispetto agli spunti di riflessione sollevati circa la possibilità che il narcisista esperisca, ma neghi, un disturbo depressivo di tipo affettivo. A tal proposito risultano significativi anche i risultati esposti in un recente

contributo di Bilotta e colleghi (2018) circa la conduzione di studi volti ad indagare la relazione tra la capacità metacognitiva, la sofferenza soggettiva e la personalità narcisistica. Mentre uno studio condotto dagli autori ha messo in evidenza il legame tra una scarsa capacità metacognitiva e aspetti interpersonali della patologia narcisistica quali, in particolare, mancanza di empatia e comportamenti socialmente controproducenti (come le manifestazioni di atteggiamenti arroganti e pretenziosi), un altro studio condotto dai medesimi ha evidenziato come non sia emersa una correlazione significativa tra la sofferenza soggettiva e la metacognizione ($r = -.07$; $p = .427$). Sebbene i soggetti con Disturbo Narcisistico di Personalità valutati mostrassero bassi livelli di sofferenza soggettiva e bassi livelli di metacognizione, i risultati emersi non hanno permesso di individuare un collegamento tra essi, pertanto il fatto che tali soggetti esperiscano una scarsa sofferenza soggettiva non è attribuibile alla ridotta capacità metacognitiva presente (Bilotta et al., 2018). Se la mancanza di sofferenza soggettiva non è correlata ad una scarsa capacità metacognitiva è possibile sostenere che essa sia negata e quindi intenzionalmente celata? È possibile sostenere che la sofferenza soggettiva sia difensivamente non vista? Alla luce di quanto esposto è possibile ipotizzare ragionevolmente che nella bassa percezione di stati di sofferenza soggettiva siano implicati alcuni meccanismi motivazionali di tipo difensivo (Bilotta et al., 2018).

L'insieme delle osservazioni e dei dati esposti rende lecito chiedersi se non sia possibile riconoscere la sintomatologia depressiva di tipo anedonico manifestata dai narcisisti quale solo una parte della sintomatologia depressiva che questi possono esperire.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (APA) (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM III*. Washington, DC: APA Press.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM IV*. Washington, DC: APA Press.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5*. Washington, DC: APA Press.
- Bilotta, E., Carcione, A., Fera, T., Moroni, F., Nicolò, G., Pedone, R., Pellecchia, G., Semerari, A. & Colle, L. (2018). Symptom severity and mindreading in narcissistic personality disorder. *PLoS ONE*, 13, 8.
- 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.
- Caligor, E., Levy, K. N. & Yeomans, F. E. (2015). Narcissistic personality disorder: diagnostic and clinical Challenges. *American Journal of Psychiatry*, 172, 5, 415-422.
- Carcione, A. & Semerari, A. (2017). *Il narcisismo e i suoi disturbi. La Terapia Metacognitiva Interpersonale*. Firenze: Eclipsi Edizioni.

- Cascio, C. N., Konrath, S. H. & Falk, E. B. (2015). Narcissist's social pain seen only in the brain. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 10, 3, 335-341.
- Couyoumdjian, A., Ottaviani, C., Trincas, R., Spitoni, G., Tenore, K. & Mancini, F. (2012). The role of personal goals in depressive reaction to adverse life events: a cross-sectional study. *The Scientific World Journal*, 2012: 810341.
- DeWall, C. N., Masten, C. L., Powell, C., Combs, D., Shurtz, D. R. & Eisenberger, N. I. (2012). Do neural responses to rejection depend on attachment style? An fMRI study. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 7 (2), 184-192.
- Edelstein, R. S., Yim, I. S. & Quas, J. A. (2010). Narcissism predicts heightened cortisol reactivity to a psychosocial stressor in men. *Journal of Research in Personality*, 44 (5), 565-572.
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28, 857-870.
- Fossati, A., Beauchaine, T. P., Grazioli, F., Carretta, I., Cortinovis, 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.
- Horowitz, M. (2009). Clinical phenomenology of narcissistic pathology. *Psychiatric Annals*, 39, 124-128.
- Huprich, S. K. (1998). Depressive personality disorder: Theoretical issues, clinical findings, and future research questions. *Clinical Psychology Review*, 18, 477-500.
- Huprich, S. K., Porcerelli, J., Keaschuk, R., Binienda, J. M. S. & Engle, B. B. A. (2008). Depressive personality disorder, dysthymia, and their relationship to perfectionism. *Depression and Anxiety*, 25:207-217.
- Huprich, S. K. (2012). New directions for an old construct: depressive personality research in the DSM-5 era. *Personality and Mental Health*, 7, 3, 213-222.
- Huprich, S. K., Luchner, A. F., Roberts, C. R. D. & Pouliot, G. S. (2012). Understanding the association between depressive personality and hypersensitive (vulnerable) narcissism: Preliminary findings. *Personality and Mental Health*, 6, 50-60.
- Huprich, S. K. (2014). Malignant self-regard: A self-structure enhancing the understanding of masochistic, depressive, and vulnerably narcissistic personalities. *Harvard review of psychiatry*, 22 (5), 295-305.
- Huprich, S. K. & Nelson, S. M. (2014). Malignant self-regard: Accounting for commonalities in vulnerably narcissistic, depressive, self-defeating, and masochistic personality disorders. *Comprehensive psychiatry*, 55(4), 989-998.
- Huprich, S. K., Nelson, S., Sohnleitner, A., Lengu, K., Shankar, S. & Rexer, K. (2018). Are malignant self-regard and vulnerable narcissism different constructs? *Journal of Clinical Psychology*, 74:9, 1556-1569.
- Iacoviello, B. M., Grant, D. A., Alloy, L. B. & Abramson, L. Y. (2009). Cognitive personality characteristics impact the course of depression: a prospective test of sociotropy autonomy and domain-specific life events. *Cognitive Therapy and Research*, 33 (2), 187-198.
- Jordan, C. H., Spencer, S. J., Zanna, M. P., Hoshino-Browne, E. & Correll, J. (2003). Secure and defensive high self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85 (5), 969.
- Keller, M. C., Neale, M. C. & Kendler, K. S. (2007). Association of different adverse life events with distinct patterns of depressive symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1521-1529.
- Keller, M. C. & Nesse, R. M. (2005). Is low mood an adaptation? Evidence for subtypes with symptoms that match precipitants. *Journal of Affective Disorders*, 86, 27-35.
- Keller, M. C. & Nesse, R. M. (2006). The evolutionary significance of depressive symptoms: different adverse situations lead to different depressive symptom patterns. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91, 316-330.
- Kelsey, R. M., Ornduff, S. R., McCann, C. M. & Reiff, S. (2001). Psychophysiological characteristics of narcissism during active and passive coping. *Psychophysiology*, 38 (2), 292.
- Kelsey, R. M., Ornduff, S. R., Reiff, S. & Arthur, C. M. (2002). Psychophysiological correlates of narcissistic traits in women during active coping. *Psychophysiology*, 39 (3), 322.
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson. Trad. it. *Sindromi marginali e narcisismo patologico*. Torino: Bollati Boringhieri, 1978.

- Kernberg, O. F. (2004). *Aggressivity, Narcissism, and Self-Destructiveness in the Psychotherapeutic Relationship*. Trad. It. *Narcisismo, aggressività e autodistruttività*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2006.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. International University Press, New York. Trad. it. *Narcisismo e analisi del sé*, Torino: Bollati Boringhieri, 1976.
- Lengu, K. L., Evich, C. D., Nelson, S. M. & Huprich, S. K. (2015). Expanding the utility of the malignant self-regard construct. *Psychiatry Research*, 229, 801–808.
- Levy, K. N., Chauhn, P., Clarkin, J. F., Wasserman, R. H. & Reynoso, J. S. (2009). Narcissistic pathology: empirical approaches. *Psychiatric Annals*, 39 (4), 203-13.
- Mancini, F. & Rainone, A. (2008). Bloccati tra illusione e disperazione. Una nuova ipotesi cognitivista sul disturbo bipolare. *Cognitivismo Clinico*, 5 (1), 64-87.
- Miller, J. D., Hoffman, B. J., Campbell, W. K. & Pilkonis, P. A. (2008). An examination of the factor structure of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, 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*, 119(4):640-649.
- Miller, J. D., Gentile, B., Wilson, L. & Campbell, W. K. (2013). Grandiose and vulnerable narcissism and the DSM-5 pathological personality trait model. *Journal of Personality Assessment*, 95(3), 284-290.
- Miller, J. D., Lynam, D. R., Hyatt, C. S. & Campbell, W. K. (2017). Controversies in narcissism. *Annual Review of Clinical Psychology*, 13, 1.1-1.25.
- Nezlek, J. B., Holgate, S., Blevins T., Kowalski, R. M. & Leary, M. R. (1997). Personality moderators of reactions to interpersonal rejection: depression and trait self-esteem. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23 (12), 1235-1244.
- Onoda, K., Okamoto, Y., Nakashima, K., Nittono, H., Yoschimura, S., Yamawaki, S., Yamaguchi, S. & Ura, M. (2010). Does low self-esteem enhance social pain? The relationship between trait self-esteem and anterior cingulate cortex activation induced by ostracism. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 5 (4), 443-454.
- Pincus, A. L., Ansell, E. B., Pimentel, C. A., Cain, N. M., Wright, A. G. C. & Levy, K. N. (2009). Initial construction and validation of the Pathological Narcissism Inventory. *Psychological Assessment*, 21, 365-79.
- Pincus, A. L. & Lukowitsky, M. R. (2010). Pathological narcissism and narcissistic personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 421-446.
- Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM) Task Force (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring, Md: Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Rainone, A. & Mancini F. (2010a). La depressione. In C. Perdighe, F. Mancini (a cura di), *Elementi di psicoterapia cognitiva*. Roma: Giovanni Fioriti, 2^a ed.
- Rainone, A. & Mancini F. (2010b). Il disturbo bipolare. Un'ipotesi cognitivista di comprensione. In C. Perdighe, F. Mancini (a cura di), *Elementi di psicoterapia cognitiva*. Roma: Giovanni Fioriti, 2^a ed.
- Rainone, A. & Mancini, F. (2018). *La mente depressa. Comprendere e curare la depressione con la psicoterapia cognitiva*. Milano: FrancoAngeli Editore.
- Ronningstam, E. (2005). Narcissistic personality disorder: a review. In M. Maj, H. S. Akiskal, J. E. Mezzich, A. Okasha, *Evidence and Experience in Psychiatry. Volume 8: Personality Disorders*, New York: Wiley.
- Ronningstam, E. (2009). Narcissistic personality disorder: facing DSM V. *Psychiatric Annals*, 39 (3), 111-121.
- Ronningstam, E. (2010). Narcissistic personality disorder: a current review. *Current Psychiatry Reports*, 12, 68-75.
- 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, 1473-1481.
- Sommer, K. L., Kirkland, K. L., Newman, S. R., Estrella, P. & Andreassi, J. L. (2009). Narcissism and cardiovascular reactivity to rejection imagery. *Journal of Applied Social Psychology*, 39 (5), 1083.
- Trincas, R., Ottaviani, C., Couyoumdjian, A., Tenore, K., Spitoni, G. & Mancini, F. (2014). Specific dysphoric symptoms are predicted by early maladaptive schemas. *The Scientific World Journal*, <https://www.hindawi.com/journals/tswj/2014/231965>, doi: 10.1155/2014/231965.

- Waldrup, A. M. (2007). The power of ostracism: Can personality influence reactions to social exclusion? University of Texas. Requirements for the Degree of doctor of philosophy.
- Wink, P. & Donahue, K. (1997). The relation between two types of narcissism and boredom. *Journal of Research in Personality*, 31, 136-140.
- Zadro, L., Boland, C. & Richardson, R. (2006). How long does it last? The persistence of the effects of ostracism in the socially anxious. *Journal of Experimental Social Psychology*, 42 (5) 692-697.
- Zeigler-Hill, V. (2006). Discrepancies between implicit and explicit self-esteem: implications for narcissism and self-esteem instability. *Journal of Personality*, 74 (1), 119-144.

Luana Stamerra

Psicologa-Psicoterapeuta, Lecce

Specializzata a Lecce, training Dell'Erba e Semerari

e-mail: stamerraluana@gmail.com

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