



**UNIVERSITÀ
DI PARMA**

DIPARTIMENTO DI MEDICINA E CHIRURGIA

**CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN PSICOBIOLOGIA E NEUROSCIENZE
COGNITIVE**

NEL CERVELLO DI NARCISO

**Un focus sul narcisismo tra psicobiologia, sviluppo, condotte
criminali ed anticonservative**

Relatrice:

Chiar.ma Prof.ssa Dolores Rollo

Controrelatrice:

Chiar.ma Prof.ssa Chiara De Panfilis

Laureanda:

Alice Fiduccia

ANNO ACCADEMICO 2021 - 2022

Indice

ABSTRACT	5
INTRODUZIONE	9

I parte

Il ritratto di Narciso tra mito, psicopatologia ed aggressività

1. IL DISTURBO DI PERSONALITA' NARCISISTICO	13
1.1 Cenni storici.....	16
1.2 Nosografia e diagnosi, con e oltre il DSM.....	19
1.3 Contributi teorici recenti e prospettive di trattamento	28
1.3.1 <i>Khout</i>	28
1.3.2 <i>Rosenfeld</i>	29
1.3.3 <i>Kernberg</i>	29
1.3.4 <i>Terapie evidence-based</i>	30
2. CRIMINI E NARCISISMO	35
2.1 Narcisismo e violenza psicologica: la manipolazione affettiva	35
2.2 Violenza fisica e omicidio.....	38
2.3 Narcisismo tra psicopatia e parafilia: i serial killers.....	43
3. IL SUICIDIO DI NARCISO	47
3.1 Alcune considerazioni preliminari di matrice metodologica in tema di <i>Criminal Investigative Analysis</i> e <i>Crime Scene Reconstruction</i>	48
3.1.1 <i>Equivocal Death Analysis</i>	50
3.2 Un caso di narcisismo overt: GP	57
3.2.1 <i>Risposte di coping</i>	61
3.2.2 <i>Depressione, psychache e suicidio</i>	61
3.3 Un caso di narcisismo covert: MM	64
3.3.1 <i>Fattori predisponenti e fattori precipitanti</i>	66

Il parte
L'età evolutiva

4. LE BASI DEL NARCISISMO: PSICOBIOLOGIA E SVILUPPO	71
4.1 Gli indicatori precoci.....	71
4.2 Il ruolo della Teoria dell'Attaccamento.....	73
4.3 <i>Parenting</i> inefficaci.....	81
4.4 Verso una sintesi integrata e nuove prospettive di ricerca.....	84
5. IL CASO DI MS.....	87
5.1 Metodi e strumenti	90
5.1.1 <i>Il colloquio clinico</i>	90
5.1.2 <i>MMPI-2</i>	91
5.1.3 <i>MMPI-A</i>	96
5.1.4 <i>Adult Attachment Interview</i>	97
5.2 Risultati	106
5.2.1 <i>Il padre NS</i>	106
5.2.2 <i>La madre AD</i>	110
5.2.3 <i>MS</i>	111
5.3 Discussione	114
CONCLUSIONI	117
BIBLIOGRAFIA	119
RINGRAZIAMENTI	128

ELENCO DELLE ABBREVIAZIONI

AAI	<i>Adult Attachment Interview</i>
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
CIC	<i>Children in the Community</i>
CT	<i>Consulenza Tecnica</i>
CTP	<i>Consulente Tecnico di Parte</i>
CTU	<i>Consulente Tecnico d'Ufficio</i>
DNP	<i>Disturbo Narcisistico di Personalità</i>
EMDR	<i>Eye Movement Desensitization and Reprocessing</i>
fMRI	<i>Risonanza Magnetica Funzionale</i>
MMPI-2	<i>Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2</i>
MMPI-A	<i>Minnesota Multiphasic Personality Inventory Adolescenti</i>
MOI	<i>Modelli Operativi interni</i>
OT	<i>Ossitocina</i>
PM	<i>Pubblico Ministero</i>
SIT	<i>Sommarie Informazioni Testimoniali</i>
TFP	<i>Transference-Focused-Psychoterapy</i>

ABSTRACT

Quello di narcisismo è un concetto sovente inflazionato e troppo spesso banalizzato.

Dal mito di Ovidio, alle pionieristiche e più recenti teorie in ambito psicoanalitico, fino ad arrivare alla classificazione proposta dal DSM-5 e dal PDM-2, emerge in realtà la complessità di tale *personality disorder*, caratterizzato da grandiosità, necessità di ammirazione, senso di *entitlement*, arroganza e presunzione, nel delinearsi di una multi sfaccettata pluralità di scenari entro i quali diagnosi, trattamento, interventi precoci e di tutela in ambito familiare si configurano come una sfida tutt'altro che semplice.

Gabbard accosta il narcisismo alla figura di Ὕδρα, Hýdra, un leggendario mostro della mitologia greca e romana, descritto come un serpente marino a nove teste, pleomorfo, capace di cambiare forma, per rendere conto della variabilità di manifestazioni che costella tale condizione all'interno quadri assai eterogenei tra loro, che si declinano in un continuum che va da normalità a grave compromissione, in forme di narcisismo *overt* e *covert* (Wink, 1991), rispettivamente grandioso e vulnerabile. All'interno di tali quadri personologici, tuttavia, ricorre il *fil rouge* dell'assenza di empatia accanto ad un'autostima precaria ed una celata vulnerabilità, alle quali soggiace un Io profondamente depauperato, sensibile alla critica, che a fronte di ferite narcisistiche può mettere in campo meccanismi di difesa primitivi, condotte aggressive auto ed etero-dirette. Ecco perché in ambito forense non è infrequente imbattersi in soggetti con tali caratteristiche: all'interno del presente elaborato sarà approfondita la letteratura psicologico-forense relativa al tema della manipolazione affettiva, esplorando come può esitare in escalation letali, del legame tra narcisismo e serial killers ed il tema, ad un tempo macabro e affascinante, del suicidio, attraverso il protocollo di autopsia psicologica (De Leo, 2000; 2006), che permette una ricostruzione a ritroso della personalità dei

soggetti, inferibile mediante interviste alla famiglia ed analisi degli atti contenuti nel fascicolo giudiziario.

Nella costante reciproca interazione tra geni e ambiente (*nature/nurture*) si innestano le radici del narcisismo: i primi anni di vita, come ci restituisce la celebre Teoria dell'Attaccamento (Bowlby, 1982) ed i successivi contributi di Fonagy e dell'Infant Research, sono critici per lo sviluppo della personalità, potendo ridefinire o al contrario innescare fattori di rischio biologicamente predeterminati.

Sul versante opposto si esaminerà un caso clinico, all'interno di un setting psicoterapeutico, di una minore, vittima di violenza assistita in ambito familiare, al cui padre è stato diagnosticato un disturbo narcisistico di personalità (attraverso il colloquio clinico e l'interpretazione, in sua funzione, dell'MMPI-2), nel tentativo di esplorare come, scenari come questo, possano riverberarsi sui minori nella strutturazione di Modelli Operativi interni (MOI) disfunzionali e nel determinare una maggiore vulnerabilità individuale ad ansia e depressione, indagati attraverso il colloquio clinico e la somministrazione di MMPI-A ed Adult Attachment Interview (AAI).

Narcissism is a concept that is often inflated and too often trivialized. From Ovid's *Metamorphosis* the myth that clearly defines narcissism, to pioneers and the most recent theories in the psychoanalytic field and the classification introduced by the DSM-5 and the PDM-2, the complexity of this personality disorder emerges. Narcissism is defined as a sense of self grandeur, the need for admiration, a belief in entitlement, arrogance and presumption, in the emergence of a multifaceted plurality of scenarios within which diagnosis, treatment, early interventions and protection in the family environment are configured as a challenge. This is anything but simple. Glen O. Gabbard

compares narcissism to the figure of Ὑδρα, Hydra, a legendary monster of Greek and Roman mythology. The monster is described as a snake with nine-heads, pleomorphic, capable of changing shape, which accounts for the variability of manifestations that characterize this condition as seen in a variety of paintings, very heterogeneous, declined in a continuum that goes from normality to severe impairment, as in forms of *overt* and *covert* narcissism (Wink, 1991), respectively grandiose and vulnerable. Within these personological pictures, however, the common thread of the absence of empathy to a precarious self-esteem and a hidden side, there underlies a deeply impoverished Ego, sensitive to criticism, which in the face of exposure and criticism can deploy mechanisms of primitive defense, self and hetero-direct aggressive conduct.

In the forensic field it is not uncommon to come across subjects with such characteristics. Therefore, within this paper, the psychological-forensic literature relating to the topic of effective manipulation will be explored. Understanding and investigating narcissism will explain why a persons behavior can lead to lethal escalations, then it is important to realize the link between narcissism and serial killers. There is evidence also of the theme, which is both macabre and fascinating, of suicide. Through the psychological autopsy protocol (De Leo), we are permitted a backward reconstruction of the personalities of the subjects, infer able through interviews with the family, and analysis of the documents contained in the judicial file. The roots of narcissism are grafted into the constant mutual interaction between genes and environment (*nature / nurture*): the first years of life are critical as evidenced in the noted Attachment Theory (Bowlby, 1982) and the subsequent contributions of Peter Fonagy and Infant Research, all specify elements in personality development that are able to redefine or on the contrary trigger biologically predetermined risk factors.

On the opposite side, we will examine a clinical case, within a psycho therapeutic setting, of a minor, a victim of witnessed violence in the family environment, whose father was diagnosed with narcissistic personality disorder (through clinical interview and interpretation, in its function, of the MMPI-2). This is an effort to explore how scenarios like this one can reverberate on minors in the

structuring of dysfunctional Internal Working Models, and in determining a greater individual vulnerability to anxiety and depression, investigated through the clinical interview and the administration of MMPI-A and Adult Attachment Interview (AAI).

INTRODUZIONE

La mia esperienza di tirocinio pre-lauream ha avuto luogo in un contesto fuori dal comune. Nel corso del mio ultimo anno accademico ho frequentato, a Roma, un Master in *Psicologia Investigativa, Analisi Comportamentale e Criminal Profiling*, organizzato da CSI Academy in collaborazione con AISF (Accademia Internazionale delle Scienze Forensi).

La coordinatrice e principale docente del master, Prof.ssa Roberta Bruzzone, Psicologa Forense e Criminologa, mi ha concesso di prendere parte, a fronte della contestuale formazione che stava avendo luogo in sede di Master, ad un tirocinio pratico in ambito psicologico-forense. Il focus è stato, oltre che su formazione trasversale, sull'analisi dei fascicoli giudiziari relativi a casi di morti equivoche messi di volta in volta a mia disposizione e la conseguente stesura di elaborati tecnici, in grado di restituire una ricostruzione ed interpretazione degli eventi precisa e puntuale, passando attraverso un'analisi comportamentale atta a ricostruire un quadro personologico che possa fornire una chiave di lettura del caso, attenendosi ad una metodologia che risponda a quelli che, in ambito giudiziario, sono noti come *Criteri Daubert*: “paletti” di scientificità entro i quali è necessario muoversi, al fine di fornire un *parere pro-veritate* che affondi le proprie radici su una solida letteratura di settore.

Durante tali esperienze ho potuto attingere ai contenuti che, negli anni, ho appreso ed imparato a padroneggiare in ambito universitario. In particolare, i vari saperi di matrice multidisciplinare, hanno trovato una sintesi coesa all'interno di un *leit motiv* che spesso ricorre all'interno dei fascicoli giudiziari e che riguarda il Disturbo di Personalità Narcisistico con tutte le sue multi sfaccettate peculiarità. Si tratta infatti di un costrutto complesso, che vede nella sua definizione una notevole stratificazione di contributi, dal mito di Narciso proposto da Ovidio nel terzo libro delle *Metamorfosi* (che ne rappresenta la versione più nota, ma non l'unica), ai pionieristici contributi di Freud, fino ad

arrivare alle più recenti teorie psicoanalitiche e cognitive e riferimenti nosografici contenuti nel DSM-5 ed il PDM-2, alla ricerca empirica ed ai modelli interpretativi proposti dalle neuroscienze, nel delinearsi di una serie di interrogativi che rimangono ancora oggi in larga parte senza risposta. E' proprio di tale disturbo che mi occuperò all'interno del mio elaborato di Tesi, coniugando psicopatologia, psicologia dello sviluppo, psicodinamica, letteratura e neuroscienze, mossa dall'ambizione di affrontarlo attraverso una lente innovativa, da un punto di vista:

-nosografico, partendo dai vari contributi teorici per arrivare al ruolo del DSM-5 e del PDM-2 nella diagnosi senza tralasciare un focus sulle attuali strategie di intervento,

-neurobiologico, soffermandomi in primis sul sistema specchio, ma anche sul circuito mesocorticolimbico ed ossitocinergico;

-di come il narcisismo possa rappresentare un precursore per la messa in atto di condotte aggressive e criminali, concentrandomi su casi pratici di omicidi e suicidi in riferimento a narcisismo *overt*, *covert* e in commistione con psicopatia e parafilia.

Un'attenzione particolare sarà dedicata all'età evolutiva, finestra sensibile per l'innestarsi di tali ed ulteriori condizioni psicopatologiche, concentrandomi da un lato sul narcisismo infantile e gli stili genitoriali che possono condurre allo sviluppo di tale disturbo di personalità, e dall'altro su come il disturbo narcisistico, quando riguarda un genitore, possa riverberarsi sui figli, presentando un caso clinico, supportata dall'esperienza acquisita, durante il tirocinio, nell'ambito della valutazione delle competenze genitoriali, terreno spesso scivoloso quando ci si trova innanzi a disturbi di personalità, conclamati o presunti.

L'idea di fondo è che tutti nasciamo con un bagaglio genetico che getta i presupposti per traiettorie di sviluppo peculiari, ma certamente una genitorialità consapevole è in grado di promuovere un ambiente favorevole per la strutturazione di una personalità integrata e ben adattata all'interno della

propria nicchia ecologica. Ecco perché urgono, in ambito minorile, risorse da stanziare su progetti che, da un lato, identifichino precocemente i fattori di rischio per lo sviluppo di disturbi di personalità al fine di provvedere ad interventi precoci, e dall'altro supportino le famiglie con assistenza mirata laddove vi sia un componente narcisista, fornendo risorse esterne di coping e potenziando quelle interne, nel tentativo di promuovere ad un livello sistemico il benessere familiare senza tralasciare una contestuale, approfondita valutazione di quelli che possono essere gli indicatori di rischio di escalation, determinanti la necessità di proteggere gli altri membri.

I parte

Il ritratto di Narciso tra mito, psicopatologia ed aggressività



Figura 1: Caravaggio, Narciso, 1597-1599, olio su tela, cm 100 x 92, Gallerie Nazionali Barberini Corsini, Roma

Capitolo 1

IL DISTURBO DI PERSONALITA' NARCISISTICO

Scrisse Ovidio nelle Metamorfosi (libro terzo, 339-510):

“E Tiresia, divenuto famosissimo per le città dell’Aonia, dava ineccepibili responsi alla gente che lo consultava. La prima a saggiare la veridicità delle sue parole fu l’azzurina Liriope, che un giorno Cefiso aveva intrappolato nelle curve della propria corrente, imprigionato tra le onde e violentato. La bellissima ninfa, rimasta incinta, aveva partorito un bambino che già appena nato meritava di essere amato, e lo aveva chiamato Narciso. Interrogato se Narciso sarebbe giunto a vedere una lunga, tarda vecchiaia, l’indovino aveva risposto: “Se non conoscerà se stesso.”. Per un pezzo quella predizione sembrò vuota, ma poi fu confermata dal modo come finirono le cose, dal tipo di morte in seguito a una singolare passione. E infatti il figlio di Cefiso aveva superato di un anno i quindici anni, e si poteva prendere tanto per un fanciullo quanto per un giovinetto. Molti giovani, molte fanciulle lo desiderarono, ma quella tenera bellezza era di una superbia così ostinata, che nessun giovane, nessuna fanciulla mai lo toccò.

Un giorno, mentre spaventava i cervi per spingerli nelle reti, lo vide una ninfa dotata di una voce sonora, che non sapeva tacere quando uno parlava, ma neppure sapeva parlare per prima: Eco che rimanda i suoni. Eco aveva ancora un corpo, non era una voce soltanto; ma benchè loquace, usava la bocca in modo non diverso da come fa ora, riuscendo a rimandare, di molte parole, solo le ultime. Questo fatto si doveva a Giunone, poiché tante volte Giunone avrebbe potuto sorprendere sui monti le ninfe a far l’amore col suo Giove, se quella astutamente non l’avesse trattenuta con lunghi discorsi, per dar tempo alle ninfe di fuggire. Quando la figlia di Saturno se ne accorse, disse: “Di questa lingua che mi ha ingannato potrai disporne poco: farai della voce un uso ridottissimo”. E alle

minacce fece seguire i fatti: solo quando uno finisce di parlare, Eco duplica i suoni ripetendo le parole che ha udito.

Ora, quando vide Narciso vagare per solitarie campagne, Eco se ne infiammò, e ne seguì di nascosto le orme. E quanto più lo seguiva, tanto più, per l'accorciarsi della distanza, si scaldava, come lo zolfo vivo e tenace spalmato in cima a una fiaccola divampa se si accosta al fuoco. Oh quante volte avrebbe voluto abbordarlo con dolci parole o rivolgergli tenere preghiere! La sua natura si oppone, non le permette di cominciare, però – questo le è permesso – sta pronta ad afferrare i suoni, per rimandargli le sue stesse parole. Per caso il fanciullo si sperde dai suoi fedeli compagni e dice: “C'è qualcuno?” ed Eco risponde: “Qualcuno”. Lui si meraviglia, e cercando con gli occhi da tutte le parti grida a gran voce: “Vieni!” E lei chiama lui che la chiama. Egli si guarda dietro le spalle, e poiché anche questa volta nessuno vien fuori, “Perché – dice – mi fuggi?”, e quante parole pronuncia, altrettante ne riceve. Insiste, e smarrito dal rimbalzare della voce dice: “Qui riuniamoci!”, ed Eco, che a nessun suono mai risponderrebbe più volentieri, “Uniamoci” ripete. E decisa a far come dice esce dal bosco e si fa avanti per gettargli bramosamente le braccia al collo. Lui fugge, e nel fuggire: “Giù le mani, non mi abbracciare! – Esclama. – Preferisco morire piuttosto che darmi a te!” Disprezzata essa si nasconde tra i boschi occultando dietro le frasche il volto dalla vergogna e da allora vive in antri solitari. Ma l'amore resta confitto in lei e cresce il dolore del rifiuto. I pensieri la tengono desta e la fanno deperire in modo pietoso, la pelle si raggrinzisce per la magrezza e tutti gli umori del corpo si disperdono nell'aria. Non rimangono che la voce e le ossa. La voce esiste ancora; le ossa, dicono, presero l'aspetto dei sassi. E così sta celata nei boschi e non si vede su nessun monte, ma dappertutto si sente: è il suono, che vive in lei.

Così Narciso aveva deluso costei, così altre ninfe, nate dalle acque o dai monti, così, prima, frotte di maschi. Finché un giorno uno, disprezzato, levò le mani al cielo e disse: “Che possa innamorarsi anche lui e non possedere chi ama!” Così disse, e la dea di Ramnunte assentì a quella giusta preghiera.

C'era una fonte senza un filo di fango, dalle acque argentate e trasparenti [...]

Qui il fanciullo, spossato dalle fatiche della caccia e dalla calura si getta bocconi, attratto dalla bellezza del posto e dalla fonte, ma mentre cerca di sedare la sete, un'altra sete gli cresce: mentre beve, invaghitosi della forma che vede riflessa, spera in un amore che non ha corpo, crede che sia un corpo quella che è un'ombra. Attonito fissa se stesso e senza riuscire a staccare lo sguardo rimane immobile come una statua scolpita in marmo di Paro. Disteso a terra contempla le due stelle che sono i suoi occhi, e i capelli degni di Bacco, degni anche di Apollo, e le guance impuberi e il collo d'avorio e la gemma della bocca e il rosa soffuso sul candore di neve, e ammira tutto ciò che fa di lui un essere meraviglioso. Desidera, senza saperlo, se stesso; elogia, ma è lui l'elogiato, e mentre brama, si brama, e insieme accende e arde. Quante volte non da vani baci alla fonte ingannatrice! [...]

Né desiderio di cibo, né desiderio di riposo riesce invece a staccarlo da lì. Buttato sull'erba ombrata fissa con sguardo mai sazio la forma ingannevole e si strugge attraverso i propri occhi. E sollevandosi un po', dice: "C'è qualcuno, o selve, che abbia sofferto d'amore più crudelmente? [...]"
Ho capito, è la mia immagine e non m'inganna più! Brucio d'amore per me stesso, suscito e subisco la fiamma! Che devo fare? Oh potessi staccarmi dal mio corpo! Desiderio inaudito per uno che ama, vorrei che la cosa amata fosse più distante. E ormai questa sofferenza mi toglie le forze, e non mi resta più molto da vivere, mi spengo nella mia prima giovinezza. E la morte non mi è gravosa, poiché con la morte finirà questa pena."

[...]

Le ultime parole che egli pronunciò, tornando a guardare ancora una volta nell'acqua, furono: "Ah, fanciullo invano amato!" e il luogo gli inviò altrettante parole. E quando disse: "Addio!", anche Eco disse: "Addio!"

Reclinò il capo stanco sull'erba verde. La morte buia chiuse quegli occhi che ancora ammiravano la forma del loro padrone. Anche dopo, quando fu accolto nella sede infernale, continuava a contemplarsi nell'acqua dello Stige. Levarono lamenti le Nàiadi sue sorelle; si tagliarono i capelli e

li offrirono al fratello. Levarono lamenti le Driadi. Ed Eco risonando si unì a quel coro di dolore. E già preparavano il rogo, e le fiaccole da agitare, e il feretro: il corpo era scomparso. Al posto del corpo trovarono un fiore: giallo nel mezzo, e tutt'intorno petali bianchi”.

Quella di Ovidio rappresenta solo la più nota di svariate versioni del mito di Narciso, alcune antecedenti, ed altre successive. Ad essa si rifanno i primi autori Ottocenteschi per fornire una rilettura del mito in chiave psicopatologica: la figura di Narciso racchiude in Sé tutti i principali ingredienti che caratterizzano tradizionalmente l'idea di narcisismo: l'essere innamorati di se stessi, l'arroganza, l'egocentrismo, la grandiosità, la mancanza di empatia, l'assenza di legami duraturi (Madeddu, 2020).

1.1 Cenni storici

Il fascino che avvolge il mito di Narciso risiede proprio nella complessità del suo protagonista, che tra estetica, grandiosità, arroganza e tendenze autodistruttive ha ispirato grandi personaggi letterari come Dorian Gray di Oscar Wilde, grandi pittori del calibro di Caravaggio e ancora oggi è in grado di solleticare le corde più profonde del nostro animo, tangendoci nel profondo.

Infatti, la caratterizzazione del narcisismo in ambito psicologico si snoda attraverso un continuum che va da “narcisismo sano”, fino ad arrivare ad un “narcisismo patologico” connotato da differenti gradi di compromissione, all'interno di una letteratura sterminata, “spuria”, decritta da Britton (2004) come “*muddling*”. Si tratta di un concetto da un lato certamente inflazionato, e dall'altro spesso oggetto di ritrattazioni, specie nelle sue formulazioni iniziali in ambito Psicoanalitico ad opera di Freud e i suoi allievi. Secondo Gabbard (2015), la differenza tra livelli di narcisismo sano e quello

patologico è molto difficile da cogliere, poiché certi comportamenti, che in un individuo possono essere considerati come patologici, in altri rappresentano la manifestazione di una sana autostima. Inoltre, il narcisismo è giudicato in maniera differente a seconda della fase in cui si manifesta all'interno del ciclo di vita e, fattore da non sottovalutare, viviamo in una cultura narcisista che, con l'avvento dei social media, mette sempre più in risalto l'importanza dell'*apparire*.

È urgente, pertanto, la necessità di far chiarezza, cercando di mettere in ordine i contributi più importanti che, dagli albori ad oggi, si sono susseguiti ed integrati fino a giungere all'attuale visione di Narcisismo.

Il pionieristico lavoro di Sigmund Freud innesta le proprie radici su un dibattito già in essere, che vedeva protagonisti autori quali Rank, Sadger, Abraham, Jones e si snodava attorno ai temi dell'onnipotenza, dell'invidia, del narcisismo come normale fase evolutiva (Madeddu, 2020).

Introduzione al Narcisismo (Freud, 2014) si sviluppa attorno ai temi centrali di:

-*Omosessualità e perversioni*, enfatizzati in particolare nella fase iniziale del saggio, in rimando al mito di Ovidio;

-*Psicosi ed ipocondria*, intese come forma di investimento libidico su di Sé;

-*Narcisismo primario*, che caratterizza lo stadio evolutivo all'interno del quale la libido oggettuale appare indirizzata sull'Io. Se tale libido oggettuale, durante lo sviluppo, non si rivolge verso l'esterno con l'affacciarsi del cosiddetto "narcisismo secondario", nel transito dalla scelta narcisistica a quella oggettuale, pone le basi per l'innestarsi di una condizione patologica che rimanda alle dimensioni suddette. Le prospettive di trattamento attraverso la psicoanalisi dipendono da un faticoso e ambiguo percorso, nel quale da una fase iniziale in cui gli oggetti esterni vengono trattati come se fossero parti del Sé, si giunge progressivamente ad amare l'oggetto in sé, per le sue qualità umane specifiche (Madeddu, 2020).

Melanie Klein fornì un tentativo per approfondire la distinzione, invero non chiara nell'opera di Freud, tra narcisismo come relazione oggettuale e narcisismo come relazione non oggettuale (narcisismo primario). Nel pensiero kleiniano le relazioni oggettuali permeano il vissuto dell'infante fin dalla nascita, nel delinarsi di una contemporaneità tra autoerotismo e narcisismo del lattante e la sua prima relazione con gli oggetti esterni e interiorizzati (Madeddu, 2020), investimento legato a temi distruttivi e pulsione di morte all'interno della *posizione schizoparanoide*, che rappresenta il primo stadio evolutivo che caratterizza i primi mesi di vita del neonato. Lo scenario è costituito dalla proiezione verso l'esterno di aspetti angoscianti ed aggressivi e dal trattenere nel Sé aspetti idealizzati: se non mitigato dalla *posizione depressiva* (stadio evolutivo successivo, sperimentato dal bambino, nella concezione della Klein, a partire dai sei mesi di vita e caratterizzato da ambivalenza, timore di aver distrutto l'oggetto e desiderio di "riparazione"), il ciclo di proiezioni aumenterà continuando ad alimentarsi nel passaggio da uno "stadio narcisistico" ad uno "stato narcisistico" (Segal, 1983). All'interno di tale stato, i meccanismi proiettivi saranno cristallizzati e si assisterà alla contestuale messa in campo di difese finalizzate a contrastare l'angoscia legata al (ri)entrare in contatto con i temi distruttivi proiettati (Madeddu, 2020), nel delinarsi di una *scissione* (meccanismo di difesa primitivo, che sarà ripreso da autori quali Rosenfeld e Kernberg all'interno della moderna Teoria delle Relazioni Oggettuali come centrale nei Disturbi di Personalità), nella quale le parti buone vengono tenute per Sé e quelle cattive vengono esternalizzate e attribuite all'altro (*identificazione proiettiva*).

La Horney (1939) fece un ulteriore passo avanti nella concettualizzazione, rappresentando i narcisisti come persone arroganti-espansive dedite al perfezionismo o arroganti-vendicative, mettendone in luce caratteri molto attuali.

Il medico psichiatra Wilhelm Reich (1949), sempre in ambito psicodinamico, descrive il carattere *fallico* del narcisismo patologico, con un'accezione del termine fallico che trascende un mero significato metapsicologico, ma ha pretesa di essere concreto declinandosi in:

-self confidence (esagerata fiducia in sé),

-arroganza/aggressività,

-freddezza.

Nel 1960 l'autore comincia ad intendere il narcisismo patologico come incapacità di regolare l'autostima nella costante oscillazione tra *grandezza* e *svuotamento*, introducendo il tema della *fragilità*, in seguito ripreso da Winnicott (1965), il quale descriverà questi pazienti come soggetti che si identificano con un falso Sé grandioso, difensivo in quanto orientato a proteggerli dalla propria vulnerabilità.

Nemiah nel 1961, per primo descrisse il narcisismo come vero e proprio disturbo di personalità, degno di entrare a far parte della nosografia psichiatrica ufficiale.

1.2 Nosografia e diagnosi, con e oltre il DSM

È nel 1980, con la pubblicazione del DSM-III, terza edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali redatto dall'American Psychiatric Association (APA), che il disturbo narcisistico di personalità (DNP) trascende l'ambito psicodinamico ed entra ufficialmente a far parte della diagnostica psichiatrica.

Attualmente il manuale di riferimento è rappresentato dal DSM-5 (APA, 2013), che annovera il disturbo narcisistico all'interno del cluster B dei disturbi di personalità (soggetti che appaiono *amplificativi, emotivi o imprevedibili*).

Un disturbo di personalità viene definito dal DSM come:

“un pattern costante di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente rispetto alle aspettative della cultura dell'individuo, è pervasivo e inflessibile, esordisce nell'adolescenza o a prima età adulta, è stabile nel tempo e determina disagio o menomazione”.

Proprio a fronte di tale complessità e per rendere conto al fatto che si tratta di un campo in continua evoluzione, all'interno del DSM-5 i disturbi di personalità si trovano inclusi sia nella Sezione II (che rappresenta un aggiornamento del testo associato agli stessi criteri che si trovano nel DSM-IV-TR), sia nella Sezione III (che include il modello di ricerca proposto per la diagnosi e la concettualizzazione di disturbo di personalità sviluppato dal *Personality and Personality Disorders Work Group* del DSM-5). In altre parole, all'interno della sezione III il tentativo è quello di affiancare ad una concettualizzazione categoriale, che da sola non rende conto al fatto che le varianti disadattive dei tratti di personalità si confondono impercettibilmente con la normalità e tra loro, ad una diagnosi *dimensionale*, orientata cioè ad inquadrare il funzionamento dell'individuo lungo un continuum che va dalla normalità alla patologia.

In generale, all'interno del DSM-5 (APA, 2013), i criteri diagnostici per i disturbi di personalità si declinano in:

- A. Un pattern abituale di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente rispetto alle aspettative della cultura dell'individuo. Questo pattern si manifesta in due (o più) delle seguenti aree:
 - 1. Cognitività (cioè modi di interpretare se stessi, gli altri e gli avvenimenti).
 - 2. Affettività (cioè varietà, intensità, labilità e adeguatezza della risposta emotiva).
 - 3. Funzionamento interpersonale.
 - 4. Controllo degli impulsi.
- B. Il pattern abituale risulta inflessibile e pervasivo in un'ampia gamma di situazione personali e sociali.
- C. Il pattern abituale determina disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti
- D. Il pattern è stabile e di lunga durata, e l'esordio può essere fatto risalire almeno all'adolescenza o alla prima età adulta.

E. Il pattern abituale non risulta meglio giustificato come manifestazione e conseguenza di un altro disturbo mentale.

F. Il pattern abituale non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., una sostanza di abuso, un farmaco) o di un'altra condizione medica (per es., un trauma cranico).

Per quanto riguarda invece, nello specifico, il disturbo di personalità narcisistico, i criteri diagnostici sono esposti nella Tabella 1.

DSM-5 Criteri diagnostici

Disturbo narcisistico di personalità

Un pattern pervasivo di grandiosità (nella fantasia o nel comportamento), necessità di ammirazione e mancanza di empatia, che inizia entro la prima età adulta ed è presente in svariati contesti, come indicato da cinque (o più) dei seguenti elementi:

1. Ha un senso grandioso di importanza (per es., esagera risultati e talenti, si aspetta di essere considerato/a superiore senza un'adeguata motivazione).
2. E' assorbito da fantasie di successo, potere, fascino, bellezza illimitati, o di amore ideale.
3. Crede di essere speciale e unico/a e di poter essere capito/a solo da, o di dover frequentare, altre persone (o istituzioni) speciali o di classe sociale elevata.
4. Richiede eccessiva ammirazione.
5. Ha un senso di *entitlement* (cioè l'irragionevole aspettativa di speciali trattamenti di favore o di soddisfazione immediata delle proprie aspettative).
6. Sfrutta i rapporti interpersonali (cioè approfitta delle altre persone per i propri scopi).
7. Mancanza di empatia: è incapace di riconoscere o di identificarsi con i sentimenti e le necessità degli altri.
8. E' spesso invidioso degli altri o crede che gli altri lo invidino.
9. Mostra comportamenti e atteggiamenti arroganti, presuntuosi.

Fonte: DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013)

Tabella 1: Criteri diagnostici per il disturbo narcisistico di personalità secondo il DSM-5 (APA, 2013)

Le caratteristiche associate a supporto della diagnosi riguardano:

-La vulnerabilità dell'autostima, che rende questi soggetti particolarmente sensibili alle cosiddette "ferite narcisistiche", derivanti dall'esposizione a critiche e frustrazione. Simili esperienze possono

lasciarli umiliati, sviliti, “svuotati”, possono altresì reagire con rabbia, sdegno o comportamenti aggressivi e svalutanti.

-Le relazioni interpersonali ne risultano compromesse a causa delle costanti pretese di ammirazione, contestuali alla mancanza di empatia e sensibilità verso quelli che sono i bisogni altrui.

-Talvolta il funzionamento lavorativo può essere assai scarso: sebbene l’ambizione e l’arroganza possano condurre a risultati elevati, le prestazioni possono subire un declino a causa dell’ipersensibilità alla critica o alla sconfitta.

-Sentimenti persistenti di vergogna e umiliazione possono esitare in ritiro sociale, umore depresso o distimia (disturbo depressivo persistente).

-Al contrario, periodi prolungati di grandiosità possono associarsi ad umore ipomaniacale.

-Il disturbo narcisistico di personalità è anche associato all’anoressia nervosa, ai disturbi da uso di sostanze (specialmente la cocaina) e nell’ambito dei disturbi di personalità è di frequente riscontro una contaminazione inter e intra cluster, in particolare con disturbi istrionico, borderline, antisociale e paranoide (APA, 2013).

La prevalenza è compresa, secondo le definizioni del DSM-IV, tra lo 0 e il 6,2% nei campioni dei soggetti rappresentativi delle comunità, mentre riguarda il 2-16% all’interno della popolazione clinica.

All’interno del DSM-5, si stima che il 50-75% dei soggetti con diagnosi di disturbo narcisistico di personalità sia di sesso maschile, tuttavia studi più recenti in realtà disconfermano l’esistenza di un *copyright* di genere (Bruzzone, 2020; Kring & Johnson, 2019; Gabbard, 2015).

Gabbard (2019) accosta alla descrizione del narcisista la figura di Ὕδρα, Hýdra, un leggendario mostro della mitologia greca e romana, descritto come un serpente marino a nove teste, pleomorfo, capace di cambiare forma. Parallelamente, il narcisismo può declinarsi in diverse manifestazioni

cliniche nei diversi soggetti, il che rappresenta un'ulteriore criticità sotto il profilo diagnostico, specie in considerazione del fatto che alcune caratteristiche non vengono prese in considerazione all'interno della classificazione fornita dal DSM-5.

Lungo il continuum che si snoda tra normalità e patologia, all'interno dell'area patologica Gabbard (1989) distingue il *narcisista inconsapevole*, il cui profilo, tra grandiosità ed arroganza, ricalca la definizione fornita dal DSM, ed il narcisista *ipervigile*, dimensione più celata, costantemente focalizzato sui feedback che gli giungono dall'esterno nella perpetua angoscia di essere svalutato, paura che si innesta nel senso di inadeguatezza che sempre lo permea. Le fantasie di grandezza, così come la tendenza allo sfruttamento interpersonale e l'assenza di empatia, sono trasversali ad entrambe le tipologie.

Il narcisista inconsapevole ed ipervigile di Gabbard, possono essere ricondotti alla distinzione fornita da Rosenfeld di *narcisista dalla pelle dura* e *narcisista dalla pelle sottile*, e da Wink (1991) di narcisista *overt* e *covert*, rispettivamente vulnerabile e grandioso, supportata da evidenze empiriche: un'analisi dei componenti principali di 6 scale di narcisismo del Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) ha portato al riscontro di due fattori ortogonali, uno che implica *grandiosità-esibizionismo* e l'altro *vulnerabilità-sensibilità*. Sebbene non correlati tra loro, questi due fattori erano entrambi associati a caratteristiche fondamentali del narcisismo come la presunzione, l'autoindulgenza e il disprezzo degli altri. Nonostante questo nucleo comune, tuttavia, la vulnerabilità-sensibilità era associata a introversione, bassa autostima, difensività, ansia e vulnerabilità ai traumi della vita, mentre grandiosità-esibizionismo era correlata all'estroversione, alla sicurezza di sé, all'esibizionismo e all'aggressività. Recenti contributi empirici hanno confermato la variabile vulnerabile della patologia, caratterizzata da esperienze interiori di vuoto, invidia, vergogna, rabbia, idee persecutorie con ipersensibilità al rifiuto e alle critiche, tendenze all'evitamento sociale ed al ritiro (Akhtar, 2003; Dickinson, Pincus, 2003), portando ad un riconoscimento della stessa all'interno della concettualizzazione psichiatrica (Skodol e coll, 2011; Madeddu, 2020): sebbene la dimensione *covert* non sia approfondita all'interno del DSM, alcuni tratti ad essa riconducibili vengono

evidenziati all'interno del modello alternativo (“autovalutazione estremamente alta o bassa, o oscillante tra questi due estremi”, “La regolazione emotiva rispecchia le fluttuazioni dell'autostima” (APA, 2013, p. 890).

Da un'analisi della letteratura si può inferire che, come scrive Madeddu: “*I narcisisti vulnerabili appaiono generalmente come persone timide e inibite, nonostante celino segrete fantasie grandiose (...) La vulnerabilità narcisistica sembra riflettersi in una tendenza costante ad esperire un ampio spettro di emozioni negative quali disagio, ansia, rabbia e depressione, aspetto confermato anche da alcuni lavori basati sul Five Factor Model - FFM (Miller, Maples, 2011) (...) un generale disprezzo verso se stessi e una conseguente autosvalutazione*”.

Un recente studio di Russ e collaboratori (2008), servendosi delle scale della SWAP-II e coinvolgendo ben 1200 clinici tra psichiatri e psicologi e 255 pazienti con diagnosi di disturbo narcisistico di personalità, ponendosi l'obiettivo di fornire un ricco contributo empirico, ha individuato anche un terzo tipo di narcisismo patologico, connotato da aspetti particolarmente distruttivi che lo rendono peculiare: *il narcisismo grandioso-maligno*. Esso si configura come un esagerato senso di importanza, mancanza di rimorso, manipolazione interpersonale, rabbia furiosa, ricerca di potere interpersonale e senso di *entitlement*.

All'interno di questo lavoro è emerso anche come, invero, tutte e tre le forme di narcisismo patologico sopracitate condividano alcune caratteristiche chiave, non approfondite all'interno della definizione di narcisismo restituita dal DSM-5, e che riguardano: la vulnerabilità interpersonale, difficoltà di regolazione affettiva, competitività e disagio emozionale.

Di tali elementi rende conto il PDM-2 (Lingiardi, 2020), Manuale Diagnostico Psicodinamico, che accanto al fondamentale contributo del DSM-5 incontra consensi sempre maggiori all'interno della comunità scientifica in ambito forense, poiché imprescindibile al fine di comprendere quello che è il funzionamento di tali soggetti, in ambito lavorativo ed interpersonale. Il funzionamento, infatti,

aspetto maggiormente enfatizzato all'interno del Trattato di Psichiatria Forense (Fornari, 2019), rappresenta il precursore di una serie di condotte aggressive, etero ed auto dirette, entro le quali il narcisismo maligno gioca un ruolo fondamentale.

In particolare, l'obiettivo del PDM-2 è quello di *“cogliere le Gestalt della complessità umana, combinando la precisione dei sistemi dimensionali alla maneggevolezza delle formulazioni categoriali; inoltre (...) si serve di un approccio multidimensionale al fine di delineare le caratteristiche del funzionamento globale di un paziente in vista di un suo invio al trattamento”* (Lingiardi, 2020, p. 6). Il focus si declina su tre assi:

- **Sindromi di personalità – Asse P:** si riferisce al livello di *organizzazione* della personalità, all'interno di uno spettro di funzionamento che va da un livello sano ad uno psicotico, passando da un'organizzazione nevrotica e un'organizzazione borderline di personalità. Ad ogni livello del continuum possono presentarsi differenti stili o pattern di personalità, che differiscono per gravità.
- **Profilo del funzionamento mentale – Asse M:** fornisce un quadro dettagliato di quella che è la vita psichica dell'individuo, sistematizzando ed operazionalizzando costrutti quali l'elaborazione delle informazioni, la regolazione degli impulsi, la capacità di riflettere sugli stati mentali propri e altrui, di stabilire e mantenere relazioni e di regolare l'autostima, le strategie di coping, i meccanismi di difesa, l'adattamento e la resilienza, la formazione di standard morali, la capacità di dare coerenza all'esperienza personale. Tali capacità possono essere valutate attraverso il ricorso ad una selezionata batteria di test psicodiagnostici.

Tabella 2: I principali strumenti di valutazione di ciascuna capacità all'interno dell'Asse M

CAPACITA' DI REGOLAZIONE, ATTENZIONE E APPRENDIMENTO	CAPACITA' DI CONTROLLO E REGOLAZIONE DEGLI IMPULSI
Wechsler Adult Intelligence Scale - Fourth Edition (WAIS-IV; Wechsler; 2008) Modified Mini Mental State Examination Montreal Cognitive Assessment	Shedler-Western Assessment Procedure-200 Barratt Impulsiveness Scale - 11

CAPACITA' DI FARE ESPERIENZA, COMUNICARE E COMPRENDERE GLI AFFETTI Shedler-Western Assessment Procedure-200 Social Cognition and Object Relations Scale Affective Neuroscience Personality Scale	FUNZIONAMENTO DIFENSIVO Defense Mechanism Rating Scales Defensive Functioning Scale Defense-Q
CAPACITA' DI MENTALIZZAZIONE E FUNZIONE RIFLESSIVA Reflective Functioning Scale (Fonagy, Target, 1998) Shedler-Western Assessment Procedure-200 SWAP Insight Scale	CAPACITA' DI ADATTAMENTO, RESILIENZA E RISORSE PSICOLOGICHE Shedler-Western Assessment Procedure-200 COPE Inventory Adult Attachment Interview
CAPACITA' DI DIFFERENZIAZIONE E INTEGRAZIONE (IDENTITA') Differentiation-Relatedness Scale Scales of Psychological Capacities Object Relation Inventory	CAPACITA' DI AUTO-OSSERVAZIONE (MENTALITA' PSICOLOGICA) Psychological Mindedness Scale Toronto Alexythymia Scale-20 (TAS-20)
CAPACITA' DI RELAZIONI E INTIMITA' Shedler-Western Assessment Procedure-200 Core Conflictual Relationship Theme Adult Attachment Interview	CAPACITA' DI COSTRUIRE E RICORRERE A STANDARD E IDEALI Shedler-Western Assessment Procedure-200 Prosocial Reasoning Objective Measure Psychopathy Checklist - Revised
REGOLAZIONE DELL'AUTOSTIMA E QUALITA' DELL'ESPERIENZA INTERNA Rosemberg Self-Esteem Scale Shedler-Western Assessment Procedure-200 Adult Attachment Interview	SIGNIFICATO E DIREZIONALITA' Personal Orientation Inventory Shedler-Western Assessment Procedure-200

- Pattern sintomatologici ed esperienza soggettiva – Asse S:** descrive gli stati affettivi, i livelli di depressione e ansia, i processi cognitivi, le esperienze somatiche e le dinamiche relazionali che ne scaturiscono. In altre parole, declina i pattern sintomatologici descritti dal DSM-5 nei termini dell'esperienza che ne deriva. Detti parametri, come si vedrà dettagliatamente in seguito, possono essere studiati adeguatamente, accanto al profilo dell'asse P, attraverso la somministrazione dell'MMPI-II (Butcher, Williams, Graham, Archer, Tellengen, Ben-Porath, Kaemmer), strumento versatile ed esaustivo che trova largo

impiego in ambito clinico e forense, oppure del Narcissistic Personality Inventory (NPI; Raskin e Hall, 1979; Raskin e Terry, 1988).

Infine, all'interno di questo asse vengono presi in considerazione i meccanismi psicologici legati alla cultura, all'identità di genere e orientamento sessuale.

I tre assi suddetti vengono valutati seguendo un ordine diverso a seconda della fascia d'età a cui ci si riferisce: negli adulti, la cui personalità rappresenta ormai una caratteristica stabile che merita un focus primario all'interno dell'*assessment* e del setting terapeutico, si dà priorità nella valutazione all'Asse P. Al contrario, durante l'età evolutiva, stante i processi trasformativi in essere e la maggiore plasticità, il focus principale è sui processi all'interno dell'asse M (Lingiardi, 2020).

All'interno dell'asse P le personalità narcisistiche vengono descritte lungo un continuum di gravità che va dal livello nevrotico (individui che, pur non essendo capaci di intimità, possono essere socialmente adeguati ed adattati in ambito familiare, lavorativo e degli interessi coltivati) fino a quello psicotico, con diffusione dell'identità, assenza di moralità e modalità di rapportarsi agli altri estremamente distruttive (narcisisti maligni) (Kernberg, 1984; Russ, 2008). I disturbi narcisistici possono essere concettualizzati su di un continuum con la psicopatia (Gabbard, 2019).

Le caratteristiche principali del disturbo vengono così sintetizzate:

- **Aspetti costituzionali:** nessuna evidenza specifica.
- **Tensione/preoccupazione principale:** Inflazione vs deflazione dell'autostima.
- **Affetti principali:** Vergogna; umiliazione; disprezzo; invidia.
- **Credenza patogena caratteristica relativa a se stessi:** “Devo essere perfetto per sentirmi bene”.
- **Credenza patogena caratteristica relativa alle altre persone:** “Gli altri hanno ricchezza, bellezza, potere e fama. Più neavrò anche io e meglio starò”.

- **Modi principali di difendersi:** Idealizzazione; svalutazione (Lingiardi, 2020).

Appare chiaro come, a fronte di tale complessità, pervenire ad una diagnosi sia tutt'altro che banale e richieda una grande esperienza da parte del clinico. Quest'ultimo, coniugando i contributi suddetti, deve pervenire ad una sintesi coesa che consideri la pluralità dei fattori implicati, con l'obiettivo di strutturare un intervento su misura sebbene, come si vedrà, la prognosi non si rivela in tutti i casi favorevole.

1.3 Contributi teorici recenti e prospettive di trattamento

A partire dalle prime concettualizzazioni psicodinamiche sul narcisismo, si sono diramate diverse vedute sul tema. Da un lato, si osserva che Rosenfeld e Kernberg si pongono in continuità con il lavoro della Klein, dedicando un focus particolare su quelli che sono i meccanismi di difesa presenti nel narcisismo e da dove essi originino. Un'altra direzione è quella di Khout, che si concentra in modo peculiare sul ruolo di un ambiente di sviluppo disfunzionale nell'origine del disturbo (Madeddu, 2020), come si vedrà dettagliatamente nella seconda parte del presente elaborato.

Winnicott e Fonagy si collocano all'interno di una visione che abbraccia, in parte, entrambi i contributi.

1.3.1 Khout

Potremmo definire quella di Khout come una teoria del *deficit*: Khout vede nel narcisismo patologico un arresto dello sviluppo del Sé conseguente ad un fallimento empatico genitoriale. Un'assenza di rispecchiamento danneggerebbe il sano sviluppo dei processi di idealizzazione, che verrebbero pertanto cristallizzati a livello del cosiddetto *Sé arcaico grandioso*. Ecco perché, per tutta la vita, il

soggetto andrebbe incessantemente in cerca di “oggetti Sé” nei quali rispecchiarsi, che possano restituirgli un’immagine di Sé che risponda al suo frustrato bisogno di idealizzazione.

1.3.2 Rosenfeld

Sul versante opposto, il centro del pensiero di Rosenfeld (1987) riguarda la messa in campo, da parte del soggetto narcisista, di una serie di difese primariamente finalizzate a evitare la dipendenza e l’invidia verso l’oggetto. A ciò sottende l’identificazione con un oggetto parziale primitivo, totipotente, che consente il diniego della dipendenza dagli altri. Esporsi al bisogno di dipendenza, in quest’ottica, significherebbe ammettere di non essere totipotente e che gli altri mi possono dare qualcosa di buono, ma per il principio dei vasi comunicanti, questo significherebbe “svuotare” il narcisista e determinerebbe un sentimento di invidia.

1.3.3 Kernberg

In parziale continuità con il pensiero di Rosenfeld, Kernberg enfatizza il ruolo della *scissione* come difesa primitiva attraverso la quale il soggetto può polarizzare gli affetti per difendersi dall’ambivalenza: gli affetti negativi e l’aggressività vengono pertanto scissi, negati dall’arena di consapevolezza del soggetto e *proiettati* all’esterno (nel delinarsi della contestuale svalutazione dell’oggetto). Su tali presupposti si innesta la costruzione del cosiddetto *Sé grandioso*: Sé patologico che integra le parti apprezzabili del proprio Sé, le parti del proprio Sé idealizzate, e le parti del Sé dell’oggetto idealizzate, “sottratte” e fatte proprie (Madeddu, 2020). Gli altri, in quest’ottica, sono visti come semplicemente funzionali a rappresentare per Narciso uno specchio nel quale ammirarsi e dal quale attingere, attraverso apprezzamento e lodi, nutrimento per il proprio Sé grandioso. Da ciò scaturiscono:

-intensa paura di umiliazioni e ferite narcisistiche, che metterebbero il soggetto in contatto con le parti di sé rinnegate;

-tendenza allo sfruttamento interpersonale, ovvero ad utilizzare gli altri per i propri bisogni, ivi incluso quello di mantenere la propria autostima riparandosi da invidia e dipendenza;

-estrema resistenza al trattamento, in quanto rappresenterebbe una minaccia all'integrità delle proprie rappresentazioni scisse.

1.3.4 Terapie evidence-based

Ed ecco che, in ultima istanza, il focus dei contributi recenti si è rivolto a quelle che sono le prospettive di intervento in ambito terapeutico. Quest'ultimo tema appare come un territorio spinoso, sia sul versante dell'accesso e della creazione di un'alleanza terapeutica, sia per quanto riguarda la valutazione empirica degli *outcomes* al trattamento.

Infatti, a fronte del costante timore del giudizio, i soggetti affetti da DNP difficilmente richiedono l'accesso alla terapia, se non motivati da interessi secondari, che possono riguardare il malessere esperito in seguito alla slatentizzazione del nucleo depressivo, sempre celato al di sotto della grandiosità esibita, così come il trarre vantaggi secondari (ad esempio a livello interpersonale oppure in ambito giudiziario, per quella che è stata la mia esperienza professionale al riguardo, nei casi di denuncia per violenza domestica o valutazione delle competenze genitoriali).

Nello specifico, Gabbard e Crisp (2018) identificano una sintesi dei motivi che più frequentemente soggiacciono all'accesso in terapia dei soggetti con DNP. Questi interessano:

- ultimatum o richieste da parte dei familiari, dei colleghi o del tribunale;
- insoddisfazione per la vita;
- incapacità di raggiungere o di perseguire gli obiettivi ambiti;
- crisi acute, fallimenti o licenziamenti;
- disturbi mentali diversi in comorbidità (per es.: disturbo bipolare, abuso di sostanze, PTSD: disturbo post-traumatico da stress, depressione maggiore, DBP: disturbo borderline di personalità);
- intenzionalità suicidaria, ideazione suicidaria acuta grave, sopravvivenza ad un tentato suicidio eseguito con effettiva volontà anti-conservativa. Quest'ultima in genere scaturisce da perdite del

lavoro, crisi finanziarie, mancate promozioni, divorzio, perdita di legami di supporto auto regolatorio, altre esperienze soggettivamente traumatiche ed umilianti: tutte circostanze che espongono il soggetto a ferite narcisistiche (Gabbard, 2019). Nella vergogna, pertanto, risiede il principale motore di tali condotte suicidarie.

All'interno del setting terapeutico, risulta fondamentale a fronte di un paziente narcisista definire con chiarezza la cornice analitica fin dal principio: spesso questi soggetti, in virtù del proprio senso di *entitlement*, tentano di spingere il terapeuta a fissare confini meno rigidi del consueto oppure si mettono in condizione di non rispettarli. Il terapeuta potrebbe essere portato a cedere nel tentativo di promuovere l'alleanza terapeutica. La creazione di un'alleanza terapeutica è un fattore cruciale per la buona riuscita della terapia stessa, ma è un parametro altrettanto complesso in presenza di pazienti narcisisti a causa della difficoltà a validarne il vissuto senza cedere a pattern controtransferali di ostilità, inadeguatezza, noia: spesso il terapeuta può sentirsi sminuito, trattato con condiscendenza, svalutato o addirittura minacciato (Gabbard, 2019), in balia dei tentativi di *controllo onnipotente* messi in atto dal paziente.

Il trattamento del disturbo narcisistico è ulteriormente complicato da:

- Assenza di studi longitudinali che prevedano un follow-up di questi pazienti, indagando adeguatamente quelli che sono gli effetti della terapia a lungo termine;
- Eterogeneità dei quadri sintomatologici ed eziologici associati al disturbo.

La scarsità di studi randomizzati in questo settore, ha condotto a considerare la psicoanalisi come terapia d'elezione, nel delinearsi di protocolli terapeutici *evidence-based* i cui tassi di successo, tuttavia, dipendono dalla gravità e dall'età del paziente.

Accanto ad alcune terapie cognitivo-comportamentali (dialectical behavior therapy, schema-focused therapy) ed alla terapia basata sulla mentalizzazione (MDT), la terapia ad oggi maggiormente

impiegata nel trattamento del disturbo narcisistico di personalità è la *Transference-Focused-Psychoterapy (TFP)*, sviluppata e validata da Kernberg e i suoi collaboratori al Personality Disorder Institute di New York (della quale lo stesso Kernberg è il direttore). Nel panorama delle terapie *evidence-based* (la cui efficacia, cioè, è stata dimostrata in almeno due trial indipendenti), la TFP si differenzia in quanto si è rivelata l'unica in grado di migliorare non solo i sintomi, ma anche il funzionamento della personalità nelle aree del Sé e delle relazioni interpersonali e la funzione riflessiva (ovvero la capacità di mentalizzazione). Inoltre l'attaccamento, misurato attraverso l'Adult Attachment Interview (AAI) (George, Kaplan, Main, 1987), in un'elevata percentuale di soggetti passa da un pattern insicuro ad un attaccamento di tipo sicuro (Kernberg et al., 2008).

Le sedute sono videoregistrate, in modo da poterne verificare la corretta applicazione del protocollo operazionalizzandone i contenuti.

Tabella 3: Protocollo della FTP (Kernberg, 1978, Madeddu, 2020)

Elementi chiave della FTP	
PRIMA DEL TRATTAMENTO	IL TRATTAMENTO
<p>Diagnosi strutturale: comprensione, attraverso il protocollo RADIOS, del livello di organizzazione della personalità e gravità della compromissione. Attraverso la ricerca di elementi pratici nella storia del paziente, occorre ricostruire quelli che sono: <i>Reality testing (esame di realtà), Aggressività, Difese, Identità, Object Relations (relazioni interpersonali), Super-Io (valori morali)</i></p>	<p>Monitorare i tre canali di comunicazione:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ciò che il paziente dice, 2. ciò che il paziente fa, 3. le reazioni controtransferali (ovvero come si sente il terapeuta).
<p>Condividere l'impressione diagnostica con il paziente: occorre essere diretti e sinceri, sia nell'esplicitare la diagnosi, sia i limiti della terapia</p>	<p>Tollerare la confusione: occorre resistere all'impulso di agire a fronte del caos comunicativo del paziente: ciò significa controllare il proprio controtransfert</p>

<p>Contatto con i curanti precedenti ed i familiari: i pazienti potrebbero non essere d'accordo, ma questo passaggio risulta fondamentale per pervenire ad un'adeguata raccolta anamnestica. I pazienti spesso tendono ad avere un eloquio confuso e/o a mostrare un'immagine desiderabile di sé, ecco perché occorre il ricorso a molteplici fonti di informazione. Inoltre, ciò consente di poter avere un supporto che dia continuità al trattamento.</p>	<p>Identificare le relazioni oggettuali dominanti: rappresenta una strategia centrale della FTP finalizzata all'integrazione delle immagini di Sé e dell'altro scisse (e proiettate). E' importante in questo frangente identificare le oscillazioni di ruolo (<i>role-reversal</i>), fenomeno per il quale il paziente dice una cosa, ma si comporta in modo opposto: occorre identificare la diade scissa e metterla in luce al paziente.</p>
<p>Esplicitare gli obiettivi del trattamento</p>	<p>Gestire le tempeste affettive</p>
<p>Contratto: Cornice entro la quale ha luogo il trattamento e che ne rappresenta <i>condicio sine qua non</i>: la terapia può avere inizio solo se vi è accordo tra paziente e terapeuta su quelli che sono i "paletti" da non valicare. E' quindi necessario esplicitare limiti e responsabilità reciproche. Nel momento in cui il paziente devia dal contratto, si può intervenire favorendo l'esplorazione e la presa di consapevolezza circa i comportamenti disfunzionali messi in campo.</p>	<p>Interventi ripetuti: la terapia ha cadenza bisettimanale e prevede un percorso lungo e complesso. Il fine ultimo è promuovere nel paziente la comprensione del proprio bisogno di fare ricorso a meccanismi difensivi primitivi come la scissione e l'identificazione proiettiva, così da poterlo aiutare a tollerare progressivamente l'ambivalenza favorendo un'integrazione realistica e adattiva delle rappresentazioni di Sé e dell'altro.</p>

L'ipotesi di Kernberg circa la maggiore trattabilità di pazienti adulti (1978) trova riscontro all'interno del Children in the Community (CIC) study, progetto sviluppato dalla Columbia University (NY) che ha dato luogo ad un vasto studio longitudinale che ha coinvolto, per oltre vent'anni, un gruppo di 800 individui dai 9 anni all'età adulta. Emerge come le caratteristiche dei disturbi di personalità rimangono stabili, indipendentemente dal cluster, ma anche come i sintomi (ed è vero in particolare per il DNP,) possano sovente andare incontro ad un progressivo miglioramento con una stabilizzazione nella prima età adulta (Madeddu, 2020). Risultati sovrapponibili sono stati ottenuti in altro studio, sempre longitudinale diramatosi in un ventennio, ad opera di Carlson e Gjerde (2009), con particolare focus sul DNP: ad un aumento dei livelli di narcisismo esibito nella tarda adolescenza (aspetto invero non messo in luce dal CIC), segue un periodo di parziale remissione dei sintomi misurati a 23 anni.

Per quanto riguarda, invece, la buona riuscita del trattamento, essa dipende primariamente dal livello di compromissione soggettiva: la prognosi è più severa per quei soggetti che si collocano al polo più estremo del continuum, ovvero i narcisisti maligni, il cui quadro personologico è connotato da elementi quali aggressività egosintonica auto o etero-diretta, gravi tratti paranoidei, tratti antisociali (Madeddu, 2020). Questi non rappresentano, secondo Kernberg (1978), candidati al trattamento psicoanalitico.

Capitolo 2

CRIMINI E NARCISISMO

La cronaca nera vede sovente come autori di crimini violenti soggetti con disturbo narcisistico di personalità. Questo ha a che vedere, come è intuibile, da un lato con alcune caratteristiche tipiche della loro modalità di funzionamento in relazione agli altri (scarsa empatia, tendenza alla scissione e all'identificazione proiettiva, invidia, scarsa tolleranza della frustrazione specie a fronte di ferite narcisistiche), dall'altro alla frequente comorbidità con altri disturbi di personalità, soprattutto del cluster B, e parafilie (Watts et al., 2017). Tali crimini violenti rappresentano l'*acme* di un continuum di condotte che si analizzeranno in questi paragrafi e che si configurano come potenti indicatori di un potenziale rischio di escalation: per tale motivo risulta utile saperle correttamente interpretare sia in ambito professionale clinico e psicologico-forense, sia soprattutto in ambito privato e relazionale.

2.1 Narcisismo e violenza psicologica: la manipolazione affettiva

Una volta comprese le caratteristiche del disturbo connesse alla peculiare modalità di funzionamento interpersonale, non sorprende riscontrare con straordinaria frequenza il narcisismo negli autori di violenza domestica, fisica e/o psicologica, che possono talvolta perfino culminare nel femminicidio e nell'infanticidio.

Già Kernberg (1970) riteneva che un fattore centrale nello sviluppo della personalità narcisistica fosse rappresentato dall'aggressività di eziologia costituzionale o ambientale, la cui severità rappresenta infatti un fattore chiave per valutare la prognosi all'interno della FTP, che si riverbera in intensa invidia e svalutazione verso il prossimo. Il narcisismo in ambito familiare talvolta è il motore di escalation violenta, nei termini sia di violenza psicologica, sia di violenza fisica, laddove il setting

familiare disattenda quelle che sono le aspettative di ammirazione del Narciso e/o nel caso in cui il partner sia percepito come oggetto di invidia.

È necessario, a questo punto, fare un passo indietro andando ad analizzare il comportamento del Narciso all'interno delle relazioni amorose.

Asseriva Cavaliere: *“La relazione con un narcisista è come un gioco d'azzardo: inizi con una bella vincita e poi una serie di perdite. Tu continui a giocare ricordando la sfavillante vincita ormai lontana”*.

Un pionieristico studio del 2016, condotto da una studentessa laureanda presso l'Università dell'Arkansas (Struzenberg, 2016) ha messo in luce, attraverso un lavoro che ha coinvolto un campione di 484 soggetti di età compresa tra i 18 e i 30 anni, come i tratti narcisisti risultavano positivamente correlati ad un attaccamento evitante o ambivalente (costrutto che si analizzerà nel dettaglio in seguito) e a modalità di approccio basate sul cosiddetto **“love bombing”**, che consiste letteralmente nel “bombardare” l'altra persona, nelle fasi iniziali della relazione, di un grande numero di stimoli positivi e gratificanti allo scopo di ottenere potere su di essa.

Vaknin (2020) identifica quattro funzioni del love bombing:

- 1) Trasmettere l'idea di essere un partner virtuoso, puro e autentico, mosso da impegno e buone intenzioni;
- 2) Trasmettere intensità e persistenza del proprio sentimento;
- 3) Generare nel target una “bolla di realtà virtuale”, all'interno della quale prende piede una sorta di “fantasia condivisa” ed escludente gli altri, per certi versi simile ad una psicosi;
- 4) Indurre il partner ad entrare nella “sala degli specchi”, ove può restituire al Narciso la sua immagine idealizzata. Gabbard (2015) sottolineava che la grande tragedia che affligge queste persone è la loro incapacità di amare: nelle relazioni l'altro è solo funzionale a nutrire il proprio Ego.

Il love bombing si associa ad un'iperproduzione, da parte di colui che lo subisce, di dopamina, ossitocina (OT) e feniletilamina, nel delinearsi dell'innamoramento. L'innamoramento e la dipendenza da sostanze condividono l'innestarsi di un medesimo assetto neurobiologico, all'interno del quale gioca il ruolo di protagonista la dopamina all'interno del circuito mesocorticolimbico (Zou et al., 2016; Attili, 2017; Redkey, 2018).

Il problema è che, in seguito al love bombing iniziale, molto efficace nell'indurre una vera e propria dipendenza, il soggetto narcisista mette in campo il cosiddetto *rinforzo intermittente* (Vaknin, 2020): al fine di sincerarsi che la vittima sia adeguatamente "agganciata", inizia a manifestare, dapprima in modo occasionale, poi sempre più frequente, comportamenti svalutanti con l'obiettivo di saggiare quanto essa sia disposta a tollerare. Come descritto dalla Dott.ssa Perli Marika, psicologa, psicoterapeuta e criminologa, inizierà così la sua "danza narcisistica" tra comportamenti positivi (si mostra come un ottimo corteggiatore, un amante premuroso, esibisce slanci travolgenti, è romantico e galante) e negativi (diviene repentinamente incostante e confusivo, insensibile, geloso fino all'aggressività ed incline al tradimento), in grado di indurre una notevole dissonanza cognitiva in chi li subisce. Questa rappresenta la fase più delicata del rapporto, poiché la vittima o interrompe la relazione, o è destinata a scivolare inesorabilmente verso gli abissi della dipendenza affettiva. Non è tuttavia facile "sganciarsi", perché il nostro cervello funziona per economia: si ricerca un'assonanza con lo stato di benessere iniziale risintonizzandosi sugli aspetti positivi dell'ambivalenza ed enfatizzandoli. In questa dinamica confusa, la vittima inizia a sentirsi la causa dei comportamenti disfunzionali del partner: gli esiti riguardano uno sgretolamento dell'autostima ed un contestuale costante tentativo di compiacere il partner, isolandosi da coloro che criticano la relazione in essere ed abdicando a tutti quei comportamenti che lui disapprova, al fine di ripristinare quei vissuti iniziali idilliaci, ma nel contempo illusori, associati al love bombing. Ciò assume, come anticipato, la connotazione della dipendenza affettiva (che può rappresentare un tratto di personalità preesistente, precursore di una vulnerabilità individuale ad assecondare forme di violenza psicologica, o innescarsi secondariamente alle dinamiche appena descritte, laddove ci si trovi in una fase della vita di

particolare fragilità emotiva), che va a nutrire il desiderio di potere e controllo del narcisista. Questo concetto ci rimanda al Mito di Ovidio, in cui Eco, nonostante le umiliazioni subite, piange la morte di Narciso unendosi al coro di dolore delle Driadi.

All'interno della macabra "danza narcisistica" condotte di svalutazione e abbandono conducono ad un repentino crollo degli ormoni e neurotrasmettitori coinvolti nella dipendenza, determinando una vera e propria sintomatologia legata all'astinenza (che include disturbi cognitivi, emotivi e comportamenti disfunzionali), ed alla conseguente costante ricerca di mantenere la prossimità con l'oggetto della dipendenza (Attili, 2017).

Per mantenere potere e controllo dei quali deve, necessariamente, nutrirsi, il Narciso manterrà attive forme di manipolazione e violenza psicologica (le cui due principale leve sono indurre paura o sensi di colpa) che possono persino scivolare nel *gaslighting*¹ (Akis e coll, 2021; Howard, 2022) e/o in forme di violenza fisica fino all'estremo del continuum rappresentato dall'omicidio.

2.2 Violenza fisica e omicidio

Bushman e collaboratori (1998) individuano un'associazione tra narcisismo e manifestazioni aggressive, ed un legame tra narcisismo e condotte aggressive e devianti si può ritrovare già a partire dall'infanzia e dall'adolescenza (Barry et al., 2003).

Lo stesso Kernberg approfondì la definizione di narcisista maligno, riferita a quei soggetti che, collocandosi all'interno del continuum narcisistico ad un gradino più alto, accanto al disturbo

¹ Il *gaslighting* - termine coniato dall'opera teatrale *Gaslight (1938)* del drammaturgo britannico Patrick Hamilton, e successivi adattamenti cinematografici - si configura come una forma di manipolazione particolarmente subdola, nella quale vengono presentate alla vittima informazioni false e fuorvianti con lo scopo di annullarne progressivamente la capacità di giudizio e valutazione. Essa, indotta a dubitare della propria memoria e percezione, risulterà completamente dipendente da un punto di vista psicologico dal proprio aguzzino, mosso a propria volta da un bisogno di potere e controllo. Ho scelto di inserire questa sezione del mio trattato all'interno del capitolo dedicato ai *crimini* proprio perché tali condotte messe in atto dal narcisista possono essere annoverate all'interno di uno scenario di violenza psicologica, normata dall'articolo 582 del Codice penale.

antisociale di personalità, traggono nutrimento per il proprio Sé grandioso esercitando dominio e controllo sugli altri, attraverso modalità aggressive improntate alla prevaricazione.

Numerosi studi nell'ambito delle neuroscienze ci offrono un riscontro in questo senso: in soggetti con elevati punteggi di narcisismo grandioso si assiste ad una diminuzione della risposta fisiologica (conduttanza cutanea, aritmia sinusale respiratoria, intervallo di tempo sistolico) in relazione a stimoli fastidiosi (es. un rumore), similmente a quanto accade nella psicopatia, suggerendo una continuità con essa ed una riduzione dell'ansia anticipatoria e della capacità di inibizione dei comportamenti associati a *punishment*. (Silvers et al., 2008). Inoltre, risultati simili sono stati ottenuti in uno studio che ha coinvolto giovani detenuti: è emersa in quei soggetti che mostravano elevati livelli di narcisismo e una bassa reattività fisiologica (nei termini di frequenza cardiaca, conduttanza cutanea e aritmia sinusale respiratoria) una maggiore aggressività proattiva ed una maggiore suscettibilità alla cattura attentiva da parte di stimoli negativi (Muñoz Centifanti et al., 2013).

Infine, uno studio di Jacob (2005) ha evidenziato che l'alterazione del gene MAOA (coinvolto nel metabolismo delle monoaminossidasi A: noradrenalina, dopamina, serotonina), legata a maggiori manifestazioni aggressive, è stata evidenziata in 566 pazienti con disturbi della personalità rispetto a 281 controlli sani: tale genotipo era significativamente associato ai disturbi di personalità del cluster B ($\chi^2=7,77$, $p=0,005$, $df=1$), ivi compreso il DNP.

I contributi teorici e le evidenze sperimentali descritte finora forniscono una soddisfacente spiegazione del frequente riscontro di personalità narcisistiche tra gli autori di reati e crimini violenti, anche seriali (Geberth, 1997; Knight, 2006).

Rimanendo momentaneamente ancorati agli omicidi in ambito domestico, Bruzzone (2020a) identifica numerosi casi di femminicidio avvenuti in Italia ad opera di soggetti con tratti di personalità narcisistici, supportati da una cultura ancora profondamente intrisa di sessismo.

È il caso di Roberto Spaccino, che nella notte tra il 24 e il 25 maggio 2007 ha strangolato la moglie Barbara Cicioni, all'ottavo mese di gravidanza. Barbara si fidanzò con Roberto appena quattordicenne, lui allora ventenne esibiva già atteggiamenti grandiosi, prepotenti, controllanti e possessivi. Nonostante la ferma opposizione della famiglia di Barbara, innanzi alle bugie, al disimpegno in ambito lavorativo, ai ripetuti tradimenti e alle aggressioni verbali e fisiche di Roberto, i due si sposarono. La loro vita coniugale sarà tutt'altro che idilliaca: Roberto conduceva uno stile di vita parassitario lasciando che fosse Barbara ad occuparsi della casa, dei due figli, della lavanderia della quale era proprietaria e dalla quale, il marito, non lavorando, soleva sottrarle gli incassi per sperperarli tra videopoker e nightclubs. Nel frattempo, tuttavia, l'invidia esplosiva di Spaccino nei riguardi della moglie, realizzata in ambito lavorativo e apprezzata a livello interpersonale, si esprimeva attraverso atteggiamenti sempre più svalutanti e denigratori, senza alcuna remora ad insultarla e minacciarla in pubblico e ad agire violenza su di lei, persino, mosso dall'ira di non trovare un calzino, in gravidanza (fattore, quest'ultimo, associato ad un elevatissimo rischio di escalation letale). Quando Barbara restò incinta per la terza volta, stavolta di una bambina, Roberto la avvertì: "Se viene come te, giuro che l'ammazzo". Barbara trovò in queste parole la forza per tentare di porre fine al loro rapporto, scenario inaccettabile per Roberto che, pertanto, punto nell'Ego decise di assassinarla nella notte assieme alla bambina che portava in grembo, con una modalità fredda e calcolata tipica del narcisista, addirittura mettendo in campo uno *staging* nel goffo tentativo di depistare le indagini, mentre i figli dormivano nella stanza accanto.

Al processo Spaccino verrà imputato per l'omicidio volontario della moglie, aggravato dalle condizioni fisiche della stessa (incinta all'ottavo mese ed affetta da diabete gravidico), dal coniugio, dai futili motivi e dalla crudeltà. Verrà inoltre accusato di aver provocato l'interruzione di gravidanza in seguito alle lesioni mortali, di maltrattamenti pregressi e reiterati su moglie e figli minori, di simulazione di reato e di calunnia. Cinque associazioni antiviolenza si costituirono parte civile e per la prima volta in Italia, il 18 marzo 2008, in un'aula di tribunale si parlò di "femminicidio".

Spaccino venne condannato all'ergastolo.

Un altro caso paradigmatico è quello del Dott. Matteo Cagnoni, stimato dermatologo cinquantatreenne con una diagnosi di disturbo narcisistico di personalità, definito dallo psicologo Dott. Tadolini che lo aveva in cura come una "personalità narcisistica e vendicativa". Il 16 settembre 2016 il Dott. Cagnoni uccise la moglie Giulia Ballestri, madre dei suoi tre figli, all'interno della propria casa di famiglia, colpendola con ripetute bastonate. Giulia aveva un amante ed era intenzionata a lasciarlo: lo sfaldamento della sua famiglia "perfetta" avrebbe rappresentato per Cagnoni uno sfregio insopportabile all'immagine patinata che si era costruito e voleva veicolare ad ogni costo.

Nonostante Cagnoni si sia ostinatamente proclamato innocente, la sua versione venne smentita da:

-registrazioni restituite dalle videocamere;

-un messaggio di Giulia all'amante mentre si recava in villa con il marito a sbrigare alcune faccende: "se domani non mi trovate, venite a cercarmi";

-un'impronta di scarpa sul sangue di Giulia compatibile alla sua;

-graffi riportati durante la colluttazione.

Autore del libro intitolato "*Se la pelle potesse parlare*", il Dott. Cagnoni si è visto incastrato proprio dai segni che "urlavano" sulla sua pelle.

La premessa ai motivi di conferma della condanna all'ergastolo, emessa dalla Corte d'assise d'appello di Bologna, cita:

"Seppure in mancanza di una confessione (...) il quadro indiziario è talmente grave e univoco che non possono sussistere di fatto, in base alla semplice lettura logica degli elementi a carico, reali dubbi sulla prova piena di responsabilità"

Sono significative nel delinearsi di un quadro narcisista, le intercettazioni in cui si sentono i genitori deresponsabilizzarlo, sminuendo la gravità dei fatti. Il padre affermò: "*Ingiustizia è stata fatta*", e la madre: "*Matteo l'ha fatta grossa ma ha avuto un trauma così grosso (...) hanno pagato tutti e due (...) poi bisognerà guardare anche il frigorifero, ma vabbè, rispetto a quello che è successo...*"

Questi elementi permettono di introdurre alcune riflessioni riguardo il ruolo della genitorialità nel delinarsi del DNP: come si vedrà nel dettaglio all'interno del Capitolo 4, *parenting* inefficaci, improntati alla freddezza e/o all'eccessiva e inopportuna ammirazione rappresentano i principali fattori che la ricerca empirica ha dimostrato essere implicati nello sviluppo di simili quadri personologici.

Occorre a questo punto astenersi dal pensare che un narcisista possa essere meno distruttivo sul versante *covert*, dimensione restituita dalla perizia psichiatrica eseguita su Antonio De Marco, giovane studente di scienze infermieristiche, reo confesso dell'omicidio di Daniele De Santis e della sua fidanzata Eleonora Manta, uccisi rispettivamente con 38 e con 41 coltellate.

Apparentemente dismesso, introverso ed educato, serbava una rabbia ed un'invidia distruttiva nei confronti di Daniele, suo ex coinquilino, "colpevole" di essere avvenente e carismatico e di averlo invitato a lasciare l'abitazione condivisa, di sua proprietà, con l'obiettivo di iniziare una convivenza con Eleonora. Dopo aver conservato le chiavi e pianificato a lungo, attraverso diversi appunti ed annotazioni, i macabri dettagli dell'omicidio, si sarebbe introdotto in casa, una sera, compiendo la propria mattanza senza scrupoli.

Cita la consulenza della criminologa Roberta Bruzzone, esposta dinanzi alla Corte d'Assise a Lecce, nel processo a carico di De Marco: *"Un narcisista maligno, affetto da una psicosi delirante ma di una lucidità spaventosa, in grado di mantenere sempre il contatto con la realtà, prima, durante e dopo aver ucciso. (...) Una personalità pervasa da un Io grandioso (...) incapace di provare pentimento e di chiedere scusa ma spaventosamente lucido tanto da organizzare la sera stessa del duplice omicidio addirittura il suo futuro, cercando su internet il miglior penitenziario italiano (...) capace di pianificare un preciso percorso omicidiario derivante dalla rabbia e dall'invidia"*.

2.3 Narcisismo tra psicopatia e parafilia: i serial killer

“Il tipo di narcisista peggiore, più eclatante, offensivo e pericoloso - davvero, di qualsiasi persona - è anche antisociale (psicopatico) e sadico” (Vaknin, 2020).

Da Charles Manson, a Ted Bundy, a BTK (*Bind, Torture, Kill*), frequentemente la figura del serial killer è riconducibile ad un profilo di tipo narcisistico (Shlesinger, 1998; Campbell, Campbell, 2007; Samuel, Widiger, 2007; Hutnyan, 2022), sovente in connubio con psicopatia e/o disturbo sadico od altre parafilie.

Gli esempi di soggetti con tali caratteristiche sarebbero innumerevoli. Nel panorama italiano paradigmatico è il caso dell'agricoltore veronese Gianfranco Stevanin, identificato dalla stampa come *il mostro di Terrazzo*, che rappresenta uno dei serial killer più noti del Belpaese, al centro di approfondite valutazioni psicopatologiche in ambito forense.

Stevanin venne arrestato la notte del 16 novembre 1994 in seguito alla segnalazione di una donna, scesa di corsa da un'automobile gridando che il conducente era armato di pistola: ulteriori indagini hanno evidenziato che lo stesso era responsabile di reati ben più gravi tra i quali almeno cinque omicidi: nel 2002, con sentenza definitiva della Corte Suprema di Cassazione viene condannato all'ergastolo per l'omicidio di cinque donne (De Luca, 2021), soffocate durante pratiche sessuali estreme, rinvenute sepolte in un terreno adiacente alla sua abitazione.

Durante i colloqui con il PM ed il perito incaricato, Stevanin appare molto attento all'immagine di sé da veicolare ed esibisce uno stile comunicativo improntato alla manipolazione: racconti vaghi ed evasivi in modo da lasciare aperta una braccia alla ritrattazione, contraddittori in vari passaggi, temporalmente distorti, privi di ogni coinvolgimento emotivo, finalizzati ad attribuire le morti ad una tragica fatalità da imputare a pratiche erotiche estreme dagli esiti letali. Emerge una tendenza alla deresponsabilizzazione, affermando che “era capitato” e che lui non si era reso conto che le ragazze stavano morendo per soffocamento se non quando ormai troppo tardi: rifiuta di definirli come

omicidi, tenta di impedire l'attribuzione a se stesso dell'etichetta di "sadico" o "violentatore" e non ammette alcuna forma di premeditazione. Quest'ultimo aspetto viene rafforzato, all'interno dei suoi racconti, dal tentativo di apparire infermo fingendo di non ricordare alcuni passaggi e di non essere stato mosso da autodeterminazione. Per una lettura integrale di tali conversazioni, che mettono invariabilmente in luce il funzionamento del soggetto, si rimanda al manuale "Serial Killer" (De Luca, 2021, pp. 503-511).

All'interno del trattato "Il caso giudiziario di Gianfranco Stevanin" (Fornari, Galliani, 2003), sono riportate le considerazioni finali della perizia psichiatrica a Gianfranco Stevanin ad opera dei medesimi autori (pp. 176-182):

"Si è discusso, innanzitutto, delle lesioni del sistema nervoso centrale, con particolare riferimento a quelle del lobo frontale e alla sindrome psico-organica cerebrale, al sistema limbico e alle alterazioni della sfera istintuale, ai disturbi di personalità conseguenti a traumatismi cerebrali, per escluderne in maniera motivata la rilevanza in questo caso.

Si sono esaminati poi i disturbi della memoria, i quadri morbosi in cui solitamente questi si presentano, le amnesie isteriche (modernamente rinominate dissociative), per escluderne la sussistenza nel caso in questione. A capo si è poi cercato, dopo aver riaffermato l'insussistenza di patologie di diversa natura e di sintomi epilettici aventi rilievo gli effetti nella valutazione dell'imputabilità, concordemente con quanto evidenziato nella prima fase dell'accertamento peritale, di descrivere in modo più dettagliato la personalità di Stevanin, e di questa parte si fornirà di seguito un ampio resoconto.

Ribadiamo pertanto che:

-le amnesie allegare da Stevanin sono assolutamente inattendibili. Tutt'al più si tratta di amnesie psicogene, che nulla rilevano per quanto si riferisce alla risposta che dobbiamo dare i quesiti postici, in quanto frutto di meccanismi difensivi insorti successivamente ai fatti e anche in epoca processuale, come forma di autocensura;

-I cosiddetti due sogni sono risultati assolutamente incompatibili con un “dream state” o uno stato secondo o uno stato di alterata coscienza;

-ribadiamo l'assoluta assenza di segni clinici psicodiagnostici di deterioramento mentale o di deterioramento della personalità di Stevanin;

-non è possibile formulare l'ipotesi di una personalità multipla, come già espresso nella precedente relazione;

-Di crisi o sindromi epilettiche neppure da parlare, per le ragioni già esposte;

-il controllo e il contatto con la realtà, anche in questa nuova sessione di colloqui, sono stati mantenuti in maniera ferrea, impenetrabile e non scalfibile da critiche, sollecitazioni, inviti, seduzioni peritali; quindi, grottesco e risibile sarebbe a nostro modo ipotizzare un qualsiasi tipo di disturbo nel contatto e nel rapporto con la realtà;

-le capacità di giudizio, di analisi e di critica sono perfettamente conservate; solo apparentemente potrebbero risultare compromesse; in verità, Stevanin presenta una cronica incapacità di dire il vero, un'eccessiva fiducia nelle sue capacità e abilità, un temerario piacere a sfidare gli altri e a metterli alla prova, una consumata abilità a presentarsi come vittima-carnefice (il gatto che gioca col topo), un freddo controllo della situazione peritale e del contesto giudiziario, una struttura narcisistica ben consolidata ed egosintonica, un mal dissimulato disprezzo per la donna; una notevole abilità manipolatoria attraverso cui gli altri sono degradati da persone a cose da usare per raggiungere i suoi personali obiettivi: non per stabilire livelli di comunicazione validi e costruttivi.

Non potremmo fare a meno, a questo punto, di rilevare che i tratti di personalità descritti si ritrovano puntualmente nei casi di autori di omicidi seriali, in cui dominano tratti sadici, perversi e narcisistici maligni. In particolare, per spiegare questa nostra affermazione, abbiamo cercato di fare riferimento ad autorevoli psichiatri, che sono venuti a contatto con simili personalità non in un ambito psichiatrico forense ma in un setting di tipo clinico psicoterapico, tra i quali spiccano Kernberg e Bergeret (...)

Al momento dei fatti per cui è processo, Gianfranco Stevanin non era affetto da alcuna infermità tale da costituire vizio parziale o totale di mente.”

Questo concetto degli omicidi ripetuti spalanca le porte ad un altro tema interessante, che riguarda il legame tra narcisismo, sadismo ed antisemitismo, in richiamo all'accostamento proposto da Rosenfeld e approfondito da autori recenti (Glad, 2002; Coolidge, Segal, 2007), che vede in prima fila Hitler i cui deplorevoli atti e sete di potere si innestano in un quadro di narcisismo maligno.

Capitolo 3

IL SUICIDIO DI NARCISO

All'interno del mito di Narciso, nelle *Metamorfosi* di Ovidio, suggestivi risultano i temi della maledizione e dell'*exitus*, emblema della povertà e della solitudine che caratterizzano mondo interno narcisistico (Madeddu, 2020). Sotto alla corazza sfavillante ostinatamente sfoggiata, si cela infatti un Io profondamente depauperato, connotato da un nucleo depressivo che, quando emerge, può addirittura configurarsi come il motore di condotte anticonservative.

Nella variante del mito proposta da Conone, il suicidio di Narciso rappresenta il concretizzarsi della maledizione di Tiresia: *Interrogato se Narciso sarebbe giunto a vedere una lunga, tarda vecchiaia, l'indovino aveva risposto: "Se non conoscerà se stesso."*

Una delle attività maggiormente enfatizzate all'interno della mia esperienza di tirocinio presso *CSI Academy* ha riguardato proprio la redazione di consulenze tecniche in tema di *equivocal death analysis*, attraverso le quali risalire con il maggior grado di verosimiglianza ad un profilo personologico, basandosi sui documenti contenuti negli atti, può offrire una importante chiave di lettura delle vicende. Per questa ragione in ambito giuridico è sempre più diffusa la figura dello psicologo forense, il cui ruolo è quello di fornire in ogni fase delle indagini preliminari e del processo giudiziario elementi utili a supportare le indagini e le conclusioni a cui si perverrà, attraverso un motivato *parere pro veritate*.

Non è stato infrequente imbattermi in casi che restituivano indicatori comportamentali riconducibili un profilo connotato da tratti di matrice tipicamente narcisistica, soggiacenti a condotte autolesive ed in grado di rappresentarne il principale motore.

Lo stesso Gabbard, uno dei più illustri esperti nell'ambito del narcisismo, durante la XIX edizione del Convegno Internazionale di Suicidiologia e Salute Pubblica tenutosi il 10 settembre 2021, ha

sottolineato che, generalmente, siamo portati a pensare al narcisista come soggetto che crea disagio all'altro, laddove occorre tenere a mente che la sua stessa struttura ed essenza è *in primis* permeata dal disagio. Il tema del disagio è stato riportato come centrale nel narcisismo da un importante studio ad opera di Eaton e coll. (2017), che ha coinvolto ben 34365 soggetti, mettendo in luce come tale vissuto latente sia oscurato da meccanismi di difesa quali grandiosità e disprezzo. Ma le aspettative di riscontri positivi, costante ammirazione, amore ideale, vengono spesso disattese e se, come visto, da un lato ciò può condurre a condotte etero-aggressive, dall'altra tale aggressività può essere indirizzata verso loro stessi.

Riporterò di seguito le conclusioni a cui sono pervenuta redigendo due relazioni relative a casi di suicidi (archiviati come tali dalla Procura della Repubblica), di cui mi sono occupata durante il mio tirocinio, in soggetti dei quali è possibile ipotizzare un quadro personologico di questo tipo, descrivendo da un punto di vista metodologico i passaggi che connotano il processo "diagnostico" frutto di un ragionamento induttivo post-mortem in ambito forense, omettendo per questioni di privacy l'identità dei soggetti e riducendo al minimo ogni riferimento spazio-temporale.

3.1 Alcune considerazioni preliminari di matrice metodologica in tema di Criminal Investigative Analysis e Crime Scene Reconstruction

Ogni investigazione sulla scena del crimine rappresenta per gli "addetti ai lavori" una grande sfida, all'interno della quale la ricerca di una verità inequivocabile si configura come il principale obiettivo da perseguire.

La Psicologia Investigativa si delinea come un ambito relativamente nuovo all'interno della Psicologia Giuridica, con l'ambizione di introdurre canoni di scientificità e sistematizzazione teorica all'interno di un terreno storicamente dominato da approcci soggettivi ed idiosincratici (De Leo, 2000), che in ogni caso rivestono una propria importanza e non possono essere negati tout-court.

Le cosiddette *scienze forensi* giocano pertanto un ruolo fondamentale in quest'ottica, rappresentando uno strumento di indagine imprescindibile nella ricostruzione della scena del crimine: per ***Crime Scene Reconstruction (CSR)*** si intende quell'insieme di tecniche di analisi atte a determinare la timeline degli eventi e comportamenti che hanno, verosimilmente, caratterizzato la criminodinamica, attraverso l'interpretazione dei crime scene patterns e delle tracce repertate. Tali tecniche possono includere, ad esempio, la BPA (*Bloodstain Pattern Analysis*), la ricostruzione delle traiettorie di sparo, la ricostruzione della dinamica nei casi di incidente stradale, la "*sexual assault reconstruction*", etc. (Bruzzone, 2019).

Risulta tuttavia necessario andare ad inserire queste evidenze empiriche all'interno di un'analisi più ampia, che prenda in considerazione, accanto alle tracce convenzionali, le cosiddette "tracce comportamentali", frutto della multi-sfaccettata pluralità dei comportamenti umani e dei profili psicologici soggiacenti, andandoli ad integrare in maniera dinamica.

In altre parole, l'analista è chiamato a trovare una collocazione armonica a tutti i tasselli di questo puzzle, deve saper "leggere" le tracce repertate sulla scena e saperle tradurre in quei comportamenti che le hanno prodotte, comprendendone le motivazioni intrinseche.

E' su tali premesse che si innesta la ***Criminal Investigative Analysis (CIA)***, tecnica psicologica-investigativa nata in seno alla *Behavioral Science Unit* dell'FBI negli anni '70 e tutt'ora ampiamente utilizzata, con la finalità di estrapolare dalle informazioni testimoniali raccolte, l'analisi dei luoghi, dei quadri lesivi e tossicologici e dai comportamenti esibiti sulla scena, un profilo criminologico-comportamentale dell'autore del reato, alcune caratteristiche di personalità di quest'ultimo e la logica di base (movente). (Bourgess, Douglas, Ressler, 1988).

All'interno di questa cornice la CIA si declina in svariati ambiti di applicazione, tra cui:

- *Analisi e ricostruzione della scena del crimine*, prendendo in considerazione tutti gli elementi raccolti su un determinato caso;
- ***Indirect personality assessment***, ovvero la valutazione della personalità del reo attraverso l'interpretazione delle tracce "indirette" (comportamentali);

- *Valutazione dell'idoneità testimoniale ed individuazione casi di false accuse*: ad esempio nelle dichiarazioni rese da un testimone chiarezza, celerità, sicurezza e coerenza del racconto con le informazioni investigative rientrano tra i principali parametri da prendere in considerazione;
- *Analisi della minaccia* (nei casi di persecuzione e stalking);
- *Strategie di intervista/interrogatorio* (in fase investigativa);
- *Crime linkage analysis* (quando si sospetta che una serie di crimini siano riconducibili ad una stessa mano);
- *Equivocal death analysis* (analisi di morte equivoca);
- *Autopsia Psicologica*.
(Bruzzone, 2019)

3.1.1 Equivocal Death Analysis

Vernon Geberth, uno dei più illustri esperti in ambito investigativo associato a omicidi e crimini violenti, asserisce che: *“I casi di suicidio possono causare agli investigatori più problemi nelle indagini rispetto agli omicidi”* (1996, p. 359).

Nella pratica non è inconsueto trovarsi innanzi a **morti equivoche**, nelle quali, cioè, non risulta immediato per gli investigatori stabilire se ci si trovi in presenza di una morte naturale, accidentale, un suicidio o un omicidio (NASH: Natural, Accident, Suicide, Homicide).

Scenari come questo richiedono un livello di analisi più dettagliato, che consenta di pervenire ad una attribuzione di responsabilità e comprensione delle dinamiche e delle logiche sottostanti che non lascino spazio ad interpretazioni alternative.

A tal fine risulta fondamentale, in accordo con i principi della *Criminal Investigative Analysis*:

1. Raccogliere, registrare e saper organizzare prove fisiche, che consentano di pervenire ad una *crime scene reconstruction*;
2. Ottenere dai testimoni i resoconti di quanto accaduto e quante più informazioni possibili sulla vittima;
3. Determinare se le dichiarazioni testimoniali sono coerenti o meno con l'evidenza fisica e raccogliere più informazioni o prove secondo necessità;
4. Pervenire ad una corretta lettura delle tracce comportamentali;
5. Formulare una valutazione (ipotesi finale) ragionevolmente verosimile, integrando le diverse informazioni e riconoscendo i limiti esistenti (Adcock, 2011).

Nelle indagini in caso di morte equivoca è necessaria, altresì, un'attenta valutazione dello stato mentale della vittima al fine di un'indagine investigativa completa che in sé contenga uno studio accurato sulla persona, sui tratti di personalità e sui processi mentali, al fine di ricomporre lo stato psicologico del soggetto prima della morte. (Volpini et al., 2006).

Pertanto, un contributo rilevante può essere fornito dall'*Autopsia Psicologica*, la cui paternità dobbiamo al suicidologo e tanatologo Edwin S. Shneidman (1961), e da lui definita come:

“La ricostruzione retrospettiva della vita di una persona scomparsa, al fine di individuare aspetti che ne rivelino le intenzioni rispetto alla propria morte, indizi sulla tipologia del decesso e sull'eventuale grado di partecipazione alle dinamiche dello stesso e di fornire ipotesi circa i motivi per i quali la morte è avvenuta”.

Allo stesso Shneidman dobbiamo il primo protocollo di Autopsia Psicologica (1976), costituito da una checklist di 16 items, che pongono particolare enfasi sull'indagine psicologica. Tali categorie sono state arricchite dal contributo di Ebert (1987).

Il modello di Autopsia Psicologica Integrato (MAPI) di Teresita Garcia Perez (1991), invece, si configura come un'intervista che consta di 59 item. A differenza dei modelli precedenti risulta maggiormente strutturato e sistematizzato, in modo da ridurre al minimo il margine di errore. A Cuba il Ministero della Salute Pubblica, ed in particolare l'Istituto di Medicina Legale della città de la Habana, ha dimostrato scientificamente, attraverso investigazioni condotte tra il 1990 e il 1996 su omicidi, suicidi e incidenti, l'applicabilità e generalizzabilità del metodo.

In Italia, infine, **Gaetano De Leo (2006)**, propone un modello strutturato frutto dell'integrazione dei contributi precedenti, con un focus in particolare sulla vittima. Il metodo, che è stato applicato ai casi in oggetto, prende infatti in considerazione 24 criteri vittimologici da approfondire durante la redazione di un'Autopsia Psicologica, che riguardano:

- Anamnesi storica della vittima (nome, età, stato civile, occupazione, anamnesi medica e familiare);
- Anamnesi psicologica e psicopatologica;
- Dati sulla morte (ad esempio il referto medico- legale);
- Abitudini e idiosincrasie relazionali e interpersonali;
- Modalità tipiche nelle separazioni di coppia;
- Tipologia dei mezzi di trasporto utilizzati e frequenza;
- Tipologia di persone frequentate con maggior assiduità;
- Tipologia di rapporti particolari che eccezionalmente si concedeva;

- Particolari orientamenti dell'esperienza sessuale;
- Eventuali forme e qualità di dipendenza (droghe, gioco, sovraindebitamento)
- Eventuali esperienze di attività illecite (agite o subite);
- Eventuale propensione al “rischio relazionale” o alle sperimentazioni di nuove forme di rapporto;
- Fasi esistenziali e relazionali di transizione (cambiamenti avvenuti nella vita affettiva e relazionale);
- Vulnerabilità tipiche riscontrabili nella storia della vittima (affettive, economiche, finanziarie e lavorative);
- Tipologia di rapporti e di soggetti presenti in questa fase di vulnerabilità;
- Tipologia di luoghi frequentati più comunemente (bar, discoteche);
- Tipologia di hobby ai quali si dedicava;
- Gioco, sovra-indebitamento;
- Eventuali propensioni e qualità di partecipazione alla vita politica;
- Adesione a gruppi ad orientamento religioso, filosofia e benessere personale;
- Eventuali attività di volontariato;
- Eventi significativi nell'ultimo anno (cambiamenti lavorativi, affettivi, viaggi);
- Eventuali preferenze di siti internet visitati o adesioni a particolari siti dedicati (amore, amicizia, sessualità, lavoro);
- Falsificazioni delle ipotesi più evidenti da incrociare con i dati delle indagini scientifiche.

Trattasi, come è possibile dedurre, di una metodologia complessa, nella quale occorre, in prima istanza, procedere ad uno scrupoloso studio del fascicolo giudiziario, cui fa seguito un'attenta analisi della letteratura di settore, con particolare riferimento al *Trattato di Psichiatria Forense* (Fornari, 2019), in grado di orientare le successive considerazioni ed alla quale è necessario riferirsi nella stesura dell'elaborato finale.

Si procede, quindi:

- ad esplicitare quelli che sono:
 - i metodi utilizzati**,
 - il quesito** cui si è chiamati a rispondere come consulenti tecnici di parte (o, eventualmente, periti nominati dal giudice),
 - la documentazione esaminata**.
- all'esame degli elementi relativi al fascicolo, con particolare riguardo a:
 - i fatti**, fornendo una rapida descrizione degli elementi contestuali;
 - la timeline degli eventi**, ben rappresentata servendosi di una tabella Excel, in grado di rendere i dati più ordinati e fruibili distribuendo, su ogni riga: *data e ora, oggetto e contenuto* di quanto si riporta;
 - i luoghi**: l'analisi dei luoghi (intesi come scena del crimine ed altre locations di interesse per l'investigazione), rappresenta un passaggio assai delicato. Ci si muove nell'ambito della cosiddetta *crime scene reconstruction*: ogni traccia (o assenza di tracce) rappresenta l'esito di un comportamento che l'ha prodotta ed è pertanto necessario saper leggere in tal senso, ad esempio, eventuali tracce ematiche riferendosi ai principi della *bloodstain pattern analysis*, altre tracce biologiche e dattiloscopiche, la posizione del corpo e degli elementi presenti nell'ambiente, l'eventuale presenza (o assenza) di segni di colluttazione, eventuali tentativi di *staging* o segnali di *undoing*, ecc.

-il quadro lesivo: riferendosi alle CT medico legali e tossicologiche e servendosi di eventuale documentazione fotografica quando presente nel fascicolo, è possibile ancora una volta risalire in maniera oggettiva all'ora del decesso ed alle condotte ad esso soggiacenti (collocabili in una fase pre, peri e post mortem), inferibili da tutta una serie di parametri vitali e post-mortali (Bolino, 2013).

-Eventuale analisi dei filmati restituiti dalle telecamere di videosorveglianza.

-Rilievi informatici, che includono l'analisi di devices con particolare focus su chat di messaggistica istantanea, mail, galleria fotografica, ricerche e siti web frequentati con maggiore assiduità. Spesso emergono in questa fase presenza (o assenza) di indici di rischio suicidario o omicidiario.

-SIT (sommarie informazioni testimoniali) rese agli agenti di Polizia Giudiziaria dai testi, intesi come testimoni diretti, familiari, amici e conoscenti della vittima e/o del sospettato, laddove presente. Risultano fondamentali, oltre che nell'ambito della ricostruzione degli eventi, per orientare successive considerazioni sull'eventuale presenza o meno di rischio suicidario, ed al fine di una ricostruzione il più possibile precisa e puntuale della storia di vita e del quadro personologico della vittima e di eventuali sospettati.

- **L'applicazione del protocollo di Autopsia Psicologica,** che personalmente eseguo ricalcando il Modello De Leo (maggiormente utilizzato nel panorama nazionale) ricorrendo, ancora una volta, ad una tabella Excel che mi consente di sistematizzare i dati in modo semplice ma completo. L'autopsia Psicologica rappresenta il vero cuore del report, nel quale, con particolare focus sulla vittima, ciascuno dei suddetti punti si interseca reciprocamente con gli altri nel delinearsi di una sintesi coesa, che consente di propendere per un quadro di omicidio piuttosto che di suicidio o di morte accidentale.

- **La ricostruzione del quadro personologico** della vittima (ed eventualmente del sospettato, quando presente e se si dispone di dati sufficienti a cui far riferimento), basata su precisi indicatori comportamentali riscontrabili all'interno del fascicolo e che emergono sistematizzati all'interno dell'autopsia psicologica. A tal fine occorre far ricorso ai criteri diagnostici del DSM-5, manuale statistico diagnostico, redatto dall'American Psychiatric Association nel 2013, che trova maggior consenso all'interno della comunità scientifica. Ho personalmente trovato assai utile affiancarlo al PDM-2, più completo nel delineare l'aspetto relativo al *funzionamento*, specie in relazione a Disturbi di Personalità afferenti al cluster B.

Ognuna delle suddette sezioni può essere più o meno sviluppata e finanche assente, in base alla quantità e qualità degli elementi effettivamente presenti nel fascicolo. In linea generale, è possibile asserire che più un fascicolo risulta completo e ricco, più è semplice e lineare il percorso che consente di giungere ad una conclusione condivisibile (che, come accennato, per essere valida ai fini giudiziari deve sempre e comunque rientrare nello standard Daubert, rispondendo a criteri di scientificità).

Nei casi in cui l'analisi del fascicolo conduca ad una conclusione di morte avvenuta per suicidio, quando detto scenario si riscontra a fronte di personalità connotate da tratti narcisistici (pur, in questo caso, non potendo avere contezza dell'effettiva presenza di un disturbo conclamato, derivante dal colloquio clinico e dall'applicazione di strumenti psicometrici, ma trovandoci innanzi ad un verosimile quadro personologico inferito dall'analisi comportamentale servendosi, a ritroso, di testimonianze a documenti presenti agli atti), il *fil rouge* che accomuna la genesi dell'ideazione suicidaria riguarda nella quasi totalità dei casi **vissuti di vergogna e la slatentizzazione del nucleo depressivo**, conseguente all'incapacità di aderire al Falso Sé grandioso ed al timore del giudizio altrui (ricordiamoci che *l'altro*, per il narcisista, rappresenta uno specchio, capace da un lato di gratificare, ma dall'altro di restituire un'immagine di Sé totalmente svalutata, nell'incapacità di tollerare l'ambivalenza, che esita in profonde ferite narcisistiche).

Ecco perché in questi soggetti a tale comportamento soggiace un costante senso di manchevolezza, di *craving*, nell'incessante rincorsa di gratificazioni effimere in quanto da esse possono trarre solo un temporaneo nutrimento (Gabbard, 2019).

3.2 Un caso di Narcisismo *overt*: GP

Come si è accennato, il focus sulla personalità della vittima risulta imprescindibile all'interno di una *Crime Scene Reconstruction* ed una *Criminal Investigative Analysis*, specie innanzi ad una morte equivoca: i tratti di personalità sono caratteristiche stabili, in grado di offrire importanti indicazioni per la comprensione e la previsione del comportamento in un'ampia gamma di situazioni.

Kernberg (1987) all'interno della moderna Teoria Psicoanalitica delle Relazioni Oggettuali² ha proposto la definizione di **organizzazione borderline di personalità**, in riferimento ad un tipico quadro dominato da un funzionamento patologico stabile.

A tale funzionamento possono essere ricondotti tutti i disturbi di personalità, che si innestano su una patologia strutturale dell'Io.

Il funzionamento borderline è definito da:

- **alterazioni del funzionamento cognitivo**, caratterizzato da frequenti distorsioni ed esame di realtà deficitario;

² In Psicologia Dinamica, la Teoria delle Relazioni Oggettuali definisce l'Io in rapporto con altri oggetti, interni ed esterni. Fare riferimento ad essa è fondamentale nella comprensione del comportamento di soggetti con Disturbo di Personalità.

- **alterazioni del funzionamento affettivo-relazionale**, in cui predomina una scarsa tolleranza alla frustrazione, una grave instabilità affettiva e relazionale ed una visione orientata al soddisfacimento dei propri bisogni;
- **identità patologica**, con un senso di sé e degli altri frammentario;
- **compromissione del funzionamento morale**;
- **il prevalente ricorso a meccanismi di difesa primitivi**, nel tentativo di contenere l'angoscia evitando il conflitto tra aspetti positivi e negativi, mantenendo una separazione intrapsichica netta ma irrealistica.

Questi riguardano:

-la scissione, meccanismo intrapsichico che, come si è accennato, consente di difendersi dall'ambivalenza, derivante dall'ansia di contaminare le relazioni oggettuali buone con aspetti "cattivi". Il fatto di percepire sé e gli altri come "totalmente buoni" o "totalmente cattivi" determina un'estrema discontinuità dell'esperienza di sé, degli altri e del mondo;

-il diniego, ossia ignorare ciò che è disturbante;

-l'identificazione proiettiva, che, secondo la definizione dello psicoanalista Thomas Odgen, riguarda una modalità di gestione degli affetti scissi, polarizzati negativamente, che vengono proiettati sull'altro inducendo sottilmente tali stati d'animo, la cui consapevolezza viene poi recuperata come se essi fossero propri dell'altro.

Un funzionamento di questo tipo appare coerente con il quadro personologico di GP che si è potuto delineare da numerosi elementi presenti all'interno del fascicolo.

In un pomeriggio d'estate, sul bordo del fosso di scolo delle acque, celata dalla vegetazione, un'adolescente a passeggio con il cane rinveniva la salma di una persona adulta, di sesso maschile,

diffusamente carbonizzata, così come carbonizzate apparivano alcune aree del terreno attiguo. A causa delle profonde alterazioni determinate dall'azione del calore, non era possibile risalire all'identità dell'uomo.

Solo in un secondo momento, il cadavere veniva identificato per mezzo di indagini genetico-forensi (esame del DNA) come appartenente al sig. GP, studente universitario fuorisede, la cui scomparsa era stata segnalata dai genitori. Questi ultimi avevano avuto per l'ultima volta notizie del figlio pochi giorni prima, data in cui GP riferiva telefonicamente loro di essere in attesa della valutazione dell'ultimo esame universitario, a suo dire recentemente sostenuto, in vista dell'imminente discussione della Tesi di Laurea. Tuttavia, durante le verifiche effettuate a seguito della sua scomparsa, l'Università restituiva un estratto relativo agli atti di carriera dello studente dal quale risultavano sostenuti solo un esiguo numero di esami, l'ultimo dei quali risaliva a diverso tempo prima.

I coinquilini non si erano accorti dell'assenza di GP, che descrivevano come un ragazzo tranquillo, che soleva trascorrere gran parte del tempo in camera propria intento a giocare ai videogames (rispetto ai quali manifestava una vera e propria dipendenza). Tale dipendenza, verosimilmente, unitamente alle caratteristiche personologiche di GP ha influito notevolmente nel determinare l'insuccesso universitario.

Dai rilievi informatici sui devices della vittima spiccavano, inoltre, carenti rapporti con i coetanei, per lo più improntati all'auto celebrazione, scarsa intimità con la famiglia, vissuti di vergogna rispetto alla dipendenza da gioco e alla mancanza di progressi in ambito universitario (circostanze rispetto alle quali egli ricorreva a menzogne sistematiche), frequenti ricerche online nell'ultimo periodo sul tema del suicidio.

Contestualmente, però, sui dispositivi risultava un'eliminazione massiva dei contenuti, fatto salvo per un file che rimandava alla presunta imminente laurea, tuttavia criptato. Questo elemento, unitamente alla modalità di morte assai violenta e ad una serie di anomalie abituali rispetto al suo schema

comportamentale disseminate nell'ambiente, portavano ad inferire che il soggetto avesse volutamente creato uno scenario atto a trasmettere l'impressione che egli fosse vittima di omicidio (circostanza certamente degna di essere esclusa dall'analisi delle videocamere e degli incontrovertibili dati circostanziali e medico-legali).

In particolare, in riferimento alla personalità di GP, è necessario focalizzare l'attenzione sul **narcisismo patologico**, originato da un iperinvestimento della libido sul sé. Trattasi di un sé non integrato, che mantiene scisse le rappresentazioni idealizzate del sé e degli altri, dando così origine ad un Falso sé grandioso (Kernberg, 1987), strutturatosi, nel caso in oggetto, per non disattendere le elevatissime aspettative genitoriali, di cui gli stessi dichiaravano di averlo sempre investito riservandogli un trattamento speciale all'interno della famiglia. Purtroppo, come è emerso a più riprese nel corso della presente trattazione, il rovescio della medaglia riguarda il fatto che il narcisista debba anche fare i conti con sentimenti di estrema inferiorità, indotti da un Super-Io sadico, che non consente l'accettazione di difetti o mancanze ma, al contrario, induce a negare parti di sé non perfette. Ciò determina un'ipersensibilità alle critiche e profonda intolleranza alla frustrazione: prendono piede vissuti di vergogna ed angoscia connessi al fallimento che aprono una breccia a ferite narcisistiche, le quali esitano in una rappresentazione del Sé come totalmente svalutato, completamente privo di valore.

Da un punto di vista eziologico, alla base di tale disturbo vi è una combinazione di fattori genetici e costituzionali (predisposizioni temperamentali) sulle quali si innestano esperienze precoci traumatiche o, come nel caso in oggetto, riconducibili a *parenting* non efficaci (parametro che si analizzerà nel dettaglio in seguito).

3.2.1 Risposte di coping

I tratti di personalità, precursori di determinati schemi comportamentali, sono alla base delle risposte di coping di un soggetto, ovvero dei comportamenti utilizzati per fronteggiare un problema.

Risulta evidente che, in una personalità che risponde ad un funzionamento borderline, come quella narcisista, vanno a strutturarsi profili di coping disadattivi (Pace et al., 2021). Stili di coping disfunzionali rendono più vulnerabili al *distress*, alle conseguenze psicofisiche ad esso associate e persino alla dipendenza da videogames (Rollo et al., 2020) e a quelli che Beck, all'interno della sua Teoria Cognitiva, definisce come “schemi mentali depressogeni”, potenti indicatori di rischio suicidario (Pruneti, 2013).

La personalità di GP, la sua tendenza compulsiva al gioco, la sua insicurezza commista ad intolleranza alle critiche (elementi che si sono profilati dall'analisi del fascicolo) lo rendeva infatti incapace di attingere alle cosiddette risorse di coping interne. Queste riguardano la Hardiness, costrutto delineato da Kobasa che si declina in tre fondamentali componenti: commitment (impegno), control (controllo), challenge (sfida, propensione al cambiamento).

Parallelamente, a fronte di una sottostima della situazione da parte delle persone a lui più prossime, ma soprattutto a causa del suo comportamento evitante, non poteva contare neppure su un contenimento fornito da risorse di coping interne (come il supporto sociale), che avrebbero rappresentato un fattore protettivo nei confronti del rischio suicidario.

3.2.2 Depressione, psychache e suicidio

Gli “schemi mentali depressogeni” descritti da Beck, se innescati da stressors, precedono e determinano un quadro depressivo, caratterizzato secondo il DSM-5 da 5 o più dei seguenti sintomi (tra cui sempre umore depresso ed anedonia), ogni giorno per almeno due settimane:

- **umore depresso per la maggior parte del giorno,**

- **marcata perdita di interesse o piacere per quasi tutte le attività per la maggior parte del giorno,**
- significativi aumento o perdita di peso oppure diminuzione o aumento dell'appetito;
- **insonnia o ipersonnia;**
- agitazione o rallentamento psicomotorio;
- **astenia o perdita di energia;**
- **sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi e inappropriati;**
- **diminuita capacità di pensare o concentrarsi e indecisione;**
- **pensieri ricorrenti di morte o suicidio, tentativi o ideazione suicidaria.**

Inoltre, un quadro depressivo, che si trova spesso associato al disturbo narcisistico di personalità (APA, 2013) è correlato ad una significativa alterazione a livello neurobiologico, caratterizzata da una trasmissione aminergica anormale e ad una diminuita disponibilità di serotonina (Kandel, 2003). Sembra che alla base di tale deficit un ruolo possa essere giocato dalla presenza di due alleli corti del gene *5httlpr* (trasportatore della serotonina), che rappresenta, a fronte di un ambiente disfunzionale, un fattore di rischio per lo sviluppo di alcuni tratti narcisistici, depressione e suicidio (Hooley, 2017).

Infatti, una lettura psicodinamica ci restituisce che, innanzi ad insuccessi, critiche ed incapacità di aderire al Falso Sé grandioso, le cosiddette ferite narcisistiche lasciano questi soggetti umiliati, degradati, vuoti. Possono reagire con rabbia, sdegno, svalutazione dell'altro oppure, come nel caso di GP, tali esperienze possono condurre a ritiro sociale, torpore, *narkè*, *magnificent loneliness* (Kernberg, 1987).

GP, schiacciato sotto il peso delle altissime aspettative di cui i genitori lo avevano investito e alle quali lui non riusciva a corrispondere, ha visto strutturarsi progressivamente, a partire dai primi anni

della pubertà, come restituito dagli elementi del fascicolo, accanto ad un atteggiamento superbo, quello che Shneidman (2007) definisce “**psychache**”, dolore psichico, e Beck definisce “**hopelessness**”, disperazione, e che non aveva altro modo di alleviare se non quello di ricorrere all’*extrema ratio* del suicidio.

Tuttavia, emerge la volontà di non volersi assumere le proprie responsabilità neppure nel contesto del suicidio poiché, a causa della *scissione*, meccanismo di difesa in lui preponderante, il suo pensiero era caratterizzato da una distorsione che lo rendeva incapace di concepire l’ambivalenza. Pertanto, siccome ciò determina la contestuale incapacità di affrontare situazioni e persone con la flessibilità e la complessità del mondo reale, se da un lato assumendosi la responsabilità del suicidio temeva di trasmettere un’idea di Sé come “tutto cattivo”, dall’altro aveva l’opportunità di apparire in un frangente omicidiario come “totalmente vittima”, ed essere ricordato come “totalmente buono”.

Parallelamente, per quel che concerne la genesi dell’ideazione suicidaria, sulla scorta di tali distorsioni cognitive generate dalla scissione, l’ipotesi che qualcuno potesse prendere consapevolezza dell’inconsistenza della carriera universitaria millantata, non poteva per GP essere inteso come un fisiologico insuccesso ascrivibile ad una naturale ambivalenza che caratterizza ciascuno di noi.

Al contrario, rinunciare al diniego del fallimento ed esporsi al giudizio altrui avrebbe determinato una ferita narcisistica, un’umiliazione ed un senso di vergogna profondissimi ed insanabili, e pertanto inaccettabili.

Il suicidio, mascherato da omicidio, ha rappresentato l’unico strumento preventivo verso uno scenario di questo tipo, ponendo contestualmente fine a quei vissuti, seppur latenti, di *hopelessness* e *psychache*.

3.3 Un caso di Narcisismo *covert*: MM

MM, uomo di mezz'età, è stato trovato morto per asfissia meccanica violenta dalla compagna FF all'interno della propria abitazione, con una fascetta avvolgicavi in plastica stretta intorno al collo. Dopo due figlie avute nella propria città natale da un precedente matrimonio, a seguito di una vita professionale costellata da instabilità ed insuccessi ed una recente detenzione carceraria per coltivazione e spaccio di stupefacenti, MM si è trasferito in un'altra regione, mosso dall'obiettivo di raggiungere l'allora amante FF, sua compaesana rimasta vedova poco prima. Proprio alla luce del fatto che la loro relazione era nata a distanza, in un momento di particolare fragilità psicologica della stessa dopo la morte del marito, le figlie appena maggiorenni di FF, complice il passato ingombrante di MM, non approvavano tale relazione e chiarirono alla madre la propria volontà affinché MM non facesse parte della loro vita. Per tale ragione FF frequentava assiduamente MM, nel delinearsi di una relazione estremamente esclusiva, connotata da modalità comunicative e relazionali assai immature, fusionali, ma non accettava di fermarsi sovente a dormire presso la sua abitazione, aveva declinato la proposta di matrimonio avanzata dal compagno e non aderiva alla convivenza programmata dallo stesso MM, che aveva recentemente acquistato a tale scopo un appartamento nel quale si sarebbe dovuto trasferire lo stesso giorno in cui ha trovato la morte (al momento del decesso, è stata rinvenuta nelle tasche di MM una targhetta autoadesiva da affiggere al campanello che riportava i cognomi di entrambi). FF, al momento del rinvenimento del cadavere, era rientrata presso l'abitazione del compagno proprio per aiutarlo a compiere le ultime pulizie in vista del trasloco, dopo che quella notte stessa era rincasata nonostante le suppliche, da parte di MM, di fermarsi.

Anche in questo caso, dall'analisi degli elementi presenti nel fascicolo (con particolare riferimento ai verbali di SIT - *sommario informazioni testimoniali*, rilievi informatici, e-mail e messaggistica istantanea, pattern comportamentali), è possibile inferire la presenza di un quadro personologico

rispondente ad un'organizzazione borderline di personalità, con una prevalenza di tratti riconducibili al narcisismo patologico commisti a tratti di matrice borderline.

Come accennato nel capitolo 1 del presente elaborato, la definizione classica di Disturbo di Personalità Narcisistico fornita dal DSM-5 non risulta tuttavia essere la più esaustiva né la più condivisibile: Kernberg, Khout, Gabbard, Wink, illustri esperti di disturbi di personalità, mettono in luce anche un'altra dimensione, più celata: quella del narcisismo *covert* (ipervigile, a pelle sottile), caratterizzata da un maggior ritiro sociale, frequenti sentimenti di vergogna, ipersensibilità alle critiche, paranoia, incapacità di relazioni mature. Condivide con il contraltare *overt* la presenza di fantasie grandiose, l'assenza di empatia, e l'atteggiamento di sfruttamento e manipolazione nei confronti degli altri, che trova più subdola attuazione attraverso comportamenti passivo-aggressivi ed autocommiserazione. Emergono dall'analisi della messaggistica istantanea di MM diversi elementi di manipolazione affettiva che avvallano questa ipotesi, che trovano ulteriore riscontro nelle testimonianze che riportano particolari del suo schema comportamentale abituale assai suggestive in questo senso.

E' possibile riscontrare nell'ambito dei disturbi di personalità una contaminazione intra ed inter cluster: in questo caso si ritiene che il quadro personologico di MM fosse infiltrato, inoltre, da tratti di matrice borderline, inferibili dall'analisi comportamentale, tra i quali spiccano:

-Disregolazione emotiva,

-Disregolazione interpersonale (paura dell'abbandono),

-Disregolazione del Sé,

-Disregolazione del comportamento (autolesionismo e comportamenti impulsivi),

-Disregolazione del pensiero. (Lingiardi, 2020)

3.3.1 Fattori predisponenti e fattori precipitanti

Ogni suicidio si innesta su una serie di fattori predisponenti, che rendono il terreno fertile per la messa in atto di condotte anticonservative laddove si verificano fattori precipitanti, in larga parte imprevedibili ed estremamente soggettivi.

1) Il primo fattore predisponente evidenziato da Callipo (2020) riguarda il contesto familiare: esistono sette fattori, descritti da Richman (1986) che si ritrovano in famiglie con un attivo potenziale suicidario:

- dei cambiamenti necessari non vengono accettati
- dei fallimenti interpersonali hanno come risultato una confusione di ruoli e conflitti
- la struttura familiare è disfunzionale o disturbata
- i rapporti familiari sono confusi, simbiotici o basati sul cosiddetto doppio legame
- la famiglia ha serie difficoltà emozionali
- esistono degli importanti problemi comunicazionali
- le crisi non vengono tollerate

2) Il secondo fattore predisponente identificato da Callipo riguarda le caratteristiche cognitive del soggetto suicidario: i tratti di personalità, precursori di determinati schemi comportamentali, sono, come accennato, alla base delle risposte di coping di un soggetto. Risulta evidente che, in una personalità che risponde ad un funzionamento borderline, vanno a strutturarsi, come osservato nel paragrafo precedente, profili di coping disfunzionali nell'ambito di un pensiero rigido e inflessibile. Tali stili di coping disadattivi, se innescati da stressors, tra i quali può a pieno titolo essere annoverata l'incapacità di aderire al Sé grandioso strutturatosi nell'infanzia, precedono e determinano la slantentizzazione di quel nucleo depressivo che sempre si cela al di sotto della corazza del Disturbo

Narcisistico e di quell'ansia abbandonica ed intolleranza alla frustrazione di matrice borderline. Un quadro depressivo secondario a determinati assetti personologici è correlato, come si è visto nel precedente paragrafo, a condotte anticonservative (Hooley, 2017). Ecco che il narcisismo ed i suoi correlati cognitivi e comportamentali vanno a configurarsi come potenziali fattori predisponenti.

Su tale terreno fertile, possono insorgere uno o più fattori precipitanti che si collocano nelle ore e nei giorni, a volte soltanto nei minuti, immediatamente precedenti al suicidio. La persona suicida, o potenzialmente tale, entra diacronicamente in un profondo tunnel dal quale non riesce a intravedere via d'uscita: comincia a strutturarsi l'ideazione suicidaria nell'ambito di un irrigidimento cognitivo e la mente comincia a subire un restringimento della capacità di generare alternative. Possono entrare in gioco numerose variabili: l'idea è che si tratti di un processo paragonabile ad un vaso colmo d'acqua, dove a volte basta una goccia per far scattare nel soggetto la condotta suicidaria. Nel suo processo di ambivalenza tra il desiderio di vivere e quello di morire, è spesso come se oscillasse su un pendolo decisionale, sperando di essere salvato fino all'ultimo: in questa bilancia esistenziale, specie in caso di impulsività suicidaria, si gioca una partita delicata dove un minimo può fare la differenza tra la vita e la morte (Callipo, 2020).

MM, pervaso dall'ansia abbandonica e schiacciato sotto il peso delle aspettative che aveva (e soprattutto, che aveva esibito agli altri!) per l'immediato futuro, sulle quali aveva strutturato una progettualità che tardava a concretizzarsi, nel prendere atto del fallimento ha visto strutturarsi una *hopelessness* senza via d'uscita. La nottata e le prime ore del mattino del giorno in cui ha trovato la morte sono state caratterizzate, nella concezione di MM, filtrata dal suo peculiare assetto personologico, da un climax ascendente di attese disilluse e delusioni, a partire dalla volontà verosimilmente espressa da FF di rimandare, ancora una volta, la convivenza, per arrivare all'allontanamento della stessa da casa agli albori del giorno senza salutarlo, né in seguito chiamarlo o mandargli messaggio alcuno, accennando preoccupazione nel non averlo più visto. Ha seguito una

fase in cui, oscillando tra il desiderio di vivere e morire, è possibile che MM stesse vagando nell'attesa di un cenno di interesse da parte sua, tuttavia mai pervenuto, e tale condizione abbia concorso nel generare in lui un desiderio di rivalsa e vendetta, già emerso in altre occasioni descritte negli atti, potente motore di condotte estrema in una personalità narcisistica.

Come scrive Bruzzone (2020): *“Il narcisista passivo-aggressivo si presenta come il classico bravo ragazzo della porta accanto. Disorienta la vittima, i suoi parenti, gli amici a lei più vicini e tutti coloro che lo conoscono perché appare impeccabile: innamorato, affidabile, disponibile e accondiscendente. Ma basta disapprovare una sua scelta o deludere qualche sua aspettativa per vederlo mettere in atto una sorta di terrorismo psicologico. Vi minaccerà con ogni mezzo, puntando sulla vostra paura di rimanere soli ad affrontare un futuro di ineludibili sofferenze. Se quindi all’inizio sembra accondiscendere, almeno verbalmente, alle vostre richieste, finisce poi per adottare un comportamento freddo, poco partecipativo o di tacito disappunto. (...) Attribuisce a voi la responsabilità dei propri fallimenti, facendovi sentire impotenti, privi di valore, inetti”*.

Sulla scorta delle evidenze, inserendo il quadro personologico all'interno dei dati circostanziali, relativi al quadro lesivo e alle risultanze tossicologico-forensi, si può pertanto ragionevolmente inferire che la morte di MM sia da ricondursi ad un suicidio. In estrema sintesi, da un lato spiccano elementi quali: -un passato nebuloso, caratterizzato da insuccessi; -un presente ed un futuro sui quali MM aveva investito tutto, con spirito di rivalsa, sentendo quello presente come l'anno nel quale si sarebbero, finalmente, concretizzati i propri progetti di convivenza con FF, nell'abitazione da lui acquistata a tale scopo. Dall'altro emerge una personalità profondamente immatura, caratterizzata da rigidità e inflessibilità cognitiva, riconducibile ad un funzionamento borderline e connotata da tratti tipicamente Narcisistici, seppur prevalentemente collocabili sul versante *covert*, che emergono dalla costante incapacità di accettare ed elaborare la frustrazione connessa ad un fallimento. È opportuno puntualizzare che all'interno degli atti non sono stati riscontrati elementi che portino a profilare, e

neppure ad ipotizzare, un quadro omicidiario né di istigazione al suicidio. La decisione di porre fine alla propria vita è verosimilmente maturata autonomamente, a fronte dei numerosi indicatori di rischio suicidario e dell'evento precipitante rappresentato dalla decisione di FF di non trasferirsi assieme a lui, proprio in un momento di transizione denso di aspettative e che MM sentiva ed esibiva come acmé della catarsi rispetto al proprio passato. In un quadro personologico come quello descritto, MM, nell'incapacità di tollerare l'ambivalenza e la complessità del mondo reale e ricorrendo alla scissione, meccanismo di difesa in lui preponderante, ha sperimentato una distorsione cognitiva che lo portava a percepire FF, in quel momento, come "totalmente cattiva", e pertanto meritevole di essere "disintegrata", punita. Inoltre, abdicare al diniego del fallimento dei propri progetti, che fino a quel momento lo proteggeva dall'angoscia, ha determinato una ferita narcisistica ed un'umiliazione che hanno slatentizzato il nucleo depressivo che, seppur presente in ogni personalità narcisistica, restava ben celato sotto quella parvenza di amore ideale. Per MM prendere atto del fatto che, ancora una volta e nonostante gli sforzi profusi nel costruire il loro "nido d'amore", FF non avrebbe aderito alla sua progettualità, ha costituito un male peggiore della morte: il suicidio di MM può essere definito, citando Shneidman, come *"un atto conscio di auto-annientamento, meglio definibile come uno stato di malessere generalizzato in un individuo bisognoso che alle prese con un problema, considera il suicidio come la miglior soluzione possibile"*.

II parte
L'età evolutiva



Figura 2: Salvador Dalí, Metamorfosi di Narciso, 1937, olio su tela, cm 50 x 78, Tate Gallery, Londra

Capitolo 4

LE BASI DEL NARCISISMO: PSICOBIOLOGIA E SVILUPPO

È all'interno di finestre sensibili che, nell'infanzia, il disturbo di personalità narcisistico affonda le proprie radici.

Innanzitutto, come pionieristicamente proposto da Freud (1913), esiste una forma di narcisismo precoce, ascrivibile nell'ambito del fisiologico sviluppo, di narcisismo infantile, il cosiddetto “narcisismo primario” per utilizzare un termine Freudiano.

Tuttavia, ad un certo punto, con lo sviluppo della capacità di mentalizzare (Fonagy, Target, 2001) *“Bisogna ben cominciare ad amare per non ammalarsi e se, in conseguenza di una frustrazione, si diventa incapaci di amare, inevitabilmente ci si ammala”* (Freud, 1914, p. 455).

4.1 Gli indicatori precoci

Recentemente, gli studi si sono concentrati sul narcisismo come tratto della personalità, che può già, precocemente, essere rilevato durante l'infanzia attraverso la somministrazione di test proiettivi (es. Children Apperception Test, CAT; Rorschach) (Madeddu, 2020) e può portare a esiti negativi, come problemi emotivi e comportamentali (Muratori et al., 2021).

Alcuni tratti narcisistici, sebbene non risulti ancora possibile fare diagnosi (APA, 2013), emergono già durante l'infanzia e l'adolescenza.

All'interno del Children in the Community (CIC) study, progetto longitudinale sviluppato dalla Columbia University di New York (già citato all'interno del capitolo 1 del presente elaborato), che ha coinvolto, per oltre vent'anni, un gruppo di 800 individui dai 9 anni all'età adulta, è emerso come le caratteristiche legate ai disturbi di personalità rimangano, in generale, piuttosto stabili, sebbene i sintomi possano andare incontro a parziale remissione. In letteratura si riscontra, tuttavia, un unico lavoro longitudinale focalizzato in maniera elettiva sul DNP, ad opera di Carlson e Gjerde (2009), rifacendosi al più ampio studio del 1980 di Block e Block (Madeddu, 2020). All'interno di questa ricerca durata circa vent'anni gli autori hanno indagato in un campione di bambini di 3 e 4 anni alcune caratteristiche considerate come il core del narcisismo attraverso la somministrazione del California Child Q-set (Block, Block, 1980), quali:

-livello di antagonismo interpersonale;

-l'impulsività;

-la presenza di tendenze istrioniche;

-l'iperattività;

-il desiderio di essere al centro dell'attenzione.

Successivamente, in adolescenza ed in età adulta, i soggetti sono stati nuovamente valutati sotto il profilo della personalità ed il funzionamento cognitivo e sociale attraverso il California Adult Q-set (CAQ) (Block, 1978), strumento Q-sort che consta di 100 domande. A partire da 10 domande altamente correlate con le misure del Narcissistic Personality Inventory (NPI), sono stati estrapolati i punteggi relativi al narcisismo: i risultati hanno mostrato che la presenza di un senso di Sé grandioso, elevata impulsività e ostilità nelle relazioni personali in età prescolare sono in grado di predire in maniera significativa il narcisismo esibito in adolescenza e a 23 anni. In particolare, durante l'adolescenza si assiste ad un'acutizzazione della sintomatologia che, invece, tende a migliorare nella

prima età adulta (dato in parziale disaccordo con la progressivamente costante diminuzione delle caratteristiche associate a DNP misurate nel CIC).

Come si è visto, questi dati appaiono in accordo con il pensiero di Kernberg, che identifica l'età adulta come una sorta di "finestra sensibile" entro la quale si può auspicare in un miglior successo nel trattamento.

4.2 Il ruolo della Teoria dell'Attaccamento

“Se un bambino non ha avuto un buon inizio il patrimonio culturale potrebbe anche non essere mai esistito e la bellezza del mondo è solo un colore illusorio che non può essere goduto. In tal modo esistono davvero i ricchi e i poveri e questo non ha nulla a che vedere con i mezzi finanziari, bensì con l'aver avuto un inizio abbastanza buono oppure no.” (Winnicott, 1987, p. 51).

Winnicott parla a tal proposito di “preoccupazione materna primaria” (1987, p. 34): *“In questo stadio particolare le madri diventano capaci di mettersi per così dire nei panni del loro bambino; esse sviluppano cioè una sorprendente capacità di identificarsi con il bambino e ciò le rende in grado di far fronte ai bisogni del neonato in un modo che nessuna macchina potrebbe uguagliare e nessun insegnamento potrebbe far conseguire”*.

Il bisogno di contatto appare addirittura superiore rispetto a quello di nutrimento. Già i coniugi Harlow (1958) erano giunti a tale conclusione: i loro celebri esperimenti effettuati in laboratorio sui cuccioli di Macaco Rhesus hanno messo invariabilmente in luce come i piccoli appena nati mostrassero di preferire il contatto con una finta madre ricoperta di pelo sintetico, che dunque avvolge ed emana calore, piuttosto che il biberon offerto da una fredda madre metallica. Per lo stesso motivo

i piccoli di oca osservati da Konrad Lorenz seguivano la madre e mostravano angoscia quando essa non era presente, indipendentemente dal nutrimento (Barbieri, 2009). Sulla scia di tali considerazioni etologiche ed inserendosi in una cornice interpretativa evoluzionistica, in opposizione alle concezioni freudiane e kleiniane, per Bowlby *“l’attaccamento del bambino alla madre non deriva dalla sessualità infantile né tantomeno dal bisogno di nutrimento, ma è un legame primario che [...] dipende innanzitutto dalla necessità di protezione dalle minacce ambientali ed in particolare dai predatori. [...] Il benessere e il senso di sicurezza dipendono dalla vicinanza tra i due, mentre la lontananza genera insicurezza, tristezza e ansia.”* (Barbieri, 2009, p. 338). John Bowlby, psichiatra e psicoanalista britannico, ha formulato tra il 1969 ed il 1973 la celebre *Teoria dell’Attaccamento*. Essa postula l’esistenza di una relazione stabile che si instaura tra madre e bambino fin dalla nascita, sulla base dei comportamenti interattivi tra i due. Tale legame di attaccamento, innato e biologico in quanto primariamente finalizzato alla sopravvivenza, fa sì che la madre protegga il figlio non solo dalle minacce ambientali, ma anche dalle sue tensioni interne. Centrale nell’attaccamento è la distanza tra madre e bambino: il tatto, il contatto visivo, l’ascolto producono un piacere condiviso da entrambi. I pattern di attaccamento della prima infanzia vengono interiorizzati dall’individuo come modelli operativi interni (MOI), che restano attivi nel corso della vita, anche se in maniera inconscia, ed andranno a strutturare la personalità del soggetto e a condizionare le successive relazioni interpersonali. Mary Ainsworth, per valutare la qualità dell’attaccamento tra madre e figlio, ha messo a punto nel 1963 la procedura standardizzata nota come Strange Situation, applicabile in un laboratorio di osservazione a bambini di età compresa tra i 12 e i 18 mesi. Tale situazione, definita “strange” poiché non familiare al soggetto, prevede che al bambino venga sottoposta una sequenza di 8 microepisodi, caratterizzati da stress moderato ma progressivamente crescente, che lo vedono dapprima in presenza della madre, poi da solo, ed infine con una persona estranea, per poi valutare le reazioni del piccolo al ricongiungimento col caregiver. Dall’osservazione del fanciullo nell’ambito della Strange Situation, in particolare dalla valutazione della ricerca di prossimità, del mantenimento del contatto, del comportamento ricerca del genitore durante la separazione, dell’attivazione di

comportamenti resistenti (riconducibili a rabbia e aggressività) o di evitamento, è possibile inferire differenti stili di attaccamento. In particolare, quelli individuati dalla Ainsworth sono 3: *l'Attaccamento Sicuro, Insicuro Evitante, Insicuro Ambivalente*; più recenti revisioni, ad opera rispettivamente di Main e Solomon (1986, 1990) e Critterden (1994, 1997), hanno introdotto *l'Attaccamento Disorganizzato/Disorientato* e *l'Attaccamento Evitante/Ambivalente*. I soggetti sicuri, nell'arco della vita, grazie alla duttilità dei propri MOI, sono in grado di selezionare il comportamento più adattivo in relazione al contesto in cui si trovano, viceversa coloro che hanno sviluppato attaccamenti di tipo insicuro metteranno in atto pattern comportamentali e cognitivi disfunzionali. Bowlby, infatti, a fronte delle osservazioni da lui effettuate sulla popolazione infantile di orfanotrofi, sottolinea l'importanza delle cure materne nella prima infanzia e nella fanciullezza per la salute mentale dell'individuo. La deprivazione materna, cioè la mancanza degli apporti emotivi e dell'accudimento materni, può determinare drammatiche ricadute nello sviluppo fisico, emotivo, intellettuale e sociale del bambino (Barbieri, 2009). Gli esseri umani sono ad ogni età più sereni ed in grado di affinare il proprio ingegno per trarre maggiori profitti, se hanno la consapevolezza di avere al proprio fianco persone fidate e pronte ad accorrere in aiuto in caso di difficoltà. Il prototipo della figura fidata è costituito dalla figura di attaccamento primaria: infatti la necessità di una base sicura non è limitata alla prima infanzia in una personalità sana, sebbene gli stereotipi occidentali ci portino alla costante ricerca di un'innaturale indipendenza. Appare evidente che le esperienze che caratterizzano i primi anni di vita, determinano le aspettative di trovare in seguito una base sicura ed anche la misura in cui si sarà capaci di stabilire e mantenere un rapporto reciprocamente gratificante. Al contrario, molte forme di personalità disturbata riflettono una capacità "menomata" di individuare figure appropriate o di collaborare in rapporti gratificanti con tali figure (Bowlby, 1987). Il periodo sensibile per la costruzione del legame di attaccamento primario è il primo anno di vita: esso, pertanto, prende forma nell'ambito della cosiddetta "esogestazione". Tale termine, coniato dal ginecologo Lorenzo Braibanti (2009), fa riferimento al periodo postnatale, che si protrae nei mesi dopo la nascita, in cui il bambino ha bisogno delle cure della madre per emanciparsi gradualmente, a mano a mano

che le sue strutture fisiologiche e biologiche maturano con il concorso dell'ambiente in cui vive. Quando viene alla luce, il bambino non è pronto ad affrontare la vita extrauterina ed il suo sviluppo deve pertanto continuare fuori dall'utero in condizioni molto simili a quelle precedenti la nascita. Il piccolo d'uomo per sopravvivere è totalmente dipendente da chi si prende cura di lui. La scienza antropologica ci suggerisce che il bambino nasce quando le dimensioni della sua testa raggiungono un valore oltre il quale non sarebbe più possibile attraversare il canale del parto. Alla nascita quindi lo sviluppo del sistema nervoso non è completo e avrà un rapido accrescimento nei primi tre anni di vita. Si pensi che nel primo anno di vita egli sviluppa circa il 75% dei collegamenti tra le cellule del suo sistema nervoso.

Già Mary Ainsworth (1967) riteneva che l'attaccamento si costituisse all'interno del sistema nervoso, nel corso e come risultato delle esperienze infantili di interazione con la madre. Il neuropsicoanalista Allan Schore ha il merito di avere integrato il contributo delle neuroscienze con la teoria dell'attaccamento. Egli propone una teoria degli affetti che prende avvio a partire dalla vita intrauterina e si dirama per tutto l'arco della vita, considerando la complessità dell'essere umano nella costante interazione tra fattori biologici ed ambientali. Afferma l'autore (2003) che se noi osserviamo il cervello al concepimento, la sua crescita nel periodo prenatale e poi al momento della nascita, si nota una crescita massiccia che interessa i primi due anni di vita; si passa dai 400 grammi alla nascita fino agli oltre 1000 grammi all'età di dodici mesi. La crescita è determinata da qualcosa di più del semplice programma genetico. Nei primi due anni di vita sono i fattori ambientali che danno un notevole contributo mediante la relazione madre/bambino. Questa interazione che coinvolge le emozioni ha un impatto diretto sul genotipo (epigenetica): l'idea che tutto ciò che avviene prima della nascita sia genetico e tutto ciò che accade dopo sia appreso è una delle grandi bugie della scienza. Particolare rilievo assume l'emisfero destro del cervello, connesso ai processi emozionali del sistema limbico che elabora le emozioni in un modo che l'emisfero sinistro non riesce a fare. L'emisfero sinistro non inizia la sua maturazione fino ai diciotto mesi e non diviene predominante fino al quarto anno, mentre il destro, che matura precocemente ed è connesso al corpo, si sviluppa nel periodo

prenatale ed in tutto il primo anno e mezzo. Ciò significa che tutte le esperienze precoci relative alla relazione di attaccamento sono impresse nell'emisfero destro, che è infatti dominante nei primi tre anni di vita.

Aggiunge Schore che in particolare nei primi due anni si hanno due processi regolatori: la sincronia dell'affetto tra madre e bambino, che crea stati di eccitazione positiva, ed il recupero interattivo che regola l'eccitamento negativo. Inevitabilmente questa regolazione affettiva, alla base dello sviluppo del sistema nervoso, avrà un impatto su tutte le esperienze future. Il sistema limbico subisce tra i 7 ed i 15 mesi una rapida mielinizzazione ed un altrettanto rapido sviluppo di connessioni tra le varie aree. In particolare, nell'emisfero destro, assume un ruolo cruciale nei processi di attaccamento la corteccia prefrontale orbitale, area corticolimbica che valuta le informazioni visive facciali, elabora le risposte al tocco piacevole, al gusto, all'olfatto, ed il cui sviluppo si è visto direttamente correlato alle influenze di tipo ambientale, soprattutto quelle relative all'interazione col caregiver, tra i 10 ed i 12 mesi, corrispondenti al periodo individuato da Bowlby come critico per la formazione dei legami di attaccamento (Schore, 2000). Come scrive lo psicoanalista Bruno Bettelheim (1987, pp. 25-26): La coscienza, la parte conscia della nostra psiche, si sviluppa molto lentamente, e per certi aspetti rimane sempre sotto il dominio dell'inconscio. Per tutta la durata della nostra esistenza, secondo la psicoanalisi, l'inconscio ci induce a interpretare tutto quello che ci succede alla luce delle nostre prime esperienze. Per esempio, sulla base di come abbiamo interpretato le nostre prime esperienze con i genitori, l'inconscio ci induce a pensare che il mondo ci accetta e ci approva, oppure ci rifiuta e disapprova. Questo atteggiamento viene generalizzato, traducendosi poi nella sensazione di essere buoni o cattivi, capaci o inetti di far fronte alla vita, degni o indegni di amore, e persino soddisfatti o delusi di quello che abbiamo. Tali atteggiamenti così pervasivi si formano sulla base di sensazioni estremamente vaghe e tuttavia vissute con grandissima intensità da piccoli, quando, non essendo ancora sviluppate le nostre capacità di ragionamento, non eravamo ancora in grado di capire quello che ci succedeva [...] Di conseguenza, [...] Chiunque si trovi in posizione da influenzare la vita di un bambino dovrebbe sforzarsi di dargli una visione positiva di sé e del suo mondo, perché la felicità

futura di quel bambino e la sua capacità di far fronte alla vita e di entrare in rapporto con gli altri dipenderanno da questo”. Sue Gerhardt (2006), sostiene che una buona “immunità” emotiva è il risultato dell’esperienza di sentirsi sicuri del contatto fisico, dell’essere visti e aiutati a riprendersi dallo stress, mentre la reazione a esso è minacciata dalla separazione, l’incertezza, la carenza di contatto e la mancanza di contenimento. Non bisogna trascurare l’importanza del bagaglio affettivo e delle esperienze infantili: ognuno di noi fa parte di un cerchio che comprende molte generazioni. In psicologia questo concetto è noto e riguarda la trasmissione intergenerazionale dei modelli di attaccamento.

Un *parenting* precoce responsivo, fatto di risposte adeguate e tempestive ai bisogni del bambino, ha un ruolo fondamentale nella costruzione del legame di attaccamento oltre che nella regolazione dei ritmi psicobiologici del bambino: esistono dei “regolatori nascosti” che intervengono nella regolazione della pressione sanguigna, della frequenza cardiaca e dei ritmi neuro-ormonali. L’avvio dell’accudimento materno è particolarmente influenzato dall’ossitocina (OT), ormone neuropeptidico secreto dall’ipotalamo, e le esperienze sociali precoci influenzano a loro volta il sistema ossitocinergico connesso al comportamento materno e alla formazione di legami affiliativi (Ammaniti, Gallese, 2014). Nelle femmine di ratto sono state riscontrate differenze interindividuali a livello dei recettori dell’ossitocina, strettamente associate alla qualità delle cure precoci (come il *licking* ed il *grooming*), ricevute dagli animali oggetto dello studio durante l’infanzia e riproposte una volta adulte ai propri cuccioli (Meaney, 2001). Tali risultati sono stati ulteriormente confermati da Francis et al. (2002): la prole più accudita risulta maggiormente incline a manifestare a propria volta i medesimi patterns comportamentali. Uno studio a cura di Young e coll. (2005) ha messo in luce il ruolo diretto della dopamina nella modulazione del sistema ossitocinergico e, di conseguenza, del comportamento materno nella formazione del legame di attaccamento. La sinergia dei sistemi ossitocinergico e dopaminergico mesolimbico (che va a costituire il circuito del *reward*, relativo alla gratificazione) nella genesi del legame di attaccamento umano, è stata approfondita da Strathearn e coll. (2009), ponendo l’accento sulla relazione tra lo stile di attaccamento adulto e l’attivazione di

determinate aree cerebrali in risposta ai *cues* infantili, rilevata con fMRI, e la produzione di ossitocina misurata a livello periferico. L'osservazione, finalizzata a fornire una spiegazione neurobiologica delle trasmissioni intergenerazionali degli stili di attaccamento, è stata effettuata su 44 donne, primipare, alle quali era stato preventivamente somministrato durante la gravidanza l'Adult Attachment Interview (AAI), intervista semistrutturata realizzata nel 1985 da George, Kaplan e Main allo scopo di valutare le rappresentazioni di attaccamento di adolescenti e adulti (Barbieri, 2009). I risultati rivelano che le madri con un attaccamento di tipo sicuro hanno un'attivazione maggiore della via mesocorticolimbica alla vista del viso sorridente o triste del proprio figlio ed un aumento della produzione di ossitocina periferica mentre interagiscono con lui, conseguente all'attivazione, a livello centrale, del sistema ossitocinergico (ipotalamo-ipofisi/striato ventrale) e dopaminergico. Al contrario, nelle madri con un attaccamento insicuro/evitante si rileva una minore attivazione dello striato ventrale contestuale all'attivazione dell'insula anteriore (associata alle emozioni negative), e della corteccia prefrontale dorsolaterale (associata al controllo cognitivo degli stimoli emozionali).

Tali presupposti sembrano fornire una soddisfacente spiegazione neurobiologica, oltre che alla trasmissione intergenerazionale dei modelli di attaccamento modulata dall'epigenetica, anche alla genesi di tratti narcisistici. A riguardo non è presente una vasta letteratura, e sarebbe interessante indagare empiricamente il fenomeno in maniera più diffusa. Tuttavia, è emersa un'associazione significativa tra tratti insensibili-non emotivi nei bambini e negli adolescenti con aggressività pervasiva estrema e persistente e un polimorfismo sul recettore dell'ossitocina (Beitchman et al., 2012). Inoltre, individui con disturbo antisociale di personalità (che, come visto, si colloca sul polo estremo del continuum del narcisismo) hanno mostrato deficit nel riconoscere volti paurosi e felici, ma tali differenze venivano meno in seguito alla somministrazione di OT (Timmerman et al., 2017).

Già Bowlby riteneva che un attaccamento insicuro costituisse un elemento centrale per il futuro innestarsi dei disturbi di personalità. In particolare, riteneva che gli attaccamenti ansiosi-ambivalenti fossero associati a personalità dipendenti o isteriche, mentre, al contrario, uno stile di attaccamento

evitante, scaturito da ripetuti rifiuti e frustrazione dei bisogni di protezione e cura, determinasse un'incapacità a strutturare relazioni significative, intime, autentiche, tratto spesso associato all'esordio di un disturbo narcisistico di personalità.

I dati empirici supportano questa associazione tra attaccamento evitante e DNP (Horowitz, 1996; Brennan et al., 1998). È facile comprendere come i MOI risultino implicati in tale processo intrapsichico: genitori inadeguati, essere vittime di *neglect*, maltrattamenti, rifiuti e/o abusi può favorire lo sviluppo di MOI patologici, in cui il Sé viene percepito come non meritevole di cure, mentre la rappresentazione dell'altro è malevola (Madeddu, 2020). Secondo questa visione, il DNP emergerebbe come risposta difensiva al rifiuto ed alla freddezza genitoriale, in quanto prendere atto della convinzione di non essere meritevoli di affetto ed amore determinerebbe una sofferenza insostenibile.

Ecco perché, secondo Khout, i soggetti affetti da narcisismo si sarebbero arrestati ad uno stadio evolutivo “*in cui hanno bisogno di specifiche risposte dalle persone del loro ambiente per mantenere un Sé coeso*” (Gabbard & Crisp, 2019, p. 20).

Otway e Vignoles (2006) hanno messo in luce come freddezza e indifferenza nell'accudimento genitoriale sono associate a manifestazioni di narcisismo *covert*, mentre un'iper valutazione genitoriale potrebbe esitare in entrambe le dimensioni di narcisismo, *overt* e *covert*, sottolineando il ruolo di peculiari *parenting* nella genesi del disturbo.

4.3 Parenting inefficaci

In accordo con quanto sostiene il filone dell'Infant Research (Beebe, Lachman, 2015) per Fonagy (2001) la capacità di mentalizzazione non è presente alla nascita, ma emerge progressivamente nel corso delle interazioni tra genitore e figlio. La mentalizzazione permette all'individuo di riflettere su sé stesso e la propria esperienza in termini di sentimenti, intenzioni, credenze e desideri: consente, in un certo senso, di vedere se stessi "dall'esterno" e gli altri "dall'interno". Tale Sé riflessivo (o "psicologico"), è ontogeneticamente secondario rispetto al Sé pre-riflessivo (o "fisico"), la cui rappresentazione primaria trae origine da una perfetta corrispondenza tra i bisogni del piccolo e le risposte materne. Ciò rimanda al concetto Winnicottiano di *rispecchiamento*: la rappresentazione materna del proprio bambino e delle sue manifestazioni emotive viene colta dal bambino e collocata tra le rappresentazioni del proprio Sé. Tuttavia, tra le rappresentazioni della madre e quelle del bambino vi deve essere una certa distanza: l'affetto del genitore deve contenere una parte della dell'angoscia del figlio, ma anche il suo antidoto, affinché la mente del bambino si possa attivare ed organizzare e l'emozione diventi pensabile (Barbieri, 2009).

Damasio (1994) sostiene che il sistema limbico mappa continuamente lo stato dei nostri organi vitali, registrando lo stato del cuore, dei polmoni e degli organi coinvolti nella digestione. Quando il cuore ha un battito veloce registriamo un affetto di *iperarousal*, quando il battito è più lento di *ipoarousal*: l'affetto è un'informazione a base somatica che segnala a livello di arousal degli organi vitali. L'affetto è contagioso, percepiamo la nostra soggettività e quella altrui attraverso i "flussi di arousal" che scorrono fra i reciproci corpi. L'affetto corporeo viene espresso attraverso comunicazioni implicite, che consentono di sperimentare un senso di reciproca condivisione (Hill, 2017). Questi scambi vengono identificati da Trevarthen (1993) come "intersoggettività primaria", e da Schore (1994, 2003) come "*tuning*" (sintonizzazione). In tale processo sembra essere coinvolto anche il

*sistema specchio*³: quando gli individui assumono delle posture o delle espressioni facciali con valenza emotiva, si attivano in essi e nell'osservatore strutture neurali comuni (in questo caso la corteccia premotoria ventrale, l'insula e l'amigdala), che permettono di esperire la cosiddetta “*simulazione incarnata*” (Ammaniti, Gallese, 2014).

L'imitazione neonatale, esibita dal macaco durante i primi sette giorni di vita come osservato pionieristicamente da Meltzoff, e dall'uomo e dallo scimpanzè durante i primi due-tre mesi, si associa ad una soppressione significativa del ritmo α rilevabile nella scimmia attraverso EEG, che potrebbe riflettere l'attivazione delle aree motorie fronto-parietali connesse al meccanismo specchio (Ferrari et al., 2012). Tale prontezza all'interazione, manifestata a pochi istanti dalla nascita, è molto probabile sia presente già in epoca prenatale, rappresentando una propensione innata a interagire (Gallese et al., 2009). In feti alla ventiduesima settimana di gestazione si riscontra già un certo grado di coordinazione motoria: quando portano la mano alla bocca per succhiarsi il pollice, la bocca si apre in anticipo. Quindi i centri motori, attraverso una connettività che potrebbe essere precablata, “bombarderebbero” letteralmente di segnali quelle aree del cervello destinate a ricevere l'input visivo dopo la nascita. Il sistema motorio, in quest'ottica, si configurerebbe come trainer del visivo e tale connettività creata si doterebbe l'infante delle risorse neurali per accoppiare la risposta motoria allo stimolo visivo, dando origine a quei comportamenti di reciprocità che caratterizzano la fase post-natale. Ecco perché una genitorialità responsiva ed un adeguato rispecchiamento risultano fondamentali per lo sviluppo di quella che Schore (2003) definisce “sintonizzazione” e Trevarthen “intersoggettività primaria”.

³ Nell'ambito dell'investigazione sui neuroni di F5, nella corteccia premotoria ventrale della scimmia, è emersa, in seguito ai neuroni canonici, un'altra tipologia di neuroni, sempre visuomotoria: *i neuroni specchio*, che scaricano sia all'atto di prensione eseguito dalla scimmia, sia all'osservazione del medesimo *grasping* eseguito dallo sperimentatore (Rizzolatti, Fadiga, Gallese, Fogassi, 1996). Nell'uomo è stata dimostrata mediante tecniche di neuroimaging l'esistenza di un simile meccanismo, sia nel dominio motorio che in quello delle emozioni (Gallese et al., 1998; Iacoboni, 2003; Wicker et al., 2003): in questo caso, non potendo avere contezza circa il fatto che si tratti di un meccanismo eccitatorio o inibitorio e non potendolo studiare a livello di singola cellula, è opportuno parlare di “*sistema specchio*”.

Se pertanto il sistema specchio rappresenta, nell'uomo, uno dei sistemi coinvolti nell'empatia, è facile ipotizzare che nei soggetti narcisisti se ne possa riscontrare un deficit.

In accordo con i risultati ottenuti da Otway e Vignoles (2006), secondo Khout (1977) il normale processo evolutivo è favorito da quei comportamenti genitoriali che, da un lato, forniscono un rispecchiamento empatico e di risonanza idealizzante al Sé del bambino, e dall'altro prevedano momenti di frustrazione ottimale per imparare, progressivamente, a far fronte in autonomia alle sfide dell'ambiente. Pertanto, in questa visione, il narcisismo può emergere sia come meccanismo difensivo in risposta ad uno stile genitoriale rifiutante, che in assenza di rispecchiamento e *tuning* impedisce l'interiorizzazione di un'immagine idealizzata di Sé e dell'oggetto, sia eccessivamente permissivo, a causa dell'impossibilità di esperire la frustrazione ottimale alla base del processo di separazione tra il proprio Sé e quello genitoriale (Madeddu, 2020).

Kernberg (1975), ponendosi su questa scia, enfatizza in modo particolare, in riferimento ad uno stile genitoriale autoritario, il ruolo della freddezza e l'aggressività genitoriale: anaffettività, eccessiva rigidità e ostilità impediscono l'interiorizzazione di un'immagine ideale di Sé sulla quale strutturare una sana autostima (Madeddu, 2020), idea corroborata dai risultati sperimentali ottenuti da Wetzel e collaboratori (2016): l'ostilità genitoriale è associata a comportamenti di matrice narcisistica esibiti dagli adolescenti, quali sfruttamento interpersonale e manipolazione. Al polo opposto del continuum, in accordo con la teoria di Millon dell'apprendimento sociale (1981) Kernberg ritiene che occupare un ruolo speciale all'interno della dinamica familiare, ricevere un'eccessiva ed inconsistente ammirazione, possa promuovere lo sviluppo di un senso di Sé grandioso di matrice narcisistica, ipotesi sostenuta dai risultati ottenuti sperimentalmente da Brummelman (2015). Ciò si accompagna alla percezione di non potere, in alcun modo, disattendere tali elevate aspettative genitoriali, pena intensi vissuti di inadeguatezza e vergogna conseguenti alla scissione (si rimanda al caso di GP, vedi capitolo 3).

Un altro aspetto, messo in luce all'interno della Teoria Biosociale proposta nel 1993 da Marsha Linehan, riguarda il ruolo dell'incostanza genitoriale, nel delinearsi di un ambiente definito "invalidante" (Madeddu, 2020). L'evidenza empirica dimostra che queste esperienze invalidanti sono in grado di predire lo sviluppo di tratti narcisistici *covert* (Huxley et al., 2017).

4.4 Verso una sintesi integrata e nuove prospettive di ricerca

Oggi sappiamo, dai dati ottenuti empiricamente, che occorre coniugare i contributi di entrambe le visioni per ottenere una sintesi completa: attaccamenti traumatici e *parenting* disfunzionali possono soggiacere allo sviluppo del DNP.

Secondo Main, la capacità metacognitiva può essere considerata come l'evoluzione della capacità del bambino di utilizzare la madre come base sicura (Albasi, 2006). Grande è a tal proposito l'interrogativo culturale: il narcisismo ai nostri tempi, così diffuso seppur ampiamente sottostimato, trova terreno fertile all'interno del moderno occidente. Stili genitoriali, di matrice culturale, improntati al distacco precoce e tendenza all'individualismo, è verosimile che abbiano un ruolo nella sua insorgenza, innestandosi su specifiche predisposizioni temperamentali. Infatti, seppur il *leit motiv* nella genesi del narcisismo riguardi stili genitoriali disfunzionali e attaccamenti insicuri, non si può escludere che a questi, in parte, soggiacciano risposte genitoriali a determinate caratteristiche temperamentali, geneticamente predeterminate, che identificano un bambino "difficile", rifacendoci alla prima classificazione proposta da Chess e Kagan. In effetti, la letteratura ci restituisce che una spiccata sensibilità al *reward*, se affiancata ad un'ipervalutazione genitoriale, può favorire lo sviluppo di tratti narcisistici (Brummelman, 2015). Tale sensibilità al reward è, inoltre, tipica di un

temperamento *approach* che, contrapposto al temperamento *avoidant*, appare correlato all'DNP, perlomeno per quel che riguarda la sua dimensione *overt* (Foster e coll., 2009).

Quindi, da un punto di vista neurobiologico, sulla scorta dei risultati sperimentali descritti, si potrebbe ipotizzare che:

-da un lato, stili genitoriali poco responsivi, nel delinearsi di attaccamenti insicuri, possano impattare negativamente sullo sviluppo del sistema ossitocinergico (Meaney, 2001), che, come diffusamente noto in letteratura è coinvolto nell'empatia;

-dall'altro, potrebbe soggiacere al DNP un deficit a carico del sistema specchio. All'empatia, infatti, soggiace quella *consonanza intenzionale* che Gallese definisce "simulazione incarnata": la comprensione delle emozioni altrui passa attraverso un'attivazione a livello cerebrale, evidenziabile tramite fMRI, delle medesime aree che ci permettono di esperire tali emozioni soggettivamente (corteccia premotoria, area 44, insula, amigdala) (Iacoboni, 2003; Wicker, Keysers, Gallese, Rizzolatti, 2003). Parallelamente, i soggetti con disturbo narcisistico mostrano, rispetto ai controlli sani, un volume minore di materia grigia a livello di insula, corteccia cingolata rostrale e mediale, corteccia prefrontale dorsale laterale e mediale (Shulze et al., 2013).

Da un'accurata analisi della letteratura non emerge, ad oggi, alcuno studio finalizzato all'indagine di un ipotetico legame tra narcisismo e sistema specchio ma, a fronte dell'impatto che la scoperta dei neuroni specchio e del sistema specchio ha avuto sulla comprensione dei meccanismi neurali verosimilmente implicati in empatia e intersoggettività, è auspicabile che prospettive di ricerca future si orientino in questa direzione.

Infatti, è emerso che i soggetti affetti da DNP mostrano un minor livello di arousal in compiti empatici (Hepper et al., 2014) ed una minore attivazione, rispetto ai controlli, di insula anteriore e lobi frontali (Madeddu, 2020): da un lato un deficit a carico del sistema specchio potrebbe essere in grado di

fornire una spiegazione neurobiologica del disturbo narcisistico di personalità, dall'altro se tale parametro fosse confermato il deficit empatico riscontrabile nei soggetti affetti da DNP fornirebbe una ulteriore prova circa fatto che il sistema specchio sia coinvolto in empatia ed intersoggettività. Tali riscontri potrebbero fornire un punto di partenza per ulteriori approfondimenti all'interno di un filone di ricerca dedicato, con auspicabili implicazioni future in ambito teorico, ma soprattutto diagnostico e terapeutico.

Come afferma Rizzolatti: *"Il narcisismo va nel senso opposto dei neuroni specchio, essendo l'Io, per il narcisista, l'oggetto del proprio amore, e non il prossimo. In termini clinici è una forma di nevrosi in cui il malato ha empatia zero verso gli altri. Il narcisista "clinico" non dovrebbe rispondere alle emozioni altrui. È una cosa che vorremmo verificare su individui affetti da forme di narcisismo ma con diagnosi psichiatrica precisa."*

Capitolo 5

IL CASO DI MS

Avere un genitore narcisista può avere frequentemente un impatto profondamente negativo nel corso dello sviluppo, depauperando l'individuo sotto molteplici punti di vista ed esponendolo ad un elevato rischio di esiti psicopatologici.

Come emerso all'interno di un vasto studio di Cappelli e collaboratori (2013) il controllo anaffettivo, valutato attraverso il Parental Bonding Instrument (PBI) ed il narcisismo genitoriale, valutato con il Narcissistic Personality Inventory (NPI) sono in grado di predire i livelli di depressione e di ansia nei figli. Tutte le scale del PBI e del NPI sono risultate moderatamente e positivamente correlate con l'ansia e la depressione dei figli: tali risultati confermano e qualificano ulteriormente la teoria di Parker sull'effetto patogeno del controllo anaffettivo genitoriale.

Il narcisismo paterno *covert*, in particolare, riverberandosi in comportamenti passivo-aggressivi è in grado di predire elevati livelli di rabbia e aggressività dei figli adolescenti, come recentemente rilevato (Bodecka-Zych e coll., 2022).

Inoltre, come si è visto all'interno del Capitolo 2 del presente elaborato, il narcisismo può rappresentare un precursore di condotte violente (violenza fisica e/o psicologica) in ambito familiare e la violenza assistita in famiglia da parte di minori si è dimostrata avere un impatto sulla costruzione dei legami di attaccamento e, di conseguenza, sulla strutturazione del *locus of control*⁴ e l'emergere di quadri psicopatologici. Uno studio di Pentima e coll. (2021) su trenta minori vittime di violenza assistita in famiglia (età media: 11.57 anni, DS = 2.01), confrontati con un gruppo di controllo, ha

⁴ Il concetto di locus of control, introdotto nel 1966 da Rotter, si riferisce alla tendenza individuale ad attribuire agli avvenimenti della propria vita cause esterne, indipendenti dalla propria volontà (locus of control esterno) o, al contrario, dipendenti dai propri comportamenti o azioni (locus of control interno). Un locus of control interno è associato alla capacità di far fronte efficacemente ai problemi, rappresentando una risorsa di coping interna adattiva.

messo in luce che i minori testimoni di violenza in famiglia, rispetto ai controlli, mostrano con maggiore frequenza:

-*attaccamenti insicuri*, valutati mediante il Separation Anxiety Test (Attili, 2001), in particolare di tipo evitante e, a seguire, di tipo ambivalente;

-*livelli più elevati di ansia, depressione, disturbi alimentari psicogeni e sintomi somatici*, valutati attraverso le Scale Psichiatriche di Autosomministrazione per Fanciulli e Adolescenti (Cianchetti & Sannio Fancello, 2001);

-*locus of control più esterno*, valutato mediante la Scala di Nowicki Strickland (1973).

Tuttavia, come esplorato nei capitoli precedenti, ogni caso merita un'attenzione particolare nel delinearci delle molteplici forme che può assumere, come *Hydra*, il narcisismo. Per questo ho deciso di addentrarmi in un'esperienza diretta, focalizzando la mia attenzione sul caso di MS, all'interno di un setting psicoterapico, servendomi dei dati fornitimi dalla Dott.ssa Mariangela Guerra, psicoterapeuta, terapeuta EMDR, psicologa forense, esperta in narcisismo e manipolazione affettiva.

Nel caso di MS, come si vedrà nel dettaglio, sono presenti tutti gli "ingredienti" visti fin qua: un padre con tratti riconducibili ad un disturbo narcisistico di personalità, collocabile sul versante cover, che ha agito manipolazione affettiva, violenza psicologica e fisica ai danni della moglie (i cui atteggiamenti riflettono, al contrario, una personalità verosimilmente dipendente). Nel mezzo, una ragazzina appena adolescente vittima di violenza assistita che, in seguito alla separazione dei genitori, inizia un percorso di psicoterapia mostrando caratteristiche del tutto peculiari all'interno di un vissuto di profondo ed insanabile disagio emotivo.

Occorre a questo punto fare un passo indietro per descrivere l'antefatto:

MS, 14 anni, giunge in terapia per sua esplicita richiesta in seguito alla separazione dei genitori.

Apparentemente non mostra un malcontento direttamente associato alla separazione, quanto riferisce durante il colloquio clinico di esperire una intensa rabbia, un forte disagio ed un rifiuto netto verso il padre per il quale prova vergogna e sentimenti di pena, considerandosi più adulta di lui.

Descrive il padre come estremamente immaturo, manipolatorio, avvezzo a fare leva sul senso di vergogna e colpa dei familiari per ottenerne favori ed accondiscendenza. Ad esempio, millanta sovente sintomatologia fisica, esprime tristezza per la poca comprensione riservatagli, esibisce con frequenza un atteggiamento passivo-aggressivo. Apparentemente calmo e dismesso, molto preoccupato di veicolare all'esterno una certa immagine di sé, viene descritto come soggetto ad improvvisi e significativi scatti di ira che coinvolgono per lo più l'ex moglie, oggetto di costanti critiche e atteggiamenti svalutanti. Racconta inoltre di una serie di violenze che, da sempre, la madre subisce e a cui lei assiste benché per lo più indirettamente (sente urla e colpi mentre si trova nella propria stanza, assistendo direttamente a strattonamenti e spinte in alcune occasioni), nel profilarsi di un quadro di violenza assistita, potenzialmente connesso ad esiti psicopatogeni.

Si ipotizza, pertanto, che il padre abbia un disturbo narcisistico di personalità, probabilmente collocato sul versante *covert* (da verificare attraverso il colloquio e la somministrazione dell'MMPI-II) e che questo possa avere impattato, a causa della dinamica familiare violenta creatasi, sullo sviluppo di un pattern di attaccamento evitante nella figlia (che si indagherà attraverso l'intervista semistrutturata dell'Adult Attachment Interview), che soggiacerebbe all'atteggiamento freddo, distaccato, apparentemente indipendente della ragazza pur, intimamente, determinando un terreno fertile per l'innestarsi di tali vissuti di profondo disagio.

Si ipotizza quindi anche che la ragazza, coerentemente a quanto riscontrato in letteratura, abbia livelli aumentati di ansia e depressione predetti dalla violenza assistita ed aumentati livelli di rabbia ed aggressività da imputare al narcisismo *covert* paterno. Nel tentativo di rendere conto delle suddette dimensioni, si propende per la somministrazione dell'MMPI-A.

5.1 Metodi e strumenti

Per indagare i costrutti delineati, cercando di ottenere un quadro che prenda in considerazione l'intero sistema-famiglia con l'obiettivo di fornire un percorso terapeutico adeguato, ci si è serviti di:

-Colloquio clinico: rivolto a tutti i membri della famiglia, in maniera individuale, allo scopo di pervenire ad una raccolta anamnestica completa senza tralasciare elementi potenzialmente rilevanti;

- MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2): somministrato al padre NS (35 anni) per validare l'impressione clinica circa il quadro personologico profilatosi nel corso del colloquio.

- MMPI-A (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent): somministrato a MS, con l'obiettivo di metterne in risalto il funzionamento e confermare l'effettiva presenza di emotività negativa, elevati livelli ansia, depressione, rabbia e aggressività.

-AAI (Adult Attachment Interview): intervista semi-strutturata presentata a MS allo scopo di rivelarne il pattern di attaccamento e pervenire ad una lettura del suo comportamento in funzione di quanto emerso.

5.1.1 *Il colloquio clinico*

Il colloquio clinico rappresenta uno strumento di straordinaria importanza in ambito diagnostico, ed ancor più psicodiagnostico, potendo fornire una prima valutazione ampia e multidimensionale.

All'interno del colloquio clinico si configurano come imprescindibili taluni passaggi che riguardano:

- Anamnesi patologica prossima;
- Anamnesi personale e sociale;
- Anamnesi patologica remota;
- Anamnesi familiare;
- Abuso di sostanze;
- Esame dello stato mentale, che include esame semeiotico, livello di attività ed attivazione fisiologica, umore, contenuto dei pensieri (fobie, ansia, ossessioni e compulsioni, pensieri suicidari, deliri, allucinazioni) (Pruneti, 2013).

L'impressione emersa può essere arricchita dalla successiva somministrazione di strumenti psicodiagnostici quali test, questionari, interviste strutturate o semi-strutturate.

5.1.2 *MMPI-2*

Come descritto da Pruneti (2013), la prima formulazione dell'MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) si deve a McKinley e Hataway e la sua prima pubblicazione, a cura dell'Università del Minnesota, risale al 1942. Gli obiettivi descritti dagli autori riguardavano: ottenere un vasto campione di comportamenti utili per la diagnosi psichiatrica, mettere a punto uno strumento che potesse essere somministrato anche a soggetti con scarso livello di scolarità, creare uno strumento che rispecchiasse i molti aspetti attraverso cui la personalità si esprime. Il test, nella sua prima formulazione, era costituito da 500 affermazioni, relative a molteplici aree, alle quali rispondere con “vero”, “falso” oppure “non so”. A queste si associavano scale cliniche e scale di validità.

Le 10 scale cliniche riguardavano:

- Hs – ipocondria (33 items)
- D – depressione (60 items)
- Hy – isteria (60 items)
- Pd – deviazione psicotica (50 items)
- Mf – mascolinità/femminilità (60 items)
- Pa – paranoia (40 items)
- Pt – psicoastenia (48 items)
- Sc – schizofrenia (78 items)
- Ma – ipomania (46 items)
- Si – introversione sociale (70 items).

Le tre scale di validità, invece, configurandosi come un sistema per identificare simulazione, distrazione, mancanza di accuratezza e di comprensione degli item, si declinavano in:

1. Punteggio di menzogna (L, da “Lie”; 15 item): tendenza a fornire un’immagine di sé desiderabile;
2. Punteggio di validità (F, fa “Frequency”; 64 item): indica, al contrario, tendenza a fornire risposte poco frequenti, dando un’immagine sfavorevole di sé;
3. Punteggio di correzione (K; 30 item): fornire una correzione della validità delle altre scale cliniche, ma anch’essa misura la tendenza ad apparire in modo favorevole, attraverso risposte meno evidenti di quelle prese in considerazione all’interno della scala L.
4. A queste di aggiunge la cosiddetta “scala 0”, riferita alle risposte non fornite, indice di quanto il soggetto si sia adattato alla situazione.

Cinquant'anni dopo la prima pubblicazione dell'MMPI è stato proposto l'MMPI-2 (Butcher, Graham, Ben-Porath, Tellegen, Dahlstrom, Kaemmer, 1989), revisione arricchita dall'aggiunta di nuove scale ed indicatori di validità. Inoltre, gli items sono stati riformulati eliminando ambiguità e discriminazioni di genere ed è stato adottato un nuovo metodo per trasformare i punteggi grezzi in punti T e standard normativi più rappresentativi della popolazione italiana. L'obiettivo della revisione era quello di accrescere l'utilità dello strumento tenendo conto delle mutate esigenze dell'*assessment* in psicologia clinica e psichiatria.

In estrema sintesi, gli items all'interno dell'MMPI-2 sono 567 (contro i 550 dell'MMPI); i primi 370 identificano la forma ridotta dello strumento. Rispetto all'MMPI 13 items sono stati eliminati; 71 modificati a livello contenutistico, 30 nuovi items, relativi ad aree non presenti nel MMPI originale, sono stati aggiunti. 466 items sono, invece, rimasti immutati.

Le scale di validità all'interno dell'MMPI-II riguardano:

1. La scala L: tendenza a fornire un'immagine desiderabile di sé;
2. La scala F: riferita alla validità del test;
3. La scala K: che evidenzia l'atteggiamento difensivo verso lo strumento;
4. La scala Fb: evidenzia la capacità di mantenere l'attenzione durante lo svolgimento del test;
5. Le scale VRIN e TRIN: mettono in luce la tendenza a fornire risposte associate ad un'immagine non credibile di sé.

Le scale di base, invece, ricalcano quelle dell'MMPI e si affiancano ad ulteriori scale.

Scale supplementari, che hanno l'obiettivo di approfondire le dimensioni indagate:

- La scala A (ansia)

- R (repressione)
- Es (forza dell'Io)
- MAC-R (Scala MacAndrew dell'alcolismo corretta, per evidenziare problemi di dipendenza)
- O-H (ostilità ipercontrollata)
- Do (leadership)
- Re (responsabilità sociale)
- Mt (disadattamento scolastico)
- Gm e Gf (scale di ruoli sessuali)
- Pk e Ps (scale di disturbo da stress post-traumatico)
- MDS (disagio coniugale)
- APS (tossicodipendenza potenziale)
- AAS (scala di ammissione di tossicodipendenza)

Scale di contenuto, che consentono di descrivere diverse variabili di personalità:

- Anx (ansia)
- Frs (fobie)
- Obs (ossessività)
- Dep (depressione)
- Hea (preoccupazioni per la salute)
- Biz (pensiero bizzarro)
- Ang (rabbia)
- Cyn (cinismo)
- Asp (comportamenti antisociali)
- Tpa (configurazione di personalità di tipo A)

- Lse (bassa autostima)
- Sod (disagio sociale)
- Fam (problemi familiari)
- Wrk (difficoltà lavorative)
- Trt (indicatori di atteggiamenti negativi verso il trattamento, ivi incluso quello psicologico).

L'interpretazione dell'MMPI-2 secondo gli assi di Diamond prevede che sulle singole scale (indipendenti tra loro) possano essere fatte alcune operazioni, contrapponendole secondo modalità bipolari: organizzare il profilo dell'MMPI-2 secondo gli assi Diamond consente di ottenere misure di variabili psicologiche non direttamente valutate dallo strumento, arricchendone l'interpretazione. Ciò permette di ottenere:

-Asse timico (D-Ma): fornisce informazioni sul tono dell'umore ed il livello di attivazione. Se, ad esempio, D è molto maggiore di Ma, si osserverà un aumento del comportamento depressivo.

-Asse della valutazione di sé (Pt-Pd): offre un'interpretazione della consapevolezza individuale circa le proprie possibilità.

-Asse della plasticità sociale (Hy 75 – Pa 64): valuta la plasticità rispetto agli stimoli ambientali.

-Asse del contatto sociale (Hs – Sc): mostra la tendenza ad esternalizzare/internalizzare.

-Asse dell'autoaccusa/oppositività (D+Pt – Ma+Pd).

-Asse dell'autocommiserazione/ fantasticherie (Hy+Hs – Pa+Sc).

-Asse della dipendenza/distacco (D+Pt+Hy+Hs – Ma+Pd+Pa+Sc)

Il rapporto fornito dall'MMPI (grafico e interpretativo), generato a partire dalla compilazione online del test, restituisce da un lato lo scoring e la percentuale di risposte fornite, gli item critici e quelli

omessi; dall'altro (ed è quello sul quale maggiormente mi focalizzerò) descrive in maniera dettagliata il profilo di personalità, ne delinea il funzionamento personale e sociale relativamente a molteplici aspetti: atteggiamento nei confronti della valutazione, livello di funzionamento, rischio suicidario, funzioni cognitive di base, disturbi del pensiero ed esame di realtà, autocontrollo emozionale e comportamentale, uso di sostanze, risorse di coping, somatizzazione dei vissuti emotivi, funzionamento emotivo, immagine di sé, ruolo di genere, funzionamento interpersonale.

Tale descrizione, come sottolineato dagli stessi autori, assume significato all'interno del contesto in cui è avvenuta la valutazione psicodiagnostica, e non sostituisce quelle che sono le impressioni del clinico: pertanto spetta a quest'ultimo confrontarla ed integrarla dinamicamente con le motivazioni e gli scopi più o meno consapevoli che hanno spinto il soggetto a sottoporsi alla consultazione, con la sua storia di vita e l'anamnesi patologica, nonché con le risultanze dell'esame clinico e l'osservazione diretta per trarne conclusioni diagnostiche.

Lo strumento trova un largo impiego in ambito clinico, fornendo un quadro psicologico e personologico completo necessario per strutturare un piano terapeutico su misura, e forense, sia nelle perizie all'interno processo penale, sia nel contesto della valutazione delle competenze genitoriali (rappresenta il test più usato dai CTU e CTP).

5.1.3 MMPI-A

L'MMPI-A (Butcher, Williams, Graham, Archer, Tellengen, Ben-Porath, Kaemmer) rappresenta la versione dell'MMPI dedicata agli adolescenti di età compresa tra i 14 e i 18 anni. È costituito da 478 item e conta 6 scale di validità, più l'indicatore "non so" riferito alle risposte lasciate in bianco o a cui il soggetto risponde sia vero che falso, 10 scale cliniche di base, 15 di contenuto e 6 supplementari. Anche in questo caso sono presenti le scale L, K, VRIN e TRIN, seppur con qualche modifica nel numero degli item, mentre la scala F è suddivisa in F1 e F2 presentando 17 nuovi item. Rimangono

10 le scale di base, e sono mantenute le scale le scale fattoriali di Ansia e Depressione. Mantenuta anche la scala di Mac-R affiancata da tre nuove: ACK (ammissione di problemi con alcol o droga); PRO (tendenza all'abuso), IMM (immaturità). Sono inoltre state create quattro nuove scale che riguardano: A-sch (problemi scolastici negli adolescenti), A-las (basse aspirazioni), A-aln (alienazione), A-con (problemi di condotta).

5.1.4 Adult Attachment Interview (AAI)

L'Adult Attachment Interview è un'intervista semi strutturata, realizzata nel 1985 da George, Kaplan e Main allo scopo di valutare le rappresentazioni di attaccamento di adolescenti e adulti (Barbieri, 2009), e può essere somministrata già a partire dall'adolescenza.

Esso include caratteristiche riconducibili da un lato ai questionari strutturati (si declina in un protocollo che consta di un set di domande, il cui ordine è *non casuale*) e dall'altro al colloquio clinico perché prevede che le risposte siano aperte e liberamente argomentate dal soggetto (ecco perché viene definito un "test narrativo"). Ciò può fornire ricche informazioni attraverso l'analisi, oltre che dei contenuti, di quelle che sono le forme linguistiche, gli errori, le esitazioni, la comunicazione non verbale.

Ecco perché l'AAI rappresenta uno strumento in grado di fornire una chiave di lettura di quelle che sono le rappresentazioni di Sé e degli altri, cui soggiacciono peculiari pattern di attaccamento strutturatisi durante l'infanzia attraverso il rapporto con le figure significative.

Mary Main sottolinea che l'AAI "mira a sorprendere l'inconscio": non valuta l'organizzazione dell'attaccamento di un individuo ad un'altra persona, fornisce soprattutto un mezzo per valutare lo stato mentale rispetto all'attaccamento complessivo, insieme con gli stati mentali specifici che emergono durante l'esposizione di particolari argomenti che sono il frutto dell'elaborazione delle esperienze vissute dall'individuo nelle sue relazioni con le figure di attaccamento significative e che

determinano il tipo di strategia che concretamente è portato ad adottare nelle sue relazioni attuali. (Dazzi, Zavattini, Delogu, 2010).

Appare chiaro come sia cruciale, nell'interpretazione, l'esperienza del clinico e la sua padronanza dello strumento.

Sono importanti le caratteristiche del setting, che dovrebbe essere professionale pur garantendo che il soggetto sia comodo; il terapeuta mostrando empatia attraverso il tono della voce, la ragionevole lentezza dell'eloquio e l'enfaticizzazione delle pause laddove opportuno, è chiamato a mettere l'intervistato a proprio agio. L'intervista può durare da 45 minuti ad un'ora e mezza e viene registrata per intero. (George, Kaplan, Main, 1996).

Il protocollo della somministrazione dell'AAI è di seguito descritto.

“Sto per intervistarla sulle sue esperienze infantili, e sul modo in cui queste esperienze hanno influenzato la sua personalità adulta. Quindi, vorrei farle delle domande sui primi rapporti con la sua famiglia, e su cosa pensa riguardo al modo in cui potrebbero averla influenzata. Ci concentreremo principalmente sulla sua infanzia, precisamente il periodo che va dai suoi primi ricordi fino all'età di 12 anni, dopo passeremo alla sua adolescenza e poi a quello che accade oggi. Quest'intervista di solito dura circa un'ora, ma potrebbero servire dai 45 minuti a un'ora e mezza.

1. Potrebbe incominciare orientandomi sulla sua situazione familiare passata, su dove avete vissuto e così via?

Potrebbe dirmi dove è nata, se ha traslocato spesso, e come la sua famiglia si è guadagnata da vivere, le volte che vi siete spostati?

*Se allevata da più persone e non necessariamente dai genitori biologici o adottivi:
chi direbbe che l'ha cresciuta?*

Ha visto spesso i suoi nonni quando era piccola?

*Se nonni morti quando lei era già nata, o che non ha mai conosciuto:
questo nonno è morto prima che lei nascesse?*

Se sì:

Il suo nonno materno è morto prima che lei nascesse?

Sa quanti anni aveva sua madre a quel tempo?

Sua madre le ha parlato molto di questo nonno?

Se comincia a raccontare:

Ne possiamo parlare dopo di questo? (Segnare chi è morto e quando).

C'erano fratelli o sorelle che vivevano in casa con lei, o qualcuno a parte i suoi genitori?

2. Vorrei che cercasse di descrivere i suoi rapporti con i suoi genitori da bambina dalla nascita fino ai 12 anni.

Potrebbe risalire con i suoi ricordi il più indietro possibile nel tempo?

Se silenzio:

So che è difficile, ma prenda pure tutto il tempo necessario, signora.

3. Ora vorrei che lei scegliesse 5 aggettivi o sostantivi che rispecchiano il suo RAPPORTO con sua madre, risalendo con i suoi ricordi il più indietro possibile nella sua infanzia, più indietro possibile, diciamo che dai 5 ai 12 anni può andare bene. So che potrebbe servirle un po' di tempo, quindi si prenda tutto il tempo che le serve. (PAUSA) Dopo le chiederò per ciascuna parola quali sono state le motivazioni della sua scelta. Scriverò ciascun aggettivo man mano che me lo dice. (segnare aggettivi nella pagina seguente)

Se dice l'aggettivo e subito dopo la spiegazione:

Non si preoccupi, quello glielo chiedo dopo. Segno prima gli aggettivi e poi le chiederò il perché.

Silenzio prolungato:

Mm, so che può essere dura, questa è una domanda abbastanza difficile... Si prenda un altro po' di tempo. Si prenda tutto il tempo necessario, tutti si prendono un po' di tempo...

Imbarazzo, difficoltà a portare a termine il compito:

Beh, si prenda solo qualche altro minuto e veda se le viene in mente qualcosa.

Difficoltà a giustificare un aggettivo dopo un certo tempo:

Beh, va bene, allora passiamo alla prossima domanda

Se utilizza ricordo "da copione" o generico:

Bene, questa è una buona descrizione generale, ma mi domando se c'è stato un momento in particolare che le ha fatto pensare che il rapporto fosse...(usare l'aggettivo)

Va bene, ora le farò delle altre domande sulla sua descrizione del suo rapporto d'infanzia con sua madre.

Per descrivere il suo rapporto con sua madre, ha usato l'espressione

Mi potrebbe raccontare un episodio (PAUSA) un ricordo (PAUSA), un evento, specificando la sua età all'epoca, che mi spieghi perché ha usato la parola.....

Se fornisce tanti esempi:

Ho capito benissimo, possiamo passare al secondo aggettivo?

La seconda parola che ha usato è stata.....

Mi potrebbe raccontare un episodio, (PAUSA) un ricordo (PAUSA), un evento, specificando la sua età all'epoca, che mi spieghi perché ha usato la parola.....

La terza parola che ha usato è stata.....

Mi potrebbe raccontare un episodio, (PAUSA) un ricordo (PAUSA), un evento, specificando la sua età all'epoca, che mi spieghi perché ha usato la parola.....

La quarta parola che ha usato è stata.....

Mi potrebbe raccontare un episodio, (PAUSA) un ricordo (PAUSA), un evento, specificando la sua età all'epoca, che mi spieghi perché ha usato la parola.....

La quinta parola che ha usato è stata.....

Mi potrebbe raccontare un episodio, (PAUSA) un ricordo (PAUSA), un evento, specificando la sua età all'epoca, che mi spieghi perché ha usato la parola.....

4. Ora vorrei che scegliesse 5 aggettivi o sostantivi che rispecchiano il suo RAPPORTO d'infanzia con suo padre, di nuovo risalendo con i suoi ricordi il più possibile indietro nella sua infanzia, il più possibile, diciamo dai 5 ai 12 anni può andare bene. So che potrebbe servirle un po' di tempo, quindi pensi un'altra volta per tutto il tempo che le serve..... E poi vorrei che mi motivasse le sue scelte. Scriverò ciascun aggettivo man mano che me lo dice. (segnare aggettivi negli spazi sotto)

Va bene, ora le farò delle altre domande sulla sua descrizione del suo rapporto d'infanzia con suo padre. Per descrivere il suo rapporto con suo padre, ha usato l'espressione Mi potrebbe raccontare un episodio, (PAUSA) un ricordo (PAUSA), un evento, specificando la sua età all'epoca, che mi spieghi perché ha usato la parola.....

Se non racconta un evento specifico:

Si ricorda una volta in particolare?

Se fornisce tanti esempi:

Ho capito benissimo, possiamo passare al secondo aggettivo?

La seconda parola che ha usato è stata.....

Mi potrebbe raccontare un episodio, (PAUSA) un ricordo (PAUSA), un evento, specificando la sua età all'epoca, che mi spieghi perché ha usato la parola.....

La terza parola che ha usato è stata.....

Mi potrebbe raccontare un episodio, (PAUSA) un ricordo (PAUSA), un evento, specificando la sua età all'epoca, che mi spieghi perché ha usato la parola.....

La quarta parola che ha usato è stata.....Mi potrebbe

raccontare un episodio, (PAUSA) un ricordo (PAUSA), un evento, specificando la sua età all'epoca, che mi spieghi perché ha usato la parola.....

La quinta parola che ha usato è stata.....Mi potrebbe

raccontare un episodio, (PAUSA) un ricordo (PAUSA), un evento, specificando la sua età all'epoca, che mi spieghi perché ha usato la parola.....

5. Ora mi chiedo se mi potrebbe dire a quale genitore si sente più legata, e perché? (PAUSA)

Perché non c'è questa sensazione nei confronti dell'altro genitore?

Ne ha già parlato un po', ma vorrei comunque farle delle domande in proposito.

6. Cosa faceva da bambina quand'era turbata da qualcosa? (PAUSA)

Quando da piccola era emotivamente turbata, che cosa faceva? (ASPETTARE RISPOSTA)

Può pensare a un momento in particolare in cui è successo?

Riesce a ricordare cosa succedeva quando era ferita, fisicamente? (ASPETTARE RISPOSTA)

Le vengono in mente degli episodi specifici?

Quando era piccola, si è mai ammalata? (ASPETTARE LA RISPOSTA)

Si ricorda quello che succedeva?

Se non ha menzionato di essere stato sostenuto dal genitore nelle precedenti domande:

Mi stavo solo chiedendo se non si ricorda di essere stata coccolata da uno dei suoi genitori in qualcuna di queste circostanze...cioè quando era turbata, ferita o ammalata?

7. Qual è la prima volta in cui si ricorda di essere stata separata dai suoi genitori? (PAUSA)

Se chiede spiegazione:

Separata fisicamente, quando non c'erano i suoi genitori.

Come ha reagito? Si ricorda come hanno reagito i suoi genitori?

C'è una qualsiasi altra separazione in particolare che le viene in mente?

8. Da bambina, si è mai sentita rifiutata? Certo, ripensandoci adesso, potrebbe pensare che non fosse veramente un rifiuto, ma quello che le sto chiedendo qui è se lei ricorda di essersi mai SENTITA rifiutata durante l'infanzia.

Quanti anni aveva la prima volta che si è sentita in questo modo? E cosa ha fatto?

Perché pensa che i suoi genitori si sono comportati così?

Pensa che lui/lei si sia reso conto che la stava rifiutando?

Se il soggetto dice "NO MAI"

Si è mai sentita respinta o ignorata?

Da bambina, è mai stata spaventata o preoccupata?

E che cosa faceva quando..... (RISPOSTA SOGGETTO)?

Mi può raccontare una volta in particolare?

9. I suoi genitori l'hanno mai minacciata in qualche modo? (PAUSA)

Forse per disciplina, o anche solo per scherzo? (PAUSA)

Se silenzio, o non capisce...

Alcune persone ci hanno detto, per esempio, che i loro genitori li minacciavano di abbandonarli o mandarli via di casa, a lei è mai successo una cosa simile?

Se sì:

Come punizione cosa accadeva?

Alcune persone ci hanno raccontato di qualche forma di comportamento di abuso nella loro famiglia. Non è mai successo niente del genere a lei? O nella sua famiglia?

Se sì:

Lei dov'era quando succedevano queste cose?

Quanti anni aveva allora? Le è successo spesso?
Mi può raccontare un episodio particolare?
Sente che questa esperienza l'ha influenzata ora come adulta?
Influisce sul suo atteggiamento nei confronti del suo figlio?

Nel caso di abusi fisici, indagare, se non fatto spontaneamente:

Le situazioni di abuso lasciavano segni fisici?
Lei si sentiva terrorizzata?

Se il soggetto risponde "no" alla domanda relativa agli abusi all'interno della famiglia:

Non ha mai avuto nessuna di queste esperienze con persone al di fuori della famiglia?

- 10.** In generale, in che modo pensa che le sue esperienze complessive con i suoi genitori abbiano influenzato la sua personalità di adulta? (PAUSA)
Ci sono aspetti delle sue esperienze infantili che ritiene siano stati un ostacolo per la sua crescita?

Se soggetto non risponde:

Va bene, andiamo avanti.

Se il soggetto menziona 1 o 2 ostacoli:

Ci sono altri aspetti delle sue esperienze infantili che pensa possano aver rallentato la sua crescita, o che hanno avuto un effetto negativo su come è diventata?

Se il soggetto ha capito la domanda, ma non ha considerato nessuna delle sue prime esperienze come un ostacolo:

Non c'è NIENTE riguardo alle sue esperienze infantili che pensa possa aver rallentato la sua crescita, o che possa aver avuto effetti negativi su come è diventata?

- 11.** Perché pensa che i suoi genitori si siano comportati come mi ha descritto durante l'intervista?

- 12.** Da bambina, c'erano altri adulti a cui era legata, come a un genitore? O qualsiasi altro adulto che è stato particolarmente importante per lei, anche se non è un genitore?

Chiedere 5 aggettivi se persona molto importante.

(Vedere domanda 4).

13. Quando era bambina ha sperimentato la perdita dei genitori o di altre persone a cui era legata, per esempio, un amico, un parente stretto? Se la sente di parlarne?

Mi può raccontare com'è andata?

Quanti anni aveva allora?

Come ha reagito allora?

Riesce a ricordare come si è sentita?

È stata una morte improvvisa o annunciata?

Direbbe che questa perdita ha influenzato la sua personalità di adulta?

Se non è stato detto spontaneamente:

E andata al funerale? Com'è stata per Lei?

Se c'è stata la perdita di un parente o un amico:

Quali pensa siano state le conseguenze sul suo altro genitore (o parente) e sulla sua famiglia?

E come l'effetto di questa perdita si è modificato nel tempo?

Dove può essere pertinente:

In che modo influisce sul suo atteggiamento con suo figlio?

DURANTE LA SUA INFANZIA, non ha perso nessun'altra persona importante?

Mi può raccontare com'è andata?

Quanti anni aveva allora?

Come ha reagito allora?

Riesce a ricordare come si è sentita?

È stata una morte improvvisa o annunciata?

Direbbe che questa perdita ha influenzato la sua personalità di adulto?

Se non è stato detto spontaneamente:

È andata al funerale? Com'è stata per Lei?

IN ETÀ ADULTA, non ha perso nessun'altra persona importante?

Mi può raccontare com'è andata?

Quanti anni aveva allora?

Come ha reagito allora?

Riesce a ricordare come si è sentita?

È stata una morte improvvisa o annunciata?

Direbbe che questa perdita ha influenzato la sua personalità di adulto?

Se non è stato detto spontaneamente:

E' andata al funerale? Com'è stata per Lei?

14. Oltre alle esperienze difficili che ha già descritto (SE NE HA DESCRITTO) ha avuto qualche altra esperienza che potrebbe considerare potenzialmente traumatica?
(LASCIARE RISPONDERE, RIFLETTERE)

Voglio dire, una qualsiasi esperienza che è stata eccessivamente e immediatamente terrorizzante.

Se risponde di "sì":

Mi può raccontare com'è andata?

Quanti anni aveva allora?

Come ha reagito allora?

Riesce a ricordare come si è sentita?

Direbbe che questa esperienza ha influenzato la sua personalità di adulto?

15. Ora vorrei farle qualche altra domanda sul rapporto con entrambi i suoi genitori. Ci sono stati molti cambiamenti nel rapporto con i suoi genitori (o col genitore rimasto) dopo l'infanzia? Arriveremo al presente tra un momento, ma ora mi sto riferendo a cambiamenti avvenuti più o meno tra l'infanzia e quando è diventata adulta.

16. Adesso vorrei chiederle com'è il suo rapporto con i suoi genitori (o col genitore rimasto) ora da adulta? In questo caso le sto chiedendo del suo rapporto attuale.

In questo momento è molto in contatto con i suoi genitori?

Attualmente come definirebbe il rapporto con i suoi genitori?

Potrebbe parlarmi di una qualsiasi fonte d'insoddisfazione nel suo attuale rapporto con i suoi genitori?

Una qualsiasi fonte di particolare soddisfazione?

17. Adesso vorrei passare a un tipo di domande diverso, che non riguardano il suo rapporto con i suoi genitori, ma invece un aspetto del suo attuale rapporto con il suo bambino.

Come reagisce ora, quando si deve allontanare da suo/a figlio/a.....(NOME)?

Non si è mai sentita preoccupata per suo/a figlio/a.....(NOME)?

Se non capisce, chiede spiegazione:

Se dovesse separarsi da suo/a figlio/a si preoccuperebbe?

18. Se potesse esprimere 3 desideri per suo/a figlio/a(NOME) da qui a 20 anni, quali sarebbero? Mi sto riferendo in parte al tipo di futuro che le piacerebbe per lui. Le do alcuni minuti per pensarci.

19. C'è qualcosa in particolare che sente di aver imparato dalle sue esperienze infantili? Mi sto riferendo a qualcosa che sente di aver acquisito dal tipo d'infanzia che ha avuto.

20. In questa intervista ci siamo concentrati molto sul passato, ma vorrei finire guardando in qualche modo al futuro. Abbiamo appena parlato di quello che pensa di aver imparato dalle sue esperienze infantili. Vorrei concludere chiedendole quello che spererebbe che suo figlio imparasse dalle sue esperienze avendo lei come madre.

Chiedere se va tutto bene.

Ringraziare.”

5.2 Risultati

5.2.1 padre NS

Dapprima a fronte dell'immagine restituita dalla figlia e dall'ex moglie, ed in seguito attraverso il **colloquio clinico**, è emerso il forte sospetto che il soggetto avesse dei tratti riconducibili ad un quadro personologico di matrice narcisistica. Gli indicatori comportamentali che, in questo senso, hanno destato attenzione sono stati:

- Tentativi di manipolazione e seduzione della terapeuta attraverso aperta ed eccessiva adulazione;
- Esagerati e palesi tentativi di fornire un'immagine di Sé desiderabile;

- Atteggiamento di autocommiserazione;
- Riferisce numerosi sintomi somatici, strumentalizzandoli per veicolare l'idea che “nessuno lo comprende”;
- Rabbia repressa;
- Atteggiamento di forte ostilità e feroce svalutazione nei confronti dell'ex moglie;
- Tentativi di presentarsi come vittima delle circostanze e dell'altrui cattiveria deresponsabilizzandosi;
- Ideazione paranoidea ed estrema sospettosità;
- Verosimile ricorso alla menzogna;
- Immaturità emergente dalla modalità comunicative e dall'aspetto eccentrico nel vestiario e nella pettinatura.

La terapeuta, per verificare tale ipotesi, si è pertanto servita dell'**MMPI-2** e lo strumento ha rivelato la presenza di tratti narcisistici collocabili sul versante *covert*.

A fronte dei punteggi ottenuti, in considerazione di svariati item critici ed item omessi (verosimilmente per fornire un'immagine desiderabile di sé), viene riportato di seguito il quadro emerso.

Profilo di personalità: disturbo narcisistico di personalità con sottostante organizzazione borderline

Attualmente attivo nucleo depressivo e rischio suicidario

“Lamenta vari disturbi fisici vaghi, aspecifici e di lunga durata, che possono includere, tra gli altri, problemi gastrointestinali, cefalee, debolezza cronica o disturbi del sonno. Nonostante ciò, non è probabile che presenti apertamente ansia o depressione inabilitanti. Tende a risolvere i propri problemi con ricorrenti trattamenti medici. Può mostrarsi come una persona esigente, insoddisfatta,

cinica, critica ed egocentrica; tende ad esprimere la propria ostilità in modo indiretto e mascherato, specialmente verso coloro che gli stanno intorno e tentano di aiutarlo. Utilizza la malattia come un modo per evitare di affrontare i propri problemi e per manipolare gli altri. Il soggetto è fondamentalmente dipendente dagli altri, incapace di affrontare le difficoltà quotidiane; cerca perciò di fare in modo che sia qualcun altro a prendere le redini della situazione e ad assumersi la responsabilità di prendere le decisioni, rifugiandosi nella propria malattia e incapacità. Se il punteggio della scala è molto elevato, può presentare preoccupazioni eccessive riguardo al proprio corpo o deliri somatici.

La persona presenta uno stato d'animo profondamente depresso. È probabile che mostri esaurimento, tristezza, infelicità, disperazione, inutilità e mancanza di difese. Considera i propri problemi come irrisolvibili e pensa che se la sua situazione cambiasse andrebbe incontro a un peggioramento. Manifesta un forte pessimismo per il futuro, sentimenti di colpa e di disprezzo verso se stesso. Può anche lamentare diversi sintomi somatici, presentare tensione od eccitazione, difficoltà di concentrazione, isolamento, suscettibilità, crisi di pianto o ritardo psicomotorio. I punteggi molto elevati possono essere indice della presenza di ideazione suicidaria.

Il soggetto è suggestionabile. Nelle relazioni con gli altri è cordiale e ben disposto. Ha difficoltà nell'ammettere che ha problemi emozionali o di qualsiasi altro tipo. Nonostante ciò, tende a reagire allo stress o alla frustrazione con intensi sintomi somatici, come debolezza, dolore o disturbi gastrointestinali.

Può sentirsi debole, malato e depresso; può riferire disturbi del sonno, problemi di concentrazione e perdita di appetito e di interesse verso ciò che lo circonda.

Presenta molteplici sintomi somatici che possono essere la conseguenza di emozioni negative tenute eccessivamente sotto controllo o represses.

È insoddisfatto della propria situazione familiare e della propria casa e talvolta può desiderare di abbandonarla. Sente che nel proprio ambiente familiare mancano amore, comprensione e supporto. Crede che la sua famiglia sia o sia stata molto critica e che questo gli abbia impedito di essere libero e indipendente.

Si considera isolato, alienato e strano. Si sente incompreso da parte di chi lo circonda. Crede che la vita non sia stata generosa con lui e incolpa gli altri dei suoi problemi e difetti.

Sperimenta sentimenti di disagio ed infelicità. Non pensa che la sua vita quotidiana sia interessante o gratificante. Trova difficile "mettere la testa a posto". Può abusare di alcol. Esprime rimorso e senso di colpa per questioni del passato che però sono solo vagamente definite.

Percepisce il mondo come un luogo minaccioso. Incolpa gli altri dei suoi problemi. Si sente costantemente osservato, giudicato e punito ingiustamente. È una persona sospettosa e sfiduciata.

Il soggetto sperimenta incomprensione, isolamento e rifiuto sociale. È una persona chiusa e solitaria e tende ad evitare i rapporti interpersonali. Tende a reagire con ansia a numerose situazioni. Prova risentimento ed impulsi ostili che non esprime direttamente e risponde alla tensione rifugiandosi nelle fantasie. Possiede una grande immaginazione, e in casi particolari può avere difficoltà nel distinguere tra fantasia e realtà. Ha una bassa autostima ed è insoddisfatto di se stesso. In numerose occasioni il suo comportamento apparirà anticonformista od eccentrico

Il soggetto dà molta importanza alla pulizia, all'ordine, all'organizzazione, alla precisione e alla puntualità. È incapace di rimandare gli impegni, e nel tentativo di raggiungere i suoi obiettivi può sperimentare sensazioni di angoscia. Può presentare insicurezza e paura, dal momento che ha poca fiducia nelle proprie capacità.

Percepisce il proprio ambiente di vita come minaccioso. Ammette di avere sentimenti di depressione e disperazione; ha perso interesse per le proprie attività quotidiane. Può anche aver perso la speranza nella possibilità di un miglioramento.

Sente di non avere più il controllo delle proprie emozioni e ciò lo preoccupa. Mostra inquietudine e irritabilità. In casi estremi, deve essere presa in considerazione l'ipotesi che soffra di episodi di tipo dissociativo.

Il soggetto ammette di avere un basso rendimento lavorativo. Si interroga sulla propria riuscita nelle attività che ha intrapreso o intraprende. Può sentire di ricevere poco sostegno nel proprio ambiente lavorativo. Probabilmente mostra poco spirito d'iniziativa nell'esercizio del proprio lavoro. Può manifestare atteggiamenti ostili verso i suoi colleghi e non ha una buona opinione di se stesso. Presenta problemi di concentrazione, difficoltà nel prendere decisioni, tensione, noia e demotivazione per il suo lavoro.”

5.2.2 *La madre AD*

Nel corso del **colloquio** conferma quanto riferito dalla figlia a proposito del padre: lo definisce violento a parole e nei fatti, seppure molto preoccupato a non far trasparire questo lato di sé mostrandosi sempre, all'esterno, come impeccabile e educato.

Prova sensi di colpa per non aver saputo difendere la figlia da un ambiente che riferisce essere stato, da sempre, disfunzionale, connotato da palpabili tensioni generate dagli atteggiamenti dell'ex marito, menzionando in particolare tutti quei comportamenti passivo-aggressivi e manipolatori che permeavano la quotidianità, il suo essere particolarmente vendicativo quando le circostanze non rispecchiano il suo volere. Riferisce delle violenze subite ma ritiene che la figlia non ne sia stata testimone, perlomeno non nelle occasionali escalation in cui lui "è arrivato ad alzare le mani". La decisione di lasciare NS sarebbe maturata in seguito all'ennesima chat scoperta con un'altra donna che, riferisce, ha fatto "scattare" in lei qualcosa.

Afferma di non avere altre relazioni e che la tutela di MS rappresenta al momento la sua priorità. Descrive la figlia come una ragazzina matura e consapevole ma, nel contempo, scostante, restia a frequentare i pari fuori da scuola, con frequenti esplosioni di rabbia ed atteggiamenti che rimandano alla manipolazione attraverso il senso di colpa, con modalità non poi così dissimili rispetto al padre.

L'impressione clinica, emergente dai contenuti del colloquio e dalla comunicazione non verbale, da confermare attraverso la somministrazione di adeguati strumenti psicodiagnostici (ad es. MMPI-2), è che AD possa avere una personalità connotata da tratti dipendenti, il che fornirebbe anche una spiegazione al fatto di essersi prestata a subire anni di maltrattamenti reiterati.

5.2.3 MS

All'interno dei primi colloqui MS si mostra cinica e risoluta, manifestando un fermo rifiuto verso la figura paterna. Ciononostante, sembra avere un'autostima precaria ed una disregolazione emotiva (da attenzionare ma da inquadrare tuttavia con cautela in considerazione dell'età adolescenziale).

La ragazzina risulta avere un buon livello cognitivo ma un umore molto basso.

L'**Adult Attachment Interview (AAI)** restituisce un pattern di attaccamento **insicuro/distanziante** (corrispondente all'attaccamento evitante della Strange Situation).

L'adolescente ha vissuto traumi e sentimenti di esclusione durante l'infanzia da parte del padre, completamente assente come figura genitoriale, e oggi si sente inadeguata e sfiduciata nelle relazioni coi pari.

La rabbia espressa, tuttavia, si mantiene su un piano cognitivo, si affianca ad un'aperta svalutazione delle figure genitoriali, in particolare il padre, non trasmettendo almeno in apparenza alcun senso di vulnerabilità o tristezza associato a tali esperienze.

A più riprese afferma di "non ricordare", nel delinearsi di modalità che rivelano la presenza di difese, stabili e rigide, finalizzate a tenere fuori dall'arena di consapevolezza del soggetto l'impatto emotivo di tali esperienze di trascuratezza (Dazzi, Zavattini, Delogu, 2010).

Dai colloqui e dall'AAI emerge che la ragazza ha una grande difficoltà a relazionarsi in quanto è molto diffidente: le uniche persone significative per lei, e di cui si fida, sono la mamma e i nonni materni: mostra sfiducia e ostilità anche nelle relazioni con i pari. Tende ad innamorarsi dei ragazzini che la fanno sentire protetta, afferma che la protezione è ciò che prima di tutto è mancato alla madre

ed a lei: a fronte dell'imaturità paterna ha vissuto un'inversione di ruolo all'interno di una relazione il cui peso gravava tutto sulle sue spalle, si è sempre sentita invalidata come figlia, non riconosciuta nei suoi bisogni di cura e protezione.

Sente e verbalizza che la relazione con il padre è stata traumatica, "inutile", e oggi sente il bisogno di allontanarlo definitivamente. Con la famiglia del padre non ci sono rapporti.

L'MMPI-A rivela punteggi elevati (corretti in Punti T percentili, >60), degni di essere attenzionati, nelle seguenti scale:

SCALE DI BASE		Punteggio grezzo	Punti T Percentili
2 D	Depressione	35	71
0 Si	Introversione Sociale	41	68

SCALE DI CONTENUTO		Punteggio grezzo	Punti T Percentili
A-dep	Depressione - adolescenti	17	63
A-lse	Bassa autostima - adolescenti	13	73
A-sod	Disagio sociale - adolescenti	20	84
A-sch	Problemi scolastici - adolescenti	9	62

I livelli di ansia nelle suddette scale non sono riportati poiché non superano il cut-off, ma risultano a soglia (59 pt. T).

SCALE SUPPLEMENTARI		Punteggio grezzo	Punti T Percentili
IMM	Immaturità	16	60
R	Repressione	20	66

SOTTOSCALE Si		Punteggio grezzo	Punti T Percentili
Si 1	Timidezza/imbarazzo	13	71
Si 2	Evitamento sociale	7	76

SCALE DI HARRIS E LINGOES		Punteggio grezzo	Punti T Percentili
D1	Depressione soggettiva	13	71
D2	Rallentamento psicomotorio	8	65
D4	Inefficienza mentale	8	65
D5	Rimuginazione	7	62
Hy3	Stanchezza - malessere	9	61
Hy5	Inibizione dell'aggressività	5	63
Pd1	Contrasti familiari	5	62

A soglia (59) troviamo le dimensioni relative a Suscettibilità e Perdita di controllo dell'Io (cognitiva).

5.3 Discussione

Durante i colloqui con i genitori di MS, l'impressione clinica della terapeuta conferma l'idea veicolata dalle informazioni riferite dalla ragazza, ovvero di un padre estremamente manipolatorio, autocentrato, pronò all'autocommiserazione e serbatoio di ira repressa.

Il profilo del padre NS tracciato dalla terapeuta, coniugando le risultanze dell'MMPI-2 con il quadro emerso nell'ambito del colloquio clinico, ricalca la descrizione del narcisista *covert* fornita da Bruzzone (2020b), che si declina nelle seguenti caratteristiche:

- *si mostra fragile, sensibile, vulnerabile. Le sue caratteristiche più evidenti sono scarsa autostima, profonda rabbia e un dilagante senso di vergogna;*
- *è costantemente focalizzato sulla paura di fallire e di essere rifiutato dagli altri ed è ipersensibile alle critiche, anche le più innocue e costruttive. E' ossessionato dall'idea di subire un rifiuto, di sentirsi disprezzato, svalutato, abbandonato.*
- *si dipinge come sfortunato, vittima degli eventi e della cattiveria altrui, al fine di ottenere considerazione da parte degli altri;*
- *nelle occasioni sociali è ansioso, è a disagio perché non si sente mai all'altezza: il sentimento di inadeguatezza investe tutte le sfere della sua vita: si percepisce come carente sul piano fisico, sociale, culturale, lavorativo;*
- *si mostra sensibile, un amico devoto, un coniuge dimesso e amorevole, un genitore affettuoso, ma si tratta di maschere per neutralizzare le critiche e guadagnarsi un giudizio favorevole dall'esterno;*
- *tende a polarizzare idealizzazione e svalutazione, alternandole anche repentinamente;*
- *ha un umore instabile;*
- *cela un desiderio di grandiosità dietro la maschera dell'umiltà apparente, ma teme troppo la competizione per mettersi in gioco;*

- *può manifestare un atteggiamento ipercritico nei confronti delle persone a lui più vicine;*
- *riversa sugli altri la responsabilità dei propri errori e mancanze;*
- *si ritiene costantemente vittima di boicottaggi, perseguitato e danneggiato da persone e circostanze;*
- *esterna sofferenza emotiva con uno scopo manipolatorio;*
- *è profondamente ipocondriaco;*
- *è vendicativo.*

Sul versante opposto l'ex moglie, AD, appare non del tutto consapevole della gravità dei soprusi subiti, né dell'impatto che tale condizione possa aver avuto sullo sviluppo della figlia. L'ipotesi, da verificare con gli opportuni strumenti, è che possa trattarsi di una personalità dipendente.

MS, infine, coerentemente con le ipotesi iniziali, mostra un pattern di attaccamento insicuro-distanziante (evitante), un basso livello dell'umore ed elevati livelli di rabbia repressa. Questi ultimi due parametri, emersi chiaramente nell'ambito dei colloqui con la terapeuta, trovano riscontro all'interno dei punteggi restituiti dall'MMPI-A, che mette contestualmente in luce una serie di altre criticità, tra cui spiccano:

-bassi livelli di autostima

-disagio ed evitamento sociale

-immaturità

-repressione e inibizione dell'aggressività

-stanchezza, malessere, rallentamento psicomotorio

-problemi scolastici

-livelli di ansia a soglia che, stante i livelli elevati di rimuginazione, meritano di essere inquadrati nella giusta prospettiva.

Dalla lettura dei risultati è pertanto possibile inferire che, all'interno del caso preso in considerazione, in accordo con quanto emerso in letteratura, un ambiente familiare caratterizzato dalla presenza di violenza assistita ha esitato in un attaccamento insicuro-evitante. Rispetto a quanto evidenziato nei capitoli precedenti, la dimensione della violenza può considerarsi direttamente associata al quadro personologico del padre, caratterizzato da tratti narcisistici.

Sulla scorta delle evidenze empiriche, si può ragionevolmente attribuire al ruolo della personalità paterna un impatto diretto o indiretto, all'interno di un sistema famiglia profondamente depauperato e caratterizzato da tensioni e violenze più o meno esplicite, sul basso tono dell'umore della ragazza e gli aumentati livelli di ansia.

È verosimile che tutto ciò si sia riverberato sugli attuali vissuti di ostilità, rabbia repressa, scarsa autostima e ritiro sociale.

Viene restituita alla ragazza la fotografia fedele di quelle che sono le sue difficoltà, debolezze, all'interno del peculiare stile relazionale strutturatosi, anticipandole che si inizierà un percorso di graduale ristrutturazione finalizzato a promuovere il suo benessere. Nel frattempo, stanti i traumi subiti, per favorirne desensibilizzazione e rielaborazione la terapeuta procederà con la terapia EMDR⁵.

⁵ La terapia EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari) è un approccio terapeutico che utilizza i movimenti oculari, o altre forme di stimolazione alternata destra/sinistra, per il trattamento del trauma, inteso sia come trauma "T" (esperienze di morte) sia come trauma "t" (traumi relazionali che spesso perdurano e si cronicizzano). È una terapia *evidence-based*: dopo alcune sedute, i traumi perdono la loro carica emotiva negativa e si assiste ad un significativo miglioramento della sintomatologia del soggetto legata, appunto, all'esperienza traumatica.

CONCLUSIONI

Il caso di MS, volutamente inserito come ultimo tassello della presente trattazione, ci restituisce uno sguardo all'interno di uno scenario familiare in cui, il narcisismo paterno, si declina nel soggetto stesso in un attivo rischio suicidario (verosimilmente conseguente alla ferita narcisistica derivata dalla separazione), condotte violente, sia nei termini di violenza psicologica che di violenza fisica, con risvolti drammatici sul benessere psicologico della figlia adolescente.

Cercando di esplorare le mille forme del narcisismo, si è indagato come tale condizione possa raggiungere il suo *acme* esitando in escalation violente e letali e/o condotte anticonservative.

Esistono, come visto, alcuni indicatori precoci che, se presenti durante l'infanzia, sono in grado di predire il successivo sviluppo di tratti narcisistici. A ciò soggiace verosimilmente una predisposizione temperamentale, che costituisce l'humus laddove si innestino attaccamenti insicuri o *parenting* inefficaci, improntati alla cosiddetta "ammirazione inconsistente". Ciò può esitare, fondamentalmente, in fantasie grandiose, in una depauperata capacità di mentalizzazione ed in una cronica assenza di empatia che, nelle varie declinazioni del narcisismo, si traduce in un funzionamento carente in varie aree ed una costante incapacità di stabilire rapporti significativi reciprocamente gratificanti.

Come afferma Gabbard (2015): *"Una tragedia che affligge queste persone è la loro incapacità di amare"*.

La prevalenza del disturbo ed i risvolti, anche drammatici, a cui può condurre, rendono urgente la necessità di indirizzare la ricerca empirica nell'indagine più approfondita di questi costrutti, che risulta carente sotto vari punti di vista, sebbene l'eterogeneità dei quadri legati al DNP non renda semplice tale impresa.

In particolare, prospettive di ricerca future potrebbero, auspicabilmente, essere improntate ad indagare in maniera sistematica, all'interno di popolazioni cliniche con diagnosi di DNP, un deficit a carico del *sistema specchio*, verificando ad esempio se, all'osservazione di volti che esprimono emozioni, si evidenzia attraverso fMRI un'attivazione delle medesime aree che ci consentono di esperire tali emozioni soggettivamente.

Un riscontro circa il fatto che Narciso sia incapace di sperimentare l'intersoggettività attraverso quella che Gallese definisce *simulazione incarnata* (per usare un termine dantesco, "*intuandosi*" nell'altro), fornirebbe una spiegazione psicobiologica al disturbo, suggerendo approcci mirati ed una più completa interpretazione, coniugando i contributi di psicologia clinica, psicologia dello sviluppo, psicologia forense e neuroscienze.

BIBLIOGRAFIA

- Adcock, J. M. (2011). Captain Gordon Hess: Homicide or Suicide? An equivocal death analysis and case study. *ISJ Investigative Science Journal*, 1(3): 1-23.
- Ainsworth, M. (1967). *Infancy in Uganda*. Baltimore: Johns Hopkins.
- Akiş, A. D. & Öztürk, E. (2021). Pathological Narcissism: A Comprehensive Evaluation from the Perspective of Emotional Abuse and Gaslighting. *Artuklu Human and Social Science Journal*, 6 (2): 1-31.
- Albasi, C. (2006). *Attaccamenti traumatici*. Torino: UTET Università.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Raffaello Cortina.
- Ammaniti, M., & Gallese, V. (2014). *La Nascita della Intersoggettività - Lo Sviluppo del Sé tra Psicodinamica e Neurobiologia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Attili, G. (2017). *Il cervello in amore*. Bologna: Il Mulino.
- Barbieri, G. L. (2009). *Psicologia dinamica*. Milano: Libreria Cortina.
- Beebe, B., & Lachmann, F. M. (2015). *Le Origini dell'Attaccamento. Infant Research e Trattamento degli Adulti*. Milano: Raffaello Cortina.
- Beitchman, J. H., Zai, C. C., Muir, K., Berall, L., Nowrozi, B., Choi, E., & Kennedy, J. L. (2012). Childhood aggression, callous-unemotional traits and oxytocin gene. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 21: 125–132.
- Bettelheim, B. (1987). *Un genitore quasi perfetto*. Milano: Feltrinelli, 2016.
- Block, J., & Block, J. H. (1997). *California Child Q-Set*. APA PsycTests.

- Bodecka-Zych, M., Zajenkovska A., & Lawrence, C. (2022). Dad, are they laughing at me? Fathers' vulnerable narcissism and sons' hostile attributions. *Personality and Individual Differences*, 192, 111582.
- Bolino, G. (2018). *Le indagini medico-legali sulla scena del crimine*. Milano: Edra
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). "Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview." In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46–76). The Guilford Press.
- Britton, R. G. (2004). *Soggettività, oggettività e spazio triangolare*. Roma: Borla.
- Brummelman, E., Sander T., Nelemans, S. A., De Castro, B. O., Overbeek, G., & Bushman, B. J. (2015). Origins of narcissism in children. *PNAS*, 112 (12): 3659-3662.
- Bruzzo, R. (2020a). *Favole da incubo*. Milano: De Agostini.
- Bruzzo, R. (2020b). *Io non ci sto più*. Milano: De Agostini
- Bruzzo, R., Caputo, A. (2019). *Criminologia dei Sex Offender*. Milano: Giuffrè Francis Lefebvre.
- Burgess, A. W., Douglas, J. E., & Ressler, R. (1988). *Sexual Homicide: Patterns and Motives*. New York: Free Press.
- Bushman, B. J., & Baumeister, R. F. (1998). Threatened egotism, narcissism, self-esteem, and direct and displaced aggression: Does self-love or self-hate lead to violence? *Journal of Research in Personality*, 75: 219–229.
- Butcher, J. N., & Williams, C. L. (1992). *Essentials of MMPI-2 and MMPI-A interpretation*. University of Minnesota Press.
- Callipo, S. (2020). *Il suicidio. Eziopatologia, valutazione del rischio e prevenzione*. Milano: Franco Angeli.

- Campbell, W. K. & Campbell, S. M. (2009) On the Self-regulatory Dynamics Created by the Peculiar Benefits and Costs of Narcissism: A Contextual Reinforcement Model and Examination of Leadership. *Self and Identity*, 8 (2): 214-232.
- Cappelli, L., Dentale, F., & San Martini, P. (2013) Controllo genitoriale anaffettivo e narcisismo come predittori di depressione e ansia nei figli. *Infanzia e adolescenza*, 12 (1): 12-24.
- Carr, L., Iacoboni, M., Dubeau, M. C., Mazziotta, J. C., & Lenzi, G. L. (2003). Neural mechanisms of empathy in humans: A relay from neural systems for imitation to limbic areas. *PNAS*, 100 (9): 5497-5502.
- Castiello, U., Becchio, C., Zoia, S., Nelini, C., Sartori, L., Blason, L., D'ottavio, G., Bulgheroni, M., & Gallese, V. (2010). Wired to Be Social: The Ontogeny of Human Interaction. *PLoS ONE*, 5(10): e13199.
- Coolidge, F. L. & Segal, D. L. (2007). Was Saddam Hussein Like Adolf Hitler? A Personality Disorder Investigation. *Military Psychology*, 19 (4): 289-299.
- Damasio, A. R. (1994). *L'errore di Cartesio*. Milano: Adelphi, 1995.
- Dazzi, N., Zavattini, G. C., Delogu, A. M. (2010). *Adult Attachment Interview. Applicazioni Cliniche*. Milano: Raffaello Cortina.
- De Leo, G., Scali M., Cuzzocrea, V., Giannini, M., & Lepri, G.L. (2000). Psicologia Investigativa: una nuova sfida della psicologia giuridica. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 3-4: 367-386.
- De Leo, G., & Patrizi, P. (2006). *Lo psicologo criminologo*. Milano: Giuffrè.
- De Luca, R. (2021). *Serial Killer*. Roma: Newton Compton.
- Ebert, B. (1987). Guide to conducting a Psychological Autopsy. *Professional Psychology: Research and Practice*. 18(1): 52-56.

- Ferrari, P. F., Vanderwert, R. E., Paukner, A., Bower, S., Suomi, S. J., & Fox, N. A. (2012). Distinct EEG Amplitude Suppression to Facial Gestures as Evidence for a Mirror Mechanism in Newborn Monkeys. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 24 (5): 1165–1172.
- Fonagy, P., & Target, M. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Raffaello Cortina.
- Fonagy, P., & Target, M. (2006). The mentalization-focused approach to self pathology. *Journal of Personality Disorders*, 20(6): 544-576.
- Fornari, U. (2019). *Trattato di Psichiatria Forense*. Torino: Utet Giuridica.
- Fornari, U., Galliani, I. (2003) *Il caso giudiziario di Gianfranco Stevanin*. Torino: Centro Scientifico.
- Foster, J. D., Misra, T., & Reidy, D. E. (2009). Narcissists are approach-oriented toward their money and their friends. *Journal of Research in Personality*, 43 (5): 764-769.
- Freud, S. (1914). *Introduzione al narcisismo*. Torino: Bollati e Boringhieri, 1976.
- Gabbard, G. O. (1989). Two subtypes of narcissistic personality disorder. *Bulletin of the Meninger Clinic*. 53(6): 527-32.
- Gabbard, G. O. (2015). *Psichiatria psicodinamica*. Milano: Raffaello Cortina.
- Gabbard, G. O., Crisp, H. (2019). *Il disagio del narcisismo*. Milano: Raffaello Cortina.
- Gallese, V., & Goldman, B. (1998). Mirror neurons and the simulation theory of mind-reading. *Trends in cognitive sciences*, 2(12): 493-501.
- Geberth, V. J. (1996). *Practical Homicide Investigation*. Boca Raton, FL: CRC Press.
- Geberth, V. J. & Turco, R. N. (1997). Antisocial Personality Disorder, Sexual Sadism, Malignant Narcissism, and Serial Murder. *ASTM International*, 42 (1).

- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1996). *Adult Attachment Interview*. Unpublished manuscript. Department of Psychology, University of California, Berkeley (third edition).
- Glad, B. (2002). Why Tyrants Go Too Far: Malignant Narcissism and Absolute Power. *Political Psychology*, 23(1): 1-2.
- Hepper, E. G., Haert, C. M., & Sedikides, C. (2014). Moving Narcissus: Can Narcissists Be Empathic? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 40 (9).
- Hill, D. (2017). *Teoria della regolazione affettiva, un modello clinico*. Milano: Raffaello Cortina.
- Hooley, J., Butcher, J. N., & Nock, M. K. (2017). *Psicopatologia e psicologia clinica*. Milano: Pearson.
- Horney, K. (1939). *New ways in Psychoanalysis*. Milton Park: Taylor & Francis, 1999.
- Horowitz, H. A., & Rosenstein, D. S. (1996). Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2): 244–253.
- Howard, V. (2022). (Gas)lighting Their Way to Coercion and Violation in Narcissistic Abuse: An Autoethnographic Exploration. *Journal of Autoethnography*, 3 (1): 84–102.
- Hutnyan, M. S. (2022). BTK: A Case Study in Psychopathy. *SMU Journal of Undergraduate Research*, 7(2): 5.
- Huxley, E., & Bizumic, B. (2017). Parental Invalidation and the Development of Narcissism. *The Journal of Psychology*, 151(2): 130-147.
- Jacob, C., Müller, J., & Schmidt, M. (2005). Cluster B Personality Disorders are Associated with Allelic Variation of Monoamine Oxidase A Activity. *Neuropsychopharmacology*, 30: 1711–1718.
- Kandel, E. R., Schwartz, J. H., Jessel, T. M. (2003). *Principi di Neuroscienze*. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.

- Kernberg, O. F. (1970). A Psychoanalytic Classification of Character Pathology. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 18(4): 800.
- Kernberg, O. F. (1987). *Disturbi gravi della personalità*. Torino: Bollati e Boringhieri.
- Kernberg, O. F. (1978). *Sindromi marginali e narcisismo patologico*. Torino: Bollati e Boringhieri.
- Kernberg, O. F., Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2008). Transference focused psychotherapy: Overview and update. *The international Journal of Psychoanalysis*, 89 (3): 601-620.
- Kernberg, P. F., & Egan, J. (1984). Pathological Narcissism In Childhood. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 32(1): 39-51.
- Knight, Z. G. (2006). Some thoughts on the psychological roots of the behavior of serial killers as narcissists: an object relations perspective. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 34(10): 1189-1206.
- Kring, A. M., Johnson, S. L. (2019). *Abnormal Psychology: The Science and Treatment of Psychological Disorders*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Lingiardi, V., Mc Williams, N. (2020). *PDM-2. Manuale diagnostico psicodinamico*. Milano: Raffaello Cortina.
- Madeddu, F. (2020). *I mille volti di Narciso*. Milano: Raffaello Cortina.
- Meaney, M. J. (2001). Maternal care, gene expression, and the transmission of individual differences in stress reactivity across generations. *Annual Review of Neuroscience*, 24: 1161-1192.
- Muñoz Centifanti, L., Kimonis, E., Frick, P., & Aucoin, K. (2013). Emotional reactivity and the association between psychopathy-linked narcissism and aggression in detained adolescent boys. *Development and Psychopathology*, 25(2): 473-485.
- Muratori, P., Milone, A., Buonanno, C., Ianni, S., Inguaggiato, E., Levantini, V., Pisano, S., Valente, E., & Masi, G. (2020). Origins and evaluation of youth narcissism. *Riv Psichiatr*, 55(2): 71-78.

- Pace, U., D'Urso, G., Ruggieri, S., Schimmenti, A. & Passanisi, A. (2021). The Role of Narcissism, Hyper-competitiveness and Maladaptive Coping Strategies on Male Adolescent Regular Gamblers: Two Mediation Models. *Journal of Gambling Studies*, 37: 571–582.
- Pentima, L., Attili, G., Toni, A. (2021). *L'impatto della violenza assistita sui minori: attaccamento, locus of control ed esiti psicopatologici*. Milano: Franco Angeli.
- Pruneti, C. (2013). *Psicopatologia Generale. L'approccio clinico multidimensionale alla sofferenza psichica con e oltre il DSM*. Bologna: Esculapio.
- Redkey, A., & Simonetti, C. (2018). Criteria for Love and Relationship Addiction: Distinguishing Love Addiction from Other Substance and Behavioral Addictions. *The Journal of Treatment & Prevention*, 5 (1): 80-95.
- Richman, J. (1986). *Family and therapy for suicidal people*. New York: Springer.
- Rizzolatti, G., Fadiga, L., Gallese, V., & Fogassi, L. (1996). Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cognitive brain research*, 3(2): 131-141.
- Rollo, D., Bonfiglio, S. N., Renati, R., Costa, S., Sulla, F., & Pietronilla Penna, R. (2020). An exploratory study on the relationship between video game addiction and the constructs of coping and resilience. *IEEE International Symposium on Medical Measurements and Applications (MeMeA)*, 2020, pp. 1-5.
- Russ, E., Shedler, J., Bradley, R., & Westen, D. (2008). Refining the Construct of Narcissistic Personality Disorder: Diagnostic Criteria and Subtypes. *The American Journal of Psychiatry*; 165(11): 1473-1481.
- Samuel, D. B., & Widiger, T. A. (2007). Describing Ted Bundy's Personality and Working towards DSM-V. *Independent Practitioner*, 27 (1): 20-22.

- Schore, A. N. (2000). Attachment and the regulation of the right brain. *Attachment & Human Development*, 1, 23–47.
- Schore, A. N. (2003). *La regolazione degli affetti e la riparazione del Sé*. Roma: Astrolabio, 2008.
- Schulze, L., Dziobek, I., Vater, A., Heekeren, H. R., Bajbouj, M., Renneberg, B., Heuser, I., & Roepke, S. (2013). Gray matter abnormalities in patients with narcissistic personality disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 47 (10): 1363-1369.
- Segal, H. (1985). *Melanie Klein*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Schlesinger, L.B. (1998). Pathological narcissism and serial homicide: Review and case study. *Current Psychology*, 17, 212–221.
- Shneidman, E. S. (2007). *Autopsia di una mente suicida*. Roma: Giovanni Fioriti.
- Shneidman, E. S. (1976). *Suicidology: Contemporary Developments*. New York: Grune and Stratton.
- Shneidman, E. S., Farberow, N. L. (1961). *The cry for help*. New York: McGraw-Hill.
- Simpson, E. A., Miller, G. M, Ferrari, P. F., Suomi, J. J., & Paukner, A. (2016). Neonatal imitation and early social experience predict gaze following abilities in infant monkey. *Sci Rep*, 6, 20233.
- Skodol, A. E., Clark, L. A., Bender, D. S., Krueger, R. F., Morey, L. C., Verheul, R., Alarcon, R. D., Bell, C. C., Siever, L. J., & Oldham, J. M. (2011). Proposed changes in personality and personality disorder assessment and diagnosis for DSM-5 Part 1: Description and rationale. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2(1): 4–22.
- Strutzenberg, C. (2016). Love-Bombing: A Narcissistic Approach to Relationship Formation. *Human Development and Family Sciences Undergraduate Honors Theses Retrieved from <https://scholarworks.uark.edu/hdfsrsuht/1>*

- Sylvers, P., Brubaker, N., Alden, S. A., Brennan, P. A., & Lilienfeld, S. O. (2008). Differential endophenotypic markers of narcissistic and antisocial personality features: A psychophysiological investigation. *Journal of Research in Personality*, 42 (5): 1260-1270.
- Vaknin, S. (2020). Love Bombing and Grooming in Cluster B Personality Disorders. *CPQ Neurology and Psychology*, 3(3): 1-6.
- Volpini, L., Tucciarone, A., & De Leo, G. (2006). Metodi investigativi e psicologia nelle indagini giudiziarie, con particolare riguardo ai casi di omicidio e di morte equivoca: un'indagine esplorativa dal punto di vista delle forze dell'ordine. *Psicologia e Giustizia*, 1.
- Young, L. J., Murphy, A. Z., & Hammock, E. A. D. (2005) Anatomy and neurochemistry of the pair bond. *The Journal of Comparative Neurology*, 493(1): 51-57.
- Watts, A. L., Nagel, M. G., Latzman, R. D., & Lilienfeld, S. O. (2017). Personality disorder features and paraphilic interests among undergraduates: differential relations and potential antecedents. *Journal of Personality Disorders*, 31: 1-27.
- Wicker, B., Keysers, C., Gallese, V., Rizzolatti, G., Plailly, J., & Royet, J. P. (2003). Both of Us Disgusted in My Insula: The Common Neural Basis of Seeing and Feeling Disgust. *Neuron*, 40(3): 655-664.
- Wink, P. (1991). Two faces of narcissism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(4): 590-597.
- Winnicott, D. W. (1987). *I bambini e le loro madri*. Milano: Raffaello Cortina.
- Winnicott, D. W. (1965). *Sviluppo affettivo e ambiente*. Roma: Armando.
- Zou, Z., Song, H., Zhang, Y & Zhang, X. (2016). Romantic Love vs. Drug Addiction May Inspire a New Treatment for Addiction. *Front. Psychol.*, 7 (1436).

RINGRAZIAMENTI

Un sentito grazie, in primis, alla mia relatrice, Prof.ssa Dolores Rollo, fondamentale punto di riferimento per me da tanti anni, che ha sostenuto il mio progetto fin dal primo momento aiutandomi, con i suoi preziosi consigli, ad orientarlo nella giusta direzione.

Ringrazio tutti i miei docenti, che mi hanno resa orgogliosa di far parte di questo corso di laurea, così impegnativo e così illuminante, che per me è sempre stato e sempre sarà *casa*.

Ringrazio la Prof.ssa Roberta Bruzzone, che mi ha dedicato supporto e spazio per mettermi alla prova, permettendomi di realizzare il sogno che mi accompagna da quando avevo otto anni.

Ringrazio la Dott.ssa Mariangela Guerra, grande professionista, ma soprattutto grande persona.

Sara, Anna, Giovanni e Samuele.

Ringrazio tutta la mia famiglia ed in particolare:

I miei nonni, che mi hanno trasmesso il valore dell'impegno e l'amore per la cultura, nei pomeriggi grigi a leggere vecchi libri e ad ascoltare storie di una volta.

I miei genitori, che sono le mie radici e le mie ali.

I miei suoceri, che hanno sempre creduto in me.

Mio marito Roberto, che mi ha ascoltata ripetere fino a notte fonda in vista di ogni esame, motivandomi con sincera partecipazione ed una tazza di caffè sempre pronta.

Ma soprattutto ringrazio i miei figli, *Gaia e Tito*, che hanno reso questo percorso in salita permettendomi di ammirare, adesso, la meraviglia e la vastità di questi nuovi orizzonti.