

***Il Disturbo Narcisistico di Personalità.  
Concettualizzazione del costrutto, rassegna  
empirica sull'efficacia dei trattamenti,  
principi e suggerimenti per una buona  
pratica clinica***



Anna Gasparre\*, Giancarlo Dimaggio\*\*

*Ricevuto il 18 maggio 2023*

*Accettato il 5 giugno 2023*

**Sommario**

Il presente lavoro è partito da una rassegna dei contributi storici sulla concettualizzazione del narcisismo e del Disturbo Narcisistico di Personalità (DNP), evidenziando l'evoluzione in termini di diagnosi clinica all'interno della classificazione DSM sui disturbi mentali. Si è focalizzato sulla complessità del Disturbo Narcisistico di Personalità e l'utilità di definirlo come un continuum che va dalla normalità alla patologia piuttosto che una mera categoria. All'interno di questo continuum gli autori hanno identificato le due varianti di interesse, il narcisismo *overt* o grandioso e *covert* o vulnerabile. Gli autori proseguono enucleando le principali sfide nella gestione dei pazienti con tratti narcisistici, responsabili degli esiti peggiori nella terapia. Le terapie psicologiche specificamente progettate per il trattamento dei pazienti con DNP sono relativamente poche e pochi o nessuno di questi trattamenti sono stati testati in studi controllati randomizzati. Emerge quindi come il trattamento delle PN o con DNP rappresenti una sfida sia sul piano clinico che empirico poiché mancano prove empiriche su come trattarli. La mancanza di trattamenti supportati empiricamente, ha fatto emergere la necessità di delineare linee guida di "buona pratica clinica", in linea con l'idea di un approccio più integrato al trattamento dei disturbi di personalità.

*Parole chiave:* Narcisismo patologico, Disturbo Narcisistico di Personalità, psicoterapia, principi di trattamento.

\* Empea: centro clinico e di ricerca in psicoterapia cognitivo-comportamentale; via Giuseppe Bozzi 9 – 70132 Bari; e-mail: gasparre.anna@gmail.com.

\*\* Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale; via Orazio 3 – 00193 Roma; e-mail: gdimaje@gmail.com.

*Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSNe 2281-6046), n. 52/2023*  
DOI: 10.3280/qpc52-2023oa16174

Anna Gasparre, Giancarlo Dimaggio

*Narcissistic personality disorder. Conceptualization of the construct, empirical review on the effectiveness of treatments, principles and suggestions for good clinical practice*

### **Abstract**

This work reviews historical contributions to the conceptualization of narcissism and Narcissistic Personality Disorder (NPD), including its evolution as a clinical diagnosis within the DSM classification of mental disorders. It focuses on the complexity of Narcissistic Personality Disorder and the importance of defining it as a continuum ranging from normal to abnormal personality expression. In this continuum, the authors identify two typical features, overt or grandiose and covert or vulnerable narcissism. Then, authors consider a wide variety of challenges that contribute to worse outcomes in therapies with NPD patients. Only few theoretical approaches have advanced treatments targeting NPD and hardly any of these treatments were tested in randomized controlled trials. Treating persons with PN, or with NPD is a challenge to clinicians as sound empirical evidence on how to treat them is lacking. The lack of empirically supported treatments has highlighted the need to provide some principles of “good clinical practice”, in line with the idea of a more integrated approach to the treatment of personality disorders.

*Keywords:* Pathological Narcissism; Narcissistic Personality Disorder, psychotherapy, treatment principles.

### **La diagnosi**

L'uso diffuso da parte dei clinici, del concetto di narcisismo patologico come un tipo di personalità distinta, sotto le influenze dei pensieri di psicoanalisti quali Kernberg (1970) e Kohut (1977), o di psicologi quale Millon, ha portato all'introduzione del Disturbo Narcisistico di Personalità nella terza edizione del DSM (DSM-III) nel 1980 (American Psychiatric Association, 1980). I 9 criteri individuati dal DSM-IV, anche se utili per la loro praticità, hanno sempre lasciato in molti clinici un senso di incompiutezza, comportando grossi problemi diagnostici. Si percepisce una descrizione alquanto riduttiva della complessità dell'ampio spettro di stati mentali presenti in questo tipo di pazienti. Autori come Cain *et al.* (2008) hanno notato che il DSM-IV (1994) si è prevalentemente focalizzato sulle caratteristiche di grandiosità del disturbo e non ha catturato adeguatamente il sottostante aspetto di vulnerabilità che è evidente in molti individui narcisisti e che rappresenta l'area più disturbata del DNP. Nel DSM-IV, inoltre, il DNP è stato definito come uno dei disturbi più rari osservati nella comunità e nei campioni clinici, nonostante una consistente presenza di osservazioni cliniche abbiano, invece, osservato un'elevata prevalenza di tratti narcisistici problematici in pazienti con disturbi di personalità.

Tali punti deboli sono stati in parte superati dal DSM-5 (2013) che propo-

ne un modello alternativo per la diagnosi dei disturbi di personalità, secondo un approccio ibrido dimensionale-categoriale. Tale modello consente di descrivere meglio la complessità del quadro narcisistico, sia in termini di funzionamento di sé e di funzionamento interpersonale, sia in termini di tratti di personalità, avvicinando così la descrizione del funzionamento psicologico maggiormente all'esperienza clinica e alla ricerca recente sul DNP.

## **Lo spettro del narcisismo**

Il DSM-5 descrive il narcisismo come un continuum. Ci soffermiamo qui sulle due varianti di interesse per il clinico, ovvero il narcisismo overt o grandioso e covert o vulnerabile. Di fatti il cosiddetto narcisismo maligno ipotizzato da Kernberg (1992) manca di supporto empirico e per gran parte descrive personalità paranoide e antisociali. Confonderlo col narcisismo probabilmente getta una luce nera sul narcisismo ingiustificata.

### *Il narcisismo grandioso e quello vulnerabile*

A partire da caratteristiche nucleari condivise, è generalmente accettato che si possono differenziare almeno due presentazioni del narcisismo patologico: il narcisismo *overt*, grandioso, palese e il narcisismo *covert*, nascosto e vulnerabile (Cooper, 1998; Cain, 2008; Miller *et al.*, 2010; Pincus *et al.*, 2014; Pincus & Lukowitsky, 2010).

Thomaes, Brummelman e Sedikides (2018) in una meta-analisi hanno identificato tre aspetti cruciali del narcisismo di tipo *overt*: la sovrastima di sé (*self-enhancement*), il bisogno di ammirazione e un orientamento interpersonale di tipo antagonistico. Il *self-enhancement* è caratterizzato da un aumentato senso di importanza e dalla tendenza a percepirsi superiori agli altri: i narcisisti tenderebbero a sovrastimare la propria intelligenza e la propria attrattività fisica (Bleske-Rechek, Remiker & Baker, 2008), così come le proprie prestazioni in compiti complessi (Farwell & Wohlwend-Lloyd, 1998). Da un punto di vista interpersonale, le persone narcisiste preferiscono emergere ed essere apprezzate senza preoccuparsi di risultare aggressive, arroganti, o snob (Scopelliti, Loewenstein & Vosgerau, 2015). Il bisogno di ammirazione li porta a porsi al centro dell'attenzione, spesso dominando la conversazione (Buffardi & Campbell, 2008) e manifestando una netta preferenza per ruoli o posizioni di superiorità (Brunell *et al.*, 2008). Nelle relazioni affettive sembrano preferire partner caratterizzati da alto prestigio ricono-

sciuto (fisico o sociale), mostrandosi meno interessati al senso di intimità e affetto (Horton & Sedikides, 2009). Inoltre, sul piano interpersonale, quando non ricevono il riconoscimento e l'adulazione che pensano di meritare, tendono a reagire in modo antagonistico, con ostilità (Moeller, Crocker & Bushman, 2009), minore empatia (Hepper, Hart & Sedikides, 2014) e propensione a manipolare gli altri (Nagler *et al.*, 2014).

L'altra forma, quella *covert*, è invece caratterizzata da senso di vergogna, imbarazzo e umiliazione, estrema sensibilità al giudizio degli altri e alle critiche, atteggiamento schivo e inibito, falsa umiltà e compiacenza. A livello interpersonale, il narcisismo vulnerabile risulta più distaccato, freddo, evitante e sfruttabile (Pincus & Lukowitsky, 2010). Poiché i loro vissuti sono carichi di vergogna e modestia, spesso a livello interpersonale l'altro erroneamente interpreta il timido e preoccupato desiderio di occuparsi di qualcun altro come interesse genuino. Incapaci di mantenere relazioni personali durevoli, sono segretamente denigratori, invidiosi delle persone che li circondano, e incapaci di trarre soddisfazione dalle proprie realizzazioni, che a volte sono anche considerevoli.

Tuttavia, recenti ricerche suggeriscono che più che due tipi diversi di narcisismo siano diverse presentazioni che la stessa persona può manifestare in diversi momenti, per esempio oscillare tra stati di arroganza e presunzione eccessiva a stati di profonda vergogna, colpa e inferiorità (Caligor & Stern, 2020; Crisp & Gabbard, 2020; Dimaggio *et al.*, 1999; 2003; Kealy *et al.*, 2015). Così come il narcisismo overt, anche il narcisismo covert implica una forte autocentratura (Brown & Elliot, 2016); presentando maggiori aspetti di ansia sociale, insicurezza, evitamento e costante difesa (Miller *et al.*, 2012; Hart *et al.*, 2017). Studi recenti hanno anche mostrato che pazienti con un narcisismo grandioso tendono con maggiore frequenza e probabilità a oscillare tra stato di grandiosità e vulnerabilità, mentre il tipo vulnerabile mostra livelli più stabili di sentimenti negativi e raramente esprime grandiosità (Edershile & Wright, 2021). Dato che la maggior parte dei narcisisti presenta queste fluttuazioni, secondo alcuni autori essi possono essere considerati come due manifestazioni del narcisismo patologico che coesistono, in momenti diversi, all'interno della stessa persona (Dimaggio & Semerari, 2003).

## **Psicopatologia della personalità narcisistica**

Coerentemente con alcune rassegne empiriche (Dimaggio *et al.*, 2006; 2007; Dimaggio, 2022), gli aspetti della psicopatologia narcisistica su cui la letteratura sembra convergere sono i seguenti:

1. Le persone con PN sono guidate da *rappresentazioni tipiche disadattive di sé e degli altri* chiamati anche schemi interpersonali disadattivi (Young *et al.*, 2003; Dimaggio *et al.*, 2015) nel tentativo di soddisfare “desideri o bisogni fondamentali”. Sulla base di questi schemi, la PN sperimenta diversi stati mentali, tra cui rabbia per essere feriti o rifiutati, vuoto e alienazione, colpevolezza, invidia, paura e ansia, un senso di annientamento. Di rado entrano in stati mentali di grandiosità, si percepiscono pieni di gloria, di orgoglio, soddisfazione e realizzazione personale (Dimaggio *et al.*, 2002; Modell, 1984; Ronningstam, 2009).
2. Le PN sono caratterizzate da una *compromissione delle capacità di auto-riflessione e tendenze all'intellettualizzazione*. Hanno difficoltà a etichettare i propri stati emotivi, in particolare quelli legati alla vulnerabilità e fragilità, piuttosto quando hanno appena sperimentato il fallimento del rifiuto ricorrono a teorie astratte e all'intellettualizzazione (Ronningstam, 2020; Dimaggio *et al.*, 2002).
3. Nonostante l'idea comune che le persone con DNP siano fortemente orientate agli obiettivi e si comportino come carri armati quando guidati da un obiettivo, la loro azione è spesso compromessa, e mostrano *disturbi dell'agency*, passando dall'aspettativa *hyperagency* alla perdita dell'agency (Ronningstam, 2009). Quando queste persone non perseguono la grandiosità e neppure combattono contro qualcuno che percepiscono come un ostacolo, mancano di una fonte interiore per un'azione auto-generata e orientata allo scopo (Kohut, 1977; Dimaggio *et al.*, 2007; 2012).
4. *Scarsa teoria della mente ed empatia*. Le PN sono caratterizzati da una ridotta capacità di comprendere gli altri e da bassa empatia (De Panfilis *et al.*, 2019; Dimaggio *et al.*, 2009; Ritter *et al.*, 2014). Sembra che il loro problema sia di natura motivazionale, cioè hanno le capacità cognitive per capire gli altri ma non sono motivati a farlo (Urbonaviciute & Hepper, 2020).
5. *Coping disadattivo*. Le strategie che i pazienti utilizzano automaticamente in modo difensivo, per ridurre il dolore psicologico (Kealy *et al.*, 2017) o per evitare di entrare in contatto con la propria fragilità e vulnerabilità sono: il *self-enhancement* (tendenza alla sopravvalutazione) (John & Robins, 1994), il perfezionismo (finalizzato a correggere i difetti intollerabili che vedono in se stessi; Dimaggio *et al.*, 2018), la procrastinazione (che ha il fine di mantenere una presentazione grandiosa e senza macchia) (Weinberg & Ronningstam, 2020), il ricorso all'onnipotenza e alla negazione degli aspetti più vulnerabili (es. comportamenti rischiosi quali il sesso senza preservativo, il gioco d'azzardo, l'abuso di alcol e droghe

Anna Gasparre, Giancarlo Dimaggio

ecc.), la ruminazione e preoccupazione (finalizzata a ridurre la sofferenza, ma con effetti controproducenti in termini di manifestazioni di aggressività) (Krizan & Johar, 2015).

## Epidemiologia

La maggior parte degli studi epidemiologici su DNP hanno utilizzato campioni clinici, tuttavia sono carenti gli studi che misurano la prevalenza di DNP nella popolazione generale. Gli studi sulla popolazione generale sui disturbi di personalità sono stati ostacolati dalle dimensioni esigue dei campioni presi in analisi e dal loro confinamento ad aree geografiche specifiche come ad es. singole città, limitando così l'analisi statistica delle caratteristiche socio demografiche di DNP. Una rassegna sistematica di studi che riportano la prevalenza di DNP in campioni non clinici di adulti ha trovato sette studi che hanno utilizzato interviste strutturate o semi-strutturate per valutare il disturbo di personalità: la prevalenza media complessiva di DNP era dell'1,2% e l'intervallo 0-6,2% (Dhawan *et al.*, 2010). Il più recente e completo di questi studi è il Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions (NESARC) (Hasin & Grant 2015), condotto su 34093 civili negli Stati Uniti. Tale studio ha mostrato una prevalenza complessiva di DNP del 6,2%, con tassi più elevati per gli uomini (7,7%) rispetto a donne (4,8%), nei giovani adulti e nelle persone separate, divorziate, vedove o mai sposate. Furono osservati livelli elevati di co-occorrenza di abuso di alcool, umore, ansia e altri disturbi della personalità (Stinson *et al.*, 2008).

Tassi relativamente bassi di prevalenza del DNP riportati in campioni provenienti sia da contesti clinici che dalla popolazione generale possono essere in parte dovuti al concetto restrittivo identificato dalla diagnosi DSM-5, che non coglie gli aspetti più vulnerabili di narcisismo patologico.

## Comorbilità e diagnosi differenziale

A partire dalla pratica clinica e dai dati di letteratura, sembra che gli aspetti interpersonali del disturbo narcisistico *covert* di personalità mostrino diverse sfumature, dando evidenza di una serie di varianti del disturbo, per cui possiamo parlare di un prototipo generale (Westen, 1990), il Disturbo Narcisistico di Personalità, e di varianti dello stesso (o sottotipi).

Ad esempio, alcuni studi hanno messo in evidenza le somiglianze tra il

sottotipo “*covert*” e il Disturbo Evitante di Personalità, per quanto riguarda l’evitamento dei rapporti con altri percepiti come critici e ridicolizzanti, unito alla sensazione di essere inferiori e di non valere. L’elemento distintivo è la presenza nel primo, seppur mascherata, di un sentimento di grandiosità che invece non si riscontrerebbe nel secondo (Dickinson & Pincus, 2003).

Un’altra variante può ritrovarsi in combinazione con tratti del Disturbo Ossessivo Compulsivo di Personalità. Tratti comuni sono il ricorso a comportamenti perfezionistici che il paziente adotta rigidamente al fine di recuperare un senso di maggior valore, la preoccupazione per l’ordine e per le regole e la procrastinazione. In questo senso, il perfezionismo sembra assumere una funzione regolatoria finalizzata al mantenimento di una buona immagine di sé.

Fossati *et al.* (2017) hanno individuato una sottocategoria di pazienti con Disturbo Narcisistico di Personalità dalle caratteristiche in parte sovrapponibili alla personalità paranoide quali: rabbia persistente, ostilità, sospettosità e indifferenza verso emozioni e problemi altrui (Fossati *et al.*, 2017).

Il Disturbo Narcisistico di Personalità condivide alcune caratteristiche anche con altri disturbi di personalità raggruppati sotto la stessa etichetta, chiamata “Cluster B”: il Disturbo Borderline di Personalità, il Disturbo Istrionico di Personalità e il Disturbo Antisociale di Personalità.

Per quanto riguarda specifiche similitudini con il Disturbo Borderline, entrambe le condizioni sono caratterizzate dalla tendenza a idealizzare e svalutare sia stesso che l’altro, tendenza all’impulsività, scarsa empatia e bisogno di ammirazione, bassa tolleranza alle emozioni negative e convinzione che tutto sia dovuto (Carcione & Semerari, 2017). In uno studio di Euler *et al.* (2018) il narcisismo grandioso è risultato fortemente associato con il Disturbo Narcisistico di Personalità, mentre il narcisismo vulnerabile solo con il Disturbo Borderline di Personalità.

Il Disturbo Istrionico invece si caratterizza per una eccessiva emotività e per la ricerca costante di attenzioni, che ad alti livelli conducono la persona a comportarsi in modo seduttivo e teatrale (APA, 2013). Caratteristiche simili con il DNP sono l’egocentrismo e il bisogno di ammirazione. Tuttavia nel funzionamento istrionico i comportamenti inappropriatamente provocanti e sessualizzati rappresentano un marker distintivo (Beck, Davis & Freeman, 2015).

Anche tra il DNP e il Disturbo Antisociale esistono aree di sovrapposizione e punti di non contatto. Rabbia, auto-distruttività e aggressività sono presenti in entrambi i disturbi ma nel Disturbo Antisociale di Personalità è presente una difficoltà a provare senso di colpa e rimorso. Anche la tendenza allo sfruttamento degli altri per promuovere se stessi è caratteristica di en-

trambi i disturbi. Tuttavia, i pazienti con Disturbo Antisociale sfruttano gli altri per guadagno materiale; quelli con Disturbo Narcisistico di Personalità sfruttano gli altri per regolare la loro autostima.

Insieme a tratti di tipo narcisistico, più o meno rilevanti in termini clinici, possono presentarsi anche un'ampia varietà di sintomi e di disturbi comportamentali, quali ad esempio ansia e depressione (Pincus *et al.*, 2014), abuso di alcol e droghe (Stinson *et al.*, 2008), disturbi del comportamento alimentare (Gordon & Dombeck, 2010), e comportamenti a rischio specialmente se sono socialmente disapprovati (Leder *et al.*, 2020). Fjermestad-Noll *et al.* (2020) in un recente studio, hanno studiato la presenza di perfezionismo, vergogna e aggressività nei pazienti con DNP e il ruolo della vergogna come fattore di mediazione o moderazione per l'aggressività.

Infine, prima di porre diagnosi di Disturbo Narcisistico di Personalità è importante considerare la co-occorrenza di altri fattori quali Disturbo Post-Traumatico da Stress (APA, 2013), e la presenza di un uso/abuso di sostanze, di assunzione di farmaci e/o la presenza di altre condizioni mediche che potrebbero essere implicate nelle alterazioni di personalità o aggravarne il quadro.

## Trattamenti del Disturbo Narcisistico di Personalità

La conoscenza sull'utilità dei trattamenti esistenti per il DNP è limitata. Poche teorie hanno suggerito approcci terapeutici al DNP. I trattamenti psicoterapeutici per il DNP sono stati sviluppati all'interno di due tradizioni principali: la tradizione psicoanalitica/psicodinamica e la tradizione cognitiva-comportamentale (Yakeley, 2018). Questi due approcci condividono alcune tecniche e interventi terapeutici. Nella maggior parte delle modalità psicoterapeutiche il trattamento è individuale, tuttavia, la terapia di gruppo può essere efficace quando emergono difficoltà legate alla vergogna, alla dipendenza, all'autosufficienza, al disprezzo e all'invidia verso gli altri, sebbene gli individui altamente narcisistici possono dominare o compromettere i gruppi o competere con il terapeuta per essere il capogruppo.

Tra gli approcci psicodinamici si distingue la Psicoterapia focalizzata sul transfert (TFP) (Transference-focused psychotherapy) implementata per il trattamento di DNP, da Kernberg *et al.* negli USA (Clarkin 2007), originariamente sviluppata per il trattamento del Disturbo Borderline di Personalità. Data l'efficacia della TFP per i pazienti con BPD, incluso un numero di pazienti con DNP in comorbilità, Diamond e Hersh (2020), hanno adattato le tecniche della TFP effettuando modifiche specifiche per i pazienti con DNP

o tratti narcisistici. L'obiettivo principale della TFP-N è concentrarsi sui pattern interpersonali disturbati di relazione nel qui e ora dell'interazione terapeutica come veicolo che influenza cambiamenti a lungo termine nell'organizzazione della personalità e cambiamenti nelle aree sentimentali e lavorative. Il trattamento basato sulla mentalizzazione, originariamente anch'esso sviluppato per il trattamento del Disturbo Borderline di Personalità (Bate-man & Fonagy, 2004) è in corso di un tentativo di applicazione alle PN (Drozek, Brandon & Unruh, 2020). Il terapeuta lavora attivamente per convalidare empaticamente l'esperienza del paziente, incoraggiando il chiarimento, l'elaborazione e la contestualizzazione al fine di aumentarne la complessità della narrazione affettiva e sviluppare progressivamente rappresentazioni di sé e dell'altro flessibili, più elaborate ed emotivamente coinvolte.

Approcci cognitivo-comportamentali e di terza onda. Alcune modalità terapeutiche empiricamente fondate di matrice cognitivo comportamentale, per il trattamento dei disturbi di personalità, sono state adattate al trattamento dei pazienti con disturbo narcisistico. Questi includono la Schema Therapy e la Terapia Metacognitiva Interpersonale, mentre esiste solo uno studio di caso singolo sulla Terapia Dialettico Comportamentale (Reed-Knight & Fischer, 2011).

La Schema Therapy (Young *et al.*, 2003), implementata originariamente per il trattamento del Disturbo Borderline, si concentra sul “contrasto agli schemi precoci disadattivi” riguardanti le relazioni con se stessi e con gli altri e sulla promozione di una “modalità di funzionamento adulta” più sana. Il terapeuta utilizza un processo di “*re-parenting*”, incoraggiando il paziente a regolare meglio le fluttuazioni narcisistiche nella reattività emotiva e a sviluppare empatia per raggiungere un'intimità emotiva con gli altri. Ad oggi, non sono stati condotti studi clinici sull'applicazione di tale approccio al DNP, ma le osservazioni clinici tendono a suggerire che potrebbe essere efficace per il disturbo.

La Terapia metacognitiva Interpersonale (TMI) (Dimaggio *et al.*, 2007; 2012; 2019; 2022; Carcione *et al.*, 2016) si è fin da subito interessata a modellizzare il narcisismo (Dimaggio *et al.*, 2002) e proporre una strategia di intervento. Dimaggio *et al.* (2022) ha sintetizzato le aree di intervento della TMI per il narcisismo nel modo seguente: a) aumentare l'autoriflessione e ridurre l'intellettualizzazione; b) affrontare l'impatto degli schemi disadattivi; c) supportare l'agency e l'azione orientata agli obiettivi; d) ridurre le tendenze a ricorrere a strategie di coping disadattivi e promuovere modi più sani per affrontare il dolore e la sofferenza psicologica; g) promuovere la teoria della mente e l'empatia. Questi obiettivi possono essere raggiunti in diversi modi, tra cui: lavorare attraverso la relazione terapeutica, impostare e concorda-

re un contratto terapeutico condiviso, ragionevole e orientato agli obiettivi, concentrarsi sulle emozioni invece che accettare intellettualizzazioni, utilizzare esercizi comportamentali e tecniche esperienziali (*es.* l'immaginazione guidata, due sedie, gioco di ruolo).

## Prove di efficacia degli approcci terapeutici

Poche teorie hanno suggerito approcci terapeutici al DNP. Tuttavia, nessuno di questi trattamenti è stato testato in studi randomizzati controllati con pazienti con DNP, e quando i pazienti con DNP sono stati inclusi nel campione, il loro numero effettivo era troppo piccolo per le analisi statistiche oppure i risultati non erano riportati separatamente per i pazienti con DNP (Ball, 2007; Ball *et al.*, 2005; 2011; Bamelis *et al.*, 2014; Clarkin *et al.*, 2007; Vinnars *et al.*, 2005).

Alcuni autori hanno delineato modalità di trattamento per i pazienti con DNP in comorbidità con il Disturbo Borderline di Personalità (BPD) (Diamond & Clarkin *et al.*, 2014). Mancano specifici trattamenti farmacologici per il DNP e le strategie di trattamento tipiche includono il trattamento sintomatico delle condizioni che si presentano in comorbidità (Ronningstam & Weinberg, 2013).

In una rassegna sui fattori che possono favorire oppure ostacolare il processo terapeutico con il DNP, Weinberg e Ronningstam (2020), basandosi sull'esperienza clinica e sull'analisi della letteratura, hanno documentato un'ampia varietà di fattori che contribuiscono a esiti peggiori nelle terapie con pazienti con DNP.

- *Sul piano cognitivo*: scarso riconoscimento di stati interni (Dimaggio *et al.*, 2008), intolleranza alle differenze di prospettiva (Britton, 2004), prospettiva reversibile, ovvero negazione della consapevolezza raggiunta in terapia (Etchegoyen, 2005; Kernberg, 2007), rifiuto di accettare spiegazioni logiche (Kernberg, 2007).
- *Sul piano emotivo*: difficoltà ad accedere, etichettare ed esprimere emozioni (Dimaggio *et al.*, 2008; Modell, 1984; Ronningstam, 2017), paura ed evitamento (Ronningstam & Baskin-Sommers, 2013), noia e stimolo alla fame (Ronningstam, 1996), assenza di significato (Ronningstam, 1996).
- *Sul piano interpersonale*: povere relazioni sociali (Kernberg, 2007), estrema competitività e invidia del terapeuta (Kernberg, 2007), attaccamento ansioso evitante o disorganizzato (Diamond & Clarkin *et al.*, 2014), paura

della dipendenza dal terapeuta (Kernberg, 2007), reazioni paranoiche al terapeuta (Kernberg, 2007).

- *Sul piano dell'autostima*: ricerca dell'autoaffermazione, non della consapevolezza (Kernberg, 2007; Ronningstam, 2005), esternalizzazione della responsabilità (Ronningstam, 2005), autocritica cronica, disprezzo e odio per se stessi (Kernberg, 2007; Ronningstam, 2005), perfezionismo (Ronningstam, 2005).
- *Sul piano del funzionamento morale*: mancanza di titolarità nelle responsabilità (Kernberg, 2007; Ronningstam, 2005), disonestà (Kernberg, 2007), mancanza di impegno (Kernberg, 2007), limitata capacità di provare rimorso (Kernberg, 2007), parassitismo sociale (Kernberg, 2007).
- *Sul piano della motivazione per il cambiamento*: motivazione estrinseca al cambiamento o dipendente dall'umore (Ronningstam, 2005), motivazione al cambiamento minacciata da comportamenti passivo-parassitari (comportamento antisociale che viene tipicamente espresso senza sensi di colpa, es. mentire, rubare, sfruttare gli altri), da abuso dello status di VIP o potere (Kernberg, 2007; Silverman *et al.*, 2012).
- *Controtransfert*: è probabile che potenti reazioni controtransferali portino a interferenze con il trattamento e persino *enactment* distruttivi del trattamento, se non esaminati.

Di recente Weinberg e Ronningstam (2023) hanno condotto il primo studio di efficacia volto a identificare ed esplorare modelli, processi e indicatori di cambiamento nel narcisismo patologico. Si tratta in effetti di un *single case series*, condotto su 8 pazienti con diagnosi di PDN, sottoposti a psicoterapia individuale di varie forme. Gli autori hanno osservato difficoltà nell'ottenere cambiamenti a lungo termine a seguito del trattamento, poiché gli aspetti classici della patologia narcisistica, quali la sovrastima di sé a livello interpersonale, l'evitamento, l'aggressività e il controllo, intralciavano la formazione di una buona alleanza terapeutica e ostacolavano il raggiungimento di obiettivi terapeutici chiari e precisi finalizzati al cambiamento. Nonostante tali difficoltà, è emerso come tutti i pazienti mostrassero un miglioramento significativo nel funzionamento di vita e della personalità e relazioni più strette e durature, con una remissione della diagnosi di DNP. Il processo di cambiamento è stato graduale, con alcuni notevoli cambiamenti che si sono verificati in specifici contesti di vita. Ulteriori fattori che contribuivano al cambiamento includevano la motivazione e l'impegno dei pazienti, la capacità riflessiva, la regolazione delle emozioni, l'agency e l'impegno interpersonale e sociale.

## **I problemi nella terapia del narcisismo**

In ragione della loro complessità sia del funzionamento interpersonale che della regolazione degli stati interni i pazienti con questo disturbo rendono la psicoterapia particolarmente complicata ponendo diverse sfide nella gestione e nel trattamento del DNP, fin dalla fase di richiesta di aiuto. Yakeley (2018), enuclea una serie di sfide e di ostacoli che tali pazienti pongono al percorso terapeutico e al terapeuta stesso. In primis, le persone con PN spesso non hanno una chiara consapevolezza che le loro difficoltà possano essere dovute a tratti di personalità problematici, è molto frequente un senso di vittimismo o la sensazione di avere diritto a speciali trattamenti, la tendenza a incolpare gli altri per averli trattati male o a criticarli. Possono presentarsi in terapia con sensazioni di vuoto, disforia e disperazione; sentimenti di vergogna, umiliazione e senso di inutilità, in particolare come conseguenza di eventi di vita quali la rottura di una relazione o la perdita del lavoro, o problematiche familiari. Oppure possono essere stati indirizzati ai servizi di salute mentale a causa di condizioni mentali in comorbilità come ad es. disturbo depressivo o tendenza al suicidio. Altre difficoltà manifestate sono l'isolamento sociale, le disfunzioni sessuali, l'irritabilità e l'aggressività e l'aumento della dipendenza da droghe e/o alcol per migliorare l'umore. Se finalmente gli viene fatta una diagnosi, spesso la rifiutano perché sfida il loro senso di "straordinarietà", oppure perché può accentuare i sentimenti già molto presenti di scarsa autostima, vergogna e umiliazione.

Le persone con DNP sono spesso molto difficili da coinvolgere nel trattamento e se si riesce ad avviare un percorso terapeutico, sono molto frequenti le rotture nella relazione terapeutica. Molto spesso il paziente si sente criticato o trattato ingiustamente dal clinico, può anche risentirsi del potere che percepisce nel clinico oppure al contrario desiderare di compiacere il terapeuta a tal punto da riferire miglioramenti fittizi e non reali per soddisfare l'implicita aspettativa di miglioramento del terapeuta.

Inoltre, può accadere che l'offerta di aiuto può far precipitare l'individuo con PN nello stato mentale della vergogna se equipara debolezza e vulnerabilità allo stato di "paziente". Tali sentimenti di vulnerabilità se vissuti come intollerabili porteranno il paziente a mettere in atto strategie di difesa quali la proiezione, la grandiosità, l'onnipotenza all'interno della relazione con il terapeuta che a sua volta proverà vergogna o senso di inadeguatezza. Queste sfide nel trattamento evidenziano il complesso di risposte contro-transferali che possono derivare nei clinici, come frustrazione, rabbia o nichilismo terapeutico o, al contrario, sentimenti di particolarità e competenza terapeutica.

Ciò sottolinea l'importanza di una supervisione clinica regolare, pratica riflessiva, gruppi di discussione sui casi, indipendentemente dall'approccio terapeutico, in cui i sentimenti del clinico possono essere esplorati in sicurezza per ottenere insight sulla psicopatologia e sulle difficoltà interpersonali del paziente e sul modo in cui queste influenzano la relazione terapeutica. È importante che il terapeuta, riconosca quei sentimenti di vergogna e risentimento quando si relazionano con pazienti con PN per evitare risposte contro-transferali inutili e persino punitive.

### **Suggerimenti per una buona pratica terapeutica**

Recentemente diversi autori hanno proposto una serie di suggerimenti terapeutici selezionando gli approcci più adatti al trattamento di PN e DNP (Yakeley, 2018; Weinberg & Ronningstam, 2020; Dimaggio, 2022). Nello specifico si farà riferimento alle linee pragmatiche dei “si fa” e “non si fa” per il trattamento del DNP offerti da Weinberg e Ronningstam (2020) e ai suggerimenti proposti da Dimaggio (2022) sulla base di un modello di psicopatologia del narcisismo.

I primi identificano una serie di principi associati a uno sviluppo terapeutico più positivo: aiutare i pazienti a identificare gli obiettivi e la direzione delle loro terapie, promuovere un senso di agentività, promuovere uno spostamento dell'attenzione verso il senso di vulnerabilità e anticipare le difficoltà nello sviluppo e nel mantenimento dell'alleanza di trattamento. Errori comuni in questi trattamenti sono impegnarsi in una lotta di potere con il paziente, rinforzare la grandiosità del paziente, sfidare direttamente la grandiosità del paziente e ignorare i comportamenti che interferiscono con il trattamento. Secondo questa importante rassegna l'identificazione dei principi di terapie efficaci con i pazienti con DNP può favorire lo sviluppo di approcci terapeutici più efficaci per DNP.

Tali principi sono, tuttavia, derivati dall'esperienza clinica e non da una teoria del DNP. Dimaggio (2022) si basa invece su un modello psicopatologico della PN supportato empiricamente e include tecniche esperienziali, come immaginazione guidata e riscrittura, gioco di ruolo, delle due sedie, lavoro corporeo. Tra i modelli attuali, solo la Schema Therapy (Young *et al.*, 2003) e la TMI (Dimaggio *et al.*, 2019) li includono nel loro repertorio. Dimaggio (2022) prendendo spunto dai contributi summenzionati di Yakeley (2018), Weinberg e Ronningstam (2020), propone che per avere successo la terapia dovrebbe mirare a: a) aumentare l'autoriflessività e ridurre l'intellettualizzazione; b) affrontare l'impatto di schemi disadattivi al punto da pren-

dere una distanza critica da essi e formare significati più sani e flessibili con cui le persone possano dare un senso al sé e alla relazione sociale e utilizzarli per guidare la loro azione; c) supportare l'agency e l'azione orientata agli obiettivi; d) ridurre le tendenze a ricorrere a coping disadattivi e promuovere modi più sani per affrontare il dolore e la sofferenza psicologica; g) promuovere la teoria della mente e l'empatia.

Questi obiettivi possono essere raggiunti attraverso diverse strade, tra cui:

1. *Lavorare attraverso la relazione terapeutica*: il terapeuta deve fornire convalida e supporto, evitando allo stesso tempo attentamente le critiche, incolpando i pazienti per i loro comportamenti interpersonali. Anche il contrario deve essere evitato. I terapeuti non dovrebbero lasciare che i pazienti li sminuiscano o li insultino. Questo atteggiamento corrisponde a quello che Safran e Muran definiscono rottura dell'alleanza "di confronto" (Safran & Muran, 2000) che il clinico deve riconoscere e affrontare prontamente. Se i terapeuti lasciano che i pazienti li svalutino, confermano l'idea che il disprezzo è accettabile in una relazione, che meritiamo di essere maltrattati e non abbiamo il diritto di difendersi.
2. *Impostare e concordare un contratto terapeutico*: è importante che terapeuta e paziente lavorino insieme per identificare in modo collaborativo obiettivi realistici, chiari e misurabili. Il terapeuta, deve essere esplicito sul fatto che il cambiamento dipende dall'impegno nel compito, senza impegno alcuni obiettivi non potranno essere raggiunti. Attraverso la negoziazione del contratto terapeutico si promuove nel paziente l'agency.
3. *Concentrarsi sulle emozioni invece che accettare le intellettualizzazioni*: dinanzi alla difficoltà di accesso ai propri stati interiori il terapeuta farebbe meglio ad adottare una posizione di "non sapere", curiosa, al fine di sondare gli affetti e le cognizioni legate all'episodio riportato e avere accesso al loro mondo interiore, condividerle, senza ricorrere a inferenze e interpretazioni basate su teorie generali.
4. *Utilizzo di esperimenti comportamentali e di tecniche esperienziali*: tecniche, come l'immaginazione guidata, il *rescripting*, giochi di ruolo o tecnica delle due sedie (Dimaggio *et al.*, 2019) possono aiutare i pazienti ad apprendere, *in vivo*, mentre stanno esperendo le emozioni negative, modificando ad es. la postura o il tono di voce, o adottando azioni differenti che possono anche cambiare il loro stato mentale.

## **Conclusioni**

Da quanto finora esposto, emerge un quadro psicopatologico molto complesso che pone non pochi problemi sul piano della gestione della relazione terapeutica al terapeuta.

C'è quindi bisogno di trattamenti personalizzati e validati empiricamente. Il problema è che, ad oggi, non ce ne sono, nonostante la prevalenza complessiva di DNP varia dallo 0% al 6% nella popolazione generale, dall'1,3% al 20% nella popolazione clinica e 8,5%-20% in studi privati ambulatoriali (Lenzenweger *et al.*, 2007; Torgersen, 2012; Zimmermann, Chelminski & Joung, 2008). Si sta sempre più supportando l'idea di un approccio più integrato al trattamento dei disturbi di personalità, tra i quali anche il DNP (Livesley, 2012), sulla base del riconoscimento che le diverse modalità e tecniche possono essere utilizzate sinergicamente e in modo graduale per le diverse fasi di presentazioni e di sviluppo dei disturbi. I terapeuti farebbero meglio a evitare di essere troppo sicuri delle proprie capacità terapeutiche generiche, e invece dovrebbero adattarsi ai bisogni specifici di queste persone. Da qui emerge l'importanza di definire linee di buona pratica clinica per un disturbo così diffuso, in attesa dei necessari studi di efficacia.

Allo stesso tempo, insieme al crescente interesse per PN e DNP, e per linee guida di buona pratica clinica indispensabili per una terapia efficace, è auspicabile che aumenti anche l'interesse dei clinici e dei ricercatori per lo studio di questa popolazione e ponga le basi per lo sviluppo di approcci terapeutici più efficaci per il DNP.

## **Bibliografia**

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed.) (DSM-III)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.) (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.) (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Ball, S.A. (2007). Comparing individual therapies for personality disordered opioid dependent patients. *Journal of Personality Disorders*, 21: 305-321. DOI: 10.1521/pedi.2007.21.3.305.
- Ball, S.A., Cobb-Richardson, P., Connolly, A.J., Bujosa, C.T. & O'Neill, T.W. (2005). Substance abuse and personality disorders in homeless drop-in center clients: Symptom severity and psychotherapy retention in a randomized clinical trial. *Comprehensive Psychiatry*, 46: 371-379. DOI: 10.1016/j.comppsy.2004.11.003.

Anna Gasparre, Giancarlo Dimaggio

- Ball, S.A., Maccarelli, L.M., LaPaglia, D.M. & Ostrowski, M.J. (2011). Randomized trial of dual-focused vs. single-focused individual therapy for personality disorders and substance dependence. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199: 319-328. DOI: 10.1097/NMD.0b013e3182174e6f.
- Bamelis, L.L., Evers, S.M., Spinhoven, P. & Arntz, A. (2014). Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 171: 305-322. DOI: 10.1176/appi.ajp.2013.12040518.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization based treatment*. Oxford: Oxford University Press. DOI: 10.1093/med:psych/9780198527664.001.0001.
- Beck, A.T., Davis, D.D. & Freeman, A. (2015). *Cognitive therapy of personality disorders*, 3rd edition. New York: Guilford Press.
- Bleske-Rechek, A., Remiker, M.W. & Baker, J.P. (2008). Narcissistic men and women think they are so hot... but they are not. *Personality and Individual Differences*, 45: 420-424. DOI: 10.1016/j.paid.2008.05.018.
- Britton, R. (2004). Subjectivity, objectivity, and triangular space. *Psychoanalytic Quarterly*, 73: 47-61. DOI: 10.1002/j.2167-4086.2004.tb00152.
- Brown, D.P. & Elliott, D.S. (2016). *Attachment disturbances in adults: Treatment for comprehensive repair*. W.W. Norton. DOI: 10.1080/00029157.2018.1544438.
- Brunell, A.B., Gentry, W.A., Campbell, W., Hoffman, B.J., Kuhnert, K.W. & DeMarree, K.G. (2008). Leader emergence: The case of the narcissistic leader. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34: 1663-1676. DOI: 10.1177/0146167208324101.
- Buffardi, L.E. & Campbell, W.K. (2008). Narcissism and social networking websites. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34: 1303-1314. DOI: 10.1177/0146167208320061.
- Cain, N.M., Pincus, A.L. & Ansell, E.B. (2008). Narcissism at the crossroads: phenotypic description of pathological narcissism across clinical theory, social/personality psychology, and psychiatric diagnosis. *Clinical Psychology Review*, 28: 638-656. DOI: 10.1016/j.cpr.2007.09.006.
- Caligor, E. & Stern, B.L. (2020). Diagnosis, Classification, and Assessment of Narcissistic Personality Disorder Within the Framework of Object Relations Theory. *Journal of Personality Disorders*, 34, Supplement: 104-121. DOI: 10.1521/pedi.2020.34.supp.104.
- Carcione, A., Nicolò, G. & Semerari, A. (2016). *Curare i Casi Complessi. La Terapia Metacognitiva Interpersonale dei Disturbi di Personalità*. Roma-Bari: Laterza.
- Carcione, A. & Semerari, A. (a cura di). (2017). *Il narcisismo e i suoi disturbi: la terapia metacognitiva interpersonale*. Firenze: Eclipsi.
- Clarkin, J.F., Levy, J.N., Lenzenweger, M.F. & Kernberg, O.F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American Journal of Psychiatry*, 164: 922-928. DOI: 10.1176/ajp.2007.164.6.922.
- Cooper, A. (1998). Nuovi sviluppi nella diagnosi clinica del Disturbo Narcisistico di Personalità In: Ronningstam, E.F. (a cura di). *I disturbi del narcisismo. Diagnosi, clinica, ricerca*. Milano: Raffaello Cortina.
- Crisp, H. & Gabbard, G.O. (2020). Principles of Psychodynamic Treatment for Patients With Narcissistic Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 34: Supplement: 143-158. DOI: 10.1521/pedi.2020.34.supp.143.
- De Panfilis, C., Antonucci, C., Meehan, K.B., Cain, N.M., Soliani, A., Marchesi, C., Clarkin, J.F. & Sambataro, F. (2019). Facial Emotion Recognition and Social-Cognitive Correlates

- of Narcissistic Features. *Journal of Personality Disorders*, 33: 433-449. DOI: 10.1521/pedi\_2018\_32\_350.
- Dhawan, N., Kunik, M.E., Oldham, J. *et al.* (2010). Prevalence and treatment of narcissistic personality disorder in the community: a systematic review. *Comprehensive Psychiatry*, 51: 333-339. DOI: 10.1016/j.comppsy.2009.09.003.
- Diamond, D., Clarkin, J.F., Levy, K.N., Meehan, K.B., Cain, N.M., Yeomans, F.E. & Kernberg, O.F. (2014). Change in attachment and reflective function in borderline patients with or without narcissistic personality disorder in transference focused psychotherapy. *Contemporary Psychoanalysis*, 50: 175-201. DOI:10.1037%2Fper0000065.
- Dickinson, K.A. & Pincus, A.L. (2003). Interpersonal analysis of grandiose and vulnerable narcissism. *Journal of Personality Disorders*, 17: 188-207. DOI: 10.1521/pedi.17.3.188.22146.
- Dimaggio, G. & Semerari, A. (2003). *I disturbi di personalità. Modelli e trattamento*. Roma-Bari: Laterza.
- Dimaggio, G. & Attinà, G. (2012). Metacognitive Interpersonal Therapy for Narcissistic Personality Disorders with perfectionistic features: The case of Leonardo. *Journal of Clinical Psychology*, 68: 922-934. DOI: 10.1002/jclp.21896.
- Dimaggio, G. (2022). Treatment principles for pathological narcissism and narcissistic personality disorder. *Journal of Psychotherapy Integration*, 32(4): 408-425. DOI: 10.1037/int0000263.
- Dimaggio, G., Fiore, D., Lysaker, P.H., Petrilli, D., Salvatore, G., Semerari, A. *et al.* (2006). Early narcissistic transference patterns: An exploratory single case study from the perspective of dialogical self theory. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79(4): 495-516. DOI: 10.1348/147608305X 63089.
- Dimaggio, G., Carcione, A., Conti, M.L., Nicolò, G., Fiore, D., Pedone, R., Popolo, R., Procacci, M. & Semerari, A. (2009). Impaired decentration in Personality Disorder: An analysis with the Metacognition Assessment Scale. *Clinical Psychology e Psychotherapy*, 16: 450-462. DOI: 10.1002/cpp.619.
- Dimaggio, G., MacBeth, A., Popolo, R., Salvatore, G., Perrini, F., Raouana, A., Osam, C.S., Buonocore, L., Bandiera, A. & Montano, A. (2018). The problem of overcontrol: perfectionism and emotional inhibition as predictors of personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 83: 71-78. DOI: 10.1016/j.comppsy.2018.03.005.
- Dimaggio, G., Nicolò, G., Fiore, R., Pedone, R., Popolo, R., Centenero, E., Semerari, A. & Carcione, A. (2008). States of minds in narcissistic personality disorder. Three psychotherapy patients analysed through the Grid of Problematic States. *Psychotherapy Research*, 18: 466-480. DOI: 10.1080/10503300701881877.
- Dimaggio, G., Petrilli, D., Fiore, D. & Mancioffi, S. (2003). Il Disturbo Narcisistico di Personalità: la malattia della grande vita (pp. 161-200). In: Dimaggio, G. & Semerari, A. (a cura di), *I Disturbi di personalità. Modelli e trattamento*. Roma-Bari: Laterza.
- Dimaggio, G., Procacci, M. & Semerari, A. (1999). Deficit di condivisione e di appartenenza (pp. 231-279). In: Semerari, A. (a cura di), *Psicoterapia cognitiva del paziente grave*. Milano: Raffaello Cortina.
- Dimaggio, G., Salvatore, G., Lysaker, P.H., Ottavi, P., & Popolo, R. (2015). Behavioral activation revised as a common mechanism of change for personality disorders psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 25: 30-38. DOI: 10.1037/a0038769.
- Dimaggio, G., Semerari, A., Carcione, A., Nicolò, G. & Procacci, M. (2007). *Psychotherapy of Personality Disorders: Metacognition, States of Mind and Interpersonal Cycles*. New York: Routledge.

Anna Gasparre, Giancarlo Dimaggio

- Dimaggio, G., Semerari, A., Falcone, M., Nicolò, G., Carcione, A. & Procacci, M. (2002). Metacognition, states of mind, cognitive biases and interpersonal cycles. Proposal for an integrated model of Narcissism. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12: 421-451. DOI: 10.1037/1053-0479.12.4.421.
- Dimaggio, G., Ottavi, P., Popolo, R. & Salvatore, G. (2019). *Corpo, immaginazione e cambiamento. Terapia Metacognitiva Interpersonale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Drozek, R.P. & Unruh, B.T. (2020). Mentalization-Based Treatment for Pathological Narcissism. *Journal of Personality Disorders*, 34: 177-203. DOI: 10.1521/pedi.2020.34.supp.177.
- Edershile, E.A. & Wright, A.G.C. (2021). Fluctuations in grandiose and vulnerable narcissistic states: A momentary perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 120(5): 1386-1414. DOI: 10.1037/pspp0000370.
- Etchegoyen, R.H. (2005). *The fundamentals of psychoanalytic technique*. London: Karnac.
- Farwell, L. & Wohlwend-Lloyd, R. (1998). Narcissistic processes: Optimistic expectations, favorable self-evaluations, and self-enhancing attributions. *Journal of Personality*, 66: 65-83. DOI:10.1111/1467-6494.00003.
- Fjermestad-Noll, J., Ronningstam, E., Bach, B.S., Rosenbaum, B. & Simonsen, E. (2020). Perfectionism, Shame, and Aggression in Depressive Patients With Narcissistic Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 34, Supplement: 24-41. DOI: 10.1521/pedi.2020.34.supp.25.
- Fossati, A., Somma, A., Borroni, S., Pincus, A.L., Markon, K.E. & Krueger, R.F. (2017). Profiling pathological narcissism according to DSM-5 domains and traits: A study on consecutively admitted Italian psychotherapy patients. *Psychological Assessment*, 29(11): 1400-1411. DOI: 10.1037/pas0000348.
- Gordon, K.H. & Dombeck, J.J. (2010). The associations between two facets of narcissism and eating disorder symptoms. *Eating Behaviors*, 11: 288-292. DOI: 10.1016/j.eat-beh.2010.08.004.
- Hart, W., Adams, J., Burton, K.A. & Tortoriello, G.K. (2017). Narcissism and self-presentation: Profiling grandiose and vulnerable narcissists' self-presentation tactic use. *Personality and Individual Differences*, 1044: 8-57. DOI: 10.1016/j.paid.2016.06.062.
- Hasin, D.S. & Grant, B.F. (2015). The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) Waves 1 and 2: review and summary of findings. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50: 1609-1640. DOI: 10.1007/s00127-015-1088-0.
- Hepper, E.G., Hart, C.M. & Sedikides, C. (2014). Moving Narcissus: Can narcissists be empathic? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 40: 1079-1091. DOI: 10.1177/0146167214535812.
- Horton, R.S. & Sedikides, C. (2009). Narcissistic responding to ego threat: When the status of the evaluator matters. *Journal of Personality*, 77: 1493-1525. DOI: 10.1111/j.1467-6494.2009.00590.x.
- John, O.P. & Robins, R.W. (1994). Accuracy and Bias in Self-perception: Individual Differences in Self-Enhancement and the role of Narcissism. *Journal of personality and social psychology*, 66: 206-219. DOI: 10.1037/0022-3514.66.1.206.
- Kealy, D., Ogrodniczuk, J.S., Joyce, A.S., Steinberg, P.I. & Piper, W.E. (2015). Narcissism and Relational Representations Among Psychiatric Outpatients. *Journal of Personality Disorders*, 29: 393-407. DOI: 10.1521/pedi\_2013\_27\_084.
- Kealy, D., Ogrodniczuk, J.S., Rice, S.M. & Oliffe, J.L. (2017). Pathological narcissism and maladaptive self-regulatory behaviours in a nationally representative sample of Canadian men. *Psychiatry Research*, 256: 156-161. DOI:10.1016/j.psychres.2017.06.009.

- Kernberg, O.F. (1992) *Aggression in Personality Disorders and Perversions*. Yale: University Press.
- Kernberg, O.F. (1970). A psychoanalytic classification of character pathology. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 18(4): 800-822. DOI: 10.1177/000306517001800403.
- Kernberg, O.F. (2007). The almost untreatable narcissistic patient. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55: 503-539. DOI: 10.1177/00030651070550020701.
- Kohut, H. (1977). *The Restoration of the Self*. New York: International Universities Press.
- Krizan, Z. & Johar, O. (2015). Narcissistic rage revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 108(5): 784-801. DOI: 10.1037/pspp0000013.
- Leder, J., Foster, J.D. & Schütz, A. (2020). Willing to do what others won't: Narcissism, risktaking, and social approval. *Personality and Individual Differences*, 153: article 109672. DOI: 10.1016/j.paid.2019.109672.
- Lenzenweger, M.F., Lane, M.C., Loranger, A.W. & Kessler, R.C. (2007). DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replica. *Biol Psychiatry*, 62(6): 553-564. DOI: 10.1016/j.biopsych.2006.09.019.
- Livesley, W.J. (2012). Integrated treatment: a conceptual framework for an evidence-based approach to the treatment of personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 26: 17-42. DOI: 10.1521/pedi.2012.26.1.17.
- Miller, J.D., Dir, A., Gentile, B. *et al* (2010). Searching for a vulnerable dark triad: comparing factor 2 psychopathy, vulnerable narcissism, and borderline personality disorder. *Journal of Personality*, 78: 1529-1564. DOI: 10.1111/j.1467-6494.2010.00660.x.
- Miller, J.D., Price, J., Gentile, B., Lynam, D.R. & Campbell, W.K. (2012). Grandiose and vulnerable narcissism from the perspective of the interpersonal circumplex. *Personality and Individual Differences*, 53: 507-512. DOI: 10.1016/j.paid.2012.04.026.
- Modell, A.H. (1984). *Psychoanalysis in a New Context*. International Universities Press.
- Moeller, S.J., Crocker, J. & Bushman, B.J. (2009). Creating hostility and conflict: Effects of entitlement and self-image goals. *Journal of Experimental Social Psychology*, 45: 448-452. DOI: 10.1016/j.jesp.2008.11.005.
- Pincus, A.L. & Lukowitsky, M.R. (2010). Pathological narcissism and narcissistic personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 68: 943-953. DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.121208.131215.
- Pincus, A.L., Cain, N.M. & Wright, A.G. (2014). Narcissistic grandiosity and narcissistic vulnerability in psychotherapy. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*, 5: 439-443. DOI: 10.1037/per0000031.
- Reed-Knight, B. & Fischer, S. (2011). Treatment of narcissistic personality disorder symptoms in a dialectical behaviour therapy framework: a discussion and case example. In: Campbell, W.K. & Miller, J.D. (a cura di), *The Handbook of Narcissism and Narcissistic Personality Disorder: Theoretical Approaches, Empirical Findings, and Treatments*. John Wiley & Sons. DOI: 10.1002/9781118093108.ch42.
- Ritter, K., Vater, A., Rüsche, N., Schröder-Abé, M., Schütz, A., Fydrich, T., Lammers, C.H. & Roepke, S. (2014). Shame in patients with narcissistic personality disorder. *Psychiatry Research*, 215: 429-437. DOI: 10.1016/j.psychres.2013.11.019.
- Ronningstam, E. (1996). Pathological narcissism and narcissistic personality disorder in Axis I disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 3: 326-340. DOI: 10.3109/10673229609017201.
- Ronningstam, E. (2005). *Identifying and understanding the narcissistic personality*. New York: Oxford University Press.

Anna Gasparre, Giancarlo Dimaggio

- Ronningstam, E. (2009). Narcissistic personality disorder: Facing DSM-5. *Psychiatric Annals*, 39: 111-121. DOI: 10.3928/00485713-20090301-09.
- Ronningstam, E. (2017). Intersect between self-esteem and emotion regulation in narcissistic personality disorder. Implications for alliance building and treatment. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4(3): 1-13. DOI: 10.1186/s40479-017-0054-8.
- Ronningstam, E. (2020). Internal processing in patients with pathological narcissism or narcissistic personality disorder: Implications for alliance building and therapeutic strategies. *Journal of Personality Disorders*, 34, Supplement: 80-103. DOI: 10.1521/pedi.2020.34.suppl.80.
- Ronningstam, E. & Baskin-Sommers, A. (2013). Fear and decision-making in narcissistic personality disorder. A link between psychoanalysis and neuroscience. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 15: 191-201. DOI: 10.31887/DCNS.2013.15.2/eronningstam.
- Ronningstam, E. & Weinberg, I. (2013). Narcissistic personality disorder: Progress in recognition and treatment. *Focus: The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 11: 167-177. DOI: 10.1176/appi.focus.11.2.167.
- Ronningstam, E. & Weinberg, I. (2023). Narcissistic Personality Disorder: Patterns, processes, and Indicators of Change in Long-term Psychotherapy. *Journal of Personality Disorders*. In press.
- Safran, J.D. & Muran, J.C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance. A relational treatment guide*. New York: Guilford Press.
- Scopelliti, I., Loewenstein, G. & Vosgerau, J. (2015). You call it “self-exuberance”, I call it “bragging”: Miscalibrated predictions of emotional responses to self-promotion. *Psychological Science*, 26: 903-914. DOI: 10.1177/0956797615573516.
- Silverman, B.C., Asby, A., Brendel, D.H., Choras, P., Chu, J.A., Holman, J. & Bodkin, J.A. (2012). Psychiatric treatment of the VIP: Some paradoxical risks. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 200: 545-548. DOI: 10.1097/NMD.0b013e318257c805.
- Stinson, F.S., Dawson, D.A., Goldstein, R.B., Chou, S.P., Huang, B., Smith, S.M., Ruan, W.J., Pulay, A.J., Saha, T.D., Pickering, R.P. & Grant, B.F. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV narcissistic personality disorder: results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(7): 1033-1045. DOI: 10.4088/jcp.v69n0701.
- Torgersen, S. (2012). Epidemiology. In: Widiger, T.A. (a cura di), *The Oxford handbook of personality disorders*. Oxford: Oxford University Press.
- Thomaes, S., Brummelman, E. & Sedikides, C. (2018). Narcissism: A social-developmental perspective. In: Zeigler-Hill, V. & Shackelford, T.K. (a cura di), *The SAGE handbook of personality and individual differences: Applications of personality and individual differences*. SAGE Publications. DOI: 10.4135/9781526451248.n16.
- Urbonaviciute, G. & Hepper, E.G. (2020). When is narcissism associated with low empathy? A meta-analytic review. *Journal of Research in Personality*, 89: 104036. DOI: 10.1016/j.jrp.2020.104036.
- Vinnars, B., Barber, J.P., Norén, K., Gallop, R. & Weinryb, R.M. (2005). Manualized supportive-expressive psychotherapy versus non manualized community-delivered psychodynamic therapy for patients with personality disorders: Bridging efficacy and effectiveness. *American Journal of Psychiatry*, 162: 1933-1940. DOI: 10.1176/appi.ajp.162.10.1933.
- Weinberg, I. & Ronningstam, E. (2020). Dos and Don'ts in Treatments of Patients With Narcissistic Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 34: Supplement, 122-142. DOI: 10.1521/pedi.2020.34.suppl.122.

*Il Disturbo Narcisistico di Personalità*

- Westen, D. (1990). The relations among narcissism, egocentrism, self-concept, and self-esteem: Experimental, clinical, and theoretical considerations. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 13, 183-239.
- Yakeley, J. (2018). Current understanding of narcissism and narcissistic personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 24: 305-315. DOI: 10.1192/bja.2018.20.
- Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York: Guilford Press. DOI: 10.1007/s11630-003-0064-2.
- Zimmerman, M., Chelminski, I. & Young, D. (2008). The frequency of personality disorders in psychiatric patients. *Psychiatric Clinics of North America*, 31: 405-420. DOI: 10.1016/j.psc.2008.03.015.