

## **Considerazioni teorico cliniche sui comportamenti etero distruttivi e sul rischio suicidario nel disturbo narcisistico di personalità**

ELISABETTA CAIRO, SIMONA FASSINA, ERSILIA GUASTAFIERRO,  
MANUELA SCALDAFERRO, ANDREA FERRERO

*Summary* – CLINICAL AND THEORETICAL CONSIDERATIONS ON THE ETERO DESTRUCTIVE BEHAVIORS AND SUICIDE RISK IN THE NARCISSISTIC PERSONALITY DISORDER. In the international literature on personality disorder, suicidal and etero destructive behaviors “seems to appear” unpredictable in narcissistic personality disorder, while several predictive factors of suicide risk are underlined for other personality disorders. This article means to propose psychopathological and psychodynamic reflections, according to the adlerian individual-psychological approach, on the eventual factors that can foretell suicide risk or etero destructive behaviors in narcissistic personality disorder. In particular it is discussed, through the presentation of some clinical cases, if an increase of the obsessive symptomatology could be a predictive factor for the suicide risk.

*Keywords:* AUTO-ETERO DESTRUCTIVE BEHAVIORS, OBSESSIVE DEFENCES, NARCISSISTIC PERSONALITY DISORDER

### *I. Introduzione*

Nell’ambito della letteratura scientifica sui disturbi di personalità, un’area di specifico interesse riguarda lo studio dell’associazione fra comportamenti aggressivi o violenti (auto ed eterodiretti) e disturbi dell’area narcisistica, per alcune caratteristiche peculiari di questi pazienti e la rilevanza che questi aspetti possono avere nella relazione psicoterapeutica. Nel disturbo narcisistico di personalità, differentemente dagli altri disturbi della personalità inclusi nelle organizzazioni borderline, un’immagine grandiosa di sé o degli altri rimpiazza la sottostante mancanza di integrazione di un sé normale [15]. Secondo Stucke e Sporer [28] l’eventuale dissoluzione di questo sé grandioso patologico e il riemergere della diffusione dell’identità tipica dei pazienti dell’area borderline sarebbe un fattore predisponente significativo per un incremento delle manifestazioni di rabbia e dei comportamenti aggressivi.

Twenge e Campbell [30] specificano ulteriormente come i soggetti con tratti narcisistici agiscano in misura maggiore la propria rabbia in seguito ad esperienze di rifiuto sociale rispetto ai soggetti i cui tratti narcisistici non siano significativi. I loro studi suggeriscono, quindi, come la combinazione di narcisismo patologico e rifiuto sociale possa costituire un potente induttore dei comportamenti aggressivi. Ulteriori studi hanno evidenziato come sia proprio la percezione di una minaccia all'immagine di sé a costituire [3, 4], in caso di rifiuto, un fattore di rischio per i comportamenti aggressivi messi in atto dai pazienti narcisistici. A tal proposito, sotto il profilo psicodinamico, Cartwright D. [6] utilizza il termine "esoscheletro narcisistico" per descrivere l'organizzazione scissionale del sistema difensivo che viene osservato in quanti compiono atti d'aggressione e condotte omicide, sottolineando l'appartenenza delle personalità narcisistiche all'area delle organizzazioni borderline di personalità. Anche G. Adler [1] evidenzia l'utilità di concepire i pazienti con personalità borderline e narcisistica ai due poli di un *continuum* psicopatologico lungo il quale ci si muove spesso anche in psicoterapia.

Approfondendo il discorso su determinati aspetti particolari, alcuni autori [13] utilizzano, nella lettura di casi di serial *killers* e stupratori, la concezione di Kernberg di narcisismo maligno, che è descritta come forma indipendente del narcisismo patologico, caratterizzata da comportamento anti-sociale, sadismo e da una marcata tendenza alle reazioni paranoide: in questi casi, la critica costituisce una minaccia dissolutiva per l'identità e la risposta distruttiva sembra riaffermare in modo speculare una posizione di diritto e di potenza [31].

Gli studi che, invece, riguardano la valutazione dei fattori di rischio per il suicidio o i comportamenti suicidari compiuti dai pazienti con Disturbo Narcisistico di Personalità sono meno numerosi. Alcune recenti ricerche sui comportamenti auto-lesivi sono tese a discriminare gli agiti suicidari dagli agiti auto-lesivi non letali e a delineare il profilo della "suicidarietà cronica" (grave temerarietà ed imprudenza, comportamenti di *addiction*, propensione agli infortuni, autolesionismo, tentativi di suicidio, continua minaccia di porre termine alla propria vita). In generale nei pazienti con disturbi di personalità del Cluster B, solo il 10-15% di chi ha una storia di tentativi anticonservativi giunge a portare a termine il suicidio [20]. A tal proposito la correlazione tra suicidio ed atti para-suicidari appare ampiamente documentata per i disturbi borderline e anti-sociale di personalità, mentre per il disturbo narcisistico di personalità il numero di studi è minore [18], anche se un ampio studio di Stone [27] di *follow up* su pazienti che erano stati ricoverati indica che tra i deceduti per suicidio il 14% aveva diagnosi di disturbo narcisistico di personalità.

Nei pazienti narcisisti il rischio anti-conservativo compare anche in assenza di sintomatologia depressiva [24], contrariamente a quanto si verifica nei pazienti

borderline, dove l'affetto disforico può essere considerato come il miglior predittore del decorso fluttuante delle condotte di tipo suicidario o della suicidarietà cronica [26]. Dall'analisi della letteratura ciò che sembra emergere in modo specifico è l'assenza di fattori predittivi affidabili [18] della condotta suicidaria del paziente narcisista: in particolare, la possibilità di identificare meglio eventuali fattori predittivi specifici dello scompenso suicidario in presenza di problematiche narcisistiche riveste dunque una grande rilevanza clinica, ai fini di un adeguato progetto terapeutico e di una corretta comunicazione con il paziente.

Utilizzando anche alcuni casi clinici, il presente lavoro intende proporre degli spunti di riflessione riguardo l'individuazione precoce di eventuali fattori che possano predire il rischio di suicidio o di condotte autolesive in pazienti con disturbo narcisistico di personalità, anche in considerazione dei possibili interventi psicoterapeutici atti a lenire l'angoscia disindividuativa che li precede.

## II. *Brevi esemplificazioni cliniche*

*P.S.* è un professionista, che giunge in psicoterapia con motivazioni adeguate e conoscenza teorica sufficiente degli obiettivi del trattamento. Riferisce una sintomatologia ansiosa nell'ambito di un disturbo narcisistico di personalità con tratti di tipo ossessivo. Vive l'infanzia presso la nonna materna, dove i genitori lo lasciano "per poter lavorare". Quando i genitori lo vogliono riaccogliere nella seconda infanzia, rifiuta, con l'accordo della nonna materna, rispetto alla quale si struttura un rapporto con caratteristiche simbiotiche: attraverso numerose telefonate giornaliera, lui le rende conto di cosa fa e come sta.

Si sposta a Torino dalla provincia per fare l'Università e stringe un rapporto molto stretto anche col direttore di un collegio per studenti, dove poi continua a vivere dopo la laurea. Verso i genitori, invadenti e molto incentrati sui loro propri interessi, anche se a modo loro affezionati, nutre un rancore permanente. Sotto il profilo lavorativo, *P.S.* ha un buon rendimento, ha qualche amico, mentre non ha mai avuto relazioni affettive importanti; ha talora rapporti con prostitute, ad una delle quali si affeziona. L'agito distruttivo etero-aggressivo più rilevante prima dell'analisi è un episodio di aggressività in un locale notturno, in stato di alterazione da alcolici, che comporta un breve ricovero in SPDC. Stabilisce in analisi un rapporto di idealizzazione del terapeuta e riesce ad elaborare molti aspetti della sua condizione affettiva.

Dopo circa un anno e mezzo si innamora di una collega di lavoro e ne è ricambiato al punto che la donna decide di lasciare la famiglia. Durante questo periodo, si registra ancora un episodio di aggressività, questa volta verso il padre che sembra ostacolare la sua autonomia e che viene colpito violentemente al volto.

Decide di andare a vivere con la donna che ama, affittano un alloggio, aumentano i dubbi e le ruminazioni ossessive circa il fatto di essere veramente amato, perché presumibilmente la donna dovrà ritardare la fuoriuscita di casa in una complessa trattativa col marito e le figlie adolescenti. *P.S.* si mostra peraltro in grado di elaborare questi dubbi in seduta. Si prepara a lasciare il collegio. Durante un pomeriggio d'estate (l'analista è in ferie e la seduta successiva è fissata dopo quattro giorni) si suicida con alcool e barbiturici (aveva pianificato da tempo come uccidersi se l'avesse ritenuto necessario, nonostante fosse credente e praticante). Dopo la sua morte, la donna, ad un colloquio chiesto allo psicoterapeuta, specifica che quel giorno *P.S.* l'aveva tempestate di telefonate per essere rassicurato del suo amore, cosa che peraltro era già successa altre volte.

*D. B.* è un paziente omosessuale di 42 anni con tratti ossessivi marcati e capacità di elaborare cognitivamente in modo brillante le proprie tematiche. Anch'egli struttura un transfert di tipo dipendente, che assicura però lenti progressi rispetto a come vive sessualità e affettività. È una persona colta, mite, perfezionista, dall'aggressività inibita e impacciata. Durante una delle prime importanti relazioni affettive, il compagno (manipolatorio ed invadente) viene lasciato dal paziente, che non se la sente di impegnare la sua vita in modo totalizzante come gli viene chiesto.

Dopo reiterati tentativi di riprendere la relazione, il compagno fa un tentativo anti-conservativo con farmaci. *D. B.* sviluppa una sintomatologia ansiosa marcata con dubbi ossessivi, trattata anche farmacologicamente da un secondo terapeuta, col quale sviluppa parimenti un rapporto di fiducia. Una domenica, senza apparenti ulteriori cause scatenanti, *D. B.* tenta il suicidio con gli psicofarmaci, ma viene salvato dai genitori insospettiti del fatto che non avesse telefonato come di consueto. Spiegherà di essersi sentito "invaso dai sensi di colpa".

### III. *Alcune considerazioni sul narcisismo patologico*

La possibile spiegazione di simili drammatici eventi passa attraverso il tentativo di comprensione delle dinamiche psicopatologiche dell'aggressività, in rapporto alla minaccia percepita dal paziente riguardo la possibilità di dissoluzione della propria identità idealizzata.

La nascita ufficiale del concetto di narcisismo si deve alla psicoanalisi e a Freud che, nel 1914 pubblicava il suo lavoro "Introduzione al narcisismo", pur avendo fatto riferimento già in una riunione del 1909 alla *Società Psicoanalitica di Vienna*, ed anche se Otto Rank, nel 1911, aveva elaborato sulla tematica un primo scritto specificatamente dedicato in cui, tra l'altro, collegava il narcisismo a fenomeni non sessuali, quali vanità e autoammirazione [19]. Nel pensiero freudiano,

peraltro, il concetto di narcisismo rimase sempre legato alla teoria delle pulsioni, fatto questo che si rivelò di ostacolo ad una comprensione più ampia e aperta delle numerose sfaccettature cliniche del termine [19].

Nell'ambito della Psicologia Individuale, Ansbacher [2] ha evidenziato come la teoria della *protesta virile* adleriana sembrerebbe aver influenzato Freud ad interessarsi alle dinamiche narcisistiche. Le conoscenze più attuali circa il narcisismo stesso dimostrano in effetti considerevoli similitudini con la concezione psicodinamica di Adler circa l'egocentrismo patologico, permettendo di considerare il *narcisismo* come una carenza del *sentimento sociale* piuttosto che come espressione di tendenze innate socialmente negative [2]. Inoltre, alcune delle critiche che vengono rivolte oggi alla teoria freudiana sul narcisismo risultano molto simili a quelle già mosse da Adler all'epoca, cosicché l'evoluzione dei modelli teorici ha permesso di ritrovare anche nei contributi psicoanalitici più recenti notevoli convergenze col punto di vista adleriano, suggerendo la possibilità di integrare, almeno in parte, i reciproci contenuti sulla comprensione delle patologie narcisistiche [21].

Kohut [16, 19], ad esempio, elaborò le sue idee sul transfert "speculare" e transfert "idealizzante" quando si accorse che il primo sembrava rispondere al bisogno di essere ammirato e "rispecchiato" dal terapeuta, e il secondo sembrava rimandare al bisogno complementare di *idealizzare e ammirare* il terapeuta stesso, ipotizzando che la genesi dei disturbi narcisistici andasse ricercata in un atteggiamento "poco empatico" da parte dei genitori che arresterebbe lo sviluppo del Sé ad un livello grandioso arcaico, che si riattualizza poi nel transfert.

Considerazioni analoghe in chiave individualpsicologica si ritrovano in Compton [8], il quale si riferisce al bisogno nei pazienti narcisisti di sentirsi idealizzati dal terapeuta come ad un tentativo di sfuggire ad una condizione psicologica labile solo apparentemente ben controllata e, anzi, profondamente angosciante e dolorosa da sopportare.

Nella teoria di Kernberg [7, 24], il narcisista, non essendo in grado di integrare in rappresentazioni coerenti e stabili le immagini buone e cattive di Sé e delle persone con cui ha relazioni significative, costruisce un Sé grandioso patologico, che ha bisogno di continui rinforzi esterni per la sua autostima ed è soggetto a continue disillusioni, a causa della sua fragilità. La causa principale di tale processo patologico non risiederebbe solamente nell'interazione del bambino con il comportamento di genitori freddi e carichi di aspettative, bensì in un'eccessiva aggressività che impedirebbe l'integrazione delle rappresentazioni positive con quelle negative, portando alla costituzione di immagini scisse, idealizzate, grandiose, o eccessivamente negative.

Sulla stessa linea, ma a partire dalla matrice adleriana, M. Kruttke Ruping [17] descrive la relazione oggettuale dei pazienti narcisisti come improntata allo sfruttamento, caratterizzata dall'utilizzo alternato di tattiche "di debolezza", che richiedono di aggrapparsi narcisisticamente all'altro per diventarne l'oggetto d'amore preferito, e di tattiche "di forza", che determinano continui tentativi di affermare sull'altro la propria potenza e grandiosa superiorità, anche attraverso comportamenti aggressivi. Per tali motivi, nel disturbo di personalità narcisistico l'egocentrismo prenderebbe la forma di vanità grandiosa opposta ad un atteggiamento ipervigile ed ipersensibile, con un'oscillazione continua tra idealizzazione e noia.

Molto in linea con le tesi della Psicologia Individuale appaiono anche le osservazioni di Gunderson [12] in merito a come nel disturbo narcisistico di personalità il rifiuto o le critiche siano vissute come vergognose umiliazioni, tali da innescare sentimenti di sconfitta o inferiorità. Dalle sue osservazioni, il paziente narcisista ritiene tendenzialmente di essersi meritato privilegi ed attenzioni, in quanto unico ed eccezionale, laddove risulta carente la definizione di un'identità stabile. L'aggressività, nelle sue diverse manifestazioni sintomatologiche (furore, ostilità e rabbia), potrebbe essere dunque considerata come reattiva agli insulti dell'ambiente, e la sua cattiva direzione o il suo mancato controllo risulterebbero espressione di un sé eccessivamente fragile.

Robbins M. [22, 23] considera la personalità narcisistica come disturbo simbiotico del carattere, sottolineando una posizione teorica che non assume come fondamento etiopatogenico né un punto di vista istintuale (della rabbia innata), né del *deficit* inteso come carenza di accudimento primario, ma propone una visione in linea con la Psicologia Individuale considerando la sintomatologia narcisistica come forma patologica di adattamento in cui gli oggetti sono usati in senso utilitaristico per compensare le strutture interne assenti.

Per quanto comune a tutta l'area delle patologie "limite", l'agito aggressivo è generalmente più connesso ad intenzioni letali nel disturbo narcisistico di personalità piuttosto che nel paziente con disturbo borderline [12]. A tal proposito, Rovera fa riferimento ai disturbi di personalità dell'area borderline come ad una «patologia del sé con modalità pervasiva polimorfa, volontà di potenza distorta, mete ipercompensatorie fittizie, particolari deficit cognitivi, impoverimento del sentimento sociale, aggressività maligna, identità psicosessuale e corporea imperfetta, falsificazione dell'esistenza» (25, pp. 3-4).

Inoltre, Ferrero e Simonelli [10], sottolineano in particolare un *deficit* specifico nella funzione psicologica della mentalizzazione, intesa come «la capacità di concepire gli stati mentali propri e altrui, consci e inconsci» (11, p. 33), indebolita «dall'assenza della funzione di attaccamento e di rispecchiamento» (10, p. 16) nello sviluppo. I sintomi sarebbero, pertanto, il risultato finale di un tentativo

d'autoprotezione e d'autoguarigione di fronte ad un'angoscia di frammentazione e disintegrazione che giocherebbe, in questi pazienti, un ruolo ben più importante delle angosce di perdita o di scacco, determinando la costruzione di strutture difensive improntate alla scissione, al diniego, all'idealizzazione ed all'identificazione proiettiva [9].

L'accento variamente posto sulla carenza delle cure primarie e sulla distorsione dell'aggressività, infine, sembra trovare riscontro anche al TCI [29], cosicché è possibile evidenziare come dato temperamentale significativo delle personalità narcisistiche la presenza di un'alta Ricerca della Novità associata ad una bassa Dipendenza dal Riconoscimento.

#### IV. *Considerazioni psicopatologiche sui casi clinici*

L'analisi del caso di P. S., con particolare riferimento agli agiti etero-aggressivi, sembrerebbe in relazione diretta con alcune caratteristiche descrittive dei disturbi narcisistici di personalità: l'eccesso di aggressività, l'egocentrismo patologico ed il bisogno di autoaffermazione grandiosa. In accordo con quanto evidenziato in letteratura, gli impulsi collerici di P. S., verosimilmente slatentizzati dall'assunzione di alcolici, avevano sempre valenze potenzialmente pericolose e non sembravano caratterizzarsi come intento puramente dimostrativo.

L'aggressività di P. S., scatenata da eventi che costituivano una minaccia per il Sé grandioso (l'opposizione del padre alla sua relazione e autonomizzazione, l'esitazione alla convivenza da parte della compagna a causa del precedente vincolo coniugale) sembrò confermare anche in questo caso la suscettibilità ambientale tipica dei soggetti narcisisti, anche quando viene mascherata da atteggiamenti di apparente sicurezza o protervia (violenza fisica e rancore permanente). Il caso evidenzia, pur a fronte di buone capacità introspettive del soggetto, come gli agiti siano anche correlabili ad un *deficit* residuo nelle capacità di mentalizzazione e rappresentazione degli stati mentali altrui, che si riattiva ogni qualvolta il soggetto è completamente intento a proteggere la propria identità, anche attraverso il paradosso della propria autodistruzione.

Il caso di D. B. evidenzia altri aspetti psicopatologici significativi quali il ruolo decisivo dell'intollerabilità del conflitto con il compagno, che costituiva una minaccia stabile per i meccanismi scissionali. Il tentativo anti-conservativo si connotò come speranza estrema di sollievo dall'angoscia della colpa di aver distrutto una relazione imperfetta e rappresentò nel contempo il tentativo di identificazione con il compagno. Entrambi, anche se in conflitto, sembravano non poter vivere l'uno senza l'altro, dal momento che la relazione di rispecchiamento reciproco sembrava colmare le lacune delle rispettive identità.

In entrambi i casi la relazione con i terapeuti si era mostrata solida e duratura e la variazione sintomatologica più significativa che precedette il comportamento suicidario, senza altri aspetti premonitori, fu l'incremento dei sintomi ossessivi: nel caso di D. B. già da tempo, nel caso di P. S. nel lasso di tempo immediatamente precedente il suicidio.

#### *V. Alcune riflessioni conclusive sul trattamento*

A fronte della talora drammatica apparente imprevedibilità delle condotte suicidarie dei pazienti narcisisti [18] proponiamo alcune riflessioni cliniche in chiave psicoterapeutica, che i casi citati sembrano stimolare.

Rispetto al comportamento suicidario, senza evidenze di stati depressivi in atto, sembrerebbero confermate le inferenze esplicative proposte da Ronningstam e Maltzberger [24]:

- il suicidio appare come il tentativo di risollevere l'autostima attraverso un estremo atto di padronanza (contro la perdita della relazione d'amore idealizzata);
- il suicidio appare come il tentativo di proteggersi dalla minaccia percepita: morte prima del disonore (come crollo dell'identità);
- il suicidio appare come atto di vendetta inconscia contro il trauma narcisistico (suicidio come trionfo sul mondo);
- il suicidio appare come il desiderio di distruggere o attaccare un sé imperfetto (intolleranza dell'ambivalenza).

Rispetto alla presenza di sintomi ossessivi e al loro relativo incremento prima del tentativo anti-conservativo, quale unico fattore clinico predittivo, sembrerebbe necessario valutare il significato psicopatologico dei tratti ossessivo-compulsivi nei pazienti narcisisti non solo come fattore di controllo del disagio e della sofferenza. Anche nei casi citati, gli aspetti ossessivi segnalano l'incremento dell'angoscia ma, poiché questa sembra riferita alla dissoluzione del Sé, non sono in grado di arginarla. Piuttosto, la carenza delle capacità di mentalizzazione, un sentimento sociale collassato e l'intolleranza alla sofferenza tendono ad innescare meccanismi compulsivi che spingono all'agito autodistruttivo. Il buon controllo riscontrabile è solo apparente e la tendenza a mettere in atto comportamenti perfezionistici è collegata all'idea che nessun altro sia in grado di risolvere l'angoscia emergente. Ne deriva la necessità di valutare con grande attenzione clinica l'evolversi della sintomatologia ossessiva nei pazienti narcisisti, quando faccia la sua comparsa o appaia peggiorata nel corso del trattamento.

Nel caso di P. S. si conferma la tendenza all'abuso di sostanze quale fattore predittivo negativo, come segnalato in letteratura [15]. Anche sotto questo aspetto la raccomandazione di Links e coll. [18] di coinvolgere, ove possibile, i familiari, e

il tentativo di assicurarsi che i pazienti non abbiano accesso a strumenti letali (armi, sostanze stupefacenti, quantitativi elevati di farmaci) si conferma come utile strategia di complemento.

Infine, rispetto alla relazione psicoterapeutica, dall'analisi dei casi citati nel presente lavoro è possibile evidenziare in maniera chiara come l'instaurarsi di una stabile relazione terapeutica e di una vicinanza empatica al sé frammentato del paziente, indicata da Links e coll. [18] come fattore di protezione, non sempre abbia nelle patologie narcisistiche la funzione terapeutica auspicata. È verosimile, infatti, che proprio l'instaurarsi di una siffatta relazione, positiva, ma stabilita in assetto di dipendenza (spesso unica modalità possibile di attaccamento del paziente narcisista), possa attivare potenzialità aggressive scisse ed espresse sotto forma di *acting-out*.

La successiva evoluzione del caso di D. B., che beneficiò di un'accurata elaborazione dei suoi sensi di colpa, ha infatti permesso di osservare che la modalità relazionale veramente protettiva nei disturbi narcisisti risulta essere quella caratterizzata da una sufficiente integrazione di immagini realistiche di sé, positive e negative. Rispetto alle modalità del trattamento sia dei narcisisti feribili che di quelli egocentrici, pertanto, il riconoscimento e l'elaborazione della rabbia dovrebbero essere annoverati tra gli obiettivi prioritari, in quanto la "overindulgence" sembrerebbe rievocare lo stile viziante del genitore che correla proprio con lo sviluppo della personalità patologica e delle modalità relazionali dipendenti [5].

In conclusione, anche se spesso gli agiti distruttivi dei pazienti con disturbo di personalità narcisistica compaiono senza preavviso, ovvero in apparente compenso clinico sufficiente, l'attento studio dei fattori predittivi in senso clinico e psicodinamico può essere di aiuto nella riduzione del rischio suicidario. In tal senso, è certamente auspicabile che più vasti progetti di ricerca siano ipotizzabili al fine di confermare o meno le ipotesi che sono state in questa sede avanzate sulla scorta, purtroppo, di alcune drammatiche evenienze cliniche.

## Bibliografia

1. ADLER, G. (1981), The Borderline-narcissistic Personality Disorder Continuum, *Am. J. Psychiatry*, 138: 46-50.
2. ANSBACHER, H. L. (1985), The Significance of Alfred Adler for the Concept of Narcissism, *Am. J. Psychiatry*, 142: 203-207.
3. 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?, *J. Pers. Soc. Psychol.*, 75: 219-229.
4. CALE, E. M., LILIENFELD, S. O. (2006), Psychopathy Factors and Risk for Aggressive Behavior: a Test of the "Threatened Egotism" Hypothesis, *Law Hum. Behav.*, 30: 51-74.
5. CAPRON, E. W. (2004), Types of Pampering and the Narcissistic Personality Trait, *Journal of Individual Psychology*, 60: 77-93.
6. CARTWRIGHT, D. (2002), The Narcissistic Exoskeleton: the Defensive Organization of the Rage-type Murderer, *Bull. Menninger Clin.*, 66: 1-18.
7. CLARKIN, J. F., YEOMANS, F. & KERNBERG, O. F. (1999), *Psychotherapy for Borderline Personality*, tr. it. *Psicoterapia delle personalità borderline*, Cortina, Milano 2000.
8. COMPAN, F. (1980), Narcisismo e sentimento sociale, *Riv. Psicol. Indiv.* 12: 20-28.
9. FERRERO, A. (1995), *Insula Dulcamara. Studi di psicologia e psichiatria dinamica*, CSE, Torino.
10. FERRERO, A., SIMONELLI, B. (2006), "Sequential Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy" (SB-APP): "psicoterapia a tempo limitato" per pazienti con organizzazione borderline di personalità, *Riv. Psicol. Indiv.*, 59: 13-37.
11. FONAGY, P. (1991), Thinking about Thinking: Some Clinical and Theoretical Considerations in the Treatment of a Borderline Patient, tr. it. Pensare sul pensiero: osservazioni cliniche e teoriche sul trattamento di un paziente borderline, in LINGIARDI, V., AMMANNITI, M. (a cura di, 2001), *Attaccamento e funzione riflessiva*, Cortina, Milano: 29-55.
12. GUNDERSON, J. G., (2001), *Borderline Personality Disorder: a Clinical Guide*, tr. it. *La personalità borderline: una guida clinica*, Cortina, Milano 2003.
13. HALLER, R. (1999), Malignant Narcissism and Sexual Homicide-Exemplified by the Jack Unterweger Case, *Arch. Kriminol.*, 204: 1-11.
14. KERNBERG, O. F. (1975), *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*, tr. it. *Sindromi marginali e narcisismo patologico*, Boringhieri, Torino 1978.
15. KERNBERG, O. F. (2004), *Aggressiveness, Narcissism and Self-Destructiveness in the Psychotherapeutic Relationship*, tr. it. *Narcisismo, aggressività e autodistruttività nella relazione psicoterapeutica*, Cortina, Milano 2006.
16. KOHUT, H. (1971), *The Analysis of the Self*, tr. it. *Narcisismo e analisi del Sé*, Boringhieri, Torino 1976.
17. KRUTTKE RÜPING, M. (1986), Narzisstische Persönlichkeitsentwicklung, *Zeit. of Individualpsychol.*, 11: 9-24.
18. LINKS, P. S., GOULD, B., RATNAYAKE, R. (2003), Assessing Suicidal Youth with Antisocial, Borderline or Narcissistic Personality Disorder, *Canadian Journal of*

*Psychiatry, Revue Canadienne de Psychiatrie*, 48: 301-310.

19. MIGONE, P. (1993), Il concetto di narcisismo, *Il Ruolo Terapeutico*, 63: 37-39 (prima parte); 64: 32-36 (seconda parte).
20. PARIS, J. (2004), Half in love with Easeful Death: the Meaning of Chronic Suicidality in Borderline Personality Disorder, *Harvard Review of Psychiatry*, 12: 42-8.
21. RATTNER, L. (1986), Die Narzisstische Persönlichkeit in der Sicht der Individualpsychologie", *Zeit. of Individualpsychol.*, 11: 25-40.
22. ROBBINS, M. (1982), Narcissistic Personality as a Symbiotic Character Disorder, *Int. J. Psychoanal.*, 63: 457-473.
23. ROBBINS, M. (1989), Primitive Personality Organization as an Interpersonally Adaptive Modification of Cognition and Affect, *Int. J. Psychoanal.*, 70: 443-459.
24. RONNINGSTAM, E. F., MALTSBERGER, J. T. (1998), Pathological Narcissism and Sudden Suicide-related Collapse, *Suicide & Life-threatening Behaviour*, 28: 261-271.
25. ROVERA, G. G. (a cura di, 1996), *Il paziente borderline. Aspetti clinici, psicopatologici e terapeutici*, CSE, Torino.
26. SABO A. N., GUNDERSON, J. G., NAJAVITS, L. M., CHAUNCEY, D., KISIEL, C. (1995), Changes in Self-destructiveness of Borderline Patients in Psychotherapy. A Prospective Follow-up, *J. Nerv Ment. Dis.*, 183: 370-376.
27. STONE, M. H. (1989), Long-term Follow-up of Narcissistic/Borderline Patients, *Psychiatr. Clin. North Am.*, 12: 621-641.
28. STUCKE, T. S., SPORER, S. L. (2002), When a Grandiose Self-image is Threatened: Narcissism and Self-concept Clarity as Predictors of Negative Emotions and Aggression Following Ego-threat, *J. Pers.*, Aug; 70: 509-532.
29. SVRAKIC, D. M., CLONINGER, R., STANIC, S., FASSINO, S. (2003), Classification of Personality Disorder: Implication for Treatment and Research, in SOARES, J., GERSHON, S. (2003), *Handbook of Medical Psychiatry*, Marcel Dekker, New York: 117-148.
30. TWENGE, J. M., CAMPBELL, W. K. (2003), "Isn't it Fun to Get the Respect That We're Going to Deserve?" Narcissism, Social Rejection, and Aggression, *Pers. Soc. Psychol. Bull.*, 29: 261-272.
31. WITTE, T. H., CALLAHAN, K. L., PEREZ-LOPEZ, M. (2002), Narcissism and Anger: an Exploration of Underlying Correlates, *Psychol. Rep.*, 90: 871-875.

Andrea Ferrero  
Via Sommacampagna, 6  
I-10131 Torino  
e-mail: andfer52@hotmail.com