

Le emozioni

di *Cristina Meini*

Dopo essere state per quasi un secolo oggetto di ostracismo – o quantomeno di grave sospetto – da parte della filosofia di impianto positivista, le emozioni sono oggi al centro del dibattito delle scienze cognitive. L'argomento viene considerato per così dire "integrativo", poiché nella sua complessità invita alla collaborazione diverse discipline fino a chiamare in causa, seppur timidamente, la psicologia clinica, che da sempre studia e cura la mente, ma il cui rigore scientifico è stato guardato, non sempre a torto, con mal dissimulato sospetto. Oggi comincia ad alzarsi la voce di chi è persuaso che senza uno sguardo clinico certamente si evitano delicati problemi epistemologici, ma si perde la ricchezza offerta dalla possibilità di integrare compiutamente le dimensioni cognitive e motivazionale. Da parte loro, le stesse scienze cognitive delle emozioni hanno ormai raggiunto un discreto livello di maturità, superando l'originaria visione aprioristicamente riduzionistica e unidimensionale del dominio affettivo a favore di un approccio tendenzialmente in grado di prendere in carico la complessità del fenomeno. Un'emozione è concepita come, al contempo, uno stato (neuro)fisiologico, una propensione a un comportamento, un giudizio, uno stato fenomenico; e ogni approccio teorico che la appiattisca su uno di questi elementi pare oggi semplificatore e in definitiva, anacronistico. In questo senso, le scienze cognitive sono ormai in grado di offrire modelli esplicativi della psicopatologia che superano la concezione puramente categoriale, basata su segni e sintomi e paradigmaticamente espressa dagli standard diagnostici internazionali (APA, 2014; cfr. anche Lalumera, Amoretti, 2018; Murphy, 2006).

13.1

Emozioni: la storia recente

Si potrebbe iniziare dalla filosofia antica, come fa per esempio Nussbaum (2001) richiamando l'etica stoica; per i nostri scopi è tuttavia sufficiente ricercare i termini della questione nel pensiero del XX secolo, quando il positivismo logico bandì dal dominio di competenza della scienza tutto ciò che non è verificabile empiricamente tramite osservazione. La svolta impressa negli anni Cinquanta, quando in particolare Popper propose la nozione di falsificabilità come criterio di scientificità di una teoria, incontrò le esigenze epistemologiche del cognitivismo che oggi chiamiamo "classico". Le rappresentazioni mentali e i processi computazionali postulati – traendo ispirazione dal modello della macchina di Turing – per superare le secche esplicative del comportamentismo, divennero legittimi oggetti di scienza: entità teoriche come la grammatica universale o la memoria a breve termine, pur postulando rappresentazioni mentali e processi computazionali inosservabili, erano infatti suscettibili di essere smentite dai fatti – falsificate, appunto. All'epistemologia popperiana si accompagnò la metafisica funzionalistica: gli stati mentali sono stati funzionali, definiti non dal sostrato fisico, bensì dalla relazione con gli input percettivi, gli output comportamentali e con gli altri stati mentali.

Eppure una descrizione meramente funzionale di un'emozione – il fatto che la gioia abbia tipicamente certi antecedenti causali, certi rapporti con altri stati mentali e la tendenza a indurre determinati comportamenti – non sembra sufficiente a catturare la complessità della situazione. Un'emozione possiede per natura una dimensione intrinseca, qualitativa – fa un certo *effetto* – di cui le relazioni funzionali non possono in alcun modo rendere conto. Non a caso, quando in quei decenni la filosofia si occupò di emozioni, ne diede tipicamente una connotazione epistemica, concettualizzandole come vere e proprie forme di ragionamento (cfr. per esempio Solomon, 1976; per un corrispettivo almeno parziale nelle teorie psicologiche, Lazarus, 1991). La paura, per esempio, consisterebbe nel pensare che qualcuno o qualcosa mi sta minacciando.

Una figura di rilievo nell'evidenziare la natura complessa e sfaccettata delle emozioni è stato Griffiths (1997), che ha difeso fra l'al-

tro l'opportunità di suddividere il dominio d'indagine fra emozioni semplici e complesse. Oggi, vale a dire in una fase in cui il dibattito sulla natura delle emozioni è talmente florido e variegato da rendere pressoché impossibile tirarne le fila in uno spazio ridotto, può essere utile partire proprio da alcune sue distinzioni, riconducendole ai due approcci attualmente più "popolari", la *teoria delle emozioni di base* (BET) e il *costruttivismo* emotivo. Nelle pagine che seguono ci rifaremo pertanto a tale dicotomia, esaminandone il rapporto con alcune tipologie di disturbo mentale.

13.2

BET e disturbo di Urbach-Wiethe

Secondo la BET, le *emozioni di base* (nella classificazione di Ekman, 1999: paura, rabbia, disgusto, gioia, tristezza e sorpresa) sono risposte articolate, coordinate e automatiche a eventi ambientali, composte da variazioni scheletro-muscolari (mimica facciale, postura, timbro della voce) e neurofisiologiche (sistema endocrino, sistema nervoso autonomo). A coordinare questi elementi in schemi ricorrenti e riconoscibili sono gli *affect programs*, meccanismi neurocomputazionali di natura modulare, come tali caratterizzati da specificità di dominio, risposta rapida, obbligata e impermeabile ad altri processi cognitivi: come osservò Darwin stesso, pur sapendo che un vetro ci protegge dal serpente non possiamo che ritrarci immediatamente assistendo a un suo movimento repentino verso di noi. Come tutti i sistemi modulari, i programmi affettivi sono ipervigilanti, portandoci talvolta a reagire eccessivamente agli stimoli, ma – considerando l'ambiente ancestrale in cui hanno avuto origine – aiutandoci a sopravvivere.

La psichiatria ha ormai da anni adottato, più o meno consapevolmente a seconda dei casi, un approccio modularista per spiegare alcuni disturbi – o, quantomeno, alcuni aspetti di più complesse patologie. Tralasciando per ragioni di spazio il tema del rapporto, nel disturbo psichiatrico, tra deficit percettivo e cognitivo (ma cfr. Ellis, Young, 1998; Gerrans, 2014b), consideriamo il disturbo di Urbach-Wiethe (UWD), rarissima patologia causata da una disfunzione genetica che attualmente si stima colpire 100 persone nel mondo intero, con un'incidenza di circa il 50% dei casi nell'Africa del Sud. Ai più tipici sintomi di carattere dermatologico si affianca talvolta un processo di calcifica-

zione cerebrale che colpisce selettivamente l'amigdala lasciando il QI pressoché intatto¹.

La più nota paziente con UWD è senza dubbio S.M. (Feinstein, Adolphs, Tranel, 2016; van Honk *et al.*, 2015), donna di origini africane più volte citata anche nelle monografie di Damasio come esempio di "persona senza paura". S.M. è incapace di riconoscere le espressioni impaurite, pur sapendo riconoscere l'identità delle persone. Esposta a situazioni spaventose², non reagisce né con atteggiamenti di paura né attraverso resoconti verbali che menzionino tale sentimento – piuttosto, riferisce di sentirsi eccitata o curiosa. Tali risultati sono confermati da studi condotti utilizzando la tecnica di campionamento dell'esperienza, in cui si chiede al paziente di annotare, in momenti casuali della vita quotidiana indicati da un segnale sonoro, lo stato mentale corrente. Mentre le altre emozioni sono riferite con una frequenza in linea con la media della popolazione, la paura è pressoché assente.

A testimonianza del valore evoluzionistico dell'esperienza di paura è il fatto che S.M. si sia trovata più volte in situazioni pericolose. Ciò ha avuto un impatto significativo sulla sua vita, sentimentalmente confusa come non di rado accade a questi pazienti. E nondimeno le esperienze negative non hanno segnato o indirizzato il comportamento successivo: in situazioni analoghe S.M. dichiara di sentirsi, piuttosto che impaurita, arrabbiata³. Il deficit di funzionamento dell'amigdala ha quindi un impatto anche sulla memorizzazione di eventi emotivamente significativi, annullando quella capacità di attribuire priorità e

1. Proprio il buon livello cognitivo è alla base del felice esito di strategie compensative, testimoniato da uno studio intensivo di due donne tedesche, gemelle omozigote (Patin, Hurleman, 2016).

2. Poiché, al contrario, non paiono compromesse l'esperienza di paura derivante da fonti interne (per esempio, a seguito dell'inalazione di dosi elevate di CO₂, S.M. ha paura e diventa ipervigile), né la paura per altri che si trovano esposti a situazioni pericolose, occorre supporre che non tutta l'elaborazione della paura passi per l'amigdala. Piuttosto, l'amigdala si connota come il centro deputato all'esperienza di paura originata da stimoli esterni.

3. Sorvoliamo qui su distinzioni pur importanti, come la dissociazione tra ricordi di natura sociale e non sociale, rispetto ai quali S.M. ha prestazioni che non si discostano dalla media. In questo senso, la UWD potrebbe esercitare un fattore protettivo nei confronti del disturbo post traumatico da stress (Feinstein, Adolphs, Tranel (2016); cfr. anche lo studio di Koenigs *et al.* (2008) sui veterani di guerra con danni all'amigdala).

rilevanza agli stimoli con valenza emotiva che, in condizioni non patologiche, favorisce la successiva memorizzazione dichiarativa a lungo termine a carico dell'ippocampo.

Complessivamente, lo studio dei casi clinici sembra confermare una dissociazione tra un'empatia più viscerale, che, coinvolgendo l'amigdala, è marcatamente disfunzionante nei pazienti UWD, e un'empatia cognitiva, che, avvalendosi di altri circuiti neurali, non è significativamente deficitaria (Baron-Cohen, 2011). Si tratta di un quadro clinico complementare a quello tipico delle persone autistiche, che difettano di empatia cognitiva pur con una preservazione dell'empatia "primaria", viscerale. Assomiglia piuttosto, limitatamente all'aspetto empatico, al quadro caratteristico dei disturbi di comportamento antisociali (Blair, 2008), dei quali tuttavia non condivide gli esiti violenti.

13.3

Costruttivismo e introspezione emotiva

L'idea di ricondurre il disturbo mentale, o almeno alcuni suoi sintomi, al danno di un modulo emotivo, se in alcuni casi è stata estremamente fruttuosa, per altri versi costringe in una dimensione esplicativa inadeguata a rendere conto di psicopatologie complesse, che, pur avendo eventualmente origine in una predisposizione innata, sono caratterizzate da una eziopatogenesi lenta e, soprattutto, fortemente influenzata da variabili relazionali. Prima di entrare nei dettagli del disturbo qui preso in esame – il narcisismo patologico – è opportuno spendere alcune parole per descrivere la teoria delle emozioni che meglio sembra essere esplicativamente coerente con esso: il costruttivismo. La teoria del *social biofeedback* contribuirà quindi ad arricchire il quadro esplicativo.

Il costruttivismo emotivo nega che esistano emozioni di base fondate sull'attività di meccanismi neurocognitivi innati e specifici. All'opposto, *tutte* le emozioni sono costruite attraverso la sovrapposizione di una griglia concettuale a un'esperienza elementare di *core affect*, caratterizzata da un livello di attivazione (*arousal*) e da una valenza collocata lungo la dimensione positivo-negativo.

Per quanto raramente sottolineato (ma cfr. Caruana, Viola, 2018), va detto che BET e costruttivismo sono mossi da interessi largamente distinti. BET è per sua natura, nonché per le ricerche sperimentali che la connotano, prevalentemente focalizzata sul riconoscimento delle emo-

zioni altrui; l'aspetto esperienziale, ovvero che cosa significhi provare un'emozione, si colloca invece al centro della riflessione costruttivista, sebbene con importanti distinzioni. Secondo Lisa Barrett (2006), ogni *esperienza* emotiva mobilita concetti: non si può provare un'emozione – la paura, la gioia – senza possedere il concetto corrispondente. Addirittura, Barrett fa riferimento al possesso di termini linguistici, collocandosi così nell'alveo di un pericoloso relativismo ormai spazzato via da importanti e numerosissimi studi sulle competenze emotive (e non solo) di infanti e animali non umani (Banaji, Gelman, 2013).

In una prospettiva più moderata e a mio avviso più interessante, James Russell (2015) ritiene che a essere costruita sia la capacità non già di fare esperienza, ma piuttosto di *riconoscere* un'emozione. Si tratta di un punto che va effettivamente considerato con attenzione e richiede di operare ulteriori distinzioni che possano portare chiarezza a un problema complesso. Da una parte, infatti, l'esistenza di meccanismi specifici deputati *non solo al riconoscimento* delle espressioni emotive *altrui*, ma *anche all'esperienza* emotiva in *prima* persona è suffragata da un'ingente mole di dati neurologici, psicologici e neuropsicologici (cfr. per esempio Panksepp, 1998); in questo senso, il rifiuto, da parte della letteratura costruttivista, di riconoscerne la validità e pertinenza pare francamente pretestuoso. Ben altra questione, tuttavia, è la competenza innata di *riconoscimento discriminatorio dei propri stati emotivi*, per la quale non esistono dati dirimenti, ma solo una forte presupposizione teorica da parte di una tradizione di carattere neofenomenologico-cartesiano (Marraffa, Meini, 2016; 2019; per una critica della letteratura sull'imitazione neonatale e sulla neofenomenologia, cfr. anche Di Francesco, Marraffa, Paternoster, 2017). L'esercizio di una necessaria cautela epistemologica ci induce pertanto, relativamente a questo aspetto, a guardare in una direzione di indagine che del costruttivismo accolga alcune istanze, come la teoria del *social biofeedback* (SB) sviluppata da György Gergely e John S. Watson.

13.4

Social biofeedback

Il modello del SB assume che gli infanti non abbiano accesso introspettivo alle proprie emozioni, ma avvertano solo un sentire confuso e non accessibile alla discriminazione (Gergely, Watson, 1999, p. 110),

una sorta di *core affect* (Marraffa, Meini, 2019) che può trasformarsi in emozione distinta grazie al ripetersi dell'esperienza interpersonale con l'adulto. Durante un tipico scambio *protoconversazionale*⁴, l'adulto – ovvero l'unico ad avere pieno accesso introspettivo alle proprie emozioni – è portato spontaneamente a rispecchiare le espressioni emotive del bambino in modo *marcato*. Per esempio, a una certa espressione del bambino l'adulto tende a offrire una risposta essenzialmente coerente ma in qualche modo schematica ed esagerata. Non di rado la risposta contiene anche un elemento incoerente, come accade quando l'adulto risponde a un bambino che manifesta tristezza con un'espressione accorata che, tuttavia, a un momento iniziale di vero rispecchiamento fa rapidamente seguire un sorriso, oppure quando risponde a un bambino gioioso con un'espressione che a elementi di gioia mescola sorpresa e tenerezza.

Questo comportamento svolge una prima importante funzione etero-regolativa, mitigando reazioni emotive eccessive che porterebbero un bambino inizialmente triste a esperire una tristezza sempre più marcata (la sua originaria più quella proveniente dal contagio emotivo nel vedere il genitore esprimere genuina tristezza) o, viceversa, a una sovrerecitazione del bambino gioioso.

Sembra tuttavia verosimile supporre che il rispecchiamento marcato svolga la seconda e non meno importante funzione pedagogica di alimentare il processo di SB. Mettendo in luce aspetti salienti della manifestazione emotiva e contemporaneamente segnalandone il carattere fittizio, l'adulto incoraggia il bambino a separare l'espressione dal suo portatore: l'espressione è – poniamo – di gioia, ma non è il papà a essere veramente felice. Una volta operato lo sganciamento referenziale, il bambino si trova a dover dare un senso all'espressione dell'adulto, riconducendola “a qualcuno”. Lo sguardo dell'adulto, sempre ostensivamente marcato e diretto verso di lui, lo aiuta ad ancorare lo stimolo allo stato che egli stesso sta esperendo (Gergely, Watson, 1999). È in tale processo che il bambino diventa progressivamente capace di riconoscere i propri stati emotivi.

4. La protoconversazione è la più tipica modalità di scambio affettivo-comunicativo precoce tra bambino e adulto, fatto di caratteristici e ben documentati turni durante i quali i partner si esprimono reciprocamente attraverso segnali multimodali (Trevvarthen, 1979).

Viceversa, laddove la relazione tra adulto e bambino sia gravemente disfunzionale e incoerente, l'adulto, preso dalla sua stessa sofferenza, non marca sufficientemente le proprie espressioni e tende anzi a farsi contagiare dalle espressioni del piccolo. Il processo di SB non raggiunge il suo scopo naturale: il bambino nota le emozioni sul volto altrui e avverte confusamente le proprie, ma in assenza di segnali di finzione non riesce a raffinare la propria capacità discriminatoria e raggiungere una competenza introspettiva adeguata. Nella distorsione del processo viene compromesso anche lo sviluppo del senso di agentività, quella sensazione di essere, tanto come ente corporeo quanto come ente psicologico, parte attiva in una relazione, gettando così le basi per lo sviluppo di una condizione patologica.

Non sorprende che il ripetuto fallimento del SB sia stato collegato ad alcuni disturbi di personalità, in particolare al disturbo borderline (DBP; cfr. Fonagy, Bateman, 2006; 2008; Fonagy, Luyten, 2009). Le ripetute disfunzioni del rispecchiamento, e con esse la distorsione e il fallimento dell'intero processo di SB, provocano nel paziente borderline conseguenze a cascata, la più significativa delle quali è la regressione, nei momenti di difficoltà emotiva, a modalità prementalistiche di pensiero e, quindi, di interazione. Il paziente esperisce un senso di equivalenza nel quale le emozioni altrui sono assimilate alla propria realtà psichica, con un conseguente senso di onnipotenza, una sensazione di sapere tutto ciò che passa nella mente altrui perché coincide con ciò che passa nella sua mente. In altre situazioni la regressione a uno stadio prementalistico porta a interpretare la condotta altrui sulla base non già di stati mentali, ma di ciò che si vede, dei comportamenti concreti. La persona si trova dunque nella necessità di monitorare e manipolare la realtà, unico modo per avere prove della benevolenza o dell'ostilità altrui (Fonagy *et al.*, 2002). Queste operazioni di esteriorizzazione della mente, compiute in assenza di un senso maturo di agentività, rendono ancora più sfumati i confini di un sé che può quindi trovarsi a fare esperienza delle caratteristiche sensazioni di vuoto e talora a identificarsi con l'altro.

Il modello del SB pare pertanto ben equipaggiato per spiegare l'origine di quel senso di identità diffusa che Kernberg per primo utilizzò per descrivere il quadro sintomatico tipico del DBP. Si tratta di un'identità malferma, dai confini incerti che generano instabilità emotiva e comportamentale. Tali caratteristiche sono richiamate dal DSM-5, che fa riferimento soprattutto all'instabilità emotiva, al disturbo delle

relazioni interpersonali, ai problemi comportamentali e all'alterazione dell'identità.

In queste pagine vorrei andare oltre l'interessante riflessione di Fonagy e colleghi, per esaminare la relazione con un diverso disturbo di personalità, il narcisismo (DNP). L'impresa si presenta complessa sin dall'inizio, a causa della varietà e persino apparente tensione delle manifestazioni superficiali della patologia. Dedicherò quindi il prossimo paragrafo a una rassegna dei sintomi e delle principali prospettive cliniche sul narcisismo, per tornare infine a esaminare in che misura il disturbo possa essere legato a un reiterato fallimento del SB.

13.4.1. IL NARCISISMO

A dispetto della classificazione di Kernberg della struttura di personalità narcisistica come una possibile caratterizzazione del DBP, oggi si parla di patologie autonome (APA, 2014). Ronningstam (2009) vede nel senso di grandiosità⁵ l'elemento di maggior discriminazione, sebbene nella pratica clinica quotidiana la principale differenza sia probabilmente individuata nella contrapposizione tra instabilità e disintegrazione del sé. Laddove i pazienti borderline hanno bisogno degli altri per regolare il loro sé frammentato ed evitare, nelle situazioni di stress emotivo, la regressione al pensiero prementalistico (Fonagy *et al.*, 2002), il sé narcisistico non può proprio esistere senza una proiezione grandiosa nell'altro, e gli stili di funzionamento arcaico sono costantemente predominanti. La disgregazione del sé sembra dunque in questo caso strutturale, non limitata a eventi emotivamente forti. A fronte di questa incompetenza introspettiva, i pazienti con DNP sono generalmente lettori – e abili manipolatori – della mente altrui.

Nonostante importanti differenze (in primo luogo, tra la forma *overt*, caratterizzata da estroversione, arroganza e aggressività, e la variante *covert*, caratterizzata da introversione, fragilità e insicurezza – Akhtar, Thomson, 1982), tutte le forme di DNP sono connotate da un senso di sé ipertrofico, con fluttuazioni significative tra

5. Interessante, come indicazione di approfondimento in questo senso, una ricerca longitudinale su 565 bambini dai 7 anni (epoca di emergenza dei primi segnali disfunzionali) ai 12 anni (Brummelman *et al.*, 2015). Secondo questo studio il calore genitoriale predice il livello di autostima, mentre la sopravvalutazione predice la sovrastima narcisistica di sé.

autostima e senso di minaccia (Ronningstam, 2009), orgoglio e disperazione.

Una ricostruzione della storia clinica del DNP non può che iniziare da Freud, che in un percorso teorico non privo di tensioni (1914; 1931) distinse tra narcisismo primario e secondario. Il primo è tipico di una fase precoce dello sviluppo, quando, nel processo di differenziazione dall'Es, l'Io è investito dalla libido. Segue generalmente una fase in cui l'investimento libidico è reindirizzato verso gli oggetti esterni; qualora tale processo venga bloccato e l'energia libidica continui a occupare l'Io, ne scaturisce tuttavia il narcisismo secondario.

Fin dai primi scritti sul narcisismo – costruito che, va detto, originariamente denotava più genericamente di quanto avvenga oggi aree di funzionamento psicotico che inglobano tra l'altro la paranoia, l'ipocondria, le parafrenie, la psicosi maniaco-depressiva, l'animismo e la melanconia – Freud ne ha sottolineato la funzione di preservazione del sé, così introducendo il tema della natura conservativo-difensiva del disturbo e dei suoi esiti aggressivi e antiempatici. L'esistenza di un *continuum* tra fisiologia e patologia, così come la natura difensiva del narcisismo, sono solo due dei temi freudiani divenuti centrali negli anni successivi. La prospettiva della difesa del sé è condivisa, pur con accenti significativamente diversi e spesso in polemica tra loro, da diversi autori, tra cui Winnicott, Kohut e Kernberg. In particolare, l'idea di Winnicott (1971)⁶ di un adulto che nella relazione rispecchia il sé del bambino – e, di conseguenza, l'idea che la qualità del rispecchiamento influisca sulla costruzione del sé – si ritrova (ancora una volta, in diversa misura) nella teorizzazione di Kernberg e Kohut.

Tra gli eredi della riflessione freudiana, Otto Kernberg (1975) è probabilmente colui che più ha insistito sulle funzioni difensiva e compensatoria del narcisismo. Pur con una chiara attenzione, di palese matrice kleiniana, sui meccanismi di funzionamento intrapsichico, anche in Kernberg le radici della patologia sono saldamente ancorate nell'infanzia, in particolare in relazioni con *caregivers* freddi, generalmente ostili ma talvolta intrusivi, con attese eccessivamente alte nei

6. Winnicott rappresenta una figura peculiare nella psicologia clinica, avendo insistito sull'importanza della relazione interpersonale, e segnatamente del rispecchiamento genitoriale, nello sviluppo del senso di sé. La convinzione che l'attenzione sia fin dalla nascita diretta al mondo esterno, e in particolare al mondo interpersonale, lo ha portato a dubitare dell'esistenza di una forma primaria di narcisismo.

confronti del bambino. A dispetto di un dichiarato investimento nel “bambino brillante”, il loro stile genitoriale è emotivamente *dismissing*, fondamentalmente evitante, ma talvolta intrusivo. Ciò che il bambino percepisce nello sguardo dei genitori freddi e dalle pretese irrealisticamente alte non sono sane immagini speculari che promuovano la costruzione del sé, ma piuttosto immagini irrealistiche che non combaciano con l'autonoma percezione di sé. Tale frattura tra le immagini di sé endogena e rispecchiata porta alla generazione di un sé non già realistico, frutto dell'integrazione di immagini positive e negative di sé, ma patologicamente – e protettivamente – grandioso, dal quale le memorie esperienziali negative sono espunte. Data questa dinamica, un'aggressività non integrata diventa centrale nell'analisi del narcisismo patologico di Kernberg (1984), una forza distruttiva che in alcuni casi sfocia in una forma di narcisismo *maligno* frequentemente associata al comportamento antisociale, alla psicopatia e alla violenza.

Heinz Kohut è l'autore che ha introdotto la categoria di *disturbo narcisistico di personalità*, proponendone l'introduzione nel DSM. Richiamando l'ipotesi freudiana di una fase narcisistica benefica, Kohut considera il DNP non come una frattura intrapsichica, ma come un arresto del normale processo di sviluppo. A differenza di Kernberg, che invoca una distorsione dello sviluppo nella eziopatogenesi del DNP, Kohut vede le origini del disturbo in un fallimento del processo fisiologico di interiorizzazione delle immagini parentali idealizzate (Kohut, 1971; 1977).

Richiamandosi a Freud, anche Kohut (1966) fa riferimento al narcisismo primario, inteso come uno stato precoce indifferenziato nel quale un sé ancora non strutturato e il mondo esterno non sono percepiti come separati. In condizioni ottimali, il rispecchiamento genitoriale empatico struttura progressivamente sia l'idealizzazione delle figure parentali sia un positivo senso di sé che assume e fa propri, interiorizzandoli, gli standard genitoriali. Il sostegno dei genitori, che nel rispecchiamento permettono al bambino di avvertire la propria forza e i propri limiti, unito al senso di frustrazione che il bambino prova quando viene temporaneamente lasciato solo, strutturano e modulano un senso di sé positivo, ma realistico e integrato. In condizioni ottimali il processo favorisce, nell'età adulta, un sano amore di sé, preconditione importante per sviluppare qualità umane fondamentali come *humour*, saggezza, interesse estetico, ma anche un'accettazione dei limiti inevitabili e della propria caducità.

Viceversa, l'inadeguatezza del *mirroring* legata a uno stile genitoriale freddo ed evitante ostacola l'intero processo di differenziazione del sé e prepara la strada per l'esito patologico. Gli adulti patologicamente narcisisti adottano modalità relazionali "arcaiche": come nel narcisismo infantile, usano gli altri per strutturare e modulare il loro sé immaturo, alimentando quell'ammirazione incondizionata di sé che è l'unica condizione per sentirsi vivi. Viceversa, quando l'ammirazione non è incondizionata, la reazione può essere violenta. Gli atteggiamenti antiempatici, la rabbia o l'atteggiamento distruttivo sono quindi reazioni secondarie alle ferite narcisistiche, in qualche modo necessarie per superare i sentimenti di ansia o di colpa e, in ultima analisi, per ristabilire l'integrazione del sé. In altre parole, la violenza è "solo" un modo di esprimere l'ansia.

13.4.2. ANCORA IL SOCIAL BIOFEEDBACK

Come abbiamo visto, nonostante l'ipotesi unificante inizialmente espressa da Kernberg, DNP e DBP sono oggi oggetto di diagnosi distinte (APA, 2014). Il narcisismo viene inteso come un disturbo di integrazione del sé assai più radicale e strutturale, nel quale la stessa esistenza del senso di sé dipende dalla possibilità di operare una proiezione patologicamente grandiosa. Ne segue che le situazioni di minaccia dell'integrità personale suscettibili di scatenare le modalità di introspezione prementalistiche, già esaminate in riferimento al disturbo borderline, nella patologia narcisistica sono assai più frequenti.

Una predisposizione genetica ormai attestata da numerose ricerche (cfr. lo studio estensivo sui gemelli condotto da Torgersen *et al.*, 2000; cfr. anche Ronningstam, 2005) favorisce lo sviluppo della patologia quando incontra gravi e continuative disfunzioni relazionali dai caratteri peculiari, comprovati da decenni di osservazioni cliniche. In particolare, mentre il disturbo borderline tipicamente correla con vari stili di attaccamento insicuri (Buchheim, George, 2011; Miljkovitch *et al.*, 2018; Scott, Levy, Pincus, 2009), la stessa breve rassegna sopra proposta pare attestare una relazione prevalente, nel caso del narcisismo, con uno stile di accudimento evitante. La congiunzione di sopravvalutazione e freddezza, quando rappresentano un atteggiamento costante e protratto nel tempo, rendono tipico un particolare stile di marcatura, caratterizzata, per così dire, da "disattenzione e desintonizzazione". Poiché, per ipotesi, il processo di differenziazione del sé dall'altro non può funzionare in condizioni di marcatura costantemente disfunzio-

nale, il processo di sviluppo che porta all'autoconsapevolezza emotiva fallisce, e con esso fallisce un pezzo importante della costituzione del senso di sé, che finisce per essere dipendente dagli altri⁷.

Raccogliendo quanto detto finora, vorrei suggerire che il DNP possa rappresentare, per la prospettiva che vede il SB al centro dello sviluppo del senso di sé, un caso di studio non meno interessante, e anzi più estremo, del disturbo borderline. In entrambi i casi il processo di costruzione del sé viene bloccato da serie disfunzioni relazionali che attivano strategie prementalistiche come quelle indicate da Fonagy e colleghi. La differenza principale potrebbe derivare dal fatto che, nel disturbo narcisistico, lo stile genitoriale è più univocamente collocato nella dimensione evitante ed è allo stesso tempo più pervasivo, laddove gli scambi relazionali precoci predisponenti al disturbo borderline sono meno costantemente disfunzionali, tanto nel tempo quanto nello stile. Lo stesso processo – il SB – sarebbe identico, mentre la differenza starebbe nella qualità della marcatura che lo alimenta. Si tratta, evidentemente, di un'ipotesi che va indagata empiricamente.

Nella misura in cui la mia ipotesi si concentra sulle differenze di stile genitoriale e, di conseguenza, di marcatura, supponendo tuttavia che il medesimo processo di SB svolga un ruolo cruciale, sto implicitamente suggerendo che, a uno sguardo più profondo e attento ai meccanismi causali soggiacenti, i due disturbi che, da Kohut in poi, sono stati considerati indipendenti potrebbero invece condividere un fondamento comune, e che di conseguenza la stessa differenziazione del DSM-5, basata su una ateorica distinzione di segni e sintomi, andrebbe attentamente riconsiderata.

13.5 Conclusioni

La rassegna condotta in questo capitolo, per quanto forzatamente parziale, rinvia a una concezione articolata delle emozioni, quale originariamente suggerita da Griffiths e più di recente sviluppata da Scarantino (2015). In particolare, la *New-BET* proposta da Scarantino si richiama alla BET nel rivendicare la natura innata e specializzata delle

7. Si noti che le conseguenze patologiche possono avere anche un'emergenza precoce, dato che il DNP è suscettibile di essere diagnosticato già nell'infanzia (Kerberg Bardenstein, 2009).

emozioni di base, promuovendo nel contempo una prospettiva integrata che, pur contenendo importanti elementi costruttivistici, ne rifiuta le derive concettualistiche e persino relativistiche cui talvolta abbiamo assistito. Griffiths e Scarantino invitano entrambi a considerare come, al di là delle emozioni di base, si apra l'universo delle emozioni complesse, intrinsecamente permeabili all'influenza proveniente dal mondo esterno e segnata dalla dimensione interpersonale e culturale. Per rendere conto della natura e dello sviluppo di tali emozioni la prospettiva costruttivistica pare decisamente più adeguata.

La propensione teorica verso una lettura pluridimensionale delle emozioni ha conseguenze sull'analisi del rapporto con la psicopatologia. In questo articolo la UWS è stata presa in esame come caso esemplare di ciò che consegue dalla disfunzione di un'emozione di base, la paura. L'ambizione della scienza cognitiva odierna, tuttavia, si spinge fino a voler contribuire alla costruzione e al raffinamento di modelli esplicativi di disturbi emotivi complessi, legati, nella loro eziopatogenesi, alla dimensione interpersonale e, come tali, difficilmente riconducibili a una teoria delle emozioni come BET. In questo capitolo ho voluto offrire un contributo alla riflessione indicando il processo di SB come elemento centrale nella *costruzione* dell'autocoscienza emotiva, e il suo ripetuto fallimento come causa di conseguenze serie, che possono sfociare in veri disturbi della personalità. Se la letteratura che lega il DBP al fallimento del SB rappresenta ormai una linea interpretativa accreditata, la proposta di leggere in termini analoghi il DNP resta tutta da elaborare.

Concludendo, questa breve rassegna ha l'ambizione di richiamare l'attenzione sull'insieme dei processi e dei meccanismi soggiacenti i segni e sintomi del disturbo mentale, utilizzando gli strumenti epistemologici più raffinati a nostra disposizione per riflettere sul valore e sui limiti delle classificazioni proposte dai manuali statistico-diagnostici internazionali. Questo sguardo più in profondità è ormai imprescindibile, a mio avviso, non solo per lo sviluppo della ricerca teorica, ma anche per individuare nuove e più consapevoli linee di intervento clinico⁸.

8. Tengo a ringraziare Stefano Iacone, Massimo Marraffa e Riccardo Williams, che con uno sguardo benevolo mi hanno incoraggiato a tentare un'incursione nell'affascinante ma assai complesso (e conflittuale) terreno della psicologia clinica. Va da sé che ogni residua imprecisione è responsabilità unicamente mia.