

LA VALENZA CLINICA DEL NARCISISMO IN PSICOTERAPIA

Giuseppe Lago¹



Premessa

Per introdurre il tema complesso del *narcisismo* in psicoterapia, occorre fare alcune premesse fondamentali, che mi permetteranno di delineare quanto dichiarato nel titolo, ovvero l'inquadramento clinico del concetto.

La psicoanalisi contemporanea e gli indirizzi psicodinamici relazionali hanno abbandonato la visione freudiana monopersonale del *narcisismo*, in funzione di una visione intersoggettiva (Eagle, 2011; Gabbard e Crisp, 2018). Di conseguenza, il *narcisismo* è considerato una componente della personalità sempre patologica, anche se all'interno di una personalità normale, in quanto implica delle relazioni altrettanto patologiche che richiedono un determinato contesto relazionale per rivelarsi tali. Ciò significa che esiste una modalità circolare relazionale, nella quale il soggetto è narcisista in quanto l'altro elemento di rapporto gli consente di esserlo, esprimendo la fenomenologia narcisistica e le dinamiche collegate.

Generalmente, la dimensione narcisistica viene collocata in una linea continua che va da un *narcisismo* sano a un *narcisismo* patologico. Purtroppo, il continuum risulta contraddittorio e rende difficile sia la diagnosi specifica del Disturbo Narcisistico, sia la diagnosi differenziale dagli altri Disturbi di Personalità.

Il polimorfismo e le molte sfaccettature del *narcisismo* ci portano a considerarlo una componente, ossia un problema interno a vari tipi di personalità e a vari Disturbi di Personalità, piuttosto che una patologia a parte. Occorre sottolineare inoltre che, in campo psichiatrico, le ricerche su questa patologia sono assai scarse, tanto che durante la stesura del DSM-5 (2013), ci fu addirittura la proposta di cancellarlo dal capitolo dei Disturbi di Personalità, cosa che sollevò le proteste dei clinici di formazione psicoanalitica, per cui fu reintrodotta.

La Psicoterapia Psicodinamica Integrata (**PPI**) tiene conto del *narcisismo* freudiano e post-freudiano nella clinica dei Disturbi di Personalità, ma solo come aspetto o tratto della personalità e non come diagnosi a sé stante.

Nel *Compendio di Psicoterapia* (Lago, 2016) sono spiegate le patologie che contengono in varia misura dei tratti di *narcisismo*, i quali andranno evidenziati di volta in volta nelle quattro diagnosi psicodinamiche:

- *Sdoppiamento isterico*,
- *Polarizzazione borderline*,
- *Polarizzazione depressiva*,
- *Frammentazione psicotica*.

Come vedremo, l'obiettivo della **PPI** nelle personalità con tratti narcisistici sarà innanzitutto:

- Riorganizzazione del Sistema Attaccamento,
- Integrazione dell'interesse per il Sé con l'interesse per l'oggetto e la relazione con esso,
- Ridimensionamento del *polo idealizzato*² (non fisiologico per la **PPI**), determinato da traumi affettivi intersoggettivi dello sviluppo (quindi non innato o ereditario).

La **PPI** riconosce che l'amore di sé sia perfettamente integrabile con le relazioni affettive. Questo ci induce a parlare di *autostima* e non di *narcisismo sano* nelle relazioni così integrate,

¹ Psichiatra, psicoterapeuta, fondatore IRPPI.

² Conteneente il Sé alieno, il Sé onnipotente e il Sé ideale, cfr. *Compendio*, cit., pp. 187-189.

ossia relazioni che prevedono un'affettività diretta verso l'altro da sé ma nello stesso tempo verso il proprio Sé.



Storia e utilizzo di un concetto clinico

1.0 Il Mito

Il mito di Narciso ha due versioni fondamentali, una più nota e alla quale si ispira Freud, contenuta nel Libro III de *Le Metamorfosi* di Ovidio³, in sintesi:

- *Narciso è un bel ragazzo amato dalla ninfa Eco, da lui respinta e condannata a rimanere solo una voce perduta nelle valli solitarie.*
- *Narciso si innamora dell'immagine di se stesso riflessa nell'acqua, pensando sia quella di un bel ragazzo.*
- *Accorgendosi che si tratta di se stesso e non potendo realizzare l'amore per colui che credeva altro da sé, si lascia morire.*

L'altra versione meno nota è quella di Pausania⁴, in sintesi:

- *Narciso ha una sorella alla quale è molto legato, bella e a lui molto somigliante.*
- *La sorella di Narciso muore e lui, specchiandosi alla fonte, crede di vederla.*
- *Inconsolabile per la morte della sorella, Narciso continua a fissare l'immagine di se stesso riflessa nell'acqua.*

La differenza tra le due versioni è notevole. Nel primo caso, abbiamo un esempio di *identificazione proiettiva* con l'incapacità di dirigere la propria affettività verso un altro da sé che gli rimanda le sue parole (Eco) e l'illusione di amare qualcosa di diverso da se stesso. Quindi, Narciso rifiuta di riconoscere le parti di sé proiettate nello specchio dell'acqua. In sostanza, Ovidio narra di colui che rifiuta la relazione affettiva reale e si appassiona a ciò che rispecchia solo se stesso. La morte di Narciso corrisponde alla follia autodistruttiva per la mancanza di riflessione sul suo vero Sé.

Nel secondo caso, abbiamo un esempio di *depressione* per incapacità di elaborare il lutto. Narciso è in grado di dirigere la propria affettività verso un altro da sé, anche se la sorella, pur essendo riconosciuta e amata in quanto oggetto reale, è assimilata a se stesso come figura di attaccamento. La dipendenza dall'oggetto amato avviene qui in seguito a un'*identificazione introiettiva*, ossia un processo più maturo, nel quale il soggetto, invece di distruggere l'altro da sé, ne assimila le qualità positive (Klein, 1946).

1.1 Il narcisismo secondo Freud

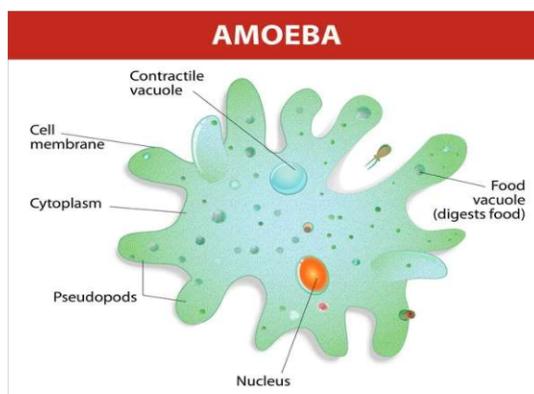
Freud utilizza per la prima volta il termine per descrivere la scelta oggettuale degli omosessuali che scelgono un partner a propria immagine, di modo che, attraverso di lui, assumono se stessi come oggetto sessuale. Nel saggio sul *narcisismo* (1914), lo considera uno stadio intermedio dello sviluppo psicosessuale infantile, situato tra l'*autoerotismo*, il cui modello è la masturbazione, e lo stadio evoluto, caratterizzato dall'amore oggettuale.

Freud riafferma la natura sessuale della libido fin dall'inizio e descrive un *narcisismo* primario, nel quale il bambino prende se stesso come oggetto d'amore e come centro del mondo, prima di indirizzarsi verso oggetti esterni. Aggiunge pure che in alcuni pazienti, in particolare gli

³ Publio Ovidio Nasone (43 a.C. - 17 d.C.).

⁴ Pausania il Perigeta (110 circa d.C.-180 circa d.C.).

schizofrenici, si manifesti il comportamento narcisistico: il ritiro dell'interesse da persone e cose del mondo esterno, che li rende inaccessibili all'analisi. Il comportamento che Freud definisce narcisistico, dunque, fa in modo che la libido sottratta al mondo esterno sia diretta sull'Io (ivi). Il ritiro dal mondo esterno e l'investimento narcisistico del proprio Io, come avviene secondo Freud negli schizofrenici, viene fatto risalire a una tendenza innata che prende il nome di *narcisismo* primario. Per spiegare come agisce fin dalla nascita l'investimento libidico, Freud ricorre all'immagine dell'ameba, un protozoo che con parti del suo stesso corpo (pseudopodi) circonda gli oggetti che ingloba poi in sé. In questo modo si capisce come il *narcisismo* sia per Freud la vera natura dell'essere umano, il quale solo in un secondo momento stabilisce una relazione oggettuale, ma senza perdere l'impianto autocentrato della condizione neonatale.



1.2 La pulsione freudiana

La concezione freudiana è il prototipo dell'idea di comportamento attivato da una spinta interna, anziché indotto da stimoli situazionali. Freud parte dall'intento di confermare l'assunto darwiniano che il comportamento vada spiegato nei termini di funzione di sopravvivenza della persona. Successivamente, riduce la Teoria delle Pulsioni alla gratificazione delle sole pulsioni sessuali e aggressive, stabilendo che la tendenza fondamentale dell'organismo sia la scarica immediata dell'eccitamento. L'impossibilità della scarica immediata costringe l'uomo visto da Freud ad accettare la realtà fisica e sociale, sviluppando il pensiero e le relazioni interumane. Per Freud, se la spinta pulsionale dovesse sempre realizzarsi, non ci sarebbe lo sviluppo del pensiero e della civiltà. Il pensiero è considerato, quindi, solo un'attivazione che l'uomo produce per sostituire la gratificazione delle pulsioni irrealizzabili. Se la gratificazione della pulsione fosse possibile senza dinamica oggettuale, ne consegue che l'idea freudiana comporta che non ci sarebbero né relazioni né legami.

Anche la motivazione all'attaccamento del bambino al caregiver è spiegata da Freud con la necessità di assumere gratificazioni pulsionali di tipo orale:

[...] l'amore nasce in appoggio al bisogno soddisfatto di nutrimento [...] (Freud, 1938, p. 615)

Aggiunge ancora Freud, che non è la perdita della figura di attaccamento in quanto tale ad essere nociva, ma il fatto che questa perdita elimini la possibilità di scarica delle pulsioni libidiche e aggressive. Freud ci dice, in sostanza, che le relazioni sono un male necessario.

La motivazione primaria, ritenuta biologica, è quella che innanzitutto spinge alla scarica delle pulsioni. Solo in via secondaria, si formerebbe il legame interpersonale e sociale, secondo il cosiddetto modello *anaclitico* (di appoggio). Questo modello non prevede che la motivazione secondaria prenda il sopravvento. Per tutta la vita l'uomo, dice Freud, è sottoposto alle spinte pulsionali che corregge se può nelle relazioni d'oggetto.

1.3 Fairbairn e la Teoria delle Relazioni Oggettuali

In contrasto col pensiero freudiano, che vede l'individuo motivato alla soddisfazione di pulsioni libidiche e aggressive, Fairbairn⁵ vede l'uomo coinvolto in relazioni oggettuali interiorizzate. Cioè, alcuni aspetti dell'altro da sé vengono inseriti nell'organizzazione del Sé e diventano oggetti interni. L'autonomia delle relazioni oggettuali è espressa in modo sintetico da Fairbairn (1952): «La libido è ricerca dell'oggetto, non ricerca del piacere». L'affermazione mette in evidenza che il nostro interesse e il nostro attaccamento agli oggetti hanno una base primaria innata e non sono derivati secondari da una funzione libidica e aggressiva di tipo pulsionale. Anche Balint⁶ (1952) capovolge l'assunto freudiano del *narcisismo* primario, proponendo l'amore primario. Le origini storiche e teoriche della Teoria delle Relazioni Oggettuali risalgono, oltre che a Fairbairn, anche a Ferenczi, Balint, Melanie Klein, Winnicott, e preludono alla Teoria dell'Attaccamento di Bowlby. Il concetto di *narcisismo* primario viene criticato, insieme a tutto l'impianto della Teoria delle Pulsioni.

Molte formulazioni freudiane tradizionali sono così ribaltate dall'idea centrale che l'Io sia alla ricerca di oggetti e non di scariche pulsionali. Queste ultime vengono al massimo considerate solo un deterioramento dovuto all'insuccesso delle relazioni oggettuali. Anche l'aggressività primaria, insita nel concetto di pulsione di morte che Freud affianca alla pulsione sessuale, non è vista come un istinto innato, ma una reazione alla deprivazione e alla frustrazione aggressiva ricevuta nel corso dello sviluppo.

Con la Teoria delle Relazioni Oggettuali, il conflitto intrapsichico non è concepito più nei termini di un modello Es-Io-SuperIo, quanto in termini di scissioni nell'Io stesso⁷. Per Fairbairn, non c'è alcun Es che l'Io scindendosi deve contenere e arginare: la scissione è sempre patologica. In tal senso, non ci sono pulsioni ma identificazioni primarie (parti di sé derivate dalle scissioni dell'Io) da rifiutare e reintegrare come conseguenza dello sviluppo traumatico. La scissione, secondo Fairbairn, è determinata dall'interiorizzazione di due tipi di oggetto:

- Oggetto *buono*, cioè quanto di valido il bambino acquisisce nelle relazioni primarie.
- Oggetto *cattivo*, cioè quello che gli deriva dalle esperienze deprimenti e frustranti.

Per superare la scissione che deriva dall'interiorizzazione dei due oggetti, Fairbairn ipotizza un Io originario non patologico. Fairbairn, in sostanza, suggerisce che nasciamo integri anche se immaturi, e che sono solo la deprivazione e la frustrazione a disintegrarci. I meccanismi di difesa, secondo Fairbairn, consistono nell'interiorizzare ciò che è esterno e dannoso. Per Freud, i meccanismi di difesa servono a nascondere la natura aggressiva delle pulsioni.

Freud considera il desiderio una minaccia che richiede la sua repressione, in quanto contrasta la civiltà. Per Fairbairn, è l'ambiente cattivo a minacciare e richiedere la difesa costituita dall'interiorizzazione.

Per Fairbairn, il desiderio può ricomparire se si fa appello all'Io originario unitario pre-sociale, avallando però l'idea utopica che in un ambiente idealmente "buono" le difese non sarebbero necessarie. Fairbairn accenna a una *ri-nascita* ai fini terapeutici, e invita a ripercorrere nella

⁵ William Ronald Dodds Fairbairn (Edimburgo, 11 agosto 1889 – Edimburgo, 31 dicembre 1964).

⁶ Michael Balint (Budapest, 3 dicembre 1896 – Bristol, 31 dicembre 1970)

⁷ Per la **PPI**: sdoppiamento o polarizzazione.

terapia il processo motivazionale naturale che spinge a ricercare l'oggetto, ma questa volta senza più andare incontro alla scissione.

1.4 Perché la PPI si basa sulla Teoria dell'Attaccamento

Pur apprezzando la svolta radicale di Fairbairn, occorre rilevare che nella sua impostazione lo sviluppo dell'uomo è confuso con un appello al recupero di un'interiorità che fa pensare a un'utopia vitalistica sulla quale la PPI non può essere d'accordo. Più convincente e scientificamente dimostrata risulta la Teoria dell'Attaccamento (Bowlby, 1969,1978,1979, 1980,1982,1988; Ainsworth et al., 1969,1978; Main, 1981,1991), per la quale lo scopo del bambino non è l'oggetto (ad es. la madre) ma innanzitutto uno stato fisico, ovvero il mantenimento di un livello desiderato di prossimità con la madre. In seguito, lo scopo fisico è soppiantato dal sentimento di essere vicino al caregiver, passando da una condizione di natura fisica ad una di natura mentale. Il processo motivazionale, quindi, non ha un oggetto come scopo, ma uno stato d'animo o un sentimento, ossia una condizione intersoggettiva, nella quale la risposta del caregiver influenza il Sistema Attaccamento del bambino. Il modo in cui viene percepito il raggiungimento dell'attaccamento condiziona poi il contesto della relazione intersoggettiva con il caregiver. La circolarità motivazionale con la quale è stata esposta la Teoria dell'Attaccamento permette di spiegare lo sviluppo psicofisico senza ricorrere a un punto di partenza perfetto, come l'Io unitario pre-sociale di Fairbairn⁸, ma assicurando la visione evoluzionista senza escludere la specie specificità del cervello umano evoluto.

L'inadeguatezza e gli errori contenuti nella Teoria delle Pulsioni si sono trasferiti, oltre che nella Teoria delle Relazioni Oggettuali, anche in vari epigoni di Freud, i quali hanno cercato di correggere lo pseudo-darwinismo del maestro esaltando gli aspetti metapsicologici.

Così ad esempio, il concetto kleiniano di pulsione di morte primaria, ridotto a fantasia di morte o aggressività primaria (Klein, 1946, cit.), non cambia la procedura freudiana di una pulsione che precede il contatto. Lo stesso concetto di pulsione come una motivazione che sta tra il fisico e il mentale apre le porte alla confusione e ipostatizza concezioni obsolete e prive di fondamento, come il *vitalismo* (Holt, 1989).

Con le ricerche di Bowlby, si esce dal condizionamento della metapsicologia freudiana e dalla confusione tra il fisico e il mentale. Il benessere da contatto è invece il risultato, convalidato dall'Etologia e dalla Psicologia Sperimentale, di una motivazione istintuale, cioè di una tendenza di natura fisica, che spinge il neonato verso il caregiver prima ancora che il cervello raggiunga la sua maturazione e si possa parlare di un'organizzazione mentale⁹. Questa disposizione biologica ad attaccarsi, come si è detto, costituisce la base di una relazione affettiva di natura mentale. Si tratta di una relazione non anaclitica: non è di appoggio ma è la base dello sviluppo della personalità. Il benessere da contatto, quindi, quale veicolo primario dell'attaccamento costituisce una base più ampia, e garantisce una gamma di attaccamenti più vasta rispetto alla soddisfazione della fame (oralità) sostenuta dalla psicoanalisi classica.

Si afferma così l'idea di un sistema istintuale di attaccamento primario e autonomo, relativamente indipendente dalle pulsioni della fame, del sesso e dell'aggressività. In tutte le specie in cui si sviluppa la motivazione all'attaccamento tra il neonato e il caregiver, quest'ultimo esibisce un comportamento di cura complementare alle risposte di attaccamento del neonato. Il fatto dimostra quanto la ricerca della motivazione vada posta sempre all'interno di un campo relazionale intersoggettivo e non possa sussistere in modo monopersonale.

La motivazione all'attaccamento è di natura biologica, così come lo è il livello *protomentale*, nel quale non esiste alcun Narcisismo Primario, sano o malato che sia (vedi nota 9). Dal livello

⁸ Corrispettivo dell'anima spirituale che precede la vita corporea.

⁹ Infatti, la PPI propone di definire *protomentale* l'organizzazione mentale primitiva del bambino (cfr. *Compendio*, cit., pp. 97-98; 158).

protomentale parte una linea di sviluppo complessa che riguarda l'unità psicofisica dell'essere umano, e quindi sia le connessioni neurali sia l'intersoggettività delle relazioni affettive.

2.0 Clinica del *narcisismo*

Prima che nella clinica psichiatrica, nella quale si trova come *Disturbo narcisistico di personalità*, a partire dal DSM III (1980) fino all'attuale DSM-5 (2013), il *narcisismo* veniva preso in considerazione solo nella clinica psicoanalitica (Jacobson, 1964; Rosenfeld, 1964; Kohut, 1966, 1968; Kernberg, 1971, 1975). Nel corso degli anni, il materiale clinico si è notevolmente arricchito e le proposte terapeutiche si sono moltiplicate, legandosi a un impianto etiologico che non si è mai spostato però dal contesto della psicoanalisi. Tra le varie impostazioni si è stabilita una dialettica e a volte un conflitto derivante dai punti di partenza metodologici. Quello che è comunemente condiviso è il quadro fenomenologico e descrittivo della personalità narcisistica, per cui è utile partire dalle caratteristiche osservate nelle metodologie psicodinamiche, tra le quali una buona e recente esposizione è quella di Gabbard e Crisp (2018, cit.). Valutando i contributi dei vari autori, la personalità narcisistica presenta due aspetti o sottotipi che costituiscono le espressioni di una personalità di base. In sostanza, si tratta delle facce di una stessa medaglia che divergono nella fenomenologia ma condividono la struttura di fondo. Più di un autore si ritrova nel differenziare i due sottotipi del narcisismo, distinti innanzitutto per il carattere estroverso o introverso. Avremo Akhtar (1989) che distingue un sottotipo «overt», esibizionista, arrogante e grandioso; e un sottotipo «covert», inibito, introverso e vulnerabile. Rosenfeld (1987) denomina il primo sottotipo «a pelle spessa» e il secondo sottotipo «a pelle sottile». Seguendo Gabbard (1989), scegliamo di distinguere un sottotipo detto *grandioso* (o inconsapevole) da un sottotipo detto *vulnerabile* (o ipervigile), cui ultimamente possiamo aggiungere il sottotipo *ad alto funzionamento*, il quale raramente sfocia, come vedremo, in una manifesta psicopatologia ma mantiene una fenomenologia che in momenti critici può rientrare nei due sottotipi più diffusi.

2.1 Il narcisista *grandioso*

Si tratta di una persona alla ricerca continua di ammirazione. A tale scopo, esibisce senza sosta i suoi successi per suscitare reazioni nel contesto familiare e sociale. In questo sforzo continuo di farsi notare e captare l'ammirazione altrui, il soggetto non si accorge di come l'interlocutore recepisce i suoi discorsi (*trasmette ma non riceve*, Gabbard e Crisp, cit.). Questa “distrazione” per le impressioni e le reazioni o in genere le risposte degli altri è una delle esperienze che l'interlocutore di una persona siffatta può cogliere immediatamente. Altri dati rilevabili sono la manifestazione continua, fino all'enfaticizzazione, di *autonomia* e *indipendenza*. Lo sperticarsi nel dimostrare queste due qualità, e cercare ogni occasione per dimostrarle agli altri, porta il soggetto ad un rifiuto assoluto e irremovibile dell'aiuto delle altre persone, sia affini che estranee. Sostenuto dalla ripetuta affermazione di bastare a se stesso e non ricorrere in alcun caso all'aiuto altrui, il soggetto sente di poter “ergersi” al di sopra degli altri e assumerne il controllo onnipotente, sentendosi autorizzato a utilizzare tutte le opportunità per giudicare e qualificare coloro che ritiene sottoposti al suo potere autoreferenziale. L'assetto incisivo e disinvolto nel proclamare l'autosufficienza ad ogni costo traballa di fronte a una critica e a un'offesa: la ferita inferta al suo ideale di grandiosità nasce in tal caso dall'umiliazione, spesso vissuta in pubblico. La risposta rabbiosa e vendicativa non si fa attendere e può estendersi nel tempo, come se non riuscisse a “lavare” una volta per tutte “l'affronto”, il quale non smette di tormentare il soggetto, in quanto si riferisce a una crepa della corazza caratteriale che circonda l'Io fragile, piuttosto che a un semplice danno di immagine sociale. Anche un normale disaccordo con qualcuno può spingere il soggetto a rompere un legame consolidato, piuttosto

che cercare di ripararlo. L'uso della negazione come meccanismo di difesa avviene in caso di sconfitta o perdita, al fine di evitare la presa d'atto di una verità scomoda. Frutto della negazione è il tentativo cinico di "cascare sempre in piedi", ovvero trasformare in vantaggio per sé perdite e lutti, *an-negando* il dolore e ogni reazione depressiva. Il sentimento costante del narcisista *grandioso* è l'odio, spesso reso latente dall'invidia per chi potrebbe minacciare la sua grandiosità, surclassando o semplicemente occupando una posizione sociale o personale di maggior rilievo. La minaccia continua di perdere il presunto potere derivato dal controllo onnipotente delle relazioni e delle persone spinge il soggetto, in mancanza di risorse proprie, a mettersi sotto la sfera d'influenza di un oggetto idealizzato, diventandone gregario e dipendente in modo opportunistico ma non fanatico. La "barca che affonda" infatti, è sempre abbandonata prima che ne derivi un danno per il soggetto narcisista gregario.

Il contesto nel quale si manifesta abitualmente il *narcisismo grandioso* resta comunque quello delle relazioni interpersonali, in cui emerge con chiarezza "l'incapacità di mettersi nei panni degli altri", ovvero un grave difetto di empatia e una seria difficoltà di mentalizzare. Gli effetti di queste carenze si notano nell'inautenticità e nell'autocentrismo delle relazioni private e sociali. Senza perdere di vista la struttura della personalità, cioè le quattro diagnosi secondo la PPI, si potrebbe stilare un elenco di tutte le interazioni significative e rivelatrici del sottotipo narcisistico grandioso, che un clinico avveduto può cogliere nei comportamenti di questi soggetti (ad es. cambiare argomento, riportando l'attenzione su di sé...raccontare all'infinito le proprie vicende senza dare spazio agli interlocutori...calpestare la sensibilità altrui o "guastare il gioco" imponendosi a scapito degli altri nelle dinamiche di gruppo e sociali in genere...troncare su due piedi una conversazione con una persona per agganciare qualcuno che si reputa più importante...etc. etc).

2.2 Il narcisista *vulnerabile*

Detto anche *ipervigile*, sempre concentrato nell'intento di cogliere le reazioni negative degli altri (critiche, svalutazioni, disattenzione). L'essere l'altra faccia della medaglia del narcisista *grandioso*, ci fa capire quanto la vulnerabilità sia il comune denominatore dei due sottotipi, solo che il *vulnerabile* manca della cintura o corazza protettiva caratteriale della quale è provvisto il *grandioso*. A ben vedere però, anche il narcisista *vulnerabile* gestisce una difesa caratteriale, solo che essa comprende l'introversione e l'evitamento, con la conseguenza di un'apparente inibizione e disinteresse per le mete ambiziose e onnipotenti che osserviamo nel *grandioso*. Infatti, a differenza di quest'ultimo, il *vulnerabile* evita le ferite narcisistiche mettendosi in disparte con lunghi silenzi e con aria perplessa, ma in effetti fantastica di primeggiare e trionfare sugli altri. Potremmo parlare di "incistamento" della grandiosità, la quale emerge sorprendendo l'ambiente sociale come rivendicazione paranoide di maltrattamento, trascuratezza e incomprensione ricevuti da altri. Altrettanto chiara risulta la modalità sadica di "aspettare al varco" chi prende per buona la facciata scialba e sciatta del soggetto, ignorandolo o svalutandolo. Il mancato riconoscimento delle aspettative latenti innesca una rabbiosa protesta, che fa impugnare al soggetto la propria ferita narcisistica nel tentativo spesso vincente di trasformarla agli occhi dell'ambiente sociale in ferita reale. Il vittimismo che sottende la grandiosità del narcisista *vulnerabile* spesso riesce a ribaltare la condizione scialba e dimessa di partenza. Il paradigma capovolto "dalle stalle alle stelle" anima la battaglia del soggetto, "rigenerato" dalla possibilità di proiettare tutte le parti di sé negative su colui o coloro che ne hanno sottovalutato le ambizioni nascoste. La stessa rivendicazione avviene nel passaggio dall'estrema dipendenza da figure carismatiche per le quali il soggetto nutre un entusiasmo e una fascinazione iniziale, alla successiva ribellione disillusa con denuncia o lamentela finale.

2.3 Il narcisista *ad alto funzionamento*

Una ulteriore sfaccettatura del narcisismo, osservata comunque sempre nel contesto della psicoterapia clinica (Russ et al., 2008) riguarda un sottotipo più affine a quello *vulnerabile* ma spesso privo di evidenza e in grado di passare inosservato. Si tratta di persone accattivanti, dotate di qualità che vengono esibite in modo non sgradevole e gestite però con lo scopo di affascinare e ottenere ammirazione. Sono soggetti estroversi, vitali, di successo, fisicamente attraenti, capaci di intrecciare relazioni sociali e affettive. All'inizio affascinano gli altri in molti modi, perché hanno bisogno di attirare su di sé l'attenzione e la considerazione degli ammiratori. In un secondo momento poi, spesso dopo aver ottenuto l'avallo o la simpatia di qualcuno che li idealizza, scaricano e abbandonano chi è rimasto imbrigliato nella seduzione. Quello che a loro spese scoprono di avere di fronte coloro che non ne riconoscono subito la modalità narcisistica è un soggetto egocentrico e ipervalutante di se stesso, dedito all'autoesaltazione, sempre alla ricerca di un ruolo carismatico, convinto di essere così importante da non dover cedere mai la poltrona di comando o il piedistallo del successo. Per lo stesso motivo, sono incapaci a fare il passo di lato e "tramontare serenamente" con l'avanzare dell'età, mettendo radici su cariche prestigiose e ruoli ufficiali di ogni tipo, oppure non rassegnandosi alla naturale decadenza del corpo. Riescono a nascondere la struttura narcisistica ricorrendo talvolta alla gestione mirata dell'altruismo. Il tipo di altruismo che può nascondere un obiettivo narcisistico si descrive meglio con i termini: eroismo peloso, esibizionismo umanitario, opportunismo di beneficenza.

Ciò non toglie che esista una condotta altruistica che fa riferimento a un amore autentico per gli altri esseri viventi e per la natura: la ricerca della quota narcisistica anche nelle azioni umane che sono fonte di bene per la società appare comunque un vezzo che deriva dalla visione freudiana del 1914. Occorre puntualizzare che non tutto il dare può essere ricondotto al *narcisismo (PPI)*.

3.0 Il dibattito tra Kernberg e Kohut

Osservando le posizioni divergenti di questi due importanti teorici e clinici della psicoanalisi si può notare quanto Kernberg (1971, 1975, cit.) metta l'accento sul narcisista *grandioso* e quanto Kohut (1966, 1968, cit.) descriva il narcisista *vulnerabile*. L'aver inquadrato e sottolineato un sottotipo in particolare rispetto all'altro contribuisce a influenzare ciascuno dei due sulla prassi terapeutica, fino al punto che la divergenza sull'inquadramento diagnostico diventa tale anche nell'impostazione della psicoterapia. Può essere utile, quindi, presentare il punto di vista di ognuno di loro, limitandoci a prendere in considerazione il tema del *narcisismo*, sapendo però che trascureremo dettagli importanti del loro pensiero e del loro metodo terapeutico, contenuti in testi fondamentali per qualsivoglia psicoterapeuta, soprattutto se di indirizzo psicodinamico.

Per Kernberg, il Sé *grandioso* è una struttura patologica, diversa dal normale narcisismo infantile (secondo Freud). Il Sé *grandioso* esprime in sostanza una difesa patologica dalle relazioni affettive (espressione di un conflitto intrapsichico e interpersonale). Kernberg equipara l'organizzazione narcisistica a quella borderline, assimilandole in base ai seguenti punti riscontrabili nella struttura della personalità:

- Manifestazioni aspecifiche di debolezza dell'Io (scarsa tolleranza affettiva, discontrollo degli impulsi, modesta capacità sublimatoria)
- Scissione
- Diffusione dell'identità
- Esame di realtà intatto (tendenza al pensiero oniroide)

- Patologia delle relazioni interiorizzate

L'unico elemento che differenzia le due organizzazioni (borderline e narcisistica) è la presenza di un *alto funzionamento* e di un Sé *grandioso*, cioè la classica difesa narcisistica che conduce all'identificazione proiettiva: parti di sé svalutate vengono proiettate all'esterno per brillare nel confronto invidioso con l'altro da sé. Kernberg, tenendo conto della Teoria delle Pulsioni, riconosce il Sé *grandioso* come permeato di sadismo che si esprime nel piacere delle vittorie riportate sugli altri, anche quando questo implica l'autodistruzione. Pur condividendo con Freud e Melania Klein l'idea di una pulsione di morte innata che spiegherebbe l'eccesso di aggressività costituzionale nei disturbi di personalità, Kernberg riconosce che il Sé *grandioso* si forma nell'infanzia, anche per via di un caregiver freddo e rifiutante, aggiungendo che la fredda aggressività della madre scatena invidia e odio nel bambino, il quale se ne difende suscitando poi invidia negli altri.

Per Kohut, il punto di partenza per comprendere il *narcisismo* è la carenza del caregiver nella risposta empatica alle necessità del bambino di idealizzare ed esprimere un Sé *grandioso*. La mancata empatia del caregiver contribuisce allo sviluppo di una personalità che rimane inibita e fragile, con la paura continua di essere rifiutata e il terrore di frammentarsi (corrispondente al sottotipo *vulnerabile*). Ne consegue che, a detta di Kohut, i pazienti hanno bisogno di quella comprensione empatica venutagli a mancare nell'infanzia. Il terapeuta, quindi, dovrebbe rendersi disponibile all'idealizzazione che precede la cosiddetta *interiorizzazione trasmutante*, ottenuta con la *frustrazione ottimale*¹⁰. L'approccio di Kohut è una reazione alla posizione rigida degli psicoanalisti classici, e in particolare al concetto di *narcisismo primario*. La risposta empatica da sola, però, rischia di essere un antidoto generico del fallimento dello sviluppo, che trascura i fallimenti motivati dalla distruttività del paziente (innata o acquisita che sia). A differenza di Kohut, Kernberg pensa che quella del primo sia terapia di sostegno e non psicoanalisi, per cui propone un altro approccio mettendo al centro l'interpretazione con la *Transference-Focused Psychotherapy*, ovvero un metodo nel quale l'interpretazione può smobilitare il Sé *grandioso* e l'idealizzazione. L'obiettivo della terapia dovrebbe permettere al paziente (borderline o narcisista) di interiorizzare le esperienze affettive organizzando rappresentazioni di sé e dell'altro da sé.

3.1 Il dibattito Kernberg/Kohut e la PPI

Pur stimando la persona e l'opera di Kernberg, la PPI trova convergenze e divergenze nel confronto con l'impostazione di un autore, il quale, a differenza di Kohut sta nel modello scientifico culturale della PPI. La prima convergenza è sull'approccio clinico che fa precedere l'intervento di psicoterapia da una diagnosi accurata della personalità. Anche il concetto di interiorizzazione è accettabile e compatibile con la formazione dei MOI secondo la Teoria dell'Attaccamento. Per aggiungere e integrare il punto di vista neuroscientifico, la PPI considera l'interiorizzazione il punto di arrivo delle relazioni significative, che si esprime nella *rappresentazione mentale*, ovvero traccia indelebile (simbolica) della relazione con l'altro da sé significativo posta nella memoria autobiografica (ippocampo), collegata alla memoria implicita (presimbolica), prevalentemente collocata nel cervello destro.

Pur condividendo la critica a Kohut sull'uso esclusivo dell'empatia nel setting della psicoterapia, la PPI non condivide il ricorso immediato all'interpretazione di transfert nel lavoro con le persone affette da disturbo borderline o narcisistico. L'articolazione di una *fase empatica* che precede una *fase interpretativa*, secondo un'integrazione che si adatti al caso di

¹⁰ Una sorta di *esperienza emozionale correttiva* (cfr. *Compendio di Psicoterapia*, cit.)

volta in volta, include la metodologia di Kernberg senza trascurare l'importante contributo di Kohut¹¹.

Trasversalità di una componente dei disturbi di personalità

4.0 Il concetto di difesa secondo la PPI

Per introdurre l'utilizzo del concetto di *narcisismo* nella PPI, occorre fare chiarezza sul termine *difesa* e sul significato che assume come dato clinico nell'impianto metodologico di un modello di psicoterapia che si ispira alla psicoanalisi e alle neuroscienze.

Di per sé il concetto di *difesa* è nato all'interno della Teoria delle Pulsioni (A. Freud, 1936), indicando un'azione dell'Io che si protegge dalle rischieste pulsionali dell'Es, rimuovendo le istanze che da esso provengono.

Se adottiamo la Teoria delle Emozioni secondo le neuroscienze (Damasio, 1999), i livelli emotivi possono essere deformati ma non del tutto rimossi, per cui si esprimeranno in forma sdoppiata (per es. tra linguaggio verbale ed espressione facciale). Secondo la Teoria delle Emozioni¹², non ha senso parlare di difese, in quanto l'affiorare di espressioni emotive è involontario e incontrollabile. Il soggetto semmai tende a costituire un Modello emozionale (Me) piuttosto rigido, per scindere le emozioni dai livelli cognitivi, ottenendo un relativo equilibrio basato sull'evitamento. Ciò che si viene a creare non è tanto una dissociazione tra interno ed esterno, quanto un compromesso mentale e comportamentale che spinge il soggetto a gestirsi in modo inautentico. I termini *sdoppiamento* e *polarizzazione* rendono meglio l'idea di una discrepanza tra livelli emotivi e rappresentativi, nonché tra *protomentale* e *pensiero inconscio* e *pensiero verbale* (cfr. *Compendio di Psicoterapia*, cit., pp. 177-200). Più che di *difesa* allora dovremmo parlare di *evitamento*, come se il soggetto avesse delle aspettative catastrofiche e volesse evitare le conclusioni dolorose, e ripetere esperienze traumatiche. In tal caso, è ovvio il ricorso a schemi comportamentali (*falso sé*) e automatismi compulsivi a scopo autoprotettivo. Il *falso sé*, con tutto il corredo di inautenticità, inibizioni ed evitamenti che comporta, fa in modo che il soggetto eviti di incorrere in esperienze dolorose o minacciose per la propria autostima o per la propria fragilità, derivante da uno sviluppo della personalità traumatico¹³.

Seguendo l'impianto diagnostico psicodinamico della PPI, l'uso del termine *difesa* va inteso innanzitutto nel senso della Teoria delle Emozioni e al di fuori del paradigma freudiano, nel seguente modo:

Difesa dissociativa Difesa narcisistica <i>ad alto funzionamento</i>	<i>Sdoppiamento isterico</i> (include tutta l'area nevrotica)
Difesa dissociativa Difesa paranoide Difesa maniacale Difesa narcisistica <i>grandiosa</i>	<i>Polarizzazione borderline</i> (include tutti i disturbi di personalità del DSM-5)
Difesa dissociativa Difesa maniacale Difesa narcisistica <i>vulnerabile</i>	<i>Polarizzazione depressiva</i> (include il disturbo bipolare e i disturbi gravi dell'umore)
Difesa autistica (distacco, anaffettività) Difesa manieristica (<i>ecoprassia, ecolalia</i>)	<i>Frammentazione psicotica</i> (include la schizofrenia e le psicosi croniche)

¹¹ Cfr. capp. 8-11 *Compendio di Psicoterapia*, cit.

¹² Integrata alla Teoria dell'Attaccamento nel modello PPI.

¹³ Sul piano clinico, le conseguenze di un trauma rilevante sullo sviluppo della personalità comportano una deformazione o uno squilibrio (sdoppiamento, polarizzazione, frammentazione) che può rientrare nella generica definizione di *dissociazione* della personalità. L'argomento, alquanto complesso, verrà svolto in un prossimo contributo nel campo della psicoterapia clinica.

In secondo luogo, il concetto di *difesa* si spiega in termini relazionali e non pulsionali, in quanto meccanismo messo in atto al fine di evitare il coinvolgimento affettivo in una relazione.

Pur senza condividere la teoria pulsionale, concordiamo con l'impostazione di Kernberg, il quale colloca il narcisismo su una linea continua che va dai disturbi nevrotici a quelli più gravi. Il Sé *grandioso*, in questo modo, appare come una forma articolata di evitamento nelle relazioni affettive e non è altro che un *falso sé* costituito nel corso dello sviluppo, nascondendo per difesa un Sé fragile e vulnerabile.

4.1 *Sdoppiamento isterico e difesa narcisistica*

Lo *sdoppiamento isterico* scaturisce da una dissociazione, ovvero mancanza di integrazione tra i due sistemi: Attaccamento e Sessualità¹⁴. Fattori traumatici dello sviluppo incidono sul Sistema Attaccamento (attaccamento insicuro) e rallentano o bloccano l'integrazione con il Sistema Sessualità. Il soggetto è capace di vivere relazioni sessuali senza attaccamento, oppure relazioni affettive senza desiderio sessuale (Eagle, 2005, 2011).

Nello *sdoppiamento isterico*, la difesa narcisistica innanzitutto alimenta la difesa dissociativa. Il *narcisismo* in area nevrotica contribuisce quindi ad aumentare la non integrazione tra Sistema Attaccamento e Sistema Sessualità. La fenomenologia corrisponde a quella presentata dal sottotipo del narcisista *ad alto funzionamento* (cfr. 2.3). Si tratta di un ulteriore incremento della *modalità del far finta* (Fonagy, 2001; Allen, Fonagy, 2006; Allen, Fonagy, Bateman, 2008) che può portare a comportamenti esibizionistici ed espressività grandiosa come paravento di insicurezze e angosce. L'alternanza tra modalità assertive ed esibizionistiche e modalità insicure e dipendenti indica quale dei due sistemi comportamentali ha la prevalenza in quel momento, rendendo così dissociata la personalità.



4.2 *Polarizzazione borderline e difesa narcisistica*

La *polarizzazione borderline*, è prodotta dal blocco del processo di mentalizzazione e dalla conseguente scissione tra il livello protomentale in eccesso che emerge nel comportamento sotto forma di affettività non mentalizzata (polo emotivo), e il pensiero inconscio deformato, nel quale un processo di mentalizzazione incompleto ha organizzato rappresentazioni mentali idealizzate (polo idealizzato), che il soggetto ripropone nel reale con la modalità di equivalenza psichica (*identificazione proiettiva*)¹⁵. La difesa narcisistica è sempre presente (con la difesa paranoide e la difesa maniacale) nella *polarizzazione borderline*. Si tratta di una modalità meno

¹⁴ Cfr. capp. 7-9-11 *Compendio di Psicoterapia*, cit.

¹⁵ Idem nota 13.

evidente delle altre due, in quanto si esprime soprattutto nelle relazioni affettive. Il quadro conferma la fenomenologia già evidenziata in psicoanalisi (Freud, Kohut, Kernberg) e riportata in parte nel DSM-5, come *Disturbo narcisistico di personalità*. Mettiamo in evidenza la costituzione di un *falso sé* che si colloca nel polo idealizzato ed è collegato con un *Sé ideale* più o meno violento, a seconda del tipo di funzionamento (alto, basso). La difesa narcisistica nella *polarizzazione borderline* esprime oltre all'aggressività del soggetto anche la sua cultura (*Sé alieno*, frutto dell'alleanza con l'aggressore o figura abusante dello sviluppo), basandosi su credenze personali e sociali, tratte dal rispecchiamento di modelli imitativi (*Sé Onnipotente*). Si tratta di materiale che dal polo idealizzato viene continuamente proiettato all'esterno (*identificazione proiettiva*), nell'ambiente umano e sociale, quasi a costituire la base ideologica e la giustificazione razionale per gli agiti sadici e delle scariche impulsive. Il sottotipo che più corrisponde alla *polarizzazione borderline* è quello del narcisista *grandioso* (cfr. **2.1**), sulla base di un Sistema Attaccamento *disorganizzato*¹⁶.



4.3 Polarizzazione depressiva e difesa narcisistica

Nella *polarizzazione depressiva*, il *protomentale* è in eccesso anche in funzione della vulnerabilità biologica di partenza, ed esprime il risultato dell'interazione natura-ambiente. Il Sistema Attaccamento nella *polarizzazione depressiva* è insicuro/ambivalente ed è presente una introversione costante, tranne nelle fasi di euforia o maniacali, che si esauriscono e riportano il soggetto alla condizione depressiva. Le esperienze di attaccamento del soggetto lo vedono in una posizione nella quale l'insicurezza si esprime con una dipendenza non evolutiva dalle figure significative. A differenza della *polarizzazione borderline*, il soggetto, pur stabilendo legami affettivi stabili, non raggiunge l'autonomia di adattare le sue scelte secondo nuovi modelli operativi. La difesa narcisistica nella *polarizzazione depressiva* porta dunque a una chiusura evolutiva con la permanenza di modelli di attaccamento (MOI) dipendenti e difficoltà di acquisire rappresentazioni mentali evolute di sé e dell'altro da sé.

Dietro il quadro drammatico della depressione, spesso grave, non è insolito intravedere i tratti introversi del narcisista ipersensibile alle critiche, ai tentativi di proporgli una soluzione diversa dal masochismo nelle relazioni interpersonali. Il sottotipo corrispondente è comprensibilmente quello del narcisista *vulnerabile* (cfr. **2.2**). Il soggetto in questione non è disponibile nell'immediato al lavoro di mentalizzazione (*fase interpretativa* della **PPI**) ma staziona a lungo

¹⁶ La matrice dell'attaccamento disorganizzato è ormai ampiamente riconosciuta in una azione traumatica esercitata per molto tempo da parte dei caregiver. Liotti G. e Liotti M. (2019), confermano e documentano l'associazione tra attaccamento disorganizzato infantile e la successiva comparsa di tendenze dissociative della personalità.

nel contesto empatico (*fase empatica* della **PPI**)¹⁷ senza però avvalersene, finché il terapeuta non colga la difesa narcisistica e aiuti il paziente a disattivarla, proponendo innanzitutto se stesso come figura d'attaccamento.

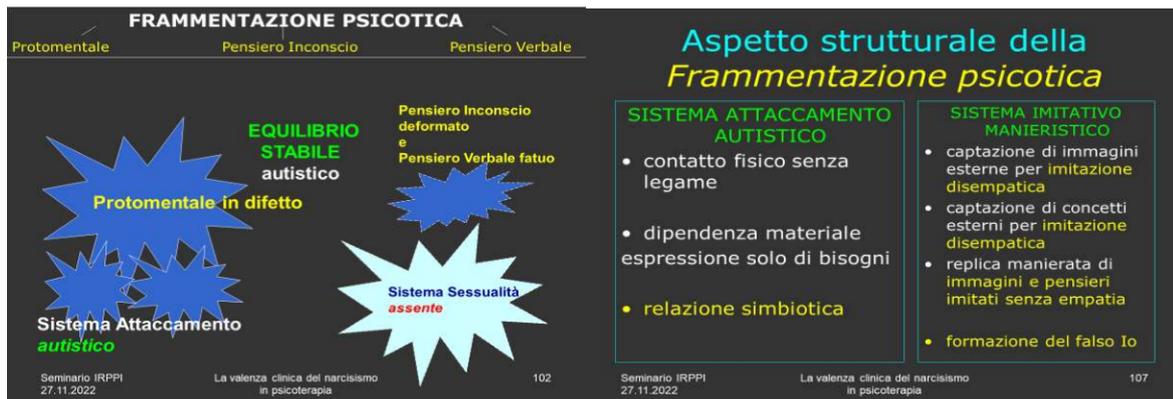


4.4 Frammentazione psicotica e difesa narcisistica

La *frammentazione psicotica* è una condizione strutturale in cui manca assolutamente la polarizzazione. Le dinamiche presenti tra lo psicotico e l'ambiente, e nella mente stessa del soggetto, mancano di quella forte conflittualità che avevamo colto nel borderline

Nella *frammentazione psicotica*, quindi, non osserveremo una polarizzazione, ovvero la scissione della personalità condizionata dai due poli, ma una *realtà à coté* dell'altra (Minkowski, 1927, 1966) o in *doppia contabilità* (Bleuler, 1911), ossia non in contrasto o in competizione tra loro ma compresenti, in forma ambivalente e discordante, creando l'effetto di sovrapposizione che fa apparire strana la persona, come chiusa in uno stato che sembra un sogno ma è solo assenza del contatto vitale con la realtà. L'aspetto strutturale della *frammentazione psicotica* ci presenta, da un lato il Sistema Attaccamento *autistico*, nel quale il soggetto mantiene forme di contatto senza legami affettivi (*identificazione adesiva*, Bick, 1968; Meltzer, 1975), come se rimanesse fissato alla tendenza simbiotica di forme di vita animale. Dall'altro lato c'è il Sistema imitativo manieristico, anch'esso scaturito dalla primitiva condizione infantile, nella quale domina la funzione imitativa di rispecchiamento con l'ambiente. Lo psicotico si mantiene in un equilibrio stabile, fissato in modo completamente astorico e in una prospettiva senza sviluppo. L'equilibrio autistico, **che sarebbe troppo generico e riduttivo definire narcisistico**, infatti, è una degradazione che frammenta l'organizzazione della personalità. L'autismo (Bleuler, 1911, cit.) fa diventare il Sistema Attaccamento un eterno maternage, che si limita alla soddisfazione dei bisogni, e la funzione imitativa una pantomima manierata della relazione intersoggettiva.

¹⁷ Cfr. capp. 8-9 *Compendio di Psicoterapia*, cit.



4.5 Riepilogo *narcisismo* e PPI

Le quattro diagnosi psicodinamiche della PPI includono la componente narcisistica di personalità, che va evidenziata al loro interno negli aspetti strutturali.

Avendo accantonato la Teoria delle Pulsioni e adottato la Teoria dell'Attaccamento, il concetto di *narcisismo* viene espresso meglio dalla dimensione dell'evitamento e dell'ambivalenza.

La difesa narcisistica, secondo l'impostazione intersoggettiva, diventa un modo per qualificare le difficoltà che nelle relazioni interpersonali manifestano i soggetti con un Sistema Attaccamento evitante o ambivalente/resistente.

Andiamo a specificare per ciascuna delle quattro diagnosi, cominciando dalla più grave:

- *Frammentazione psicotica*: la prima cosa da fare è superare la confusione creata dal concetto di "nevrosi narcisistica". Infatti, lo stesso Bleuler, a proposito di schizofrenia parla di *autismo*, che è un riferimento all'autoerotismo che secondo Freud precede lo stadio del *narcisismo* primario. L'essenza dell'*autismo* è quella di essere una relazione simbiotica parassitaria, nella quale il soggetto soddisfa i bisogni senza amare nessuno, nemmeno se stesso. L'amore per se stessi nella personalità sana, appunto, si esprime in parallelo con la relazione affettiva per le figure d'attaccamento.
- *Polarizzazione borderline*: la difesa narcisistica (*narcisismo grandioso*) esprime una carenza di autostima nell'identità della persona, che non riesce a superare la scissione tra polo emotivo e polo idealizzato (Sé alieno, Sé Onnipotente, Sé ideale).
- *Polarizzazione depressiva*: la difesa narcisistica (*narcisismo vulnerabile*) esprime una carenza di autostima nella difficoltà di realizzare la separazione/individuazione dalle figure d'attaccamento, determinando anche qui una scissione tra polo affettivo (dipendente dall'oggetto) e polo idealizzato (Sé ideale, Sé onnipotente).
- *Sdoppiamento isterico*: la difesa narcisistica (*narcisismo ad alto funzionamento*) esprime una carenza di autostima in grado di condizionare l'identità sessuale intesa come condizione adulta e autonoma.

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV. (2013) *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5)*. Cortina, Milano 2014.

- Ainsworth M.D.S. & Wittig B.A. (1969) *Attachment and the exploratory behavior of one-year-olds in a strange situation*. In: Foss, B.M. ed. *Determinants of Infant Behavior*. Vol.4. London: Methuen.
- Ainsworth M.D.S., Blehar M.C., Waters E., Wall S. (1978) *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Erlbaum, Hillsdale (NY).
- Akhtar S. (1989) *Narcissistic Personality Disorder: Descriptive Features and Differential Diagnosis*, in “Psychiatric Clinics of North America”, 12; 505-29.
- Allen, J. G., Fonagy, P. (2006). *La mentalizzazione. Psicopatologia e trattamento*. Il Mulino, Bologna 2008.
- Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A.W. (2008), *La mentalizzazione nella pratica clinica*. Cortina, Milano 2010.
- Balint M. (1952) *L'amore primario*. Cortina, Milano 1991.
- Bick E. (1968) *L'esperienza della pelle nelle prime relazioni oggettuali*. In: “L'osservazione diretta del bambino”. Boringhieri, Torino 1984.
- Bleuler E. (1911) *Dementia praecox o il gruppo delle schizofrenie*. Nuova Italia Sci., Roma 1985.
- Bowlby J. (1969) *Attaccamento e perdita*. Vol. I Boringhieri, Torino 1972.
- Bowlby J. (1973) *Attaccamento e perdita*. Vol. II Boringhieri, Torino 1975.
- Bowlby, J. (1978). *Attachment theory and its therapeutic implications*. In: S.C. Feinstein and P.L. Giovacchini (eds). *Adolescent Psychiatry: Developmental and Clinical Studies*. Vol. 6. New York: Jason Aronson.
- Bowlby, J. (1979). *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Cortina, Milano 1986.
- Bowlby J. (1980) *Attaccamento e perdita*. Vol. III Boringhieri, Torino 1983.
- Bowlby, J. (1982). *Attaccamento e perdita*. Vol. 1: *L'attaccamento alla madre*. (Seconda edizione riveduta e ampliata). Torino: Bollati Boringhieri (1999).
- Bowlby J. (1988) *Una base sicura*. Cortina, Milano 1988.
- Damasio A.R. (1999) *Emozione e Coscienza*. Adelphi, Milano 2000.
- Eagle M.N. (2005) *Attaccamento e sessualità*. Psicoterapia e Scienze umane, XXXIX:2.
- Eagle M.N. (2011) *Da Freud alla psicoanalisi contemporanea*. Cortina, Milano 2012.
- Fairbairn W.R.D. (1952) *Studi psicoanalitici sulla personalità*. Boringhieri, Torino 1970.
- Fonagy P. (2001) *Psicoanalisi e teoria dell'attaccamento*. Cortina, Milano 2002.
- Freud A. (1936) *L'Io e i meccanismi di difesa*. Martinelli, Firenze 1967
- Freud S. (1914) *Introduzione al narcisismo*. OSF 7; 441-472. Boringhieri, Torino 1975.
- Freud S. (1938) *Compendio di psicoanalisi*. OSF vol. 11; 569-634. Boringhieri, Torino 1979.
- Gabbard O.G., Crisp H. (2018) *Il disagio del narcisismo*. Cortina, Milano 2019.
- Gabbard O.G. (1989) *Two Subtypes of Narcissistic Personality Disorder*, in “Bull. Menninger Clinic”, vol. 53; 527-32.
- Holt R.R. (1989) *Ripensare Freud*. Bollati Boringhieri, Torino 1994.
- Jacobson E. (1964) *Il Sé e il mondo oggettuale*. Martinelli, Firenze 1974.
- Kernberg P. (1971) *The Course of Analysis of a Narcissistic Personality with Hysterical and Compulsive Features*. J. Am. Psychoanal. Ass. vol. 19, 451-471.
- Kernberg P. (1975) *Sindromi marginali e narcisismo patologico*. Bollati Boringhieri, Milano 1978.
- Klein, M. (1946). *Note su alcuni meccanismi schizoidi*. *Scritti 1921-1958* (p. 417). Bollati Boringhieri, Torino.
- Kohut H. (1966) *Forms and Transformations of Narcissism*. J. Am. Psychoanal. Ass. vol.13.

- Kohut H. (1968) *The Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders*, “The Psychoanalytic Study of the Child”, vol 23.
- Lago G. (2016) *Orientamento diagnostico in psicoterapia* (cap. 7) in “Compendio di Psicoterapia”. FrancoAngeli, Milano.
- Lago G., a cura di (2016) *Compendio di Psicoterapia*. FrancoAngeli, Milano.
- Liotti G., Liotti M. (2019) Riflessioni su alcuni contributi alla psicotraumatologia contemporanea alla luce della critica di Janet e Freud. In *Riscoprire Pierre Janet*, a cura di G. Craparo, F. Ortu e O. van der Hart, FrancoAngeli, Milano.
- Meltzer D. (1975) *L'identificazione adesiva*, in “La comprensione della bellezza”. Loescher, Torino 1981.
- Main M. (1981) *Avoidance in the service of attachment: A working paper*. In: Immelman, K., Barlow, G.W., Petrinovich, L., & Main, M. (a cura di). “Behavioral Development: The Bielefeld Interdisciplinary Project”. Cambridge University Press, New York.
- Main M. (1991) *Conoscenza metacognitiva, monitoraggio metacognitivo e modello di attaccamento unitario (coerente) vs modello di attaccamento multiplo (incoerente): dati e indicazioni per la futura ricerca*. In: Parkes, C.M., Stevenson, Hinde J., & Marris P. “L’attaccamento nel ciclo della vita”. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore (1995).
- Minkowski E. (1927) *La schizofrenia*. Einaudi, Torino 1998.
- Minkowski E. (1966) *Trattato di psicopatologia*. Feltrinelli, Milano 1973.
- Publio Ovidio Nasone, *Metamorfosi*. Einaudi, 2015.
- Rosenfeld H. (1964) *On the Psychopathology of Narcissism*. Int. J. Psycho-Anal., vol. 45, 332-37.
- Rosenfeld H. (1987) *Comunicazione e interpretazione*. Bollati Boringhieri, Torino 1989.
- Russ E., Shedler J., Bradley R. et al. (2008) *Refining the construct of narcissistic personality disorder: Diagnostic criteria and subtypes*, in Am. J. Psychiatry, vol. 165; 1473-1481.