

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata
(FISPPA)**

**Corso di Laurea Magistrale in
PSICOLOGIA CLINICO-DINAMICA**

Tesi di Laurea Magistrale

IL DISTURBO NARCISISTICO DI PERSONALITÀ: DAL MITO ALLA DIAGNOSI PSICOANALITICA CON UNO SGUARDO ALLE NEUROSCIENZE

**Narcissistic Personality Disorder: from myth to psychoanalytic diagnosis
with a look at neuroscience**

Relatore

Prof. Enrico Mangini

Correlatrice esterna

Prof.ssa Arianna Palmieri

Laureanda

Serena Sciegli

Matricola 2050511

Anno Accademico 2022/2023

INDICE

ABSTRACT.....	III
1 LA DIAGNOSI DI DISTURBO NARCISISTICO DI PERSONALITÀ	1
1.1 LUCI E OMBRE DELLA DIAGNOSI.....	1
1.1.1 La diagnosi in quanto processo diagnostico	1
1.1.2 La diagnosi psicoanalitica	2
1.1.3 La diagnosi psicoanalitica come narrazione a due voci.....	5
1.1.4 Transfert e controtransfert nel processo diagnostico.....	7
1.1.5 La personalità dell'individuo incontra i sistemi diagnostici	9
1.2 LE DIAGNOSI DI DISTURBO NARCISISTICO DI PERSONALITÀ.....	12
1.2.1 Dal DSM V al PDM II	12
1.2.2 La descrizione psicodinamica/psicoanalitica del DNP	15
2 LE NEUROSCIENZE E IL DISTURBO NARCISISTICO DI PERSONALITÀ	19
2.1 L'APPROCCIO EMBODIMENT.....	19
2.2 REVIEW SISTEMATICA DELL'ATTUALE LETTERATURA NEUROSCIENTIFICA	25
2.2.1 Obiettivi di ricerca	25
2.2.2 Metodi.....	25
2.2.2.1 Strategia di ricerca	25
2.2.2.2 Screening ed eleggibilità	27
2.2.2.3 Processo di estrazione dei dati.....	29
2.2.3 Risultati.....	29
2.2.4 Discussione	38
2.2.5 Limiti e conclusioni.....	44
3 LA STORIA DEL NARCISISMO	47
3.1 IL MITO DI NARCISO DALLE METAMORFOSI DI OVIDIO	47
3.2 IL NARCISISMO FINO A FREUD.....	49
3.2.1 La nascita del concetto: dalla terminologia psichiatrica a quella psicoanalitica	49
3.2.2 Gli utilizzi del termine nella teorizzazione freudiana	51
3.2.2.1 Il narcisismo di Leonardo da Vinci.....	51
3.2.2.2 Autoerotismo e narcisismo primario	52

3.2.2.3	Narcisismo e relazioni oggettuali: libido oggettuale e libido narcisistica	54
3.2.2.4	La scelta oggettuale narcisistica: interconnessioni tra narcisismo e vita amorosa.....	55
3.2.2.5	Il narcisismo secondario.....	57
3.2.2.6	L'Ideale dell'lo e l'avvento della seconda topica: il narcisismo in relazione ad una definizione strutturale dell'lo	58
3.2.2.7	Il sentimento di sé: narcisismo e autostima	61
3.2.3	Il narcisismo sano come punto cardine della teorizzazione freudiana	62
3.3	IL NARCISISMO POST-FREUDIANO.....	64
3.3.1	Il narcisismo primario.....	64
3.3.1.1	La formazione dell'lo: Winnicott e Lacan	64
3.3.1.2	Il narcisismo sano e la formazione del Sé: la teoria di Kohut.....	68
3.3.2	Il narcisismo primario assoluto.....	71
3.3.2.1	Grunberger e lo stato elazionale	71
3.3.2.2	Ferenczi e il desiderio di ritorno nel grembo materno	74
3.3.3	Il narcisismo secondario	76
3.3.3.1	Melanie Klein e le relazioni oggettuali narcisistiche	76
3.3.3.2	Rosenfeld: il narcisismo distruttivo	79
3.3.3.3	Kernberg: il Sé grandioso patologico.....	82
3.3.4	Narcisismo primario, primario assoluto e secondario nella prospettiva di Green	83
3.4	UNA NUOVA PROSPETTIVA	87
3.4.1	La mancanza di sano narcisismo.....	87
3.4.2	Rivisitazione del mito di Narciso	89
4	DALL'IO AL NOI: LO STALLO NARCISISTICO E L'INCONTRO CON IL MONDO OGGETTUALE	91
4.1	SIAMO TUTTI NARCISISTI	91
4.2	... ANCHE LA SOCIETÀ.....	93
4.3	IL RAPPORTO CON L'ALTRO-DA-SÈ.....	95
4.3.1	Il vuoto narcisistico, il bisogno di oggetti-Sé e l'idealizzazione	95
4.3.2	La scelta oggettuale e il terrore della differenza.....	96
4.3.3	Un esempio letterario: Tomáš e il dolore di Tereza.....	98
4.4	QUANDO LO SPECCHIO VA IN FRANTUMI: IL NARCISISTA IN ANALISI.....	101
4.5	INCONTRARE L'ALTRO.....	104
	BIBLIOGRAFIA.....	110

ABSTRACT

Quella di Disturbo Narcisistico di Personalità (DNP) può essere considerata una delle diagnosi più difficili da afferrare e da declinare in un insieme di criteri sintomatologici. Nata da un mito prima, e da una moltitudine estremamente varia e poliedrica di teorizzazioni poi, è infine confluita nei sistemi diagnostici attualmente utilizzati (DSM-V e PDM-II).

Il PDM-II è il manuale diagnostico che promuove l'approccio psicoanalitico alla diagnosi, discostandosi da un diffuso riduzionismo nosografico che rischia di ridurre il Disturbo a una lista di sintomi con qualità essenziali. Il suo contributo più prezioso alla comprensione del Disturbo Narcisistico di Personalità consiste nell'introduzione della concezione dimensionale della psicopatologia, che si traduce nell'idea che esista un continuum salute-malattia che caratterizza il narcisismo, dalla sua forma sana ed evolutiva sino alle sue manifestazioni disfunzionali. Tale concezione nasce dall'importante scoperta freudiana che i sintomi rappresentino semplicemente manifestazioni ingigantite di fenomeni quotidiani, presenti nella vita psichica di ognuno e dalle successive teorie psicoanalitiche, che hanno studiato il narcisismo a partire dall'importanza del suo ruolo nello sviluppo psichico.

Il lavoro qui presentato si propone di tracciare un disegno il più univoco e completo possibile del Disturbo Narcisistico di Personalità e della sua diagnosi, adottando una posizione di pluralismo esplicativo che evidenzia come il dialogo tra discipline risulti non solo auspicabile, ma necessario, pur nella consapevolezza del duplice rischio di riduzionismo e di determinismo.

Con uno sguardo alle neuroscienze e uno al mito viene presentato, secondo l'approccio psicoanalitico, l'individuo che tende più a rappresentare tale Disturbo e ne vengono sottolineate le mancanze e le difficoltà relazionali come principale nucleo e indicatore diagnostico.

La revisione sistematica della letteratura neuroscientifica attuale, proposta nell'elaborato, permette di individuare un possibile correlato neurale del Disturbo Narcisistico di Personalità e di integrare l'accurata descrizione psicoanalitica del Disturbo con risultati eziopatogenetici neurofisiologici che ne mostrino un assetto morfo-funzionale preferenziale; ma anche di cogliere, partendo dai limiti di tale lavoro, l'instabilità di tale corrispondenza.

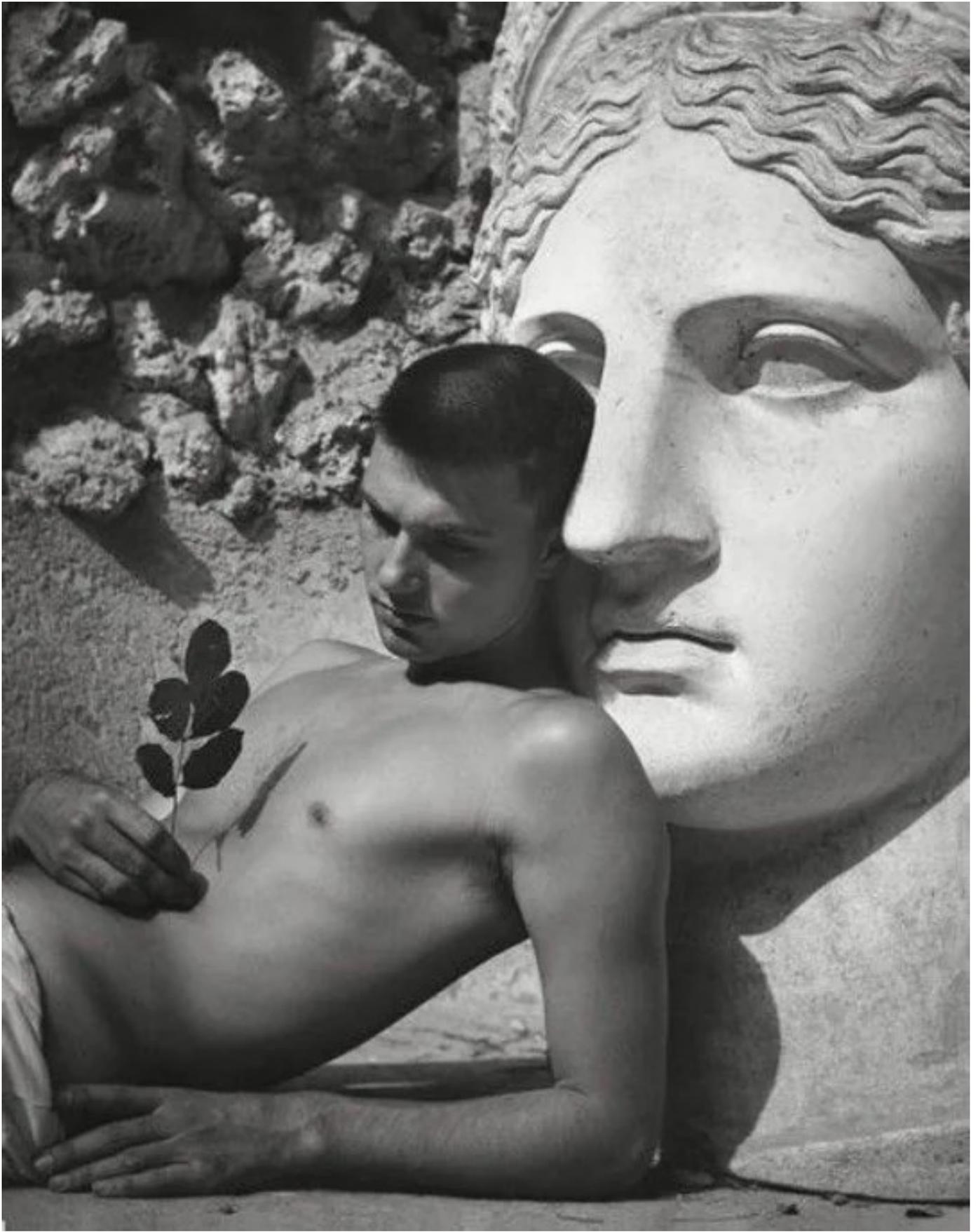


Figura 1: Herbert List, Roma, 1949.

1 LA DIAGNOSI DI DISTURBO NARCISISTICO DI PERSONALITÀ

“Noi non vogliamo semplicemente descrivere e classificare i fenomeni, ma concepirli come indizi di un gioco di forze che si svolge nella psiche, come espressione di tendenze orientate verso un fine che operano insieme o l’una contro l’altra. Ciò che ci sforziamo di raggiungere è una concezione dinamica dei fenomeni psichici.”

Freud (1915-1917), *Introduzione alla psicoanalisi*

1.1 LUCI E OMBRE DELLA DIAGNOSI

1.1.1 La diagnosi in quanto processo diagnostico

L’etimologia del termine “diagnosi” (letteralmente: *conoscenza in progresso*) rimanda al processo (*dia*) per mezzo del quale si arriva alla conoscenza (*gnosis*), in questo caso l’identificazione del funzionamento psichico di un individuo e, allo stesso tempo, al nome che si attribuisce a tale funzionamento.

Quando tentiamo di comprendere e descrivere il Disturbo Narcisistico di Personalità, accettiamo di ritrovarci nella contraddizione di tentare di dare una forma a qualcosa che un nome già lo ha, e che quindi è già “qualcosa”. Ma è un qualcosa che risulta difficile racchiudere in un’etichetta, qualcosa di misterioso, su cui non possiamo fare altro che continuare a raccontare e discutere, con la ricerca, con la clinica, con la letteratura.

E allora la diagnosi come nome statico (“il Disturbo Narcisistico di Personalità”) non può bastare: occorre fare uso di un processo dinamico, che si dispieghi nel tempo e tra i tempi del paziente: “il diagnosticare”. La diagnosi deve essere un processo conoscitivo, che nasce e cresce in continuità con lo sviluppo del processo terapeutico, da inserire in tale processo come una sintesi provvisoria che prelude a un’espansione.

Karl Jaspers diceva che “la diagnosi deve essere l’ultima preoccupazione dello psicopatologo” (1913, pp.22), ovvero che non deve occludere precocemente il processo espansivo, addormentando ogni ulteriore possibilità di conoscenza e divenendo così un ostacolo alla relazione terapeutica (Rossi Monti, 2008). È necessario che la capacità di stupirsi del clinico di fronte alla moltitudine

psichica e contraddittoria di ogni paziente rimanga viva. E perché ciò accada, è necessario avere la capacità di “sopportare”, di rimanere nell'incertezza e nell'angoscia dell'indefinito, che, quando non tollerata, brama confini e definizioni.

Se per ogni essere umano le diagnosi sono “gli strumenti della vita con i quali il vivente è obbligato a confessarsi mortale” (Canguilhem, 1974, pp.64), dal momento che grandi e piccole diagnosi accompagnano le nostre esistenze e non c'è storia di vita che non ne sia attraversata, da clinici può risultare più semplice trasformare tale prova di mortalità in uno strumento di forza e onnipotenza, nella pericolosa convinzione di riuscire a dare un nome, e di conseguenza a definire, ogni sofferenza psichica.

1.1.2 La diagnosi psicoanalitica

Dopo secoli in cui la malattia mentale aveva trovato riconoscimento esclusivamente in una visione magica, religiosa o legata alla demonologia, nel corso del Diciannovesimo secolo si giunse sempre di più a considerare la follia come espressione di una malattia.

A partire da questo cambio di prospettiva, nacque l'esigenza di definire la molteplicità dei quadri morbosi, che condusse alla produzione di una grande mole di ricerche, inizialmente confluite negli scritti dello psichiatra tedesco Emil Kraepelin (1856-1926) e in quelli di Sigmund Freud (1856-1939). Da questi primi tentativi di descrivere, caratterizzare e sistematizzare la psicopatologia, si sono venuti a creare nel corso del tempo tre distinti approcci alla salute mentale nei suoi aspetti conoscitivo-diagnostici: quello psicometrico, quello psichiatrico e quello psicoanalitico.

La psicometria, mediante l'impiego di test, questionari e interviste, valuta l'individuo considerando diverse dimensioni, con l'obiettivo di misurare il funzionamento della personalità. Queste dimensioni non si concentrano sull'analisi di casi specifici, ma mirano a raggiungere una conoscenza nomotetica, cioè l'identificazione di leggi (*nomos*) e modelli che caratterizzano e accomunano il funzionamento delle persone in diverse situazioni.

D'altra parte, la tradizione psichiatrica si propone di associare la diagnosi alla prognosi e a un trattamento specifico; anche la diagnosi psichiatrica si basa

sulla conoscenza nomotetica, grazie all'identificazione di un insieme di criteri che devono essere soddisfatti perché si possa effettuare una diagnosi. Il disturbo viene concepito come un insieme di tratti o caratteristiche stabili, e le categorie diagnostiche sono distinte qualitativamente, separate tra loro e mutuamente esclusive.

Il terzo approccio è quello della diagnosi psicoanalitica.

Fausto Petrella, nel suo lavoro *Nosologia e psicoanalisi* (1989), dimostra come già Freud (1892-1897), pur manifestando un interesse per la nosologia psichiatrica, abbia presto evidenziato l'incompatibilità tra l'approccio classificatorio e descrittivo della psichiatria e la sua concezione dinamica e mobile del funzionamento mentale. A questo proposito, Westen, Gabbard e Blagov (2006) evidenziano come egli abbia presto maturato la convinzione che non sia possibile comprendere i sintomi dei pazienti isolati da ciò che viene definito carattere, o struttura di personalità. D'altra parte, con la nascita della psicoanalisi si consolida progressivamente la convinzione che i sintomi rappresentino semplicemente amplificazioni di fenomeni quotidiani, manifestazioni ingigantite di fenomeni presenti nella vita psichica di ognuno, e si passa così dalla concezione di nevrosi sintomatica, intesa come un'entità patologica relativamente isolata, al concetto di nevrosi di carattere (Reich, 1933), che rappresenta una patologia che permea l'intera personalità.

Con la psicoanalisi, quindi, a partire da un approccio osservativo e relazionale del tutto inedito, la storia della psicopatologia e del concetto di diagnosi evolve dalla psichiatria alla psichiatria dinamica, fino alla psicologia dinamica; quest'ultima critica alla diagnosi psichiatrica la tendenza a definire il sintomo con qualità essenziali, senza essere in grado di andare oltre, pur riconoscendole il merito di aver individuato la necessità di tale riduzionismo.

L'approccio psicoanalitico, al contrario di quello psichiatrico, si basa sulla conoscenza idiografica, che si concentra sulle peculiarità uniche di ogni individuo (*idios*), sulle sue specificità e irripetibilità, che si manifestano attraverso processi consci e inconsci, e considera le diverse entità patologiche come deviazioni quantitative di un continuum relativo alla personalità, alla percezione, alla cognizione, all'umore e ad altre caratteristiche, assumendo come riferimento le teorizzazioni di Freud e degli psicoanalisti che lo hanno seguito.

La diagnosi utilizzata in psicoanalisi si rivolge quindi allo studio della personalità, che si basa sull'idea che alcuni tratti del nostro modo di pensare, di fare esperienza e di comportarci tendono a riproporsi e a rimanere relativamente stabili e che considera la personalità l'insieme di caratteristiche non casuali, il cui modo di integrarsi, e quindi anche di frammentarsi, risponde a percorsi talvolta indecifrabili, che è possibile descrivere e ricondurre a modelli più generali; Freud ne parlava come di un cristallo che si rompe lungo alcune linee specifiche.

Pertanto, il tema della diagnosi si iscrive nel modello psicoanalitico del funzionamento della mente, che non si limita semplicemente a descrivere e classificare i fenomeni, ma li concepisce come indizi di un complesso gioco di forze che si svolge nella psiche, come espressione di tendenze orientate verso uno scopo, che operano insieme o l'una contro l'altra, giungendo ad una concezione dinamica dei fenomeni psichici.

La diagnosi in psicoanalisi include diversi livelli:

- dinamico (considera i processi mentali come risultato dell'interazione di forze che possono essere in conflitto tra loro);
- economico (tiene conto della quantità e l'intensità di tali forze);
- topografico o strutturale (analizza le diverse parti dell'apparato psichico coinvolte nei vari processi psichici);
- evolutivo o genetico (valuta il continuum del ciclo di vita a partire dall'infanzia);
- contestuale/adattativo (considera il contesto sociale e ambientale con cui l'individuo interagisce e si adatta).

Se la diagnosi psichiatrica si concentra sulla valutazione del grado attuale di sintomatologia, fotografando in tempo reale quanto i criteri stabiliti si rispecchino nell'individuo, nella diagnosi psicoanalitica il livello evolutivo acquista particolare rilevanza. L'approccio psicoanalitico ritiene infatti che la matrice della salute e della malattia psichica sia rintracciabile nelle esperienze infantili, le quali vengono riattualizzate nelle relazioni, in particolare in quella con lo psicoanalista, riproponendo instancabilmente la struttura e il funzionamento psichico dell'individuo, in particolare nella sua dimensione inconscia.

Individuare le sfide evolutive che caratterizzano un paziente rende chiaro il valore che nella pratica clinica ha la valutazione dei livelli di organizzazione della personalità, valore messo in luce dalla diagnosi psicoanalitica. Storicamente, gli analisti hanno infatti concepito il funzionamento mentale lungo un continuum salute-malattia, che va dal funzionamento più sano a quello più disturbato, con differenze di livello che aumentano gradualmente formando tre categorie: l'organizzazione di personalità nevrotica, quella borderline e quella psicotica, in base al livello evolutivo raggiunto e alle peculiari caratteristiche dello stile difensivo.

La diagnosi psicoanalitica ci mostra che la sofferenza ha un suo significato, che può venire deformato o occultato dal sintomo, che ogni individuo va guardato in relazione alla sua storia e al suo contesto e che solo tenendo conto di queste diverse estensioni si può arrivare a una comprensione integrata di una persona e del suo funzionamento. Ci mostra che la malattia descritta e la persona che ne soffre non coincidono e che la nosografia psichiatrica non è sufficiente per rappresentare la realtà clinica, poiché ogni disturbo psichico è anche metafora e rappresentazione personale, immaginario individuale.

Tali presupposti insegnano che nel fare diagnosi occorre navigare tra i significati e le mitologie che ogni sofferenza porta con sé, nelle sue implicazioni bio-psico-sociali, ovvero nella necessità di comprenderla nel suo costante confronto con il corpo, con il mondo esterno e con il limite estremo: la morte.

1.1.3 La diagnosi psicoanalitica come narrazione a due voci

Con la diagnosi psicoanalitica si differenzia il processo del diagnosticare dalla diagnosi come “verdetto”, superando il concetto di staticità sia in termini categoriali che temporali (Westen, Gabbard & Blagov, 2006).

La psicoanalisi ci permette infatti di parlare di processo diagnostico e il “diagnosticare psicoanalitico” rende la diagnosi la fine di un processo di per sé interminabile, che nasce e procede nella relazione: l'analista, pur passando da momenti di riduzione e sintesi fondamentali per il processo conoscitivo – in cui il paziente è qualcosa che gli sta di fronte in un rapporto “lo-ciò” – sente e

conosce l'Altro nella relazione "Io-Tu", passando dall'"avere qualcosa di fronte" all'"essere con Qualcuno".

In questo modo, è come se la psicoanalisi stessa divenisse pioniera dell'anamnesi psichiatrica, grazie al materiale acquisito durante la psicoterapia e grazie a un tipo di diagnosi che non riguarda tanto il disturbo in sé (come quella presentata nel DSM, con una netta focalizzazione dell'attenzione sui sintomi osservabili), quanto la persona che vive quel disturbo, il suo vissuto soggettivo, le sue parole e la relazione (reale e non) con l'analista.

Se la psichiatria tende a fotografare il paziente in un certo momento della sua storia e a fare un esame accurato di quella situazione, lo psicoanalista è invece specialista nella raccolta dei dati anamnestici, che si sommano, modificandosi, durante il procedere dell'analisi. Risulta allora fondamentale, come sosteneva Winnicott (1959), ascoltare l'ambiente che i pazienti raccontano, con le sue anomalie, e il momento dello sviluppo dell'individuo in cui il fallimento ambientale ha portato ad una distorsione nella struttura della personalità.

Siccome la pratica clinica è fatta di racconti, la malattia non può che essere una storia, e la diagnosi soltanto un tentativo di dare una trama ad eventi apparentemente non collegati. Per questo motivo, solo la psicoterapia può essere vista come la vera totalità dell'anamnesi, in grado di dare forma alla sofferenza attraverso una narrazione a due voci. Il sintomo che il paziente riferisce al medico non è solo informazione diagnostica, ma permette l'accesso a verità che rimarrebbero altrimenti escluse dalla coscienza, generando così ricordi, sogni e fantasie che parlano dell'unicità della persona, al di là di categorie nosografiche definite.

Pur ipotizzando una diagnosi, il clinico rimane nel processo anamnestico-diagnostico durante tutto il corso della terapia, permettendo a tale diagnosi di avere le sue aree insature, di realtà o di illusione; poiché è soltanto nel procedere dell'analisi che diviene possibile l'esplorazione dell'unicità delle storie personali e delle strutture difensive e di personalità, grazie al loro ripresentarsi in forma ripetitiva, ma sempre nuova, all'interno della relazione terapeutica.

L'unico modo per rendere la diagnosi uno strumento terapeutico, al di là delle difese di chi cura e dell'angoscia di chi è curato, è quello di renderla un momento di conoscenza e di incontro, al servizio del paziente. Ogni interpretazione che funga anche da restituzione diagnostica deve essere un

momento in cui il clinico, come il poeta, menziona le “cose sconosciute”, ne intuisce la “forma definitiva” e dà all’“aereo nulla un luogo in cui abitare e un nome” (Shakespeare).

Ogni intervento terapeutico deve allora conoscere i tempi del paziente e la sua disponibilità ad accoglierlo, in un movimento che dà forma, contiene e allo stesso tempo rompe la voce, il silenzio o il grido di ogni “malato”.

1.1.4 Transfert e controtransfert nel processo diagnostico

Freud sosteneva la necessità dell’atto diagnostico: “Concedo, anzi no: esigo che il medico, in ogni caso per cui si può trattare di un’analisi, faccia la diagnosi” (Freud, 1926). Senza dunque dimenticare che la diagnosi è un momento fondamentale della cura, tale atto, dalla sua costruzione scientifica alla sua formulazione clinica, fino alla sua diffusione sociale, deve svolgersi nel modo più libero possibile. Come scriveva Louis Borges: “non c’è classificazione dell’universo che non sia arbitraria e congetturale”, eppure questo “non può dissuaderci dal tracciare disegni umani, anche se li sappiamo provvisori”.

Non è dunque dalla diagnosi in quanto tale che ci dobbiamo difendere, ma dal suo cattivo uso e dal rischio di isolare il processo diagnostico dalla conoscenza del paziente e dall’adeguatezza dei nostri interventi.

La tentazione del clinico di definire il paziente, vestendolo con un’etichetta diagnostica, e i rischi che ne scaturirebbero nascono in molti casi dalle senso-percezioni e dai pensieri/emozioni riconducibili ai fenomeni transferali e controtransferali scatenati dall’analisi psicoanalitica.

Così come per il paziente il percorso analitico e l’analista stesso divengono spazi emotivamente invadenti e, con il transfert, determinano il riemergere o il nascere di fantasie, difese e spinte intrusive, similmente anche l’analizzato si infila nello spazio psico-emotivo dell’analista, influenzando così il suo controtransfert.

Può allora accadere che l’analista, colto dall’angoscia (dal fastidio, dalla noia, dal timore...) che certi funzionamenti psichici possono provocare incontrando a loro volta la sua psiche, tenda inconsciamente ad affrettarsi nella ricerca di una diagnosi, la cui chiarezza gli garantisca una direzione terapeutica precisa e rassicurante.

L'analista che si preoccupa troppo di stabilire una diagnosi per il suo paziente, subendo così la necessità di adottare le strategie terapeutiche che ne derivano, fagocita letteralmente l'analizzato, imprigionandolo in un punto di vista limitativo e predeterminato. Ciò porta inevitabilmente al rischio di indirizzare il percorso terapeutico, tanto da non permettere che nuovi elementi portati dal paziente lo amplino e ne modifichino la direzione, nonché eliminando la capacità/possibilità dell'analista di rimanere nell'incertezza e nella vastità dell'indefinitezza che la relazione analitica porta con sé. Inoltre, una diagnosi stabilita troppo presto o con troppa rigidità può portare all'emergere di resistenze da parte dell'analizzato nei confronti dell'analista, che potrebbero essere la conseguenza non tanto della riproduzione di conflitti infantili nel transfert, quanto del fatto che l'analizzato stesso avverte il controtransfert dell'analista come artificiale e stereotipato.

Da un lato è allora fondamentale riconoscere e, in certi casi, frenare le spinte controtransferali dell'analista, ma dall'altro sono proprio le stesse dinamiche controtransferali che lo dominano a permettergli di comprendere a fondo il paziente con cui si trova, sentendolo e potendolo descrivere attraverso di esse. Il coinvolgimento di tutti i sentimenti che l'analista prova e la sua "risposta emozionale" sono uno strumento essenziale di ricerca e di diagnosi per esplorare le qualità e l'uso delle relazioni inconsce del paziente nell'hic et nunc. "Il controtransfert dell'analista non è solamente parte integrante della relazione analitica, ma è creazione del paziente, è [una] parte della sua personalità" (Heimann, 1950, pp.132), che l'analista deve accogliere con sensibilità e recezione di natura estensiva e mobile ed elaborare, sapendolo distinguere dal proprio transfert.

Accanto all'oggettivazione del vissuto, transfert e controtransfert assumono quindi un valore diagnostico specifico, divenendo i pilastri della valutazione psicoanalitica, molto più che in altre forme di diagnosi, basate sulla ricerca di corrispondenze e su una comprensione esclusivamente astratta e intellettuale.

Secondo questo approccio, è importante che l'analista colga le modalità con cui egli stesso viene vissuto dal paziente, l'identificazione proiettiva con cui si declina la relazione, la comunicazione verbale e non verbale che si stabilisce nella coppia.

L'esplorazione dello stato mentale dell'analista, indotto in parte dall'identificazione proiettiva del paziente, ma anche le risposte inconscie personali dell'analista che interferiscono nella sua comprensione, consentono l'accesso all'attualità delle emozioni, strumenti diagnostici essenziali.

1.1.5 La personalità dell'individuo incontra i sistemi diagnostici

Come sosteneva Freud e come è stato messo in luce nei paragrafi precedenti, classificare la personalità è uno sforzo necessario, ma è anche una missione impossibile, dal momento che è nell'istante stesso in cui tracciamo una linea, un disegno appunto, che la sappiamo provvisoria e mai definitiva.

Una vera diagnosi deve essere sempre figlia di un tormento clinico, che nasce tra generalità e unicità e per questo necessita di un sistema diagnostico, che sia il versante obiettivo e generale che la soggettività del paziente incontra. Tale sistema diagnostico dovrebbe proporsi di organizzare le ipotesi nate dalla pratica clinica e le suggestioni della diagnostica tradizionale in un sistema coerente e relativamente integrato, che possa essere impiegato per la diagnosi clinica.

Come è noto, dall'inizio degli anni Ottanta si afferma il diagnosticismo psichiatrico, con la serie dei DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, APA) e degli ICD (International Classification of Diseases, OMS), considerati le classificazioni "figlie del movimento neo-Kraepeliniano", il quale dà vita ad una moderna concezione diagnostica.

Questo tipo di diagnosi è determinante per la costituzione della psichiatria come disciplina scientifica autonoma, collocata nell'ottica medica, e ha i suoi innegabili pregi, in primis quello dell'operazionalizzazione e della semplificazione dei dati clinici; tuttavia, si tratta di una nosografia descrittiva, nella quale "la sofferenza psichica viene organizzata secondo criteri di parcellizzazione e viene confezionata in dettagliati elenchi di sintomi e caratteristiche" (Carretti & Shimmenti, 2011, pp.7) e in cui è evidente il continuo abbassamento delle soglie diagnostiche e l'aggiunta di nuovi disturbi spesso considerati inutilmente patologizzanti.

Il sistema diagnostico psichiatrico è inoltre caratterizzato dalla scarsa coincidenza tra le categorie diagnostiche e la variabilità della psicopatologia,

che si manifesta in quadri sfumati, complicati, complessi e interconnessi; dal fenomeno dell'“overlapping”, cioè dalla sovrapposizione di doppie o triple diagnosi in riferimento a una medesima situazione individuale; e da valenze spersonalizzanti e di etichettamento del paziente.

A partire dalle critiche mosse alla diagnosi psichiatrica, alla fine del secolo scorso inizia il movimento degli psicoanalisti per creazione di un diagnosticismo subalterno, che sottolinei come “non si può separare il sintomo dalla persona in trattamento” (Westen, Gabbard & Blagov, 2006, pp.87) e come, per comprendere e trattare i problemi del paziente, sia necessario conoscere anche l'individuo che si trova ad affrontarli. “Abbandonata l'impostazione descrittivo-classificatoria, il momento diagnostico viene sempre più a coincidere con un porsi in relazione. L'osservatore non può più fondarsi unicamente sul guardare e capire in maniera impersonale o asettica l'oggetto di conoscenza; infatti, la diagnosi dipende strettamente (...) dalla sua capacità [del clinico] di mettersi in contatto con i processi inconsci sottostanti alla comunicazione del paziente e dalla sua capacità di sentire dentro di sé la condizione sperimentata dall'altro (Sarno & Carretti, 1999, pp.10).

La classificazione psicoanalitica della personalità, con la creazione del PDM (Manuale Diagnostico Psicodinamico, 2006), tenta di fare esattamente questo: di descrivere la persona a partire da modelli clinici, quindi dall'incontro con essa, laddove il DSM crea una lista di sintomi che descrivono il disturbo al di là di tale incontro. Il Manuale psicodinamico approfondisce sia il vissuto personale e assolutamente soggettivo dei sintomi da parte del paziente, sia le risposte emotive del clinico che più frequentemente tendono a manifestarsi più frequentemente nel corso del trattamento. Non descrive una tassonomia di disturbi, bensì una tassonomia di individui che presentano un disturbo, facendo della personalità non qualcosa che la persona “ha”, ma qualcosa che la persona “è”; il tutto alla luce di quelle caratteristiche dimensionali-inferenziali-contestuali e biopsicosociali proprie dell'approccio psicoanalitico. Se il DSM propone dei cluster di sintomi evitando qualsiasi attribuzione di significato, con il preciso intento di rimanere ateorico, il PDM si colloca esplicitamente all'interno della cornice teorica psicoanalitica, con l'intento di ascrivere significati ai fenomeni osservati e descritti, dopo averli identificati e formulati. Rispetto al DSM, che ha un impianto di tipo categoriale e assegna gli individui alla rubrica

diagnostica appropriata, il PDM, pur servendosi di categorie ampie, mantiene un approccio dimensionale su tutti gli assi, dal momento che richiede di specificare su quale livello di funzionamento si collochi il soggetto: sano, nevrotico, borderline, psicotico.

È necessario infine ricordare che i due sistemi diagnostici, simboli di due approcci alla psicopatologia e alla diagnosi totalmente differenti, siano stati creati con obiettivi molto diversi: il DSM si è originariamente proposto come fondamento per la ricerca empirica, per fini epidemiologici e per il trattamento psicofarmacologico; il PDM, invece, è pensato eminentemente per la formulazione del caso e la pianificazione del trattamento psicoterapeutico psicoanalitico, che si rivolge all'intera gamma e profondità del funzionamento cognitivo, emotivo e comportamentale della persona.

Il Manuale Diagnostico Psicodinamico mostra quale sfida conoscitiva la psicoanalisi abbia costituito e costituisca tutt'ora per la psichiatria e per la psicologia a causa dell'irriducibilità dei suoi dati e della loro natura, che costringono a mantenere viva l'attenzione al problema della soggettività individuale.

1.2 LE DIAGNOSI DI DISTURBO NARCISISTICO DI PERSONALITÀ

1.2.1 Dal DSM V al PDM II

Come in seguito vedremo, è l'importante lavoro freudiano del 1914 *Introduzione al narcisismo* quello che segna la nascita ufficiale del concetto di narcisismo in psicoanalisi. Da allora in poi, la sua storia appartiene prevalentemente al movimento psicoanalitico e soltanto in anni recenti, e precisamente col DSM-III del 1980, la personalità narcisista entra a far parte ufficialmente della diagnostica psichiatrica.

Gli innumerevoli sviluppi avvenuti in campo psicoanalitico, che in seguito ci impegneremo a descrivere, sono stati determinanti nel conferire importanza e visibilità a questa diagnosi e a diffonderne l'uso, in particolare la teorizzazione di Heinz Kohut (1913-1981), che ha contribuito in modo decisivo a stimolare l'interesse attorno al Disturbo Narcisistico di Personalità, anche in campo diagnostico.

Accanto ai progressi delle numerose teorie psicoanalitiche, è importante sottolineare la rilevanza fondamentale delle trasformazioni avvenute in campo sociale: a partire dalle ultime decadi del secolo scorso, infatti, è divenuta usanza comune definire quest'epoca "l'era del narcisismo", in quanto epoca del benessere delle società avanzate, in cui la crisi dei valori e altre complesse trasformazioni sociali avrebbero letteralmente stravolto il significato dell'esistenza dell'uomo facendolo, per così dire, "ripiegare su se stesso".

A partire da tale consapevolezza e di fronte alla crescente mole di studi attorno a questo problema, l'APA (American Psychiatric Association) decide nel 1980 di assegnare al narcisismo la diagnosi di disturbo psichiatrico di personalità a sé stante, inserendolo nella nuova (terza) versione del Manuale Diagnostico Statistico.

Se, da una parte, ciò rappresenta un riconoscimento di alcune acquisizioni della psicoanalisi da parte del mondo psichiatrico, dall'altra col tempo ciò determina una patologizzazione e un riduzionismo categoriale del funzionamento narcisistico.

L'ultima versione del DSM, il DSM V del 2013, presenta il Disturbo Narcisistico di Personalità (DNP) come uno dei 10 disturbi di personalità diagnosticabili e lo descrive come caratterizzato da grandiosità (nella fantasia o nel comportamento), bisogno di ammirazione e mancanza di empatia.

Per formulare la diagnosi devono essere soddisfatti almeno 5 dei 9 criteri:

1. senso grandioso del sé ovvero senso esagerato della propria importanza;
2. è occupato/a da fantasie di successo illimitato, di potere, effetto sugli altri, bellezza, o di amore ideale;
3. crede di essere "speciale" e unico/a, e di poter essere capito/a solo da persone speciali; in alternativa, è eccessivamente preoccupato di ricercare vicinanza/essere associato a persone di status (in qualche ambito) molto alto;
4. desidera o richiede un'ammirazione eccessiva rispetto al normale, o al suo reale valore;
5. ha un forte sentimento di propri diritti e facoltà, è irrealisticamente convinto che altri individui/situazioni debbano soddisfare le sue aspettative in maniera immediata;
6. approfitta degli altri per raggiungere i propri scopi, e non ne prova rimorso;
7. è carente di empatia: non si accorge (non riconosce) o non dà importanza a sentimenti altrui, non desidera identificarsi con i loro desideri;
8. prova spesso invidia ed è generalmente convinto che altri provino invidia per lui/lei;
9. modalità affettiva di tipo predatorio (rapporti di forza sbilanciati, con scarso impegno personale, desidera ricevere più di quello che dà, che altri siano affettivamente coinvolti più di quanto lui/lei lo sia) e comportamenti arroganti e presuntuosi.

Tale descrizione del disturbo risente della mancanza di un approccio dimensionale, che tenga conto di quale organizzazione caratterizzi il soggetto, e non differenzia, oltre alle caratteristiche qualitative di tale sintomatologia, il grado di funzionamento dell'individuo. Inoltre, una delle critiche più frequenti a

tale diagnosi riguarda il fatto che i criteri del DSM descrivono esclusivamente gli aspetti sprezzanti e aggressivi dell'individuo con Disturbo Narcisistico, trascurando quelli fragili e allarmati che mettono in luce quanto egli tema l'inadeguatezza e l'insuccesso.

Il PDM-II, diversamente, fornisce descrizioni che prevedono sia la compresenza dei due versanti, sia la distribuzione dei tratti narcisistici su vari livelli di organizzazione della personalità (sana, nevrotica, borderline, psicotica), ovvero su un continuum di gravità, in linea con la suddivisione dell'organizzazione del funzionamento psichico introdotta dalla diagnosi psicoanalitica. Questo tipo di sistematizzazione deriva dalla consapevolezza che non è possibile rinchiudere il narcisismo nella gabbia di una sola definizione, pretendendo di comprenderlo in tal modo.

Il livello di organizzazione della nostra personalità è da considerarsi come un contenitore, che consente ai tratti narcisistici di esprimersi in modo più o meno patologico, che vanno da una normale preoccupazione per come gli altri ci vedono, fino a veri e propri deliri di grandezza e reincarnazione.

Nel PDM-II i livelli di organizzazione descrivono il Disturbo Narcisistico di Personalità nel seguente modo: a livello sano il narcisismo ci permette di avere cura di noi stessi e della nostra realizzazione, di aspirare a sentimenti realistici di benessere, di mantenere una certa stabilità nella nostra sicurezza, vitalità e autostima, anche in situazioni nuove e stressanti. Mantiene la convinzione del nostro valore e della nostra dignità personale, un'adeguata soddisfazione per le nostre caratteristiche fisiche e mentali, le nostre capacità, i nostri successi. Rappresenta una specie di gioia di sé, di amor proprio privo di presunzione, che ci sostiene senza il bisogno di cancellare l'altro o esserne invidiosi. È l'equilibrio tra il bisogno di riconoscimento e la possibilità di farne a meno. È la capacità di provare gratitudine (Lingiardi, 2021).

A livello nevrotico la persona narcisista può non essere capace di intimità autentica, pur sapendo sviluppare relazioni affettive e durature. In situazioni stressanti, per esempio quando viene messa in discussione, il suo stato d'animo può essere molto turbato a causa del timore del giudizio degli altri. Il suo agire, infatti, necessita di costanti infusioni di conferme esterne, che la rassicurino circa la propria importanza e il proprio valore. Idealizzazione, svalutazione e onnipotenza sono spesso impiegati come meccanismi di difesa,

specialmente nella relazione con l'Altro, ma vengono utilizzati senza distorcere il dato di realtà e con un grado di intensità e frequenza tale da non compromettere irreversibilmente le relazioni.

Nell'individuo con Disturbo Narcisistico di Personalità a livello borderline, il sentimento della propria identità inizia a incrinarsi; i sentimenti di vuoto, vulnerabilità e inadeguatezza prevalgono sulla stabilità dell'autostima e diventano necessarie compensazioni grandiose e sprezzanti. Appare una crescente distorsione nella lettura del mondo esterno e interno: gli altri sono svalutati con ferocia e persiste la convinzione di possedere doti speciali e di meritare dunque trattamenti speciali. È evidente il rifiuto nell'accettare i propri limiti, anche nell'inseguimento di ideali irrealistici.

All'estremo psicotico del continuum, infine, il sentimento di sé si sgretola e si frammenta, spesso celandosi dietro facciate/deliri onnipotenti. Fantasia e realtà sono poco differenziate, così come le rappresentazioni di sé e degli altri, e possono comparire comportamenti molto distruttivi e tossici, che possono arrivare all'estremo della devianza psicopatica e antisociale. A tale livello di funzionamento, proiezioni e dinieghi deliranti tentano di fronteggiare l'angoscia di annientamento.

1.2.2 La descrizione psicodinamica/psicoanalitica del DNP

Oltre alla presentazione dei diversi livelli di funzionamento possibili della struttura di personalità narcisistica, i manuali diagnostici psicoanalitici offrono una descrizione del disturbo che tiene conto di svariati aspetti. In particolare, il testo di Nancy Mc Williams *La diagnosi psicoanalitica* (2012) integra la presentazione del Disturbo del PDM-II, illustrata dalla stessa Mc Williams in collaborazione con Vittorio Lingiardi.

Una dinamica rilevante che viene descritta nel testo di Mc Williams riguarda la distinzione, che la letteratura clinica ripetutamente propone, tra due forme, o meglio, manifestazioni del DNP. Molti autori parlano in maniera diversa di queste due differenti espressioni del Disturbo: Rosenfeld (1987) per primo distingue tra il "narcisista pelle spessa" e il "narcisista pelle sottile"; poi Akhtar (1989) tra il narcisista "overt" e "covert"; Gabbard (1989) separa il "narcisista inconsapevole" dall'"ipervigile"; Materson (1993) il "tipo esibizionistico" da

quello “celato/nascosto” e Pincus e collaboratori (2011) tra il “grandioso” e il “vulnerabile”.

Al di là delle specificazioni, questi studiosi concordano nel sostenere che tutti gli individui che soffrono di DNP condividono una certa presunzione, la concentrazione su di sé a discapito dell'astensione rivolta agli altri, l'aleggiare di un sentimento di inautenticità, il morso dell'invidia, le fantasie onnipotenti coltivate più o meno in segreto, il fantasma dell'insuccesso e i sentimenti di vuoto interiore, di inadeguatezza, vergogna e inferiorità. Tuttavia, in rottura con la diagnosi statica sopra citata, sostengono che, nonostante l'esperienza soggettiva degli individui narcisistici sia caratterizzata da vissuti simili, a tali vissuti ognuno possa rispondere con comportamenti compensatori che risultano molto diversi, addirittura opposti. Infatti, a partire dal senso di vuoto interiore, coloro che riescono a ottenere conferme in forma di ricchezza, ammirazione o successo tendono a provare una sorta di euforia interiore e finiscono per comportarsi in modo grandioso e arrogante, esigere un trattamento privilegiato, trattare gli altri con disprezzo. Mentre, quando il contesto non fornisce conferme sufficienti, gli individui narcisisti tendono a sentirsi depressi e a provare celatamente sentimenti di vergogna e invidia verso chi riesce a ottenere ciò che loro non hanno, spesso fantasticando di ottenere successi sconfinati, gloria, potere e bellezza. Il narcisista “a pelle spessa” riflette dunque i tratti legati alla tipica manifestazione grandiosa del narcisismo: grandiosità, aggressività e dominio; mentre quello “a pelle sottile” cova una grandiosità taciturna accompagnata da sentimenti di inadeguatezza, inefficacia e invidia. Quest'ultimo, profondamente sensibile alle critiche, sperimenta spesso affetti negativi, poiché avverte nelle parole degli altri sempre un motivo di offesa o una ferita al suo ego, mentre all'opposto vi è il terrore profondo e sconosciuto di sperimentare tali affetti negativi. La vergogna, inaccessibile alla coscienza nei quadri grandiosi, si fa dunque presenza continua e insidiosa in quelli vulnerabili, nonostante entrambe le forme la sperimentino: “in ogni narcisista grandioso si nasconde un bambino che si vergogna e in ogni narcisista depresso e autocritico si annidano le fantasie grandiose di un bambino onnipotente” (Lingiardi, 2021, pp.45).

Nancy Mc Williams, argomentando sulla diagnosi psicoanalitica di Disturbo Narcisistico di Personalità, ne mette inoltre in luce i meccanismi di difesa tipici:

l'idealizzazione e la svalutazione, che consentono al soggetto di difendere il suo senso di sé e la sua autostima ferita per mezzo di un confronto alterato con l'Altro. Idealizzare qualcuno permette di sentirsi speciali e importanti in virtù della relazione con questa persona, mentre svalutarlo porta invece a sentirsi superiori. L'utilizzo massiccio di tali meccanismi di difesa mostra con chiarezza come siano le interazioni con altre persone a palesare le difficoltà di questi pazienti: è la relazione con l'Altro che porta il soggetto narcisista a sperimentare i suoi confini, quindi i suoi limiti, che tanto lo angosciano. Per questo, gli risulta difficile accettare qualcuno senza giudicarlo né sfruttarlo, esprimere sentimenti sinceri senza vergognarsi e considerare e riconoscere gli altri per ciò che sono e non solo in quanto oggetti-Sé, quindi indipendentemente dal bisogno di conferme, ammirazioni e approvazioni che alimentano l'autostima.

La diagnosi psicoanalitica nel descrivere il Disturbo Narcisistico di Personalità permette di sottolineare come il costo più pesante di tale organizzazione personologica sia l'arresto della capacità di amare: di amare senza idealizzare e senza sentirsi privati di qualcosa. Il timore del legame paritario conduce spesso il narcisista a trasformare la coppia in un gioco di potere, in cui la conferma del proprio valore è ottenuta tramite il comando, il controllo, la negazione dell'autonomia altrui, o la sottomissione. E la facilità con cui egli si sente offeso o trascurato porta a sentimenti di permalosità e recriminazioni e all'intolleranza alla critica, che fa montare la svalutazione e l'aggressività.

Le descrizioni psicodinamiche e psicoanalitiche del Disturbo Narcisistico di Personalità propongono anche un'ipotesi sull'eziologia del DNP, pur riconoscendo la difficoltà di questa ambizione, difficoltà dovuta all'intreccio di infinite variabili, riconducibili al modello bio-psico-sociale, che possono contribuire allo strutturarsi di questa organizzazione. Semplificando, mettono in evidenza due contributi: il temperamento (componenti costituzionali della personalità, presenti fin dalla nascita e dalla vita intrauterina) e l'accudimento. Un temperamento aggressivo, irascibile o facile alla frustrazione svilupperà più facilmente una sindrome di personalità in soggetti che, nella prima infanzia, non ricevano un accudimento adeguato ai loro bisogni. Genitori trascuranti, distaccati, svalutanti, incapaci di rispecchiamento, oppure molto richiedenti, intrusivi, idealizzanti e iper-gratificanti in modo acritico, portati a sovraccaricare

di aspettative il bambino o a usarlo come protesi narcisistica a conferma dei propri bisogni di autostima favoriscono lo sviluppo di patologie narcisistiche.

Anche esperienze traumatiche di abuso possono portare a un grave danno allo sviluppo del proprio senso di sé, a sentimenti profondi di vergogna, rabbia o desideri di vendetta e all'incapacità di vedere gli altri come fonti di conforto, con cui sviluppare relazioni basate sulla fiducia.

Per concludere, la diagnosi psicoanalitica utilizza il contesto clinico per offrire ulteriori criteri utili a identificare il Disturbo Narcisistico di Personalità, descrivendo i fenomeni transferali e controtransferali tipicamente riscontrabili col paziente narcisista.

I terapeuti devono fronteggiare transfert periodicamente svalutanti o idealizzanti, con effetti disumanizzanti, che tendono ad annullare sia la loro realtà di esseri umani (di persone reali) sia le loro competenze. Il paziente narcisista, anziché proiettare attraverso il transfert il padre, la madre o uno specifico oggetto interno, proietta una parte del proprio Sé, quella grandiosa o quella fragile, tramite l'idealizzazione e la svalutazione. Il "terapeuta-oggetto-Sé" non è riconosciuto come una persona separata, ma diviene il contenitore del processo interno di mantenimento dell'autostima del paziente.

Un altro aspetto facilmente rilevabile nel contesto clinico è la mancanza di interesse di questi pazienti per le esplorazioni della relazione terapeutica: commenti e domande sui sentimenti che il paziente sperimenta nei confronti del terapeuta vengono considerati irritanti, noiosi, irrilevanti.

Il transfert è spesso egosintonico e inaccessibile ad ogni esplorazione: idealizzazione e svalutazione sono considerate oggettive e gli sforzi per renderle egodistoniche, almeno inizialmente, falliscono.

Controtransferalmente, vengono sperimentate noia, irritabilità, sonnolenza e una vaga sensazione che nel trattamento non accada mai nulla, accompagnate in alcuni istanti dalla percezione di non essere presenti nella stanza o di essere inadeguati.

2 LE NEUROSCIENZE E IL DISTURBO NARCISISTICO DI PERSONALITÀ

La posizione che la presente tesi adotta è quella di considerare le due polarità del binomio mente-corpo come due vertici di osservazione del medesimo fenomeno, ovvero l'individuo psicologico e psicopatologico, inserito in un sistema bio-psico-sociale. Una volta messe in luce le manifestazioni psichiche del Disturbo Narcisistico di Personalità esplicitate dalla diagnosi del PDM II, quindi dal punto di vista della teoria psicoanalitica, risulta essenziale integrarle con le recenti scoperte riferite al DNP avvenute in campo neuroscientifico.

2.1 L'APPROCCIO EMBODIMENT

L'importanza del dialogo tra la teoria psicoanalitica e la ricerca neuroscientifica risulta evidente: la cognizione e lo psichismo dipendono dal tipo di esperienza che proviene dall'averne un corpo con capacità sensomotorie e cerebrali peculiari e queste capacità "corporee" individuali dipendono a loro volta dal contesto biologico, psicologico e culturale che le ha modellate.

Il superamento del divario tra corpo e mente trova espressione e sviluppo nella nuova scienza dell'embodiment (traducibile con "mente incarnata" o "cognizione incarnata"). Nel libro *The Embodied Mind: Cognitive Science and Human Experience* (Varela, Rosch & Thompson, 1997) ne viene offerta una definizione: "l'embodiment è una prospettiva teorica basata sul presupposto che vi sia una stretta interconnessione tra cognizione ed esperienze corporali, sensoriali e motorie." La prospettiva che emerge è quella che vede i processi cognitivi come intrinsecamente radicati nell'interazione del corpo con l'ambiente (Wilson, 2002).

Col tempo sono stati creati diversi termini per denominare questo nuovo approccio alla cognizione e ognuno porta con sé il proprio significato di *embodied cognition*: nella letteratura esistente, la cognizione è definita come "radicata" nella percezione e nell'azione (Barsalou, 2008) (Borghini & Caruana, 2015) e come "situata" in un contesto sociale e fisico (Barsalou, 2008; Beer, 1995; Maturana & Varela, 1991; Pfeifer & Bongard, 2006); e la mente è concepita come estesa (Clark & Chalmers, 1998) e "incarnata" (Lakoff &

Johnson, 1999; Pfeifer & Bongard, 2006; Varela, Thompson, & Rosch, 1997). Le nozioni di cognizione "radicata", "incarnata" e "situata" vengono utilizzate in modo interscambiabile, nonostante recenti chiarificazioni concettuali basate su una distinzione gerarchica propongano una tassonomia di tali termini (Pezzulo et al. 2011). Al di là delle specificazioni, tutti gli approcci embodiment concordano sul fatto che il comportamento sia prodotto da qualcosa di più di una mente cartesiana priva di corpo che manipola simboli secondo regole; si pongono quindi in forte contrasto con la Psicologia Cognitiva degli anni Sessanta, che adottava una concezione della mente come meccanismo di elaborazione delle informazioni indipendente dal cervello, secondo la metafora che considerava l'uomo sovrapponibile ad un computer: il cervello come hardware e la mente come software.

L'embodied cognition mette in discussione l'assunzione di lunga data che la nostra conoscenza sia rappresentata in modo astratto in una rete concettuale amodale di simboli logici formali (Da Rold, 2018), proponendo numerose e interessanti dimostrazioni di cognizione incorporata, dalla natura transdisciplinare. Per i neuroscienziati, il cervello e le strutture neurali acquisiscono centralità nella spiegazione di funzioni cognitive o computazionali (Gallese & Lakoff, 2005; Rizzolatti & Arbib, 1998), mentre gli psicologi sperimentali e linguisti spostano l'attenzione sulle esperienze soggettive sensomotorie e sulle azioni che fondano i processi generati dalla mente (Barsalou, 2008; Borghi & Binkofski, 2014; Lakoff & Johnson, 1999; Glenberg, 2004).

Quando Lakoff parla di cognizione incorporata, sostiene che quasi tutta la cognizione umana, fino al ragionamento più astratto, dipenda e faccia uso di strutture concrete di "basso livello", quali il sistema sensorimotorio e le emozioni. In ambito linguistico, parte del progetto di Lakoff è comprendere perché gran parte del linguaggio sia metaforico: la teoria dell'embodiment viene utilizzata per dimostrare come l'uso della metafora sia molto più di una scelta lessicale e riveli piuttosto il modo in cui le persone rappresentano e pensano ai concetti astratti, a partire dalle interazioni del corpo con il mondo.

A partire dall'influente lavoro di Lakoff e Johnson (1980), alcuni scienziati cognitivi, tra cui Barsalou, ipotizzano che le rappresentazioni cognitive siano in realtà profondamente incarnate, tanto che le rappresentazioni della memoria

semantica sarebbero direttamente mediate dai sistemi percettivi. Un contributo significativo arriva dalla teoria del "sistema di simboli percettivi" (Barsalou, 1999), in contrasto con la concezione standard della scienza cognitiva dei simboli come entità astratte puntiformi. I simboli percettivi sarebbero invece analogici, cioè composti da componenti di attività neurale che derivano dalla percezione del referente del simbolo e vengono utilizzati nella simulazione e nel recupero del significato concettuale, in cui avviene una parziale riproposizione delle esperienze durante l'acquisizione del concetto.

Un ulteriore approccio all'embodiment, nato con i lavori di Glenberg e Kaschak, enfatizza il contributo dell'azione sulla cognizione e sul significato, ad esempio dimostrando come la comprensione delle frasi coinvolga una simulazione non solo delle qualità percettive, ma anche delle azioni associate ai loro contenuti.

Un gran numero di ricerche, condotte principalmente nell'ultimo decennio, documenta quanto la concezione embodiment sia fondamentale nella comprensione delle modalità con cui gli individui pensano, sentono e agiscono (Robinson & Thomas, 2021), quindi, più in generale, nella comprensione della psicologia dell'individuo. La psicologia embodied si propone di spiegare in modo neurologicamente plausibile, oltre che coerente, il comportamento osservato, dal momento che la mente è sempre più vista dagli scienziati cognitivi come incorporata (Clark 1998; Lakoff & Johnson 1999; Thompson & Varela 2001; Varela, Thompson & Rosch 1991) e che il cervello viene considerato come più continuo con la mente stessa.

Grazie a tale concezione, cresce la nostra consapevolezza del fatto che il cervello è l'organo della mente, che i disturbi della mente sono anche disturbi del cervello e che possono quindi essere caratterizzati significativamente a livello di attivazione cerebrale, che le relazioni di attaccamento creano connessioni e rappresentazioni uniche nel cervello e che l'empatia o la sensibilità dipendono dal corretto funzionamento di specifici circuiti cerebrali. L'attenzione si focalizza sull'idea che lo sviluppo cognitivo e sociale sia guidato dallo sviluppo fisico, connesso alle esperienze sensoriali e affettive che influenzano in prim'ordine il funzionamento corporeo.

La teoria dell'embodiment permette così di fornire una prospettiva unificante per la ricerca psicologica e di creare un raccordo tra le diverse aree di contenuto

che, nella bramosia dello sviluppo e del riconoscimento teorico individuale, hanno in gran parte precluso un progresso cumulativo nello studio della psicologia dell'individuo. Nonostante l'utilizzo, nelle varie discipline, di linguaggi, metafore e principi organizzativi differenti, l'embodiment può essere considerata come una forza unificante, basata sul presupposto che i processi psicologici siano influenzati dalla morfologia del corpo: dai sistemi cerebrali, sensoriali, motori (Glenberg, 2010). Si tratta "soltanto" di accettare l'idea che vi siano confini permeabili e labili fra il "percepire", il "pensare" ed il "fare" (Foglia & Wilson, 2013).

È possibile mostrare come sia innanzitutto la teoria psicoanalitica a riconoscere la necessità di modificare il modello generale della psiche proposto negli anni Sessanta, il quale concepiva la mente come sistema astratto di generazione di simboli. La prima generazione della scienza cognitiva viene presa come riferimento da Bowlby per la formulazione della Teoria dell'Attaccamento, ma gli psicoanalisti giudicano la nuova scienza di Bowlby deumanizzante, clinicamente non rilevante e incompatibile con alcune idee fondamentali della psicoanalisi. Secondo la loro idea, la teoria di Bowlby si allontana troppo dal corpo e dalla mente inconscia: concentrandosi sul comportamento osservabile piuttosto che su pulsioni e fantasie, presta poca attenzione alle differenze qualitative tra esperienza conscia, preconscia e inconscia, senza affrontare il ruolo cruciale del funzionamento corporeo e del conflitto nella vita mentale. La sua teoria "può convincere solo se si è disposti a trascurare le importanti distinzioni tra i bambini e i giovani primati e si accetta l'idea che i circuiti tra organismi viventi e robot hanno poco da distinguersi" sostenevano gli psicoanalisti (Rochlin, 1971).

Lo status della Teoria dell'Attaccamento all'interno della psicoanalisi cambia quando l'approccio della mente disincarnata della prima psicologia cognitiva, su cui si era basato Bowlby, viene soppiantato da quello dell'embodiment.

Sebbene non privo di controversie, l'emergere nel nuovo secolo di dati neuroscientifici riveste un ruolo essenziale nell'evidenziare gli interessi comuni degli psicoanalisti e dei teorici dell'attaccamento rispetto alle relazioni genitore-infans. Tali dati, derivati da studi sia sugli animali che sull'uomo (Francis et al. 2003; Meaney & Szyf 2005; Parker & Nelson 2005; Teicher et al. 2002),

dimostrano infatti l'incidenza profonda delle prime esperienze sullo sviluppo del cervello e, a loro volta, direttamente sullo sviluppo sociale ed emotivo,

Se questi progressi risultano fondamentali nel riavvicinare i domini della psicoanalisi alle teorie sull'attaccamento, è proprio perché queste "nuove idee" si rivelano essere tutto tranne che nuove al contesto psicoanalitico: l'idea di cognizione incorporata non è recente per la psicoanalisi, anzi è probabilmente una delle sue assunzioni fondamentali.

L'interesse per il corpo e la relazione corpo-mente è infatti presente nella teoria psicoanalitica fin dalla sua nascita. Lo stesso concetto di pulsione, alla base della teoria freudiana, in *Pulsione e loro destini* (1915) viene definito come concetto al «limite tra lo psichico e il somatico». Successivamente, il significato psicoanalitico del corpo assume ancora maggior centralità nella formulazione della seconda topica: nell'*Io* e *l'Es* Freud chiarisce come il corpo svolga una funzione essenziale nella strutturazione dell'*Io* in quanto istanza psichica. In un famoso aforisma Freud scrive: "L'*Io* è innanzitutto un'entità corporea" (Freud, 1928) e più tardi aggiunge: "L'*Io* è in definitiva derivato da sensazioni corporee, soprattutto dalle sensazioni provenienti dalla superficie del corpo. Esso può dunque venire considerato come una proiezione psichica della superficie del corpo."

Anche gli autori post-freudiani ribadiscono nelle loro teorizzazioni la continuità fra il polo somatico e quello psichico, secondo l'assunto per cui "Non è logico opporre il mentale e il fisico come se non fossero della stessa stoffa" (Winnicott, 1975). Nell'articolo *La natura e la funzione della fantasia* (1943), Susan Isaacs sostiene come l'origine precoce delle fantasie, quindi del pensiero, debba essere ricondotta ai rappresentanti psichici degli impulsi e dei sentimenti corporei; le esperienze corporee determinano sia le rappresentazioni dei desideri libidici e aggressivi sia le difese nei confronti di essi. L'introiezione e la proiezione, ad esempio, si basano secondo la Isaacs sull'azione fantasizzata di "spostare cose dentro o fuori dal corpo".

Il radicamento delle strutture mentali nell'esperienza sensoriale e affettiva è inoltre da sempre al centro della riflessione riguardo la pratica psicoanalitica: la relazione terapeutica mostra come lo scambio intersoggettivo si sviluppi primariamente sulla base di un'interazione non consapevole, in cui intervengono la simulazione incarnata e l'imitazione implicita dello stato

dell'Altro, che garantisce l'introiezione dell'esperienza altrui. Come afferma Knoblauch (2005), si verifica in questo modo un'espansione del campo intersoggettivo, indirizzando l'attenzione della coppia terapeutica sulla dimensione della intercorporeità.

Anche il controtransfert può essere considerato come un fattore terapeutico che dipende strettamente dalla capacità di riconoscere e utilizzare la sensorialità, oltre che le qualità affettive dell'immaginazione: l'analista lo comprende e lo utilizza "grazie all'osservazione "delle proprie reazioni viscerali nei confronti del materiale del paziente" (Loewald, 1986).

La psicoanalisi classica sembra così aver anticipato e promosso il recente sviluppo della scienza embodiment e sembra averlo fatto innanzitutto suggerendo che la psiche e il pensiero simbolico emergano dall'esperienza multisensoriale ed emotiva, sperimentata inizialmente nel contatto con l'oggetto primario. Le prime relazioni di attaccamento prendono immediatamente il centro dell'attenzione una volta riconosciute le origini fisiche (incorporate) del pensiero, che consentono di porre l'accento sul senso di avere un sé esteso all'ambiente sociale e, di conseguenza, di porsi vere domande sulle caratteristiche della relazione oggettuale primaria e sul contesto sociobiologico in cui pensieri e sentimenti nascono.

Le teorie dell'embodiment asseriscono che le funzioni mentali dell'uomo prendono forma del tutto inconsapevolmente dal modo in cui il corpo interagisce con il mondo, così come la psicoanalisi sostiene che il processo di formazione del pensiero è intrinsecamente legato alle prime interazioni corporee.

È così, tenendo conto delle implicazioni dell'approccio embodiment, che studiare l'attaccamento non significa escludere la centralità dell'esperienza mentale inconscia, ma anzi, dimostrare l'irriducibilità del nostro essere al nostro percepire cosciente, come il recente avvicinamento alla psicoanalisi dimostra.

"Il corpo e le memorie corporee amplificano la portata del nostro sapere, sfuggendo al controllo totalizzante del sapere computazionale simbolico.

La psiche è estesa e, includendo nel suo continuo lavoro sia gli individui che l'ambiente, travalica i confini del corpo e del cervello che ne limiterebbero la sua estensione all'approssimazione nel finito e ci permette di sperimentare l'infinito pur non possedendolo mai, a causa della concretezza dei nostri corpi"

Rosa Spagnolo (2017).

2.2 REVIEW SISTEMATICA DELL'ATTUALE LETTERATURA NEUROSCIENTIFICA

2.2.1 Obiettivi di ricerca

Sulla base delle stanti premesse, la presente rassegna sistematica PRISMA della letteratura è finalizzata a colmare la lacunosità del PDM II e della diagnosi psicoanalitica rispetto allo studio del Disturbo Narcisistico di Personalità. A tal proposito si pone l'obiettivo di raccogliere la letteratura disponibile sui possibili correlati neurali di tale disturbo, al fine di integrare la descrizione psicoanalitica del Disturbo di Personalità Narcisistico e del processo diagnostico che lo riguarda con i risultati eziopatogenetici neurofisiologici che ne mostrino un assetto morfo-funzionale preferenziale.

La revisione sistematica nasce all'interno dell'ottica psicoanalitica, per questo l'obiettivo è quello, una volta ottenuti i risultati, di non fermarsi ad essi, dunque solo a livello manifesto, ma di esplorarli, indagando i significati che portano con sé avendo sempre come riferimento la sintomatologia messa in luce dalla diagnosi di DNP.

L'auspicio è che tale lavoro possa essere uno spunto per studi futuri sullo stesso tema.

2.2.2 Metodi

2.2.2.1 Strategia di ricerca

La strategia di ricerca della presente revisione sistematica della letteratura è stata sviluppata in conformità con i principi delle Linee guida PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) della versione recentemente aggiornata con la pubblicazione del PRISMA Statement 2020 (Page et al., 2021). Essa costituisce l'evoluzione della precedente dichiarazione PRISMA, pubblicata nel 2009 (Moher et al., 2009), ed è stata elaborata al fine di aiutare i revisori sistematici a riferire in modo trasparente i motivi per cui una determinata revisione sia stata condotta, esplicitando in modo chiaro la metodologia utilizzata e i risultati trovati (Page et al., 2021). I progressi nella metodologia e nella terminologia della revisione sistematica

avvenuti negli ultimi dieci anni hanno reso necessario un aggiornamento delle linee guida; le nuove indicazioni riflettono i progressi nei metodi per identificare, selezionare, valutare e sintetizzare gli studi e hanno il fine di guidare gli Autori nel reporting, aumentando l'accuratezza nello svolgimento delle revisioni sistematiche (Page et al., 2021). Il PRISMA Statement 2020 si compone di una item checklist a 27 punti, in cui la struttura e la presentazione degli item sono state modificate per agevolarne l'attuazione, una checklist per gli abstract, e dei diagrammi di flusso rivisti e aggiornati (Page et al., 2021).

Le revisioni sistematiche svolgono molteplici ruoli critici. Possono fornire sintesi dello stato delle conoscenze in un campo, da cui è possibile identificare le priorità di ricerca future; possono rispondere a domande ancora insolte o identificare problemi nella ricerca primaria che dovrebbero essere rettificati in studi futuri; infine, possono generare o valutare teorie su come o perché si verificano determinati fenomeni (Page et al., 2021).

La presente revisione, come già esposto nella sezione Obiettivi, è volta a raccogliere la letteratura esistente al fine di verificare lo stato dell'arte in merito ai correlati neurali del Disturbo di Personalità Narcisistico.

Allo scopo di raggiungere l'obiettivo d'analisi proposto, sono state eseguite ricerche nei database scientifici online Scopus e PubMed, utilizzando per ciascuna le stringhe di ricerca riportate nella tabella sottostante.

SCOPUS	(TITLE-ABS ("narcissistic personality disorder") AND TITLE-ABS (neur* OR brain OR physiol*)) AND PUBYEAR > 2011
PUBMED	((("narcissistic personality disorder"[Title/Abstract]) AND (neur*[Title/Abstract] OR brain[Title/Abstract] OR physiol*[Title/Abstract])) AND (("2012"[Date - Publication] : "2023"[Date - Publication]))

Tabella 2: stringhe di ricerca.

Le aree di ricerca selezionate sia su Scopus, sia su PubMed, includevano "Title/Abstract". Il disturbo ("narcissistic personality disorder") è stato utilizzato in congiunzione logica (AND) con tre parole chiave che specificassero il campo di ricerca all'interno del quale la review sistematica voleva focalizzarsi. Le parole

scelte sono state “neur*”, “brain” e “physiol*” e sono state associate intercambiabilmente dalla congiunzione logica OR.

Per quanto riguarda il criterio temporale, la ricerca ha scelto di concentrarsi sulle pubblicazioni incluse in un intervallo di dieci anni (conclusi), ovvero a partire dall'anno solare 2012.

La ricerca bibliografica è stata condotta nel periodo compreso tra marzo 2023 e giugno dello stesso anno. L'ultima ricerca è stata eseguita il giorno 20 giugno 2023.

Al meglio delle conoscenze dell'Autore, le revisioni esistenti si concentrano principalmente sui tratti che dalla letteratura risultano legati al narcisismo subclinico, come la mancanza di empatia (Preston et al., 2020) o la scarsa generosità (Campbell et al., 2005; Bockler et al., 2017) e sulla valutazione subclinica dei costrutti ad essi associati, come appunto l'empatia (Fan et al., 2011; Lamm et al., 2011).

Sono pochi i lavori che si occupano di indagare un possibile assetto neurale morfo-funzionale correlato al narcisismo in termini clinici, ovvero di Disturbo Narcisistico di Personalità così come presente sul PDM-II.

Dunque, sulla base di tali presupposti, ci si attendeva che vi sarebbero stati un numero esiguo di contributi specifici.

Tutti gli articoli rilevanti per la ricerca sono stati selezionati tramite questa procedura, sottoposta a diverse fasi di esclusione che tenessero conto dei criteri di eleggibilità di seguito esposti.

2.2.2.2 Screening ed eleggibilità

Dopo aver inserito le stringhe di ricerca e ottenuto, su entrambi i motori di ricerca (Scopus e PubMed), tutti gli articoli associati, è stata effettuata la selezione tramite la rimozione degli articoli presenti in entrambi gli archivi.

Nella fase di screening, i titoli e gli abstract degli articoli ottenuti a seguito della scrematura dei duplicati sono stati esaminati e sono stati applicati i seguenti criteri di esclusione: sono stati presi in considerazione solo articoli di ricerca originali, scritti in inglese e pubblicati su riviste internazionali collocate nei primi tre quartili e sottoposte ad un processo di peer-review. Sono stati dunque esclusi i capitoli di libri, le dissertazioni, i commenti, le review sistematiche e le

metanalisi. Gli articoli dovevano inoltre essere reperibili a livello di full-test, al fine di un'analisi completa.

I full-test dei record inclusi sono stati poi recuperati e sottoposti a una seconda ispezione più approfondita, per verificare se rispettavano i seguenti criteri di inclusione: gli articoli dovevano focalizzarsi sui correlati neurali del Disturbo Narcisistico di Personalità; dovevano indagare esplicitamente a livello strutturale o funzionale il correlato neurale centrale o periferico associato a tale disturbo, in modo da poterne definire una descrizione anche a livello di assetto morfo-funzionale neurale. Il campione considerato negli articoli inclusi doveva inoltre essere composto da giovani adulti/adulti, non sottoposti a terapia farmacologica. Infine, per misurare le alterazioni strutturali o fisiologiche cerebrali, dovevano essere utilizzati strumenti d'indagine, quali PET o fMRI e dovevano essere esplicitati i compiti e gli strumenti utilizzati per individuare il DNP.

I criteri di esclusione e di inclusione sono stati riepilogati nella Tabella 3.

CRITERI DI ESCLUSIONE
<ul style="list-style-type: none">- Articoli scritti in inglese- Articoli pubblicati su riviste (no capitoli libri, no review/metanalisi)- Riviste internazionali peer-reviewed collocate nei primi tre quartili- Articoli reperibili
CRITERI DI INCLUSIONE
<ul style="list-style-type: none">- Articoli che si focalizzano sui correlati neurali del DNP- Campione di giovani adulti o adulti non sottoposti a terapia farmacologica- Utilizzo di strumenti d'indagine (PET o fMRI)- Esplicitazione di compiti e/o strumenti utilizzati per rilevare il DNP

Tabella 3: criteri di esclusione e inclusione.

L'intera procedura di ricerca, con il numero di articoli per ciascuna fase, è riassunta in un diagramma di flusso PRISMA (Figura 2) riportato nella sezione Risultati. Nella procedura di selezione è stato privilegiato il criterio di inclusività, con l'obiettivo di riportare in modo esaustivo lo stato dell'arte della letteratura sul tema.

2.2.2.3 Processo di estrazione dei dati

Dagli articoli inclusi per la sintesi qualitativa sono state estratte le seguenti informazioni:

- a) titolo;
- b) autore/i;
- c) anno di pubblicazione;
- d) tipo e numero di partecipanti;
- e) strumenti e compiti utilizzati per misurare i correlati neurali;
- f) risultati principali;
- g) aree cerebrali risultate significative;
- h) limiti.

2.2.3 Risultati

Il numero iniziale di record identificati dalla ricerca bibliografica effettuata sui database Scopus e PubMed era di 67. A seguito della rimozione dei duplicati (23), 44 record sono stati sottoposti alla procedura di screening, nella quale sono stati applicati i criteri di esclusione scelti (vedi sezione Metodi). Di questi, 22 articoli in full-test sono stati valutati tramite un'analisi più approfondita per verificare i criteri di inclusione, anch'essi esplicitati nella sezione Metodi. A conclusione di tale valutazione, 5 articoli sono risultati idonei e sono stati inclusi nella sintesi qualitativa di questa rassegna sistematica della letteratura.

L'intera procedura di ricerca è riassunta nel diagramma di flusso PRISMA riportato in Figura 2.

La Tabella 4 riporta l'elenco completo degli articoli e il riepilogo dei risultati.

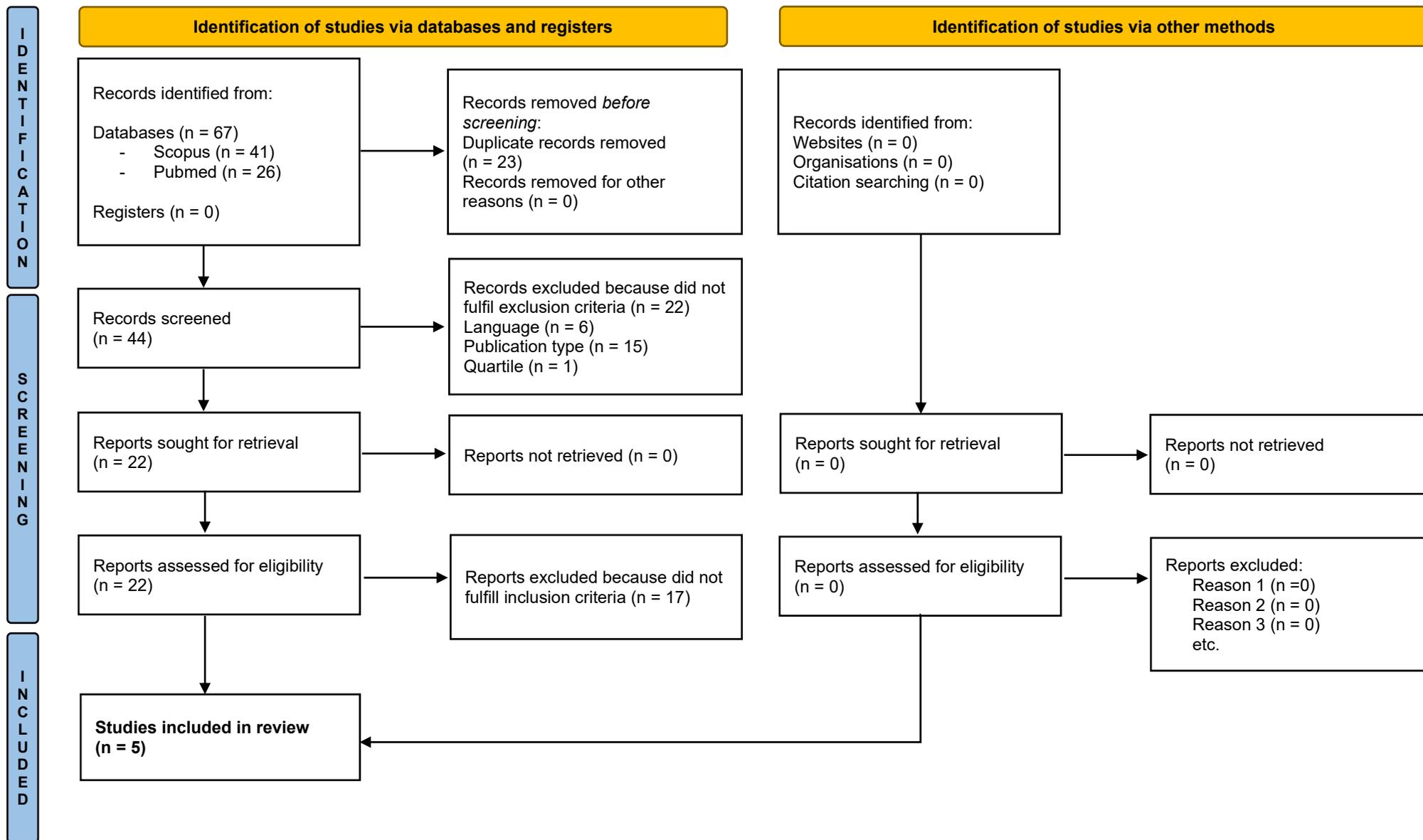


Figura 2: diagramma di flusso PRISMA.

RIFERIMENTO	METODO		RISULTATI PRINCIPALI	REGIONI DI INTERESSE	LIMITI
	PARTECIPANTI	STRUMENTI E COMPITI			
<p>Gray matter abnormalities in patients with narcissistic personality disorder.</p> <p>Schulze e colleghi, 2013.</p>	<p>34 partecipanti;</p> <p>17 pazienti con diagnosi primaria di DNP e 17 individui sani.</p>	<p>VBM: morfometria basata sui voxel; per analizzare le anomalie della materia grigia.</p>	<p>Rispetto ai controlli sani i pazienti con DNP hanno presentato volumi di materia grigia significativamente inferiori nella rete fronto-paralimbica.</p>	<p>Insula anteriore sx e dx;</p> <p>Corteccia cingolata anteriore dx e mediana sx;</p> <p>Corteccia prefrontale dorsolaterale e mediale anteriore;</p> <p>Giro frontale superiore bilaterale e medio bilaterale;</p> <p>Giro pre e post-centrale.</p>	<p>Dimensione ridotta del campione;</p> <p>Comorbilità con altri disturbi mentali.</p>
<p>Brain structure in narcissistic personality disorder: a VBM and DTI pilot study.</p> <p>Nenadic e colleghi, 2014.</p>	<p>54 partecipanti;</p> <p>6 pazienti con diagnosi di DNP e 48 individui sani.</p>	<p>VBM: morfometria basata sui voxel, per analizzare le anomalie della materia grigia;</p> <p>DTI: risonanza magnetica con tensore di diffusione, per analizzare le anomalie della materia bianca.</p>	<p>L'analisi VBM ha identificato una patologia prefrontale nei pazienti con DNP.</p> <p>L'analisi DTI ha evidenziato un'anisotropia frazionale più bassa nel lobo frontale destro, nella radiazione talamica anteriore destra, nel lobo temporale anteriore e nel tronco cerebrale destro.</p>	<p>Corteccia prefrontale mediale sx;</p> <p>Giro frontale mediale dx;</p> <p>Corteccia cingolata anteriore;</p> <p>Corteccia occipitale mediale sx;</p> <p>Giro fusiforme sx/temporale inferiore;</p> <p>Giro linguale sinistro;</p> <p>Corteccia temporale superiore dx;</p> <p>Lobo frontale dx (sotto il giro prefrontale superiore/mediale);</p> <p>Radiazione talamica anteriore dx;</p> <p>Lobo temporale anteriore dx e anteriore/laterale sinistro.</p>	<p>Dimensione ridotta del campione;</p> <p>Comorbilità con altri disturbi mentali;</p> <p>No screening tossicologico delle urine per escludere disturbi correlati all'utilizzo di sostanze;</p> <p>Deficit al lobo temporale non sono replicati in altri studi.</p>

<p>Reduced frontal cortical tracking of conflict between self-beneficial versus prosocial motives in Narcissistic Personality Disorder.</p> <p>Stolz e colleghi, 2021.</p>	<p>37 partecipanti; 21 pazienti con diagnosi di DNP e 21 individui sani (5 esclusi).</p>	<p>Risonanza magnetica funzionale;</p> <p>Esecuzione di un compito decisionale con variazione del conflitto tra pro-socialità e comportamento auto-benefico.</p>	<p>I risultati comportamentali mostrano che il gruppo DNP si è comportato in modo meno prosociale e ha risposto più velocemente quando le opzioni di scelta implicavano un alto conflitto motivazionale.</p> <p>L'attività neurale nelle regioni associate al monitoraggio dei conflitti durante il processo decisionale è ridotta nel gruppo con DNP.</p>	<p>Corteccia prefrontale dorsomediale;</p> <p>Area motoria supplementare;</p> <p>Insula anteriore sx;</p> <p>Corteccia cingolata mediale dx.</p> <p>Giro angolare;</p> <p>Giro temporale inferiore e mediale dx.</p>	<p>Dimensione ridotta del campione;</p> <p>Comorbilità con altri disturbi mentali.</p>
<p>Structural brain alterations in young adult males with narcissistic personality disorder: a diffusion tensor imaging study.</p> <p>Lou, Sun, Cui & Gong, 2021.</p>	<p>36 partecipanti; 18 pazienti con diagnosi di DNP e 18 individui sani.</p>	<p>DTI: risonanza magnetica con tensore di diffusione; per analizzare le anomalie della materia bianca.</p> <p>Misurate: anisotropia frazionale e diffusività assiale.</p>	<p>I valori di AF e DA sono risultati più bassi nel gruppo DNP nella via di connessione (che include il fascicolo longitudinale inferiore, superiore e fronto-occipitale inferiore), nella via proiettiva/talamica (che include la capsula interna, la capsula esterna e la corona radiata) e nella via di associazione (che include il fornice).</p>	<p>Fascicolo longitudinale superiore dx e sx;</p> <p>Radiazione talamica posteriore (inclusa la radiazione ottica e lo strato sagittale);</p> <p>Fascicolo longitudinale inferiore;</p> <p>Fascicolo fronto-occipitale inferiore;</p> <p>Capsula interna (arto posteriore sx e parte retrolenticolare sx);</p> <p>Capsula esterna;</p> <p>Corona radiata posteriore sx;</p> <p>Fornice sinistro.</p>	<p>Dimensione ridotta del campione.</p>

<p>Local inefficiency of the default mode network in young men with narcissistic personality disorder.</p> <p>Cao, Lou & Liu, 2022.</p>	<p>40 partecipanti; 20 pazienti con diagnosi di DNP e 20 individui sani.</p>	<p>Risonanza magnetica funzionale.</p> <p>Teoria dei grafi; Misura delle metriche topologiche globali e regionali per esplorare la topologia funzionale del Default Mode Network.</p>	<p>Il CP (coefficiente di raggruppamento, che quantifica il grado di connessione di una rete) e l'Eloc (efficienza locale, che misura il grado di tolleranza ai guasti della rete e la capacità di trasferimento delle informazioni) erano significativamente più bassi nel gruppo DNP nelle regioni del DMN.</p> <p>Questo indica una connettività rada e disconnessioni tra regioni cerebrali adiacenti del DMN.</p> <p>La topologia danneggiata del DMN può essere una base funzionale della patogenesi del DNP.</p>	<p>20 specifiche sotto-regioni del DMN:</p> <p>Corteccia prefrontale anteriore mediale; Corteccia prefrontale ventrale mediale; Corteccia prefrontale dorsale mediale; Corteccia cingolata; Corteccia temporale laterale; Giunzione temporo-parietale; Lobo temporale; Lobo parietale posteriore inferiore; Corteccia retrospleniale; Corteccia para ippocampale; Formazione ippocampale.</p>	<p>Dimensione ridotta del campione;</p> <p>Studio trasversale;</p> <p>Prese in considerazione soltanto 20 sotto-regioni del DMN.</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabella 4: elenco degli articoli e riepilogo dei risultati.

Analizzando la letteratura scientifica sono stati individuati, dal 2012 ad oggi, cinque articoli che, tenendo conto dei criteri di esclusione e di inclusione, è stato possibile inserire nella revisione sistematica. Ciascuno di essi si pone l'obiettivo di individuare un correlato neurale del Disturbo Narcisistico di Personalità, tramite l'analisi della materia grigia e della materia bianca cerebrale, in confronti tra individui sani e pazienti con diagnosi primaria di DNP.

Il primo articolo, quello di Shulze e colleghi, si è occupato di evidenziare eventuali anomalie nella materia grigia nel gruppo di pazienti con DNP, tramite la morfometria basata sui voxel, una tecnica di risonanza magnetica che permette di ottenere immagini dettagliate della struttura cerebrale. Si tratta del primo studio VMB sul Disturbo Narcisistico di Personalità presente in letteratura.

Rispetto ai controlli sani, i pazienti con DNP hanno presentato volumi di materia grigia significativamente inferiori nella rete fronto-paralimbica. In particolare, i volumi di materia grigia erano minori nella regione insulare anteriore sinistra e destra, nella corteccia cingolata anteriore destra e mediale sinistra e nella corteccia prefrontale dorsolaterale e mediale; oltre che nel giro frontale superiore bilaterale (comprese le aree dorsolaterali e mediali), nel giro frontale medio bilaterale e nel giro pre e post centrale.

Anche il secondo studio, di Nenadic, ha utilizzato la morfometria basata sui voxel per analizzare la materia grigia cerebrale, con lo scopo di replicare le evidenze insulari e prefrontali dello studio di Shulze.

I risultati, sebbene non evidenzino deficit nella corteccia insulare, indicano una patologia prefrontale destra e mediale bilaterale negli individui con DNP, replicando quella riscontrata da Shulze.

In particolare, il volume di materia grigia è risultato significativamente inferiore nei cluster che comprendono il giro frontale medio destro, la corteccia prefrontale mediale sinistra, la corteccia cingolata anteriore, la corteccia occipitale mediale sinistra e parti della corteccia temporale inferiore (giro linguale e fusiforme sinistro) e superiore destra.

I ricercatori del presente studio avevano inoltre l'obiettivo di approfondire i risultati di Shulze: essi ipotizzavano alterazioni della materia bianca (in

particolare dell'anisotropia frazionale) nei tratti sottostanti le regioni d'interesse e hanno utilizzato la risonanza magnetica con tensore di diffusione (DTI) per indagarle. Nessun altro studio prima di questo aveva mai fornito un'analisi della materia bianca cerebrale in individui con DNP in grado di fornire un soddisfacente correlato morfo-funzionale e che completasse in modo significativo i risultati sulla materia grigia.

I risultati DTI sono interessanti perché forniscono una prova di connettività strutturale disturbata nelle aree prefrontali, suggerendo come la patologia della materia bianca potrebbero contribuire ai deficit strutturali corticali.

L'anisotropia frazionale è risultata più bassa nel lobo prefrontale laterale destro (sotto il giro prefrontale superiore/medio) e in un importante tratto frontotalamico, che comprende la radiazione talamica anteriore destra e collega i nuclei talamici mediodorsali con la corteccia prefrontale mediale e laterale.

Risultati che non si riscontrano nella letteratura esistente fino ad allora riguardano il lobo temporale anteriore destro e sinistro e il tronco cerebrale destro, in cui sono stati trovati valori di AF più bassi.

Nello studio vengono dunque in parte replicati i risultati dell'unico studio VMB precedente sul DNP (Shulze, 2013), oltre a venir offerti dati DTI che li approfondiscono, fornendo un primo resoconto delle potenziali alterazioni della materia bianca in questi pazienti.

Nenadic evidenzia come la patologia prefrontale laterale destra potrebbe essere rilevante nel DNP, fornendo in conclusione una prospettiva neurobiologica di un potenziale guasto nei sistemi frontotalamici e frontolimbici.

Il terzo studio preso in considerazione nella revisione sistematica viene pubblicato più di sei anni dopo rispetto a quello di Nenadic, a dimostrazione della scarsità di elaborazioni sul tema messa in luce fin da subito.

In questo articolo Stolz e colleghi si pongono l'obiettivo di studiare e conoscere il DNP prendendo in considerazione le sue manifestazioni sul piano interpersonale e relazionale: tali aspetti vengono indagati sia a livello comportamentale sia a livello neurale.

I partecipanti (gruppo DNP e controlli) dovevano eseguire un compito decisionale che prevedeva la divisione di una dotazione monetaria tra loro e un destinatario sconosciuto mentre erano sottoposti a risonanza magnetica

funzionale. Modificando le suddivisioni tra opzioni auto-benefiche e prosociali e dando la possibilità ai partecipanti anche di sottrarre del denaro al destinatario, il conflitto decisionale veniva sistematicamente variato dagli sperimentatori.

I dati comportamentali mostrano che il gruppo con DNP si comporta in modo meno prosociale, privilegiando le opzioni di scelta auto-benefiche e risponde più velocemente quando le opzioni di scelta implicano un elevato conflitto motivazionale. Nonostante questi risultati siano da considerarsi interessanti e vengano indagati dettagliatamente nello studio, ai fini della presente revisione si considerano le scoperte dal punto di vista neurale.

I pazienti, rispetto al gruppo di controllo, hanno mostrato una minore attività neurale nelle regioni associate al monitoraggio dei conflitti, in particolare nella corteccia prefrontale dorso mediale, nell' area motoria supplementare, nell' insula anteriore sinistra e nella corteccia cingolata mediale destra.

Quando la scelta includeva la possibilità di punire il destinatario per il proprio beneficio, l'attività cerebrale aumentava in modo significativo nel giro angolare e nel giro temporale inferiore e mediale destro soltanto nel gruppo di controllo non in quello DNP.

Come nel secondo articolo analizzato, lo scopo del quarto studio è quello di esplorare le alterazioni della materia bianca cerebrale di giovani adulti con Disturbo Narcisistico di Personalità. Anche in queste analisi viene utilizzata la risonanza magnetica con tensore di diffusione per valutare l'architettura dei fasci di fibre di materia bianca di questo gruppo di pazienti. Le metriche considerate sono l'anisotropia frazionale e la diffusività assiale.

Rispetto al gruppo di controllo i valori di AF e DA sono risultati più bassi nel gruppo DNP nella via di connessione, nella via proiettiva/talamica e nella via di associazione. Le alterazioni di questi fasci di fibre riguardano:

- nella via di connessione il fascicolo longitudinale superiore destro e sinistro, il fascicolo longitudinale inferiore e il fascicolo fronto-occipitale inferiore;
- nella via di proiezione la radiazione talamica posteriore (inclusa la radiazione ottica e lo strato sagittale), la capsula interna (arto posteriore

- sinistro e parte retro-lenticolare sinistra), la capsula esterna, la corona radiata posteriore sinistra;
- nella via di associazione il fornice sinistro.

L'ultimo studio, quello di Cao e colleghi, esplora la topologia funzionale del Default Mode Network di pazienti con DNP, indicando come la topologia danneggiata del DMN può essere una base funzionale della patogenesi del DNP.

Gli Autori dichiarano di voler indagare queste regioni cerebrali dal momento che precedenti studi di neuroimaging (citano i primi due studi analizzati in questa revisione) hanno rilevato atrofia della materia grigia e deficit nelle fibre della materia bianca in alcune delle sezioni centrali del DMN.

Gli sperimentatori utilizzano la risonanza magnetica funzionale per esplorare, attraverso la Teoria dei Grafi, il connettoma cerebrale del Default Mode Network valutando le metriche topologiche globali e regionali.

I risultati indicano valori di CP (coefficiente di raggruppamento, che quantifica il grado di connessione di una rete) e Eloc (efficienza locale, che misura il grado di tolleranza ai guasti della rete e la capacità di trasferimento delle informazioni) significativamente più bassi nel gruppo DNP nelle regioni del DMN.

In particolare, i dati indicano che le seguenti regioni cerebrali di questi pazienti sono caratterizzate da connettività rada e disconnessioni: corteccia prefrontale anteriore mediale, corteccia prefrontale ventrale mediale e corteccia prefrontale dorsale mediale, corteccia cingolata posteriore, corteccia temporale laterale, giunzione temporo-parietale, lobo temporale, lobo parietale posteriore inferiore, corteccia retrospleniale, corteccia para ippocampale e formazione ippocampale.

2.2.4 Discussione

Ad oggi, sono evidentemente pochi gli studi che tentano di rilevare un possibile correlato morfo-funzionale del Disturbo Narcisistico di Personalità. Nel primo studio preso in esame, i ricercatori sottolineano come nella letteratura neuroscientifica fino ad allora (2011) non fossero disponibili dati empirici sui correlati neurali dell'DNP e come le anomalie neurobiologiche di questi pazienti fossero sconosciute, sia a livello strutturale sia a livello funzionale. Sicuramente ciò è dovuto all'ambiguità che caratterizza la diagnosi di Disturbo Narcisistico di Personalità anche in campo diagnostico-clinico, aspetto che ha portato gli sperimentatori a focalizzarsi sul narcisismo subclinico (tratti narcisistici), individuabile tramite semplici questionari ed interviste, e sui singoli pattern che lo caratterizzano.

Le ricerche sui correlati neurali del narcisismo si focalizzano in particolare su una sua caratteristica altamente presente e supportata teoricamente e sperimentalmente (Akhtar & Thomson, 1982; Blais et al., 1997; Kernberg, 1979; Ronningstam, 2010), ovvero la mancanza di empatia, che si presta anche come uno dei fondamentali criteri diagnostici del DSM V e del PDM II. La rappresentazione neurale dell'empatia ha ricevuto una considerevole attenzione negli anni precedenti gli studi qui analizzati (metanalisi di Fan et al., 2011a e di Lamm et al., 2011); tuttavia, soltanto pochi studi hanno indagato esplicitamente i correlati neurali delle capacità empatiche nei soggetti con tratti narcisistici (Fan et al., 2011b) e soltanto uno studio sperimentale lo ha fatto prendendo in esame la popolazione clinica (Ritter et al., 2011).

La crescente rilevanza del DNP in ambito clinico ha messo i ricercatori di fronte alla necessità di indagarlo, dal punto di vista neuroscientifico, direttamente, non soltanto tramite le sue manifestazioni subcliniche e non attraverso lo studio dei sintomi legati ad esso. I lavori presi in considerazione si pongono questo obiettivo e lo perseguono attraverso due strade: l'analisi dei deficit strutturali e funzionali della materia grigia e lo studio delle anomalie dei fasci di materia bianca. I risultati danno sostegno a una visione relazionale del DNP in quanto disturbo strettamente correlato a cambiamenti e difficoltà nelle relazioni intersoggettive con le altre persone, come la sua descrizione psicoanalitica sostiene.

Per quanto riguarda le anomalie della materia grigia, le analisi di neuroimaging strutturali e funzionali hanno evidenziato alcune regioni critiche in comune a tutti gli studi. In particolare, sono la corteccia prefrontale mediale (mPFC) e la corteccia cingolata anteriore (ACC) le aree cerebrali che vengono individuate in tutti gli studi come aree critiche rispetto ai deficit strutturali e di attivazione nei pazienti con Disturbo Narcisistico di Personalità.

Anche la regione dell'insula anteriore (aINS) occupa un posto di primo piano nei nostri risultati. Questa struttura cerebrale è coinvolta nel circuito dell'elaborazione emotiva e della rappresentazione di segnali e sentimenti afferenti dal corpo. Il suo malfunzionamento è associato alla difficoltà di sperimentare empatia verso il prossimo e a un aumento dell'autoreferenzialità e della preoccupazione per il proprio sé. È interessante notare come, oltre all'insula, anche la mPFC e la ACC sono aree che si sovrappongono ampiamente ai circuiti neurali comunemente implicati nell'empatia (Fan et al., 2011; Lamm et al., 2011). La riduzione del volume di materia grigia in queste aree potrebbe essere, di conseguenza, correlata alla compromissione della capacità di sperimentare empatia, segno distintivo del Disturbo Narcisistico di Personalità.

La corteccia prefrontale mediale è una regione della corteccia prefrontale del cervello, che si localizza nel lobo frontale, composta da diversi tipi di cellule e proiezioni. La mPFC è costituita da quattro sotto-regioni neuroanatomiche distinte lungo l'asse dorsale-ventrale: l'area precentrale mediale (PrCm), la corteccia cingolata anteriore (ACC), la corteccia prelimbica (PL) e la corteccia infralimbica (IL). La specializzazione funzionale di ciascuna di queste regioni prefrontali è resa possibile dalle specifiche connessioni con altre aree corticali e sottocorticali. L'uso di tecniche neuro funzionali ha infatti permesso di evidenziare complessi circuiti fronto-corticali e fronto-sottocorticali che si attivano durante determinate risposte e di concepire la mPFC come una rete capace di controllare funzioni viscerali, automatiche, cognitive e limbiche. Tale rete è costituita dalle connessioni tra i neuroni della mPFC e gli efferenti e afferenti di regioni cerebrali corticali o sottocorticali tra cui l'amigdala, l'insula, il nucleus accumbens, il talamo mediale, l'ipotalamo, l'area tegmentale ventrale, l'ippocampo e il nucleo di rafe dorsale (Xu et al., 2019).

La mPFC costituisce dunque l'organo di controllo delle connessioni che vanno a costituire innanzitutto la rete fronto-talamica e quella fronto-paralimbica. I lobi frontali sono i rappresentanti neocorticali del sistema limbico e la corteccia cingolata anteriore (ACC), che è la parte della corteccia cerebrale situata nella regione superiore della superficie mediale dei lobi frontali, costituisce essa stessa la parte anteriore del lobo limbico.

In quanto organo di controllo, la mPFC integra le informazioni provenienti da numerose strutture di input e fa convergere le informazioni aggiornate verso le strutture di output attraverso le connessioni con queste aree.

La corteccia cingolata anteriore raccoglie numerosi input dalle aree del sistema limbico, dal momento che è la parte della mPFC che ha strette proiezioni in regioni cerebrali tipicamente coinvolte nella sfera affettiva, motivazionale, e nell'elaborazione autonoma, come l'amigdala, l'ipotalamo, e l'insula anteriore. Questa connettività suggerisce che l'ACC riveste un ruolo determinante nella valutazione della rilevanza delle emozioni e delle informazioni motivazionali e nella generazione di reazioni fisiologiche e di risposte comportamentali adeguate agli stimoli emotivamente salienti. Un'indagine strettamente legata alla comprensione delle emozioni ha dimostrato che i pazienti con lesioni chirurgiche selettive della parte anteriore dell'ACC e/o della corteccia prefrontale mediale presentano una riduzione dell'identificazione delle espressioni vocali e facciali e cambiamenti nel comportamento sociale e nel vissuto soggettivo delle emozioni (Hornak et al. 2003). In linea con questi risultati negli esseri umani, nelle scimmie con lesioni del cingolo anteriore sono stati riscontrati una ridotta vocalizzazione sociale e cambiamenti sociali ed emotivi (Hadland et al. 2003); altre indagini hanno rilevato come lesioni dell'ACC nei ratti compromettono la capacità di tenere conto delle conseguenze delle azioni ed esiste uno studio complementare di neuroimaging sull'uomo (Croxson et al. 2009).

Studi di neuroimaging hanno evidenziato il coinvolgimento dell'insula anteriore, della corteccia prefrontale mediale e della corteccia cingolata anteriore durante l'elaborazione autoreferenziale e il processo decisionale (Enzi et al., 2009; Heatherton, 2011; Johnson et al., 2005; Northoff et al., 2006; Modinos et al., 2009).

In condizioni normali, quindi, la rete composta dalla mPFC e dalla ACC determina una risposta adattiva agli input, che consente di svolgere normali funzioni comportamentali come la regolazione delle emozioni, la flessibilità cognitiva, la memoria di lavoro, l'interazione sociale e il processo decisionale. La mPFC e l'ACC rappresentano inoltre due delle principali regioni del Default Mode Network, la rete neurale che comprende anche diverse regioni sottocorticali in comune con la rete fronto-paralimbica precedentemente citata, (come l'ippocampo) e svolge diverse funzioni, tra cui le principali riguardano il mantenimento delle attività cognitive a riposo, la capacità di percepire informazioni esterne, di riconoscere stimoli familiari e non, di riflettere sui propri e altrui stati mentali, di provare emozioni in relazione a situazioni sociali che riguardano noi stessi e gli altri e di valutare le reazioni proprie e altrui in alcune situazioni emotive. Si tratta dunque di un insieme di aree cerebrali con un ruolo importante per quel che riguarda la regolazione del comportamento sociale, il controllo emotivo e il funzionamento del sé.

I risultati della revisione sistematica mostrano una prospettiva neurobiologica del Disturbo Narcisistico di Personalità che evidenzia un potenziale danno nei sistemi fronto-talamici e fronto-limbici di questi pazienti, riportato in modo simile in altri disturbi di personalità del cluster B (Carrasco et al., 2012; Grant et al., 2007).

La riduzione del volume dell'insula anteriore, come precedentemente evidenziato, offre una spiegazione ai deficit empatici caratteristici della sintomatologia del Disturbo Narcisistico di Personalità. Un'ipotesi interessante a riguardo è quella di Craig (2009) che, sulla base del suo modello di connettività, ipotizza che l'insula anteriore sia coinvolta nella rappresentazione del sé e, più specificamente, del sé corporeo o dell'"io materiale", come egli lo definisce. Poiché i soggetti con DNP mostrano un'attenzione e una preoccupazione maggiore per il proprio sé e un conseguente coinvolgimento deficitario verso i bisogni altrui, tali aspetti potrebbero essere ricondotti alla loro alterata attività dell'insula. Questa ipotesi è compatibile con diversi studi di imaging che mostrano il reclutamento dell'insula anteriore destra durante compiti incentrati su di sé (Enzi et al. 2009; Modinos et al. 2009).

Oltre all'alterazione dei processi empatici (sia nella componente di "contagio emotivo", che porta a riconoscere e condividere le emozioni dell'altro, sia nella componente di "assunzione di prospettiva", che porta a compiere inferenze su cosa un'altra persona stia pensando o sentendo), che negli studi trova una corrispondenza empirica diretta nei deficit strutturali e di attivazione dell'insula anteriore (primo e terzo studio), la sintomatologia dei pazienti con DNP comprende grandiosità, disregolazione dell'autostima, ipersensibilità alle critiche e bias nell'elaborazione autoreferenziale. La riduzione del volume di materia grigia nella mPFC e nell'ACC potrebbe, sulla base delle caratteristiche di queste regioni, essere legate ai pregiudizi tipicamente presenti nel processo autoreferenziale dei pazienti con DNP, alla prospettiva egocentrica e alla disregolazione dell'autostima e dei sentimenti legati al proprio sé, oltre che all'alterazione dei processi di regolazione delle emozioni tipici di questo disturbo (Fulford et al., 2008; Ronningstam, 2010).

Considerando i deficit a queste regioni in termini di malfunzionamento della rete del Default Mode Network, essi potrebbero riflettere un'alterazione della capacità di mentalizzare gli stati mentali degli altri favorendo, tra l'altro, un aumento dell'immaginazione al servizio però di un assorbimento in fantasie autoriferite.

È interessante notare come un'altra regione cerebrale risultata significativamente deficitaria nei pazienti con DNP è stata l'area motoria supplementare (SMA). Questa, con l'ACC, partecipa al monitoraggio dei conflitti, in particolare nei processi decisionali che legano l'individuo alle altre persone, come quelli nell'esperimento di Stolz, in cui i partecipanti dovevano dividere una dotazione monetaria con un destinatario sconosciuto.

L'area motoria supplementare coincide con la parte premotoria della corteccia cerebrale ed è la regione cerebrale in cui sono stati scoperti per la prima volta i neuroni specchio nel macaco, che scaricano non solo ogni volta che l'animale esegue con la mano o con la bocca atti motori finalizzati al raggiungimento di uno scopo, ma anche quando l'animale è lo spettatore passivo di azioni analoghe eseguite da un essere umano o da un'altra scimmia. (Gallese et al 1996; Rizzolatti et al. 1996; Rizzolatti & Craighero 2004). Il sistema dei neuroni specchio costituisce la base biologica della compassione e quindi dell'esperienza empatica affettiva, dal momento che è alla base della capacità

di riconoscere e comprendere le azioni altrui e le intenzioni che le hanno promosse (Fogassi et al. 2005; Iacoboni et al. 2005). La scoperta dei neuroni specchio permette di comprendere l'empatia come un'immediata e compassionevole partecipazione alle risposte dell'altro che consente di comprenderne i sentimenti.

L'ipoattivazione dell'area motoria supplementare durante l'esecuzione di un compito decisionale potrebbe dunque rappresentare il correlato dei deficit nei meccanismi di rispecchiamento empatico durante una scelta e la successiva sequenza del movimento, che porterebbe i pazienti con Disturbo Narcisistico di Personalità a mantenere una visione autocentrata e a compiere decisioni auto-benefiche a scapito dei costi di tali azioni sugli altri.

Per quanto riguarda le alterazioni della materia bianca che i risultati degli studi evidenziano, è possibile notare come i fasci di fibre sottocorticali risultati significativamente danneggiati siano in continuità con le strutture corticali deficitarie. Lo studio di Nenadic, infatti, sottolinea come sia l'anisotropia frazionale delle fibre del lobo prefrontale e del tratto fronto-talamico a risultare minore, ad indicare un'integrità danneggiata di tali fasci.

Il motivo della costante ricerca di affermazione e ammirazione da parte del mondo esterno nel DNP può rappresentare una strategia di compensazione per i difetti dell'associazione con le strutture neurali interne legate al sistema limbico e ai meccanismi di motivazione e ricompensa (la corteccia prefrontale, la corteccia cingolata anteriore, la corteccia insulare).

Lo studio di Lou individua una bassa integrità della sostanza bianca (valori di anisotropia frazionale e diffusività assiale minori) nei fasci di fibre che costituiscono la via di connessione, che collega i vari lobi cerebrali, la via di associazione, formata dai fasci che uniscono i due emisferi e la via proiettivo-talamica, costituita dai fasci di fibre ascendenti e discendenti tra la corteccia cerebrale, il tronco encefalico e il midollo spinale.

Questo studio mette dunque in luce l'estensione dei fasci di fibre colpite nel Disturbo Narcisistico di Personalità, il che mostra come questo Disturbo possa essere ricondotto alla scarsa integrità della materia bianca di una buona parte di cervello, caratterizzata da compromissioni e disconnessioni.

Dal momento che le teorizzazioni psicoanalitiche considerano l'eziopatogenesi del DNP legata ai fallimenti nelle cure e nel sostegno dello sviluppo del sé del bambino durante l'infanzia, è possibile che gli eventi stressanti o traumatici occorsi durante i periodi di sviluppo cerebrale abbiano influenzato la mielinizzazione e la strutturazione dei fasci di fibre di questi pazienti, provocando loro danni ai fasci di materia bianca in vaste porzioni del cervello.

2.2.5 Limiti e conclusioni

L'attuale rassegna non è esente da limiti.

In primo luogo, l'esiguo numero di studi presenti in letteratura che si pongono l'obiettivo di identificare il correlato neurale del Disturbo Narcisistico di Personalità rende complesso giungere a dei risultati che possano dirsi esaustivi. Come è infatti possibile notare dalla Tabella 4, che offre la sintesi dei risultati emersi, gli studi selezionati sono 5, nonostante tale numero sia anche dovuto alla selettività dei criteri di esclusione e di inclusione che si sono scelti di utilizzare e, in particolare, alla decisione di non inserire nella revisione lavori che non si occupassero di studiare il narcisismo nella popolazione clinica (DNP). Ci si prefigura che la ricerca futura arricchisca i contributi in questo campo, la cui rilevanza si sta progressivamente imponendo a livello socioculturale, clinico e scientifico.

Sono inoltre da evidenziare le limitazioni dei singoli studi.

Innanzitutto, in molti dei lavori considerati, viene utilizzato un campione di dimensioni relativamente ridotte. Inoltre, in tre ricerche il gruppo clinico presenta alcuni casi di comorbidità con altre diagnosi, seppur valutate da clinici esperti come secondarie e non in grado di influire sui risultati e nel secondo studio, di Nenadic e colleghi, i partecipanti non sono sottoposti a screening tossicologico delle urine; quindi, non è possibile escludere la presenza di disturbi correlati all'utilizzo di sostanze.

Questi aspetti rendono meno lineare la generalizzazione dei risultati alla popolazione clinica con Disturbo Narcisistico di Personalità.

Un altro aspetto da tenere in considerazione è che tutti gli studi inclusi sono di tipo trasversale: ciò non permette di trarre delle conclusioni in merito ai nessi causali tra i correlati neurali e il DNP.

Infine, le regioni corticali e sottocorticali risultate significative sono molte. Mentre alcune di esse, discusse nel paragrafo precedente, trovano corrispondenza tra i vari studi, suggerendo un'associazione rilevante di queste ultime con il DNP, ci sono alcune aree cerebrali non sovrapponibili con quelle di altri studi, precedenti o presenti nella revisione. È il caso, ad esempio, della corteccia occipitale mediale sinistra e di alcune regioni del lobo temporale, come il giro fusiforme sinistro, il giro linguale sinistro e la corteccia temporale superiore destra, risultati significativi nello studio di Nenadic.

L'estensione delle regioni cerebrali che la rassegna identifica come significative rispetto ad una correlazione con il Disturbo Narcisistico di Personalità (vedi Tabella 4) permette di ipotizzare come, nonostante risultati fondamentale indagare l'eziologia, la manifestazione e la clinica del DNP anche attraverso un riscontro neurale morfo-funzionale, l'associazione tra il Disturbo e i suoi correlati neurali non sia né lineare né deterministica.

Le neuroscienze e la psicoanalisi ambiscono entrambe a spiegare chi siamo, seppur con metodologie e linguaggi differenti. Il dialogo tra discipline è non solo auspicabile, ma necessario: le scienze della psiche oggi non possono non confrontarsi con le neuroscienze e con le origini fisiologiche della mente, che non possono essere colte direttamente, collocandosi a un livello descrittivo diverso. Allo stesso tempo, però, è impensabile e irrealizzabile che le neuroscienze cognitive corrispondano ad una traduzione neuro deterministica della natura umana: al centro della ricerca psicologica deve situarsi la pienezza dell'esistenza umana e l'esperienza che ognuno di noi ne trae. Affinché ciò avvenga, il contributo della psicoanalisi, così come quello delle scienze umane, risulta imprescindibile. Una posizione di pluralismo esplicativo, per cui le spiegazioni delle neuroscienze e quelle della psicanalisi possono essere valide su diversi piani e coesistere, si deve difendere dal rischio del riduzionismo: i meccanismi evidenziati dalla psicoanalisi non possono essere "ridotti" e assorbiti da meccanismi più "fondamentali"/basici riguardanti il funzionamento del cervello, messi in luce dalle neuroscienze.

Se, da un lato, è quindi fondamentale per la psicoanalisi conoscere le basi materiali della mente e la complessità della struttura che la realizza, il livello descrittivo della psicoanalisi non può essere direttamente colto dall'indagine

neuroscientifica: per conoscere la personalità di un individuo non c'è altra via che osservarlo e/o interagire con lui, a livello comune o all'interno di un setting analitico (Mattana, 2016).

3 LA STORIA DEL NARCISISMO

“É ben altra cosa l'amore che baciare sopra l'acqua il riflesso di una rosa.”

Paul Valery (1945), *Frammenti del Narciso*

3.1 IL MITO DI NARCISO DALLE METAMORFOSI DI OVIDIO

Esistono diverse versioni del mito di Narciso: una proviene dai Papiri di Ossirinco ed è attribuita a Partenio, un'altra si trova nelle Narrazioni di Conone, datata fra il 36 a.C. e il 17 d.C., mentre le più note sono la versione di Ovidio, contenuta nelle Metamorfosi, e quella di Pausania, proveniente dalla Periegesi della Grecia.

Viene riportata la versione di Ovidio.

Narciso era figlio della ninfa Liriope, che un giorno il Cefiso aveva intrappolato nelle curve della propria corrente, imprigionata tra le onde e violentata.

La madre di Narciso, quando egli era piccolo, aveva interrogato l'indovino Tiresia per conoscere il futuro del figlio e gli aveva chiesto se il bambino avrebbe visto la vecchiaia. L'indovino rispose: “Soltanto se non conoscerà se stesso”.

Narciso crebbe di una bellezza impressionante. Molti giovani lo desideravano e fanciulle e ragazzi s'innamoravano di lui, ma lui puntualmente li sdegnava: “in quella tenera bellezza v'era una superbia così ingrata, che nessun giovane, nessuna fanciulla mai lo toccò” (Ovidio, Metamorfosi, pp.354). Narciso non si lasciava amare da nessuno.

Un giorno mentre era a caccia di cervi nel bosco, com'era solito fare, incontrò una ninfa dei boschi: Eco, “che rimanda i suoni”. Eco non poteva parlare e rispondere come più preferiva, ma solo pronunciare le ultime parole altrui. La aveva ridotta così Giunone che accusò Eco di aver cercato di distrarla con molte chiacchiere mentre il suo compagno Giove s'intratteneva con alcune ninfe. Quando la figlia di Saturno se ne accorse, la punì dicendo: "Di questa lingua che mi ha ingannato potrai disporre poco: farai della voce un uso ridottissimo".

In quel fatale incontro nel bosco anche Eco rimase vittima della bellezza di Narciso e incominciò ad inseguirlo. Ma il giovane la rifiutò e fuggì.

Disprezzata, si nascose nei boschi, occultando il suo volto dietro le frasche per la vergogna. Cominciò a perdere peso e a dissolversi nel vento, fino a che di lei non rimase più nulla a parte la voce e le ossa, che presero l'aspetto dei sassi.

Successivamente accadde che un altro amante rifiutato da Narciso chiese a Nemese di vendicarsi, levò le mani al cielo e disse: "Che possa innamorarsi anche lui e non possedere chi ama!". La dea acconsentì.

Un giorno Narciso, spassato dalle fatiche della caccia e dalla calura, si avvicinò a una fonte, attratto dalla bellezza del posto e dell'acqua, ma mentre cercava di sedare la sua sete, un'altra sete gli crebbe: mentre beveva, si invaghì della forma che vide riflessa, si innamorò di sé stesso.

Da quel momento Narciso iniziò a sperare in un amore senza corpo, a credere che fosse un corpo quello che in realtà era solo un riflesso. Diventò vittima del proprio fascino e cercò sempre, ovviamente invano, di abbracciare la propria immagine riflessa. Narciso desiderava, senza saperlo, se stesso: era amante e oggetto amato, elogiava, ma era lui l'elogiato, e bramando, si bramava, e insieme ardeva e si accendeva. Quante volte dava vani baci alla fonte ingannatrice! Quante volte tuffava nell'acqua le braccia per gettarle attorno al collo che vedeva, ma nell'acqua non si afferrava!

"Ingenuo, perché t'illudi d'afferrare un'immagine che fugge? Ciò che brami non esiste; ciò che ami, se ti volti, lo perdi! Quella che scorgi non è che il fantasma di una figura riflessa: nulla ha di suo; con te venne e con te rimane; con te se ne andrebbe, se ad andartene tu riuscissi." (pp.432).

Né desiderio di cibo, né desiderio di riposo riuscirono a staccare Narciso da lì: perse il suo colorito, rosa misto a candore, perse vigore e forze e tutto ciò che prima tanto piaceva.

Il suo corpo non era più quello di cui un giorno si era innamorata Eco. Ed Eco, tuttavia, quando lo vide così, sebbene ancora adirata al ricordo, provò un grande dolore, e ogni volta che il misero fanciullo si lamentava, lei rimandava il suo lamento. Le ultime parole che egli pronunciò, tornando a guardare ancora una volta nell'acqua, furono: "Ah, fanciullo invano amato!" e il luogo gli rinviò altrettante parole. E quando disse "Addio!", anche Eco disse "Addio!".

Narciso si consumò lentamente, fino a morire, ucciso dall'amore irraggiungibile. Reclinò il capo stanco sull'erba verde e la morte buia chiuse quegli occhi che ancora ammiravano la forma del loro stesso padrone.

Il suo corpo era scomparso; al suo posto trovarono un fiore: giallo nel mezzo, e tutt'intorno petali bianchi...il narciso.

3.2 IL NARCISISMO FINO A FREUD

Non crediamo che “i miti siano piovuti giù dal cielo, ma riteniamo piuttosto con O. Rank (1909) che nel cielo essi siano stati proiettati dopo essere germogliati altrove in condizioni puramente umane”. Così sosteneva Freud, aggiungendo che “appunto a questo contenuto umano si rivolge il nostro interesse” (Freud, 1913, pp.244).

Tra gli uomini è nato il mito di Narciso, in un’epoca antichissima, quando le vicissitudini umane diventavano storie, ma quando ancora c’era il coraggio di interrogarle e di narrarle. È stato proiettato nel cielo e, soltanto migliaia di anni dopo, qualcuno ha sentito la necessità di farlo tornare sulla terra e di attingervi, per riferirlo a coloro tra cui era nato.

3.2.1 La nascita del concetto: dalla terminologia psichiatrica a quella psicoanalitica

Una prima lettura del mito di Narciso viene proposta nel 1892, in ambito psichiatrico, dallo psichiatra tedesco H. Havelock Ellis, al fine di descrivere un aspetto patologico della vita sessuale, legato all’autoerotismo del soggetto.

Il termine “narcisismo”, come ci ricorda Freud in *Introduzione al narcisismo*, è stato coniato per la prima volta da Paul Nacke nel 1889, riferendosi alle perversioni sessuali, per indicare “l’atteggiamento di una persona che tratta il proprio corpo allo stesso modo in cui è trattato, in differenti condizioni, il corpo di un oggetto sessuale; cioè egli sperimenta piacere sessuale contemplando, carezzando e blandendo il proprio corpo, finché da queste attività deriva gratificazione completa” (Freud, 1914, pp.73).¹

Prima della sua adozione da parte della psicoanalisi, il termine narcisismo denota dunque un fenomeno clinico molto specifico, utilizzato nella terminologia e nella pratica psichiatrica ad indicare un caso di perversione autoerotica maschile, consistente in una sopravvalutazione fisica e morale del proprio sé, che assorbe l’intera vita sessuale del soggetto.

¹ Racamier, parecchi anni dopo (1987) parlerà di perversione narcisistica, come non soltanto di una deviazione rispetto alla meta o l’oggetto della pulsione sessuale, bensì come di un particolare modo di entrare in contatto con l’altro, sotto diversi aspetti: il disinteresse nello stabilire un legame paritario e di confronto, il desiderio di diventare i padroni delle relazioni e il senso di trionfo e superiorità sperimentato nell’aver il controllo sull’altro.

Il narcisismo fa la sua comparsa come concetto psicoanalitico nel 1908, in un articolo di Isidor Sadger, allievo di Freud, citato da Stekel durante una delle riunioni del mercoledì sera della Società Psicoanalitica di Vienna, il 27 maggio 1908. Successivamente, Freud utilizza per la prima volta questo termine in una riunione del 10 novembre 1909 (Nunberg H. & Federn E., 1973).

Il prezioso contributo dell'introduzione del concetto nella teoria psicoanalitica è quello di riconoscere progressivamente come il narcisismo, la perversione, sia in realtà un'illustrazione specifica di qualcosa di più generale riguardo il comportamento umano. Il termine, che in ambito psichiatrico era riservato ad una situazione molto specifica (la perversione) si diffonde nella letteratura psicoanalitica ad indicare uno stato più generale della psiche e del comportamento, che ha come caratteristica l'amore di sé.

È Otto Rank a sostenere per primo che il narcisismo debba trovare una collocazione nel normale sviluppo psicosessuale dell'individuo. Nel 1911, con il primo documento psicoanalitico dedicato specificamente al narcisismo lo collega esplicitamente a fenomeni non sessuali, come la vanità e l'auto ammirazione: "amare il proprio corpo è un importante fattore della normale vanità femminile" scrive (pp.406). Inoltre, Rank intravede per la prima volta una possibile natura difensiva del narcisismo, parlando di quelle donne che "si rifugiano nell'amore di sé ferite a causa di uomini cattivi e incapaci di amare", anticipando così anche il concetto di "ritiro narcisistico" causato da ferite oggettuali, tematica che viene successivamente ripresa da Freud.

Nel procedere delle teorizzazioni la difficoltà ad inquadrare il concetto di narcisismo aumenta sempre di più ed esso diventa uno dei più polisemici e problematici termini di tutta la teoria psicoanalitica. Con Freud il narcisismo giunge ad occupare un posto centrale nella concettualizzazione metapsicologica e nella pratica psicoanalitica, pur essendo anche nelle sue opere fonte di contraddizioni e di difficoltà di inquadramento teorico e pratico, che rendono più volte Freud insoddisfatto della sua elaborazione a riguardo e pronto a rivederla.

Il termine "narcisismo" viene utilizzato nelle più svariate occasioni, in termini positivi e negativi, come fase temporale o come struttura del soggetto, a indicare situazioni assai diverse tra loro: una perversione sessuale, una fase evolutiva, una qualità della libido, un tipo di investimento oggettuale, l'autostima. Sassanelli sottolinea come tutti i discorsi sul narcisismo evidenziano non solo uno slittamento permanente fra piano

descrittivo e piano concettuale (per cui il narcisismo si presenta ora come realtà, ora come concetto), ma anche un frequente sconfinamento su altri piani, ad esempio quello etico e quello mitico-metaforico. “[...] Cosicché, nonostante l’impegno di coloro che hanno cercato di delimitarne e precisarne il significato, sembra che il concetto di narcisismo continui a resistere a ogni tentativo di un più univoco inquadramento teorico-clinico” (Sassanelli, 1987, pp.25).

3.2.2 Gli utilizzi del termine nella teorizzazione freudiana

3.2.2.1 Il narcisismo di Leonardo da Vinci

Freud utilizza per la prima volta il termine “narcisismo” nel 1909, in una nota aggiunta ai *Tre saggi*, per spiegare la scelta d’oggetto omosessuale. Scrive che gli omosessuali “si identificano con la donna e assumono se stessi come oggetto sessuale, vale a dire, partendo dal narcisismo, cercano uomini giovani e simili alla loro persona che li vogliono amare come li ha amati la loro madre” (Freud, 1905, pp.460).

Tale concetto viene ribadito e sviluppato nel saggio dedicato alla figura di Leonardo da Vinci. Nel 1910, tornato dall’America, Freud scrive a Jung di aver compreso il misterioso carattere dell’intellettuale e tenta di darne una spiegazione nel suo scritto *Un ricordo d’infanzia di Leonardo da Vinci*, in cui indaga i rapporti tra la sessualità infantile e la curiosità intellettuale ed esplora il tema del narcisismo proprio a partire dall’omosessualità di Leonardo. Studiando la personalità di Da Vinci, Freud parla di scelta oggettiva narcisistica, che spinge Leonardo a ricercare un oggetto d’amore omoerotico. Cita qui per la prima volta il mito di Narciso: il giovane omosessuale “trova i suoi oggetti d’amore sulla via del narcisismo, poiché la leggenda greca parla di un giovane, Narciso, cui nulla piaceva tanto quanto la propria immagine riflessa e che venne trasformato nel bel fiore che porta questo nome” (Freud, 1910, pp.244).

La prima infanzia di Leonardo è caratterizzata da uno stretto legame di attaccamento con la madre naturale, alimentato da desideri e valenze erotiche dovute soprattutto alla mancanza della figura paterna e alla sua condizione di “bambino senza padre”. Secondo Freud, le tenerezze materne tanto esclusive avrebbero dato sostegno alle tendenze narcisistiche e omosessuali di Leonardo, portandolo ad idealizzare l’amore della madre, a rimanere fissato nei bisogni erotici con la figura materna e a

identificarsi con lei; l'amore per la madre viene rimosso, ma il figlio prende il suo posto e, di conseguenza, la sua meta sessuale risulta deviata: lui stesso diviene il modello dei suoi oggetti d'amore. Leonardo, infatti, si circonda di giovani, bellissimi assistenti: spende la sua vita cercando se stesso negli altri fanciulli e ripetendo con essi lo stesso tipo di relazione amorosa avuta con la madre nei primi anni di vita.

“[...] È così diventato omosessuale; in verità è di nuovo scivolato nell'autoerotismo, giacché che i ragazzi che egli, adolescente, ora ama, non sono che sostituti e repliche della sua stessa persona infantile, da lui amata come sua madre lo amò da bambino” (Freud, 1910, pp.244).

Questo lavoro costituisce la prima teorizzazione del concetto freudiano di narcisismo, utilizzato per dare una spiegazione alla scelta d'oggetto di Leonardo e inteso come un certo tipo di perversione: la disposizione amorosa omosessuale. Attribuendo al narcisismo l'accezione di aspetto patologico nello sviluppo sessuale dell'individuo, Freud sembra dunque confermarne l'origine clinica inizialmente proposta da Ellis e Nacke.

3.2.2.2 Autoerotismo e narcisismo primario

Nei successivi utilizzi freudiani del concetto di narcisismo, si riconosce un importante spostamento verso un senso genetico: il narcisismo viene considerato come una fase evolutiva, intermedia tra l'autoerotismo e l'amore oggettuale, in cui il bambino assume se stesso come oggetto d'amore.

Freud, già nello studio del caso clinico del Presidente Shreber, scrive che “questa fase di passaggio tra l'autoerotismo e l'amore per un oggetto forse è indispensabile per lo sviluppo normale, nonostante molti individui si attardino eccessivamente in questo stadio e trasportino caratteristiche tipiche di questo anche negli stadi successivi dell'evoluzione” (Freud, 1905, pp.385). E spiega che in questo stadio l'individuo unifica i propri istinti sessuali, che prima di allora erano concentrati su attività autoerotiche isolate, creando un primo un oggetto d'amore: se stesso, il proprio corpo.

Nel terzo capitolo di *Totem e tabù* (1912), Freud indaga lo sviluppo evolutivo della libido, ribadendo la necessità di considerare un passaggio intermedio, “la cui importanza si va sempre più imponendo nella ricerca”, tra lo stadio dell'autoerotismo e quello della scelta oggettuale, al quale viene dato il nome di narcisismo.

È questo il concetto di “narcisismo primario”, prima manifestazione della libido investita su ciò che oggi chiameremmo Sé, che corrisponde al periodo in cui il bambino crede all'onnipotenza dei suoi pensieri e si comporta come se fosse innamorato di sé stesso. Freud sottolinea il ruolo dei genitori nel permettere al bambino di accedere all'onnipotenza colma di perfezione tipica di questo periodo dello sviluppo, necessaria alla formazione di un assetto narcisistico primario sufficientemente solido. Tale contributo genitoriale si rispecchia nella tendenza a sospendere in favore del figlio le limitazioni della civiltà, facendo di tutto perché non subisca le inevitabili durezza della realtà.

“L'interpolazione del narcisismo primario tra autoerotismo e amore oggettuale è giustificata dalla necessità di Freud di mantenere una prima fase anoggettuale (autoerotica), dato che nella fase di narcisismo primario l'io comincia a costituirsi come oggetto d'amore di se stesso” (Mangini, 2001, pp.286).

L'autoerotismo segnala infatti una prima organizzazione del piacere, che però è ancora priva di un oggetto unitario, in cui l'appagamento è conseguito mediante manipolazioni che calmano l'eccitamento di specifiche zone sensibili. In questo stadio le singole componenti pulsionali della sessualità operano indipendentemente le une dalle altre al fine di acquisire piacere: la pulsione si aggrega attorno a nuclei autoerotici, da immaginare come “isole non comunicanti. Nel narcisismo primario, invece, l'oggetto esiste ed è l'io-corpo, risultato dell'immagine unificata del corpo derivante dall'agglomerarsi dei nuclei autoerotici dispersi e caotici, che si riuniscono in unità più vaste e organizzate, formando inizialmente le prime zone erogene (come la zona erogena orale o la pelle) e poi l'intera unità somato-sensoriale. Il narcisismo primario connota così l'io come “unità rispetto al funzionamento anarchico e frammentato della sessualità che caratterizza l'autoerotismo” (Laplanche & Pontalis, 1981, pp.260) e costituisce una prima base di appoggio della pulsionalità attraverso la formazione dell'io-corporeo che unifica i livelli autoerotici precedenti.²

Con l'introduzione del modello genetico, l'omosessualità, indagata come deviazione patologica (perversa) dell'attività sessuale nel carattere di Leonardo, viene concepita

²L'io-corporeo e l'immagine unificata del corpo daranno luogo ad un primo abbozzo dell'io, che apre la strada alla costituzione dell'io come istanza e come struttura. L'io viene infatti considerato da Freud come la proiezione psichica della superficie del corpo, dal momento che lo psichismo emerge dalle sensazioni corporee.

Vedremo come l'idea che la libido catturata dall'io possa essere utilizzata per mete narcisistiche finirà per completare lo schema esplicativo del modello topico che attribuisce all'io un'attività, quindi un'influenza strutturale.

da Freud come tappa evolutiva dello sviluppo (lo stadio della scelta oggettuale omosessuale), che segue la fase del narcisismo e precede la scelta oggettuale eterosessuale, ultima conquista dello sviluppo libidico.

“Nella prospettiva di una genesi della scelta di oggetto, Freud giunge a porre la sequenza: autoerotismo, narcisismo, scelta di oggetto omosessuale, scelta di oggetto eterosessuale” (ibidem).

3.2.2.3 Narcisismo e relazioni oggettuali: libido oggettuale e libido narcisistica

Freud già in *Totem e Tabù* sottolinea il carattere non esclusivamente stadiale del narcisismo: “all’organizzazione narcisistica non si rinuncerà mai del tutto”, afferma (pp.90), postulando così l’indispensabilità del narcisismo primario per le relazioni oggettuali successive.

Il narcisismo è sì inteso da Freud come una “situazione in cui la libido si concentra sull’Io del soggetto, assumendolo come proprio oggetto” (Freud, 1924, pp.123), ma tale situazione non riguarda esclusivamente una fase dello sviluppo pulsionale: essa “non viene completamente revocata [dato che] per tutta la vita l’Io rimane il grande serbatoio della libido, dal quale vengono emanati gli investimenti oggettuali e nel quale la libido può tornare a refluire partendo dagli gli oggetti. La libido narcisistica si trasforma continuamente in libido oggettuale e viceversa” (ibidem).

Si evidenzia così come la libido non sia più definita solo per il suo oggetto, o vista in relazione alla zona erogena, come descritto nei *Tre saggi*, ma come esista un investimento libidico originario dell’Io, una parte del quale viene in seguito ceduta agli oggetti. Con una delle sue più famose metafore, Freud chiarisce il rapporto che intercorre tra la libido dell’Io e la libido oggettuale: l’investimento originario dell’Io “ha con gli investimenti d’oggetto la stessa relazione che il corpo di un organismo ameboidale ha con gli pseudopodi che emette” (Freud, 1914, pp.445), ovvero un rapporto inversamente proporzionale, in cui “quanto più si impiega dell’una, tanto più si depaupera l’altra” (pp.446).

Studiando il narcisismo come stadio evolutivo e come modalità di funzionamento permanente, ne viene definitivamente spostato il significato dall’ambito clinico-nosologico (perversione sessuale in cui l’oggetto è il proprio corpo) a quello teorico. L’ingresso di tale concezione del narcisismo nella teoria freudiana comporta infatti la

necessità di ridefinire la prima teoria pulsionale, ovvero il conflitto tra pulsioni dell'lo (di autoconservazione) e pulsioni sessuali, dato che il concetto di narcisismo è visto all'interno di un bilancio e di una dinamica degli investimenti tra libido dell'lo e libido oggettuale e dato che l'investimento sull'lo, proprio del narcisismo, non può essere considerato in opposizione alle pulsioni sessuali, "essendo a buon diritto psicosessuale anch'esso" (Mangini, 2015, pp.107). Siccome anche le pulsioni dell'lo devono essere considerate sessuali, dato che anche "l'amore di sé" è il risultato di un investimento libidico, alla precedente dicotomia tra pulsioni dell'lo e pulsioni sessuali viene sostituita la distinzione tra libido oggettuale e libido dell'lo, che riguarda le mete, e che favorisce la teorizzazione di una seconda dicotomia pulsionale tra pulsioni di vita e pulsioni di morte. Questa riunisce in Eros sia le pulsioni sessuali sia le pulsioni dell'lo, libido oggettuale e libido narcisistica, la prima come forza centrifuga verso l'oggetto, la seconda come forza centripeta verso l'lo (Musatti, 1977).

Nel 1914 quindi Freud aggiungerà nel terzo paragrafo del *Terzo Saggio* la nuova teoria della libido, che sottolinea come anche l'investimento sull'lo sia da considerarsi pulsionale e ben al di là del puro istinto di autoconservazione.

3.2.2.4 La scelta oggettuale narcisistica: interconnessioni tra narcisismo e vita amorosa

La vita amorosa nelle sue manifestazioni, rispettivamente nell'uomo e nella donna, è un ulteriore punto di osservazione che permette a Freud di avvicinarsi allo studio del narcisismo, mostrando come questo abbia un ruolo chiave nella scelta oggettuale amorosa.

In *Introduzione al narcisismo* viene mostrato come la scelta oggettuale può essere fondamentalmente di due tipi: "di tipo narcisistico" o "per appoggio" (anaclitica).

Siccome i primi soddisfacimenti autoerotici riguardano funzioni di importanza vitale, che si pongono al servizio dell'autoconservazione, tale appoggio continuerà ad essere testimoniato nella futura scelta oggettuale anaclitica: sono le persone che hanno a che fare con la nutrizione, la cura e la protezione ad essere scelte (scelta oggettuale per appoggio).

Esiste tuttavia un altro tipo di scelta oggettuale, quella narcisistica, che è la scelta di un oggetto sulla base della somiglianza con se stessi, in cui quindi l'oggetto non viene scelto per somiglianza con la madre o con le figure di accudimento, bensì in

cui viene assunta a modello la propria persona: “essi cercano palesemente sé stessi come oggetto d’amore” (Freud, 1914, pp.457).

La scelta oggettiva narcisistica mostra come si possa amare un oggetto sulla base di un primitivo amore di sé: di ciò che ognuno è, era, avrebbe voluto essere, o di una parte del proprio sé ora scomparsa.

La scelta oggettiva narcisistica implica la volontà di farsi amare e, secondo Freud, è caratteristica delle donne, i cui “bisogni non le inducono ad amare, ma piuttosto ad essere amate; e si compiacciono degli uomini che soddisfano questa loro esigenza” (Freud, 1914, 459).

Mentre la scelta narcisistica è la scelta di un oggetto non perché lo si ama, ma perché ci si sente amati da lui, la scelta per appoggio è considerata da Freud il prototipo della scelta oggettiva matura, che nella sua forma più completa e adulta è la scelta dell'altro come differente da sé.

Tra le relazioni mature, la prima ad essere considerata il prototipo delle relazioni “per appoggio” è l’innamoramento che, per Freud, costituisce la più alta fase di sviluppo di cui la libido oggettiva è capace, dal momento che rappresenta la massima condizione di impoverimento dell’Io a vantaggio dell’oggetto d’amore. Essere innamorati significa che “una quantità notevole di libido narcisistica deborda sull’oggetto” (Freud, 1921, pp.300), significa quindi perdere una parte del proprio narcisismo.

Tuttavia, nonostante l’innamoramento appaia come la forma estrema di amore per l’oggetto, Freud (1914) non tarderà a riconsiderare anche tale condizione come segno dell’amore di sé e della sopravvalutazione dell’oggetto che serve a sostituire un proprio, non raggiunto, ideale dell’Io, dal momento che viene amato l’oggetto che possiede le prerogative che mancano all’Io per raggiungere il suo ideale. La sopravvalutazione dell’oggetto, tratto specifico dell’innamoramento “corrisponde pertanto alla traslazione dell’originario narcisismo infantile sull’oggetto sessuale” (pp. 458).

Nel testo freudiano, l’iniziale distinzione schematica tra scelte narcisistiche e scelte anaclitiche caratterizzate da “vero” amore oggettivo tenderà progressivamente a dissolversi, al punto che “in ogni relazione finiremo per riconoscere la presenza soverchiante di istanze narcisistiche: tanto che è lecito domandarsi, terminata la lettura di quel lavoro, se esista nel pensiero di Freud qualche cosa che assomigli al “completo amore oggettivo” (Goretti G, 1996, pp.615). Durante tutta la

vita, la scelta oggettuale darà sempre modo al narcisismo di esplicitarsi, sebbene in proporzioni differenti che determinano relazioni e modalità relazionali più o meno sane, poiché esso sarà sempre messo a dura prova nell'avvicinamento all'Altro, che mette periodicamente in scacco l'immortalità dell'Io: "Chi ama ha perduto, per così dire, una parte del proprio narcisismo e può riconquistarlo solo se è amato a sua volta" (Freud 1914, pp.468).

3.2.2.5 Il narcisismo secondario

Se il narcisismo primario era definito come l'investimento libidico originario sull'Io che persiste e si verifica prima dell'investimento degli oggetti esterni, il narcisismo secondario riguarda ciò che si verifica dopo tale investimento e che risulta dal ritiro della catechesi dagli oggetti esterni e dal reinvestimento sull'Io.

Tale forma di narcisismo era stata messa in luce da Freud già nelle sue prime opere, anzi, è dalla teorizzazione sul narcisismo secondario, in particolare dagli studi sui soggetti parafrenici, che era emersa la necessità di concettualizzare uno stadio narcisistico primario.

Il narcisismo secondario permette di affrontare il tema della psicopatologia e, più in generale, connota alcuni stati di regressione al narcisismo primario, osservabili in diverse condizioni, sia normali che patologiche, che presuppongono il reinvestimento della libido oggettuale sul Sé, una volta ritirata dagli oggetti. Tale processo viene definito "ritiro narcisistico" ed è dovuto all'aumento della dipendenza dagli oggetti o al crollo del sentimento del proprio Sé (autostima), che portano l'individuo ad abbandonare gli investimenti oggettuali e a concentrarsi su di sé, sebbene in misure differenti, anche manifestando alcune modalità narcisistiche infantili, come l'egocentrismo e il pensiero onnipotente.

Il sonno, la malattia organica, l'ipocondria, il trauma, le psicosi e alcuni aspetti della vita amorosa mettono in luce diverse forme di narcisismo secondario, ovvero mostrano movimenti a ritroso della pulsionalità che, sottratta gli oggetti, ritorna sull'Io.

Con la pubblicazione de *Il caso del Presidente Schreber* (1905) Freud mostra come il narcisismo possa essere ritenuto il fattore principale dell'eziopatogenesi della psicosi: il delirio di grandezza che caratterizza Daniel Paul Schreber è una diretta conseguenza del ritiro psicotico della libido dagli oggetti e quindi dalla realtà esterna.

Sulla stessa linea di pensiero, in *Introduzione al narcisismo*, il parafrenico viene definito come colui che ha “ritirato la sua libido da persone e cose del modo esterno, senza averle sostituite con altre nella fantasia” (pp.443). La libido sottratta al mondo esterno viene diretta sull’Io, con conseguente distacco dell’interesse dagli oggetti della realtà, che porta i parafrenici ad essere inaccessibili al trattamento. È in quest’opera che Freud chiarisce come il delirio di grandezza non sia una creazione ex novo, bensì l’amplificazione di un assetto già esistente, nato con l’investimento originario dell’Io e dovuto ai fallimenti nella costituzione di tale assetto primario.

Nello stesso testo, le vicissitudini del narcisismo secondario vengono inoltre messe in luce mostrandone le manifestazioni nelle malattie organiche, nello stato di sonno e nell’ipocondria. Nello stato di malattia organica il soggetto ritira dal mondo esterno e da tutto ciò che non riguarda la sua sofferenza ogni interesse e investimento, cosicché libido e interesse dell’Io condividono in questa condizione lo stesso destino. Anche lo stato di sonno può essere considerato, nella vita normale, come un ritiro dell’assetto libidico sulla propria persona, mentre, in senso patologico, l’ipocondriaco ritira dagli oggetti del mondo esterno interesse e libido, per concentrarli sull’organo che lo interessa. L’angoscia ipocondriaca rappresenta così il corrispettivo dell’angoscia nevrotica, a livello della libido dell’Io (ingorgo della libido dell’Io) invece che di quella oggettuale.

3.2.2.6 L’Ideale dell’Io e l’avvento della seconda topica: il narcisismo in relazione ad una definizione strutturale dell’Io

L’introduzione del concetto di narcisismo nella teorizzazione freudiana è fondamentale perché apre a una visione dell’Io come istanza e struttura. L’idea che la libido catturata dall’Io possa essere usata per mete narcisistiche porta, infatti, ad attribuire all’Io un’attività e quindi una natura strutturale. Ciò favorisce una visione più articolata dello sviluppo, nella quale assume un ruolo cruciale una nuova struttura, parte differenziata dell’Io stesso e formata dalla sua riserva di libido originaria: l’Ideale dell’Io.

In *Introduzione al narcisismo* Freud chiarisce ciò che dovrebbe avvenire nella crescita adulta dell’individuo, ovvero l’evoluzione del narcisismo primario nell’Ideale dell’Io. Scrive che lo sviluppo dell’Io consiste nel prendere le distanze dal narcisismo primario, per mezzo dello spostamento della libido su un’ideale dell’Io “che è il sostituto del narcisismo perduto dell’infanzia. [...] A questo Io ideale si rivolge ora

quell'amore di sé di cui l'io reale ha goduto nell'infanzia. Il narcisismo appare ora spostato su questo nuovo io ideale che si trova in possesso, come l'io di quando si era bambini, di tutte le più preziose qualità" (Freud, 1914 pp.465).

Lo sviluppo normale prevede che la perfezione narcisistica possa essere conquistata in una nuova forma ideale; quindi, che la megalomania di un tempo si smorzi, che il narcisismo infantile sfumi. Ciò avviene perché l'individuo lo rimuove, a partire dalla considerazione che il suo io ha di sé.

La rimozione è il fattore che determina la formazione di un io ideale, che diviene a sua volta condizione stessa della rimozione.

Senza il lavoro della rimozione, quindi se l'Ideale dell'io non si sviluppa, si formerà una struttura perversa, poiché è soltanto grazie al conflitto tra l'Ideale dell'io e l'io reale che si innesca la differenziazione tra gli impulsi a cui è possibile dare modo di esprimersi e quelli da rimuovere.

Nel 1914, l'Ideale dell'io non appare ancora differenziato dal Super-io, bensì formato sia dagli ideali del narcisismo infantile sia dalle istanze censorie. Infatti, l'istanza psichica che assicura la formazione di un ideale dell'io che permetta il soddisfacimento narcisistico viene definita da Freud "coscienza morale" e la sua origine viene situata nelle critiche che i genitori (e i successivi educatori e maestri e la società stessa) hanno rivolto all'individuo.

L'introduzione dell'idea che l'io sia diviso in differenti unità strutturali, quali l'Ideale dell'io e il Super-io, rappresenta il contributo definitivo allo spostamento di Freud verso il modello strutturale dell'apparato psichico, che darà all'io un ruolo essenziale nella successiva definizione del concetto di narcisismo.

In seguito ad una revisione critica della propria teoria, Freud nel 1922 propone una nuova concezione della psiche, detta strutturale, formata da tre istanze: Es, io e Super-io. Questo modello non rimuove la prima topica (Conscio, Inconscio, Preconscio), bensì la completa, investendo maggiormente sul funzionamento delle istanze che formano la psiche.

Mentre precedentemente la nozione di narcisismo veniva sviluppata sul versante energetico-pulsionale, con la concezione di un'energia sessuale che poteva essere diretta verso gli oggetti o riportata sull'io (corporeo), attribuendo all'io l'aggettivo «ideale» e indicando nell'«io ideale» il rappresentante della «perfezione narcisistica

dell'infanzia», Freud sviluppa ora una concezione del narcisismo e della divisione tra narcisismo primario e secondario in senso strutturale.

La distinzione precedente tra una prima fase anoggettuale autoerotica e un secondo momento in cui l'lo comincia a costituirsi come oggetto d'amore (narcisismo primario) scompare. Ci si riferisce ora ad un primo stadio di narcisismo primario assoluto anoggettuale, caratterizzato da una totale assenza di relazioni con l'ambiente e da una indifferenziazione tra lo ed Es, che trova il suo prototipo nella vita intrauterina. Il narcisismo primario (assoluto) è lo stato iniziale dello sviluppo del bambino, in cui nell'lo è ammassato tutto l'importo libidico disponibile. In questa fase l'infans non è ancora in grado di distinguere tra interno ed esterno, tra sé e l'altro: è un'organizzazione psichica che si attua senza il riconoscimento dell'oggetto. "Il narcisismo primario è una sorta di amore, che, più che di se stesso, può essere definito con se stesso" dirà Semi nel 2000.

Tale stato regge fino al momento in cui l'lo incomincia a investire libidicamente le rappresentazioni di certi oggetti, trasformando la libido narcisistica in libido oggettuale.

Nel 1914, parlando del narcisismo secondario come ritiro degli investimenti libidici sull'lo, implicitamente si affermava la presenza di un lo-struttura già formato, in grado di auto-investirsi divenendo l'oggetto del proprio amore.

La nascita dell'lo, corporeo e poi strutturale, coincideva nel 1914 proprio con il concetto di narcisismo primario, che si strutturava qualora il bambino fosse in grado di operare una prima rudimentale differenziazione con la madre.

Il narcisismo primario del 1922 è invece pre-oggettuale, pre-ambivalente, non esiste ancora relazione tra narcisismo e lo, perché l'lo (struttura) deve ancora formarsi dal momento che non esiste ancora alcuna relazione con l'ambiente.

È rispetto all'lo che ora si qualifica il narcisismo secondario, che viene a coincidere con la formazione dell'lo struttura; infatti, in una breve ma significativa nota dell'*L'lo e l'Es*, Freud parla delle identificazioni attraverso le quali si struttura l'lo e scrive che "la libido che affluisce sull'lo attraverso le identificazioni descritte dà luogo al narcisismo secondario" (1922, pp.508). Ciò avviene secondo il modello già elaborato in *Lutto e melanconia* (1917) del ritiro della libido nell'lo, dove verrà utilizzata per instaurare un'identificazione con l'oggetto abbandonato.

3.2.2.7 Il sentimento di sé: narcisismo e autostima

Un ultimo aspetto fondamentale da mettere in evidenza è l'utilizzo che Freud fa del termine "narcisismo" come nome più tecnico dell'autostima.

Tale uso viene reso esplicito in *Introduzione al narcisismo*, in cui egli afferma che: "dobbiamo riconoscere che la considerazione di sé dipende in modo particolarmente stretto dalla libido narcisistica" (1914, pp.470) e in cui conia l'espressione "sentimento di sé", riferendosi al senso di valore e di solidità dell'lo, che dipende inizialmente dagli investimenti libidici primari sull'lo e secondariamente dagli investimenti oggettuali e dal rapporto tra lo reale e lo ideale. "Esiste una componente originaria del sentimento di sé, costituita da quel che sopravvive del narcisismo infantile; un'altra parte deriva dall'onnipotenza di cui abbiamo per esperienza prove concrete (il raggiungimento dell'ideale); una terza parte procede dal soddisfacimento della libido oggettuale" (ibidem, pp.472).

L'lo si impoverisce investendo gli oggetti e l'Ideale dell'lo, ma torna ad arricchirsi se trova soddisfacimento in relazione agli oggetti e se raggiunge il suo ideale.

Il sentimento di sé rappresenta sia il risultato che il motore del funzionamento psichico e delle scelte oggettuali.

L'applicazione del termine all'autostima costituiva soltanto una parte periferica dell'opera di Freud, accennata nella descrizione di Freud dell'Ideale dell'lo. Da essa, tuttavia, è scaturito uno dei più importanti significati attuali del termine narcisismo. Il principale inconveniente nell'uso del termine narcisismo per indicare l'autostima è che una parola che si riferisce fondamentalmente a un concetto teorico pulsionale viene identificata con un fenomeno affettivo (l'autostima) di ordine superiore. (Pulver, S. E., 1970 pp.334)

Freud (1926) riconobbe molto chiaramente le difficoltà insite nella spiegazione degli affetti in termini di pulsioni, tuttavia continuò a usare la considerazione di sé (un concetto affettivo) e la libido narcisistica (un concetto pulsionale) in modo intercambiabile, forse anche perché tale concezione testimonia l'importanza del concetto di sano narcisismo, imprescindibile nella sua teorizzazione; ovvero il riferimento al termine in relazione ad un assetto di base sufficientemente solido, le cui fragilità dovute agli insufficienti investimenti sull'lo sono alla base di un sentimento di sé debole, di un senso precario di esistenza, della mancanza di

sicurezza, di tolleranza dei limiti e di scarse capacità nel costruire relazioni oggettuali.

3.2.3 Il narcisismo sano come punto cardine della teorizzazione freudiana

Nei paragrafi precedenti è stata messa in luce la vastità della portata concettuale che il termine “narcisismo” ha introdotto nel pensiero psicoanalitico: l’elaborazione teorica freudiana lo utilizza per intendere molti aspetti diversi, da una perversione sessuale, a una fase evolutiva, a una modalità di scelta oggettuale e di relazione con l’ambiente, fino al livello di autostima. Ciò nonostante, è importante sottolineare che, alla base di tutto il ragionamento freudiano sul narcisismo, si colloca un concetto: quello di “sano narcisismo”, non solo originario, ma sempre presente nel soggetto.

La definizione di narcisismo che esprime chiaramente questo aspetto è quella contenuta nell’*Autobiografia* del 1924, dove Freud definisce il narcisismo “amore di sé” e lo descrive come “una situazione in cui la libido si concentra sull’Io del soggetto, assumendolo come proprio oggetto” (1924, pp.123). Tale stato rappresenta sì uno stadio necessario per lo sviluppo (narcisismo primario), ma un’ulteriore riflessione porta Freud a notare come esso non venga mai del tutto revocato. Il narcisismo, oltre ad essere il motore dello sviluppo pulsionale in quanto stadio evolutivo in cui avviene la fissazione dell’eccitamento sull’Io-corpo, entra nella dinamica pulsionale durante tutto il corso della vita, poiché la libido narcisistica si trasforma continuamente in libido oggettuale e viceversa.

Si può quindi affermare che Freud intenda il narcisismo come un vero e proprio funzionamento psichico, come la modalità con la quale l’investimento pulsionale si fissa e si organizza attorno all’Io, determinando i fenomeni legati al sano narcisismo, indispensabili per un buon funzionamento psichico o, al contrario, forme ipercompensatorie legate a un narcisismo deficitario.

In una fase primordiale dello sviluppo del bambino, il narcisismo costituisce la prima base d’appoggio della pulsionalità, attraverso la formazione dell’Io-corporeo. L’assetto narcisistico che si viene a creare in questo stadio ha un ruolo fondamentale nell’organizzazione pulsionale e nella relazione d’oggetto, in quanto base di ogni futuro investimento oggettuale. Sarà infatti soltanto con la creazione di un assetto di

base sufficientemente solido che la libido destinata anche all'investimento dell'oggetto altro da sé si potrà disporre e organizzare, cosa che un narcisismo deficitario o ferito non sarebbe in grado di garantire.

La formazione dell'io-corporeo non può avvenire senza l'intervento di un oggetto/altro, poiché il narcisismo primario rappresenta l'erede dell'amore materno nella primitiva relazione fusionale madre-bambino. La modalità autoerotica e quella narcisistica non possono prescindere da un contatto con l'oggetto primario, che è sia di eccitamento sia di contenimento dell'esperienza.

Assume dunque grande importanza la qualità della relazione libidico-affettiva con l'oggetto primario, da cui può derivare o un "sano narcisismo" (Kohut, 1971) o un "narcisismo deficitario", nel caso in cui l'oggetto non riesca a rispecchiare il bambino dell'amore di cui ha bisogno (Mangini, 2015, pp.109), che determinerà forme di funzionamento disfunzionali, poiché ipercompensatorie.

Le ferite narcisistiche che inevitabilmente la vita infligge all'essere umano sono percepite in modo diverso a seconda che il soggetto possieda una struttura somatopsichica adeguata, corrispondente ad un sano assetto narcisistico, o meno. In ogni individuo avviene costantemente una fluttuazione tra il polo narcisistico e il polo oggettuale, necessaria a compensare le inevitabili frustrazioni dovute alla presenza o all'assenza dell'oggetto; ma ogni nuova ferita sarà percepita con intensità differente a seconda che si possieda un narcisismo sano, che necessita di essere sostenuto soltanto momentaneamente ritirando parte degli investimenti dal mondo esterno, o uno deficitario, più difficile da colmare se non sfociando in soluzioni difensivamente patologiche. Queste sono presenti in situazioni cliniche come la perversione, l'ipocondria, la melanconia, la paranoia e le psicosi schizofreniche.

La libido narcisistica, fissata sul corpo del lattante dalle cure primarie, rappresenta l'energia dell'io, il suo nucleo, in grado di conferire all'io la sua forza: il sano narcisismo.

3.3 IL NARCISISMO POST-FREUDIANO

Il percorso teorico tracciato ha permesso di fare luce sulle svariate possibilità di intendere il concetto di narcisismo concepite da Freud agli arbori del pensiero psicoanalitico. La traccia insatura che ha lasciato ha portato molti autori post-freudiani ad approfondire l'argomento da diverse prospettive.

Alcuni di loro, attingendo alla concezione freudiana, hanno fatto del narcisismo il nucleo concettuale della propria teorizzazione, mentre altri teorici, dimostrata l'incompatibilità dell'idea freudiana con il loro pensiero, ne hanno sviluppata una nuova visione, in modo tale da poterlo conciliarlo con le loro posizioni teoriche.

In particolare, il dibattito successivo a Freud si sviluppa attorno alle evoluzioni in senso sano o in senso patologico del narcisismo e riguarda il suo ruolo nello sviluppo psichico dell'individuo, più o meno indipendente rispetto allo sviluppo pulsionale.

Vengono ora analizzate le principali teorie post-freudiane, tenendo conto della suddivisione precedentemente esposta tra narcisismo primario, narcisismo primario assoluto e narcisismo secondario. Inizialmente sono prese in esame quelle che si considerano maggiormente compatibili con la concezione freudiana di sano narcisismo esposta sopra (paragrafo 3.2.3).

3.3.1 Il narcisismo primario

3.3.1.1 La formazione dell'Io: Winnicott e Lacan

Donald Winnicott (1896-1971) diede vita ad una teorizzazione in grado di sottolineare di volta in volta, nello sviluppo del bambino, tanto il ruolo degli aspetti del mondo interno, che quello dell'ambiente. Fu proprio nell'importanza che egli diede alla relazione reale tra madre e bambino che possono essere evidenziati i suoi maggiori contributi al pensiero psicoanalitico.

Secondo Winnicott lo sviluppo del bambino può infatti essere compreso solo alla luce della sua relazione con l'ambiente e, innanzitutto, con la madre. Scrive Winnicott: "Non esiste una cosa che si chiama "un lattante", intendendo con ciò che se ci mettiamo a descrivere un lattante ci accorgiamo che stiamo descrivendo un lattante con qualcuno. Il bambino piccolo non può esistere da solo, ma è fondamentalmente parte di una relazione" (Winnicott, 1947, pp.49).

All'interno di questo inquadramento teorico, Winnicott analizza il narcisismo in termini di narcisismo primario, indagando il processo di strutturazione dell'io, e dunque il processo di formazione di un sano narcisismo.

Alla nascita il bambino è, secondo Winnicott, un essere immaturo, sempre sull'orlo di un impensabile angoscia, a cui soltanto le cure materne e la capacità della madre di intendere ciò di cui ha bisogno permettono di non "andare in pezzi", di non "essere senza alcuna relazione con il corpo" (Winnicott, 1962, pp.71). Il processo maturativo del bambino è considerato da Winnicott come lo sviluppo dell'io verso l'integrazione, possibile soltanto a condizione che la madre offra delle cure "sufficientemente buone": la continuità dell'essere viene raggiunta grazie alle risposte dell'oggetto e per questo la relazione tra madre e bambino nei primi stadi dello sviluppo, è definita da Winnicott "relazione egoica", appunto perché la madre facilita l'integrazione e la strutturazione dell'io.

Freud aveva fatto coincidere la nascita dell'io (corpo) proprio con il narcisismo primario, ovvero con il momento in cui la libido si concentra sull'io del soggetto (assumendolo come proprio oggetto). Il contributo fondamentale di Winnicott consiste nel focalizzare l'attenzione sulle cure materne e sulle esperienze di contatto e di contenimento che il bambino sperimenta, come fondamento della fondazione dell'io-corpo. L'io comincia ad esistere dal momento in cui il bambino viene tenuto in braccio (holding), accarezzato e manipolato (handling) e guardato, ovvero nell'integrazione delle sensazioni corporee sperimentate nel contatto con l'oggetto primario. La "madre sufficientemente buona", attraverso le funzioni di handling e holding, assicura la formazione dell'io in termini senso-percettivi (io-corpo) e, tramite la funzione di object-presenting e il rispecchiamento permette l'elaborazione immaginativa del puro funzionamento corporeo, quindi l'acquisizione della consapevolezza dell'io-sono, dell'io-esisto, dell'io accumulo esperienza.

La funzione di object-presenting nello specifico permette di presentare al bambino la realtà condivisa: una madre sufficientemente buona offre inizialmente il mondo al bambino in un'esperienza primordiale di onnipotenza, "elemento fondamentale affinché egli possa, più tardi, accettare il principio di realtà." (Winnicott, 1967a, pp.21). In questa fase (momento dell'illusione), il bambino e la madre non sono ancora separati nella mente del piccolo, che si illude di creare l'oggetto. Si tratta dunque di un periodo in cui il bambino si percepisce come onnipotente e ha una relazione con l'oggetto come non separato da sé: l'oggetto è vissuto come "oggetto

soggettivo". Avviene poi la presentazione del mondo a piccole dosi e la necessità di far vivere gradualmente al bambino l'esperienza del "non-me", attraverso le naturali inadempienze materne e il progressivo venir meno dell'accomodamento ai suoi bisogni. L'accettazione, da parte del bambino, del "mondo non-me" e la sua relazione con tale mondo implica la necessità di far fronte alla disillusione di non potere creare onnipotentemente l'oggetto, nonché l'accettazione della sua dipendenza da esso: è questa la base per l'introduzione del principio di realtà, necessario per accedere all'area dei fenomeni transizionali.

Un'altra funzione che Winnicott ritiene essenziale nello sviluppo evolutivo verso la formazione di un Io (corporeo e non), quindi nella creazione di un senso di esistenza e di identità, è quella del rispecchiamento, fornito dall'oggetto primario. Nel 1967, in *Gioco e realtà*, l'autore riprende l'idea lacaniana dello stadio dello specchio, quale tappa evolutiva dell'essere umano e crocevia strutturale nella costituzione della soggettività, declinandola in una differente prospettiva teorica, che ne offre una visione più specificamente relazionale.

Jacques Lacan (1901-1981), pur non occupandosi sistematicamente del narcisismo, tramite il concetto di "stadio dello specchio" (1936) contribuisce alla riflessione sulla strutturazione dell'Io, descrivendo il momento inaugurale fondamentale nella formazione dell'Io che egli fa derivare proprio dall'identificazione primaria con l'immagine allo specchio. Quando il bambino, tra i sei e i diciotto mesi si guarda nello specchio e dà segno di riconoscere la propria immagine, inizia secondo Lacan a costituirsi il nucleo dell'Io, per mezzo dell'"assunzione giubilatoria della propria immagine speculare da parte di quell'essere ancora immerso nell'impotenza" (Lacan, 1966, pp.88).

Questa identificazione con l'immagine allo specchio, nel momento in cui accade, coincide con la fissazione dell'investimento libidico sull'immagine stessa e quindi con la creazione dell'Io, che salva dalla sensazione del "corpo in frammenti", frutto delle caotiche esperienze percettivo-sensoriali precedenti.

Secondo Lacan, lo stadio dello specchio rappresenta un'acquisizione di identità che però, al tempo stesso, segna una frattura insanabile a causa dell'impossibilità di ricongiungersi con l'immagine speculare (dilemma di Narciso). L'Io si ritrova fin da subito alienato e quasi minacciato da quell'Altro che gli consente di esistere: l'immagine riflessa da un lato nutre indubbiamente il narcisismo del bambino, ma, dall'altro, in quanto immaginaria e illusoria, porta con sé un'inevitabile deriva

alienante. L'io sorge dunque, secondo Lacan, nell'identificazione con l'immagine allo specchio e, al tempo stesso, nella frammentazione tra corpo reale e unità narcisistica dell'io ideale.

A partire dalla formulazione lacaniana, Winnicott sostiene che il precursore dello specchio nella strutturazione dell'io sia il volto della madre, ovvero che la nascita della soggettività del bambino presupponga un'esperienza precedente in cui il bambino è già stato rispecchiato dallo sguardo materno.

Winnicott ne "La funzione di specchio della madre e della famiglia nello sviluppo infantile" (1967) scrive: "Che cosa vede il lattante quando guarda il viso della madre? Secondo me di solito ciò che il lattante vede è se stesso" (Winnicott, 1967b, pp.191), facendo così intendere come sia lo sguardo reciproco tra madre e bambino a permettere di veicolare un quantum libidico che dona al neonato un'immagine di sé investita narcisisticamente, indispensabile nel processo di strutturazione dell'io.

Nonostante Winnicott e Lacan abbiano un'idea differente dell'alterità che rispecchia, sia la captazione dell'immagine allo specchio (Lacan), sia l'aggancio dello sguardo tra madre e bambino (Winnicott) permettono la fissazione dell'eccitamento pulsionale, elemento essenziale all'instaurarsi di un sano assetto narcisistico, che costituisce il nucleo del funzionamento psichico individuale. I disturbi narcisistici sarebbero quindi l'esito dei fallimenti materni durante la formazione dell'io, tanto nelle funzioni eccitatorie e contenitive di handling e holding, quanto in quelle di rispecchiamento e di object-presenting, quindi dello sviluppo dello spazio tra l'illusione di autosufficienza e la dipendenza.

La mancata fissazione dell'eccitamento obbliga ad una captazione narcisistica che si ferma o regredisce allo specchio, metafora di un narcisismo "di difesa" (deficitario), o all'oggetto come specchio, che favorisce l'assunzione di un'identità illusoria che fa da base al costituirsi di relazioni narcisistiche.

Winnicott sostiene che spesso le madri dei pazienti narcisistici non hanno permesso loro di conoscere e rapportarsi all'oggetto nella sua alterità, ma soltanto di entrarvi in contatto tramite identificazioni. Allo stesso modo, in Lacan, senza l'incontro con l'alterità radicale che attende l'individuo oltre il miraggio dello specchio, l'io rischia di perdersi nel suo doppio. Come nel mito, è allora che Narciso soccombe, perché non riesce a liberarsi di quella fascinazione ingannevole. Per il narcisista la relazione con l'altro è solo la conferma di un gioco di specchi/sguardi.

3.3.1.2 Il narcisismo sano e la formazione del Sé: la teoria di Kohut

Uno psicoanalista che ha dato un contributo fondamentale al discorso sul narcisismo è Heinz Kohut (1913-1981), ispiratore della corrente della psicologia del Sé, che ha fatto del narcisismo l'asse portante del suo pensiero teorico, conferendogli un'autonomia inedita. Come gli autori precedentemente presentati, Kohut si focalizza sul processo di costituzione di un sano narcisismo; tuttavia, mentre Freud, Winnicott e Lacan parlavano della formazione dell'Io, l'autore statunitense studia la strutturazione del Sé e i disturbi legati al fallimento di quest'ultima, in linea con la corrente psicoanalitica di cui fu l'iniziatore.

La differenza sostanziale della teorizzazione kohutiana rispetto alla teoria freudiana è che per Kohut la configurazione psicologica primaria non è la pulsione, ma l'esperienza relazionale tra il Sé e l'oggetto-Sé empatico: "Ci troviamo di fronte ad esperienze pulsionali piuttosto che a pulsioni" (Kohut, 1984, pp.265). Kohut si dichiara insoddisfatto di come la teoria della libido e il modello strutturale dell'apparato psichico spiegavano la struttura della personalità di pazienti che sempre più si presentavano all'osservazione psicoanalitica e la cui psicopatologia risultava appartenere ai disturbi narcisistici della personalità. Tali esiti, secondo Kohut non possono essere ricondotti a conflitti tra strutture sostanzialmente intatte, bensì devono essere intesi come difetti e carenze all'interno delle stesse strutture della personalità, in particolare come deficit strutturali del Sé, dovuti ad un arresto nel processo di costruzione dell'identità.

Il Sé è concepito da Kohut come un sistema psichico primario, una costellazione psicologica presente nell'ambito di una matrice di "esperienze di oggetto-Sé", ovvero di ripetute interazioni con gli oggetti depositari di quelle funzioni psichiche di cui il Sé nascente è ancora privo e di cui necessita per consolidare la propria esistenza. Tale consolidamento avviene attraverso l'interiorizzazione da parte del bambino delle risposte (empatiche o meno) ai suoi bisogni primari, che conducono alla formazione di un Sé funzionale e coesivo oppure all'edificazione di strutture difettose e ad un successivo disturbo del Sé.

Gli oggetti-Sé non sono riconosciuti dal bambino come altro-da sé, ma sono percepiti come parti di se stesso e la loro funzione di sostegno narcisistico perdura lungo tutta l'esistenza dell'individuo, poiché in ogni momento del suo sviluppo l'individuo ha

bisogno di queste relazioni, ovvero di vivere esperienze fusionali di compartecipazione empatica con l'altro in grado di sostenere il suo (sano) narcisismo. Nella vita adulta tali esperienze rappresentano repliche mature di interazioni vissute in passato con oggetti-Sé arcaici, attraverso il "passaggio graduale da un Sé che per sostenersi dipende dai modelli arcaici di rapporto [...] ad un Sé capace di essere sostenuto [...] dalla risonanza empatica con gli oggetti-Sé della vita adulta" (Kohut, 1984, pp.100).

Il narcisismo non viene dunque inteso da Kohut come una tappa dello sviluppo, una forma arcaica di organizzazione poi abbandonata per forme più avanzate di investimento oggettuale, bensì come una modalità di funzionamento psichico sempre presente, sebbene in evoluzione. Esso percorre una sua linea evolutiva, che a partire da un Sé rudimentale arcaico (narcisismo infantile) conduce ad un Sé maturo, che integra al suo interno le strutture psichiche da cui attingere per il proprio equilibrio personale (narcisismo adulto).

A differenza della teorizzazione di Freud, il percorso del Sé, quindi del narcisismo, è secondo Kohut differenziato e indipendente dallo sviluppo della libido: la normalità non equivale alla pretesa che il bisogno di oggetti-Sé sia sostituito dall'amore oggettuale, bensì al passaggio da un narcisismo arcaico ad un narcisismo maturo (intrecciato al passaggio da un amore oggettuale arcaico ad un amore oggettuale maturo). Narcisismo e amore oggettuale coesistono su due linee di sviluppo parallele e maturano lungo il ciclo di vita e gli oggetti si dividono a seconda che siano o meno riconosciuti come differenziati dal Sé. Se il Sé è sano, le pulsioni non vengono vissute in modo isolato, ma come una modalità di questo Sé, mentre queste emergono isolate e potenti in caso di fallimenti traumatici e/o ripetuti da parte dell'oggetto-Sé, ovvero di ferite narcisistiche che minacciano la coesione del Sé. L'aggressività, come la pulsione sessuale isolata, in Kohut non è allora una forza primaria di base, ma piuttosto un fenomeno secondario, uno stato affettivo derivato da una condizione di disintegrazione del Sé, reattiva ad un ambiente non in grado di sostenere narcisisticamente l'individuo.

Il percorso evolutivo del narcisismo prevede secondo Kohut un'iniziale indifferenziazione tra madre e bambino, ovvero uno stato primordiale (rudimentale e arcaico) di dipendenza del Sé dagli oggetti-Sé, che progressivamente viene meno a causa dell'inevitabile imperfezione dell'accudimento genitoriale. La graduale

differenziazione tra le rappresentazioni del soggetto e dell'oggetto, accompagnata però dal tentativo di mantenere l'originaria esperienza di equilibrio e perfezione, porta allo stabilirsi di due configurazioni psichiche fondamentali, che si manifestano attraverso fantasie grandiose differenti: il Sé grandioso-esibizionistico del bambino ("io sono perfetto") e l'immagine parentale idealizzata ("tu sei perfetto, ma io sono parte di te"). Qui l'oggetto è riconosciuto, ma non è ancora vissuto come altro: è un oggetto-Sé e il suo primo investimento è narcisistico.

Le due configurazioni narcisistiche del Sé grandioso e dell'immagine parentale idealizzata costituiscono le componenti più arcaiche di organizzazione psichica, dalle quali andrà poi edificandosi la struttura (narcisisticamente) matura del Sé, composta dalle ambizioni di base, dagli ideali di base e dall'area intermedia delle funzioni esecutive. Il Sé nucleare del bambino si consolida attraverso il rispecchiamento fusionale con l'oggetto Sé-speculare (in genere la madre) o idealizzato (in genere il padre): attraverso il rapporto con l'oggetto-Sé speculare il bambino conferma e rispecchia il suo Sé grandioso, mentre attraverso la fusione con il potere e la grandezza dell'oggetto-Sé idealizzato, egli può godere dell'onnipotenza del genitore recuperando l'omeostasi narcisistica. Tuttavia, soltanto l'esperienza di un oggetto emotivamente disponibile a confermare la sua esperienza, al tempo stesso inevitabilmente fonte di piccole frustrazioni e fallimenti empatici, permette al bambino di stabilizzare il suo Sé nucleare e iniziare un movimento di distacco dalla condizione fusionale. Ciò grazie all'acquisizione di strutture psichiche interne (che endopsichicamente assolvono il ruolo in precedenza svolto dal genitore) dotate di funzioni evolutive quali la tolleranza alla frustrazione, la capacità di dilazionare la scarica, la gratificazione sostitutiva, la modulazione degli affetti.

L'organizzazione psichica delle personalità narcisistiche si iscrive secondo Kohut nei disturbi che hanno origine nella fissazione a una "posizione narcisistica arcaica" (Kohut, 1971), presieduta dalle configurazioni del Sé grandioso e dell'oggetto genitoriale idealizzato, rimaste alterate nel corso dello sviluppo e non integrate nell'organizzazione psichica dell'adulto.

Tali disturbi, definiti da Kohut "disturbi del Sé", si originano a partire da un differente percorso evolutivo rispetto a quello dei disturbi nevrotici, e da traumi di base di natura diversa da quella edipica: un percorso in cui i bambini non hanno ricevuto risposte adeguate al loro sviluppo, sono stati privati di cure affidabili da parte del

loro ambiente, il cui Sé è risultato frammentato, discontinuo, impoverito...un Sé non visto, non riconosciuto e non rispecchiato, la cui evoluzione più matura è risultata compromessa. Un Sé che non ha potuto costituire un senso di continuità e/o valore nella propria identità (sentimento di autostima o fiducia in se stessi), privo di una sufficiente strutturazione psichica e che di conseguenza non è stato in grado di differenziarsi dall'oggetto. Per questo si tratterà di personalità caratterizzate dal bisogno di fondarsi sulla risposta dell'oggetto-Sé per consolidare la propria esistenza.

La teoria di Kohut nasce soprattutto dall'osservazione clinica di pazienti con disturbi narcisistici che nel corso del trattamento analitico sviluppavano due modalità di transfert definite rispettivamente "speculare" e "idealizzante." Essi rappresentano la riattivazione analitica di processi disattesi durante l'infanzia: la prima corrisponde al bisogno del paziente di "ammirazione" e "rispecchiamento" da parte del terapeuta, la seconda, complementare alla prima, al bisogno di idealizzare il terapeuta.

Di conseguenza, compito dell'analista non è secondo Kohut quello di frustrare i bisogni del paziente, bensì quello di accettarli e corrispondervi empaticamente, per permettere al loro Sé di svilupparsi armonicamente.

3.3.2 Il narcisismo primario assoluto

3.3.2.1 Grunberger e lo stato elazionale

Come Kohut, anche Bela Grunberger (1903-2005) attribuisce al narcisismo un ruolo fondamentale, sia dal punto di vista metapsicologico, sia nel legame con le diverse forme di psicopatologia: considerandolo il nucleo originario, la matrice di ogni individuo che si perpetua fino alla morte, l'Autore fa del narcisismo il perno attorno al quale ruota tutto il suo pensiero teorico.

Grunberger propone il narcisismo come una vera e propria istanza da aggiungere all'ipotesi strutturale, alla pari con l'Io, l'Es e il Super-io, denominando Sé (Sé narcisistico) questa istanza e tracciandone, in linea con Kohut, il percorso evolutivo che da forme più arcaiche evolve in forme più mature.

L'ipotesi basilare di Grunberger è che il narcisismo sia direttamente collegato alla vita istintuale prenatale e all'esperienza di soddisfacimento assoluto e di perfetto

equilibrio di cui l'individuo gode in tale situazione, in cui tutti i bisogni sono soddisfatti in maniera automatica ("stato elazionale"). Questa traccia elazionale e megalomantica, il cui ricordo di armonia suprema e di onnipotenza non si cancella mai, costituisce il nucleo narcisistico di ciascun individuo, che rimane attivo dalla nascita fino alla morte e dà origine a tutte le varianti del narcisismo, come una matrice sulla quale si modellano stati e affetti quali la megalomania, l'onnipotenza, l'invulnerabilità, ma anche l'amore di sé e l'autonomia.

Secondo Grunberger, dopo la nascita, il bambino continua a vivere, almeno per un certo periodo, in questo regime protonarcisistico, uguale a quello prenatale; tale condizione è possibile grazie al meccanismo della soddisfazione allucinatoria del desiderio e grazie alle cure materne, che cercano di mantenere il più a lungo possibile le condizioni dell'ambiente appena lasciato. Si ha una vera e propria confusione soggetto-oggetto ("unione narcisistica"), che include automaticamente in sé tutto il mondo circostante: un narcisismo pre-oggettuale e pre-ambivalente, che esiste prima che l'io si costituisca come struttura e che rimanda al concetto freudiano di narcisismo primario assoluto teorizzato con il passaggio al modello strutturale della seconda topica.

La differenza sostanziale con il pensiero freudiano è che Grunberger, come Kohut, parla dell'esistenza di due linee distinte di sviluppo: quella libidico-oggettuale e quella del narcisismo, che evolvono separatamente e con economie differenti. Lo sconvolgimento del mondo elazionale avviene infatti, secondo Grunberger, con l'improvvisa irruzione delle pulsioni e degli oggetti: dopo lo stato di beatitudine in cui era immerso, il bambino è ora assalito dalle eccitazioni e deve mettere in moto meccanismi diversi per affrontare il problema della soddisfazione dei bisogni e riconoscere gli oggetti in quanto tali, in quanto altri, frustranti.

L'originario dualismo freudiano tra pulsioni narcisistiche e pulsioni oggettuali si trasforma, nel pensiero di Grunberger, nel dualismo tra narcisismo (Sé) e pulsionalità (Io) che crea una situazione di conflittualità permanente tra, il bisogno di soddisfare e riconoscere le pulsioni e gli oggetti, da un lato, e la paura di perdere il benessere narcisistico, dall'altro.

L'individuo deve conquistare gradualmente la sua dimensione pulsionale e per farlo necessita di essere sostenuto dalle attenzioni e dalle cure materne e dal

rispecchiamento offerto dallo sguardo dei genitori, nei quali egli legge la conferma narcisistica della propria unicità, del proprio valore.

La possibile integrazione tra Sé e lo porta, anche dal punto di vista clinico, ad una conseguenza opposta a quella dell'ameba utilizzata nella metafora freudiana (in cui più si investe sull'lo, più si disinveste l'oggetto): nel modello teorico di Grunberger più le pulsioni sono integrate con il narcisismo e più evolve la maturazione dell'lo e quindi il desiderio verso l'oggetto. "La relazione tra libido narcisistica e libido oggettuale non deve più essere vista come una situazione di equilibrio, bensì come una relazione dialettica fra componente istintuale e componente narcisistica" (Grunberger, 1971, pp.11).

Ne consegue che le problematiche narcisistiche sono proporzionalmente connesse con l'esperienza più o meno riuscita di integrazione dei due versanti, narcisistico e pulsionale. L'antinomia tra piacere pulsionale e piacere narcisistico diventa drammatica quando la funzione materna non è in grado di attuare questa integrazione.

Secondo Grunberger in analisi il paziente cerca di annullare il passaggio dall'onnipotenza infantile alla relazione d'oggetto (regressione narcisistica) per ritrovare tale onnipotenza e riparare la ferita narcisistica. L'lo viene a trovarsi in una situazione analoga a quella elazionale prenatale, in una situazione di completezza narcisistica, ossia di una riuscita integrazione, nell'lo, delle pulsioni e del narcisismo, ed è convinto di essere guarito. In realtà si tratta di una pseudo guarigione narcisistica, che proietta sull'analista il suo lo Ideale. In questa fase non vi è relazione oggettuale, quindi nemmeno transfert: l'analista è il semplice riflesso del paziente, rappresenta ciò che il paziente è e ciò che il paziente vorrebbe essere.

Tale regressione precede l'apparizione del transfert vero e proprio, che è, all'opposto, oggettuale e quindi ambivalente e fonte di angoscia. Così come le normali frustrazioni costringeranno il bambino a riconoscere gli oggetti in quanto tali, le inevitabili frustrazioni che il paziente riceve in analisi lo porteranno a sua volta a riconoscere l'oggetto ed a avviare la relazione oggettuale.

Anche Grunberger, come Kohut, mette in discussione l'idea di Freud secondo cui l'analisi deve svolgersi sotto il segno della frustrazione. Egli ritiene che, sebbene dal punto di vista dell'Edipo il paziente sia frustrato durante tutto il corso dell'analisi, dal punto di vista del narcisismo, il piacere che il paziente trae inizialmente dalla

situazione analitica è la condizione affinché questa possa solidamente costituirsi. Per questo, soprattutto all'inizio dell'analisi, il piacere narcisistico non deve essere negato al paziente e l'analista deve in certi casi deporre l'atteggiamento di neutralità, offrendogli qualche gratificazione di cui appare bisognoso, mantenendo così l'unità narcisistica.

3.3.2.2 Ferenczi e il desiderio di ritorno nel grembo materno

Anche Sándor Ferenczi (1873-1933) fa uso della concettualizzazione freudiana di narcisismo primario assoluto. Tuttavia, se Grunberger ne parla come lo stadio iniziale del percorso evolutivo in cui si costituisce un Sé narcisistico sano, in accordo con l'idea freudiana di narcisismo primario, egli lo intende come un momento concluso di onnipotenza illusoria, a cui l'individuo può regredire in situazioni di narcisismo deficitario, quindi difensivo (secondario).

In "Fasi evolutive del senso di realtà" (1913), Ferenczi spiega come lo sviluppo psichico del bambino imponga un progressivo passaggio da una situazione di assoluta onnipotenza ad un progressivo contatto con la realtà e i suoi inevitabili limiti, che lo costringe a rinunciare alla propria megalomania illusoria.

La prima fase è quella dell'"onnipotenza incondizionata", in cui non c'è desiderio, poiché esso è soddisfatto a priori nella relazione di totale dipendenza dalla madre. Da tale stato si passa a quello dell'"onnipotenza magico-allucinatoria", in cui il bambino, attraverso le rappresentazioni (desiderando, immaginando), riproduce la precedente situazione di appagamento ormai perduta; il periodo successivo è rappresentato dall'"onnipotenza con l'aiuto dei gesti magici", in cui compare il gesto al quale segue l'appagamento (come tendere la mano). In questo stadio si ha la nascita del linguaggio corporeo e l'oggetto, sebbene abbia ancora caratteristiche proprie dell'lo, viene percepito anche come altro-da-sé (concetto winnicottiano di oggetto-soggettivo). Ferenczi sottolinea come "il bambino in questi processi deve sentirsi come un vero e proprio mago, il quale ha solo da eseguire certi gesti perché nel mondo esterno gli avvenimenti più complicati si compiano secondo la sua volontà." (Ferenczi, 1913, pp.45). Dai gesti si arriva poi alle parole magiche e infine al pensiero magico: avviene così il passaggio dal linguaggio gestuale al linguaggio simbolico, che permette la procrastinazione della scarica pulsionale, con la conseguente accettazione della realtà e dei limiti che essa impone.

Secondo Ferenczi, il mantenimento o la regressione al pensiero onnipotente e magico (che distinguono i disturbi narcisistici), negando la realtà esterna e le frustrazioni ad essa legate, sono l'estremo tentativo di ritorno al grembo materno, fonte di inesauribili gratificazioni.

Così come il senso di realtà rappresenta la fase finale di un processo complesso di rinuncia alle tendenze regressive volte a ristabilire la situazione intra uterina, secondo Ferenczi nella vita adulta il coito equivarrebbe all'acquisizione di un "senso di realtà erotico", che realizza, sebbene parzialmente, ritorno nell'utero materno.

Tale concezione viene presentata da Ferenczi nella sua opera più importante e originale: "Thalassa" (Saggio sulla teoria della genitalità), del 1924, che descrive gli sviluppi dell'individuo nella vita adulta e genitale.

Il punto di partenza delle considerazioni di Ferenczi riguardo all'espressione funzionale della genitalità è la definizione di quella che egli chiama "amphimixis", ossia la confluenza, l'impasto di tendenze sessuali parziali (particolarmente di quelle uretrali e anali). Ferenczi trova nell'amphimixis la ragione psicobiologica per cui l'organo genitale può assurgere a rappresentazione inconscia dell'intero individuo e si sofferma particolarmente sul significato del fallo, che a suo avviso è "come un duplicato, di proporzioni ridotte, dell'lo intero, l'incarnazione dell'lo erotico" (Ferenczi, 1924, pp.29). L'organo sessuale (e la secrezione nel coito) è quindi il rappresentante organico dell'lo e il suo funzionamento naturale è il meccanismo psichico del narcisismo, atteggiamento proprio dell'infante.

Poiché Ferenczi ipotizza che il fine inconscio dell'esistenza di ogni essere umano non sia altro che il ritorno all'utero materno, il coito secondo l'autore avrebbe, esattamente come l'lo, lo scopo di raggiungere (regredire a) tale fusionalità. Con il raggiungimento da parte dell'emissione genitale, ossia dell'alter ego narcisistico, della situazione intrauterina (all'interno del corpo femminile) tale regressione diviene reale.

Il desiderio di ritorno nel grembo materno, essendo il motore fondante di ogni esistenza, appartiene anche alla donna, sebbene venga parzialmente alimentato attraverso "fantasie come l'identificazione immaginaria, durante il coito, con l'uomo possessore del pene, la sensazione vaginale di possedere il pene ('pene concavo') e infine, l'identificazione col bambino che si sviluppa nel suo corpo."

3.3.3 Il narcisismo secondario

Se le teorie dei primi autori esposti rimandano in massima parte al concetto freudiano di narcisismo primario, dal momento che si focalizzano sul processo di formazione dell'Io e del Sé, con Ferenczi il discorso sembra essersi in parte spostato verso l'idea di narcisismo secondario, che l'allievo di Freud ha inteso in termini di regressione. Tra gli studiosi che sviluppano il discorso sul narcisismo, i teorici delle relazioni oggettuali sono coloro che lo studiano considerandolo a tutti gli effetti come un fenomeno secondario (difensivo).

Ciò è dovuto innanzitutto alle fondamentali differenze teoriche che Ronald Fairbairn (1889-1964) e Melanie Klein (1882-1969) introducono nel pensiero psicoanalitico rispetto alla teoria freudiana, che costringono la precedente teorizzazione sul narcisismo a scontrarsi con il dibattito sul ruolo dell'oggetto.

3.3.3.1 Melanie Klein e le relazioni oggettuali narcisistiche

Klein, come Fairbairn, sostiene che la percezione dell'oggetto, sebbene parziale (il seno), esista nell'infanzia fin dalla nascita, creando una frattura con quanto teorizzato fino a quel momento dalla teoria pulsionale freudiana. Scrive Melanie Klein che, fin dall'inizio, "amore e odio, fantasia, angoscia e difese (...) sono indivisibilmente connessi ab initio a relazioni oggettuali" (Isaacs, 1952, pp.105).

Nell'ottica freudiana, la pulsione, pur trovando il suo soddisfacimento, non ha oggetto fino a che l'autoerotismo non evolve in narcisismo, fase in cui il corpo del lattante, fonte di soddisfacimento, è anche percepito come oggetto; mentre un oggetto sessuale vero e proprio compare nella vita psichica solo con la perdita della condizione narcisistica originaria, quando il neonato può riconoscersi come separato e può riconoscere un oggetto altro-da-sé.

Per Melanie Klein non esiste una pulsione senza che vi sia un oggetto, anzi, la sua idea di apparato psichico è quella di un contenitore di oggetti che formano il "mondo interno" dell'individuo fin dall'inizio della sua esistenza. Le prime relazioni del bambino sono relazioni con oggetti parziali, colorati di valenze "buone" (protettive) o "cattive" (persecutorie), verso i quali egli prova un "amore parziale", che Melanie Klein esprime in termini di fantasie inconsce.

Da qui nasce il dibattito sul narcisismo: esiste un narcisismo primario che coincide con la formazione dell'Io e che precede le relazioni oggettuali, quindi uno stato

indifferenziato e ancora privo di oggetto? Mentre Freud ipotizzava l'esistenza di tale stadio, anteriore alle relazioni oggettuali e in cui la libido rimane "in vacuo" fissata al corpo del lattante, Klein, in uno dei suoi più famosi saggi *Alcune note su alcuni meccanismi schizoidi* (1946), afferma che narcisismo e psicosi hanno la loro radice in uno stadio di sviluppo precoce, ma che questo non è uno stadio anoggettuale, ma implica piuttosto relazioni oggettuali primitive. Di fatto, Melanie Klein nega, con la teoria della primaria attrazione per l'oggetto, l'esistenza di una fase di narcisismo primario, dal momento che non è concepibile, secondo lei, una fase narcisistica senza oggetto. A partire da questo punto di vista, con i teorici delle relazioni oggettuali il concetto di narcisismo viene a coincidere con quello di narcisismo secondario, poiché viene sostituito da quello di relazioni oggettuali narcisistiche.

Melanie Klein ritiene che negli stati narcisistici si verifichi il ritirarsi dell'investimento dalle relazioni esterne e l'investimento di un oggetto interno che viene idealizzato e assimilato al sé (identificazione proiettiva).

Nei suoi contributi al narcisismo definisce di fatto il narcisismo come un fenomeno secondario, basato su una relazione con un oggetto interno buono o ideale, che in fantasia forma parte del corpo e del Sé amati.

Il paziente narcisista, nella terminologia kleiniana, è auto-sufficiente in quanto possiede il seno materno da lui stesso generato (Ponsi, 2003).

Avvalorando la visione freudiana sulla pulsione di morte (definita "instinct"), M. Klein la identifica con l'invidia, spostando ulteriormente l'accento dalla pulsione all'oggetto, e mette in luce il suo ruolo nelle patologie narcisistiche.

Nella sua concezione, l'invidia sorge nella primissima infanzia e, nella sua forma più primitiva, è rivolta al seno da cui proviene il nutrimento: l'amore, le premure e il cibo che il lattante riceve dalla madre, se da un lato stimolano un sentimento di gratificazione che incoraggia l'amore (una forma primitiva di gratitudine), dall'altra, generano ostilità e invidia, a partire dalla constatazione che la fonte del benessere non è in sé, bensì fuori di sé. L'invidia del seno scaturisce dunque dalla gratificazione, ma paradossalmente può essere anche suscitata dalla deprivazione e dalla frustrazione, per l'idea che il seno poco generoso goda illimitatamente delle sue stesse ricchezze.

Per il paziente narcisista l'Altro è sempre visto in termini di superiore o inferiore e, dal momento che è intollerabile che possa esistere qualcosa di buono e di migliore (di

sé) l'oggetto viene attaccato con lo scopo preciso di guastarne la bontà. Lo svilimento dell'oggetto assume carattere difensivo, poiché distruggendo le qualità odiate non si farà più l'esperienza penosa dei sentimenti invidiosi.

Quando l'invidia è molto intensa, può accadere anche il contrario, ovvero che il soggetto ricerchi il possesso dell'oggetto, appropriandosi di ogni suo attributo, non per un autentico desiderio nei suoi confronti, bensì per non invidiarlo.

Si tratta di una forma di avidità orale: l'oggetto idealizzato e invidiato (per le sue buone qualità) deve essere svuotato, depredato, "il furto diventa il modo per considerarsi risarciti di un danno o di una perdita che essi sentono di avere subito ingiustamente nell'infanzia" (Mancia, 2010, p.101).

Nell'invidia (nella mancanza di gratitudine) secondo la Klein ha sede il germe della forza distruttiva (aggressività/perversità) del narcisismo, poiché essa porta all'utilizzo di meccanismi di difesa primitivi: l'introiezione dell'oggetto in virtù di un impossessamento di esso, oppure l'attacco di esso, delle sue parti buone, attraverso proiezioni e frantumazioni che lo fanno diventare cattivo (non invidiabile). Si tratta di difese che potremmo definire narcisistiche, poiché mirano da un lato alla svalutazione dell'oggetto, dall'altra alla sua incorporazione, al possesso delle sue parti buone idealizzate, affinché il confronto con esso non contribuisca a sperimentare l'impotenza e la limitatezza dell'individuo-separato.

La scoperta kleiniana dell'invidia come grave fattore di disturbo nell'evoluzione terapeutica ha inoltre permesso un'importante evoluzione nella tecnica psicoanalitica, consentendo di allargare la fascia dei pazienti che possono essere sottoposti all'analisi. Prima, era infatti opinione diffusa che i pazienti narcisisti (così come quelli psicotici e schizoidi) non fossero in grado di operare la traslazione e dunque di procedere nel lavoro analitico. La comprensione delle relazioni oggettuali interne e del funzionamento dei meccanismi di difesa primitivi (primo su tutti l'identificazione proiettiva), tipici di questo tipo di patologie ha permesso l'individuazione delle principali forme di resistenza al progredire dell'analisi, nonché dei tipi di traslazione psicotici o narcisistici e la conseguente possibilità di trattarli nella situazione analitica.

3.3.3.2 Rosenfeld: il narcisismo distruttivo

Anche Herbert Rosenfeld (1910-1986), studiando e lavorando con i pazienti gravi, per lo più psicotici, critica la teorizzazione freudiana, secondo cui le psicosi sarebbero “inanalizzabili”, a causa della regressione del paziente ad uno stato di narcisismo secondario totalmente chiuso al mondo. Secondo Rosenfeld, questi pazienti si relazionano all’oggetto, sebbene con una forte distruttività, riscontrabile clinicamente in maniera chiara nei transfert narcisistici, testimonianza di un funzionamento primitivo e onnipotente, ma pur sempre analizzabile.

Tra i teorici delle relazioni oggettuali, H. Rosenfeld (1964) è colui che valorizza maggiormente il concetto di narcisismo, discostandosi nettamente dal concetto freudiano di narcisismo grazie ad una revisione critica e del tutto originale delle sue tesi, e da quelle di Kohut, pur attingendo dalla teorizzazione freudiana la divisione tra pulsioni libidiche (di vita) e distruttive (di morte).

Rosenfeld, in accordo con la Klein, non ritiene che esista una fase di narcisismo primario anoggettuale, ma parla di “relazioni oggettuali narcisistiche” ed elabora una teoria che distingue due tipi di narcisismo in base alla qualità dell’oggetto che viene idealizzato: un narcisismo libidico e uno distruttivo.

Nel narcisismo libidico, l’individuo idealizza il proprio Sé tramite identificazioni onnipotenti (proiettive e introiettive) con gli oggetti buoni e le loro qualità. Così facendo, il narcisista ritiene che tutto ciò che conta, in rapporto agli oggetti esterni e alla realtà esterna, sia parte di lui o venga da lui controllato in maniera onnipotente: si tratta di una difesa evolutiva contro i sentimenti di vuoto, di dipendenza e di invidia. Non vi è narcisismo primario inteso come teorizzato da Freud, ma solo rapporti oggettuali primitivi, in cui l’oggetto viene incorporato in maniera onnipotente per sfuggire al senso di impotenza/dipendenza e dai suoi stessi sentimenti, che lo portano ad invidiare gli oggetti amati.

Per quanto riguarda il narcisismo distruttivo, nel suo testo *Comunicazione e interpretazione* (1987) Rosenfeld presenta osservazioni di casi clinici nei quali evidenzia le manifestazioni della distruttività primaria (pulsione di morte) nel narcisismo onnipotente di pazienti con componenti psicotiche più o meno rilevanti. In questi pazienti, una parte dell’Io si organizza come portavoce dell’aggressività, cioè della pulsione di morte, e la idealizza, orientandola sulle altre parti (più sane) dell’Io

scisso e dei propri oggetti buoni interni: parti distruttive dell'Io attaccano le parti libidiche come “una banda di delinquenti”, un'organizzazione che vuole uccidere il Sé libidico.

Le parti cattive vengono dirette sia contro qualunque rapporto oggettuale libidico positivo, sia contro qualunque parte libidica del Sé che prova il bisogno di un oggetto e il desiderio di dipendere da esso. Questa struttura psicopatologica con valenza anti-relazionale, infatti, nega e rigetta ogni sentimento di dipendenza, e quindi di separazione, nei confronti dell'oggetto (incluso l'analista) proclamando, per così dire, la propria autosufficienza, ma in realtà impedendo al soggetto di stare in contatto con le proprie emozioni e di entrare in relazione con gli altri. Le parti onnipotenti distruttive del Sé hanno un potentissimo effetto nell'impedire i rapporti oggettuali e nel tenere gli oggetti esterni permanentemente svalutati, dal momento che ogni contatto con l'oggetto e con la realtà esterna separata da sé, quindi non controllata onnipotentemente, è vissuto in maniera persecutoria e pericolosa. Ciò spiega anche l'apparente indifferenza dell'individuo narcisistico verso gli oggetti esterni e il mondo.

Secondo Rosenfeld la forza distruttiva di tale funzionamento non rappresenta una risposta difensiva a ferite narcisistiche, alla paura o alla colpa: “[...] il paziente narcisista distruttivo prova piacere a ferire gli altri, disprezza chi è gentile, affettuoso, comprensivo con lui, e impiega tutte le sue energie per restare sadicamente forte, considerando un segno di debolezza qualsiasi traccia di amore conservi ancora dentro di sé” (Rosenfeld, 1987, pp.30).

Rosenfeld ritiene che l'aggressività svolga un ruolo importante in tutte le relazioni oggettuali narcisistiche: nel narcisismo di moltissimi pazienti gli aspetti libidici e distruttivi esistono fianco a fianco, ma la violenza delle pulsioni distruttive varia.

Negli stati narcisistici in cui gli aspetti libidici predominano, la distruttività si evidenzia non appena l'idealizzazione onnipotente di sé è minacciata dal contatto con un oggetto che è percepito come separato. Ad esempio, all'inizio dell'analisi questi pazienti, percependo la separatezza nella relazione con l'analista, sentono minacciata la loro l'auto-idealizzazione onnipotente e si sentono pericolosamente umiliati e sconfitti dalla rivelazione che è l'oggetto esterno a contenere, in realtà, le qualità ipervalutate. La loro invidia è allora vissuta coscientemente e, solo grazie al continuo contatto con il terapeuta e alle sue interpretazioni, diviene possibile attenuare tali sentimenti di risentimento e sperimentare gradualmente un'invidia più

contenuta e meno pericolosa, fino al riconoscimento dell'analista come figura esterna preziosa e in grado di aiutarli.

Quando predominano invece gli aspetti distruttivi, l'invidia è più violenta e compare come un desiderio di distruggere l'analista, l'oggetto che è l'origine reale di vita e di bontà. Oltre a questo attacco, compaiono violente pulsioni autodistruttive, poiché il paziente narcisista che vorrebbe credere che egli ha dato vita a se stesso ed è capace di nutrirsi e di custodirsi, quando si trova di fronte alla realtà di essere dipendente dall'analista (che rappresenta i genitori) preferirebbe morire, non esistere, negare il fatto stesso della sua nascita. Quindi anche distruggere il suo progresso e la sua comprensione analitica, che lui sente essere "il bambino" che l'analista ha creato. Frequentemente, a questo punto il paziente vuole rinunciare all'analisi, o agisce in modo autodistruttivo, rovinando il suo successo professionale e le sue relazioni personali. Alcuni di questi pazienti esprimono apertamente il desiderio di morire, di sparire nell'oblio, e idealizzano la morte come la soluzione a tutti i problemi.

Poiché l'individuo sembra determinato a soddisfare un desiderio di morire e di scomparire nel nulla, il che rassomiglia alla descrizione di Freud del "puro" istinto di morte, si potrebbe ritenere che in questi stati si abbia a che fare con l'istinto di morte in completa defusione. Tuttavia, analiticamente si può osservare che tale distruttività è causata dall'attività delle parti del Sé invidiose e distruttive, che diventano gravemente scisse e defuse dal Sé libidico, che sembra essere scomparso: l'intero Sé diventa temporaneamente identificato con il Sé distruttivo, che mira a trionfare sulla vita e sulla creatività, rappresentate dai genitori e dall'analista (Rosenfeld, 1972).

Nel 1987 Rosenfeld distingue due forme di patologia narcisistica definendo narcisisti "a pelle spessa" coloro che corrispondono alle descrizioni del narcisismo distruttivo e che sono arroganti, aggressivi, tendono a distruggere l'oggetto e sopravvivono grazie all'investimento di un sé idealizzato e narcisisti "a pelle sottile" coloro che si mostrano vulnerabili, provano vergogna e senso di inferiorità, cercano approvazione e sono ipersensibili a qualsiasi critica.

3.3.3.3 Kernberg: il Sé grandioso patologico

Il lavoro di Otto F. Kernberg (1928-oggi) si fonda sulla convinzione che la psicopatologia della personalità sia determinata da strutture psichiche derivanti dalle cosiddette “relazioni oggettuali interiorizzate”. Queste si formano a partire da esperienze affettive con oggetti significativi primari, ossia derivano dalle relazioni d’oggetto e sono costituite da una rappresentazione del Sé in relazione a un’immagine dell’oggetto (cioè dell’altro), “legate l’una all’altra da un determinato affetto discendente dal derivato pulsionale attivo al momento dell’interazione”, che cementa e colora queste unità (Kernberg, 1976, pp.27).

La teoria di Kernberg sul narcisismo viene tendenzialmente presentata ponendola a confronto con quella di Kohut, suo contemporaneo.

Seguendo questo parallelo si nota innanzitutto che Kernberg si rifà ad un modello pulsionale kleiniano, che, nello sviluppo del narcisismo, mette in evidenza gli aspetti conflittuali intrapsichici (Klein, Rosenfeld) più che le vicissitudini relazionali con gli oggetti reali (Winnicott, Kohut). Inoltre, mentre per Kohut l’immagine idealizzata di sé è una tappa normale dello sviluppo ed è la mancanza di una risposta empatica da parte dei genitori che impedisce a quell’immagine di maturare e venire adattata alla realtà, per Kernberg (1975, 1984) la linea evolutiva del narcisismo patologico è separata fin dall’inizio dal narcisismo normale. Secondo l’autore esistono infatti “due condizioni psichiche narcisistiche”: una normale e una patologica.

Il narcisismo normale è l’investimento libidico del Sé in cui le diverse immagini (buone e cattive) sono integrate in un concetto realistico del Sé, e in cui la struttura del Sé è integrata alle altre strutture intrapsichiche.

Nel narcisismo patologico si ha invece l’investimento di una struttura patologica del Sé, che si costruisce per difendersi dalle frustrazioni prodotte dagli oggetti e che è caratterizzata da un concetto ipertrofico del Sé, idealizzato, all’interno del quale si confondono in modo fusionale immagini attuali del Sé, il Sé ideale e l’oggetto ideale (Kernberg, 1974).

Per Kernberg la patologia narcisistica non è da ascrivere all’arresto dello sviluppo al normale narcisismo infantile, e cioè ad una versione alterata del narcisismo sano; non rappresenta la forma primitiva di quello che, in un normale processo di sviluppo, è in grado di evolvere in un Sé normale, come in Kohut, ma è invece riconducibile

all'investimento in una struttura che è fin dall'inizio patologica e viene infatti chiamata Sé grandioso "patologico", e non "arcaico".

Il Sé grandioso, in linea con il pensiero di Rosenfeld (1987), è intriso di aggressività e attacca gli aspetti più fragili e amorevoli del Sé, degli oggetti e delle relazioni di dipendenza per proteggere l'individuo dall'intollerabilità del regno interpersonale e da angosce persecutorie/depressive che si originano dalla paura di perdere gli oggetti buoni, da cui l'individuo sente di dipendere, e dal senso di colpa per l'ostilità invidiosa rivolta verso di essi. Tale struttura difensiva è dunque sostenuta da meccanismi di difesa primitivi, quali la scissione, l'identificazione proiettiva, la proiezione, l'idealizzazione e la svalutazione, la negazione.

Nancy Mc Williams, tramite una metafora efficace, immagina il soggetto narcisista "[...] nella concezione di Kohut, come una pianta, il cui sviluppo si sia arrestato per scarsità di acqua e di sole; in quella di Kernberg come una pianta che abbia subito un'ibridazione." Aggiunge che, dal punto di vista del lavoro clinico, "c'è chi privilegierebbe la necessità di dare acqua e sole in abbondanza, in modo che possa fiorire, e chi la necessità di potare le sue parti ibride, in modo che possa diventare ciò che avrebbe dovuto essere" (Mc Williams, 2011, pp. 219). Se per Kohut, infatti, il trattamento consiste nell'accoglienza benevola dell'idealizzazione e della svalutazione del paziente e nell'espressione di una costante empatia nei suoi confronti, Kernberg ritiene necessaria nella cura la continua denuncia del Sé grandioso del paziente. Il terapeuta, secondo Kernberg, dovrebbe mettere costantemente a confronto il paziente con la sua grandiosità, seppur in modo cauto, e interpretare sistematicamente le sue difese.

3.3.4 Narcisismo primario, primario assoluto e secondario nella prospettiva di Green

Una teorizzazione la cui complessità merita un'analisi a sé stante è quella di André Green (1927-2012).

In *Narcisismo di vita narcisismo di morte* (1983) lo psicoanalista francese analizza il narcisismo ponendolo in relazione con la prima e la seconda teoria delle pulsioni, con la metapsicologia e con la relazione d'oggetto, esaminandolo pertanto da tre angolature: le pulsioni, l'io e l'oggetto. Così come in tutto il suo corpus teorico,

nell'opera si assiste a continui passaggi dal pulsionale al relazionale e viceversa, dimostrazione dell'impossibilità da parte di Green di "concepire la pulsione senza l'oggetto e l'oggetto privo della spinta pulsionale che lo ricerca" (Mangini, 2003, pp. 401).

In accordo con il pensiero freudiano del 1914, e non del 1922, Green sostiene l'ipotesi della relazione tra narcisismo e Io, ma allo stesso tempo collega il narcisismo con Eros e Thanatos. Secondo l'Autore, le due pulsioni danno origine a due tipi di narcisismo: uno positivo, sotto l'influenza della pulsione di vita e l'altro negativo, soggetto alla pulsione di morte. Questi due narcisismi sono diversi e si susseguono nel corso dello sviluppo psichico: inizialmente compare un narcisismo primario assoluto (negativo), seguito da un narcisismo primario più avanzato ed evoluto (positivo).

Il narcisismo primario è per Green un narcisismo positivo, manifestazione della pulsione di vita, che tende al legame e all'unità. In accordo con la concettualizzazione di Freud del 1914, esso si forma dalla somma delle pulsioni parziali, che investono in modo unitario l'Io, assunto come oggetto del proprio investimento libidico. Si tratta di un narcisismo che investe inizialmente l'Io corporeo, in un primo tentativo di integrazione verso l'identità.

Con questo concetto Green, come i primi Autori presentati (Freud, Winnicott, Kohut, Grunberger), sostiene la tesi di un narcisismo inteso in senso strutturale, cioè come vera e propria istanza regolatrice dell'apparato psichico.

Tuttavia, dal punto di vista oggettuale l'autore francese ne parla in termini di fenomeno secondario, regressivo, che segue l'incontro con l'oggetto, in cui accade che "L'Io diventa un oggetto sostitutivo che ripara le ferite dell'oggetto primario" (Green, 1982, pp.27). Green evidenzia infatti come, di fronte alle frustrazioni dell'oggetto, l'Io ritiri gli investimenti parziali indirizzati verso la madre e li rivolga su di sé (ripiegamento narcisistico). Il desiderio dell'altro si trasforma così in desiderio dell'"UNO".

In particolare, secondo Green, l'Io farà propri, attraverso un'identificazione primaria, gli aspetti legati all'indipendenza e all'autonomia, qualità ritenute di possesso dell'oggetto, per ricrearsi medesime sensazioni di autosufficienza.

Da questo punto di vista, il narcisismo primario di Green sembra dunque richiamare la concezione freudiana di narcisismo secondario del 1914, che implica la previa

esistenza di un Io-struttura fonte, serbatoio e oggetto della pulsione, in grado di auto-investirsi, diventando l'oggetto del proprio amore.

Se l'Io-corpo del bambino che si forma nel narcisismo primario freudiano costituisce per il bambino il primo oggetto, il narcisismo primario di Green può nascere solo qualora il bambino sia stato in grado di operare una prima rudimentale separazione dalla madre, oggetto già conosciuto e pensato nella dinamica tra presenza e assenza.

“Lo sviluppo psichico muove da questo “due in uno” che, dopo la separazione e la perdita dell'oggetto dà vita all'Uno” afferma Green (1976, pp.68), mostrandoci come la sua concezione di narcisismo primario implichi dunque una differenziazione dall'oggetto, dal quale tuttavia difendersi in una sorta di ritorno alla fusionalità in cui si forma l'Io.

A questo narcisismo positivo, Green contrappone un narcisismo negativo, che chiama narcisismo primario assoluto, sotto il dominio della pulsione di morte e del principio del Nirvana, ovvero la tendenza all'abbassamento del grado di eccitazione dell'apparato psichico a livello zero.

Se con il narcisismo positivo si parla di un aspetto funzionale, a cui regredire dinnanzi alle frustrazioni dell'oggetto, con il narcisismo primario assoluto si evidenzia l'aspetto regressivo negativo del narcisismo, che tende al non-investimento; se il narcisismo positivo vedeva nell'Uno la sua realizzazione, quello negativo ambisce allo Zero, al neuter (né uno né l'altro): il soggetto aspira alla ineccitabilità, alla mancanza di tensioni, alla distruzione dell'oggetto e dell'Io. Laddove la pulsione di vita, nel narcisismo primario, ha una funzione oggettualizzante, ovvero la capacità di creare un rapporto con l'oggetto e anche di trasformare a ruolo di oggetto le strutture (ad esempio, l'Io può diventare un oggetto per l'Es), la funzione della pulsione di morte, è disoggettualizzante, in quanto attacca le relazioni con l'oggetto (e di tutti i suoi sostituti) mediante disinvestimento.

In termini relazionali, Green sottolinea il ruolo di una madre (“oggetto trauma”) che abbia fornito risposte specificamente cattive, da cui difendersi attraverso la pulsione distruttrice. In questa situazione sia la realtà interna sia la realtà esterna vengono considerate pericolose: l'angoscia non è più narcisistica, bensì psicotica, la pulsione di morte viene indirizzata sia verso l'oggetto interno, sia verso l'oggetto esterno, con un reciproco annientamento dell'Io, in quanto oggetto d'amore di se stesso, e

dell'oggetto. Si parla di allucinazione negativa, la quale, colpendo sia la rappresentazione dell'oggetto, sia quella del soggetto, lascia uno spazio non occupato, bianco, vuoto, invisibile e impensabile: l'affetto conseguente è l'angoscia, del vuoto e dell'assenza di rappresentazione.

Green, richiamando la fase dello specchio di Lacan afferma: "laddove dovrebbe comparire l'immagine del soggetto nello specchio, non si mostra nulla [...] è allora che nel soggetto viene vissuta l'assenza di sé, la mancanza accusata da una assenza di immagine che danneggia il narcisismo [...]. [...] L'affetto è vissuto con un'intensità massimale, non potendo appoggiarsi ad alcuna rappresentazione" (Green, 1973, pp.222).

Green usa la definizione di "psicosi bianca" per descrivere queste situazioni (psicotiche e borderline), in cui il vuoto del disinvestimento radicale dalla rappresentazione può nascere da un trauma narcisistico in cui l'oggetto viene vissuto come eccessivamente presente, diventando invasivo, o come inaccessibile e inesistente; il risultato è la paralisi del pensiero, un buco nell'attività mentale. Green individua una tipologia di assenza materna definita "il complesso della madre morta" come possibile origine di tale trauma: "Non si tratta della morte reale della madre, quanto piuttosto di una imago che si è formata nella psiche del bambino in seguito ad una depressione materna, trasformando brutalmente l'oggetto vivente... in una figura lontana, atona, quasi inanimata. La madre morta è quindi una madre che resta in vita (nella realtà esterna) ma che è per così dire morta psichicamente (nella realtà interna)" (Green, 1980, pp.265).

La depressione materna determina un disinvestimento improvviso del figlio, che genera un trauma narcisistico dovuto alla perdita dell'amore della madre e la perdita di senso, per l'inspiegabilità di tale situazione.

3.4 UNA NUOVA PROSPETTIVA

Analizzate le principali teorie sul narcisismo, viene ora presentata la concezione che si intende privilegiare. Tale esposizione nasce dalla teorizzazione di Enrico Mangini (2015) il quale, a partire dal lavoro clinico e dall'analisi sistematica del pensiero teorico psicoanalitico, con particolare riferimento al lavoro di Agostino Racalbutto (1994), propone un modello di narcisismo coerente con un'attenta analisi e interpretazione del corpus freudiano.

3.4.1 La mancanza di sano narcisismo

Il narcisismo è “una situazione in cui la libido si concentra sull'lo del soggetto, assumendolo come proprio oggetto” (Freud, 1924, pp.123). Tale “situazione” non riguarda soltanto la formazione dell'lo durante le prime fasi dello sviluppo, ma rappresenta una modalità psichica che interessa l'uomo per tutto il corso della sua vita.

Questa è la concezione di narcisismo che sta alla base del pensiero freudiano ed è anche il punto di partenza per introdurre la teorizzazione ritenuta più valida per la comprensione di tale concetto: come un fenomeno psichico presente in tutto il corso della vita dell'individuo, e non come una regressione patologica ad una fase di narcisismo primario assoluto o come l'azione di una struttura patologica o della forza distruttrice della pulsione di morte, come invece altri autori lo hanno concepito.

Secondo questo modello, la vita psichica rappresentativa dell'adulto non sarebbe che la punta dell'iceberg di un funzionamento autoerotico e narcisistico corporeo e strutturale molto più vasto, e la psicopatologia narcisistica sembrerebbe essere in realtà determinata da “minor” narcisismo, dato da “ferite narcisistiche”.

Avvalorando questa prospettiva risulta fuorviante parlare di pazienti “narcisisti”, dato che ciò di cui essi mancano è proprio di uno stabile investimento narcisistico sul Sé: soffrono di una mancanza di “sano” narcisismo, che sia base sicura del loro corpo sessuale e della loro vita pulsionale.

L'investimento e la fissazione della pulsione sull'lo sono i presupposti per la formazione di un sano narcisismo, che rappresenta le potenzialità dell'individuo in quanto lo-corpo sessuale e pulsionale.

Dal momento che “l’Io è in definitiva derivato da sensazioni corporee, soprattutto dalle sensazioni provenienti dalla superficie del corpo” (Freud, 1922, pp.488) e che “la percezione ha per l’Io la funzione che nell’Es spetta alla pulsione” (ibidem), è importante concentrarsi sulla “traccia” lasciata dallo stimolo proveniente da qualsiasi oggetto. Il corpo sarà infatti sempre un luogo “tracciato”, sede di quell’inconscio del quale mantiene tracce mnestiche e tracce non mnestiche, che chiamiamo “impronte”. La qualità della traccia dipende dal funzionamento psichico in atto e ovviamente anche dall’oggetto: può essere definita come “mnestica” se c’è un terreno psichico rappresentativo (e cioè può essere ricordata o rimossa) e in questo caso l’oggetto è riconoscibile, separato e pensabile. Oppure può essere una traccia non mnestica, un “segno”, un’impronta, che si trasmette attraverso altre vie comunicative inconsce, anche legate al corpo, come posture, agiti, coazioni a ripetere; in questo caso l’oggetto è inquadrabile come “conosciuto non pensato” (Bollas, 1987). Certamente i contatti originari dell’infans hanno comunque una qualità traumatica data l’immaturità dello psichico, che è sempre esposto al diniego della percezione, soprattutto se non è vicariato dal funzionamento dell’oggetto primario; ma è proprio attraverso ripetuti contatti con l’oggetto che l’inevitabile iniziale traumaticità viene controbilanciata da situazioni in cui prevale il funzionamento libidico orale nelle sue componenti autoerotiche e narcisistiche legate al corpo.

Nel funzionamento autoerotico le senso-percezioni che si ripetono e si rinnovano dopo la nascita come esperienze psicosomatiche di contatto/contenimento con l’oggetto primario (holding), per poi essere investite ed erotizzarsi con le cure materne (handling), favoriscono l’accesso del pulsionale, che non sarà solo di scarica per abbassare l’eccitamento (Thanatos), ma anche di legame (Eros) nell’impasto pulsionale.

Il passaggio da autoerotismo a narcisismo avviene con l’investimento unitario del corpo “sessuale” e dell’Io-corporeo a partire da “coaguli senso motori di affetti-sensazioni” (Racalbuto, 1994, pp.24), tracce di funzionamento autoerotico che vanno poi a comporsi in un funzionamento narcisistico legato al corpo, guidati dall’azione costruttiva-legante delle pulsioni di vita.

La ripetizione e lo stabilizzarsi dei funzionamenti autoerotici e narcisistici (oltre che oggettuali) consentono rapidi passaggi dall’uno all’altro, in relazione ai differenti impasti pulsionali nell’incontro con l’oggetto, in cui i legamenti delle pulsioni di vita

ricuciono i movimenti sleganti delle pulsioni di morte che possono prendere il sopravvento in relazione a più o meno gravi frustrazioni narcisistiche.

Ogni “mortificazione narcisistica”, attraverso gli slegamenti operati dalle pulsioni di morte, tende all’azzeramento del funzionamento narcisistico, ricostruibile soltanto grazie alle funzioni di legame delle pulsioni di vita, che agiscono sulle tracce autoerotiche e le fissazioni narcisistiche al corpo.

In qualsiasi momento della vita e dell’analisi si possono produrre movimenti regressivi, che rimettono in gioco ferite e frustrazioni narcisistiche legate a impronte che scaricano il quantum pulsionale; quando irrompono questi momenti è difficile anche ritrovare gli autoerotismi che hanno innescato la libido narcisistica che sembra scomparsa.

In particolare, la dimensione transferale si presta molto a movimenti regressivi che derivano dalla “memoria corporea” e si evidenziano in gestualità e posture automatiche che si manifestano nei movimenti di entrata e di uscita dalla stanza di analisi, o nel modo in cui il paziente si dispone sul divano. Questi fenomeni ripetitivi trovano scenari anche psicopatologici negli acting-out della coazione a ripetere, così come in comportamenti coatti quali le dipendenze o il gioco d’azzardo, dove la questione è quella di attivare un eccitamento autoerotico e poi consumarlo, in una sorta di illusione di controllo onnipotente della pulsionalità, oltre all’indubbia funzione auto-paraeccitatoria e auto-calmante, mai bastate.

Anche in questi casi la mancanza di un sano narcisismo rende scorretta la definizione di tali funzionamenti come “narcisistici”, dal momento che sembrano non possedere uno stabile investimento narcisistico sul Sé.

3.4.2 Rivisitazione del mito di Narciso

Tenendo presente la concezione di narcisismo a cui siamo giunti, viene ora presentata una reinterpretazione del mito di Narciso, grazie alla quale è possibile fare un utilizzo originale del mito per spiegare la psicopatologia narcisistica.

Narciso, di cui parla Ovidio nelle Metamorfosi, è diventato un’icona del narcisismo, ma in lui non c’è traccia di narcisismo.

Il tragico destino di Narciso è legato al fatto di possedere un corpo di sfolgorante bellezza non sentito come tale. Narciso non dispone di un lo-corporeo, perché mai si

è fatto toccare dai fanciulli e dalle ninfe innamorate di lui: il suo corpo non è un “corpo sessuale, perché non è mai stato toccato e sedotto, mentre il corpo comincia ad esistere come “sessuale” dal momento in cui viene tenuto in braccio (holding), accarezzato (handling) e guardato.

Assistiamo a un negativo del narcisismo.

Narciso vede un'immagine che l'attrae e che lo spinge verso un tentativo di impossessamento, ma il “vedere”, come elemento somatico unidirezionale di presa sull'oggetto-immagine fissa, non significa che ci sia uno “sguardo” che faccia pensare a un contatto reciproco con un oggetto-immagine in movimento, ma solo una visione. L'immagine di cui si innamora è illusoria ed evanescente quanto lo è il suo corpo, che dunque sfugge alla sua presa e si dissolve nell'acqua. Narciso “spem sine corpore amat” letteralmente: ama una speranza senza corpo (Ovidio, *Metamorfosi*, pp.415).

Occorre però dire che, nel rispecchiamento che fa innamorare Narciso della sua immagine, avviene qualcosa di differente rispetto alla distanza e al disprezzo che egli mostrava per ogni oggetto e per sguardi dei suoi innamorati: avviene qualcosa dell'ordine dell'autoerotismo, inteso come il primo innesco al sessuale e al narcisismo come legame pulsionale sul corpo.

L'erotizzazione dell'insieme occhio/vista/immagine riflessa dà a Narciso una prima organizzazione libidica minima, che precede l'investimento narcisistico della pulsione sul corpo, possibile solo nella dimensione dello sguardo che, se ci fosse stato, avrebbe salvato Narciso.

4 DALL'IO AL NOI: LO STALLO NARCISISTICO E L'INCONTRO CON IL MONDO OGGETTUALE

4.1 SIAMO TUTTI NARCISISTI

"Se ognuno di noi confessasse il suo desiderio più segreto, quello che ispira tutti i suoi progetti e tutte le sue azioni, direbbe: "Voglio essere elogiato". [...]

Nessuno è sicuro di ciò che è, né di ciò che fa. Per quanto convinti dei nostri meriti, siamo rosi dall'inquietudine e, per vincerla, non chiediamo che di ricevere approvazione ovunque e da chiunque.

[...] La malattia è universale; e se Dio ne sembra indenne, è perché, ultimata la creazione, non poteva aspettarsi lodi per mancanza di testimoni."

E. Cioran (1963), *La caduta del tempo*

"Il meccanismo auto-erotico allogasi, qual di più e qual di meno, in tutte le anime."

C. E. Gadda (1944), *L'Adalgisa. Disegni milanesi*

Si potrebbe ritenere che, col mescolarsi del linguaggio comune e di quello clinico, si sia generato un uso improprio dell'etichetta "narcisista" e che questa definizione sia diventata così diffusa da perdere la sua validità connotativa e da diventare alla fine inutilizzabile. Tuttavia, è importante apprezzare il valore esplicativo di tale contaminazione, che mostra un aspetto fondamentale del narcisismo, ovvero il suo essere presente in ognuno, seppure in varie combinazioni che riflettono le vicissitudini più o meno riuscite dell'investimento libidico del Sé.

Siamo tutti narcisisti, ma non allo stesso modo, e non tutti abbiamo un Disturbo Narcisistico di Personalità. "Siamo i sarti del nostro narcisismo, che può essere un abito elegante o semplicemente adatto all'occasione, oppure un travestimento insincero e autocelebrativo, troppo appariscente o magari dimesso in modo sospetto" (Lingiardi, 2021, pp.34).

Sebbene storie diverse di sostegno del Sé mostrino esiti differenti, ciascun individuo necessita, come Narciso, di uno specchio in cui guardarsi, soprattutto in alcuni momenti della vita, quando il proprio senso di Sé sembra sgretolarsi e quando tale rispecchiamento non è offerto dagli occhi e dallo sguardo altrui.

Diverse posture, ad inclinazione variabile, mostrano forme diverse di narcisismo. Infragilito da ferite più o meno profonde, ognuno si china su specchi d'acqua in

diversi modi: passandoci semplicemente accanto e lanciando alla propria immagine uno sguardo fugace, o fermandosi a contemplarla, ma rimanendo in piedi, ancora in ascolto anche di ciò che lo circonda...Fino a chi si piega, o addirittura si sdraia sulla terra, quasi a toccare il proprio riflesso, senza più riuscire a cogliere altro che gli sta intorno. Il Narciso che Caravaggio dipinge nel 1597 sembra sforzarsi di rimanere sollevato dal terreno, grazie alla fatica delle braccia che ancora lo separano dal suo riflesso seducente; mentre quello rappresentato molti anni dopo da Waterhouse (*Echo and Narcissus*, 1903) pare aver ceduto alla propria immagine ed essersi abbandonato ad essa: c'è anche Eco dipinta accanto a lui, ma Narciso non può vederla, tanto il suo viso è chino sull'acqua.

Date le infinite sfumature con le quali il narcisismo appartiene ad ogni essere umano, che fanno sì che ognuno di noi, in qualche misura, possa essere considerato "un narcisista", è importante definire quelli che possono essere gli indicatori diagnostici in grado di distinguere tra la normalità e la patologia.

La capacità di riconoscere le nostre qualità positive, di regolare l'autostima e di perseguire i nostri obiettivi sono atteggiamenti che vengono preservati dal polo sano del continuum narcisistico, che mantiene la convinzione del nostro valore e della dignità personale, nonché un'adeguata autostima per le nostre caratteristiche fisiche e mentali, le nostre abilità e i nostri successi. Questa forma di narcisismo rappresenta l'equilibrio tra il bisogno di riconoscimento e la possibilità di farne a meno, che riflette una sorta di sicurezza di sé, di amor proprio, che ci sostiene, senza bisogno di cancellare l'Altro o esserne invidiosi. Possedere un sano narcisismo permette di conservare dentro di sé il bambino che si meraviglia e mantenere una curiosità empatica per l'Altro da Sé.

Quando fattori situazionali mettono in crisi il senso di identità e minacciano l'autostima (il sano narcisismo) di un individuo, si possono attivare problematiche narcisistiche e atteggiamenti compensatori come vanteria, saccenteria, ipercritica o idealizzazione, che non equivalgono all'averne un Disturbo Narcisistico di Personalità, ma rappresentano tratti con valore di difesa narcisistica a cui tutti gli esseri umani sono vulnerabili (Mc Williams, 2011).

È invece possibile constatare la presenza di un'organizzazione personologica narcisistica, distinguendola dal narcisismo sano e da quello sub-clinico, negli individui in cui la preoccupazione per se stessi rende marginale le relazioni con gli

altri. La tragedia che affligge le personalità narcisistiche è l'incapacità relazionale (e amorosa), tanto che le caratteristiche delle loro relazioni possono essere considerate il principale indicatore "diagnostico" in grado di differenziare la psicopatologia dalla normalità.

Il concetto di narcisismo comprende le vicissitudini dei conflitti tra soggetto e oggetto: l'oggetto, come osserva Green (1983), che pure è lo scopo delle soddisfazioni dell'Es, per il soggetto è sempre causa di squilibrio, poiché la capacità di sviluppare un rapporto con l'oggetto è connessa con un impoverimento a livello della libido narcisistica (Freud, 1914, pp. 458).

L'incontro con l'Altro obbliga l'Io a modificare la sua organizzazione, con il rischio di venire invaso e sostituito dall'oggetto, oppure di precipitare nel nulla di fronte a un'eccessiva distanza o a un allontanamento definitivo di esso.

Se tutto va per il meglio, ciascuno di noi si troverà collocato nella categoria del narcisismo sano, ovvero sarà "capace di camminare sull'asse di equilibrio che collega l'io al tu e inevitabilmente al noi" (Lingiardi, 2021, pp.34). Se, invece, lo sviluppo pulsionale e psichico viene ferito da frustrazioni e deprivazioni, l'insufficiente investimento narcisistico sull'Io non consentirà l'evoluzione di una traiettoria relazionale aperta all'Altro da Sé.

4.2 ... ANCHE LA SOCIETÀ

Il Disturbo Narcisistico di Personalità è considerato la patologia di questo momento storico, la sindrome della società postmoderna, essa stessa definita "società narcisistica", poiché caratterizzata da una cultura che dà sempre più risalto e incoraggiamento ai tratti narcisistici. La società postmoderna sembra inventare una realtà in cui il mondo è a misura del singolo, suscettibile di essere utilizzato senza la presenza dell'altro o a prescindere da essa. Secondo la legge per cui l'individuo basta a se stesso, la dipendenza, condizione fisiologica dell'essere, viene declinata come un male, qualcosa da eliminare in ogni sua forma; in termini autarchici, l'indipendenza e l'autonomia si traducono in distruttività verso i legami e la gratitudine e la solidarietà vanno ad estinguersi dalla gamma delle emozioni umane.

È Christofer Lasch a teorizzare lo sviluppo in senso storico-sociale della cultura del narcisismo, che caratterizzerebbe questo periodo storico in cui, di fronte al tramonto delle certezze esistenziali e delle convinzioni religiose, l'uomo trova una risposta

collettiva in una sorta di cultura narcisistica compensatrice (*La cultura del narcisismo*, 1979).

La sua argomentazione si basa sull'assunto che esista una connessione generale tra la società, in particolare le sue strutture di potere, e le strutture della personalità, ovvero che ogni società riproduca la sua cultura, i suoi presupposti, e i suoi modi di organizzare l'esperienza negli individui e nella forma della loro personalità. Nella prospettiva di Lasch, il frequente verificarsi di un particolare disturbo mentale indicherebbe un problema generale nel modo in cui la società è organizzata, nella quale i cambiamenti sociali e culturali funzionano come cassa di risonanza rispetto a tratti individuali.

Oggi il contenitore culturale degli aspetti narcisistici sembra non funzionare più, ed anzi contribuire, più che alla loro mitigazione, ad una strutturazione degli stessi in termini personologici. L'uomo moderno, come già lo aveva descritto Lasch, sarebbe incapace di stabilire i propri bisogni sulla soddisfazione e l'appagamento, venendo questi per lo più indotti da regole di mercato, che attribuiscono valore alla mobilità di carriera e a quello che viene indicato come il suo equivalente psichico: la crescita personale. Il mondo, percepito come un luogo pericoloso, diventa un contenitore per la proiezione delle pulsioni aggressive e struttura la convinzione che la società sia senza futuro; ciò contribuisce all'incapacità, anch'essa narcisistica, di identificarsi con le generazioni future e di sentirsi inseriti nel corso della storia. Nella perdita della continuità storica, dell'appartenenza e della solidarietà di gruppo, l'Altro diviene un rivale per i privilegi assicurati dallo Stato paternalistico, che sottilmente nutre impulsi antisociali. La chiave del successo diventa il magnetismo personale, ovvero la capacità di influenzare e dominare gli altri e l'equilibrio psichico individuale, il proprio modo di essere nel mondo, è totalmente declinato dal senso del sé, che consta della percezione del proprio valore e del riconoscimento altrui.

Inoltre, la riproduzione meccanica dell'esperienza individuale nella cultura delle foto e delle immagini dà alla vita moderna l'apparenza di una immensa sala degli specchi, che apparentemente conferma l'esigenza collettiva di appagare a tutti i costi desideri e bisogni e sembra non essere più in grado di porre limiti al soddisfacimento immediato.

4.3 IL RAPPORTO CON L'ALTRO-DA-SÈ

4.3.1 Il vuoto narcisistico, il bisogno di oggetti-Sé e l'idealizzazione

Il Disturbo Narcisistico appare come “una posizione di fissazione rispetto all'oggetto primario, che comporta un parziale arresto della dinamica di sviluppo del Sé” (Ferruta, 2011, pp.22). Il narcisista giunge precocemente alla decisione di non affidarsi all'oggetto primario e di distaccarsi da esso, poiché vissuto come indisponibile o come troppo intrusivo (Modell, 1996, Symington, 1993). Al posto dell'Altro, il Sé istituisce la propria immagine come un nuovo oggetto primario.

Durante l'infanzia, l'individuo che svilupperà un'organizzazione narcisistica fatica a trovare oggetti che nutrano il suo Sé e che creino un legame tra questo e il mondo oggettuale, una relazione fluida tra realtà esterna e mondo interno. Normalmente, la storia di uno scambio di questo tipo diventa una struttura interna attraverso la quale il Sé comunica con gli oggetti e si identifica empaticamente con essi, conquistando così la ricchezza che può essere vissuta nelle relazioni reali (Bollas, 2022).

Allo stesso modo, l'assenza di una storia di reciprocità Sé-Altro ha un effetto strutturale: il mondo interno del narcisista è vuoto. Il vuoto narcisistico non è il risultato di un'effettiva deprivazione, bensì della mancanza di un nutrimento interno. Rappresenta l'assenza di una storia di coinvolgimento con il mondo oggettuale, che, se presente, avrebbe invece arricchito la mente dell'individuo con assunti riguardanti la ricchezza dello scambio e della differenza.

Tale condizione di vuoto e isolamento psichico viene compensata dalla costruzione di un Sé ideale, che diventerà il più affidabile sostituto dell'altro, su cui ripiegare costantemente.

Il bambino che dà inizio alla propria linea narcisistica di sviluppo, avendo sostituito gli oggetti primari con il proprio Sé, vive in un mondo che egli stesso ha creato: diventa il legislatore di se stesso e obbedisce solo alla propria legge. La necessaria dipendenza dagli altri, nonché la loro esistenza, viene negata: l'Altro viene de-umanizzato e il suo ruolo consiste esclusivamente nel soddisfare i bisogni e le richieste di cui il Sé ha bisogno.

Il narcisista fatica a mettersi nei panni altrui ed è connotato dalla mancanza di una vera e propria empatia: le sue attenzioni non rappresentano un genuino investimento nei confronti degli altri, ma piuttosto un interesse stereotipato, che scongiura un

coinvolgimento più profondo con l'oggetto. Allo stesso modo, le sue relazioni servono a soddisfare e preservare l'immagine che egli ha di Sé, senza implicare reciprocità e incontro reali, poiché avere relazioni profonde con altre persone porterebbe necessariamente a qualche forma di divergenza, alla possibilità di imbattersi nel negativo e uscire da un mondo sicuro, non turbato da stimoli che minacciano il proprio senso di benessere.

Si tratta di forme di non-relazione, in cui l'Altro è pura superficie riflettente, ne viene ignorata la "concavità psichica" (Lingiardi, 2021, pp.10).

Dal momento che, in tale condizione di distacco, il Sé rappresenta il più affidabile sostituto dell'Altro su cui ripiegare, è fondamentale per il narcisista idealizzare se stesso. I fallimenti della madre oggetto hanno indotto questa risposta nel narcisista che, tuttavia, ricerca nella madre ambiente gli oggetti che rispecchiano il Sé e investe su essi per il suo bisogno di essere rispecchiato in modo positivo. Egli può infatti proiettare la fantasia di appagamento del desiderio negli altri e nelle attività della propria vita, idealizzando gli oggetti allo scopo di vivere in un mondo che corrisponda alla sua richiesta personale, culturale o sociale. Il Sé idealizzato serve per sostituire l'Altro, mentre l'idealizzazione degli oggetti permette di controllarli, così da investire soltanto su ciò che non si discosta dall'immagine di un mondo ideale che esso stesso ha creato.

Per questa ragione, il narcisista deve anche reperire oggetti da odiare, gemelli di quelli che idealizza, che contengano il materiale di scarto degli elementi umani che non fanno parte del suo mondo ideale. Essi sono sdegnati perché diventano le figure dentro cui si depositano le parti denigrate del Sé narcisistico: odiate per la loro differenza, esse vanno a costituire l'Altro, il non Sé.

Emerge l'immagine del narcisista in quanto consumatore per eccellenza, che deve popolare il proprio universo con oggetti che possano soddisfare la sua avidità.

4.3.2 La scelta oggettuale e il terrore della differenza

Nella scelta oggettuale di ciascun individuo abita un atteggiamento narcisistico di conquista. Ciò porta spesso all'insoddisfacibile ricerca di nuovi oggetti, che permette di non sentirsi mai completi, in quanto sembra assicurare possibilità infinite. Nel timore della limitatezza e nell'angoscia della perdita delle proprie potenzialità, ogni

individuo fatica a non considerare la relazione (innanzitutto amorosa) con l'Altro come una gabbia per le proprie opportunità, come un'oppressione e un limite. Ciò alimenta il fascino verso la novità, il timore della stabilità del legame e della quotidianità e la tendenza a sostituire rapidamente le proprie relazioni.

Se la scelta oggettuale determina per chiunque conflitti e difficoltà che ciascuno deve affrontare, per il soggetto narcisista essi divengono pervasivi. In questo quadro, la tendenza che permette di identificare più nettamente una struttura di personalità narcisistica e di distinguerla dalle "normali" complicazioni insite nel rapporto con gli altri, riguarda il fatto che, nonostante la persona abbia incessantemente bisogno di oggetti nuovi e sembri instancabilmente alla ricerca della novità, se l'Altro, una volta incontrato, non fa da specchio riflettente per il Sé, il narcisista non lo tollera, ne ha orrore. "Per il narcisista, le persone e le situazioni che provano ad affermarsi con il segno della diversità e della differenza sono odiate a tal punto da produrre fantasie di distruzione dell'altro o di se stesso" (Musella, 2017, pp.331).

Paradossalmente, i soggetti narcisisti, spinti dal costante bisogno del Nuovo, non tollerano il diverso da Sé, la differenza, che distrugge "l'aspettativa che il mondo e l'altro li corrispondano" (Barnà & Benedetti, 2022, pp.6).

La differenza implica le possibilità e le possibilità implicano il confronto, sempre intriso di mancanza. Trovare qualcosa di differente nell'Altro, significa accedere alla consapevolezza di potere essere qualcosa di diverso, magari migliore. Ma, a prescindere dal confronto qualitativo a cui il riconoscimento della differenza costringe, tale riconoscimento apre lo spazio immediato delle possibilità: non soltanto il timore di essere inferiore non è tollerabile per il soggetto narcisista, bensì il fatto stesso di poter essere qualcosa, di avere di fronte svariati modi di essere, oltre a quello attuale.

Se la natura degli altri non ci mostrasse i nostri limiti, significherebbe che non c'è stato un vero incontro. Per questo è difficile non sentirsi minacciati dall'Altro e dalle sue parti, che emergono nel corso della relazione: è difficile non sentirsi depotenziati, limitati dalla vera scoperta e dal legame.

L'Altro ci completa e, in tal modo, ci mostra la nostra incompletezza, perché incontrare l'Altro significa anche incontrare quello che a noi manca. Riuscire ad esserne consapevoli e vedere nei nostri limiti la linfa del cambiamento e delle opportunità, piuttosto che percepire l'angoscia di ciò che non siamo o non abbiamo,

permetterebbe di rendersi conto di come l'Altro, se incontrato, non completa nessuna forma, non chiude nessun cerchio, come invece avviene nel rifiuto di tale incontro, che si esaurisce nella solitudine compiuta dell'“Uno” o nella fusione rispecchiante del “Due In Uno”.

Tali forme, tramite il diniego della separazione tra Sé e Altro, creano l'illusione di essere potenzialmente infiniti e consentono di non sperimentare l'angoscia delle nostre mancanze, perché permettono di non venirne a conoscenza.

Eppure, le innumerevoli possibilità di essere costringono ogni uomo ad una scelta: “Scelgo di essere così.” Definire il “così” vuol dire, allo stesso tempo, non essere “cosà”, vuol dire, sempre, perdere qualcosa.

Ogni scelta porta con sé la percezione della perdita ed è per questo che scegliere è spesso complicato, poiché ci costringe a rinunciare: per necessità, a confronti fatti o sulla scia di un sentimento, scegliamo qualcosa e non qualcos'altro. Si tratta di accettare di potere essere in un istante soltanto in un luogo, soltanto in un modo, soltanto con qualcuno che non è anche qualcun altro, o nessuno.

La differenza implica la scelta e lo scegliere ci ricorda i nostri limiti, quelli di ogni essere umano, gli stessi limiti che il soggetto narcisista non tollera.

4.3.3 Un esempio letterario: Tomáš e il dolore di Tereza

Milan Kundera nel suo romanzo più noto, *L'insostenibile leggerezza dell'essere* (1985), narra la travagliata storia d'amore tra Tomáš e Tereza. Le modalità relazionali del protagonista maschile dell'opera, prototipo dell'individuo narcisista, raccontano di un uomo che rifugge il legame a due, bisognoso di oltrepassare i limiti che tali rapporti necessariamente comportano e costantemente in balia del desiderio di conquista di una donna, nonostante la sua relazione amorosa con la compagna. Tomáš, “collezionista di curiosità”, trasforma in oggetti-Sé tutte le donne con cui si relaziona, non permettendo a nessuna di loro di entrare realmente nella sua vita.

Il modo in cui egli vive la relazione con Tereza mostra come l'amore, nella psicopatologia del narcisismo, rappresenti il collasso del riconoscimento reciproco, sia puro rispecchiamento autocelebrativo, privo di reciprocità, che distrugge non solo il soggetto stesso, ma anche tutti coloro che tentano di entrarvi in relazione. Se il personaggio di Tomáš impersona l'incapacità di amare che caratterizza l'individuo

narcisista, quello di Tereza mostra la sofferenza che l'Altro, nella relazione con questa psicopatologia, sperimenta.

L'atteggiamento narcisista di Tomáš emerge chiaramente dal racconto dell'episodio in cui Tereza, troppo sofferente, decide un giorno di andarsene: nel narrare la separazione, Kundera mostra il modo con cui l'uomo si difende dall'abbandono da parte della ragazza, immediatamente sostituito dall'exasperato bisogno di libertà che difensivamente compensa e potenzia l'ego ferito di Tomáš. Nel romanzo si legge che, nel giorno in cui Tereza se ne va, Tomáš "passeggiava per Zurigo da solo e respirava a fondo il profumo della sua libertà. Dietro l'angolo di ogni strada si nascondeva un'avventura. Il futuro era diventato di nuovo un mistero (...). Per sette anni aveva vissuto legato a lei e ogni suo passo era stato seguito dai suoi occhi. Era come se lei gli avesse legato alla caviglia una palla di ferro. Ora il suo passo era tutt'a un tratto più leggero. Quasi si librava nell'aria" (pp. 37).

Kundera nel romanzo, scrivendo di Tomáš, racconta inoltre dell'"inseguimento dell'inimmaginabile" presente in ogni donna, che l'uomo persegue: egli non è ossessionato dalle donne, ma "da quello che in ciascuna di esse c'è di inimmaginabile, in altre parole, è ossessionato da quel milionesimo di diversità che distingue una donna dalle altre donne" (pp.203). Di ogni suo incontro, Tomáš si ricorda l'essenziale; condensa il ricordo in una sorta di formula magica che permette di definire ciò che ciascuna ragazza incontrata ha di unico: "ripetendosi questa formula, sentiva dentro di sé la sensazione gioiosa di essersi nuovamente impadronito di un pezzo del mondo; di avere ritagliato col suo bisturi immaginario una striscia di tessuto dalla tela infinita dell'universo" (pp.211). Nella scelta oggettuale di Tomáš emerge quindi l'atteggiamento narcisistico di conquista, di bisogno di novità e di timore del legame, che, in parte, accomuna tutti gli uomini, ma che nel protagonista dell'opera diventa pervasivo, causando alla compagna Tereza un'angoscia implacabile.

Man mano che Kundera ne approfondisce la personalità e il carattere è inoltre possibile riscontrare in Tomáš anche il secondo aspetto sottolineato nel paragrafo precedente, ovvero il terrore di ciò che è diverso da sé. L'autore scrive infatti che egli brama "ciò che ciascuna donna ha di diverso" esclusivamente per impadronirsene, perché, una volta individuata l'unicità dell'Altro, Tomáš la teme: lo specchio non riflette più se stesso e l'unico modo per non sentirsi minacciati da ciò è arrivare a

possedere, ad impadronirsi di tale diversità, estrapolata dall'oggetto, che torna ad essere "uno dei tanti".

Una volta individuata la differenza che Tomáš cerca in ogni sua conquista, egli se ne impossessa, la fa propria. Soltanto allora è in grado di "consumare l'amore" con le donne: rendendole tutte "amanti innocue", senza nessuna possibilità di entrare nella sua vita e di sconvolgere il suo universo personale, donne senza volto. La netta distinzione che il protagonista dell'opera compie tra l'amore e il sesso è il modo che egli trova per distinguere l'unicità dall'indifferenziazione; e rifiutare l'amore, significa rifiutare l'unicità. Tutte le donne, per Tomáš, sono identiche; infatti, egli ne parla come del "mondo femminile", tanto temuto nelle sue unicità da non poterlo sciogliere in singole persone, in singole donne differenti, uniche, imprevedibili.

Tereza si sente minacciata dalle donne, da tutte le donne, perché sente di non possedere qualcosa di unico per Tomáš rispetto a tutte le altre: "il suo corpo è il corpo di ogni donna" e la ragazza ne prova disgusto, odia quel corpo che "non ha avuto la forza di diventare per Tomáš l'unico corpo della sua vita" (pp.145).

Nonostante tale disgusto, Tereza ha, fin da bambina, il vizio di guardarsi a lungo allo specchio: questo gesto è la sua lotta contro Tomáš e, in passato, contro la madre, come espressione del desiderio di non essere un corpo come gli altri corpi. Infatti, come ora Tomáš non riesce a rendere Tereza e il suo corpo qualcosa di unico, la madre della ragazza aveva da sempre fatto la stessa cosa con lei: i suoi occhi non avevano mai riflettuto l'immagine di una bambina, poi ragazza, unica in quanto tale e amata in quanto unica. Quando viveva con la madre a Tereza era proibito chiudersi in bagno a chiave; con questo divieto la madre la privava del diritto al pudore, comunicandole che non aveva alcun motivo di nascondere qualcosa che "esiste con forma identica in miliardi di altri esemplari" (pp.64). La madre di Tereza girava per casa con indosso soltanto la biancheria intima, talvolta senza reggiseno, talvolta, d'estate, nuda. Il patrigno entrava in bagno ogni volta che Tereza era nella vasca. Questi gesti gridavano forte che la giovinezza e la bellezza non hanno in realtà alcun valore e che "l'intero universo non è che un enorme campo di concentramento di corpi identici fra loro e con l'anima invisibile" (pp.54).

Nel mondo della madre tutti i corpi erano uguali e marciavano uno dietro l'altro in fila interminabile, esattamente come in uno dei sogni che ora tormenta Tereza e che è

per lei “l’immagine stessa dell’orrore”: quello in cui lei e altre donne marciano nude attorno ad una piscina mentre Tomáš, al centro, spara uno ad uno ai loro corpi. Nel raccontare il sogno al compagno Tereza vuole rivelargli ciò che non è capace di dirgli, ovvero che è proprio lui ad averla, metaforicamente, mandata a marciare nuda con altre donne: lei “era andata da lui per fuggire dal mondo della madre dove tutti i corpi erano uguali. Era andata da lui perché il suo corpo diventasse unico, insostituibile. E lui adesso aveva tracciato un segno di uguaglianza fra lui e le altre: le baciava tutte allo stesso modo, (...) non faceva alcuna differenza tra il corpo di Tereza e gli altri corpi. La aveva nuovamente mandata nel mondo dal quale lei aveva voluto fuggire. L’aveva mandata a marciare nuda con altre donne nude” (pp.65).

4.4 QUANDO LO SPECCHIO VA IN FRANTUMI: IL NARCISISTA IN ANALISI

È piuttosto raro che soggetti con Disturbo Narcisistico di Personalità si presentino in analisi. Iniziare un percorso terapeutico presuppone infatti la messa in discussione del proprio Sé e del mondo ideale costruitogli attorno. Solitamente ciò avviene dopo una ferita narcisistica, come una separazione, un lutto o una delusione, che frantumano l’immagine illusoria e idealizzata dell’universo personale del soggetto.

Una volta che il paziente narcisista accetta di entrare in analisi, il lavoro terapeutico è innanzitutto un lavoro di apertura del soggetto alla pulsione, al desiderio e alla relazione “erotica” con l’Altro. Infatti, come già evidenziato, l’organizzazione di personalità narcisistica risulta incapace di ingaggiare una relazione significativa, poiché il desiderio dell’Altro-da-Sé è eroso dal ripiegamento libidico del soggetto su se stesso, data l’impossibilità della pulsionalità di appoggiarsi su una base narcisistica solida.

La relazione terapeutica dà fin da subito voce alle difficoltà relazionali del soggetto narcisista, che si ripropongono nel rapporto tra paziente e analista. “Non si tratterebbe soltanto della fisiologica riproduzione di una antica dipendenza del bambino verso il genitore (...), ma di una relazione più complicata e inquietante. Alla base di questa relazione vi è la necessità di scindere e evacuare tutti quegli elementi di incertezza, sfiducia e diffidenza che normalmente accompagnano il primo incontro dell’analizzato con l’analista e, che ancor prima dell’incontro reale, hanno caratterizzato, nella mente dell’analizzato l’idea (la preconcezione, direbbe Bion) del

suo buon rapporto con l'analisi. (...) Fin dal primo momento l'accoppiamento analista-analizzato si fonda su un meccanismo di qualità psicotica; esso ha a che fare con operazioni di scissione-e-idealizzazione sia dell'Io del paziente sia dell'analista come oggetto esterno (...)" (Gaburri & Gaburri, 1983, pp.245).

Il paziente trasforma immediatamente l'analista in un oggetto-Sé, che riempia il suo vuoto e soddisfi la sua avidità: ogni suo commento positivo viene consumato rapidamente e non elaborato come punto di partenza di un pensiero ulteriore. Il paziente "torna al seno per depredarlo" (Bollas, 2022, pp.61), per appropriarsene, come se ci fosse una bocca affamata costantemente aperta, che avidamente accoglie soltanto elementi beta.

La reciprocità della relazione viene distrutta e la mente e il discorso dell'analista sono soltanto strumenti di cui appropriarsi, fonti di nutrimento. Il paziente si impossessa della seduta, occupa tutto il tempo parlando delle sue ferite narcisistiche, mentre l'analista si sente simile a Eco, che può parlare solo se riflette le sue parole e i suoi interessi, quindi solo nella ricostruzione dello specchio ideale del paziente, andato in frantumi.

Nel procedere dell'analisi il narcisista porta un problema dopo l'altro dal mondo esterno e la coppia analitica funziona egregiamente finché l'analista supporta la battaglia del Sé contro le deludenti dimensioni del mondo oggettuale. Kohut parlava del bisogno del narcisista di un transfert idealizzante: l'analista deve essere disponibile a farsi usare e talvolta inglobare dal paziente, rinunciando per lunghi tratti dell'analisi alle proprie convinzioni e alla propria individualità; deve adattare la sua stessa fibra narcisistica, che vede diminuita la propria soggettività e il proprio riconoscimento.

Bollas (2022) sottolinea inoltre che il narcisista in analisi utilizza le espressioni del volto o le comunicazioni acustiche non verbali, tra cui il silenzio, per affermare l'intenzionalità preverbale del Sé. "Il significante è odiato, poiché decentra il Sé, permette che l'Altro in ascolto diventi un partecipante indipendente nel campo della relazione" (Bollas, 2022). L'egemonia dell'immagine e del non verbale permette di controllare l'Altro: affermando la priorità del mondo non-verbale sul linguaggio, fallisce il tentativo dell'analista di creare significato e di dividerlo.

Nel suo controtransfert quest'ultimo si sente emarginato e allontanato e ha spesso la sensazione che il paziente sia aggressivamente soddisfatto di se stesso, come se fosse divenuto fonte di una nuova specie di saggezza conquistata da solo.

Soltanto dopo lunghi periodi di analisi, a volte verso la sua fine, l'analista riemerge come soggetto separato: attraverso il transfert l'oggetto (analista) si differenzia via via dal soggetto (paziente), "si ingaggia un corpo a corpo che scalza il solipsismo ideale e le relazioni con oggetti sé e investe, se le cose vanno bene, progressivamente l'Altro, che viene scoperto strada facendo, liberandosi dalle catene cui era stato costretto dalla sua condizione di oggetto soggettivo" (Musella, 2022).

Diviene così possibile ingaggiare una vera relazione, accompagnata da un minore bisogno di vivere attraverso l'immagine del Sé ideale. Difese come l'allucinazione negativa, il diniego e la grandiosità decrescono, poiché la relazione analitica offre al paziente un'alternativa a tali modalità, alternativa fondata sulla vita e sul tempo reali. Un avvicinamento agli aspetti più veri e realistici del Sé e del mondo oggettuale permette al Sé di raccogliere parti scisse che sono state denegate, di constatare l'imperfezione di entrambi e, di conseguenza, di vivere una condizione normale di depressione. L'emergere della differenza dell'oggetto desiderato espone infatti il soggetto alla perdita melanconica dell'Altro come parte di sé e "il processo di disidealizzazione, successivo alla "luna di miele" della prima fase idealizzata dell'analisi, sarebbe in rapporto col processo di "conoscenza" degli elementi rimossi da parte del paziente". È attraverso questa conoscenza che si sostituiscono alla idealizzazione più adeguati meccanismi di sublimazione e esame di realtà" (Gaburri & Gaburri, 1983, pp.244).

4.5 INCONTRARE L'ALTRO

“Ogni ingresso nell'esperienza di un oggetto assomiglia al rinascere, perché la soggettività viene informata dall'incontro, la sua storia viene modificata da un presente estremamente efficace che ne cambia la struttura.”

C. Bollas (1992), *Essere un carattere*

La parola “narciso” deriva dal greco “narkè”, il cui significato è quello di torpore, sonno. L'etimologia del termine rimanda ad un immobilismo che il Disturbo Narcisistico, costellazione diagnostica imprigionante, incarna perfettamente.

Anche nel mito di Ovidio, Narciso è la rappresentazione della staticità, dello stallo dovuto all'indifferenza verso l'oggetto e all'idealizzazione dell'autosufficienza; è anestesia, “forma narcotica di vita immobile, sospesa nel riconoscimento ingannevole o mancato” (Lingiardi, 2021, pp.11).

Solo Narciso può fare innamorare Narciso, e soltanto del suo riflesso. Finché egli si limita a contemplare la propria immagine, questa regge, ma ogni tentativo di entrare in contatto con essa la distrugge. Così come se l'Altro tenta di coinvolgere il Sé più vero del narcisista, quest'ultimo lo rifiuta e l'Altro va in pezzi. Ogni movimento è negato: Eco tenta di coinvolgere Narciso, ed è respinta; Narciso tenta di coinvolgere se stesso e viene distrutto. Ambedue muoiono nei rispettivi tentativi di coinvolgere l'Altro.

Il desiderio narcisista si infrange su un'immagine, statica e bidimensionale, chiede una “parete di rimbalzo – che sia – superficie di riflessione, (...) specchio grande, lusingatore” (Carlo Emilio Gadda, 1944). Non può essere raccolto e trasformato, ma solo imitato e restituito uguale a sé, ripetuto. Tale inerzia racconta della fissazione al rapporto con un oggetto primario che non ha offerto una base sicura per una “fluttuazione libera nel rapporto con sé e con gli altri”: [...] il pattern è predeterminato e statico, non sono previste oscillazioni tra diverse posizioni mentali, narcisistica e oggettuale” (Ferruta, 2011, pp.23).

Questo è anche lo stallo che caratterizza la relazione analitica con il paziente narcisista e che racconta della difficoltà a rimobilizzare gli investimenti in pazienti inaccessibili, che pare non riescano a cogliere nient'altro che se stessi (da qui forse l'iniziale delimitazione da parte di Freud delle cosiddette nevrosi narcisistiche).

È necessario che l'analista assuma una specifica posizione per entrare in uno spazio che, per definizione, sembra chiudersi all'interesse e al desiderio dell'Altro e per

riuscire a scorgere nello sguardo di Narciso qualcosa al di là di Narciso stesso. Sassanelli (1991) sottolinea come nello sguardo di Narciso sia possibile riconoscere proprio la specificità del narcisismo, quale normale e insostituibile elemento organizzatore e stabilizzatore della personalità, se solo ci si sforza di “guardare dentro quelle stesse superfici nelle quali egli tenta di riflettere se stesso per conferirsi, in un modo o nell'altro, unità e coesione” (pp.447). E afferma inoltre che nell'organizzazione narcisistica sia possibile cogliere configurazioni immaginarie (unità adeguate e flessibili, ma anche grandiose, ideali, crudeli) attraverso le quali il soggetto riesce a strutturare quegli oggetti e quelle forme di relazione (o di non-relazione), che, diversamente, lo avrebbero portato verso una destabilizzazione psicotica.

Un atteggiamento di accoglimento e il riconoscimento del narcisismo quale sforzo strutturale nel mantenere una certa coesione e identità sono elementi essenziali per la trasformazione del mondo interno del paziente.

Assumendo tale posizione, l'oscillazione dinamica tra posizione narcisistica e oggettuale viene costituita a partire da “un'esperienza di interazioni di rispecchiamento con un oggetto vivo e mobile, capace a sua volta, proprio perché vivo e mobile, di oscillare tra investimento nel rapporto con l'altro e ritorno a una posizione di solitudine e separatezza” (Ferruta, 2011, pp.21). L'attività di rispecchiamento che l'oggetto-analista fornisce può rimettere in moto la mobilità tra investimento narcisistico e oggettuale, spezzando la “ripetitiva staticità” del mancato incontro con l'Altro, che aveva cristallizzato la psiche del paziente.

Compito dell'analisi è permettere, tramite il transfert, che le modalità relazionali tipiche del paziente con Disturbo Narcisistico si ripresentino all'interno della relazione paziente-analista, per poi rompere la coazione a ripetere e permettere all'analizzato di conoscere e vivere una nuova forma di legame.

L'esperienza analitica si presta in particolar modo a essere “il terreno favorevole nel riprodursi di traumi narcisistici, dato che (...) è una situazione che induce e aumenta l'eccitamento pulsionale attraverso l'ingaggio transferale. (Mangini, 2015, pp.196). La relazione analitica può così offrire al paziente uno spazio psichico dove esprimere traumi e mancanze e dove gestirli, per riparare il narcisismo ferito: la coazione a ripetere diventa il “segno” di un trauma narcisistico non conosciuto e, al tempo stesso, lo strumento con il quale anche un trauma preverbale può diventare “storia” e ricordo.

Ciò è possibile grazie alla presenza di un contenitore (l'analisi stessa), che svolge una funzione paraeccitatoria che in passato è mancata nel rapporto con l'oggetto primario, creando insulti narcisistici legati a primarie "impressioni" di rifiuto, di abbandono, di freddo, di "non essere visti", che tornano in scena in analisi attraverso la memoria del corpo (Mangini, 2015).

Nel racconto di Ovidio, Narciso è figlio della violenza che il fiume Cefiso mette in atto verso la Ninfa Liriope, imprigionandola nelle sue acque: egli nasce già segnato da una relazionalità irrisolutamente legata alla violenza, in cui incontrare l'Altro significa esserne distrutti e catturati.

Soltanto la sperimentazione di un nuovo tipo di incontro può determinare la comparsa di una componente libidica che permette al paziente di alimentare la fiducia nelle potenzialità della/e relazione/i e stabilire un'alleanza tale da consentirgli di avviare un lento processo di auto osservazione, spingendosi oltre una disamina superficiale del proprio mondo interiore. Ciò si realizza quando il paziente non è più soltanto oppresso dalla necessità di avere continue conferme dal rapporto con l'analista, ma quando questo rapporto potrà essere per lui emotivamente "vero": quando commenti e interpretazioni non saranno più avidamente ingeriti, ma sentiti, accolti emotivamente e rielaborati. Quindi, quando l'Altro sarà "riconosciuto" (Benjamin, 1988) e potrà esistere non soltanto come parete riflettente, bensì come essere umano dotato di un personale spazio psichico ed emotivo.

"Riconoscere il profilo dell'Altro significa per il soggetto sottrarsi all'ombra dell'Altro, a quell' «ombra dell'oggetto che ricade sull'io» (Freud, 1915), restituendo quell'ombra al suo profilo. (Chianese, 2013, pp.396). Ciò permette di instaurare uno scambio autentico, in grado di realizzare una cooperazione con l'analista che esplori il significato della relazione stessa, "cooperazione che sia già in se stessa esperienza atta a potenziare le sue virtuali capacità riparative" (Gaburri & Gaburri, 1983, pp.248).

Come ci ricorda A. Ferruta (2011), fondamentale resta la posizione del sogno nella cura. Il sogno rappresenta una zona per eccellenza di transito e di scambio tra narcisismo e oggettualità e costituisce un elemento chiave dell'oscillazione tra le due modalità. Se il sonno mette in moto un ritiro dal rapporto con gli oggetti, il sogno li richiama sulla scena della mente, come fonte di affetti e di emozioni.

“Il sogno riporta la centralità del soggetto alla sua fondazione psicosomatica e relazionale, con il suo doppio ombelico (Kaës, 2002), che affonda nel funzionamento sincrono psichesoma e nello spazio psichico del legame, che permette di estendere lo spazio interiore a più individui, di sognare i sogni degli altri, di ascoltarne le voci inarticolate. (...) Quando ti ritiri e ti tuffi nel sogno, l'altro ti insegue o tu lo insegui. Isolamento e relazionalità, movimento di allontanamento e di avvicinamento sono copresenti” (Ferruta, 2011, pp.30).

Il comparire dell'attività onirica nel paziente diventa così il testimone del funzionamento dell'apparato psichico del soggetto e dello spazio analitico (Mangini, 1999), che mette in moto tale oscillazione e rompe lo stallo solipsistico dell'organizzazione narcisistica.

BIBLIOGRAFIA

1. Akhtar, S., Thomson Jr., J.A. (1982). Overview: narcissistic personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 139 (1), 12–20.
2. Akhtar, S. (1989). Narcissistic Personality Disorder: descriptive features and differential diagnosis. *Psychiatric Clinics of North America*, 12, 3.
3. American Psychiatric Association (APA). (1980). *DSM-III. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Terza edizione*. Milano: Masson, 1983.
4. American Psychiatric Association (APA). (2013). *DSM-V. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quinta edizione*. Milano: Raffaello Cortina.
5. Barsalou, L.W. (1999). Perceptual symbol systems. *Behav Brain Sci*, 22, 577–660.
6. Barsalou, L. W. (2008). Grounded cognition. *Annual Review of Psychology*, 59, 617–645.
7. Beer, R. D. (1995). A dynamical systems perspective on agent-environment interaction. *Artificial Intelligence*, 72, 173–215.
8. Benjamin, J. (1988). *Legami d'amore. I rapporti di potere nelle relazioni amorose*. Torino: Rosenberg & Sellier, 1991.
9. Blais, M.A., Hilsenroth, M.J., Castlebury, F.D. (1997). Content validity of the DSM-IV borderline and narcissistic personality disorder criteria sets. *Comprehensive Psychiatry*, 38 (1), 31–37.
10. Böckler, A., Sharifi, M., Kanske, P., Dziobek, I., Singer, T. (2017). Social decision making in narcissism: Reduced generosity and increased retaliation are driven by alterations in perspective-taking and anger. *Personality and Individual Differences*, 104, 1–7.
11. Bollas, C. (1987). *L'ombra dell'oggetto, psicoanalisi del conosciuto non pensato*. Roma: Borla, 1989.
12. Bollas, C. (2020). *Essere un carattere*. Milano: Raffaello Cortina.
13. Bollas, C. (2022). *Tre caratteri. Narcisistico, borderline e maniaco-depressivo*. Milano: Raffaello Cortina.
14. Borghi, A. M., & Caruana, F. (2015). Embodiment theory. *International encyclopedia of the social & behavioral sciences*, Elsevier, 420–426.
15. Borghi, A. M., Binkofski, F. (2014). *Words as social Tools: An embodied view on abstract concepts*. Springer.
16. Campbell, W.K., Bush, C.P., Brunell, A.B., Shelton, J. (2005). Understanding the social costs of narcissism: The case of the tragedy of the commons. *Personal Soc Psychol Bull*, 31 (10), 1358–1368.
17. Canguilhem, G. (1974). *La conoscenza della vita*. Bologna: Il Mulino, 1976.
18. Cao, C., Lou, J., Liu, W. (2022). Local inefficiency of the default mode network in young men with narcissistic personality disorder. *Neuroscience Letters*, 784, 136720.

19. Caretti, V., e Schimmenti, A. (2011). Introduzione all'edizione italiana. In N. Mc Williams, *La diagnosi psicoanalitica*. Roma: Astrolabio, pp. 7-12.
20. Carrasco, J.L., Tajima-Pozo, K., Díaz-Marsá, M., Casado, A., López-Ibor, J.J., Arrazola, J., Yus, M. (2012). Microstructural white matter damage at orbitofrontal areas in borderline personality disorder. *Journal of Affective Disorders*, 139 (2), 149–153.
21. Chianese, D. (2013). Profili. *Rivista Psicoanal.*, 59(2):385-398.
22. Clark, A., Chalmers, D. (1998). The extended mind. *Analysis*, 58, 7–19.
23. Costantini, M.V. e Macchi, A. (2003). Il narcisismo visto da due autori francesi: Bela Grunberger e André Green. In E. Mangini (a cura di), *Lezioni sul pensiero post-freudiano* (pp.390-409). Milano: Led. Edizioni Universitarie.
24. Craig, A.D. (2009). How do you feel now? The anterior insula and human awareness. *Nature Reviews Neuroscience* 10, 59–70.
25. Croxson, P.L., Walton, M.E., O'Reilly, J.X., Behrens, T.E.J., Rushworth, M.F.S. (2009). Effort-based Cost-benefit valuation and the human brain. *Journal of Neuroscience*, 29 (14), 4531–4541.
26. Da Rold, F. (2018). Defining embodied cognition: The problem of situatedness. *New Ideas in Psychology*, 51, 9–14.
27. Dazzi, N., Lingiardi V., Gazzillo F. (2009). *La diagnosi in psicologia clinica. Personalità e psicopatologia*. Milano: Raffaello Cortina.
28. Di Chiara, G. (1985). Una prospettiva psicoanalitica del dopo Freud: un posto per l'altro. *Rivista Psicoanal.*, 31(4), 451-461.
29. Eagle, M.N. (2011). *Da Freud alla psicoanalisi contemporanea. Critica e integrazione*. Milano: Raffaello Cortina, 2012.
30. Enzi B, de Greck M, Prosch U, Tempelmann C, Northoff G. (2009). Is our Self nothing but reward? Neuronal overlap and distinction between reward and personal relevance and its relation to human personality. *PLoS One*, 4 (12), 8429.
31. Etkin, A., Egner, T., Kalisch, R. (2011). Emotional processing in anterior cingulate and medial prefrontal cortex. *Trends in Cognitive Sciences*, 15 (2), 85–93.
32. Fan Y, Duncan NW, de Greck M, Northoff G. (2011). Is there a core neural network in empathy? An fMRI based quantitative meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev.*, 35 (3), 903-11.
33. Fan, Y., Wonneberger, C., Enzi, B., de Greck, M., Ulrich, C., Tempelmann, C., Bogerts, B., Doering, S., Northoff, G. (2011). The narcissistic self and its psychological and neural correlates: an exploratory fMRI study. *Psychol Med.*, 41 (8), 1641-50.
34. Fan, Y., Wonneberger, C., Enzi, B., de Greck, M., Ulrich, C., Tempelmann, C., Bogerts, B., Doering, S., Northoff, G. (2011). The narcissistic self and its psychological and neural correlates: an exploratory fMRI study. *Psychological Medicine*, 41 (8), 1641–1650.

35. Ferenczi, S. (1913). *Fasi evolutive del senso di realtà*. In Opere, vol.1, Rimini: Guaraldi, 1973.
36. Ferenczi, S. (1924). *Thalassa: una teoria della genitalità*. Milano: Raffaello Cortina, 2014.
37. Ferruta, A. (2011). Continuità o discontinuità tra narcisismo sano e patologico. Configurazioni oscillatorie. *Rivista Psicoanal.*, (57)(1), 17-34.
38. Ferruzza, E. & Gigli G. (2003). La Psicologia del Sé: Heinz Kohut. In E. Mangini (a cura di), *Lezioni sul pensiero post-freudiano* (pp.298-313). Milano: Led. Edizioni Universitarie.
39. Ferruzza, E. (2003). Donald W. Winnicott: una mente indipendente. In E. Mangini (a cura di), *Lezioni sul pensiero post-freudiano* (pp.248-269). Milano: Led. Edizioni Universitarie.
40. Fogassi, L., Ferrari, P.F. (2004). Mirror neurons, gestures and language evolution. *Interaction Studies*, 5 (3), 345–363.
41. Foglia, L., e Wilson, R. A. (2013). Embodied cognition. *WIREs Cognitive Science*, 4, (3), 319–325.
42. Francis, D.D., Szegda, K., Campbell, G., Martin, W.D., Insel, T.R. (2003). Epigenetic sources of behavioral differences in mice. *Nature Neuroscience*, 6, 445–446.
43. Freud S. (1905). *Tre saggi sulla teoria sessuale*. OSF, vol. 4, Torino: Bollati Boringhieri.
44. Freud S. (1910). *Osservazioni psicoanalitiche su un caso di paranoia (dementia paranoides) descritto autobiograficamente (Caso clinico del presidente Shreber)*. OSF, vol. 6.
45. Freud S. (1910). *Un ricordo d'infanzia di Leonardo da Vinci*. OSF, vol. 6. Torino: Bollati Boringhieri.
46. Freud, S. (1912-13). *Totem e tabù*. OSF, vol. 7. Torino: Bollati Boringhieri.
47. Freud, S. (1913). *La favola dei tre scrigni*. OSF, vol. 10. Torino: Bollati Boringhieri.
48. Freud, S. (1914). *On narcissism. An introduction*. Standard Edition, 14: 67-102. London: Hogarth Press, 1957.
49. Freud, S. (1914). *Introduzione al narcisismo*. OSF, vol. 7. Torino: Bollati Boringhieri.
50. Freud, S. (1915). *Pulsioni e i loro destini*. OSF, vol. 8. Torino: Bollati Boringhieri.
51. Freud, S. (1915-1917). *Introduzione alla psicoanalisi*. OSF, vol 8. Torino: Bollati Boringhieri.
52. Freud, S. (1917). *Lutto e melanconia*. OSF, vol. 8, Torino: Bollati Boringhieri.
53. Freud, S. (1922). *L'io e l'Es*. OSF vol. 9. Torino: Bollati Boringhieri, 1977.
54. Freud, S. (1924). *Autobiografia*. OSF, vol.10. Torino: Bollati Boringhieri.
55. Freud, S. (1926). *Il problema dell'analisi condotta da non medici*. Opere, vol. X.
56. Freud, S. (1932). *Introduzione alla psicoanalisi (nuova serie di lezioni)*. OSF, vol. 11.
57. Fulford, D., Johnson, S.L., Carver, C.S. (2008). Commonalities and differences in characteristics of persons at risk for narcissism and mania. *Journal of Research in Personality*, 42 (6), 1427-1438.

58. Gabbard, G.O. (1989). Two subtypes of narcissistic personality disorder. *Bulletin of the Meninger Clinic*, 53, 527-539.
59. Gabbard, G.O. (2014). *Psichiatria psicodinamica*. Milano: Raffaello Cortina, 2015.
60. Gaburri, E. e Gaburri G. (1983). Idealizzazione e narcisismo nella relazione tra il Sé e gli oggetti. *Rivista Psicoanal.*, (29)(2), 243-262.
61. Gallese, V., Fadiga, L., Fogassi, L., Rizzolatti, G. (1996). Action recognition in the premotor cortex. *Brain*, 119 (2), 593–609.
62. Gallese, V., Lakoff, G. (2005). The brain's concepts: The role of the sensory-motor system in conceptual knowledge. *Cognitive Neuropsychology*, 22, 455–479.
63. Gallese, V., Migone, P., Eagle, M.N. (2006). La simulazione incarnata: i neuroni specchio, le basi neurofisiologiche dell'intersoggettività ed alcune implicazioni per la psicoanalisi. In *Psicoterapia e Scienze Umane*, XL, 3, 543-580.
64. Glenberg, A.M., Gutierrez, T., Levin, J.R., Japuntich, S., Kaschak, M.P. (2004). Activity and imagined activity can enhance young children's reading comprehension. *J Educ Psychol*, 96, 424–436.
65. Glenberg, A. M. (2010). Embodiment as a unifying perspective for psychology. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science*, 1, 586–596.
66. Goretti, G. (1996). La teoria del narcisismo e la teoria delle relazioni oggettuali nell'opera di Sigmund Freud. *Rivista Psicoanal.*, 42 (4), 611-625.
67. Grant, J.E., Correia, S., Brennan-Krohn, T., Malloy, P.F., Laidlaw, D.H., Schulz, S.C. (2007). Frontal white matter integrity in borderline personality disorder with self-injurious behavior. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 19 (4), 383–390.
68. Green, A. (1983). *Narcisismo di vita, narcisismo di morte*. Milano: Raffaello Cortina, 2018.
69. Grunberger, B. (1971). *Il narcisismo*. Bari: Laterza, 1978.
70. Grunberger, B. (1989). *Narciso e Anubi. Psicopatologia e narcisismo*. Roma: Astrolabio, 1994.
71. Hadland, K.A., Rushworth, M.F.S., Gaffan, D., Passingham, R.E. (2003). The anterior cingulate and reward-guided selection of actions. *Journal of Neurophysiology*, 89 (2), 1161–1164.
72. Heatherton, T.F. (2011). Neuroscience of self and self-regulation. *Annual Review of Psychology*, 62, 363-390.
73. Heimann, P. (1950): On Counter-transference. *Int. J. Psychoanal.* 31, 81-84.
74. Iacoboni, M., Molnar-Szakacs, I., Gallese, V., Buccino, G., Mazziotta, J.C. (2005). Grasping the intentions of others with one's own mirror neuron system. *PLoS Biology*, 3 (3), 529–535.

75. Isaacs, S. (1948). The nature and function of phantasy. *Int. J. Psycho-Anal.*, 29; ripubblicato in: Klein M. – Heimann P. – Isaacs s. – Riviere J. (1952), *Developments in psycho-analysis*, London, Hogarth Press.
76. Jaspers, K. (1913). *Psicopatologia generale*. Roma: Il Pensiero Scientifico, 1964.
77. Joffe, W.G., Sandler, J., Baker, S., Edgumbe, R; Kawenoka, M; Kennedy, H; Neurath, L. (1967). Some Conceptual Problems Involved in the Consideration of Disorders of Narcissism. *Journal of Child Psychotherapy*, 2A (1), 56-66.
78. Johnson, S.C., Schmitz, T.W., Kawahara-Baccus, T.N., Rowley, H.A., Alexander, A.L., Lee, J., et al. The cerebral response during subjective choice with and without self-reference. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 17 (12), 1897–1906.
79. Kernberg, O. F. (1975). *Sindromi marginali e narcisismo patologico*, Bollati Boringhieri, Torino, 1987.
80. Kernberg, O.F. (1976). *Teoria della relazione oggettuale e clinica psicoanalitica*. Torino: Bollati Boringhieri.
81. Kernberg, O.F. (1984). *Disturbi gravi di Personalità*. Torino: Bollati Boringhieri, 1987.
82. Kernberg, O. F. (2004). *Narcisismo, aggressività e autodistruttività*. Raffaello Cortina, Milano, 2006.
83. Klein, M. (1946). *Note su alcuni meccanismi schizoidi*. In: Scritti 1921-1958. Torino: Bollati Boringhieri, 1978.
84. Klein, M. (1957). *Invidia e gratitudine*. Firenze: Martinelli, 1969.
85. Knoblauch, S. (2005). Body rhythms and the unconscious: toward an expanding of clinical attention. *Psychoanal. Dial.*, 15, 807–827.
86. Kohut, H. (1971). *Narcisismo e analisi del sé*. Torino: Bollati Boringhieri, 1976.
87. Kohut, H. (1984). *La cura psicoanalitica*. Torino: Bollati Boringhieri, 1986.
88. Kundera, M. (1985). *L'insostenibile leggerezza dell'essere*. Milano: Adelphi.
89. Lacan, J. (1966). *Lo stadio dello specchio come fondatore della funzione dell'io*. In: Scritti, Torino, Einaudi, 1974.
90. Lakoff, G., e Johnson, M. (1980) *Metaphors we live by*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
91. Lakoff, G., Johnson, M. (1999). *Philosophy in the flesh*. Basic Books.
92. Lamm, C., Decety, J., Singer, T. (2011). Meta-analytic evidence for common and distinct neural networks associated with directly experienced pain and empathy for pain. *Neuroimage*, 54 (3), 2492-502.
93. LaPlanche, J., & Pontalis, J.B. (1967). *Enciclopedia della psicoanalisi*. Bari: Laterza, 1981.
94. Lasch, C. (1979). *La cultura del narcisismo*. Milano: Bompiani, 1988.

95. Lingiardi, V., e Mc Williams N. (2017). *Manuale diagnostico psicodinamico PDM-2*. Milano: Raffaello Cortina.
96. Lingiardi, V. (2018). *Diagnosi e destino*. Milano: Einaudi Editore.
97. Lingiardi, V. (2021). *Arcipelago N*. Milano: Einaudi Editore.
98. Loewald, H.W. (1986). Transference–countertransference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 34, (2), 275–287.
99. Lou, J., Sun, Y., Cui, Z., Gong, L. (2023). Structural brain alterations in young adult males with narcissistic personality disorder: a diffusion tensor imaging study. *International Journal of Neuroscience*, 133 (2), 133–140.
100. Madeddu, F. (2020). *I mille volti di Narciso*. Milani: Raffaello Cortina, 2020.
101. Mancia, M. (1990). *Super-lo e Ideale dell'lo*. Roma: Astrolabio.
102. Mancia, M. (2010). *Narcisismo*. Torino: Bollati Boringhieri.
103. Mangini, E. (2000). Il sogno come “fotografia” dell’apparato psichico del sognatore e della relazione analitica. In: Bolognini S. (a cura di), *Il sogno cent’anni dopo*. Torino: Bollati Boringhieri.
104. Mangini, E. (2001). *Lezioni sul pensiero freudiano e sue iniziali diramazioni*. Milano: Led Edizioni universitarie.
105. Mangini, E. (2003). Assenza e presenza del desiderio dell'analista come fattore di trasformazione psichica. *Rivista Psicoanal.*, (49)(3), 575-594.
106. Mangini, E. (2003). *Lezioni sul pensiero post-freudiano*. Milano: Led Edizioni universitarie.
107. Mangini, E. e Marino, L. (2003). Melanie Klein: demiurgo del mondo interno. In E. Mangini (a cura di), *Lezioni sul pensiero post-freudiano* (pp.152-174). Milano: Led. Edizioni.
108. Mangini, E. (2015). *Elementi dell'esperienza psicoanalitica*. Milano: Raffaello Cortina.
109. Materson, J.F. (1993). *The emerging self: A developmental, self and object relations approach to the treatment of closet narcissistic disorder of the self*. Brunner/Mazel: New York.
110. Maturana, H. R., Varela, F. J. (1991). *Autopoiesis and cognition: The realization of the living*. Springer, vol.42.
111. Mc Williams, N. (2011). *La diagnosi psicoanalitica*. Roma: Astrolabio, 2012.
112. Meaney, M.J., Szif, M. (2005). Environmental programming of stress responses through DNA methylation: Life at the interface between a dynamic environment and a fixed genome. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 7, 103–123.
113. Modell, A. H. (1996). *The private self*. Harvard University Press, Cambridge, M A.
114. Modinos, G., Ormel, J., Aleman, A. (2009). Activation of anterior insula during self-reflection. *PLoS One*, 4 (2), 4618.

115. Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G., Antes, G., Atkins, D., Barbour, V., Cook, D. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Journal of clinical epidemiology*, 62 (10), 1006–1012.
116. Monti, M. (2008). Diagnosi: una brutta parola? *Rivista Psicoanal.*, (54)(3), 795-803.
117. Musatti, C. (1977). *Trattato di psicoanalisi*. Torino: Bollati Boringhieri.
118. Musella, R. (2017). Il problema economico del narcisismo. *Rivista Psicoanal.*, (63)(2), 321-345.
119. Näcke, P. (1899). The sexual perversities in the asylum. *Vienna Clinical Review*, No. 27-30.
120. Nenadic, I., Güllmar D., Dietzek M., Langbein K., Steinke J., Gaser C., (2015). Brain structure in narcissistic personality disorder: a VBM and DTI pilot study. *Psychiatry Res.*, 231 (2), 184–186.
121. Northoff, G., Heinzel, A., de Greck, M., BERPohl, F., Dobrowolny, H., Panksepp, J. (2006). Self-referential processing in our brain. A meta-analysis of imaging studies on the self. *Neuroimage*; 31 (1), 440-457.
122. Nunberg, H. e Federn E. (1906-1908). *Dibattiti della Società Psicoanalitica di Vienna*. Torino: Bollati Boringhieri, 1973.
123. Ovidio. *Metamorfosi*. Torino: Einaudi Editore, 1979.
124. Page, M.J., Moher, D., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T.C., Mulrow, C.D., Shamseer, L., Tetzlaff, J.M., Akl, E.A., Brennan, S.E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J.M., McKenzie, J.E. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *British Medical Journal*, 372, 71.
125. Parker, S.W., Nelson, C.A. (2005). The impact of early institutional rearing on the ability to discriminate facial expressions of emotion: An event related potential study. *Child Development*, 76, 54–72.
126. Pezzulo, G., Barsalou, L. W., Cangelosi, A., Fischer, M. H., McRae, K., Spivey, M. J. (2011). The mechanics of embodiment: A dialog on embodiment and computational modeling. *Frontiers in Psychology*, 2, Articolo 5.
127. Pfeifer, R., Bongard, J. (2006). *How the body shapes the way we think: A new view of intelligence*. Cambridge, MA: MIT Press.
128. Pincus, A. L., Roche, M. J. (2011). Narcissistic grandiosity and narcissistic vulnerability. In W. K. Campbell & J. D. Miller (a cura di), *Handbook of narcissism and narcissistic personality disorder: Theoretical approaches, empirical findings and treatments* (pp. 31-40). Hoboken, NJ.
129. Ponsi, M. (2009). Come usa la diagnosi lo psicologo psicodinamico. In Dazzi N., Lingiardi V., Gazzillo F. (a cura di), (2009), Citato.

130. Pulver, S. (1980). Narcisismo: il termine e il concetto. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 14B (2), 42-60.
131. Racalbuto, A. (1994). *Tra il fare e il dire. L'esperienza dell'inconscio e del non verbale in psicoanalisi*. Milano: Raffaello Cortina.
132. Rank, O. (1909). *Il mito della nascita dell'eroe*. Milano: SugarCo Edizioni, 1987.
133. Rank, O. (1911). Un contributo al narcisismo. L'io nel sogno. *Jahrbuch fur Psychoanalytische und Psychopathologische Forschungen*, 3, 401-426.
134. Ritter, K., Dziobek, I., Preissler, S., Ruter, A., Vater, A., Fydrich, T., Lammers, C.H., Heekeren, H. R., Roepke, S. (2011). Lack of empathy in patients with narcissistic personality disorder. *Psychiatry Research*, 187 (1-2), 241-247.
135. Rizzolatti, G., Fadiga, L., Gallese, V., Fogassi, L. (1996). Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cognitive Brain Research*, 3 (2), 131–141.
136. Rizzolatti, G., Arbib, M. (1998). Language within our grasp. *Trends in Neurosciences*, 21,188–194.
137. Rizzolatti, G., Craighero, L. (2004). The mirror-neuron system. *Annual Review of Neuroscience*, 27, 169–192.
138. Robinson, M. D., e Thomas, L. E (2021). Introduction to embodied psychology: Thinking, feeling, and acting. In M.D. Robinson, e L.E. Thomas (a cura di), *Handbook of embodied psychology: Thinking, feeling, and acting*, (pp. 1–19). Springer Nature.
139. Rochlin, G. (1971). Review of J. Bowlby, Attachment and Loss: Vol. 1. Attachment. *Psychoanalytic Quarterly* 50, 504–506.
140. Rolls, E.T. (2019). The cingulate cortex and limbic systems for emotion, action, and memory. *Brain Structure and Function*, 224 (9), 3001-3018.
141. Ronningstam, E.F. (2010). Narcissistic personality disorder: a current review. *Current Psychiatry Reports*, 12 (1), 68-75.
142. Rosenfeld, H. (1972). L'accostamento clinico alla teoria psicoanalitica degli istinti di vita e di morte: una ricerca sugli aspetti aggressivi del narcisismo. *Rivista Psicoanal.*, (1)(18), 47-67.
143. Rosenfeld, H. (1987). *Comunicazione e interpretazione*. Torino: Bollati Boringhieri, 1989.
144. Rosenfeld, H. (1987). *L'influenza del narcisismo sul lavoro dell'analista*. In *Comunicazione e interpretazione*, Torino: Bollati Boringhieri, 1989.
145. Rossi Monti, M. (2008) Diagnosi:una brutta parola? *Rivista Psicoanal.*, 54, 795-803.
146. Sarno, L., Caretti, V. (1999). Introduzione all'edizione italiana. In N. Mc Williams (a cura di), *La diagnosi psicoanalitica* (pp.7-13). Roma: Astrolabio.
147. Sassanelli, G. (1987). Narcisismo e strutturazione della personalità. *Rivista Psicoanal.*, 33 (1), 25-41.

148. Sassanelli, G. (1991). Mauro Mancia. Nello sguardo di Narciso Laterza, Roma-Bari, 1990. *Rivista Psicoanal.*, 37, 441-449.
149. Sassanelli, G. (1992). Narcisismo: dalle origini agli anni Cinquanta. *Riv. Psicoanal.*, 31, 1, 59-74.
150. Sassanelli, G. (1998). *Narcisismo. Condizione umana o disturbo di personalità?* Roma: Borla, 1998.
151. Schulze, L., Dziobek, I., Vater, A., Heekeren, H.R., Bajbouj, M., Renneberg, B., Heuser, I., Roepke, S. (2013). Gray matter abnormalities in patients with narcissistic personality disorder. *J. Psychiatr. Res.* 47 (10), 1363–1369.
152. Segal, H. (1979). *Melanie Klein*. Torino: Bollati Boringhieri, 1981.
153. Semi, A. A. (2007). *Il narcisismo*. Bologna: Il Mulino.
154. Semi, A. A. (2011). *Il metodo delle libere associazioni*. Milano: Raffaello Cortina.
155. Stolz, D.S., Vater, A., Schott, B.H., Roepke S., Paulus, F.M., Krach, S. (2021). Reduced frontal cortical tracking of conflict between self-beneficial versus prosocial motives in Narcissistic Personality Disorder. *NeuroImage: Clinical*, 32, 102800.
156. Teicher, M.H., Andersen, S.L., Polcari, A., Anderson, C.M., Navalta, C.P. (2002). Developmental neurobiology of childhood stress and trauma. *Psychiatric Clinics of North America*, 25, 397–426.
157. Valéry, P. (1945). *Frammenti del Narciso e Cantata del Narciso* in G. Pontiggia (a cura di), *Opere poetiche*. Milano: Guanda, 1989.
158. Varela, F. J., Thompson, E., Rosch, E. (1997). *The embodied mind: Cognitive science and human experience*. Cambridge, MA: MIT Press.
159. Westen, D., Gabbard, G.O., Blagov P. (2006). *Ritorno al futuro. La struttura di personalità come contesto per la psicopatologia*. Trad. It. in Dazzi N., Lingiardi V., Gazzillo F. (2009). Citato.
160. Wilson, M. (2002). Six views of embodied cognition. *Psychonomic Bulletin & Review*, 9, 625–636.
161. Winnicott, DW (1947). Further thoughts on babies as persons. Cit. in: David M. - Wallbridge D.C: Introduzione all'opera di D.W. Firenze: Martinelli, 1984.
162. Winnicott, D.W. (1959). Classificazione: esiste un contributo psicoanalitico alla classificazione psichiatrica? In *Sviluppo affettivo e ambiente*. Roma: Armando, 1970.
163. Winnicott, D.W. (1962). L'integrazione dell'io nello sviluppo del bambino. In: *Sviluppo affettivo e ambiente*, Roma, Armando, 1970. Winnicott, D. (1965). *Sviluppo affettivo e ambiente*. Roma: Armando Editore, 1974.
164. Winnicott, D. W. (1967a). Il concetto di individuo sano. In: *Dal luogo delle origini*, Milano, Raffaello Cortina, 1990.

165. Winnicott, D.W. (1967b). La funzione dello specchio della madre e della famiglia nello sviluppo infantile. In *Gioco e realtà*, Roma, Armando, 1974.
166. Winnicott, D.W. (1975). Mind and its relation to the psychesoma. In: *Through paediatrics to psycho-analysis*, (pp. 243–254). Londra: Routledge.
167. World Health Organization (WHO). (1992). ICD-10. Decima Revisione della Classificazione Internazionale delle Sindromi e dei Disturbi Psicici e Comportamentali: Descrizioni Cliniche e Direttive Diagnostiche. Milano: Masson.
168. Xu, P., Chen, A., Li, Y., Xing, X., Lu, H. (2019). Medial prefrontal cortex in neurological diseases. *Physiol Genomics.*, 51 (9), 432-442.