

## Modesta proposta per la costruzione dell'alleanza con il paziente narcisista

\* Maria Teresa Tosi

**Riassunto:** Il narcisismo è stato definito e concettualizzato in modi diversi nelle teorie psicoanalitiche, con conseguenti, possibili perplessità e confusioni sul piano dell'intervento psicoterapeutico. In questo contributo si è scelta la definizione di narcisismo patologico proposta da Westen come punto di partenza per una serie di osservazioni sulle principali caratteristiche intrapsichiche e relazionali del paziente narcisista. La descrizione del narcisista patologico viene analizzata in particolare con il modello degli stati dell'io dell'Analisi Transazionale Socio-cognitiva di Scilligo, che offre griglie di lettura molto utili per comprendere tipiche sollecitazioni alla relazione terapeutica proposte da questo tipo di pazienti. L'alleanza terapeutica viene arricchita con il concetto di alleanza narcisistica, dimensione da considerare con attenzione soprattutto nelle fasi iniziali del trattamento, in un'ottica che considera l'integrazione personale del terapeuta come strettamente connessa alla capacità di coinvolgersi in modo costruttivo nella relazione terapeutica.

**Parole chiave:** narcisismo, alleanza, stati dell'io, analisi transazionale

**Abstract:** Narcissism has been defined and conceptualized variously in different psychoanalytic theories, causing the likelihood of uncertainty and confusion in psychotherapeutic intervention. In my contribution I have chosen Westen's definition of pathological narcissism as a point of departure to analyze the main intrapsychic and relational features of the narcissistic patient. The pathological narcissist description will be analyzed specifically through Scilligo's ego states model and Social-cognitive Transactional Analysis, which offers useful grids of reading to understand typical stress put on the therapeutic relationship by this kind of patients. The therapeutic alliance is enriched with the concept of narcissistic alliance as a dimension to be considered at the beginning of treatment especially. In this perspective the personal integration of the psychotherapist is tightly connected to her capacity to involve herself in the therapeutic relationship in constructive ways.

**Key words:** narcissism, alliance, ego states, transactional analysis

### Introduzione

“Tutti si prestano al gioco Psichiatria che si basa sulla posizione ‘Sono un guaritore’ corroborata da un diploma: ‘Qui si dichiara che io posso guarirvi’. Si badi che si tratta in ogni caso di una posizione costruttiva, benefica e che i giocatori di Psichiatria sono utilissimi, sempre che abbiano ricevuto la necessaria preparazione professionale. Ma non è escluso che la cura si avvantaggi di una moderazione di zelo terapeutico. L'*antitesi* fu espressa egregiamente da Ambroise Paré, che disse in sostanza: “Io li curo, ma è Dio che li guarisce” (Berne, 1964, pag.176).

---

\* SSPC-IFREP e SSSPC Università Pontificia Salesiana

Così scriveva Berne nel 1964, parlando dei rischi della professione psicoterapeutica nel libro che presentava le sue idee sui *giochi*: i modelli relazionali impliciti ed espliciti attivati co-costruttivamente dalle persone a livello interpersonale, che portano a un determinato ‘tornaconto’ o risultato emotivo-cognitivo, di solito negativo. (Berne, 1964; Bianchini, 1994). Sono molti i giochi che possono essere attivati nello studio psicoterapeutico e il terapeuta ne è sempre partecipe, così come ad ogni transfert corrisponde un controtransfert, secondo la visione più diffusa che oggi viene sposata dai modelli psicodinamici.<sup>1</sup>

Per l’Analisi Transazionale i giochi sono parte di un piano di vita che organizza il senso delle proprie esperienze e aiuta a formare l’identità: il *copione* (Berne, 1972; Tosi, 2010). Il copione può presentare patterns relazionali e conclusioni distruttive nel caso sia sostenuto da decisioni e convinzioni limitanti o negative relativamente a sé, gli altri e la vita, prese, a livello implicito, nell’infanzia. Nel gioco *Psichiatria* possiamo cogliere una possibile manifestazione dei bisogni narcisistici del terapeuta fra le tante che possono influenzare in maniera più o meno benevola il rapporto terapeutico. Il paziente che “collabora” al gioco *Psichiatria* può a sua volta sentire il bisogno di idealizzare e/o distruggere la figura del terapeuta.

L’Analisi Transazionale ha anticipato a partire dalla metà del secolo scorso (Berne, 1961) alcune delle idee tipiche di quegli approcci che hanno approfondito l’interfaccia tra processi intrapsichici e interpersonali e che colgono nelle relazioni i mattoni costruttivi della vita psichica. Il gioco è uno dei concetti che interpreta in modo creativo questa visione psicodinamica interpersonale e che è possibile ricollegare a manifestazioni del transfert e del controtransfert.

L’importanza della capacità del terapeuta di analizzare il proprio controtransfert e di valorizzare la relazione terapeutica è sottolineata da quegli approcci che in Analisi Transazionale hanno privilegiato una visione costruttivista (Allen & Allen, 1997), relazionale (Hargaden & Sills, 2002), psicodinamica (Novellino, 2005) e psicosociale (Scilligo, 2009).

In questo contributo farò riferimento in modo particolare alla cornice concettuale dell’Analisi Transazionale Socio-cognitiva che, in un’ottica umanistica, integra metodi e principi tipici degli approcci esperenziali, cognitivi, comportamentali, psicodinamici e interpersonali. Il modello degli stati dell’io di Scilligo (ibid.), che elabora il modello berniano degli stati dell’io (Berne, 1961), punta in particolare a privilegiare una visione della personalità come basata su processi mediazionali consci e inconsci tali che le loro interazioni si manifestano in configurazioni prevedibili nella relazione tra comportamento e situazione. Si offre in tal modo una visione della persona come libera, responsabile e co-costruttrice di sé stessa e della sua situazione interpersonale, senza cadere né in una rigida teoria dei tratti né nel relativismo situazionale. Come vedremo più avanti, il modello degli stati dell’io di Scilligo permette di cogliere alcune sfumature della relazione terapeutica, esplicite ed implicite, che il terapeuta può valutare al fine di promuovere l’alleanza terapeutica. La costruzione dell’alleanza terapeutica, quella dimensione relazionale progressivamente intima che possiamo considerare l’antitesi dei giochi, pone alcune sfide specifiche nel caso del paziente narcisista. La mia proposta, tesa ad approfondire la comprensione del processo di costruzione dell’alleanza con il paziente narcisista, si avvale del concetto di alleanza narcisistica (Mehlman, 1976,1977; Tosi, 1991), delle osservazioni di alcuni autori Analisti Transazionali relative all’approccio

---

<sup>1</sup> Gill (1994) può essere considerato un Autore fondamentale in psicoanalisi nella transizione verso un modello di transfert che teneva pienamente conto del contesto interpersonale di terapia.

terapeutico al narcisismo e della ricerca sull'alleanza terapeutica di Scilligo e De Luca (1997) e De Luca (2004).

### **Il narcisismo: definizione.**

Potremmo dire che il termine *narcisismo* è a metà strada tra un concetto clinico ed uno culturale, visto l'uso intuitivo che ne viene fatto nella vita quotidiana. Il mito di Narciso (e di Eco), che si innamora della propria immagine e non potendo soddisfare la propria passione si uccide, rappresenta un prototipo significativo nella regolazione dei rapporti con l'altro e con sé. Di solito è chiamato 'narcisista' il vanitoso, colui che ama eccessivamente la propria immagine, a discapito della considerazione degli altri.

In ambito clinico sono molteplici e diversi gli inquadramenti concettuali del narcisismo che può essere visto come patologia, fase evolutiva o dimensione essenziale della personalità. Vista la frammentazione delle ipotesi e concezioni del narcisismo, recentemente e tra mille polemiche, è stata anche messa in dubbio la sua inclusione tra i Disturbi di personalità nel DSM-5 (DSM-5, a cura dell'American Psychiatric Association, vedi [www.dsm5.org](http://www.dsm5.org)), la cui pubblicazione è prevista nel 2013.

E' utile ricordare che Freud sviluppò la sua concezione del narcisismo in più fasi (Laplanche e Pontalis, 1967), approdando nel 1914 a una teoria che distingueva un narcisismo primario e uno secondario. Il narcisismo primario rappresenterebbe uno stato inoggettuale caratterizzato da totale assenza di relazioni con l'ambiente e indifferenziazione tra Io ed Es (il suo prototipo è la vita intrauterina). Si tratta, in generale, del primo narcisismo, quello del bambino che assume se stesso come oggetto d'amore prima di scegliere degli oggetti esterni. In questa fase il bambino crede nell'onnipotenza dei suoi pensieri. In seguito, parte della libido rimane attaccata all'Io mentre una parte più ampia si divide in due filoni: un filone si trasforma in libido oggettuale e, nel caso della psicosi, può essere regressivamente reinvestita sull'Io (narcisismo secondario). L'altro filone riguarda la creazione dell'ideale dell'Io. Il narcisismo dell'Io è un narcisismo secondario, sottratto agli oggetti (Freud, 1914). Esso è sia uno stato regressivo che uno stato permanente del soggetto che sottrae energia agli investimenti oggettuali. L'ideale dell'Io rappresenta anche una struttura narcisistica mai abbandonata.

Il concetto di narcisismo primario presenta notevoli difficoltà, come già Laplanche e Pontalis (1967) notavano: sul piano terminologico, si perde di vista il riferimento ad un'immagine di sé, alla relazione speculare alla base del concetto di narcisismo; sul piano della clinica e della ricerca è stato assodato (Stern, 1985; Siegel, 1999) che non si può parlare di uno stato inoggettuale primordiale. La mente è 'diadica' fin dall'inizio.

Quindi, d'accordo con Laplanche e Pontalis (ibid.), si può notare che il fondamentale contributo di Freud fu quello di fare del narcisismo "uno stadio necessario nell'evoluzione che porta dal funzionamento anarchico e autoerotico delle pulsioni parziali fino alla scelta d'oggetto...Ciò non implica né che questo primo narcisismo sia lo stato primordiale dell'essere umano né che questo predominio dell'amore di sé escluda, dal punto di vista economico, qualsiasi investimento oggettuale." (ibid. pag. 326)

Nella tradizione teorica psicoanalitica fra gli Autori che dopo Freud si sono occupati di narcisismo, influenzandone la visione, troviamo Kohut (1971, 1977), Kernberg (1984), Masterson (1981), Rosenfeld (1987) e Gabbard (1994).

Kohut (1971, 1977) sostiene una visione del narcisismo come dimensione evolutiva sana nello sviluppo dell'individuo. Nelle teorie di Kohut e della Psicologia del Sé il narcisismo primario non è rimpiazzato

dall'amore per l'oggetto ma viene temperato attraverso un graduale processo di delusione (la frustrazione ottimale) che permette di interiorizzare modalità realistiche di sostegno dell'autostima e quindi di sviluppare un narcisismo più maturo.

Molto importante nella teoria di Kohut è il concetto di oggetto-sé, che consiste in una *funzione* espletata da persone specifiche nella vita delle persone. Si tratta di persone che forniscono al bambino funzioni necessarie al mantenimento della sua integrità psicologica. Le esperienze che, attraverso gli oggetti-sé, permettono la costruzione di un sé solido e di una buona autostima sono esperienze di rassicurazione, conforto, validazione, vitalità, rafforzamento. Il bisogno di oggetti-sé dura tutta la vita ma, rispetto all'infanzia, nell'età adulta si fa riferimento a persone vissute come separate da sé e si è più capaci di relativizzarne la necessità.

L'eziologia del narcisismo non trova unità di vedute. Kernberg (1984), facendo riferimento alle fasi evolutive della Mahler (Mahler, Pine, & Bergman, 1975), ha descritto il narcisismo patologico come risultante da frustrazioni intense nella fase di riavvicinamento. Il bambino reagirebbe regredendo difensivamente alla precedente fase di sperimentazione in cui il sé reale, il sé ideale e l'oggetto ideale sono fusi, formando il sé grandioso. Kernberg vede il narcisismo come una regressione difensiva e una fissazione a una fase precedente di sviluppo piuttosto che come un arresto evolutivo.

Masterson (1981), invece, colloca l'origine del disturbo narcisistico in un arresto evolutivo durante la fase di sperimentazione. Questo Autore ritiene che le persone con questo tipo di problematica presentano una scissione verticale nella struttura caratteriale che consiste di due unità relazionali oggetto-sé. Una unità comprende un sé grandioso fuso con un oggetto idealizzato/onnipotente. La seconda unità consiste di un sé umiliato e vuoto fuso con un oggetto aggressivo e attaccante. Questa struttura caratteriale costituisce una difesa dalla rabbia e depressione associate al sé reale frammentato e inadeguato.

Rosenfeld (1987) parla di narcisismo *distruittivo*, riferendosi al tentativo di alcuni pazienti di attaccare e distruggere il bisogno di un attaccamento positivo agli altri, mantenendo un sistema chiuso e autosufficiente. Questo tipo di pazienti sembra presentare le caratteristiche del *narcisismo maligno*, secondo la scala creata da Kernberg (1984), il quale ha distinto, per ordine di gravità, la personalità antisociale, il narcisismo maligno e il disordine di personalità narcisistico.

Secondo Gabbard (1994) il narcisismo patologico è più facilmente identificato osservando la qualità delle relazioni interpersonali, perché il paziente narcisista è incapace di amare. Gabbard riconosce una certa confusione nelle teorie che spiegano il disturbo narcisistico di personalità e propone di collocare le diverse descrizioni del paziente narcisista lungo un continuum basato su uno stile tipico relazionale i cui opposti sono rappresentati dal *narcisista inconsapevole* (inconsapevole del suo impatto sugli altri) e dal *narcisista ipervigile* (molto sensibile e controllante rispetto alle reazioni degli altri nei suoi confronti). Tutti e due i tipi lottano per mantenere la stima di sé, ma, secondo una ricerca riportata da Gabbard (ibid.) il sentimento della vergogna caratterizza in modo significativo il gruppo degli ipervigili.

Presenterò ora il punto di vista di Westen (1990) il quale affronta criticamente il problema della scarsa chiarezza nella definizione psicoanalitica del narcisismo collegandola all'ambiguità dei concetti delle relazioni oggettuali. L'autore ci offre un contributo illuminante, da me preso come riferimento principale per la definizione di narcisismo, che permette di definire il narcisismo patologico con chiarezza e coerenza, mantenendone la ricchezza clinica.

Westen distingue quattro fenomeni associati al narcisismo: l'egocentrismo, lo squilibrio nell'investimento emotivo su sé e sugli altri, la natura e il contenuto delle rappresentazioni di sé e i problemi nell'autostima. L'egocentrismo viene definito in termini cognitivi come la tendenza ad usare il proprio punto di vista in termini dominanti rispetto a quello dell'altro. L'investimento emotivo su sé/altro riguarda una dimensione relazionale messa in luce dai teorici delle relazioni oggettuali: l'importanza del passaggio da relazioni basate sul soddisfacimento dei propri bisogni (tipiche del narcisista) a relazioni oggettuali mature basate sull'amore, il rispetto e l'interesse per l'altro, rappresentato in termini relativamente complessi. Questa dimensione viene associata anche allo sviluppo del senso morale. Il concetto di sé, riferito all'insieme di rappresentazioni di sé codificate in uno o più modi rappresentativi (visivo, uditivo, cinestesico, linguistico, ecc.), a vari livelli di generalizzazione e gerarchicamente ordinati, è importante poiché immagini onnipotenti o grandiose di sé sono spesso tipiche di una personalità narcisistica. Lo sviluppo dell'autostima e della regolazione dell'autostima è altro tema centrale per la comprensione del narcisismo.

La ricerca di Westen mostra che i quattro fenomeni citati rappresentano linee di sviluppo distinte. L'Autore sostiene che: "Se il narcisismo è un costrutto unitario, allora questi fenomeni dovrebbero co-variare: una persona che è relativamente incapace di assumere il punto di vista degli altri dovrebbe avere difficoltà anche nell'investire energie nei bisogni e nei desideri degli altri, dovrebbe essere grandioso e dovrebbe avere un'autostima eccessivamente alta o polare." (ibid. pag. 221).

Westen conclude che l'uso corrente del termine narcisismo manca di coerenza poiché è possibile distinguere fra gradi e livelli di egocentrismo; gradi e livelli di investimento emotivo su sé e gli altri; gradi e livelli di complessità, differenziazione e accuratezza di rappresentazioni di sé; qualità e sviluppo evolutivo dell'autostima. Inoltre è importante sottolineare che questi fenomeni possono variare indipendentemente l'uno dall'altro. Quindi, secondo Westen, il concetto di narcisismo deve essere 'delimitato', deve essere riferito ad una classe di referenti empirici e operazionalizzato per poterne fare uso clinico e scientifico.

Secondo l'autore è possibile affermare che il narcisismo riguardi una preoccupazione cognitivo-affettiva rispetto al sé, laddove *preoccupazione cognitiva* fa riferimento a una concentrazione dell'attenzione su sé; *preoccupazione affettiva* riguarda una preoccupazione per i propri bisogni, desideri, obiettivi, ambizioni, gloria, superiorità o perfezione; per sé si intende la persona intera, includendo l'esperienza soggettiva di sé, le proprie azioni e il corpo.

Questa definizione implica che non tutti i problemi di autostima sono collegabili al narcisismo patologico e che possono esistere vari gradi di narcisismo.

Da un punto di vista evolutivo, la ricerca mostra che i bambini formano rappresentazioni di sé e dell'altro che all'inizio sono scarsamente differenziate, tendono a considerare le relazioni dal punto di vista della possibilità di esserne gratificati e, a grande linee, sovrastimano il proprio potere e la propria importanza. Tuttavia non è possibile affermare che ci sia un periodo specifico collegato al narcisismo e, soprattutto, il bambino è fondamentalmente sociale fin dall'inizio e aperto alla considerazione della realtà.

Westen, propone di distinguere clinicamente due forme di *disturbi* narcisistici collegabili a problemi nelle quattro dimensioni. Il narcisismo nevrotico e i disturbi di personalità narcisistici presentano forti diversità nel modo in cui le dimensioni citate sono state sviluppate e integrate.

### **Quale relazione terapeutica con il paziente narcisista?**

La proposta di Westen permette di discriminare clinicamente diversi tipi di pazienti tutti comprensibili in riferimento a problematiche di *tipo narcisistico*, ma con implicazioni di trattamento che appaiono molto diverse tra di loro.

Voglio ora soffermarmi sulla descrizione di Westen del *narcisista patologico*, quello che più si avvicina alle descrizioni 'tradizionali' del disturbo di personalità narcisistico e che presenta tutte e quattro le dimensioni problematiche rilevate da Westen. Presenterò le caratteristiche di questo paziente prototipico al fine di ipotizzare quali sfide si trovi a gestire il terapeuta che voglia facilitare l'alleanza terapeutica.

Il narcisista patologico è molto preoccupato di sé nel contesto di una incapacità di amare e creare relazioni mature. Crea attaccamento quando l'altro lo rispecchia per il concetto di sé grandioso o qualora offra altre forme di gratificazione. Si arrabbia se gli altri non adattano le loro priorità ai propri desideri. Gli altri sono svalutati se non lo gratificano o se minacciano la sua auto-stima semplicemente essendo competenti o attraenti. Gli standards morali sono cognitivamente riconosciuti ma non emotivamente considerati, per cui la scelta morale è secondaria rispetto alla soddisfazione dei suoi desideri.

L'investimento affettivo nelle relazioni è così povero che nella relazione transferale a volte non è chiaro se si stia difendendo dalla consapevolezza di un coinvolgimento affettivo con il terapeuta oppure dall'attaccamento in sé stesso.

Questo tipo di paziente tende a pensare in modo egocentrico ma ha particolare difficoltà a cogliere il punto di vista dell'altro quando prova sensazioni spiacevoli. Questa difficoltà è collegabile a un deficit più generale nella capacità di regolare gli affetti, tipica di un'organizzazione di personalità borderline (Kernberg, 1984).

Le rappresentazioni di sé sono grossolanamente distorte e transitorie, dipendono in misura notevole dall'umore e dal bisogno di difendersi dalle minacce alla sua autostima. Di solito definisce se stesso sulla base di un particolare talento, abilità o percorso verso la gloria. Ricordo un paziente narcisista che si identificava con il proprio lavoro di artista. "Io sono il mio lavoro" diceva con rabbia alla propria compagna che, secondo lui, non lo capiva per il lungo tempo passato ad occuparsi delle sue opere. In accordo con Westen, è possibile sostenere che in casi come questo manca una strutturazione gerarchica del concetto di sé, per cui un sottoinsieme del sé definisce l'intero sé.

Il paziente narcisistico non sa regolare la propria autostima e presenta a volte forti oscillazioni polari, alternando sopravvalutazione di sé a momenti più rari di totale disperazione. La sopravvalutazione di sé si accompagna a svalutazione dell'altro che viene considerato inferiore. Per questo paziente è difficile regolare l'autostima a causa di una fusione tra concetto di sé e sé ideale e della tendenza a considerare una parte di sé, collegata al 'fare', come il sé totale. Quindi un fallimento in quell'area equivale al fallimento di tutto sé stesso.

Vedremo ora in che modo l'Analisi Transazionale concettualizza alcune sollecitazioni tipiche poste alla relazione terapeutica dal paziente narcisista, utilizzando in particolare il modello di Scilligo degli stati dell'io, SDI, (Ceridono, Gubinelli & Scilligo 2009; Scilligo, 2009). Una comprensione approfondita della teoria e ricerca di Scilligo esula dagli scopi di questo articolo, per cui si rimandano i lettori interessati alla bibliografia principale che tratta dell'argomento. Qui voglio ricordare che per Scilligo gli SDI sono sistemi di rappresentazioni mentali, schemi complessi affettivi, cognitivi e comportamentali usati nell'Analisi Transazionale per la diagnosi e la descrizione della personalità. Gli SDI sono espressione della personalità, laddove la personalità viene vista come un sistema di processi mediazionali, consci ed inconsci, che

mostrano configurazioni prevedibili di relazioni tra situazioni e comportamento. Gli SDI così definiti fanno parte di un sistema teorico chiamato l'Analisi Transazionale Socio-cognitiva che si appoggia alle teorie mediazionali della personalità, la teoria degli schemi secondo i Processi Distribuiti Paralleli, PDP, (Rumelhart, McClelland & al., 1986); la teoria dell'attaccamento e il concetto di Modelli Operativi Interni (Bowlby, 1980); la teoria degli Schemi Persona di Horowitz (1991) e il concetto di prototipo (Rosch, 1978). Nella teoria degli SDI di Scilligo si distingue tra un livello *esplicativo*, basato sulle teorie citate, e un livello *descrittivo* che fa uso del modello dimensionale di Benjamin (1974) e quello di Millon (Millon & Davis, 1996). In tal modo gli SDI sono identificati in base all'affettività, all'attività, al potere interpersonale e al livello evolutivo.

Una delle ragioni per scegliere il modello SASB della Benjamin (1974) riguarda la possibilità di descrivere operativamente gli SDI tramite le dimensioni dell'affettività (amore-odio) e dell'interdipendenza (dare/togliere potere), sia a livello dei comportamenti interpersonali (SDI relazionali nella versione 'proponente' e 'rispondente') che a livello intrapsichico (SDI Sé), chiarendo concetti e processi che connettono i due livelli.

In questo modo si distinguono due ampi insiemi di SDI. Il primo è costituito dagli SDI relazionali, nei quali si distinguono due focalizzazioni o posizioni relazionali: la focalizzazione, chiamata *Proponente* da Scilligo, nella quale il comportamento di chi agisce è focalizzato sull'altra persona, ad esempio il terapeuta ascolta il cliente; la focalizzazione, chiamata *Rispondente* da Scilligo, nella quale il comportamento di chi agisce è focalizzato su sé nella relazione con l'altra persona, ad esempio il cliente si apre con il terapeuta. Il secondo insieme riguarda gli SDI Sé, che sono descritti con comportamenti in cui la focalizzazione è invece rivolta su sé nella relazione con se stesso, ad esempio il cliente si ascolta.

Gli SDI esemplati, resi osservabili, sono sempre in qualche modo categorizzabili in termini di odio e amore e in termini di dare o togliere potere (all'altro, a sé nella relazione con l'altro o a sé nella relazione con se stesso):

*Gli Stati dell'Io Liberi* : sono gli SDI caratterizzati da *dare potere* in modo *amichevole*;

*Gli Stati dell'Io Protettivi* : sono gli SDI caratterizzati da *togliere potere* in modo *amichevole*;

*Gli Stati dell'Io Critici*: sono gli SDI caratterizzati da *togliere potere* in modo *ostile*;

*Gli Stati dell'Io Ribelli*: sono gli SDI caratterizzati da *dare potere* in modo *ostile*.

Analizzando le tipiche modalità di proporsi del paziente narcisista (posizione di 'Proponente' secondo Scilligo, nella quale si può dare o togliere potere all'altro), in accordo con la descrizione di Westen, è chiaro che tende ad adottare verso il terapeuta uno stile controllante e moderatamente ostile nella misura in cui si aspetta di essere rispecchiato nella propria grandiosità e di essere messo 'al primo posto' nella scala di priorità dell'altro. L'ostilità può aumentare qualora si senta minacciato nel concetto di sé o nell'autostima, oppure a causa di 'disattenzioni' o *fallimenti empatici* del terapeuta, o perché il terapeuta si proponga in modo 'eccessivamente' competente. Il terapeuta di solito è fortemente ignorato proprio a causa dell'egocentrismo emotivo e cognitivo che caratterizza questi pazienti, soprattutto quando si sentono emotivamente minacciati. Il controllo e la distanza emotiva non si alternano a momenti di affettività intensa, come potrebbe essere tipico di un paziente con disturbo di personalità borderline, per cui il terapeuta può sentirsi 'narcisisticamente' deprivato di riconoscimento.

Se consideriamo il paziente narcisista nella posizione di colui che risponde all'altro (posizione di 'Rispondente' secondo Scilligo, nella quale si può dare o togliere potere a sé nella relazione con l'altro), possiamo facilmente vederlo come molto centrato su di sé e apparentemente sicuro e autonomo, proprio per la modalità grandiosa di considerarsi. Manifesta quindi SDI caratterizzati da libertà estrema o iper-individuazione: una sorta di "io sono io e faccio quello che mi pare".

Il quadro del narcisista cambia se ipotizziamo lo scenario intrapsichico che nel modello di Scilligo corrisponde agli SDI Sé. A livello intrapsichico questo paziente non ha interiorizzato una relazione caldamente e autenticamente affettiva e questo spiega perché a livello interpersonale non è abituato a dipendere dall'altro in modo fiducioso o ad avvicinarsi in modo fiducioso. Il rapporto con sé è caratterizzato da controllo teso al raggiungimento dell'ideale di sé e alternativamente da amore verso sé combinato con forti distrazioni (trascuratezza di sé) nella misura in cui non è attento ai propri bisogni affettivi e ai propri limiti. Il fallimento personale in qualche area della propria vita o la consapevolezza improvvisa del proprio vuoto esistenziale provoca oscillazioni drammatiche nel senso del proprio valore personale per cui può raggiungere punte di odio verso di sé.

La costruzione dell'alleanza terapeutica risulta difficile proprio perché se, da una parte, il terapeuta deve contenere le potenziali sfide competitive del paziente narcisista senza farsi controllare e senza mettere in crisi il sistema di difesa narcisistico, dall'altra deve essere ben consapevole che profondi sentimenti di vergogna, vulnerabilità, inadeguatezza e incapacità di ipotizzare una autentica relazione affettiva, moralmente orientata, rappresentano il nucleo fondamentale da affrontare.

### **L'alleanza terapeutica**

Gli ultimi trent'anni del '900 sono stati anni fecondi per lo studio della relazione terapeutica e ritengo che il concetto di alleanza narcisistica, sviluppato da Mehlman negli anni '70 (Mehlman, 1976, 1977; Tosi, 1991), offra ancora spunti interessanti per comprendere come facilitare l'alleanza terapeutica con un paziente narcisista. L'alleanza narcisistica appartiene alle prime fasi del trattamento, anche se poi ha un suo ruolo stabilizzatore per tutta la durata della terapia. E' quell'aspetto della relazione terapeutica per cui la presenza fisica del terapeuta serve come sostituto di alcune delle principali difese psichiche del paziente. La semplice presenza empatica e prevedibile del terapeuta permette al paziente di ammorbidire alcune difese narcisistiche che già sono state scosse (visto che il paziente ha chiesto una terapia) e di cederne il valore protettivo al terapeuta. Questo tipo di alleanza, comunque necessaria con ogni tipo di paziente, presenta analogie interessanti con le osservazioni di Kohut sugli oggetti-sé e la loro importanza nei tre tipi di transfert narcisistici (Kohut, 1971,1977). Ritengo che l'alleanza narcisistica rappresenti una delle funzioni dell'oggetto-sé nella direzione di permettere lo stabilirsi di una fiducia di base. E' un po' come se il terapeuta comunicasse implicitamente al paziente: "Ci sono e ti rispetto così come sei, sono qui per sostenerti amorevolmente", dimensione che sembra particolarmente carente nel mondo emotivo del narcisista. Dal mio punto di vista è importante sottolineare il carattere implicito, pre-simbolico (Bucci, 1997), di questo aspetto della relazione terapeutica che, soprattutto nella fase iniziale della terapia, offre l'idea di un potenziale contenimento alla profonda angoscia del paziente narcisista relativa alla propria vulnerabilità.

Diversi Autori dell'Analisi Transazionale hanno illustrato le caratteristiche del transfert narcisistico che, in una fase più avanzata della terapia, rischia di stimolare rotture terapeutiche. Moiso (1985) ritiene che il paziente narcisista proietti inconsciamente aspetti scissi dello stato dell'io Bambino, buoni e cattivi, con tendenza all'idealizzazione del terapeuta e negazione difensiva dei suoi aspetti negativi. Secondo Moiso il



paziente proietta un aspetto idealizzato di se stesso al fine di ottenere un pseudo-attaccamento al terapeuta, poiché è incapace di dipendere da oggetti interiorizzati e idealizza il terapeuta affinché quest'ultimo gli offra sostegno narcisistico. Questa idealizzazione inizialmente va accettata dal terapeuta, rinforzando quindi le difese narcisistiche del paziente, che poi va aiutato a procedere verso una riappropriazione del sé idealizzato, la sua integrazione con gli aspetti aggressivi di sé e il riconoscimento del proprio valore e amabilità come persona.

Hargaden e Sills (2002) ampliano la prospettiva sul lavoro transferale in accordo con i principi dell'Analisi Transazionale Relazionale, "caratterizzata dallo sviluppo di interazioni affettive, co-create, consce, non-consce e inconsce come mezzo primario di cambiamento e crescita" ([www.relationalta.com](http://www.relationalta.com)). In questo approccio viene enfatizzata l'importanza che il terapeuta sviluppi capacità auto-riflessive e di contatto con l'altro ai fini di una buona relazione terapeutica. Le autrici ritengono che l'integrazione dello stato dell'io Bambino possa avvenire solo attraverso una relazione in cui il terapeuta abbia il desiderio di partecipare alle differenti posizioni psicologiche in cui viene 'chiamato' dal paziente, lasciando quindi che la relazione abbia un impatto su di sé. Riprendendo le tesi di Kohut sui transfert speculare, idealizzante e gemellare, Hargaden e Sills sottolineano l'importanza della *disponibilità* del terapeuta a lasciarsi 'usare' in questo tipo di relazione ai fini della ripresa evolutiva del paziente.

Little (2006) sottolinea che il lavoro con pazienti narcisisti è difficile e complesso. Tempo e pazienza sono necessari per costruire la relazione terapeutica necessaria a riparare le ferite narcisistiche. Nel caso il trattamento preveda una seduta a settimana, il terapeuta deve essere capace di *contenere* la mente del paziente così come la propria mente.

Proprio per sottolineare il valore che ha la capacità del terapeuta di sapersi organizzare emotivamente e mentalmente nel lavoro con un paziente narcisista voglio concludere citando brevemente le ricerche di Scilligo e De Luca sul copione del terapeuta e l'alleanza con i pazienti (Scilligo e De Luca, 1997; De Luca, 2004). La ricerca ha messo in connessione tre livelli di integrazione della personalità degli psicoterapeuti con l'andamento dell'alleanza nel corso di tre anni di terapia. È emerso che ci sono differenze tra i terapeuti che presentano un livello medio di individuazione e di invischiamento, quelli che presentano buona individuazione e scarso invischiamento e quelli che presentano scarsa individuazione e alto invischiamento. Il primo gruppo ha pazienti che percepiscono livelli piuttosto bassi di alleanza nel primo anno di terapia, con un rafforzamento dell'alleanza nel secondo anno e un nuovo abbassamento nel terzo anno. Il secondo gruppo di terapeuti stimola un'alleanza che resta sempre stabile nel corso dei tre anni, mentre il terzo gruppo stimola livelli alti di alleanza al primo e al terzo anno di terapia ma vengono percepiti dai pazienti, al secondo anno, con un forte calo dell'alleanza. Gli autori spiegano questi risultati ritenendo che solo un terapeuta capace di individuarsi e di entrare in una relazione di attaccamento con l'altro tende a costruire l'alleanza in maniera graduale, offrendo maggiore sostegno nella fase centrale della terapia, quando il paziente è più vulnerabile, e promuovendo uno sgancio progressivo nella fase avanzata della terapia. De Luca (2004) afferma inoltre che, confrontando la percezione dei terapeuti Integrati e dei terapeuti Non-Integrati relative agli SDI relazionali dei pazienti, emergono queste conclusioni: i terapeuti integrati percepiscono accuratamente il paziente e sanno sintonizzarsi sulla stessa lunghezza d'onda; invece i terapeuti Non-Integrati distorcono significativamente le risposte del paziente, in particolare quelle dei pazienti più difficili (i gravemente non-Integrati).

Questa ricerca lascia ipotizzare quanto possa essere importante per un paziente narcisista 'incontrare' un terapeuta ben integrato capace di sostenersi e di sostenere, di accogliere e lasciare andare, di rispettare i

livelli di graduale apertura offerti dal paziente. Proprio considerando l'estrema autoreferenzialità tipica del paziente narcisista il terapeuta dovrà essere sufficientemente flessibile da tollerare le inevitabili frustrazioni al proprio umano bisogno di conferme relazionali e restare aperto ad una costruzione dialogica del rapporto.

### **Conclusioni**

Ho voluto evidenziare l'importanza di una definizione di narcisismo che aiuti a creare coerenza e distinzioni tra le varie modalità di presentazione di problematiche di tipo narcisistico. La ricerca di Westen offre una possibilità di chiarimento in questa direzione e permette di collegare la presenza di problemi in tutte e quattro i fenomeni o dimensioni, comunemente associati al narcisismo, alla diagnosi di narcisismo patologico. Proprio a partire da questa definizione ho voluto ipotizzare le principali modalità di relazione proposte dal paziente narcisista collegandole all'analisi degli stati dell'io maggiormente attivati, secondo la teoria dell'Analisi Transazionale Socio-cognitiva. In questo modo, pur non entrando nel merito delle ipotesi eziologiche relative allo sviluppo della problematica narcisistica, ho potuto evidenziare le principali sfide che si presentano al terapeuta che voglia lasciarsi coinvolgere nel mondo relazionale del paziente narcisista al fine di stimolare la ricostruzione di processi autenticamente amorevoli verso sé e verso gli altri. In particolare ho voluto evidenziare un'ipotesi relativa alla costruzione dell'alleanza terapeutica. La dimensione relazionale chiamata 'alleanza narcisistica' valorizza la possibilità di comunicare al paziente, a livello sub-simbolico, che il terapeuta è figura affidabile che in nessun modo vorrà danneggiarlo. A partire dalla sperimentazione di una fiducia di base è ipotizzabile che il paziente narcisista possa più facilmente affrontare il rischio di un'apertura più profonda ad aspetti di sé vissuti come vulnerabili, scoprendo che *relazione* non vuol dire vuoto intollerabile ma possibilità di arricchimento affettivo. La ricerca sull'alleanza terapeutica di Scilligo e De Luca offre una conferma sperimentale alla tendenza a vedere la persona del terapeuta come un importante strumento di cambiamento nella relazione terapeutica, fermo restando che: "Io li curo, ma è Dio che li guarisce".

### BIBLIOGRAFIA

- Allen, J. & Allen, B. (1997). A new type of Transactional Analysis and one version of script work with a constructivistic sensibility. *Transactional Analysis Journal*, 27, 89-98.
- Benjamin, L. S. (1974). Structural analysis of social behavior (SASB). *Psychological Review*, 81, 392-425
- Berne, E. (1961). *Analisi transazionale e Psicoterapia*. Roma: Astrolabio
- Berne, E. (1964). *A che gioco giochiamo*. Milano: Bompiani
- Berne, E. (1972). *Ciao e poi?* Milano: Bompiani
- Bianchini, S. (1994). Il gioco psicologico: una reciproca costruzione del reale. *Polarità*, 8,1, 53-64
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss, Vol. 3, Loss*. New York: Basic Books
- Bucci, W. (1997). Symptoms and symbols: A multiple code theory of somatization. *Psychoanalytic Inquiry*, 17, 151-172.

- Ceridono, D., Gubinelli, M., Scilligo, P. (2009). Gli stati dell'io nell'analisi transazionale socio-cognitiva. *Idee in Psicoterapia*, 2, 2, 85-100.
- De Luca, M.L. (2004). Stati dell'io relazionali e alleanza psicoterapeutica. In: *Psicologia Psicoterapia e Salute*, 10, 3, 251-271.
- Freud, S. (1914). *Introduzione al Narcisismo*. Torino: Boringhieri.
- Gabbard, G.O. (1994). *Psichiatria Psicodinamica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Gill, M. (1994). *Psicoanalisi in transizione*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Hargaden, H., Sills, C. (2002). *Transactional analysis: a relational perspective*. London: Routledge.
- Horowitz, J. (ed.) (1991). *Person schemas and maladaptive interpersonal patterns*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Kernberg, O.F. (1984). *Disturbi gravi della personalità*. Torino: Boringhieri.
- Kohut, H. (1971). *L'analisi del Sé*. Torino: Boringhieri.
- Kohut, H. (1977). *La guarigione del Sé*. Torino: Boringhieri.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (1967). *L'enciclopedia della psicoanalisi*. Laterza: Bari.
- Little, R. (2006). Treatment considerations when working with pathological narcissism. *Transactional Analysis Journal*, 36, 303-317.
- Mahler, M.S., Pine, F., Bergman, A. (1975). *La nascita psicologica del bambino*. Torino: Boringhieri
- Masterson, J.F. (1981). *Narcissistic and borderline disorders*. New York: Brunner/Mazel.
- Mehlman, R. (1976). Transference mobilization, transference resolution and narcissistic alliance. *Paper presented at the Scientific Meeting of the Boston Psychoanalytic Society and Institute*
- Mehlman, R. (1977). Narcissistic Alliance. *International Encyclopedia of Psychiatry, Psychology, Psychoanalysis and Neurology*, 7, 439-441. New York: Aesculapio Publishers
- Millon, T. & Davis, R. D. (1996). *Disorders of personality: DSM-IV and beyond*. New York: Wiley.
- Moiso, C. (1985). Ego states and transference. *Transactional Analysis Journal*, 15, 194-201.
- Novellino, M. (2005). Transactional psychoanalysis: epistemological foundations. *Transactional Analysis Journal*, 35, 157-172.
- Rosch, E. (1978). Principles of categorisation. In E. Toch, B. B. Lloyd, (Eds.), *Cognition and categorization*. Hillsdale, H. J.: Erlbaum.
- Rosenfeld, H. (1987). *Comunicazione e interpretazione*. Torino: Boringhieri.
- Rumelhart, D. E., McClelland, J. L., and the PDP research group. (1986). *Parallel distributed processing: Explorations in the microstructure of cognition. Volume I*. Cambridge, MA: MIT Press.

Scilligo, P. (2009). *Analisi Transazionale socio-cognitiva*. Roma: LAS

Scilligo, P., De Luca, M.L. (1997). Copione del terapeuta e alleanza terapeutica. *Psicologia Psicoterapia e Salute*, 3, 1-20.

Siegel, D.J. (1999). *La mente relazionale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Stern, D.N. (1985). *Il mondo interpersonale del bambino*. Torino: Boringhieri.

Tosi, M.T. (1991). L'alleanza narcisistica nella relazione terapeutica. *Analisi Transazionale: un modello in evoluzione. Atti Convegno Nazionale di Analisi Transazionale 1991*.

Tosi, M.T. (2010). Storie narrate e vissute: il copione in una prospettiva narrativa. *Psicologia Psicoterapia e Salute*, 16, 1, 3-25.

Westen, D. (1990). The relations among narcissism, egocentrism, self-concept, and self-esteem: experimental, clinical, and theoretical Considerations. In: *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 13, pp.185-241.