

LA PATOLOGIA NARCISISTICA

Indice

1. Il concetto narcisismo in psicoanalisi
 - 1.1. Freud
 - 1.2. Kohut
 - 1.3. Rosenfeld
 - 1.4. Kernberg
 - 1.5. Westen
2. Il narcisismo come disturbo di personalità
 - 2.1. La descrizione fornita dal DSM (modello tradizionale)
 - 2.2. La descrizione fornita dal DSM-5 (modello *alternativo*)
 - 2.3. Narcisista “*inconsapevole*” vs. narcisista “*ipervigile*” (o “*overt*” vs. “*covert*”)
 - 2.4. Lo stile e il disturbo narcisistico di personalità secondo Westen
3. La patologia narcisistica secondo la psicoanalisi relazionale
 - 3.1. Mitchell
 - 3.2. Il *soggetto* narcisista

* * * * *

1. Il concetto narcisismo in psicoanalisi

Il termine “narcisismo” è assai denso di significati, se visto nell’ambito della psicopatologia psicoanalitica: nasce come concetto teorico dotato di funzioni importanti all’interno del sistema freudiano e si evolve negli anni con ricadute diverse in campo clinico (come vedremo, Freud ha considerato “nevrosi narcisistiche” dapprima le psicosi schizofreniche e poi la depressione); viene ripreso da altri autori come principio organizzatore della teoria e del metodo di intervento (Kohut), per venire infine assunto nella nosografia psichiatrica. Attualmente, infatti, sono tutti d’accordo nel riconoscere nella patologia narcisistica uno specifico disturbo di personalità, connotato da tratti ben definiti e relativamente facili da individuare. Tuttavia, soprattutto per gli psicoanalisti, il precedente percorso teorico del concetto fa sentire i suoi effetti nella comprensione dei pazienti che possono appartenere a questa area diagnostica. Ciò costituisce senz’altro una ricchezza, ma può ingenerare confusione se non si ha chiara la differenza fra livello teorico e livello clinico nell’uso del concetto. L’utilizzo teorico del termine “narcisismo” va, infatti, contestualizzato all’interno del sistema di riferimento impiegato, mentre il significato clinico appartiene all’ambito dei dati descrittivi, verso i quali vi è un maggior grado di condivisione generale.

Prima di occuparci della psicopatologia della personalità narcisistica è conveniente dare uno sguardo ad alcuni dei passaggi importanti che, in psicoanalisi, hanno segnato il percorso del *concetto* di narcisismo. Daremo questo sguardo esaminando brevemente il contributo di cinque autori.

1.1. Freud

Il concetto di narcisismo è stato introdotto da Freud in un momento storico particolare, per risolvere problemi teorici che stavano mettendo in pericolo i fondamenti stessi della psicoanalisi. Vediamo che cosa stava accadendo.

Intenzione di Freud è sempre stata quella di rendere la psicoanalisi degna di far parte, a pieno titolo, delle scienze naturali. Per questo scopo ha introdotto il punto di vista economico all’interno della

metapsicologia: un concetto di energia psichica era essenziale per equiparare la psicoanalisi alla fisica o alla chimica.

All’inizio, Freud aveva lasciato aperta la questione relativa alla natura dell’energia psichica le cui disfunzioni dovevano essere considerate causa di patologia mentale. Tuttavia, già intorno al 1895, Freud fece una scelta di campo: solo l’energia sessuale, la libido, poteva spiegare l’eziologia delle neuropsicosi. Era stata formulata la teoria del trauma sessuale precoce¹: le neuropsicosi da difesa (vale a dire, tutte le nevrosi e le psicosi, ad eccezione della nevrastenia e della nevrosi d’angoscia – considerate nevrosi attuali), erano dovute ad un conflitto fra l’Io, inteso come insieme di rappresentazioni psichiche organizzate fra loro, e il ricordo di un trauma sessuale infantile. Quest’ultimo diventava pericoloso per l’integrità dell’Io dopo la pubertà, quando lo sviluppo sessuale era in grado di riattivare la traccia mestica dell’evento traumatico provocando l’afflusso di eccessive stimolazioni sessuali.

Nel 1897 Freud rinunciò alla teoria della seduzione; quando la sostituì con la teoria dell’Edipo, la sostanza non cambiò: si trattava sempre di una seduzione sessuale. Nevrosi e psicosi venivano spiegate dalla teoria della libido, senza che vi fossero aporie.

Nel 1899, con l’introduzione della teoria topica, Freud mise da parte il concetto di Io, inteso come insieme di rappresentazioni psichiche organizzate fra loro: il conflitto adesso si verificava tra censura del preconsenso e desiderio sessuale inconscio.

Nel 1911 venne reintrodotta il concetto di Io: il conflitto fu riformulato come lotta fra pulsioni sessuali (tese alla conservazione della specie) e pulsioni dell’Io, o di autoconservazione (tese alla conservazione dell’individuo). Questa evoluzione della teoria aveva i suoi vantaggi ma creò un problema di difficile soluzione: mentre le psicosi potevano originariamente essere spiegate con lo stesso conflitto delle altre neuropsicosi da difesa, adesso diventava difficile comprendere il ritiro dalla realtà della follia (delirio, allucinazioni, ecc.) con il disinvestimento delle sole pulsioni sessuali. La proposta di Jung (1912-1952), allora presidente della Società Psicoanalitica Internazionale, fu di mutare il significato di libido da energia sessuale a generica energia psichica, e di spiegare quindi le psicosi con il ritiro degli interessi dalla realtà. Tale proposta non poteva essere accettata da Freud e la diatriba che ne nacque fu una delle cause della futura rottura fra i due. Non poteva essere accettata perché rendeva artificiosa la distinzione fra pulsioni sessuali e pulsioni dell’Io e, inoltre, impediva di comprendere l’intera patologia psichica (nevrosi e psicosi) all’interno della teoria della libido.

Il narcisismo fu la soluzione. Freud aveva già usato in senso descrittivo questo concetto a partire dal 1909, ma fu inserito nella teoria della libido, per allargarne i confini e conquistare le psicosi, nel 1914, con il celebre articolo *Introduzione al narcisismo*².

In estrema sintesi, l’allargamento della teoria consistette nel distinguere, per l’energia delle pulsioni sessuali, una libido dell’Io (detta anche libido narcisistica) da una libido oggettuale.

La prima è l’energia sessuale investita sullo stesso soggetto; la seconda, come dice il nome, è l’energia che viene investita sull’esterno e sulle rappresentazioni mentali del mondo esterno.

Freud postulò quanto segue: durante il normale sviluppo, vi è una fase in cui la libido è totalmente collocata sull’Io; solo in seguito se ne allontana parzialmente per investire gli oggetti del mondo esterno, come avviene per gli pseudopodi di un’ameba. Nel corso della vita, in seguito a eventi scatenanti, la libido oggettuale può distaccarsi dal mondo esterno per riconvertirsi in libido dell’Io. La fase in cui tutta la libido è

¹ La teoria del trauma sessuale precoce è stata formulata nel *Progetto di una psicologia* (1895) e resa pubblica con l’articolo *Nuove osservazioni sulle neuropsicosi da difesa* (1896).

² L’ipotesi che il narcisismo abbia avuto un ruolo tattico-strategico non riconosciuto da Freud è stata formulata da Gian Paolo Scano (1982).

rivolta sull’Io è quella del **narcisismo primario**; a questa segue quella dell’**amore oggettuale**; la fase in cui vi è il distacco dagli oggetti è quella del **narcisismo secondario**.

In questo modo era possibile spiegare sia le nevrosi sia le psicosi con lo stesso schema. Le nevrosi, ora definite *nevrosi di traslazione*, corrispondevano ad un ritiro della libido oggettuale dagli oggetti reali e ad un suo rivolgimento sugli oggetti fantastici (le rappresentazioni mentali degli oggetti; la libido rimaneva sempre di tipo oggettuale). Le psicosi, ora definite *nevrosi narcisistiche*, corrispondevano ad un ripiegamento della libido sull’Io e, quindi, al narcisismo secondario.

Già l’anno successivo, con *Lutto e melanconia* (1915) Freud cambia il significato delle nevrosi narcisistiche, facendole corrispondere con la melanconia (patologia la cui predisposizione è dovuta ad un investimento oggettuale su base narcisistica).

Nel 1923, con l’articolo *Nevrosi e psicosi*, la sua classificazione psichiatrica assume la seguente configurazione:

- Nevrosi di traslazione (conflitto *Io – Es*) = isteria, nevrosi ossessiva, fobie, ecc.
- Nevrosi narcisistiche (conflitto *Io - Superlo*) = melanconia
- Psicosi (conflitto *Io – realtà*)

1.2. Kohut

Appare evidente quanto le nevrosi narcisistiche di Freud abbiano poco a che vedere con quella che, ormai da decenni, viene considerata patologia narcisistica. La concezione tipo “vasi comunicanti”, secondo la quale quanto più si investe sugli oggetti, tanto meno è investito l’Io, non reggeva al confronto con la clinica: non si spiegava come potesse mantenersi l’autostima anche in condizioni di massiccio investimento oggettuale.

Il primo Kohut postulò due linee di sviluppo indipendenti per la libido dell’Io e per la libido oggettuale. In seguito, arrivò ad affermare che esiste solo la libido narcisistica, il cui sviluppo normale, consentito da adeguate risposte genitoriali, trasformerebbe il Sé da “grandioso arcaico” a forme sempre più mature.

La *Psicologia del Sé* di Kohut è fondata, ovviamente, sul concetto di Sé, ma anche sul concetto di *narcisismo*.

Il *narcisismo*, infatti, è il fattore maturativo che consente al Sé di unificarsi, consolidarsi e maturare.

Il Sé evolve secondo i seguenti passaggi:

- **Sé virtuale** (presente prima ancora della nascita nelle aspettative dei genitori; si concretizza subito dopo la nascita quando le potenzialità del bambino convergono con le aspettative dell’oggetto-Sé);
- **Sé rudimentale** (emerge durante le prime fasi della vita, durante l’interazione fra il caos prepsicologico del bambino e il Sé adultomorfo a lui attribuito dal genitore);
- **Sé nucleare** (corrisponde alle fasi più evolute del processo primario di formazione del Sé, che si conclude durante il secondo anno; è ciò che si consolida attraverso il rapporto simbiotico con l’oggetto-Sé arcaico, per mezzo dell’interiorizzazione trasmutante);
- **Sé integrato-coesivo** (subentra al Sé nucleare; è visibile la polarizzazione [polo delle ambizioni, cioè dei desideri, e polo degli ideali, cioè delle mete], con l’area intermedia dei talenti e delle abilità strumentali, che fa parlare di Sé *bipolare*; ma è da tenere presente che la polarizzazione è già presente nel Sé nucleare).

Per un approfondimento si può consultare, oltre allo stesso Kohut (ad es., Kohut, 1971, 1977), il testo di Roberta Siani *La psicologia del Sé* (1992).

Da Siani (1992):

p. 68 (cit. da Kohut e Wolf, 1978, pp. 169 sg; corsivo dell'autrice):

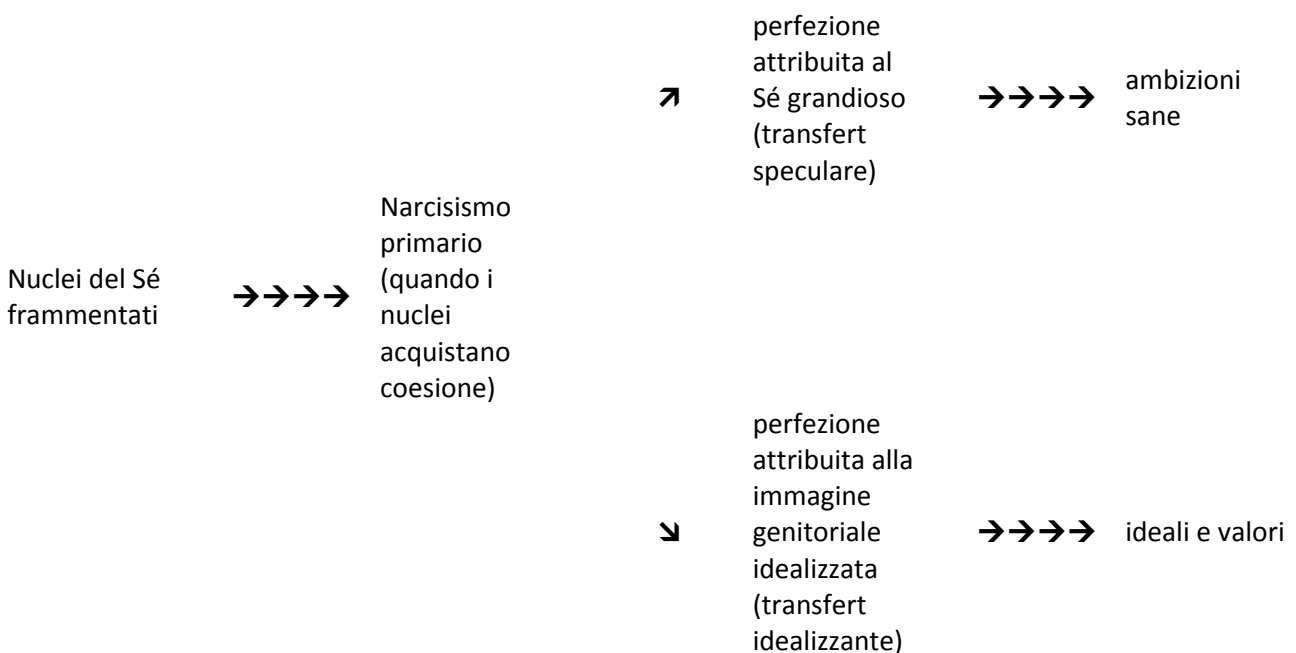
“Il Sé sorge ... come un risultato dell'interazione tra le dotazioni innate del neonato e le risposte selettive degli oggetti-Sé, mediante le quali certe potenzialità sono incoraggiate nel loro sviluppo mentre altre restano disattese o persino sono attivamente scoraggiate. Da questo processo selettivo emerge, probabilmente durante il secondo anno di vita, un Sé nucleare.”

p. 71: (cit. da Kohut e Wolf, 1978, pp. 165 sg):

“Come nucleo centrale della nostra personalità, il Sé è formato da elementi costitutivi diversificati, che acquistiamo nell'interazione con le persone esperite come oggetti-Sé durante la primissima infanzia. Un Sé solido ... consta essenzialmente di tre costituenti: *a)* un polo da cui emanano le tendenze fondamentali al potere e al successo; *b)* un altro polo che ospita i fondamentali obiettivi idealizzati; *c)* un'area intermedia di talenti e abilità che sono attivati dall'arco di tensione che si stabilisce tra le ambizioni e gli ideali.”³

Quindi, a partire dalla condizione di caos prepsicologico della nascita si consolida il Sé grandioso e, successivamente, si sviluppano gradualmente forme più mature di autostima e di fiducia in sé. Affinché ciò avvenga sono necessarie adeguate risposte empatiche e convalidanti da parte delle figure genitoriali. Convalidanti nei confronti della idealizzazione (di sé e dell'oggetto) che si manifesta in una fase precoce di sviluppo del Sé. In mancanza di tali risposte (definite "risposte di oggetto-Sé") si verifica un arresto evolutivo che si mantiene per tutta la vita: l'individuo sarà portatore di un Sé arcaico, estremamente fragile e predisposto alla frammentazione. Il tentativo di mantenere la precaria coesione del Sé, consisterà nella continua ricerca delle risposte d'oggetto-Sé che non ci sono state al momento adeguato.

Questo è lo schema di sviluppo normale presentato nel testo di Gabbard:



³ Si veda anche la relativa scheda n. 10 del file in PowerPoint.

Nella crescita normale, grazie alle risposte empatiche e convalidanti della figura materna, i processi di idealizzazione hanno uno sviluppo indisturbato, e permettono il passaggio dal Sé grandioso arcaico a forme più mature di autostima e di fiducia in sé attraverso modalità sempre meno arcaiche di rapporti speculari.

La psicopatologia narcisistica deriva dal fallimento traumatico della funzione empatica materna, che determina un arresto evolutivo al livello del Sé grandioso arcaico infantile e una ricerca interminabile dell'oggetto-Sé idealizzato. Il tipo di transfert che si andrà dispiegando nel corso del rapporto terapeutico sarà basato sull'idealizzazione (auto e/o eterodiretta): lo sviluppo di un transfert speculare sarà espressione del Sé grandioso arcaico, mentre lo sviluppo di un transfert idealizzante sarà espressione della ricerca dell'oggetto-Sé arcaico.

1.3. Rosenfeld

Considerare Rosenfeld, che è il primo a collegare l'impostazione kleiniana con il narcisismo patologico, ci permette di avvicinarci alle concezioni di Kernberg.

In un gruppo di articoli pubblicati tra il 1964 e il 1978 (cfr. Kernberg, 1984, pp. 207 sgg.), questo autore sostiene che il narcisismo patologico ha la funzione di negare, difensivamente, i bisogni di dipendenza dagli oggetti esterni. Questi sono, infatti, intensamente amati (e, quindi, potenzialmente frustranti) e intensamente odiati (e, quindi, proiettivamente persecutori).

Il narcisismo patologico è il risultato della introiezione in chiave onnipotente dell'oggetto parziale primitivo totalmente buono (il seno buono), e/o della proiezione in chiave onnipotente del proprio Sé “in” tale oggetto. Viene così negata ogni differenza fra Sé e oggetto.

1.4. Kernberg

Le formulazioni di Kernberg sulla patologia narcisistica si inseriscono compiutamente nella sistematizzazione generale dei disturbi della personalità da lui operata, e rientrano nello sforzo di integrare tra loro i fondamenti dei modelli freudiano, della Psicologia dell'Io e kleiniano. La comprensione del suo punto di vista dovrebbe essere facile per coloro che conoscono tale sistematizzazione (si veda Kernberg e Caligor [2005] e le dispense “La psicopatologia psicoanalitica – Modello relazionale”: http://sipreonline.it/wp-content/uploads/2016/05/Fontana_La-psicopatologia-psicoanalitica-Modello-relazionale_Dispense.pdf).

Si ricorda che egli adotta tre parametri strutturali per classificare i vari disturbi e inserirli nelle tre grosse categorie di organizzazione di personalità (nevrotica, borderline e psicotica):

- 1) livello di integrazione dell'identità;
- 2) tipo di meccanismi di difesa (arcaici, retti sulla scissione, o maturi, retti sulla rimozione);
- 3) esame di realtà.

Inoltre, va detto che, per Kernberg il Sé normale è costituito dalla somma delle rappresentazioni integrate del Sé provenienti da tutte le fasi evolutive.

L'organizzazione borderline si caratterizza per la mancata integrazione dell'identità (le rappresentazioni del Sé e dell'oggetto sono scisse e in conflitto fra loro), per l'uso di difese primitive (scissione, identificazione proiettiva, idealizzazione, svalutazione, diniego e onnipotenza) e per l'esame di realtà conservato (per la raggiunta capacità di differenziare le rappresentazioni del Sé da quelle dell'oggetto).

Il disturbo narcisistico si colloca al livello alto dell'organizzazione borderline di personalità. Esistono anche forme più gravi che rientrano a pieno titolo nell'organizzazione borderline.⁴

Vediamo le caratteristiche strutturali delle personalità narcisistiche meglio funzionanti:

- l'identità ha raggiunto un certo livello di integrazione; il Sé non è scisso e frammentato come nell'organizzazione borderline, ma si è coagulato in quello che viene chiamato "Sé grandioso patologico";
- il Sé grandioso patologico consiste nella fusione delle rappresentazioni del Sé reale, del Sé ideale e delle rappresentazioni oggettuali ideali; esso ha funzione difensiva nei confronti delle rappresentazioni del Sé e dell'oggetto determinate aggressivamente; queste ultime sono quindi svalutate, dissociate o scisse, rimosse o proiettate; in altre parole, il “Sé buono” e l’”oggetto buono” vengono unificati e integrati in forma idealizzata per difendersi dal “Sé cattivo” e dall’”oggetto cattivo”;
- questi pazienti sono incapaci di dipendere affettivamente; li caratterizzano l'invidia, il disprezzo, la tendenza a guastare tutto ciò che di buono può giungere dagli altri, lo sfruttamento a fini di nutrimento e rafforzamento della loro autostima, l'idealizzazione di coloro che rispondono al bisogno di riconoscimento seguita dal disprezzo.

Al livello più grave, francamente borderline, le caratteristiche sono le seguenti:

- il Sé grandioso patologico risulta infiltrato di aggressività primitiva (è fallito il tentativo di tenere lontane dal Sé le pulsioni aggressive);
- di conseguenza, la grandiosità e l'autoidelizzazione sono rafforzate dal senso di trionfo sulla paura e sul dolore; trionfo ottenuto esercitando paura e dolore agli altri (comportamenti sadici);
- questo quadro viene da Kernberg chiamato “narcisismo maligno”.

Quindi, le illusioni narcisistiche sono una difesa che il bambino erige nella lotta contro l'eccessiva aggressività orale; egli si vive e, proiettivamente vive gli altri, come sadici, frustrati e pieni di odio; cosicché è incapace di tollerare la speranza e la possibilità che qualcuno gli offrirà qualcosa di buono. Il Sé grandioso

⁴ Patologia, del carattere secondo Kernberg:

Organizzazione nevrotica di personalità

- Personalità isterica
- Personalità ossessivo-coatta
- Personalità masochistico-depressiva

Organizzazione di personalità borderline “alta”

- Personalità dipendente
- Personalità sado-masochistica
- Personalità ciclotimica
- Personalità istrionica
- Personalità narcisistica

Organizzazione di personalità borderline “bassa”

- Personalità schizoide
- Personalità paranoide
- Personalità ipocondriaca
- Personalità schizotipica
- Personalità borderline
- Personalità ipomaniacale
- Narcisismo maligno
- Personalità antisociale

Organizzazione psicotica di personalità

- Psicosi atipiche

patologico (“Io sono/ho tutto. Tu non sei/non offri nulla.”), è una soluzione di compromesso che esprime sia l’aggressività che la difesa da essa.

1.5. Westen

In un importante articolo del 1990, sulla base di attente considerazioni sperimentali, cliniche e teoriche, Drew Westen opera una ridefinizione del costrutto di narcisismo, arrivando ad isolare quattro diverse linee evolutive del narcisismo, interdipendenti tra loro. Una sintesi delle conclusioni a cui arriva in questo lavoro sono riportate nel testo sulla SWAP-200 di Shedler, Westen e Lingardi (seconda edizione, 2014).

Le quattro linee evolutive, ognuna con una sua linea di continuità nello sviluppo della personalità dall’infanzia all’età adulta, sono denominate:

- Egocentrismo;
- Investimento emotivo di sé e degli altri;
- Concetto di sé;
- Autostima.

Essendo dimensioni della personalità presenti lungo l’intero ciclo di vita, non è possibile sostenere l’esistenza di un periodo discreto di narcisismo nell’infanzia, il quale deve essere abbandonato ai fini della salute mentale. Inoltre, essendo un costrutto multidimensionale, il narcisismo non può essere considerato come una grandezza categoriale pertinente ad una sola tipologia di personalità.

Vediamo ora in che cosa consistono le quattro linee evolutive (cfr. Westen e coll., 2014, pp. 4-6).

– *Egocentrismo:*

È inteso in senso cognitivo, nel modo usato da Piaget, come “una relativa mancanza di differenziazione in alcuni aspetti della relazione tra sé e gli altri”, o un “essere intrappolati nel proprio punto di vista” (p. 191).

Influenza la percezione, il pensiero, l’affettività e la comunicazione, e non viene definitivamente superato dopo l’infanzia; normalmente prevale nel periodo pre-operatorio, ma vi è una costante fluttuazione nel corso della vita intera.

– *Investimento emotivo di sé e degli altri:*

È definito come “la dotazione affettiva della rappresentazione di un obiettivo, di uno stato desiderato, o degli aspetti di una relazione oggettuale tale che la divergenza riconosciuta tra la realtà e lo stato-obiettivo determina affetti negativi e/o la convergenza tra la realtà e lo stato-obiettivo determina affetti positivi” (p. 197).

Nell’ambito delle relazioni umane, la tendenza evolutiva parte da una condizione in cui l’altro è visto come strumento di gratificazione dei propri bisogni, percorre una fase in cui l’investimento emotivo è rivolto su ideali e valori, per giungere ad una condizione in cui l’altro è valutato per le sue qualità intrinseche.

– *Concetto di sé:*

È la rappresentazione prototipica che una persona ha di se stessa.

Da Nardulli:

“La rappresentazione cognitiva e affettiva del Sé si evolve nel corso dello sviluppo: da un Sé esperenziale, ricettacolo di esperienze senso-motorie e affettive, si forma progressivamente un Sé categoriale, che include attributi e caratteristiche psichiche. Anche gli studi empirici sull’evoluzione del concetto di sé mettono in discussione l’ipotesi dell’esistenza di un precoce stadio narcisistico, il cui superamento porterebbe alla formazione di una rappresentazione di Sé

autonoma e differenziata. L’origine e il mantenimento di un concetto stabile del Sé presuppongono infatti una costante convalida emotiva da parte dell’altro, sperimentato come riflesso narcisistico di un’identità alla continua ricerca di una sempre maggiore integrazione. Il consolidamento di un senso del Sé altamente strutturato si configura pertanto come un processo evolutivo in continua espansione, supportato da un’incessante dialettica narcisistico-relazionale con la realtà esterna.”

– *Autostima:*

È “la valutazione affettiva che una persona ha di se stessa, [che] include tanto gli atteggiamenti cronici o radicati verso il sé quanto le valutazioni di sé più transitorie basate sulle rappresentazioni di sé attive in un dato momento. Fluttuazioni momentanee dell’autostima sono in genere dovute al grado di discrepanza percepita tra una particolare rappresentazione di sé e la rappresentazione dell’ideale del sé corrispondente.” (p. 212)

Maggiore è la differenziazione tra rappresentazione ideale e reale di sé e maggiore è la stabilità dell’autostima.

Nella maggior parte delle persone, e in condizioni non patologiche (si veda il par. 2.3. per ciò che riguarda il disturbo narcisistico di personalità), vi è una bassa correlazione tra i fenomeni delle quattro linee evolutive. Ad esempio, l’egocentrismo non risulta necessariamente correlato a un carente investimento emotivo sugli altri e può inoltre variare in maniera indipendente dalla complessità del concetto di sé e dall’autostima.

2. Il narcisismo come disturbo di personalità

2.1. La descrizione fornita dal DSM (modello tradizionale)

Il DSM, dalla III edizione (1980) all’attuale (DSM-5, 2013), individua tre principali dimensioni psicopatologiche che configurano il Disturbo Narcisistico di Personalità:

- la grandiosità (nella fantasia o nel comportamento);
- la necessità di ammirazione;
- la mancanza di empatia.

Queste dimensioni si declinano nei nove criteri da utilizzare per la diagnosi (il *cut-off* è cinque).

Sinteticamente:

- 1) ha un senso grandioso di importanza (per es., esagera risultati e talenti, si aspetta di essere notato come superiore senza una adeguata motivazione)
- 2) è assorbito da fantasie di illimitati successo, potere fascino, bellezza, e di amore ideale
- 3) crede di essere “speciale” e unico, e di dover frequentare e di poter essere capito solo da altre persone (o istituzioni) speciali o di classe elevata
- 4) richiede eccessiva ammirazione
- 5) ha la sensazione che tutto gli sia dovuto, cioè, la irragionevole aspettativa di trattamenti di favore o di soddisfazione immediata delle proprie aspettative
- 6) sfruttamento interpersonale, cioè, si approfitta degli altri per i propri scopi
- 7) manca di empatia: è incapace di riconoscere o di identificarsi con i sentimenti e le necessità degli altri
- 8) è spesso invidioso degli altri, o crede che gli altri lo invidino
- 9) mostra comportamenti arroganti o presuntuosi.

Il tratto più importante è costituito dal senso grandioso della propria importanza.

Il soggetto si vive secondo un sentimento di unicità che è qualitativamente diverso dalla normale consapevolezza della propria individualità rispetto al resto del genere umano: tutti i rapporti interpersonali vengono gestiti secondo la necessità inderogabile di trovare conferma alla propria grandiosità, lasciando capire che al di sotto di questa esiste un dubbio costante e tormentoso, che riguarda la totale mancanza di valore. Da ciò deriva la continua ricerca di attenzione e ammirazione: la conservazione dell'autostima è labile e richiede continue rassicurazioni esterne.

Menzogna e manipolazione possono diventare strumenti abituali al servizio di questa esigenza, e rappresentano comunque una delle cause delle difficoltà gravi nei rapporti interpersonali.

La mancanza di empatia può corrispondere alla incapacità di riconoscere i vissuti o i sentimenti degli altri e/o alla indisponibilità a coglierli come espressione di esigenze individuali diverse e autonome rispetto alle proprie.

I sentimenti di rabbia, vergogna e umiliazione di fronte a critiche o giudizi non corrispondenti alle aspettative sono frequenti. I vissuti emotivi nei confronti degli altri oscillano fra gli estremi della idealizzazione (se il bisogno di gratificazione personale viene soddisfatto) e della svalutazione.

Riassumendo, si può quindi dedurre l'esistenza di un equilibrio instabile dell'immagine di sé, che è continuamente minacciato anche da minimi eventi della vita quotidiana. Le fantasie di grandiosità, potere e successo illimitato rappresentano dunque un rifugio e una fonte di rifornimento dell'autostima lontana dal confronto con la realtà.

I suddetti criteri individuano prevalentemente quello che Gabbard definisce “narcisista *inconsapevole*”: paziente arrogante, invadente, che pretende di essere sempre al centro dell'attenzione, teso allo sfruttamento interpersonale. *Inconsapevole* perché ignaro delle conseguenze del proprio atteggiamento sugli altri e, quindi, della discordanza fra aspirazioni e realtà. Tuttavia, da quando si parla di personalità narcisistica, diversi autori riconoscono in molti pazienti, una dimensione differente dalla grandiosità e dall'esibizionismo; quella della vulnerabilità e sensibilità, dimostrata anche da ricerche sperimentali come quella di Wink del 1991 (cit. in Nardulli). Sono pazienti che lamentano soprattutto indefiniti sentimenti di depressione e insoddisfazione nei rapporti, assenza di significato, falsità, vuoto, solitudine, e una stima di sé assai vulnerabile con estrema fragilità e sensibilità alle offese: i narcisisti “*ipervigili*”, secondo la terminologia di Gabbard, o “*covert*”, secondo altri (Akhtar, Thomson, Cooper, Wink).

2.2. La descrizione fornita dal DSM-5 (modello *alternativo*)

Nella Sezione III del manuale viene presentato il “Modello alternativo” per i disturbi di personalità, che consente una valutazione del *livello di compromissione* del funzionamento della personalità, oltre la valutazione dei *tratti caratteristici* dei disturbi. Si tratta, quindi, di un approccio anche dimensionale, che avrebbe dovuto sostituire il precedente; il lavoro in questa direzione è stato interrotto dalla commissione di vigilanza dell'APA a causa dell'allungamento dei tempi (e, quindi, dei costi) e dalla necessità di giungere alla pubblicazione.

Per uno schema riassuntivo della struttura del modello alternativo si vedano le diapositive dalla 31 alla 33 del PowerPoint

(http://sipreonline.it/wp-content/uploads/2016/05/Fontana_La-patologia-narcisistica_Diapositive.pdf)

Per le indicazioni per la diagnosi di NPD, le diapositive 34 e 35. Come si vede, il modello alternativo allarga la concezione clinica del disturbo narcisistico, comprendendo anche le dimensioni di fragilità non evidenti nel modello tradizionale del DSM.

2.3. Narcisista “*inconsapevole*” vs. narcisista “*ipervigile*” (o “*overt*” vs. “*covert*”)

Il paziente che si vive la grandiosità in fantasia, nel suo privato, perché ipersensibile alle frustrazioni, ai rifiuti, alle delusioni, e che Gabbard definisce “*ipervigile*”, ha un’attenzione diretta più sugli altri, che non su se stesso; è *ipervigile* nei confronti della reazione altrui alla propria presenza. Rispetto al narcisista del DSM-IV, questo paziente è quindi (vedi anche tabella comparativa in Gabbard e nella scheda n. 32 del file in PowerPoint):

- fortemente sensibile alle reazioni degli altri;
- inibito e schivo, piuttosto che arrogante;
- più attento alle reazioni altrui, che concentrato su di sé;
- ipersensibile alle critiche;
- facilmente umiliato e ferito dagli altri;
- evitante nei confronti dell’attenzione altrui.

È comprensibile che l’APA non abbia inizialmente considerato questo tipo di personalità narcisistica: la grandiosità (tratto caratteristico dell’NPD) è qui solo ipotizzata, come elemento che spiega i fenomeni che sono direttamente osservabili; il desiderio di esibirsi con una modalità grandiosa è, come afferma Gabbard (p. 471), un desiderio segreto, avvolto da un profondo senso di vergogna. Gabbard ipotizza che entrambi i pazienti lottino per conservare la stima di sé attraverso l’aspirazione alla grandiosità, e ciò li rende narcisisti; ma i dati osservabili, ad un livello minimo di inferenza, non giustificano la diagnosi di NPD per l’ipervigile, secondo il metodo diagnostico dell’APA.

Il narcisista inconsapevole afferma in modo eclatante la propria grandiosità e, quindi, è portato a eludere le risposte degli altri; l’ipervigile nasconde la grandiosità cui aspira; ma, proprio perché la nasconde, essa non viene considerata un “pattern” rilevante per la diagnosi.

Riporto una tabella che evidenzia le differenze cliniche tra le due configurazioni narcisistiche.

Caratteristiche cliniche del disturbo narcisistico di personalità (Akhtar, 1989)

(Tabella tratta da *Il narcisismo: dalla ricerca euristica a una prospettiva empiricamente fondata*; Dott.ssa Arianna Nardulli, Unità di Psichiatria Dinamica e Psicoterapia, Ospedale Niguarda Ca’ Granda – Milano)

Caratteristiche cliniche del disturbo narcisistico di personalità (Akhtar, 1989)

I. Concetto di sé

Overt

Grandiosità, fantasie di eccezionale successo; immotivato senso di unicità; sensazione che tutto sia dovuto; apparente autosufficienza

Covert

Inferiorità; senso di incertezza e atteggiamento immusonito; propensione a provocare vergogna; fragilità; continua ricerca di gloria e potere; marcata sensibilità alle critiche e alle difficoltà

II. Relazioni interpersonali

Overt

Relazioni numerose, ma superficiali; intenso bisogno dell’ammirazione altrui; disprezzo per gli altri; spesso mascherato da pseudumiltà; mancanza di empatia; incapacità di partecipare in modo genuino ad attività di gruppo; nell’ambito della vita familiare tendono a dare più valore ai figli che al partner

Covert

Incapacità di dipendere e fidarsi in modo autentico delle altre persone; invidia cronica dei talenti e dei beni altrui e della capacità di avere relazioni oggettuali profonde; mancanza di rispetto per i confini generazionali e per l’altrui tempo; rifiuto di rispondere alle lettere

III. Adattamento sociale

Overt

Socialmente attraente; spesso di successo; lavora sodo, soprattutto per cercare di ottenere ammirazione (“pseudosublimazione”); ambizione intensa; si preoccupa delle apparenze

Covert

Lamentale fini a se stesse; impegno professionale superficiale; atteggiamento dilettantesco; noia cronica; gusto estetico spesso dubbio e imitativo; superficiale interesse per molte cose

IV. Etica, standard, ideali

Overt

La modestia viene ridicolizzata; finta noncuranza per il ruolo del denaro nella vita reale; senso morale idiosincratico e discontinuo; apparente entusiasmo per temi sociali e politici

Covert

Pronto a cambiare valori per guadagnarsi la benevolenza altrui; menzogna patologica; stile di vita materialistico; tendenze delinquenziali; relativismo morale; nessun rispetto per l'autorità

V. Amore e sessualità

Overt

Instabilità nella vita coniugale; seduttività fredda ed avida; promiscuità e avventure extramatrimoniali; vita sessuale disinibita

Covert

Incapacità di restare innamorati; scarsa capacità di percepire il partner come individuo separato e dotato di interessi, diritti e valori propri; incapacità di comprendere genuinamente il tabù dell'incesto; occasionali perversioni sessuali

VI. Stile cognitivo

Overt

Sempre informato su tutto; deciso e supponente; spesso notevolmente articolato nei ragionamenti; percezione egocentrica della realtà; amore per il linguaggio; predilezione per “scorciatoie” all'acquisizione della conoscenza

Covert

Conoscenza limitata ai banali fatti; dimentica i dettagli; poco capace di acquisire nuove abilità; cambia i significati della realtà quando deve affrontare minacce all'autostima; il linguaggio e i discorsi sono utilizzati per regolare l'autostima

2.4. Lo stile e il disturbo narcisistico di personalità secondo Westen

Le quattro linee evolutive del narcisismo (egocentrismo, investimento emotivo di sé e degli altri, concetto di sé ed autostima) risultano fortemente correlate fra loro nei soggetti con diagnosi di NPD:

- pensiero egocentrico; difficoltà a empatizzare e a mettersi nella prospettiva altrui;
- basso livello di investimento emotivo sugli altri, con tendenza a mantenere relazioni esclusivamente orientate a ottenere gratificazioni di qualche tipo;
- concetto di sé ipersemplicato e distorto;
- autostima patologicamente elevata e/o deficit nella regolazione dell'autostima, con oscillazioni tra ipervalutazione di sé e totale svalutazione.

A correzione del quadro clinico emergente dal DSM, il profilo di personalità descritto dalla SWAP-200 (vedi schede nn. 48 e 49 del file in PowerPoint) mette in luce che le costellazioni overt e covert coesistono senza configurare tipologie alternative: ciascun soggetto narcisista può collocarsi in un punto qualsiasi del continuum overt-covert, e variare la sua posizione in funzione del tempo, del contesto interattivo e dello stato mentale in cui si trova.

3. La patologia narcisistica secondo la psicoanalisi relazionale

3.1. Mitchell (*Gli orientamenti relazionali in psicoanalisi*, 1988, Parte IV)

Nelle parole di Mitchell, l'elemento caratterizzante la patologia narcisistica è la *sopravvalutazione*, l'illusione, l'idealizzazione. Nei primi due paragrafi del capitolo, egli mette a fuoco le caratteristiche e le diversità dei due punti di vista che, in psicoanalisi, si sono tradizionalmente confrontati e che vengono esemplificati dalle posizioni di Kernberg e di Kohut: l'illusione come *difesa* e l'illusione come *creatività*.

In quanto difesa (cfr., Kernberg), il narcisismo protegge “il paziente dalla situazione terrificante in cui ha trascorso buona parte dei primi anni di vita, quando dipendeva dagli altri per ricevere attenzioni e cure, eppure era perpetuamente insoddisfatto, si sentiva vittima ed era pieno di rabbia.” (Mitchell, 1988, pp. 164-165).

In quanto fonte creativa di avanzamento del Sé (cfr. Kohut), il narcisismo è il fattore maturativo che consente al Sé di unificarsi e consolidarsi, per svilupparsi in modo sano.

Entrambi mettono l'accento sulla sua *natura intrinseca* ma, in questo modo, Kernberg trascura il ruolo che le illusioni hanno nella creatività e nel consolidamento di certi tipi di relazione, mentre Kohut trascura il fatto che le illusioni, nella misura in cui si ripropongono rigidamente, limitano e ostacolano il legame reale con gli altri.

Al contrario, l'approccio relazionale considera la sopravvalutazione narcisistica in base alla sua *funzione chiave*, nel corso dell'intero ciclo di vita; quella di:

“perpetuare modelli stereotipati di integrazione delle relazioni interpersonali e dei legami fantasticati con oggetti significativi.” (Ibid., p. 174)

Ciò che fa la differenza fra salute e malattia non è il contenuto delle illusioni, ma l'atteggiamento del soggetto nei loro riguardi; la loro rigidità:

“La distinzione tra salute mentale e psicopatologia, quando si parla di illusioni narcisistiche, riguarda meno il reale contenuto delle illusioni che l'atteggiamento del soggetto rispetto a quel contenuto.

(...)

Il problema del narcisismo riguarda la struttura del carattere, non il contenuto mentale; non si tratta di ciò che si fa o di ciò che si pensa, ma del proprio atteggiamento nei confronti di ciò che si fa e si pensa, vale a dire di quanto ci si prende sul serio.” (Ibid., p. 174)

Nel narcisismo sano le illusioni vengono vissute, anche intensamente, per poi essere abbandonate; e questo vale sia per il bambino che le propone al genitore, che per il genitore che le accoglie. Nel narcisismo patologico, invece, vengono prese troppo sul serio e diventano uno stile di vita. Il soggetto ne rimane dipendente allontanandosi dalla possibilità di un rapporto realistico con se stesso e gli altri.

Il narcisista che può essere definito “inconsapevole” sacrifica la realtà per privilegiare l'illusione; l'altro, il narcisista “ipervigile”, rimane schiacciato dalla realtà fonte di delusioni, e vive di nascosto le proprie illusioni.

Qual è la causa, l'eziologia di questo disturbo?

In una situazione di sviluppo normale del narcisismo, il bambino si trova a vivere le proprie illusioni e le proprie paure delle delusioni in un contesto in cui queste possono essere accolte e condivise dall'altro, ma anche relativizzate. Mitchell parla della capacità di “giocare” con le illusioni senza dimenticare che si tratta

solo di illusioni. Il bambino “impara” questo gioco se ha interagito con figure parentali che sapevano giocare.

Se il senso di sicurezza del genitore dipende dalle illusioni, queste entrano a far parte dei tratti dominanti che caratterizzano la possibilità di relazioni significative: “sostenere le illusioni genitoriali diventa la base della stabilità e del mantenimento del legame con gli altri” (Ibid., p. 177) Per tutta la vita, rimangono come il principale modo per entrare in contatto con gli altri significativi; funzionano come modelli di interazione, appresi per l’integrazione delle relazioni.

Un genitore dipendente dalle illusioni è portato a insistere sulla sopravvalutazione di se stesso, del bambino o di entrambi; in questo modo, le illusioni diventano un tratto dominante nella possibilità di relazione offerta al bambino: “Più il genitore è dipendente dalle illusioni, più queste diventano inevitabili per il bambino, che avverte che l’unico modo per entrare in contatto col genitore, per legarsi a lui, è partecipare alle sue illusioni.” (Ibid., p. 177) Il bambino intuisce quanto siano importanti le illusioni per la precaria autostima del genitore e ne diventa, a sua volta, dipendente: abbandonare le illusioni equivarrebbe ad abbandonare—essere abbandonati dal genitore; per cui, le illusioni diventano la base della stabilità e del mantenimento del legame con gli altri, per il resto della vita.

Secondo questa impostazione, un ruolo determinante lo viene ad assumere l’atteggiamento del genitore. Infatti, Mitchell parla di “risposta genitoriale ideale” (Ibid., p. 177). L’ambiente esterno reale è determinante nella strutturazione di schemi e modelli interni di interazione che vengono poi conservati come veicolo dei legami intimi.

Su queste basi teoriche, il metodo di cura è orientato all’ampliamento del repertorio di legami, tramite la disponibilità dell’analista ad accogliere e mettere in discussione l’illusione: quella che Mitchell chiama “partecipazione giocosa – curiosità perplessa”.

3.2. Il soggetto narcisista

L’impostazione di Mitchell è largamente condivisibile, soprattutto per ciò che riguarda le sue premesse (l’attenzione per la *funzione chiave* della sopravvalutazione) e le considerazioni sullo sviluppo della matrice relazionale nel contesto delle relazioni significative. Le conclusioni a cui giunge appaiono tuttavia sbilanciate sul versante esterno al soggetto.

Al contrario, la scelta di considerare le capacità auto-organizzanti del sistema umano comporta una sottolineatura del ruolo attivo del soggetto nello sviluppo e nel mantenimento del proprio stile di personalità. Mitchell vede la patologia narcisistica (e tutta la patologia in generale) come provocata dalla formazione di schemi di interazione “scelti” sulla base della maggiore funzionalità nelle relazioni antiche; schemi che poi continuano ad essere adottati per sfuggire all’angoscia (l’ampliamento della gamma di modalità interattive che si verifica in analisi, permette poi la scoperta di nuovi schemi più flessibili). Dal nostro punto di vista, va tuttavia precisato che la “scelta” degli schemi di interazione, e più in generale delle *strutture soggettuali* (vedi le dispense “La psicopatologia psicoanalitica – Modello relazionale”, pp. 16-17 e pp. 20-21: http://sipreonline.it/wp-content/uploads/2016/05/Fontana_La-psicopatologia-psicoanalitica-Modello-relazionale_Dispense.pdf), riguarda il tipo di organizzazione del soggetto. Organizzazione che, nel corso del tempo, evolve non in dipendenza da presunte condizioni esterne⁵, ma nelle transazioni con l’ambiente in base ai propri principi organizzativi.

⁵ In un’ottica sistemica non si dovrebbe mai fare una distinzione fra risorse “interne” ed “esterne” per lo sviluppo, perché esse non esistono indipendentemente le une dalle altre.

Lo stile narcisistico di personalità corrisponde ad un tipo di organizzazione più o meno rigida (tanto più lo è quanto più si configura il disturbo di personalità). Parlare di questa forma di organizzazione come incentrata sulla sopravvalutazione, l’idealizzazione e il bisogno di conferme può essere un modo corretto ma molto generico di descriverla. La ricerca di Westen (1990) ci può fornire un sostegno per una visione più approfondita. Egli ha dimostrato due cose. La prima è che il narcisismo è una dimensione umana comune. La seconda è che è composta da altre dimensioni più specifiche diverse tra loro (anche se, ovviamente, interdipendenti). La particolare configurazione di queste quattro dimensioni nel disturbo narcisistico (con l’alta correlazione fra pensiero egocentrico, scarso investimento emotivo sugli altri, concetto di sé ipersemplificato e deficitaria regolazione dell’autostima) può essere da noi considerata come una descrizione più accurata delle caratteristiche strutturali di questo tipo di organizzazione.

Vista l’importanza che in questo stile di personalità ha l’esperienza di sé⁶, è utile fare alcune considerazioni sull’identità di questi soggetti.

A proposito dell’esperienza di sé, la McWilliams (2011) sostiene che i narcisisti sono talmente dipendenti dalle conferme esterne per il mantenimento della propria autostima che questo bisogno eclissa tutti gli altri, fino a farli sentire vuoti e incapaci di amare. Molti autori (ad es., Fonagy, Liotti, Dimaggio e Semerari) mettono in primo piano la difficoltà a riconoscere i propri stati interni e le proprie emozioni (che tendono a rimanere così sepolte “nel silenzio del corpo”), capovolgendo la dinamica immaginata dalla McWilliams (è il senso di vuoto e l’incapacità di provare sentimenti a spingere a cercare all’esterno il senso della propria esistenza). In ogni caso, è generale l’accordo nel considerare la grandiosità e il senso di autosufficienza come compensatori del senso di inadeguatezza e vuoto. La stessa McWilliams fa un raffronto punto a punto fra aspetti manifesti (compensatori) e profondi dell’esperienza di sé:

Ipocrisia	Orgoglio	Disprezzo	Autosufficienza	Vanità	Superiorità
↓	↓	↓	↓	↓	↓
Falsità	Vergogna	Invidia	Vuoto e incompletezza	Bruttezza	Inferiorità

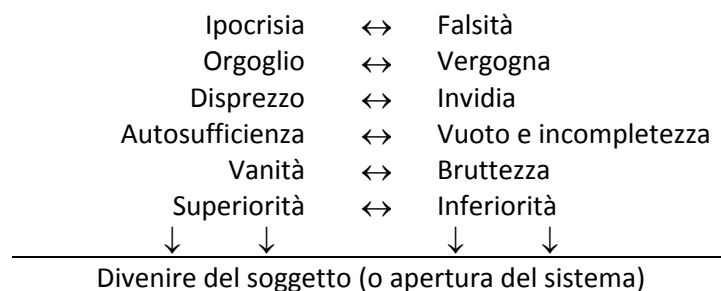
A seconda dell’affiorare o meno dei vissuti di inadeguatezza si esprimerebbe la tipologia *ipervigile*⁷ a scapito di quella *inconsapevole*.

Ma per la stessa McWilliams⁸, la dimensione difensiva dell’identità non coincide affatto con l’immagine grandiosa e autosufficiente di sé, ma con la coesistenza dei due poli, considerati allo stesso livello concettuale, anche se per ciascun soggetto (o in diversi momenti nello stesso soggetto), può prevalere l’uno o l’altro nella coscienza. La rappresentazione grafica più appropriata dovrebbe essere la seguente:

⁶ Westen definisce il narcisismo come una “preoccupazione affettivo-cognitiva per il sé, dove ‘preoccupazione cognitiva’ si riferisce a un focus di attenzione rivolto al Sé; ‘preoccupazione affettiva’ si riferisce a una preoccupazione per i propri bisogni, desideri, ambizioni, gloria, superiorità o perfezione; e ‘Sé’ si riferisce alla persona nella sua interezza, inclusa la sua esperienza soggettiva, le azioni e il corpo”. (1990, p. 227)

⁷ Da questa rappresentazione (anche grafica) l’uso del termine “covert” risulterebbe fuorviante, perché ciò che è “coperto” è proprio la dimensione di inadeguatezza.

⁸ Nella seconda edizione, del 2011, ma non in quella del 1994.



Altrimenti è alto il rischio di reificare l'inadeguatezza e il vuoto, come se fossero caratteristiche effettive del soggetto, e senza considerare che sono esse stesse parte dell'esperienza di sé *costruita* per stabilizzare il sistema. Del resto, ciò è coerente con le evidenze empiriche (Westen e coll., 2003) che sostengono la coesistenza dei due poli in questo stile di personalità (vedi sopra, p. 10).

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- APA - American Psychiatric Association (1980). Trad. it. *DSM-III. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Terza edizione*. Milano: Masson, 1983.
- APA - American Psychiatric Association (2013). Trad. it. *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Quinta edizione*. Milano: Cortina, 2014.
- Freud S. (1895), *Progetto di una psicologia*, tr. it. in OSF, Vol. II, Boringhieri, Torino, 1980.
- Freud S. (1896), *Nuove osservazioni sulle neuropsicosi da difesa*, tr. it. in OSF, Vol. II, Boringhieri, Torino, 1980.
- Freud S. (1899), *L'interpretazione dei sogni*, tr. it. in OSF, Vol. III, Boringhieri, Torino, 1980.
- Freud S. (1909), *Osservazioni psicoanalitiche su un caso di paranoia ... (Caso clinico del presidente Schreber)*, tr. it. in OSF, Vol. VI, Boringhieri, Torino, 1990.
- Freud S. (1911), *Precisazione sui due principi dell'accadere psichico*, tr. it. in OSF, Vol. IV, Boringhieri, Torino, 1981.
- Freud S. (1914), *Introduzione al narcisismo*, tr. it. in OSF, Vol. VII, Boringhieri, Torino, 1985.
- Freud S. (1915), *Lutto e melanconia*, tr. it. in OSF, Vol. VIII, Boringhieri, Torino, 1987.
- Freud S. (1923), *Nevrosi e psicosi*, tr. it. in OSF, Vol. IX, Boringhieri, Torino, 1986.
- Gabbard G.O. (2000), *Il paziente narcisista*, in *Psichiatria psicodinamica*, tr. it. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2002.
- Jung C. G. (1912-1952), *Simboli della trasformazione*, tr. it. Boringhieri, Torino, 1970.
- Kernberg O. (1984): *Disturbi gravi della personalità*, Capp. 5 e 11, tr. it. Boringhieri, Torino, 1987.
- Kernberg O. (1996), "Teoria psicoanalitica dei disturbi di personalità", tr. it. in Clarkin J.F., Lenzenweger, M.J. (a cura di), *I disturbi di personalità. Le cinque principali teorie*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1997.
- Kernberg O., Caligor E. (2005), "Teoria psicoanalitica dei disturbi di personalità". Tr. it. in Clarkin J.F., Lenzenweger, M.J. (a cura di), *I disturbi di personalità. Le principali teorie. Seconda edizione*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2006.
- Kohut H. (1971), *Narcisismo e analisi del sé*, tr. it. Boringhieri, Torino, 1976.
- Kohut H. (1977), *La guarigione del Sé*, tr. it. Boringhieri, Torino, 1980.
- McWilliams N. (2011), *La diagnosi psicoanalitica. Seconda edizione*, tr. it. Astrolabio, Milano, 2012.
- Mitchell S.A. (1988), *Gli orientamenti relazionali in psicoanalisi*, Parte IV, tr. it. Boringhieri, Torino, 1993.
- Nardulli A. (2006), *La seduzione di Narciso*. Psiconline Edizioni.
- Scano G.P. (1982), *Il Super-io tra sessualità e socialità*, Città Nuova, Roma.
- Siani R. (1992), *La psicologia del Sé*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Westen D. (1990), The relations among narcissism, egocentrism, self-concept, and self-esteem: experimental, clinical, and theoretical considerations, *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, XIII, 2, pp.183-239.
- Shedler J. Westen D. e Lingiardi V. (2014), *La valutazione della personalità con la SWAP-200. Seconda edizione*, Cortina, Milano.