

ARTICOLO DI OPINIONE

Narciso alleato nella lettura costruttiva dei vissuti

Antonio Capodilupo¹

¹ Consultorio Familiare nell'ASL Latina (Psicoterapeuta, in quiescenza)



Citation

Capodilupo A. (2023).
Narciso alleato nella lettura costruttiva dei vissuti
Phenomena Journal, 5, 13-20.
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.183>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandio

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Antonio Capodilupo
antonioapodilupo@gmail.com

Ricevuto: 7 febbraio 2023

Accettato: 5 aprile 2023

Publicato: 3 maggio 2023

ABSTRACT

The reference to narcissism evokes, as a stereotype, the representation of the person who loves him-self excessively, a cold manipulator for his own ends, interested in others to obtain consent and admiration. The concept, however, has a more articulated configuration which, according to Gabbard, ranges from pathological narcissism, including the "grandiose", indifferent to the needs of others, and the "vulnerable", insecure and often alerted by the fear of rejection by others, to high-functioning narcissism, profiled by Rus, characterized by a high self-perception and able to relate to others, as charming, attractive and interested in understanding the other. Furthermore, narcissism is often comorbid with obsessive-compulsive, masochistic tendencies, borderline organization, substance abuse, sex addiction, mood disorders or anxiety disorders. The positive qualities of narcissism are facilitators of success in social, life and work commitments, and can be a useful ally in clinical work. Psychotherapeutic theories and techniques, such as, for example, Viktor Frankl's Logotherapy, the interactive model developed by Watzlawick, Beavin and D. Jackson, the elaboration of the narcissistic transference conducted by Kohut, testify to the possibility of re-reading an expression or event with multiple punctuation points. In the present contribution, four patients, who tell the story of their painful experiences, in the clinical interview, are confronted with constructive interpretations of their feelings and behavior: Paolo, intolerant of daily insulin control, finds himself proud, with his classmates, for his ability to self-manage; Assunta, psycho-physically exhausted, directs her efforts to give attention to herself too; Daniela, abandoned by her father, considers her multiple identities ("masks") as situational adaptation; Michela, who cuts her arms, perceives in the caused pain a sensor of being alive against the emptiness of the disappointments suffered. Everyone has had the opportunity to experience resilience, since, as Hoyt states, clinical work promotes an alliance between the subject's goals and his resources.

KEYWORDS

Healthy and pathological narcissism, constructive reinterpretation of an event, capacity for resilience.

ABSTRACT IN ITALIANO

Il riferimento al narcisismo evoca, come stereotipo, la rappresentazione della persona che ama sé stessa in modo eccessivo, fredda manipolatrice per i propri fini, interessata agli altri per ottenere consenso e ammirazione. Il concetto, tuttavia, ha una configurazione più articolata, che, secondo Gabbard, spazia dal narcisismo patologico, comprendente il "grandioso", indifferente ai bisogni degli altri, e il "vulnerabile", insicuro e spesso allertato dal timore del rifiuto da parte degli altri, al narcisismo ad alto funzionamento, profilato da Rus, caratterizzato da un'alta percezione di sé e in grado di avere relazioni con gli altri, in quanto affascinante, attraente e interessato a comprendere l'altro. Inoltre, il narcisismo è spesso in comorbidità con tendenze ossessivo-compulsive, masochistiche, organizzazione borderline, abuso di sostanze, *sex addiction*, disturbi dell'umore o disturbi d'ansia. Le qualità positive del narcisismo sono facilitatrici di una buona riuscita negli impegni sociali, di vita e di lavoro, e possono essere utili alleate nel lavoro clinico. Le teorie e tecniche psicoterapeutiche, come, per esempio, la Logoterapia di Viktor Frankl, il modello interattivo sviluppato da Watzlawick, Beavin e D. Jackson, l'approfondimento del transfert narcisistico condotto da Kohut, testimoniano la possibilità di rileggere un'espressione o un evento con molteplici punteggiature. Nel presente contributo, quattro pazienti, che fanno la narrazione dei loro vissuti dolorosi, nel colloquio clinico, sono confrontati con interpretazioni costruttive del proprio sentimento e comportamento: Paolo, insopportabile al controllo insulinico quotidiano, si scopre orgoglioso, con i suoi compagni di classe, per la sua capacità di autogestirsi; Assunta, psico-fisicamente esausta, rivolge l'impegno per dare premure anche a sé stessa; Daniela, abbandonata dal padre, considera le sue plurime identità ("maschere") come adattamenti situazionali; Michela, che si tagliuzzava le braccia, percepisce nel dolore provocato un sensore dell'essere in vita contro il vuoto delle delusioni subite. Tutti hanno avuto l'opportunità di sperimentarsi resilienti, poiché, come afferma Hoyt, il lavoro clinico promuove un'alleanza tra gli obiettivi del soggetto e le sue risorse.

PAROLE CHIAVE

Narcisismo sano e patologico, rilettura costruttiva di un evento, capacità di resilienza.



Attribution-NonCommercial 4.0
International (CC BY-NC 4.0)

Introduzione

La formazione del personaggio di Narciso appare polimorfa già nelle sue versioni letterarie mitologiche: nella versione ellenica (Conone e Partenio) e romana (Ovidio), datate agli inizi dell'era cristiana, Narciso, vedendo la sua immagine riflessa in uno stagno, se ne innamora perdutamente e, avvertendo impossibile quell'amore, si lascia morire, struggendosi; nella versione di Pausania del II secolo d.C., Narciso ha una sorella gemella, e, quando questa muore, si consola con la propria immagine riflessa nella fonte, identica alla sorella amata (*Descrizione della Grecia*, IX 31, 7-8).

Lo stereotipo considera narcisista una persona che ama sé stessa in modo eccessivo, non interessata agli altri se non per ottenere consenso e ammirazione e, perciò, fredda manipolatrice per i propri fini; ma la sua configurazione è più articolata.

Narcisismo patologico e sano

Lo psichiatra tedesco H. Ellis [1] applicò il termine “narcisismo”, in sessuologia, per designare un atteggiamento patologico della vita sessuale, per cui la persona tratta il proprio corpo come oggetto sessuale, fonte di desiderio e di piacere; Paul Näcke [2] lo usò in uno studio sulle perversioni sessuali.

Sigmund Freud distingue un narcisismo primario, tipico del primo stadio dell'esistenza e antecedente alla formazione e organizzazione dell'Io, in cui è assente qualsiasi genere di relazione e investimento oggettuale (la vita intrauterina sarebbe l'esempio migliore di questo stato), e un narcisismo secondario, in cui la libido viene ritirata dagli investimenti oggettuali e reinvestita sull'Io. Si legge in un passo [3]: “*Il narcisismo non sarebbe una perversione, bensì il complemento libidico dell'egoismo della pulsione di autoconservazione, una componente del quale è legittimamente attribuita ad ogni essere vivente*”. La linea patologica si forma di seguito a processi premianti o punitivi, incoerenti o incongrui, per cui il bambino si fissa su sé, auto-gratificandosi e non riconoscendo l'altro, o regredisce allo stato di isolamento originario, negando l'altro da sé.

Con Otto Rank [4], il termine narcisismo inizia a sganciarsi dalla sfera sessuale, per essere applicato a fenomeni più ampi, quali vanità e auto-ammirazione.

Ernest Jones [5], Heinz Kohut [6-8], Otto Kernberg [9-10] hanno profilato il disturbo narcisistico di personalità, che, nel 1980, è stato incluso nel DSM-III e che risulta tuttora classificato nel DSM V.

Jacques Lacan [11] colloca il momento costitutivo del narcisismo nella fase dello specchio, in cui il bambino riconosce la propria immagine.

Sul suo sviluppo si confrontano sostanzialmente due posizioni: quanti chiamano in causa il ruolo di una famiglia con ambizioni molto alte, che induce il bambino a credersi “speciale”, ridicolizzando o biasimando le sue paure e i fallimenti e inducendogli un senso di vergogna da riparare sempre e contro-reattivamente; altri che ne trovano l'origine nel vuoto generato dal mancato riconoscimento di sé, per cui i narcisisti, molto insicuri “*circa la propria capacità di amare e di essere amati*”, sono “*alla spasmodica ricerca di altri che possano ammirarli, esserne colpiti, provare*

empatia per i loro bisogni, confermare la loro eccezionalità e/o servire da oggetto idealizzato che non li umilierà né li farà mai sfigurare” [12].

Il narcisismo, dunque, risuona su più registri, lungo un *continuum* che va da “carente” a “sano” a “patologico” [13].

Nel narcisismo sano c’è un certo equilibrio tra l’attenzione ai propri bisogni e le capacità di cogliere quelli degli altri.

Otto Rank [3] scrive che “*amare il proprio corpo è un importante fattore della normale vanità femminile*”; Andrew P. Morrison [14] ricorda che una certa quantità di narcisismo permette di equilibrare le proprie esigenze in relazione con gli altri; Craig Malkin [15] sostiene che un livello troppo basso di narcisismo sano non è positivo per la persona; Heinz Kohut [8] ne esplicita le caratteristiche positive: forte autostima, autentico concetto e rispetto e amore di sé, capacità di sopportare le critiche degli altri mantenendo un’autostima positiva, fiducia nel fissare e perseguire obiettivi e realizzare le proprie speranze e i propri sogni, sano orgoglio di sé e dei propri risultati, capacità di ammirare ed essere ammirati.

Nelle forme patologiche, invece, la qualità delle relazioni manifesta, in sostanza, una incapacità di amare e un’assenza di empatia.

Su questo versante, Gabbard [16] pone ad un estremo il “narcisista inconsapevole o grandioso”, indifferente ai bisogni degli altri da cui desidera trarre solo ammirazione e gratificazione, all’altro capo il “narcisista ipervigile o vulnerabile”, più insicuro e spesso allertato per timore del rifiuto da parte degli altri, dai quali sospetta emarginazione e denigrazione.

A questi Rus et al. [17] aggiungono il “narcisismo ad alto funzionamento/esibizionistico”, caratterizzato da un’alta percezione di sé, ma in grado di avere relazioni con gli altri, in quanto affascinante, attraente e interessato a comprendere l’altro.

Il narcisismo è spesso in comorbidità con tendenze ossessivo-compulsive, masochistiche, organizzazione borderline, abuso di sostanze, *sex addiction*, disturbi dell’umore o disturbi d’ansia [9-10].

La dichiarata duplice valenza, sana e patologica, si riscontra comunemente nelle situazioni di vita, personale e sociale.

Sándor Ferenczi [18] osserva che le persone, afflitte e tormentate da dolori e/o malesseri organici, abbandonano ogni interesse per le cose del mondo esterno, che non riguardino la propria sofferenza, ritirando sul proprio Io gli investimenti libidici, per poi esternarli qualora intervenga la guarigione.

Christopher Lasch [19] definisce l’odierna società caratterizzata dalla “cultura del narcisismo”, in cui l’uomo “ripiegato è su sé stesso”.

Per esempio, nell’uso dei *social media*:

- il *selfie* è una pratica simpatica, per fissare la propria immagine in un’espressione teatrale o per “immortalarsi” insieme a un personaggio, ma può degenerare nel “selficidio” delle 259 vittime, cadute fra il 2011 e il 2017, sulla linea dello scatto che più adrenalinico non si può;

- le cuffie sono utili per ascoltare musica o ripassare una lezione o sentire le notizie radiofoniche, ma sono limitanti per il soggetto che si isola dalle persone con cui con-

divide la compagnia o che ignora il pericolo nell'attraversare la strada;

- trattenere i ragazzi davanti al televisore o lasciarli giocare alla *play station* può offrire uno spazio di quiete ai genitori, ma il rischio di teledipendenza e di isolamento incombe se mancano regole di comportamento;

- la *chat* favorisce conoscenze e incontri, foriere, tuttavia, di possibili disillusioni, falsità, *stalking* e violenza.

In ambito socio-sanitario, taluni comportamenti oscillano tra la ricerca di benessere e il ripiegamento su sé:

- il comportamento ludopatico, dove il piacere del gioco diventa compulsione;

- l'uso di sostanze, che da esperienza di prova o condivisione gruppale, può portare all'abuso;

- l'*hikikomori*, trasferito da meditazione ascetica o forma di protesta a isolamento e confinamento estremi;

- gli atti autolesionistici e lo stesso suicidio, orditi come liberazione o come disperazione.

Narciso alleato

I clinici contemporanei sono a favore di un approccio integrato che passa per l'accettazione incondizionata ed empatica del paziente da parte del terapeuta, con una sintonizzazione emotiva, laddove le emozioni più autentiche sono accessibili.

Con tale disposizione, le qualità positive del narcisismo possono essere agganciate, per convertire formulazioni ed esperienze dolorose in espressioni e prospettive costruttive.

Viktor Frankl [20], padre della Logoterapia, propone le tecniche della rivalutazione cognitiva, della reinterpretazione del significato di un evento e del dialogo socratico, per promuovere una inversione di senso circa gli eventi dolorosi vissuti; a fronte di un medesimo destino, taluni lamentano "*La mia vita è stata una sofferenza, intervallata da rari momenti di illusoria felicità*", altri professano "*La mia vita è stata felice, pur avendo avuto alcuni momenti di profondo dolore*"; di seguito a lutti sofferti, taluni, bloccati sui familiari scomparsi, non godono più delle persone viventi, altri danno maggior valore al proprio essere in vita e in società.

Nello studio dei modelli interattivi, Watzlawick, Beavin e D. Jackson [21] invitano a usare più chiavi di lettura o punteggiature di uno stesso evento.

Kohut [6], in ambito psicoanalitico, annota due tipi di transfert narcisistici: "speculare" e "idealizzante": nel primo, il paziente esprime il bisogno di essere ammirato e "rispecchiato" dal terapeuta; nel secondo, esprime il bisogno di idealizzare e ammirare il terapeuta stesso. Compito del terapeuta non è quello di frustrare questi bisogni, interpretandoli *tout court* come difese, ma quello di accettarli e di corrisponderli, per permettere al Sé di svilupparsi [22].

Di seguito, dunque, quattro confronti maieutici, intrattenuti nel colloquio clinico.

Paolo ha 11 anni e da un paio di settimane, per un malore a scuola, ha scoperto di avere il diabete mellito di tipo 2, per cui è costretto a provvedere al metabolismo del

glucosio con l'autosomministrazione dell'insulina. Frequenta la classe prima media, ha un ottimo rendimento scolastico, è socievole con i compagni, è appassionato degli stili artistici dei templi greci (dorico, ionico, corinzio), la cui competenza condivide con il papà, pratica canottaggio, immagina il suo futuro come aviatore. Deve misurare la glicemia, con un pennino pungidito, sia prima dei pasti per misurare la quantità di cibo da assumere sia quando avverta segnali di malessere, ed eventualmente iniettarsi con l'apposita "penna". Teme che gli amici lo prendano in giro e lo isolino, che sia trascurato o emarginato nel gruppo dei coetanei canottieri, che la mamma preoccupata lo assilli sui controlli e che gli riduca le uscite e il tempo gioco con i cugini. Per questo, da una settimana non vuole frequentare le lezioni scolastiche e gli allenamenti sportivi.

Assunta ha 40 anni, è mamma e lavoratrice a tempo pieno. Avverte una persistente stanchezza psicofisica e afferma di non provare più gusto nelle cose che fa, persino nel vivere. Lamenta di non ricevere attenzione dal marito e si colpevolizza di non riuscire più a giocare con piacere con i suoi bambini. Ha avuto recentemente un attacco acuto d'ansia, per il quale ha fatto un accesso al Pronto Soccorso, dove l'assunzione di uno psicofarmaco a base di benzodiazepine l'ha aiutata a superare l'episodio, ma è tuttora addolorata per non essere più efficiente come prima e teme di non farcela a riprendersi.

Daniela ha 22 anni e frequenta gli studi universitari. Il padre naturale ha abbandonato la fidanzata, con la quale l'aveva concepita, dopo averla sollecitata ad abortire. Al rifiuto della neo incinta, egli è "sparito", sia dalle responsabilità economiche che dalle attenzioni alla neonata; e così per 18 anni! Rintracciato da Daniela, si presenta con un regalo insignificante al 18° compleanno di lei, non accenna alla minima richiesta di perdono, anzi colpevolizza della sua assenza la ragazza-madre definita astiosa di carattere; stavolta, è la figlia che lo caccia di casa, intimandogli di non farsi più vedere, e non ne avverte il bisogno, per quanto addolorata della mancanza della figura paterna. La ragazza è stata cresciuta dalla sola madre, che le ha assicurato pieno affetto e sostegno. A 19 anni, è ancora lei a dover allontanare il suo ragazzo, primo grande amore, avendone scoperto il tradimento con alcune amiche. Si percepisce con una pseudo-identità, come se indossasse delle maschere: con la madre, intima e affettuosa; con il secondo ragazzo, forte; con le persone, diffidente; con sé stessa, incredula.

Michela ha 17 anni e frequenta il quarto anno delle superiori. Sta vivendo un periodo davvero difficile: i genitori si sono separati in modo "barbaro"; a scuola è rimasta delusa dalle amiche che hanno spettegolato su di lei; il rendimento scolastico è sceso; il ragazzo l'ha lasciata perché non sopportava la sua tristezza continua. Lei riconosce di provare un profondo vuoto interiore; non sente più gusto del vivere e riferisce ideazioni suicide, per liberarsi dal dolore psichico divenuto insostenibile. Mentre parla, dalla manica della maglietta, lascia intravedere dei segni e, richiesta, scopre le braccia che mostrano i tagliuzzamenti, che da un mese si procura. Piange inconsolabilmente, vergognandosi delle ferite, ma sollevata dal non tenerle segrete, avendole mostrate a qualcuno.

Cristallizzando le narrazioni, si può intitolare:

- Paolo un “Narciso ferito” (in quadro ad alto funzionamento/esibizionistico), con angoscia dell’Io che si addolora per la sorte capitata e si chiude agli altri arroccandosi difensivamente;
- Assunta un “Narciso trascurato” (in quadro ad alto funzionamento e comorbidità di ansia), con angoscia dell’Io tra il dover essere e l’essere, che riconosce sé stesso nell’immolazione agli altri;
- Daniela un “Narciso tradito” (in quadro ipervigile e comorbidità borderline), con angoscia dell’Io, che si scompone in varie immagini per apparire così come gli altri la vogliono;
- Michela, un “Narciso spento” (in quadro fragile e comorbidità depressiva), con angoscia dell’Io, che avverte il vuoto di Sé e lo colma con gesti di autolesionismo.

Superando, tuttavia, l’inquadramento psichiatrico, si possono cogliere il bisogno sottostante al disagio manifestato e le risorse sopite nel dolore accusato.

Paolo è confrontato con la considerazione, che di lui hanno in classe: “*Cosa ti dicono i compagni?*”. Riferisce i commenti più significativi: da Luana, “*Che figata! Ti pungi da solo!*”; da Luciano: “*Sei proprio coraggioso!*”.

Assunta è sollecitata a cogliere il motivo per cui si adopera così indefessamente: “*Perché ti sacrifichi così tanto?*”. La risposta sta nel senso del dovere, che le viene da un amore sacrificale: “*Lo faccio perché voglio bene ai miei figli, ai miei genitori, a mio marito, al mio lavoro*”. Confrontazione: “*Non manca qualcuno come oggetto del tuo affetto?*”; replica: “*È vero: me stessa! ... Non ci penso proprio a me stessa!*”. A Daniela si restituisce la profondità di pensiero, la sensibilità delle emozioni, la responsabilità nella vita, la capacità di amarsi e di costruirsi, nonostante i tradimenti subiti nell’infanzia e in adolescenza. Lei accoglie il commento: “*Sono perplessa, perché mi sembra come se queste qualità non mi appartenessero davvero; ma le porterò con me e ci penserò...!*”.

A Michela è proposto un “paradosso esistenziale” [23]: “*Hai fatto proprio bene a tagliuzzarti!*”. E lei, con le guance e le labbra inondate di lacrime: “*Era l’unica cosa che avvertivo fisicamente e che mi faceva sentire viva, perché tagliuzzandomi mi facevo presente a me stessa e reattiva ad un’emozione!*”.

La rilettura, operata dall’intervento, conduce Paolo a vedere il diabete come un compagno inatteso con cui convivere, Assunta ad apprezzare la capacità dell’amore rivolto anche a sé, Daniela ad osservare le sue “maschere” come manifestazioni situazionali della propria unica persona, Michela a dare al suo gesto lesivo il valore di uno stimolo per sentirsi e per vivere.

L’allontanamento di Paolo dal gruppo dei coetanei, scolastico e sportivo, e i gesti autolesivi di Michela costituiscono delle “tentate soluzioni” [24], utili come atti di difesa temporanei, ma prive di efficacia nel risolvere il problema e possibile ostacolo al cambiamento, se assunte come unica via d’uscita e protratte nel tempo. A entrambi viene proposta una “esperienza emozionale correttiva” [25]. Allo stesso modo, le confessioni di anedonia di Assunta e le manifestazioni di identità liquida di Daniela non sono, semplicemente e univocamente, sintomi di uno stato depressivo o *border-*

line, bensì messaggi a lettura molteplice, quale tentativo di mantenere l'equilibrio, funzione di compromesso, beneficio secondario, messaggio esistenziale ecc. [26]. A entrambi è proposta una codifica del loro stato emotivo, in chiave ricostruttiva.

Conclusione

Hoyt [27] delinea il lavoro clinico come alleanza tra gli obiettivi del soggetto e le sue risorse.

I soggetti hanno risposto con resilienza, aprendosi al cambiamento [28] e dimostrando “*di capire come nelle persone possano essere ripristinate le proprie condizioni di conoscenza ampia, scoprendo uno spazio al di là di quello delle invasioni, scoprendo una dimensione che renda possibile la propria struttura*” [29].

BIBLIOGRAFIA

1. Ellis, H., Symonds J.A. (1897). *Sexual Inversion*. London: Wilson and Macmillan. Trad. it.: *Psicologia del sesso 2: l'inversione sessuale*. Newton Compton Italiana, Roma, 1970.
2. Näcke, P.A. (1899). Kritisches zum Kapitel der normalen und pathologischen Sexualität. *Archiv für Psychiatrie*, 32, 356-386. <https://doi.org/10.1007/BF02036207>
3. Freud, S. (1914). *Introduzione al narcisismo*. In *Opere*, 12 voll. Torino: Boringhieri, 1976-1980, vol. VIII.
4. Rank, O. (1989). *Das Inzest-Motiv in Dichtung und Sage*. Berlin: Fachbuchverlag Dresden. Trad. it.: *Il tema dell'incesto nella poesia e nella leggenda*. Milano: Sugarco Ed., 1912.
5. Jones, E. (1951). The God complex. In: *Essays in Applied Psychoanalysis*, vol. 2, pp. 244-265. London: Hogarth Press.
6. Kohut, H. (1971). *Narcisismo e analisi del Sé*. Torino: Boringhieri (trad. it.).
7. Kohut, H. (1977). *La guarigione del Sé*. Torino: Boringhieri (trad. it.).
8. Kohut, H. (1982). *La ricerca di Sé*. Torino: Boringhieri (trad. it.).
9. Kernberg, O. (1978). *Sindromi marginali e narcisismo patologico*. Torino: Boringhieri. (trad. it.)
10. Kernberg, O. (1988). *Disturbi gravi della personalità*. Torino: Boringhieri. (trad. it.).
11. Lacan, J. (1949). *Lo stadio dello specchio come formatore della funzione dell'Io*. XVI Congresso internazionale di psicoanalisi. Zurigo, luglio.
12. Gabbard, O.G., & Crisp, H. (2019). *Il disagio del narcisismo. Dilemmi diagnostici e strategie terapeutiche con i pazienti narcisisti*. Milano: Raffaello Cortina Editore, pag. 15.
13. Jenkins, R. (2019). Healthy Narcissism and Narcissistic Personality Disorder. <https://www.specializedtherapy.com/narcissism-and-narcissistic-personality-disorder/>
14. Morrison, A.P. (1989). *Shame. The Underside of Narcissism*, Routledge. New York : Routledge.
15. Malking, C. (2016). *Rethinking Narcissism*. Boston: Harvard Medical School.
16. Gabbard, G.O. (1989). Two subtypes of narcissistic personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 53(6):527-32.
17. Rus, E. et al. (2008). Refining the Construct of Narcissistic Personality Disorder: Diagnostic Criteria and Subtypes. *Am J Psychiatry* 165:11, November 2008, 1473-1481. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.07030376
18. Ferenczi, S. (1988). *Diario clinico (gennaio-ottobre 1932)*, Milano: Raffaello Cortina.
19. Lasch, C. (1981). *La cultura del narcisismo*, Milano: Bompiani.
20. Frankl, V.E. (1946) *Man's Search for Meaning*. New York: Simon and Schuster. Trad. it. *Alla ricerca di un significato della vita*. Milano: Mursia, 2005.
21. Watzlawick, P., Beavin, J.H., D. Jackson, D. (1967). *Pragmatic of Human Communication. A study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*. New York, W.W. Norton & Co. Trad. it.

Pragmatica della Comunicazione Umana. Studio dei modelli interattivi, delle patologie e dei paradossi. Roma: Ed. Astrolabio-Ubaldini, 1971

22. Migone, P. (1993). Il concetto di narcisismo. *Il Ruolo Terapeutico*. 63: 37-39 (I parte), e 64: 32-36 (II parte).

23. Fromm E. (1976). *To have or to be?* New York: Harper & Row, 1976. Trad. it., *Avere o essere?*, Milano: A. Mondadori, 1977.

24. Nardone, G., Watzlawick, P. (1990). *L'arte del cambiamento*. Firenze: Ponte alle Grazie.

25. Alexander, F., French, T.M. (1946). *Psychoanalytic Therapy: Principles and Application*. New York: Ronald Press.

26. De Vincentiis, A. (2010). *Il sintomo e la sua funzione in psicologia*. <http://www.medicitalia.it/minforma/psicologia/478-sintomo-funzione-psicologia.html>

27. Hoyt, M.F. (Ed.) (2014). *Capturing the moment: Single session therapy and walk-in*. Bancyfelin (Camarthen): Crown House Publishing.

28. Wieland, A. & Wallenburg, C.M. (2013). The Influence of Relational Competencies on Supply Chain Resilience: A Relational View. *International Journal of Physical Distribution & Logistics Management*, Vol. 43, No. 4, 300-320. Doi: 10.1108/IJPDLM-08-2012-0243

29. Canevaro, A. (2001). *Bambini che sopravvivono alla guerra: percorsi didattici e di incontro tra Italia, Uganda, Ruanda e Bosnia*. Trento: Erickson.