

**CAREZZE: SPINTA MOTIVAZIONALE O MANIPOLAZIONE?  
UN VIAGGIO ATTRAVERSO I DISTURBI DI PERSONALITÀ.**

*Tiziana Aceti, PTSTA-P*

*Antonella Liverano, TSTA-P*

*Neopsiche Rivista di Analisi Transazionale e Scienze Umane, N.13/14, pag. 50-66.*

**Abstract:** In questo articolo si fa riferimento alla definizione di carezze di Berne riguardante la spinta motivazionale del comportamento umano. Si prendono poi in esame dei casi clinici come esemplificazione del modo in cui le carezze si traducono nella relazione con pazienti con diagnosi di disturbo di personalità borderline e narcisistico.

*“Ognuno di noi, a prescindere dal nostro stile di comportamento, ha un nucleo di fondo che è degno di essere amato e che ha la potenzialità ed il desiderio di crescita e di autorealizzazione. (...). Dal momento che tutti sono fondamentalmente OK, ognuno di noi merita carezze positive per il semplice fatto che esiste” (Woollams & Brown, 1978).*

**Introduzione al concetto di carezze.**

Berne parla della “fame di stimolo” per la prima volta nel 1961 originata “*dall’incapacità di sopportare lunghi periodi di noia o di isolamento, in particolare per quel tipo di stimoli offerti dall’intimità fisica. La fame di stimolo è parallela in molti modi (biologico, fisiologico, sociale) alla fame di cibo*” (Berne, 1961 pag.71). La carezza rappresenta un elemento della relazione che agisce come uno stimolo che echeggia internamente nelle persone e che ristora la relazione. I tre livelli a cui Berne faceva riferimento sono: biologico, psicologico e sociale. “*Si può dunque postulare l’esistenza di una catena biologica che va dalla privazione emotiva e sensoriale all’apatia di qui alle modifiche degenerative e alla morte. In questo senso la fame di stimolo ha con la sopravvivenza dell’organismo umano lo stesso rapporto della fame di cibo*” (Berne, 1964, pag.14).

Nel 1963 usa la parola “carezza” in senso metaforico quando parla della “fame di riconoscimento” delle persone in età adulta. Nel 1964, coniando l’espressione, “*senza carezze non si cammina a petto in fuori*” (Berne, 1964, pag.15), indica con questo termine il significato degli atti che implicano il riconoscimento della presenza dell’altro. La carezza è “*ogni atto che implichi il riconoscimento della presenza di un’altra persona*” (Berne, 1964, pag.16). Una carezza può essere usata come l’unità fondamentale di azione sociale; lo scambio di carezze costituisce una transazione, che è l’unità di

relazione sociale. Così Berne esprimeva l'idea che la motivazione della relazione sociale è la carezza, il contatto, il riconoscimento di sé e dell'altro.

A nostro avviso come sistema motivazionale lo scambio di carezze contiene in sé sia il concetto di relazione con l'altro che quello del proprio "esserci": le carezze rappresentano quindi il senso della propria intrinseca identità e, nello stesso tempo, il riconoscimento dell'alterità.

Se la salute e il buon funzionamento, così come la disfunzionalità e la patologia, trovano il loro terreno di sviluppo nel rapporto tra il bambino e i suoi care-takers e nel processo di scambio e negoziazione continua tra il soggetto e i suoi partner relazionali, allora possiamo pensare all'economia delle carezze come a un'impronta lasciata da questo processo di negoziazione nel suo svolgersi. Impronta che contraddistingue il soggetto ed è insieme segno distintivo della sua storia.

Infatti è a partire dalle prime esperienze di relazione che il bambino costruisce i propri schemi relazionali e le proprie reti neurali. Siegel (1999) parla di mente relazionale. Attraverso la relazione il bambino delinea una prima mappa di attribuzioni che sono alla base del riconoscimento identitario proprio e dell'altro: chi sono io e chi è l'altro. Mappa che verrà rivisitata nel crescere, nell'impatto con gli eventi significativi della vita e con i fisiologici cicli di passaggio e crisi evolutive. Quando avviene un'esperienza di fallimento relazionale il bambino si riadatta e "impara" rivedendo il proprio sistema motivazionale: memorizza il ritiro, l'attacco o la fuga come strategie e le utilizza quando si ripresentano situazioni simili, o vissute come tali.

Sappiamo che la terapia stessa è una carezza di riparazione e di nuova costruzione. Compito del terapeuta è quello di tener ben presente il principio dell'economia delle carezze inteso come forza terapeutica: *"il terapeuta deve tenere sempre presente la necessità fisiologica dell'individuo a raggiungere un'adeguata stimolazione per poter soddisfare le sue fami psicobiologiche di stimoli e di riconoscimento"* (Novellino, 1998, pag.113).

Tenendo presenti questi concetti basilari riguardanti le "carezze" analizzeremo la natura, i rischi e il nutrimento che le stesse comportano nella relazione terapeutica con pazienti con diagnosi di disturbi di personalità borderline e narcisistico.

### **Disturbo Borderline di Personalità.**

A nostro avviso nel trattamento del paziente borderline è importante:

1. creare un livello ottimale di partecipazione da parte del terapeuta senza scadere in un atteggiamento banalmente supportivo;
2. definire chiaramente il contesto del trattamento riferendoci all'Adulto del paziente e mantenerlo stabile nel tempo;
3. avere la capacità di "reggere" con empatia ed accettazione gli attacchi del paziente restituendogli il proprio materiale bonificato;
4. gestire lo stroking tenendo presente che nel paziente borderline le carezze "lette" in positivo rinforzano la regressione, quelle lette in negativo fanno rientrare il terapeuta nell'oggetto scisso "cattivo" a causa della mancata integrazione del G. (Novellino, 1998).
5. interpretare il transfert negativo.

Clinicamente il borderline si comporta come se tutta la vita fosse una lunga, irrisolvibile, crisi di riavvicinamento.

La struttura intrapsichica risultante del disordine della personalità borderline é caratterizzata dalla difficoltà di fusione Sé-Oggetto che sono separate in parti unità e le cui proiezioni non sono continue, ma si alternano vicendevolmente.

La storia di questi pazienti ha spesso a che vedere con una serie di estreme frustrazioni ed intensa aggressività durante i primi anni di vita che, attraverso la proiezione, possono causare una distorsione paranoidea delle immagini parentali, soprattutto della madre.

Al fine di preservare le immagini positive di sé e degli altri dalla distruzione da parte di quest'aggressività interna, il paziente borderline opererebbe inconsciamente una *scissione* tra gli introietti positivi e negativi, allo scopo di separare gli aspetti contraddittori ed opposti delle rappresentazioni del Sé e dell'oggetto (Divac-Jovanovic M., & Radojkovic S., 1987).

Nei pazienti con DPB lo Stato dell'Io Adulto è contaminato sia dal Genitore che dal Bambino. La persona critica se stesso internamente dal Genitore e risponde dal Bambino con rabbia e condotte autolesive.

Questa dinamica oggettiva si evidenzia soprattutto nello stato dell'io Bambino della persona; il G1 risulta costituito da nuclei non integrati G1+ e G1-; il B1 presenta una scissione di sé totalmente positiva o totalmente negativa. Tutto ciò viene proiettato sul genitore reale, che è vissuto come negativo o positivo. Lo stato dell'Io Adulto risulta spesso disattivato, in particolare nei momenti di acting out (Haykin, 1980).

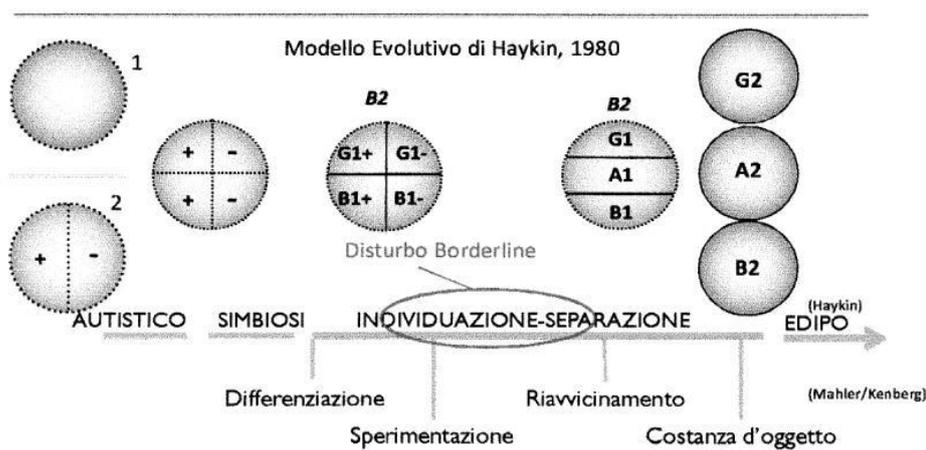


FIG. 1 (Haykin, 1980)

Poiché il problema principale dei pazienti borderline è non aver avuto un genitore disponibile a supportarli nel momento della separazione-individuazione (Mahler, 1975), (vedi fig. 1) la relazione terapeutica dovrebbe funzionare come supporto correttivo nel presente per permettere alla persona di integrare, attraverso il processo della mentalizzazione e della funzione riflessiva, l'integrazione delle proprie e altrui motivazioni nella relazione interpersonale. Infatti la progressione evolutiva verso la consapevolezza interpersonale prevede che il paziente, si sposti progressivamente da un modello subsimbolico preverbale ad uno mentalistico. Con i pazienti che manifestano patologie dell'attaccamento, e quindi disturbi di sviluppo nell'area della regolazione affettiva, la relazione terapeutica funziona come una relazione di attaccamento.

La *funzione riflessiva* si riferisce a quella operazione mentale che permette di interpretare il proprio comportamento e quello altrui in termini di ipotetici stati mentali, cioè in relazione a pensieri, affetti, desideri, bisogni ed intenzioni. (Target & Fonagy, 2001).

In termini di Analisi Transazionale, il fallimento della funzione riflessiva può essere paragonato alle mancate integrazioni del Sé dello stato dell'io bambino, e quindi alle ingiunzioni che hanno a che fare con la patologia strutturale del G1+ e G1-.

La *mentalizzazione* è la capacità di rappresentarsi i propri e gli altrui stati mentali come dotati di intenzionalità, in modo da rendere predicibile il comportamento. Il paziente impara a pensare a sé in termini di stati mentali piuttosto che di realtà fisica e a dare nuovi significati ai suoi affetti se ha potuto fare l'esperienza di essere "tenuto" nella mente del terapeuta.

Dal punto di vista dell'Analisi Transazionale, possiamo paragonare la mentalizzazione al cambiamento che le persone, attraverso la relazione con l'altro significativo ed in base al loro patrimonio neuronale, portano avanti, scegliendo fra nuove opzioni, per giungere ad una ridecisione. La mentalizzazione ha quindi a che fare con la costruzione di un Genitore accogliente e nutritivo (Clarkson, 1988). In AT possiamo lavorare sulla mentalizzazione occupandoci delle modalità con cui il paziente, nel processo di costruzione del suo copione, ha mentalizzato la madre.

## **CASO DI V.**

V. è un uomo di 33 anni, padre di una bambina di 2 anni. È ragioniere ed esercita in uno studio dove lavora anche la sua compagna. Ha avuto un'infanzia difficile e travagliata. A pochi mesi di vita è stato adottato; pochi anni dopo, a seguito di un incidente stradale, la mamma adottiva ha riportato molteplici lesioni midollari, tali da rimanere per sempre paralizzata. La coppia adottiva frequentemente litigava e il piccolo V. talvolta veniva usato e manipolato. Al decesso della madre avvenuto circa cinque anni fa, V. ha ricercato la madre naturale ed attualmente provvede economicamente al sostentamento della stessa. Si avvicina alla terapia esasperato dalle liti violente tra lui e la sua compagna: teme per il benessere della bambina. Riferisce la difficoltà a comunicare un proprio punto di vista senza passare all'azione interrompendo la relazione; il conflitto porta all'abbandono piuttosto che ad una mediazione e ad un'analisi costruttiva delle divergenze di pensiero della coppia.

Pertanto, durante il percorso terapeutico, l'alleanza terapeutica è stata il motore della relazione con V.; infatti il paziente, talvolta, rifiutava la comunicazione ridefinendo i contenuti e percependo il terapeuta come un nemico.

Il paziente, riferisce di aver ricevuto poche carezze positive, per lo più condizionate, e molte carezze negative incondizionate e condizionate. Ad esempio se sbagliava qualcosa, non aveva semplicemente sbagliato, ma era “*un idiota integrale che non capisce nulla*”, mentre quando faceva qualcosa di buono era perché compiva semplicemente il suo dovere. La mancanza di rispecchiamento, le continue critiche, i conflitti familiari, hanno reso V. fragile e impaurito, a tal punto che il Piccolo Professore ha attivato alcune difese: l’idealizzazione di sé e dell’altro e la negazione e la proiezione di parti negative di sé sull’altro. Il risultato di questo processo è una severa critica di se stesso accompagnata da un’aspettativa magica di riparazione rispetto alle sue sofferenze passate nella vita di relazione.

Gestire le carezze con i pazienti borderline è in generale un fatto delicato: bisogna saper dosare la distanza e la vicinanza emotiva in quanto queste persone hanno imparato che il contatto fisico è sbagliato, (V. era spesso picchiato se non si adattava alle regole) che la vicinanza può essere sopraffazione e che la distanza può essere pericolosa.

L’obiettivo in terapia è quello di sfidare le regole restrittive, 1) non dare carezze; 2) non chiedere carezze; 3) non accettare carezze; 4) non rifiutare carezze) e permettere il libero scambio diretto al Bambino non più ostacolato dal nastro genitoriale. Appare chiara la necessità di rivolgersi ad un Adulto in grado di rinunciare ai giochi come modalità per estorcere carezze anche negative.

*T - (in fase di chiusura) Ci vediamo lunedì prossimo alle 10.*

*P - Tanto vengo di sicuro più tardi!!!! (ridendo)*

*T – Che vuol dire con questa risata?*

*P- Lo so....certe volte non mi prendo e non prendo sul serio quello che faccio.*

*T- Sono contenta che dice questo... Io sono qui per lei e la aspetto alle 10.*

V. rifiuta la stabilità di una situazione strutturata (regole del setting) attivando il BR alla ricerca di un GN- che lo punisca per riconfermarsi la sua posizione esistenziale non ok. Il terapeuta agisce dal suo Adulto accarezzando allo stesso tempo il B del paziente che vuole essere segretamente rassicurato rispetto all’accoglienza.

Ancora un esempio: V. ricerca nella sua compagna una figura materna accidentente idealizzata per cui spesso usa il suo Bambino Adattato allo scopo di instaurare una simbiosi con l’altro. La negazione dell’alterità è l’elemento scatenante per l’escalation violenta in cui V. teme di essere rifiutato, criticato e abbandonato.

*T - Cosa le può succedere?*

*P – Ho paura di perdere un punto d’appoggio, la mia casa sicura... anche se il rapporto è disastroso, va bene comunque, meglio questo che il nulla! (piange).*

*T - Cosa sta provando?*

*P - Non lo so.*

*T – Capisco.... Si fermi un attimo.....*

*P – Dolore... se lei non c'è io non esisto, mi vedo in un pozzo nero, vuoto e disperato come se nessuno mi possa amare!*

*T – Mi dispiace pensarla come una persona senza via d'uscita, io ci sono, sono qui con lei.*

*P- Grazie...è di conforto saperla vicina e per me è una cosa nuova. (respiro di sollievo).*

La fonte di carezze e di riconoscimento esistenziale vengono mantenuti per vie distorte. Nella sua storia lui riceveva soprattutto carezze negative: questo è quello che ha imparato rispetto alle sue relazioni significative. Attraverso la disponibilità al contatto del terapeuta il paziente impara dalla relazione un sistema di carezze alternativo.

Infatti nella favola dei “Caldo-Morbidi” (trasposizione metaforica dell’“economia di carezze”) Steiner (1970) ci dice che l’assenza o la penuria di carezze fanno “appassire la spina dorsale” e propone come antidoto il permesso al contatto e il “libero scambio” delle risorse affettive, base necessaria di una buona alfabetizzazione emozionale.

Occorre tener presente che il materiale che emerge dal lavoro sulle carezze ha spesso a che fare con la situazione traumatica originaria e che il paziente fa contatto con l’emozione legata al *lì ed allora* in cui lo scambio di carezze è temuto, auspicato, assente o compensato. Ancora un esempio:

*T - Dove ha imparato che lei è cattivo?*

*P - Quando i miei genitori mi chiudevano a chiave e mi legavano a letto perché non dovevo avere paura, lì io ho avvertito che loro non c'erano e mi sono sentito perso e solo. Ho pensato e qualche volta lo penso ancora, sono cattivo...ecco...sono cattivo...oddio mi sento solo e impaurito!*

*T - Stando così le cose cosa ha deciso per sè?*

*P - Che io non esisto! Mi ha buttato via la madre vera...e poi per mamma e papà non andavo mai bene.*

*T - E cosa invece desidera oggi per sè?*

*P – Io ci sono, esisto e voglio una relazione di rispetto e d'amore con C.*

*T - Sì, è proprio così. Ed è bello che lei ci sia. (carezza incondizionata sull'essere).*

La carezza incondizionata rafforza la nuova decisione, sottolinea la stabilizzazione del Sé e rinforza l'autostima della paziente senza rischiare elementi di regressione simbiotica.

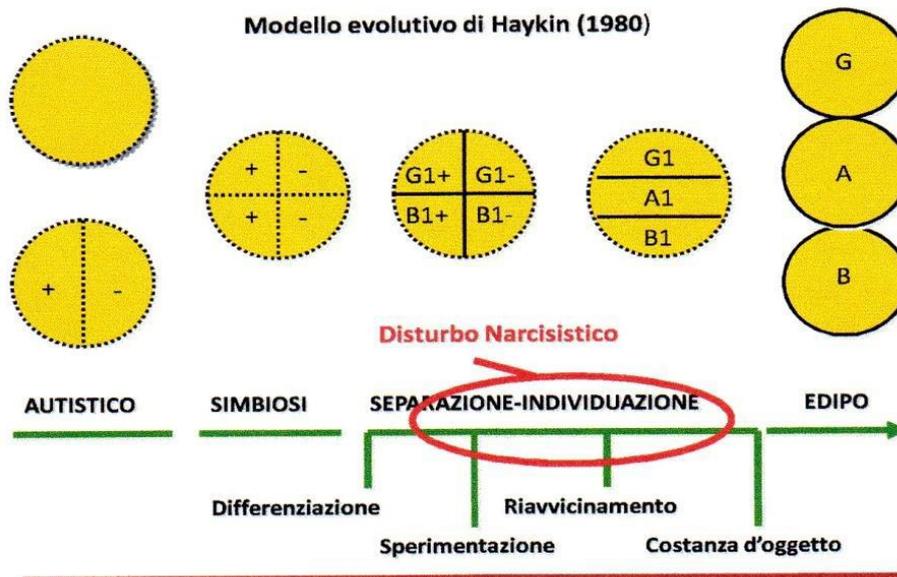
### **Disturbo narcisistico di personalità.**

Le persone che soffrono di disturbo narcisistico di personalità difficilmente si percepiscono come pazienti. Anche quando accedono agli specialisti per un percorso di cura la priorità inconsapevole sembra essere quella di ottenere dal rapporto con l'altro riconoscimento e nutrimento per il proprio Sé. In psicoterapia vanno affrontate:

1. La sofferenza emotiva del Bambino Adattato (paura, rabbia, impotenza, vergogna, invidia, gelosia).
2. La sofferenza del Genitore Normativo negativo onnipotente (intolleranza, ipercriticismo).
3. La sofferenza dell'Adulto mediatore difensivo.

Compito del terapeuta è quello di rimandare una risposta empatica e di lavorare attraverso il riconoscimento e l'ascolto. La svalutazione o l'idealizzazione che il paziente compie esprimono la sofferenza per la sua poca autostima. Occorre riportarlo ad un'esperienza affettiva *riparativa* per ricomporre questa immagine e portare a rivalutare l'immagine che ha di sé (Kohut, 1977).

Moiso (1985) ha suggerito che gli individui con disturbo narcisistico proiettano sul terapeuta aspetti scissi del G1. La scissione è tra l'esperienza del bambino di un "buon genitore" e di un "cattivo genitore". Il "buon genitore" è l'immagine grandiosa del bambino di un prodigatore di cure onnipotente ed ideale. Il "cattivo genitore" è l'immagine altrettanto grandiosa, ma negativa, di ciò e quindi il bersaglio della rabbia e della violenza. Nello sviluppo evolutivo (Mahler, 1975), il narcisista presenta un arresto nella sub-fase del processo di separazione-individuazione che precede la sub-fase del riavvicinamento: è come se il bambino vivesse una dissociazione rispetto al fatto che ha potuto individuarsi senza separarsi (Rinsley, 1980).

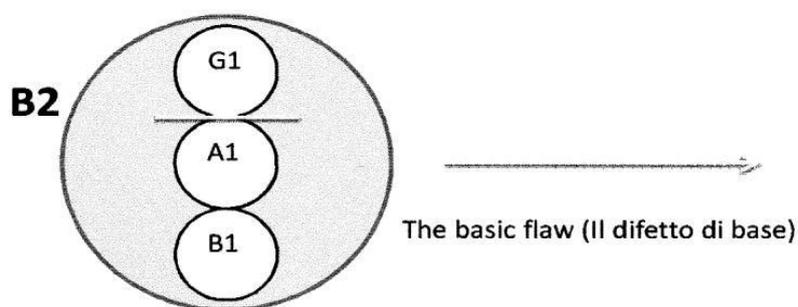


**FIG. 2**

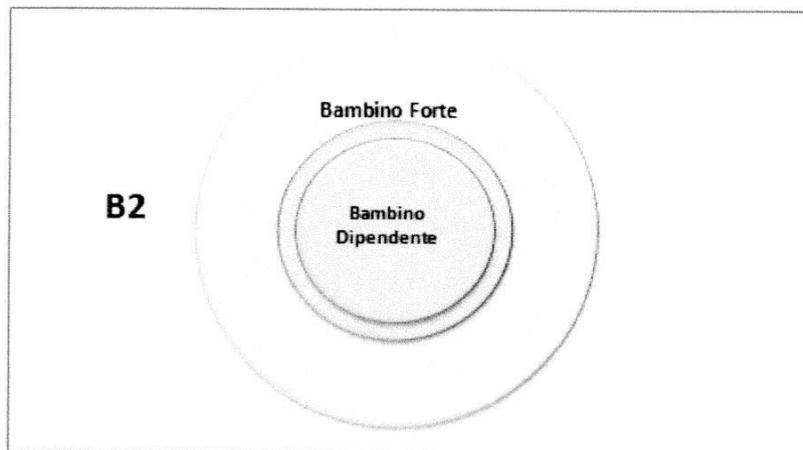
Lederer (1996) offre uno strumento di lavoro diagnostico per la struttura Narcisistica. L'autore chiama "difetto di base" l'esclusione della rappresentazione della madre internalizzata, che a livello strutturale, si manifesta con un distacco del G1. Il bambino, privo di una base sicura, effettua un adattamento strutturale interno scindendo il B1 in due parti: Il Bambino Forte ed il Bambino Dipendente.

La prima parte si chiama Bambino Forte nel senso che il bambino si dice che deve farcela con le proprie forze per cui assume il potere esecutivo e diventa il sostituto della madre internalizzata. Attraverso questi processi la persona crea un sostituto “madre” ed è così che il Bambino Forte protegge il Bambino Dipendente da possibili abbandoni e contatti intimi, usando depressione, malesseri psicosomatici, comportamenti di dipendenza fisica e chimica per anestetizzarlo, mentre il Bambino Dipendente è chiuso nel vuoto e solitudine. È il B Forte che crea e mantiene il conflitto con la madre “reale” per scaricare la sua collera mentre, allo stesso tempo, ha comportamenti di rifiuto verso di essa. I *Bambini non desiderati* sono abili a scoprire i punti deboli dell’altro, il tormento è l’essenza dei loro ricatti, i loro giochi sono: *stupido, incapace, confuso, trasgressore triste e giusto arrabbiato*.

Il paziente deve essere aiutato ad esprimere il dolore per l’abbandono e per la separazione precoce con tutta la gamma di sentimenti conseguenti. L’integrazione del B1, ed una stabile rappresentazione interna del G1, possono avvenire attraverso una relazione terapeutica che risolva il “difetto di base” attraverso una adeguata fonte di carezze rivolte al B Forte. Solo così i bisogni di dipendenza possono finalmente emergere, il terapeuta viene percepito come premuroso, affidabile e rispettoso e si ripara l’immagine di sé e del B Forte. Ciò rende possibile lo spostamento nella posizione esistenziale “Io sono ok-Tu sei Ok” ed il B integrato della persona si pone finalmente in una relazione di dipendenza con il terapeuta.



**FIG. 3**



**FIG. 4**

### **CASO DI M.**

M. è una donna di 50 anni che lavora in una società privata come libera professionista. È sposata da 27 anni ed ha un figlio di 12 anni. M. vive una relazione di coppia altamente conflittuale, costellata da diverse separazioni e riappacificazioni. Ha una storia personale di solitudine affettiva con poche attenzioni da parte dei genitori, impegnati a loro volta in una forte conflittualità di coppia. La richiesta genitoriale di perfezione e di compiacenza hanno portato M. ad un forte conflitto tra l'affermazione di sé e ciò che "si deve fare", conflitto vissuto con forti sentimenti di rabbia e tristezza. La paziente ha poche relazioni sociali in quanto teme il giudizio altrui, pensando di dover sempre essere all' "altezza della situazione". Viene in terapia per fare chiarezza rispetto al separarsi dal marito dal quale è stata tradita.

Il lavoro con questa persona è stato mirato ad accogliere la sua sofferenza relativa ai sentimenti di impotenza, vergogna, rabbia ed invidia e alla loro legittimazione agli occhi della paziente stessa così che potesse fare un'esperienza di comprensione diversa dal giudizio cui si è sentita sottoposta da sempre con la sua famiglia di origine e rispetto a suo marito.

Stiamo parlando dell'alleanza narcisistica (Tosi, 1991) che può essere definita la prima esperienza "affettiva" dei pazienti; essa si poggia su basi inconsce, regressive e orientate al cambiamento. La sua costruzione richiede molto tempo ma, una volta instauratasi, permette l'apertura e l'espressione del Sé arcaico che poi saranno poi oggetto di elaborazione nel transfert. In questa fase è proprio importante "accarezzare" le difese del paziente come si evince dal seguente esempio clinico.

*P – È molto importante e molto nuovo per me sentirmi confortata e ascoltata.*

*T- Casa ha colto come accogliente e confortante nella nostra relazione?*

*P - Non mi sono sentita a disagio o giudicata rispetto alle mie fragilità.*

*T - Bene. E cosa ha agito di diverso lei in questa relazione?*

*P - Ho iniziato a mostrare le mie fragilità, ... a parlare delle mie paure e non sono abituata a farlo, Mi sono esposta, messa in gioco e forse, per la prima volta mi sono fidata.*

*T – Penso che sia stata proprio coraggiosa e brava nel prendersi il rischio di aprirsi in una nuova relazione. (carezza condizionata positiva).*

La paziente fa chiarezza rispetto al modo con cui oggi mantiene il suo non sentirsi Ok: non dà e non chiede carezze positive condizionate e non (ingiunzione a non essere intimo e a non sentire). Nel far questo è stata capace di percepire il terapeuta come un Adulto ed un Genitore Affettivo positivo nella relazione ed ha accettato, con il suo Bambino, l'Adulto del terapeuta come Genitore sostitutivo; come dice Berne (1961): la persona è in terapia. In altre parole inizia la riparazione del “difetto di base”: il suo B Forte inizia ad accettare il rischio che può comportare il bisogno dell'altro, ad accettare la sua vulnerabilità, e tutto ciò di cui il legame terapeutico può essere specchio rispetto ai legami della sua vita reale.

*P - Quando sto con T. mi sento brutta, sono triste perché non mi sento riconosciuta come donna ed ho paura che mio marito possa ancora tradirmi.*

*T- Capisco. E' triste perché non si sente riconosciuta come donna da suo marito e teme che lui possa aggredirla con un altro tradimento.*

*P - Sì.*

*T - Ed in che cosa non si sente riconosciuta da suo marito?*

*P - La mente sa funziona in un decimo di secondo .... (risposta tangenziale per non sentire la rabbia del mancato riconoscimento da parte del marito).*

*T - Non ha risposto alla mia domanda. Qual è il suo bisogno in questo momento rispetto a suo marito?*

*P - Io vorrei che T. notasse i miei cambiamenti e gli sforzi per compierli. Mi aspetto sempre un riconoscimento ed una gratificazione che puntualmente non arriva. Invece lui ha detto: "lo so che un po' sei cambiata". Lui dice "un po'" e non vede i miei progressi. (attribuzione di un GC all'altro e ritiro difensivo di M. dalla relazione).*

*T - Si accorge che rimanendo con l'aspettativa magica del riconoscimento da parte di suo marito lei prende carezze negative per sé quando può averne di positive?*

*P – Sì, adesso che ci rifletto lo capisco. Forse siamo due B che vogliono essere riconosciuti ed accolti. Peccato non averlo abbracciato dicendogli "che bella cosa mi hai detto!". (Sorridente).*

Nel lavoro con persone con disturbo di personalità narcisistico gli altri ed il terapeuta stesso sono il contenitore del processo di definizione dell'autostima del paziente ed hanno come esclusiva funzione, quella di mantenere costantemente alta l'autostima debole del narcisista.

Il rischio che si corre nella relazione terapeutica con pazienti con tale diagnosi è che le carezze possono essere “interpretate” dal paziente secondo il proprio bisogno e a prescindere dalla relazione

reale: indipendentemente dal contenuto possono essere negativizzate (a causa di una rigidità interna propria della persona) o positivizzate (intese come un atto dovuto da parte del terapeuta). Tale svalutazione ed onnipotenza sono funzionali a tenere a distanza una figura di riferimento che si teme si riveli inaffidabile. (Vedi riferimento al B Forte). Inoltre c'è da considerare il rischio nell'uso, da parte del terapeuta, di uno stroking eccessivo che conduce alla deumanizzazione in cui il narcisista "usa l'altro" per sentirsi riconosciuto, efficiente, grandioso.

*P - ...se qualcuno mi dicesse cose belle di un'altra persona io direi: "che belle qualità!", ma a me non è mai capitato... (piangendo) ...mi sento fragile, forse perché mai nessuno mi ha detto cose belle di me, anzi T. adesso e i miei genitori in passato, mi dicono che sono sbagliata e che pretendo troppo da loro. (Meccanismo di svalutazione).*

*T - Si accorge di come lei ha bisogno che l'altro le dia dei riconoscimenti, senza peraltro chiederli, e di come se non le arrivano lei si pensa sbagliata e si distacca dalla relazione?*

*P - È vero! ...Io reagisco, non agisco! Non chiedo mai quello di cui ho bisogno perché ho paura che mio marito mi rifiuti, come mi sono sentita rifiutata dai miei genitori. (Meccanismo di grandiosità).*

La giusta danza tra riconoscimenti e frustrazioni, sempre nel segno del sostegno da parte del terapeuta, ha permesso a M. di imparare a darsi spazio, di farsi e permettersi di accettare e chiedere cure positive, di empatizzare con i suoi bisogni e di darsi nuovi permessi grazie alla costruzione di un G interno più protettivo di quello inizialmente introiettato.

*P - Ho cambiato modo di vedermi, sono una persona positiva e chiara, più autonoma, più elastica, più comprensiva verso gli altri e più indulgente verso me stessa, tanto da percepire una minore ansia... mi sento più spontanea e sicura.*

La conclusione della terapia con questa paziente ha significato elaborare la sua insicurezza esistenziale, legata all'affrontare la separazione dal marito, vivendo nel presente (e non in un futuro ricco di aspettative grandiose o catastrofiche, mentre il passato è superato) con le sue risorse personali e ci pare esplicitativo un sogno riferito dalla paziente in questa fase finale del trattamento.

*"Sono in una stanza dove c'è un lettino su cui è disteso un neonato. Lo vedo, mi avvicino e lo accarezzo. All'improvviso scoppia un temporale che sta causando allagamenti e distruzione; ma io so che la mia stanza rimarrà stabile sulla terraferma ed allora prendo il neonato in braccio e lo cullo dolcemente rassicurandolo".*

Questi brevi excursus clinici ci portano a considerare il fatto che la spinta motivazionale al comportamento nasce da un bisogno, anche se non sempre queste due forze appaiono in un rapporto biunivoco. Per Berne (1966) la motivazione è rappresentata dalla fame di stimoli, riconoscimento e struttura che spingono l'individuo all'"azione sociale", seppure a livello inconsapevole. Ora accade che quando il "sistema individuo" non è in omeostasi rispetto alle sue esigenze relazionali ed esistenziali, e quindi compaiono in terapia aspettative grandiose o avidità o inconsistenza, allora possono prodursi giochi, comportamenti ricattatori o strategie copionali, da parte della persona, allo

scopo di ristabilire la posizione esistenziale e con essa il proprio essere ok, soprattutto attraverso la propria economia delle carezze.

È questa la dimensione da indagare in terapia: la motivazione legata al bisogno di affetto e di stare in relazione con l'altro attraverso la relazione stessa, ed è proprio qui che si può dare significato all'elemento motivazionale della persona, condividendo il suo mondo interiore, i suoi bisogni ed il suo progetto di vita allo scopo di evitare carezze falsamente empatiche o blandizie che potrebbero generare accomodamenti simbiotici.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Berne E., (1961), Tr. it. *Analisi Transazionale e psicoterapia*, Astrolabio, Roma 1971. *Transactional analysis in psychotherapy. A systematic individual and social psychiatry*, Grove Press, New York.
- Berne E., (1962), *In Treatment*. TAB, 1(2), 10.
- Berne E., (1963), *The Structure and Dynamics of Organization and Groups*, Lippincott Company, Philadelphia.
- Berne E., (1964), Tr. it. *A che gioco giochiamo*, Bompiani, Milano. 1967. *Games people play*, New York.
- Berne E., (1966), Tr. it. *Principi di terapia di gruppo*, Astrolabio, Roma 1986. *Principles of Group Treatment*, Grove Press, New York.
- Berne E., (1970), Tr. it. *Fare l'amore*, Bompiani, Milano 1986. *Sex in human loving*, Simon and Schuster, New York.
- Berne E., (1972), Tr. it. *Ciao ! ... e poi?*, Bompiani, Milano 1979. Cap. I-XV. *What do you say after you say hello?* Grove Press, New York.
- Berne E., (1972), Tr. it. *Cosa dici dopo aver detto ciao?*, Archeopsiche, Milano 1993. Cap. XVI-XXII). *What do you say after you say hello?*, Grove Press, New York.
- Clarkson P., (1988), *Rechilding: creating a new past in the present as a support for the future*, TAJ, 18, 1, 51-59.
- Divac-Jovanovic M., & Radojkovic S., (1987), *Trattamento dei fenomeni borderline al di là delle categorie diagnostiche*, In Rivista Italiana Di Analisi Transazionale, VIII,14, Giugno 1988.
- Fonagy P. & Target M., (2001), *Attaccamento e funzione riflessiva*, Cortina, Milano.

- Fonagy P., Gergely G., Jurist E. L., & Target M., (2002), Tr.it. *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del Sé*, Cortina, Milano 2004. *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*, Other Press, New York.
- Haykin M.D., (1980), *Type casting: the influence of early childhood upon the structure of the Child Ego State*, TAJ, 10,4, 354-364.
- Kohut H., (1977), *La guarigione del Sé*, Boringhieri, Torino 1980.
- Kernberg O., (1975), *Sindromi marginali e narcisismo patologico*, Bollati Boringhieri, Torino 1978.
- Lederer A., (1996), *The unwanted child*, TAJ 26,138-150.
- Lederer A., (1997), *The unwanted child's narcissistic defense*, TAJ, 27, 265-271.
- Mahler M., (1961), *On the significance of normal separation-individuation phase: with reference to research in symbiotic child psychosis*, in *Drives, affects, behaviour*, vol. II, a cura di M. Schur, International Universities.
- Mahler M.S., (1968), Tr. it. *Le psicosi infantili*, Boringhieri, Torino 1972. *On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation. Vol. I: Infantile Psychosis*, Int. Univ. Press, New York.
- Mahler M.S., Pine F. & Bergman A., (1975), tr. it. *La nascita psicologica del bambino*, Boringhieri, Torino 1978. *The Psychological Birth of the Human Infant: Symbiosis and Individuation*, Basic Books, New York.
- Masterson J., (1976), *Psychotherapy of the borderline adult: A developmental approach*, Brunner/Mazel, New York.
- Masterson J., (1981), *Narcissistic and borderline disorders: An integrated developmental approach*, Brunner/Mazel, New York.
- Masterson, J., (1985), *The real self. A developmental, self and object relations approach*, Brunner/Mazel, New York.
- Moiso C., (1985), *Ego states and transference*. TAJ, 15, 194-201.
- Novellino M., (1998), *L'approccio clinico dell'Analisi Transazionale. Epistemologia, metodologia e psicopatologia clinica*, F. Angeli, Milano.
- Rinsley D.B., (1989), *Developmental Psychodynamic of Borderline and Narcissistic Personalities*, Jason Aronson, New York.
- Siegel D.J., (1999), *La mente relazionale*, Raffaello Cortina Ed., Milano.
- Steiner C. M., (1966), *Copione e controcopione*, aT, I (1), 1981, pp. 25-28.

Steiner C. M., (1970), *A fairy tale*, TAJ, 9, 36

Steiner C. M., (1971), *The Stroke Economy*, TAJ, 1(3), 9-15.

Tosi M. T., (1991), L'alleanza narcisistica nella relazione terapeutica. *Atti del Convegno Nazionale di AT 1991*, Venezia. Roma: SIAT.

Woollams S., Brown, M., (1985), *Analisi Transazionale. Psicoterapia della persona e delle relazioni*, Cittadella Editrice, Assisi.