

## **Note sull'innamoramento per persone narcisiste ed emotivamente poco disponibili**

Emma De Luca, Francesco Gazzillo ©

Vorremmo proporre alcune riflessioni su un fenomeno che ha attratto la nostra attenzione durante un gruppo di discussione clinica, *l'innamoramento per soggetti narcisisti emotivamente non disponibili*. Questo fenomeno, che riguarda in particolare pazienti donne ma è riscontrabile anche in pazienti uomini, eterosessuali e omosessuali, implica il coinvolgimento in relazioni con soggetti emotivamente poco disponibili, sfuggenti o francamente rifiutanti, coinvolgimento che, pur non essendo corrisposto, giunge a occupare la mente di questi pazienti e il loro spazio terapeutico per mesi. A nostro parere, l'indagine di alcune dinamiche legate ai sensi di colpa interpersonali (Bush, 1989; O'Connor et al., 1997), in particolare al senso di colpa da odio di sé, può risultare utile ai fini della sua comprensione.

Secondo la Control-Mastery Theory (CMT; Weiss, 1993; Gazzillo, 2017), il senso di colpa da *odio di sé* è un sentimento di disprezzo e disvalore personale che nasce dalla credenza di essere intrinsecamente sbagliati, dall'idea di non meritare amore, cura e protezione, e che deriva da relazioni familiari francamente abusanti o maltrattanti, o da contesti trascuranti e scarsamente attenti ai bisogni emotivi del bambino, contesti che, sebbene abbiano potuto fornire le cure e il sostegno materiale di cui i pazienti avevano bisogno, hanno comunque minato la loro autostima e la sensazione di avere il diritto di coinvolgersi in relazioni d'amore reciproche e appaganti.

Pazienti con un forte senso di colpa da odio di sé possono facilmente incorrere in questo tipo di innamoramento per soggetti narcisisti emotivamente non disponibili. Sentendo, in fondo, di non valere niente, non riescono a sentirsi lusingati o appagati

dalle persone che mostrano loro interesse e affetto – come se l’ombra del disvalore di cui ammantano se stessi finisce, per osmosi, per trasmettersi anche a chi li ama. “Se ama me, allora vuol dire che anche lui/lei vale poco”. Al contrario, la possibilità di conquistare una persona scostante e distanziante, spesso anche svalutante, diventa ai loro occhi l’unica via per acquisire valore. Come a dire, “*Se conquisto lui/lei, che non mi vuole ed è distanziante come era un mio genitore, allora sì che potrò sentire/pensare di avere un valore, di essere degno/a di amore*”. Come se il giudizio severo che, a causa delle esperienze infantili sfavorevoli, la persona ha imparato a rivolgere a se stessa, venisse momentaneamente attribuito a un’altra persona, che acquista così il ruolo di colui che, solo, può conferire un valore al Sé, un sostituto del genitore di un tempo.

La persona scelta viene inoltre *idealizzata*, ed è descritta con tratti magnifici ed eccezionali che spesso sono solo il frutto della fantasia del/la paziente. Le sue caratteristiche reali finiscono per andare sullo sfondo, mentre ciò che è in primo piano è il fatto che l’altro sia al tempo stesso “speciale” ed emotivamente poco disponibile. E il carattere distanziante e la sua difficoltà a legarsi vengono interpretati non come una prova delle difficoltà di questa persona, ma come segno della sua indipendenza e forza, proprio come accadeva in passato con il genitore traumatico.

Da questo punto di vista, alla base di questi innamoramenti vi è una richiesta che rappresenta un forte *test di transfert per ribellione* – voglio che ad amarmi sia proprio tu che sembri essere speciale e non aver bisogno di me come lo era un tempo mio padre/mia madre – *con una componente autopunitiva ancora più forte*. Poiché la persona scelta presenta la caratteristica fondamentale di non essere disponibile, infatti, questo tipo di innamoramento finisce per essere estremamente frustrante, caratterizzato come è dallo strenuo tentativo di conquistare questo oggetto “speciale” e “rifiutante” e dalla convinzione che, se si possedessero quelle caratteristiche di bellezza, ingegno e fascino di cui ci si sente mancanti, allora la conquista sarebbe possibile. In modo

complementare, il rifiuto proveniente dall'oggetto non viene letto come conseguenza dell'incapacità dell'altro di coinvolgersi in un legame stabile e duraturo, o come mera espressione del suo gusto, bensì come una conferma, l'ennesima, del proprio disvalore. Mai come in questo tipo di innamoramenti emerge chiaramente la proiezione del proprio Super-io sull'oggetto amato, *laddove la mancanza di amore di questo oggetto segna aspramente la distanza tra l'Io del soggetto e il suo Ideale dell'Io.*

Come accennato, i pazienti che cadono vittime di questo tipo di innamoramento provengono da ambienti non attenti ai loro bisogni emotivi. Questa trascuratezza ha provocato una profonda sofferenza nel paziente che, pur di non mettere in discussione le figure genitoriali attribuendo loro delle mancanze o degli errori, finisce per accusarsi di essere debole, fragile ed eccessivamente bisognoso, e per considerare gli altri trascuranti come forti e indipendenti.

Un ultimo aspetto legato ai vissuti da odio di sé che concorre a determinare questo tipo di innamoramento deriva dal fatto che, spesso, nel tentativo di *padroneggiare* le esperienze traumatiche infantili, comprese le esperienze di trascuratezza e mancanza di disponibilità, queste persone attribuiscono una valenza erotica ed eccitante al rapporto con questi oggetti non disponibili. La riproposizione in età adulta di relazioni trascuranti ed emotivamente non disponibili sarà dunque connotata da una notevole carica erotica. Quest'ultimo aspetto è quello che probabilmente agisce maggiormente da ostacolo in terapia. Infatti, anche quando a livello razionale questi pazienti cominciano a vedere la dinamica alla base del loro innamoramento, a livello emotivo continuano spesso ad essere attratti da questo tipo di persone.

Una breve vignetta clinica esemplificherà quanto detto finora:

Maria è una giovane donna proveniente da una famiglia benestante. Giunge in terapia per problemi alimentari e per un senso di vuoto e apatia intervallato da periodi caratterizzati da forti emozioni che Maria sente sfuggire al suo controllo. Nel corso dei primi colloqui, la paziente mi descrive la sua storia familiare caratterizzata da una forte assenza delle figure genitoriali, molto impegnate dal punto di vista lavorativo, e da un rapporto difficile con il fratello, molto critico e svalutante nei suoi confronti. Le descrizioni iniziali del fratello, che appariva come una persona brillante ed eccezionalmente dotata, rispetto alla quale Maria sentiva di “stare sempre un passo indietro”, stonavano con i successivi racconti di Maria, nei quali invece appariva timido, socialmente poco capace e inconcludente.

A causa della trascuratezza emotiva subita durante l’infanzia e delle continue critiche da parte del fratello, Maria aveva sviluppato un forte senso odio di sé, sostenuto dalle credenze di non essere veramente intelligente e di non essere degna di amore e cura. La paziente credeva inoltre che i suoi bisogni fossero eccessivi e pesanti per gli altri, e che fosse suo compito cavarsela da sola, mostrarsi forte e indipendente. D’altra parte, dal rapporto con il fratello aveva sviluppato anche un senso di colpa del sopravvissuto che non le permetteva di sentirsi felice e soddisfatta dei suoi successi e le rendeva impossibile fare quel “passo in più” necessario a “raggiungere” le persone per lei significative.

Maria era una persona solare ed espansiva, ma se da una parte aveva l’impressione di “poter far ridere gli altri”, dall’altra sentiva di “essere incapace a far stare bene se stessa”. Le persone che la conoscevano le mostravano il loro affetto e la loro simpatia, ma la paziente sentiva quell’affetto come poco autentico o poco importante. Una frase ricorrente e significativa era “Non mi importa se agli altri piaccio, perché comunque sento di non piacere a me stessa”.

Nel corso del quarto colloquio, Maria mi racconta di una breve avventura con un ragazzo, avventura risalente a qualche mese prima alla quale non era seguito nulla di significativo se non un assiduo scambio di messaggi durato qualche mese e conclusosi poi con l’aperto rifiuto di lui a intraprendere una relazione. Alla mia richiesta di descrivermi questa persona e raccontarmi cosa le piacesse di lui, Maria si illumina cominciando a descrivermi una persona timida, riservata e distanziante, tratti che nel suo racconto assumevano però caratteristiche idealizzate e grandiose. La paziente racconta di come lei sia attratta dalla sua mente, dai suoi racconti e dal suo essere introverso e poco disponibile. Ma soprattutto, appare evidente come agli occhi di Maria la conquista di questo ragazzo

così irraggiungibile rappresenti la possibilità di sentirsi importante e degna di amore:  
“Questo suo muro vorrei tantissimo scolarlo, e sono disposta a farlo anche se ci dovessi mettere un anno perché lo vedo come un muro che permette a me di arrivare più in alto”.

Le considerazioni fatte finora sottolineano il ruolo del senso di colpa da odio di sé nella ricerca di un oggetto non disponibile e distanziante, ma possiamo notare come anche gli altri sensi di colpa possano concorrere ad alimentare questa dinamica e scoraggiare i pazienti dal ricercare relazioni più appaganti, reciproche e soddisfacenti.

Ad esempio, la presenza di un *sensò di colpa da responsabilità onnipotente* può alimentare questa dinamica in quanto il paziente potrebbe sentirsi sollevato all'idea di avere a che fare con una persona forte e indipendente, una persona, in definitiva, della quale non doversi occupare e della cui sofferenza non si dovrà preoccupare nel momento in cui deciderà, ad esempio, di chiudere la relazione, o di mostrare tutta l'intensità della propria emotività e dei propri bisogni e desideri. In molti casi, poi, la responsabilità onnipotente rende ancora più difficile la fine delle relazioni con oggetti narcisistici e non disponibili: infatti, quando il paziente comprende che la scarsa disponibilità affettiva dell'oggetto è un indicatore di sue problematiche personali, le sue tematiche da responsabilità onnipotente continuano a tenerlo vincolato all'oggetto sulla base del presupposto che l'altro ha bisogno di cure e che, se ne ricevesse di adeguate, poi finirebbe per dargli ciò di cui ha bisogno.

Valerio proviene da un contesto familiare difficile. In seguito a numerosi tradimenti paterni, i genitori si separano quando lui ha cinque anni. La madre di Valerio cade in una forte depressione che poi esita in una dipendenza da antidepressivi; Valerio, da piccolo, sentiva che era suo dovere cercare di sollevare la madre. Sebbene Valerio sia un giovane uomo attraente e simpatico, non è mai riuscito ad impegnarsi seriamente in una relazione. Dopo un breve periodo, un senso di “soffocamento” lo porta a desiderare di chiudere la relazione, chiusura che riesce a realizzare solo dopo diversi mesi a causa della paura di

arrecare sofferenza alla compagna. Quando incontra Elena, Valerio rimane affascinato dalla sua indipendenza e dalla sua introversione. I tentativi di stabilire un rapporto più intimo e di condividere una quotidianità vengono da lei rifiutati più o meno apertamente. Dopo ogni separazione, però, Valerio si sente più vicino a Elena, mentre sente che lei prosegue la sua vita senza problemi. La mancanza di coinvolgimento che lei gli mostra diviene per Valerio il segnale della sua forza, e non sentendosi responsabile nei suoi confronti, Valerio riesce a provare quel coinvolgimento emotivo che si era precluso nelle precedenti relazioni, dove l'idea di poter far soffrire la compagna così come il padre aveva fatto soffrire la madre quando l'aveva lasciata, aveva fatto sì che Valerio tramutasse il legame e una sana cura dell'altro in un'esperienza relazionale soffocante. Ed è chiaro come, in questo caso, il senso di colpa da responsabilità onnipotente convivesse con un forte senso di colpa del sopravvissuto.

Tematiche relative al *senso di colpa del sopravvissuto* (Vogel, 1998) possono agire come ulteriore fattore alla base del coinvolgimento amoroso con oggetti assorbiti in se stessi e poco disponibili dal punto di vista emotivo. La posizione subalterna nella quale questi pazienti si pongono rispetto a un oggetto d'amore idealizzato, brillante, forte e sicuro di sé, permette loro infatti di non sentirsi mai superiori, più intelligenti, fortunati o più di successo dell'altro o di qualche altra persona cara, e di non incorrere quindi in dolorosi sensi di colpa.

Anna, ad esempio, non riesce a godere a pieno dei suoi successi e sente sempre di non meritare le attenzioni e le gratificazioni che riceve dal mondo esterno. Ha da poco concluso una relazione di circa due anni con un uomo intelligente ma poco realizzato dal punto di vista lavorativo. In sua presenza, Anna evitava di parlare del proprio lavoro, che invece la stimolava e la gratificava, perché si sentiva una privilegiata e temeva di farlo sentire umiliato. Con il tempo Anna si era sentita sempre più depressa: un profondo senso di noia e tristezza aveva iniziato a pervadere non solo la sua vita sentimentale, ma anche quella lavorativa, su cui nel tempo aveva cessato di investire.

Dopo circa due anni Anna si innamora di Stefano, un uomo distanziante, pieno di sé ed egocentrico, ma allo stesso tempo pieno di vitalità ed entusiasmo. I due passano i pomeriggi a parlare dei viaggi di lui e a leggere i racconti che ha scritto. Sebbene rimanga

profondamente insoddisfatta dal punto di vista sentimentale, Anna si sente al sicuro e comincia a dedicarsi con nuova forza e nuova passione al suo lavoro, certa del fatto che lui non si sentirà mai da meno nel rapporto con lei.

Infine, possiamo notare anche il coinvolgimento del senso di colpa da *separazione/slealtà* in quei pazienti che temono, più o meno consapevolmente, che divenendo adulti, e costruendosi una vita autonoma e separata dalla famiglia d'origine, potrebbero far soffrire i propri genitori e le persone a loro care. Il coinvolgimento in rapporti caratterizzato da mesi o anni di struggimento che mai conducono a una vera e propria relazione permette infatti a questi pazienti di vivere da “eterni adolescenti”.

Claudia è una donna sui trent'anni, e viene da un piccolo paesino del sud d'Italia, da una famiglia colta ma poco aperta verso l'esterno. Ha deciso di intraprendere una carriera di studi internazionali che l'ha portata spesso all'estero, per l'università, il master e il dottorato. Sebbene venga ritenuta da amici e familiari brillante e capace, e nonostante la sua notevole formazione, Claudia ha difficoltà ad affermarsi dal punto di vista lavorativo; ogni volta che intraprende un percorso e le si aprono delle opportunità lavorative, decide di sospendere questa strada per intraprenderne una nuova. L'idea di stare troppo tempo fuori casa, lontana dall'Italia e dalla sua famiglia, presto comincia ad angosciarla e sente il bisogno di mettere nuovamente tutto in discussione. I genitori continuano a pagarle ogni tipo di formazione, contenti di avere “la piccola di casa” ancora per un po' tutta per loro. In particolare, il padre di Claudia, se da una parte l'ha spronata a studiare e a diventare una donna di successo, dall'altra ha da sempre espresso grandi perplessità rispetto all'idea di una figlia indipendente e lontana da casa. Quando Claudia giunge in terapia ha da poco concluso un master molto qualificante, ha incontrato un uomo che si è innamorato di lei, che condivide con lei le sue passioni e i suoi studi e che le ha proposto di cominciare una convivenza. L'idea di stabilirsi in una città estera, cominciare una relazione stabile e duratura con un uomo e intraprendere la carriera che aveva immaginato la angoscia moltissimo e porta Claudia a ricontattare un vecchio amore con cui aveva avuto una brevissima relazione dal quale era scaturita “un'ossessione” di circa un anno. Claudia torna con la mente ai quei giorni in Italia in cui, per dedicarsi completamente a lui, aveva messo

da parte i suoi studi e la sua carriera tornando a vivere con i genitori. Era tornata a essere la piccola di casa che soffriva per amore e doveva essere accudita.

Come aiutare, dunque, questi pazienti ad affrancarsi da questo tipo di relazioni e a coinvolgersi in relazioni più appaganti, reciproche e con soggetti umanamente più consistenti?

Per prima cosa dobbiamo disconfermare le credenze patogene e i sensi di colpa a essi associati, fornendo un contesto di sicurezza, un ambiente di cura e protezione attento ai reali bisogni del paziente, superando i test che il paziente ci propone e assumendo un atteggiamento protettivo, attento e valorizzante.

In secondo luogo, dobbiamo aiutare il paziente a decostruire la figura mitica e idealizzata dell'oggetto d'amore che emerge dai loro racconti, sottolineare le stonature e la mancanza di riscontro reale con gli episodi raccontati. Aiutarli, dunque, a leggere questo innamoramento per soggetti non disponibili come l'esito della loro storia infantile e dell'attaccamento per figure familiari traumatiche, la cui messa in discussione è sempre fonte di sofferenza e dolorosi vissuti di colpa; esperienze che il paziente cercherà di padroneggiare per tutta la vita, ma che possono essere padroneggiate anche in modi meno saturi di sofferenza.

## Bibliografia

Bush, M. (1989). The role of unconscious guilt in psychopathology and psychotherapy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 53(2), 97.

Gazzillo, F. (2017). *Fidarsi dei pazienti*. Milano: Raffaello Cortina.

O'Connor, L. E., Berry, J. W., & Weiss, J. (1999). Interpersonal guilt, shame, and psychological problems. *Journal of social and clinical psychology*, 18(2), 181-203.

Vogel, R. (1998). The negative impact of survivor guilt on marriage. *Journal of Couples Therapy*, 7(4), 69-79.

Weiss, J. (1993). *Come funziona la psicoterapia*. Tr. it. Torino: Bollati Boringhieri, 1999.