

Antonino Carcione e Antonio Semerari

IL NARCISISMO E I SUOI DISTURBI

La Terapia Metacognitiva Interpersonale



Erickson

Questo volume, abbandonando il mero approccio categoriale, affronta il disturbo narcisistico di personalità nelle sue diverse forme: dalla normalità al narcisismo patologico, fino alla malignità e alla psicopatia.

Gli autori presentano in dettaglio l'approccio della Terapia Metacognitiva Interpersonale che, a partire da una specifica concettualizzazione del caso, affronta il problema del narcisismo patologico puntando al miglioramento del funzionamento metacognitivo del paziente e al conseguente aumento della sua capacità di gestire gli stati mentali problematici e le dinamiche relazionali disfunzionali.

L'esauritiva rassegna della letteratura scientifica, che spazia dall'ambito psicoanalitico a quello cognitivista, l'illustrazione di numerosi casi clinici e la declinazione dell'intervento per i vari sottotipi di narcisismo patologico rendono il volume indispensabile sia per il clinico esperto che per il terapeuta in formazione che si approccino a questo tipo di pazienti, a prescindere dal modello teorico di riferimento.

ISBN 978-88-590-1608-3



9 788859 016083

€ 25,00

Eclⁱpsi

SOMMARIO

| | | |
|--------------------|--|------------|
| | Gli autori | VII |
| | Premessa | 1 |
| CAPITOLO 1 | Le espressioni del narcisismo | 5 |
| CAPITOLO 2 | Il concetto di narcisismo e il suo sviluppo nella tradizione clinica | 15 |
| CAPITOLO 3 | Il narcisismo e il Disturbo Narcisistico di Personalità | 25 |
| CAPITOLO 4 | La valutazione del narcisismo <i>Elena Bilotta, Teresa Fera, Roberto Pedone</i> | 43 |
| CAPITOLO 5 | La Terapia Metacognitiva Interpersonale | 51 |
| CAPITOLO 6 | Disturbo Narcisistico e Terapia Metacognitiva Interpersonale | 61 |
| CAPITOLO 7 | Il narcisismo grandioso | 73 |
| CAPITOLO 8 | Il narcisismo vulnerabile <i>Fabio Moroni e Michele Procacci</i> | 83 |
| CAPITOLO 9 | La frammentazione del Sé e la non integrazione nel narcisismo patologico <i>Donatella Fiore ed Elena Bilotta</i> | 99 |
| CAPITOLO 10 | Narcisismo e disprezzo di Sé, il <i>Malignant Self-Regard</i> <i>Livia Colle e Roberto Pedone</i> | 109 |
| CAPITOLO 11 | Narcisismo maligno, antisociale e psicopatico <i>Giuseppe Nicolò e Brunella Lagrotteria</i> | 121 |

| | | |
|---------------------|---|------------|
| CAPITOLO 12 | Lo sviluppo delirante della personalità narcisistica | 139 |
| | <i>Giovanni Pellecchia e Ilaria Riccardi</i> | |
| Bibliografia | | 155 |

PREMESSA

Il narcisismo è un disturbo specifico o un processo dinamico, presente in quadri clinici diversi, che insorge per far fronte a un senso di vuoto e alla fragilità del Sé? Essere ambiziosi, avere *standard* elevati e perfezionistici è sempre sinonimo di patologia? La grandiosità e l'arroganza sono l'unico modo in cui si manifesta un disturbo narcisistico?

Queste domande riflettono l'interrogativo centrale che ha segnato il dibattito e il cambiamento generale della psichiatria e della psicoterapia negli ultimi anni: quale terapia per quale disturbo?

Lo scorso anno abbiamo pubblicato un volume dal titolo *Curare i casi complessi. La terapia metacognitiva interpersonale dei disturbi di personalità* (2016) nel quale abbiamo seguito un ragionamento che parte da tre dati di fatto:

- 1) la crisi della attuale nosografia psichiatrica;
- 2) la rarità con cui il terapeuta si imbatte in quadri psicopatologici che rispecchiano una specifica diagnosi categoriale;
- 3) la conseguente difficoltà di applicare uno dei trattamenti manualizzati attualmente esistenti ed *evidence based*.

Questi problemi, che riguardano i Disturbi di Personalità in generale, sono ancor più evidenti quando affrontiamo la questione della patologia narcisista per la quale, peraltro, non abbiamo ancora a disposizione trattamenti manualizzati specifici, tranne alcune indicazioni provenienti dalla *Transfert Focus Therapy* di Kernberg e dalla *Schema Therapy* di Young.

Certamente, la presenza di aspetti narcisistici modifica il quadro psicopatologico che ci troviamo di fronte nello studio di psicoterapia e, non solo cambia il modo in cui si presenta la sintomatologia, ma anche le difficoltà interpersonali riferite e quelle che si riscontrano nella relazione terapeutica. Quindi, dal momento che la dinamica narcisista influenza negativamente la prognosi dei quadri clinici in cui si colloca, è importante che i clinici siano in grado di riconoscerla e, nei limiti del possibile, trattarla.

Il titolo di questo volume, *Il narcisismo e i suoi disturbi*, vuole riflettere esattamente queste considerazioni.

Il Disturbo Narcisistico di Personalità (DNP), a causa della scarsa consistenza interna dal punto di vista statistico, stava per essere eliminato dal DSM-5 (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali) quando, nella sua prima bozza,

era stata inserita una nuova modalità di classificazione che eliminava le categorie diagnostiche *tout court* e introduceva un modello sia categoriale sia dimensionale. Alla fine, dopo critiche e dibattiti che hanno portato a inserire nella sezione III del manuale il cosiddetto Modello Alternativo per la diagnosi di Disturbo di Personalità (DP), il DNP è stato incluso nella nuova classificazione, introducendo la possibilità di diagnosticare il tipo grandioso e il tipo vulnerabile, a sottolineare la presenza di almeno due sottotipi di disturbo con manifestazioni fenotipiche differenti.

Ma quante volte, pur in assenza di elementi che consentono di formulare la diagnosi secondo i criteri dei maggiori manuali, si riscontrano aspetti narcisistici all'interno di altri quadri psicopatologici sia di tipo, per così dire, nevrotico sia di Disturbi di Personalità? E tali aspetti non modificano forse l'impatto sul terapeuta, suscitando specifiche reazioni emotive che influiscono sul modo di porsi in relazione col paziente?

Per tutte queste ragioni, in questo volume abbiamo voluto affrontare il problema del narcisismo illustrando, attraverso diversi casi clinici, le diverse forme che assume tale patologia, fino alla malignità e alla psicopatia.

Abbandonando il puro approccio categoriale proponiamo un intervento, la Terapia Metacognitiva Interpersonale (TMI; Carcione, Nicolò, & Semerari, 2016), che affronta il problema del narcisismo attraverso un'accurata concettualizzazione che consenta di declinare un trattamento tagliato su misura sul caso specifico, tenendo conto, allo stesso tempo, della letteratura generale e dei dati di ricerca più aggiornati sull'argomento.

Abbiamo, quindi, cercato di integrare quanto ci sembrava utile a partire dalla letteratura classica sul narcisismo, proveniente prevalentemente dalla tradizione psicodinamica e, più recentemente, da quella cognitivista, fino ad arrivare ai più nuovi aggiornamenti su procedure e tecniche per il trattamento generale dei Disturbi di Personalità.

In questo volume, proprio per l'assenza di specifici trattamenti manualizzati, ci siamo sentiti piuttosto liberi di provare a comunicare la nostra esperienza nell'affrontare il narcisismo e i suoi disturbi. Quello che stiamo suggerendo è un ragionamento clinico coerente con le linee generali di trattamento dei DP, a prescindere dalla diagnosi categoriale, sviluppate secondo l'approccio clinico della Terapia Metacognitiva Interpersonale, che abbiamo messo a punto negli ultimi 20 anni con i colleghi del III centro di Psicoterapia Cognitiva di Roma di cui siamo tra i soci fondatori.

La TMI si sviluppa partendo dal principio cognitivista della centralità, nei processi psicologici umani, dei significati personali con cui diamo senso agli eventi e propone, come obiettivi strategici dell'intervento, il miglioramento delle funzioni metacognitive (la capacità di riflettere e ragionare sui propri e altrui stati

mentali) e, attraverso esso, l'aumento della capacità di gestire gli stati mentali problematici e le dinamiche relazionali disfunzionali.

Nello scrivere questo libro è stata preziosa la collaborazione di vari colleghi del III Centro di Psicoterapia Cognitiva, con cui da anni condividiamo il nostro lavoro clinico e di ricerca, che ci hanno fornito vari casi clinici che si prestavano per descrivere i vari disturbi del narcisismo.

Il volume si apre con una serie di brevi descrizioni cliniche che immediatamente ne illustrano lo sviluppo: quadri di presentazione diversi, diagnosi diverse e il narcisismo come elemento comune. La prima parte tratta il problema generale del narcisismo, descrivendo, in un'ampia rassegna, la letteratura sul tema, l'*assessment* (a cura dei colleghi Bilotta, Fera e Pedone), il problema della definizione della gravità e la sua declinazione nel DSM-5. Successivamente viene fornita una descrizione dei principi generali della Terapia Metacognitiva Interpersonale e come questa si declina nel caso del narcisismo.

L'ultima parte illustra, attraverso diversi casi clinici, le varie modalità con cui il narcisismo può presentarsi come elemento centrale del quadro psicopatologico, indipendentemente dalle diagnosi categoriali, e può essere trattato in psicoterapia. Due casi descrivono i più noti narcisismo grandioso e vulnerabile (a cura di Moroni e Procacci). In quest'ultimo gli autori evidenziano come spesso venga posta la diagnosi di Fobia Sociale, Disturbo Evitante o Ossessivo-Compulsivo di Personalità, a volte fuorviando il trattamento. Successivamente Fiore e Bilotta descrivono un caso in cui il problema del narcisismo si associa alla frammentazione del Sé e alla difficoltà di integrazione degli stati mentali, di solito descritte nel Disturbo *Borderline* di Personalità. Colle e Pedone illustrano un caso che permette di affrontare una forma particolare di narcisismo, ancora poco descritta, almeno nelle opere tradotte in italiano, in cui prevale un quadro clinico di tipo depressivo, passivo e negativistico definito *Malignant Self-Regard*, in cui il disprezzo narcisista è rivolto verso se stessi.

Nicolò e Lagrotteria delineano, sempre a partire da un caso clinico, la declinazione maligna del narcisismo fino alla psicopatia, descrivendo la letteratura e le ricerche sul tema, evidenziando i limiti di trattabilità di questa particolare tipologia di pazienti e gli errori che potremmo commettere nei casi in cui la presentazione sia più subdola rispetto ai casi in cui l'antisocialità è evidente.

Per concludere, Pellicchia e Riccardi espongono due casi clinici in cui il narcisismo si manifesta in forma delirante. Gli autori evidenziano tutte le difficoltà legate a situazioni in cui trattare *tout court* il delirio, funzionale al mantenimento dell'autostima, può essere deleterio, suggerendo come muoversi in questo particolarmente delicato equilibrio.

Dobbiamo ringraziare i colleghi Gabriele Melli e Nicola Marsigli che ci hanno, in modo amichevole, letteralmente spinto a scrivere questo volume, facendoci

una proposta che non potevamo rifiutare (*sic!*). Siamo grati dell'opportunità e speriamo di non aver deluso le loro aspettative. Ringraziamo le varie persone che ci hanno fornito suggerimenti e consigli e, in particolare, gli amici e colleghi Francesco Mancini e Roberta Rossi che ci hanno fornito spunti preziosi, in particolare rispettivamente sul senso di colpa e sui dati *neuroimaging* legati alla metacognizione e Anna Gialluca della Laterza, che già aveva apprezzato il frequente ricorso a descrizioni cliniche stimolandoci implicitamente a farne largo uso nei nostri volumi. Ringraziamo i colleghi che hanno collaborato al volume e che hanno sopportato le nostre sollecitazioni, pressioni e “minacce di ritorsioni” per rispettare i tempi, peraltro estremamente ristretti, di scrittura dei capitoli a loro assegnati. Finiamo col ringraziare come sempre i nostri familiari che hanno sopportato di vederci impegnati anche nei momenti che dovevano essere dedicati al tempo libero e le nostre impagabili segretarie: la ormai storica, nonostante la giovane età, Ilaria Palmerini, che ci aiuta solertemente nelle molteplici nostre attività da tanti anni e la nuova e gradita arrivata, Michela Dora, che ha subito dovuto capire che cosa è il narcisismo e cosa significa sopportarci.

Grazie al taglio particolare che abbiamo dato allo sviluppo del volume, speriamo di aver fornito suggerimenti utili per lettori meno esperti e spunti di riflessione e interesse per i lettori più esperti, a prescindere dall'approccio teorico di riferimento. Non ci rimane che augurarvi una buona lettura e ci saprete dire se il nostro è stato un progetto riuscito o troppo ambiziosamente grandioso!

Antonino Carcione
Antonio Semerari

IL NARCISISMO GRANDIOSO

Roberto sedeva davanti al terapeuta, teso ma con fare sicuro. Eppure quella sicurezza era minata dalla sua agitazione. Racconta che era stato a teatro, con la fidanzata e un'altra coppia, a vedere Romeo e Giulietta. Durante la scena ben recitata e commovente nella quale Giulietta, vedendo Paride e Romeo morti, disperata e straziata dal dolore raggiunge il suo amato e si trafigge con il pugnale, Roberto sente un senso di oppressione al petto, un nodo in gola e una difficoltà di respiro. Corre in bagno, si sciacqua il viso per poi tornare dalla fidanzata e dagli amici e dire: "Portatemi al pronto soccorso, sto male". Gli amici chiedono cosa stia succedendo e, a seguito della risposta concitata di Roberto, la fidanzata dell'amico capisce: "Roberto, non hai un infarto, ma un attacco di panico, ne ho sofferto anch'io, so cosa succede, ormai sono esperta, usciamo e calmati". Questo effettivamente succede e Roberto, accogliendo la lettura dell'amica, trova subito uno psicoterapeuta cognitivo-comportamentale, che sia anche psichiatra, per capire qual è il problema e risolverlo. Chiede insistentemente al terapeuta cosa gli sia accaduto e risponde con un sorriso sarcastico alla domanda sulla possibilità che si fosse commosso davanti a quella scena, affermando con vigore: "Queste sono cose da femminucce, io sono un vero uomo, non piango per una donnetta che muore d'amore, e poi in una finzione. Troviamone un'altra!".

Il terapeuta lo trova stranamente tenero, pur non avendo nulla che suscita tenerezza, né il fisico alto, robusto e muscoloso, né il tono sicuro, a tratti sprezzante e determinato nell'esprimere ciò che vuole. Eppure il terapeuta percepisce quella sicurezza, a momenti arrogante, come fosse una corazza che sta danneggiando il paziente nella vita. Roberto sta attraversando un periodo difficile, nel quale le

cose con la fidanzata non vanno bene: lei insiste per avere un rapporto più stretto, lui non ritiene che sia il momento opportuno. I genitori si aspettano da sempre che lui faccia carriera e Roberto, invece, è “costretto a fare la gavetta”. Ancora giovane, sente di dover “necessariamente” bruciare i tempi nell’azienda in cui lavora. Laureato a pieni voti in Economia, prova con sotterfugi a ottenere meriti che accelerino la sua scalata: deve cambiare ufficio, rimanere in quello attuale significherebbe stare nell’ombra e deludere le aspettative dei suoi genitori i quali, avendogli sempre riconosciuto superiori capacità, si attendono una rapida carriera e traguardi d’eccellenza. Ogni altra cosa risulterebbe di poco conto.

Roberto rappresenta il prototipo del narcisista grandioso; tramite la SCID II si riesce facilmente a fare diagnosi di Disturbo Narcisistico di Personalità, riconoscendo il soggetto le proprie qualità superiori, essendo francamente arrogante e sprezzante e utilizzando qualsiasi mezzo per raggiungere i propri scopi.

In questi casi la diagnosi non è difficile; lo è, invece, il trattamento, a partire dalla costruzione dell’alleanza terapeutica.

LA TERAPIA

Tenendo presente le procedure TMI, il primo problema che, solitamente, il terapeuta riscontra con pazienti come Roberto è la gestione della relazione. Spesso si trova di fronte una persona che, più che chiedere aiuto, esprime la propria rabbia e il proprio disprezzo verso chi lo ostacola o lo danneggia ingiustamente nella vita, e considera la terapia una delle conseguenze di tale ingiustizia. La reazione del terapeuta è quella di identificarsi con le persone di cui il paziente si lamenta, in modo prevedibile considerandone il modo di porsi; può provare irritazione per la supponenza del paziente e desiderare di intervenire abbassandone gli *standard*, eccessivamente elevati, perfezionistici e idealistici. Questo potrebbe sancire l’attivazione di cicli interpersonali disfunzionali che potrebbero comprometterebbe la creazione di un’alleanza di lavoro; se ben gestita, invece, questa attivazione può diventare una buona occasione da sfruttare per comprendere il mondo relazionale del paziente.

Osservando queste reazioni attraverso le operazioni di disciplina interiore, il terapeuta di Roberto si rende conto di sentirsi sfidato dal paziente e di avere l’impressione che il proprio ruolo nella terapia e nella relazione potesse essere svalutato e reso insignificante. Da qui la reazione irritata verso il paziente e l’empatia verso i suoi competitori. Il terapeuta si chiede, a questo punto, se Roberto non possa provare qualcosa di simile: un irritante sistematico misconoscimento del proprio ruolo, del proprio valore e della propria persona. Per quanto sia mantenuta la percezione che siano le assurde pretese di riconoscimento a causare nel paziente questa sensazione, percepirla come condivisa ha permesso al terapeuta di accedere a un più profondo livello di comprensione empatica. È quindi riuscito a cogliere in Roberto, dietro l’irritante sicumera, aspetti di autentico valore che

meritano una altrettanto autentica forma di rispetto. Facendosi condurre nel colloquio da questa percezione il terapeuta è riuscito a trovare, progressivamente, un piano di reciproco rispetto che ha permesso lo sviluppo del dialogo terapeutico.

Naturalmente non sempre è così semplice. I narcisisti stressano i terapeuti sui loro punti deboli facendo richieste inopportune (“Facciamo la terapia al telefono così posso parlare mentre fumo e sdraiato sul mio divano? Da lei non si può”), con ripetuti ritardi o saltando le sedute senza pagarle con motivazioni irritanti (“Sa, non la pago perché i soldi che avevo per lei li ho spesi per l'estetista. È stato lei a dirmi che devo riconoscere i miei desideri, no?”).

È indispensabile, con questi pazienti, mantenere il proprio senso di autostima e di oggettività, non prendendo troppo sul serio l'adulazione e la gratificazione, peraltro spesso eccessive e manipolative, ma neppure la svalutazione, finalizzata a mantenere la loro immagine positiva e la loro supremazia (Beck et al., 1990; Frances A., 1987).

Dunque, prevedere i possibili cicli interpersonali disfunzionali è indispensabile per mettere in atto il precetto ippocratico *primum non nocere*. Il terapeuta che si confronti con questa tipologia di pazienti oscillerà tra la tendenza alla competizione, al distacco, alla svalutazione e persino all'idealizzazione. Tali comportamenti – a parte l'idealizzazione – sono tutti in contrasto con le aspettative del soggetto che si aspetta, invece, di essere riconosciuto e ammirato.

Come nel caso di Roberto, che ricerca l'ammirazione del terapeuta e desidera legittimamente il riconoscimento dei propri bisogni, ma con una modalità sfidante o sarcastica che può attivare la necessità di ridimensionare tali aspettative generando cicli competitivi. I bisogni d'aiuto e di dipendenza, presenti ma negati e gestiti con un controllo aggressivo, sono connotati spesso da rappresentazioni persecutorie dell'altro che dovrebbe offrire l'aiuto desiderato. Un'attivazione prematura di tali bisogni può determinare disorganizzazione e ideazione paranoide, in quanto il soggetto si avverte come debole, vulnerabile e potenzialmente sottomesso (Nicolò et al., 2007). Può aiutare il terapeuta tenere sempre presente che la dinamica narcisista può essere considerata un processo in cui un'idea grandiosa di sé, esplicita nei comportamenti (o, come vedremo nel capitolo 8, solo fantasmatica), nonché il sentimento di orgoglio e il comportamento sprezzante o arrogante che ne deriva, proteggono dal vuoto, dalla mancanza di senso e da un'incombente minaccia di umiliazione.

In tali casi il terapeuta, coerentemente con le linee guida dell'intervento TMI, non deve, in questa fase, intervenire rendendo esplicito il ciclo, ma deve semplicemente gestire le proprie reazioni controtransferali senza agirle, con operazioni di disciplina interiore (Safran & Segal, 1990), utilizzandole per esplorare lo stato mentale del paziente dopo interventi di condivisione (Conti & Semerari, 2003; Semerari et al., 2007).

L'attivazione di cicli idealizzanti nella prima fase della terapia può favorire l'instaurarsi della relazione, ma il terapeuta deve sempre ricordare che potrebbero interrompersi in qualsiasi momento, a seguito di un intervento letto come critico o giudicante. La mancata ammirazione porterà a rapidi *shift* verso cicli distanzianti o competitivi laddove il paziente si senta per qualche motivo, anche banale, criticato o non riconosciuto nel suo valore.

Il metodo migliore è quello di muoversi sul terreno che il paziente conosce meglio e farlo in modo funzionale. Mantenere una competizione giocosa facilita un clima in cui nessuno vuole distruggere l'altro e diventa possibile sintonizzarsi sulla condivisione ironica, ma sincera, di stati grandiosi.

Terapeuta: Ma davvero ha detto ai dottori che lei è più intelligente di loro?

Roberto: Certo, è vero!

Terapeuta: Ahahaha! Sarà anche vero, ma le sembra il caso di dirlo così? Poi è proprio vero? Come lo sa?

Roberto: Su dottore, anche lei sa di essere intelligente, o vuole dirmi che non si ritiene tale?

Terapeuta: Ma per carità, certo non credo di essere uno stupido.

Roberto: Sia sincero, si colloca sopra o sotto la media?

Terapeuta: Sincero? Sa cos'è una curva gaussiana?

Roberto: Sì lo so.

Terapeuta: Beh allora sopra la media, ma non nella parte di estrema destra. Mi sa che lei invece si mette lì.

Roberto: Ahahahaah, no no, dai, anche io sopra la media, ma dove sta lei.

Terapeuta: Beh, allora c'è *spazio per tanti, stiamoci comodi e soprattutto non misuriamo costantemente la nostra posizione rispetto agli altri...* Lei fa questo invece, vero?

Roberto: Sì, sempre.

Terapeuta: Vede, è questo che è faticoso, le assicuro che si campa meglio... possiamo provarci a trovare il modo di farlo?

Roberto: Sì ha ragione, voglio farlo, non posso sempre farmi dire che ho un atteggiamento arrogante, non voglio e di solito neppure me ne accorgo, e soprattutto mi danneggia.

Terapeuta: Ottimo Roberto! Troveremo un modo insieme.

Si noti come, in modo scherzoso e con stile socratico, a poco a poco il paziente abbia riconosciuto il proprio stato mentale (la superiorità altezzosa) e come questo influenzi gli altri (decentramento) e attivi circoli viziosi che pregiudicano la relazione (cicli competitivi).

In un'ottica cognitivo-evolutiva (Liotti, Fassone, & Monticelli, 2017) potremmo dire che l'attivazione del sistema motivazionale agonistico, unitamente a quel-

lo del gioco, favorisce in questi soggetti il miglioramento della metacognizione e impedisce l'attivazione di cicli interpersonali problematici. D'altro canto, il gioco stesso prevede una buona differenziazione, ovvero la capacità di comprendere la finzione (Fonagy & Target, 2001).

Obiettivi strategici della terapia sono:

- a) favorire il riconoscimento delle proprie emozioni e delle variabili che le attivano, rendendo il paziente consapevole dei propri stati di vuoto e vergogna;
- b) favorire la capacità integrativa di cogliere le transizioni tra stati di vuoto e vergogna e il loro rapporto con la grandiosità;
- c) favorire il riconoscimento dei desideri più marcati emotivamente, allo scopo di gestire gli stati di vuoto, favorendone l'integrazione con quelli appartenenti al Sé ideale;
- d) promuovere la gestione degli stati di vuoto, ansia, tristezza e vergogna, facendo sì che l'autostima si mantenga senza generare umiliazione;
- e) favorire il decentramento per migliorare le capacità empatiche e, di conseguenza, migliorare la qualità delle relazioni interpersonali.

Una volta trovato il giusto assetto relazionale è quindi possibile intervenire sulle funzioni metacognitive disfunzionali. Dal punto di vista metacognitivo è possibile rilevare una difficoltà nel monitoraggio, in particolare nel riconoscimento emotivo non congruo con il Sé ideale (ansia, vergogna, tristezza, sono tutte emozioni lette come segno di debolezza e generano umiliazione), nella rappresentazione di scopi e desideri non inclusi nel Sé grandioso e nel comprendere la natura dei propri bisogni affettivi. A questo si aggiungono egocentrismo e difficoltà o disinteresse a comprendere gli altri.

Il passaggio dal narcisismo sano a quello patologico avviene quando gli elementi che sostengono la grandiosità iniziano a entrare in crisi, aprendo la via al vuoto.

Vuoto e umiliazione sono entrambe presenti in una dinamica narcisista, ma il loro peso relativo varia nei diversi soggetti: alcuni, di fronte ai fallimenti, nel mantenere alta l'autostima sperimentano acuti stati depressivi, cupi e anedonici, caratterizzati da perdita di senso esistenziale e mancanza di scopi. Tali stati, tuttavia, paradossalmente, possono essere considerati come un indicatore prognostico positivo, al pari della capacità di provare sentimenti di pena e di colpa, in quanto rappresentano il segno di una conservata capacità di giudizio della realtà e rappresentano un'occasione per mettere in evidenza i costi della coazione alla grandiosità.

La bassa consapevolezza dei propri desideri non coerenti con lo stato gran-

dioso e la scarsa attenzione alle necessità degli altri, fanno sì che i valori vengano, di conseguenza, usati come meccanismo vicariante in modo rigido e stereotipato (Dimaggio et al., 2007; Dimaggio & Semerari, 2003). Dato che, in questi casi, l'orgoglio finisce con l'essere quasi l'unica soddisfazione possibile, questo meccanismo contribuisce a creare quel bisogno di coincidenza tra ideale di sé e sé reale che costituisce un aspetto saliente del narcisismo patologico (Kernberg, 1975).

Pur mancando la capacità di agire in conformità con il desiderio, è mantenuta quella di agire in conformità a valori e Sé ideale, valutando la coincidenza tra gli stati del mondo rappresentati e una sequenza ristretta di scenari consentiti – quelli, appunto, generati dal sistema dei valori e dal Sé ideale. Il sistema di valori è, tuttavia, rigido, autoreferenziale, inflessibile nel guidare le azioni, tanto da obbligare alla distorsione degli eventi per giustificare fatti, scelte e comportamenti (Akhtar & Thomson, 1982).

Le tecniche classiche della Terapia Cognitiva, come gli ABC (Ellis, 1962) o la registrazione dei pensieri disfunzionali (Beck, 1976), sono utili per migliorare il monitoraggio, che permette di contrastare lo stile narrativo fattuale e teorizzante, e per facilitare l'accesso ai propri desideri, magari partendo dal riconoscimento di quale sia lo scopo compromesso nel qui e ora.

Per i lettori di formazione non cognitivo-comportamentale, L'ABC e la registrazione dei pensieri disfunzionali sono due tecniche simili con cui terapeuta e paziente possono identificare il contenuto delle credenze e dei pensieri automatici. Tale tecnica consiste nel registrare in modo schematico e sintetico, di solito in forma scritta (anche come *homework*), le situazioni problematiche (A-*Antecedent*), le emozioni principali e/o i comportamenti che tale situazione genera (C-*Consequent*) e i pensieri automatici o le immagini che li precedono (B-*Belief*). Poiché le persone di solito hanno difficoltà a identificare i propri pensieri automatici, il paziente viene dapprima allenato a riconoscerli in seduta e, in un secondo momento, viene invitato a utilizzare questa tecnica di auto-osservazione durante la settimana.

È necessario rendere sempre esplicita la necessità di distinguere i desideri reali da quelli che sostengono il Sé grandioso.

Roberto: Io devo riuscire a farmi assegnare la nuova mansione.

Terapeuta: Perché ci tiene così tanto?

Roberto: Beh, perché è più fica!

Terapeuta: Ma si è chiesto se le piace di più di quello che fa? Guadagna di più?

Roberto: No, lo stipendio è lo stesso, e... no che non me lo sono chiesto... che mi devo chiedere... è più fica e quindi sì, mi piace di più.

Terapeuta: Non è mica detto! L'aragosta è un cibo molto più fico del petto di pollo, eppure, strano a crederci, c'è chi preferisce il pollo.

Roberto: Ho capito il senso, anche io odio il caviale... l'aragosta no, ahahahah. A pensarci bene... in questo senso... no no, mi piace di più il lavoro che faccio!

Nonostante questo, Roberto stava realmente compromettendo la propria carriera; a poco a poco si è reso conto che ciò che cercava era una corsa verso un traguardo ideale, che, in ogni caso, non sarebbe mai stato sufficiente a mantenere stabile la sua autostima perchè, una volta raggiunto, avrebbe aperto la strada a nuove sfide (vedi l'euristica della dinamica narcisistica). Progressivamente il percorso terapeutico lo ha condotto ad accettare pregi e limiti della sua condizione, senza naturalmente trascurare le ambizioni di carriera, considerate però in modo più congruo con i desideri reali.

L'uso dei giudizi di valore ha, come conseguenza, il peggioramento delle difficoltà di monitoraggio e di decentramento e delle relazioni interpersonali, dal momento che il contesto e l'apparente dipendenza servono unicamente in funzione del mantenimento del Sé ideale (Kohut, 1977; Salvatore, Carcione, & Dimaggio, 2012a; 2012b).

È necessario tenere sempre presente che il ricorso ipertrofico ai desideri coerenti con la grandiosità è un meccanismo compensatorio di protezione da stati di vuoto, depressione e umiliazione. Pertanto, è essenziale non impostare il trattamento abbassando gli *standard* o ridimensionando le ambizioni, ma riequilibrando le variabili utilizzate per le scelte e migliorando il monitoraggio. Per aiutare il paziente a discriminare desideri reali da desideri grandiosi il terapeuta deve stimolare lo spostamento della sua attenzione sulle sensazioni fisiche: il raggiungimento di desideri veri si associa a una marcatura somatica positiva ("Roberto, mi ascolti, è come essere soddisfatti dopo aver mangiato una buona carbonara come piace a lei"), mentre quelli obbligati dal Sé grandioso rimangono freddi ("In tal caso, Roberto, è come essere soddisfatti per aver rispettato la dieta... bello, ma che tristezza!").

Dimaggio et al. (2003, 2007) hanno fatto notare come a volte, nel momento in cui il paziente si accorge di aver frustrato i propri desideri reali, può provare rabbia verso se stesso o chi considera la causa di ciò, solitamente i familiari. In questi casi è necessario validarne lo stato emotivo ridimensionando la responsabilità dei familiari, che potrebbero avere esattamente le stesse difficoltà, e normalizzando il comportamento "dipendente" dovuto al timore di deludere le aspettative o di ferire gli altri con conseguente senso di colpa (Mancioppi et al., 2004; Modell, 1984).

L'uscita dallo stato grandioso comporta, come abbiamo già descritto nel capitolo 6, il viraggio verso stati di vuoto nei quali il soggetto si percepisce privo di scopi, abulico, apatico e può mettere in discussione la terapia. Va evitata, in questi casi, la vitalizzazione forzata e artificiosa del paziente e della seduta; piut-

tosto è necessario sintonizzarsi con tali stati attraverso una validazione empatica e facendo ricorso alle proprie memorie autobiografiche. La permanenza negli stati di vuoto va quindi tollerata, ricordando che prima o poi passeranno e che è possibile far ricorso ad azioni volte al raggiungimento di uno scopo – cosa che riorganizza lo stato mentale (Carcione, Nicolò, & Semerari, 1999) – o meglio verso scopi che la nostra memoria ci ricorda come piacevoli. Bisogna prestare attenzione all’attivazione di *acting* che inneschino rapidamente lo *shift* verso lo stato grandioso, come l’uso di sostanze, la sessualità promiscua o atteggiamenti sadici nelle relazioni che riaffermino il proprio potere.

Migliorato il monitoraggio, è possibile ricostruire con il paziente come avviene la transizione tra uno stato e l’altro e qual è la gerarchia degli stessi. Al contrario delle situazioni in cui è presente una difficoltà primaria nella funzione di integrazione (vedi capitolo 9), questa fase non appare di solito particolarmente complicata, ma è essenziale per facilitare la connessione delle esperienze attuali con le memorie autobiografiche e rendere il paziente consapevole dei *trigger* che attivano il suo malessere o le sue difficoltà interpersonali.

È possibile, quindi, passare al miglioramento delle abilità di decentramento, necessarie per migliorare le relazioni interpersonali. Beck e Freeman (1990) e Young, Klosko e Weishaar (2003) sottolineano la necessità di ricostruire gli schemi interpersonali, un passaggio essenziale per poi lavorare sulla capacità di riconoscere il proprio ruolo nell’elicitare negli altri comportamenti e reazioni che confermano proprio lo schema temuto. La ricostruzione della storia personale fa acquisire un senso al proprio modo di pensare e di agire e favorisce la consapevolezza delle proprie letture stereotipate degli altri e, di conseguenza, la distanza critica. Essa è facilitata dal fatto che non sembrano esserci, se non in specifiche situazioni ad alto *arousal*, difficoltà nella differenziazione.

Gli stati soggettivamente fonte di sofferenza

Anche se li descriviamo alla fine, gli stati esperiti dal soggetto come fonte di sofferenza spesso rappresentano il punto di partenza della terapia. Nella maggior parte dei casi, un paziente con narcisismo grandioso non va spontaneamente in terapia, se non spinto dai propri familiari per i problemi relazionali, e si presenta senza una sintomatologia attiva lamentata che non emerge se misurata con scale *self-report* (ad esempio, SCL-90; DeRogatis et al., 1977). Più spesso, invece, la motivazione al trattamento è legata all’emergere di sintomi solitamente di tipo depressivo o ansioso. Il soggetto può, ad esempio, presentarsi nello stato depressivo dopo eventi che hanno determinato un crollo del Sé grandioso, con umore basso o, più spesso, disforico o con ruminazioni ipocondriache, a volte francamente invalidanti. Altre volte, invece, come nel caso di Roberto, a seguito di attacchi di panico, legati principalmente a situazioni che minacciano l’autostima, e al senso