

***Terapia metacognitiva interpersonale
del narcisismo vulnerabile e ritiro sociale:
un caso clinico***



Fabio Moroni*, Giovanni Pellecchia*, Federica Tarallo**,
Michele Procacci**, Antonino Carcione**

*[Ricevuto il 15 maggio 2021
Accettato il 1 giugno 2021]*

Sommario

Il disturbo narcisistico di personalità negli ultimi anni sta assumendo sempre più rilevanza al di là della diagnosi categoriale espressa dalle correnti classificazioni come il DSM-5. Infatti, mentre la diagnosi categoriale pone in primo piano la grandiosità, trattare il narcisismo come dimensione permette di tener conto della sua eterogeneità, identificando sottotipi che presentano diversi sintomi, gravità e impostazione del trattamento. In questo lavoro trattiamo il tema del narcisismo vulnerabile, caratterizzato da un'estrema sensibilità al giudizio, tendenza a sperimentare vergogna e colpa, e da comportamenti caratterizzati da inibizione ed evitamento. L'analisi di un caso di una persona affetta da narcisismo vulnerabile permetterà di descrivere come affrontare gli stati mentali di colpa e depressione, i comportamenti di evitamento sociale e di inibizione dei desideri. L'intervento terapeutico viene descritto utilizzando i trascritti di alcune sedute individuali in cui vengono applicate le procedure terapeutiche della terapia metacognitiva interpersonale (TMI).

Parole chiave: narcisismo vulnerabile, colpa, vergogna, TMI.

* Terzo Centro Psicoterapia Cognitiva.

** Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico (SICC).

Corrispondenza: Michele Procacci. E-mail: procacci@terzocentro.it; Fabio Moroni. E-mail: moroni@terzocentro.it; Giovanni Pellecchia. E-mail: pellecchia@terzocentro.it; Federica Tarallo. E-mail: tarallo@terzocentro.it; Antonino Carcione. E-mail: carcione@terzocentro.it

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSNe 2281-6046), n. 48/2021

DOI: 10.3280/qpc48-2021oa12142

Abstract

Metacognitive Interpersonal Therapy for Vulnerable Narcissism and Social Withdrawal: A Case Study

Narcissistic personality disorder, from a nosographic entity to be confirmed in recent classifications such as the DSM-5 and ICD 11, has recently regained relevance both for the clinical variety of the types described and for the study of the psychological variables involved. The aim of our work is to highlight cases of vulnerable narcissism in which, starting from sensitivity to judgement and the expression of emotions such as shame and guilt, individuals tend to inhibit relational behaviors and respond weakly to stimuli, losing the ability to desire and organize personal aims. The intensive analysis of a case of a vulnerable narcissist will allow us to see how the mental states of guilt and depression, social avoidance behaviors and inhibition of desires and motivations are dealt with. The therapeutic intervention is described using the transcripts of some individual sessions where the therapeutic procedures of metacognitive interpersonal therapy (MIT) are applied.

Key words: vulnerable narcissism, guilt, shame, MIT.

Introduzione

L'attuale nosografia (DSM-5, APA, 2013) identifica una serie di tratti e caratteristiche specifiche del narcisismo patologico: sensazione della propria importanza e dei propri talenti, fantasie di successo, convinzione di essere speciali e unici, bisogno di essere incondizionatamente ammirati, sfruttamento e attitudine alla manipolazione, mancanza di empatia, invidia e superbia. Dal punto di vista clinico, in realtà, le manifestazioni appaiono decisamente più eterogenee e meno univoche rispetto a quanto suggerito dalla codificazione diagnostica. Ad esempio, Cain *et al.* (2008) se da un lato sottolineano che il narcisismo grandioso generalmente presenta auto-esaltazione e vanità, esibizionismo ed *entitlement*, dall'altro rilevano una forma di narcisismo caratterizzata da timidezza, ansia, ipersensibilità alla critica e una tendenza a sperimentare emozioni di vergogna e disagio nelle relazioni interpersonali. Tuttavia, anche in questi casi, si ritiene che vi sia una notevole considerazione di sé e del proprio valore, seppur non espressa esplicitamente. Secondo Gabbard (1989), la patologia narcisistica può essere descritta secondo un *continuum*, che pone alle sue estremità due diverse tipologie di narcisismo: il «narcisista inconsapevole», ignaro del proprio impatto sugli altri, ed il «narcisista ipervigile», preoccupato e attento a monitorare gli effetti della propria personalità e delle proprie azioni sugli altri. Quest'ultimo, come osserva l'autore (1989), appare inibito e timido, ipersensibile alla critica e al giudizio.

In linea con Adler (1986), Gabbard ha suggerito che il «narcisista ipervigile» corrisponde alle descrizioni teoriche di Kohut (1971), mentre, il «narcisista inconsapevole» sia sovrapponibile alla formulazione del narcisismo proposta da Kernberg (1975). Allo stato attuale, vi è una sostanziale convergenza tra gli autori nel distinguere i sottotipi di narcisismo in «*overt*» e «*covert*» (Cooper, 1981; Wink, 1991), oppure grandioso e vulnerabile (Pincus e Lukowitsy, 2010). Secondo questi ultimi autori manifestazioni *overt* e *covert* possono essere riscontrate sia nel tipo grandioso sia in quello vulnerabile. Occorre precisare che vi è un rischio di fraintendimento teorico-clinico laddove le due tipologie vengano assunte come radicalmente differenti. In tale prospettiva, una serie di autori (Dimaggio, 2010, Carcione e Semerari 2018) ha evidenziato il nesso stringente tra fallimento del progetto grandioso dell'Io e sviluppo di stati mentali negativi, caratterizzati da vergogna, colpa, vuoto depressivo come distintivi della patologia narcisistica. Particolare attenzione va rivolta, pertanto, alla fenomenologia dei vissuti depressivi del narcisista, in quanto il collasso dell'immagine ideale di sé è, in generale, responsabile di una significativa involuzione del tono dell'umore, dominata da un'azione interna autodenigratoria e rabbiosa, il cui esito finale, non di rado, è il ritiro protettivo del paziente dalle relazioni sociali e dalla minaccia al valore di sé che inevitabilmente il confronto con il mondo esterno sollecita.

Presenteremo, di seguito, un caso clinico di disturbo narcisistico di personalità, le cui caratteristiche di vulnerabilità, sensibilità alla critica, emotività inibita, senso di colpa e stato depressivo sono associate al ritiro sociale. L'intervento terapeutico si basa sulle procedure di trattamento della terapia metacognitiva interpersonale (Dimaggio *et al.*, 2007; Carcione *et al.*, 2016; Carcione e Semerari, 2018), che pone come obiettivo strategico della cura la riduzione delle disfunzioni metacognitive e la gestione delle relazioni interpersonali problematiche. Gli autori sottolineano la necessità di affrontare i problemi generati dalla dinamica narcisista, al di là della diagnosi categoriale di disturbo narcisistico di personalità, che può essere presente in vari disturbi. Essa può essere considerata un processo in cui un'idea grandiosa di sé, agita o vissuta in fantasia, e il sentimento di orgoglio che ne deriva proteggono da un senso di vuoto e di mancanza di significato e da un incombente minaccia di umiliazione. Dal punto di vista metacognitivo all'interno di questa dinamica si inserisce per prima cosa la difficoltà nella rappresentazione di scopi e desideri non inclusi nel sé grandioso e di comprendere la natura dei propri bisogni affettivi.

Il caso clinico

Carlo è un paziente di 30 anni che sta seguendo un dottorato di ricerca in fisica teorica. Richiede una terapia perché lamenta un costante stato depressivo presente ormai da anni, in cui l'umore triste e l'apatia evolvono in stati di vuoto, in cui l'esistenza in generale sembra perdere di senso ed essere condannata a un unico scopo: la morte. La visione pessimistica dell'esistenza, ossia di un mondo vissuto come cupo e ingiusto, coinvolge le stesse relazioni interpersonali. Egli percepisce gli altri come prevalentemente superficiali, dominati dalle proprie esigenze personali e, pertanto, non in grado di comprenderlo e di accogliere il suo punto di vista. Le interazioni con i colleghi di lavoro, nonostante con alcuni di loro descrive un rapporto di amicizia, vengono vissute con un doloroso senso di irritazione e di costrizione.

Si tratta di una visione unilaterale dei rapporti interpersonali, dove i bisogni e le ragioni altrui prevalgono sulle proprie, determinando stati di umiliazione e rabbiosa impotenza, che inducono Carlo a un ritiro protettivo dalle situazioni sociali.

A rendere penosa la sua condizione di vita, per sua stessa ammissione, è una insopprimibile attitudine perfezionistica, che, da sempre, caratterizza le attività che svolge. Attualmente, nel lavoro universitario di ricerca, riferisce di dedicare molto tempo ad approfondire argomenti che, poi, risultano essere non necessari e di indulgere in faticose azioni di revisione del lavoro svolto al fine di escludere l'eventuale presenza di errori. Tale comportamento lo porta a vivere con forte ansia le scadenze lavorative e a procrastinare i lavori assegnati. Lamenta, inoltre, che l'ansia è recentemente aumentata, a causa del clima competitivo vissuto nel contesto del dottorato universitario. Carlo ritiene, infatti, che il livello performativo richiesto sia aumentato al punto da non sentirsi più in grado di far fronte alle richieste lavorative. A ciò si associa il timore di danneggiare la crescita professionale dei colleghi e di venir giudicato non adeguato rispetto all'attività di ricerca.

La sofferenza primaria del paziente, come emerso nel corso della terapia, si ascrive ad un nucleare senso di colpa legato al perseguimento dei suoi bisogni personali: per timore di danneggiare gli altri il paziente sopprime i propri desideri, vivendo un senso di colpa del sopravvissuto (Modell AH, 1984). Il resoconto del paziente evidenzia un accudimento genitoriale esercitato con difficoltà e insofferenza, caratterizzato da costanti ed espliciti inviti nei suoi confronti ad assumere un comportamento da "adulto responsabile" nella cura dei suoi fratelli. Non di rado la madre manifestava il suo affaticamento e la sua incapacità nel conciliare l'attività lavorativa e l'impegno domestico. Le esigenze di Carlo di aderire a situazioni piacevoli con gli amici venivano, spesso, dissuase, come quando chiedeva al padre di essere accompagnato a un compleanno o ad una festa organizzati da un compagno di classe, ottenendo risposte che palesavano una scarsa disponibilità: "ma ci devi proprio andare? Ho un sacco di lavoro da fare... vabbè a che ora ti devo accompagnare?". L'unico aspetto di soddisfazione condivisa con i genitori era legato all'eccellente rendimento scolastico, che, tuttavia, aveva breve durata,

in quanto sovrastato dai richiami ai doveri trascurati. Durante il periodo universitario, il fratello, con cui ha un rapporto di profonda intimità e stima, sviluppa una forte depressione; anche in questo caso il paziente avverte l'obbligo di prendersene cura nel tentativo di sopperire alla incapacità dei propri genitori. In alcune occasioni, il fratello manifesta apertamente uno stato di sofferenza all'idea che Carlo possa essere felice: "se ti dovessi fidanzare io non so se riuscirei a sopportarlo". In generale, le esperienze nell'ambiente familiare hanno determinato nel paziente la convinzione che provvedere ai propri bisogni, sperimentando soddisfazione e felicità, sia un atto di slealtà, moralmente ingiusto nei confronti delle figure significative che vivono condizioni di sofferenza. Si tratta di una condizione interna riassumibile nel senso di colpa del sopravvissuto. Al paziente è preclusa la possibilità di scegliere in funzione del proprio benessere o interesse personale. Se da un lato è obbligato a rispettare le aspettative genitoriali di eccellenza nello studio e nel lavoro, dall'altro non gli è concesso di goderne appieno, in quanto la soddisfazione per la propria realizzazione coincide con una visione di Sé come individuo egoista e poco attento alle esigenze psicologiche dei familiari. Il tentativo di aderire all'immagine di un Sé conforme all'ideale genitoriale impone al paziente un atto di soppressione dei propri bisogni e desideri, il cui effetto è un'identità alla continua ricerca di validazione e riconoscimento. In definitiva, per il paziente la bravura e i risultati raggiunti non sono mai sufficienti, e il valore personale è sempre in bilico, costantemente minacciato dal calo del rendimento.

La condotta perfezionistica rappresenta il *coping* faticoso ed estenuante a cui Carlo ricorre al fine di non fare errori e preservare la sua buona immagine. Il perfezionismo appare, pertanto, una esigenza motivata non da un bisogno personale, e si configura, piuttosto, come uno strumento teso a non disattendere le aspettative esterne. Il prezzo psicologico pagato dal paziente è una estrema sensazione di fatica e di costrizione, in cui percepisce che tutti i suoi sforzi sono al servizio dei bisogni altrui. Non potersi sottrarre o venir meno alle richieste diviene, poi, causa di profonda frustrazione, a cui si associa la dolorosa ed umiliante consapevolezza di vedere disattese le proprie necessità ed esigenze. È da sottolineare come la rabbia generata dal senso di costrizione rappresenti, per il paziente, una emozione sulla quale esercitare un vigilante controllo, al fine di evitarne i potenziali effetti dannosi. Pertanto, è per lui opportuno dirottare la rabbia sul piano della fantasia, canalizzandola nei confronti di un mondo vissuto come ingiusto, e nei cui confronti è legittima ogni critica ed ogni bilioso risentimento. Tuttavia, l'odio verso il mondo e l'odio nei confronti della vita ingiusta assicurano a Carlo solo il momentaneo sollievo legato alla protesta, ma, di fatto, il suo atteggiamento di critica radicale svuota il suo orizzonte di senso di ogni progettualità, relegandolo in una condizione mentale dominata dalla sensazione di vuoto e dall'anedonia depressiva.

Il trattamento

In estrema sintesi, gli aspetti problematici principali del funzionamento del paziente sono: a) il ricorso costante ad un'immagine grandiosa di sé, al fine di proteggersi da stati di colpa, umiliazione e vergogna; b) il mancato riconoscimento dei propri bisogni come legittimi, rispettabili e, pertanto, condivisibili nelle relazioni interpersonali; c) gli stati di depressione, devitalizzazione e vuoto. Tale funzionamento si associa ad una fragilità e instabilità dell'identità, dove il valore personale è ostaggio del mantenimento dell'immagine grandiosa e del riconoscimento esterno. L'obiettivo strategico della terapia è quello di aiutare il paziente a costruire un'immagine di sé dove i propri bisogni e scopi vengano riconosciuti come legittimi e rispettabili, in modo tale che possa perseguirli per sentirsi fiero, per il proprio piacere e per accedere al piacere della condivisione relazionale.

La terapia metacognitiva interpersonale si pone l'obiettivo di migliorare le competenze metacognitive al fine di agevolare la gestione degli stati mentali problematici e raggiungere gli scopi desiderati. In particolare, le funzioni metacognitive maggiormente compromesse nel narcisismo, come accade anche nei casi di ritiro sociale dell'evitante, sono quelle del monitoraggio e del decentramento. Il lavoro sul monitoraggio ha l'obiettivo di migliorare la capacità di riconoscere gli stati mentali problematici e metterli in relazione fra loro, e, inoltre, di riconoscere i propri scopi marcati emotivamente e i desideri non inerenti al sé grandioso. Il lavoro sul decentramento ha invece l'obiettivo di migliorare la capacità di riconoscere la tendenza egocentrica a leggere la causa delle reazioni emotive negative degli altri come diretta conseguenza di proprie inadempienze o incapacità e a ridurre la percezione degli altri come soggetti unicamente giudicanti e critici.

L'intervento terapeutico nei casi come quello di Carlo può essere suddiviso nei seguenti obiettivi strategici:

- ricostruzione degli stati mentali problematici;
- regolazione degli stati mentali maggiormente egodistonici come gli stati di rimuginio e di auto invalidazione depressiva;
- riconoscimento dei bisogni legati a marcatori somatici piacevoli e gestione degli ostacoli al loro perseguimento;
- riduzione della distanza interpersonale, migliorando la capacità di confronto e condivisione relazionale, senza sentirsi criticato e rifiutato.

Sviluppo del monitoraggio metacognitivo: ricostruzione degli stati problematici e gestione della relazione terapeutica

Il primo obiettivo della TMI è lo sviluppo della funzione del monitoraggio, che consiste nel favorire il riconoscimento delle emozioni e delle variabili che le attivano.

A tal fine, il compito del terapeuta è quello di promuovere in seduta un atteggiamento autoriflessivo di curiosità rispetto agli stati mentali sperimentati dal paziente. Tale compito può però incontrare delle difficoltà dipendenti proprio dal funzionamento di pazienti come Carlo che valutano i loro stati di sofferenza, come il senso di inadeguatezza, l'ansia legata al timore di fallimento o la depressione, come prove del fallimento di un'immagine idealizzata di sé come persona forte, affidabile e priva di difetti. Pertanto, dal loro punto di vista lo scopo della terapia è quello di risolvere concretamente i problemi e di rimuovere tempestivamente tali vissuti, senza dovercisi soffermare a lungo, al fine di poter al più presto aderire all'immagine di sé desiderata. Nelle fasi iniziali della terapia il clinico fa esperienza di un comportamento del paziente apparentemente altezioso, ma che in realtà tradisce e rivela la presenza di un sottostante timore di critica e un implicito desiderio di accettazione. Inoltre, il paziente manifesta costantemente uno stato di urgenza dettato dalla necessità di risolvere prontamente gli stati di sofferenza perché percepiti appunto come ostativi al mantenimento dell'immagine ideale di sé. Il terapeuta si sente investito del compito di aderire all'urgenza manifestata dal paziente con il timore di poter non essere di aiuto al paziente stesso e conseguentemente essere considerato inadatto. Tale vissuto si manifesta quando, a seguito della ricostruzione condivisa col paziente di uno stato mentale, questi a partire dalla sensazione di minaccia di non essere in grado risolvere tali vissuti, esprime dubbi sull'utilità di tale ricostruzione nella soluzione dei suoi problemi. Alcune volte, infatti, il paziente può ad esempio esprimere valutazioni come: "Sì, ma adesso che ho capito questo, a cosa mi è utile?". In queste situazioni il terapeuta può sentirsi colpevolizzato nel non riuscire a fornire le soluzioni utili per il paziente, da cui ne consegue la sensazione di non essere riconosciuto nel suo ruolo e sfidato nelle sue capacità e può essere indotto a palesare la propria irritazione. La tendenza a sostenere ed argomentare le ragioni dell'utilità della terapia potrebbe generare una infruttuosa competizione con il paziente con il conseguente irrigidimento su posizioni antagoniste e inconciliabili. Per evitare l'attivazione di tale ciclo competitivo, il clinico può far ricorso ad un processo di disciplina interiore volto a non agire, inibendo la tendenza ad entrare in conflitto. Allo stesso tempo, può utilizzare la sensazione di

minaccia legata alla colpa di non riuscire a fornire interventi efficaci alla risoluzione dei problemi portati dal paziente per empatizzare con il suo vissuto. In questo modo tale stato può essere problematizzato ed esplicitato col paziente in modo da riportare il *focus* della terapia su una posizione autoriflessiva sugli stati mentali di minaccia, come descritto nel seguente estratto di terapia.

Carlo: ... Se anche dovessi riuscire a risolvere i problemi della tesi e prendere il dottorato, dovrei riuscire ad ottenere un post-doc... la vedo praticamente impossibile! Alcune volte però mi chiedo se voglio veramente fare quella fine. Non so se ha presente i miei superiori, mi sembrano tutti dei disadattati fuori di testa, sempre rinchiusi nelle loro stanze e completamente fuori dal mondo.

Terapeuta: Ha idea di cosa le piacerebbe fare?

Carlo: Che posso fare? Non credo di avere altre possibilità... a me piacerebbe viaggiare e non stare chiuso in una stanza.

Terapeuta: Anche io adoro viaggiare, dove le piacerebbe andare?

Carlo: Beh! A me piacciono i viaggi zaino in spalla, quando li ho fatti mi sono sentito veramente libero... non mi piace l'idea del resort turistico, mi piace stare a contatto con la gente del posto, vivere la cultura e le usanze locali... girerei tutto il mondo se potessi. In realtà poi sono appassionato degli Stati Uniti. Alcune volte penso di volermi trasferire lì... Sa, mi interessa molto della loro cultura e politica, leggo molti saggi sulla storia e la politica americana...

Terapeuta: Sa Carlo, stavo notando che quando ha iniziato a parlare di ciò che le interessa e piacerebbe fare l'espressione del suo volto è cambiata, l'ha notato?

Carlo: No, non ci ho fatto caso, in che senso?

Terapeuta: Beh, ho notato che in generale ha cominciato ad attivarsi di più fisicamente, gli occhi hanno iniziato a brillarle e stava sorridendo.

Carlo: Beh sì, credo abbia ragione.

Terapeuta: che emozione può essere secondo lei?

Carlo: Immagino felicità, gioia.

Terapeuta: Credo anche io; mentre, non so se ha fatto caso che prima, quando parlava del futuro del suo lavoro, aveva una postura più abbattuta e un'espressione più... come la definirebbe, se si ricorda?

Carlo: Bah quei pensieri mi deprimono sul serio...

Terapeuta: Quindi possiamo dire, triste, depresso?

Carlo: Sì, penso proprio di sì.

Terapeuta: Cosa ne pensa di questo cambiamento emotivo che ha avuto, dell'attivazione e gioia che ha provato?

Carlo: Penso sia sensato, anche se mi sembra normale che parlare di certe cose renda felici. Del resto, però, abbiamo perso più di venti minuti della seduta a parlare di queste cose inutili e ora non rimane molto tempo per affrontare i veri problemi.

Terapeuta: Sa Carlo, penso che da un punto di vista terapeutico sia molto utile il

Fabio Moroni et al.

commento che ha appena fatto. Come si sente all'idea di aver passato venti minuti della seduta a parlare di ciò che le piacerebbe fare?

Carlo: Sinceramente adesso non molto bene, magari lei che è terapeuta ne comprende un'utilità che io al momento non vedo, ma ho la sensazione di aver perso tempo a fare chiacchiera e di aver trascurato i veri problemi.

Terapeuta: Sa, le confesso che non ho un'opinione certa sull'utilità di averne parlato, ma ritengo importante il fatto che lei lo stia giudicando come tempo perso. Come la fa sentire l'idea di aver trascurato altri argomenti?

Carlo: Mi fa sentire inconcludente perché penso che non stiamo sfruttando bene la terapia e che così facendo non risolverò nulla.

Terapeuta: Che emozione prova secondo lei?

Carlo: Delusione credo e poi mi chiedo se sto facendo la cosa giusta e mi agita.

Terapeuta: Senta Carlo, volendo fare una sintesi di ciò che è accaduto: noi abbiamo parlato delle cose che le piacerebbe fare e si stava sentendo felice, poi ha iniziato a pensare che fosse una perdita di tempo che stessimo trascurando gli obiettivi terapeutici, ha iniziato a sentirsi inconcludente, deluso e agitato al pensiero che non fosse la cosa giusta, secondo lei quanto è tipico questo tipo di vissuto nella sua vita, le sembra familiare?

Carlo: In effetti mi sembra la storia della mia vita, tutto ciò che faccio lo sento come una perdita di tempo e non mi do pace fino a quando non porto a termine le cose che devo fare. A pensarci bene mi ricordo che anche quando andavo a scuola rimanevo sempre a casa a studiare e ad approfondire e alla fine non uscivo mai. Il senso del dovere è sempre stato fortissimo.

Terapeuta: Credo che questo sia un punto di riflessione importante che vorrei "approfondire" con lei, se è d'accordo.

In generale, al fine di ridurre l'attivazione del ciclo competitivo il terapeuta dovrebbe promuovere un assetto relazionale basato sul rispetto. In particolare, occorre disporsi ad un atteggiamento di autentico interesse per le opinioni espresse dal paziente, cercando di riconoscerne gli aspetti legittimi e condivisibili. Mantenere questo assetto ha diversi vantaggi. Il primo è che il nostro interesse e rispetto verrà percepito più facilmente dal paziente come autentico e tenderà a far diminuire lo stato di minaccia di giudizio e di critica negativa. L'abbassamento dello stato di minaccia farà, poi, ridurre in modo naturale l'atteggiamento giudicante e critico, permettendo al paziente insieme al terapeuta di vivere un'esperienza relazionale correttiva di piacere nella condivisione, in cui anche la credenza che le sue opinioni non vengono accettate e rispettate viene disconfermata. In terzo luogo, il fatto che il terapeuta ponga interesse su questi argomenti, mettendo meno attenzione sull'urgenza della gestione degli stati mentali problematici, inizia a sviluppare una prospettiva alternativa nel paziente per il quale potrebbe non essere vero che il riconoscimento del proprio valore sia stret-

tamente vincolato all'aderenza ad un'immagine ideale priva di difetti e invulnerabile.

Trattamento degli stati depressivi, del rimuginio e degli stati di vuoto

I vissuti depressivi, il rimuginio ansioso e la sensazione di *overwhelming* sono aspetti degli stati mentali di sofferenza percepiti come ego distonici dal paziente e sono il motivo per il quale ha chiesto aiuto in terapia. Pertanto, il primo passo è aderire alla richiesta del paziente di gestire questi vissuti, stabilendo un'alleanza di lavoro. Andranno quindi ricostruiti e descritti gli stati mentali mediante tecniche di auto-osservazione, come gli ABC, che verranno proposti sia in seduta, sia come *home-work* e poi ridiscussi successivamente. Per il trattamento, il terapeuta può ricorrere a strategie terapeutiche di ristrutturazione cognitiva come il dialogo socratico, attraverso il quale vengono messi alla prova i pensieri, le valutazioni e le credenze tipiche del ragionamento depressivo del paziente. Inoltre, il terapeuta può proporre interventi di meditazione e accettazione, come la *mindfulness*, per aiutarlo a gestire il rimuginio, oppure pratiche compassionevoli laddove i pensieri indugiano sulla autocritica e sulla colpa. Rispetto agli stati di *overwhelming*, un aspetto importante da mostrare e condividere con il paziente è che la sensazione di autoefficacia o la sensazione contraria di sovraccarico sono il risultato del rapporto tra la rappresentazione mentale delle risorse e quella dei compiti. Da questa considerazione ne deriva che lo stato mentale di benessere nel sentirsi efficaci, energici e capaci è legato alla percezione che le nostre risorse siano superiori ai compiti che dobbiamo portare a termine. Si sottolinea al paziente che mentre sulla rappresentazione delle risorse non si può intervenire direttamente, in quanto dipendenti dalle condizioni emotive e fisiche del momento, è invece possibile intervenire su quella dei compiti. Fare chiarezza su questo funzionamento della mente umana ha una doppia valenza. Da una parte permettere al paziente di comprendere meglio come il senso di inadeguatezza e i vissuti ansiosi e depressivi siano la risultante di un'attività mentale dove gli standard perfezionistici generalizzati producono nella mente un sovraffollamento di compiti, tipico degli stati di *overwhelming*, in cui le risorse non sembrano bastare mai. Dall'altra, apre la strada a strategie di gestione volte alla riduzione della rappresentazione dei compiti, in modo tale che le risorse vengano percepite come sufficienti. A tal fine possono essere suggerite tecniche come scrivere un elenco dei compiti su un foglio in cui ogni singolo compito sia percepito come facile, per poi concentrarsi su un compito alla volta ignorando gli altri.

Un altro aspetto da segnalare al paziente è come i pensieri di autocritica si fondano su un atteggiamento mentale in cui l'attenzione del paziente è focalizzata solo su prove che confermano la propria inadeguatezza. In particolare, l'errore e gli esiti negativi vengono interpretati, ogni volta, come certificazioni di incapacità, e mai come fonte di informazione per un futuro miglioramento.

Tale atteggiamento mentale ha origine dall'iperinvestimento nello scopo di evitare ogni condizione che possa portarlo ad essere oggetto di un giudizio negativo e quindi condurlo ad un potenziale umiliante rifiuto. Pertanto, l'unica aspettativa accettabile è quella in cui l'immagine ideale del sé coincida con quella reale. Questo secondo passaggio può essere trattato illustrando al paziente come l'immagine ideale di sé, per sua natura, debba essere una condizione a cui possiamo aspirare e che quindi non possiamo considerare come già raggiunta. Pertanto, lo scopo può essere solo quello di individuare ciò che ci distanzia dall'immagine ideale e provare a migliorarlo attraverso uno sforzo di apprendimento che richiede prove ed errori. In tale ottica, va chiarito con il paziente come la difficoltà e l'errore rappresentino condizioni universali e condivise da ogni essere umano, accettabili solo a patto di considerarle come una esperienza normale e non come minaccia al valore personale.

In sintesi, bisogna mostrare al paziente l'esito opposto dei due diversi modi di interpretare l'errore: considerarlo come prova di incapacità alimenta un circolo vizioso fatto di stati depressivi e chiusura, mentre, considerarlo come fonte di informazione aggiuntiva, consente all'individuo di comprendere le ragioni che l'hanno determinato e, conseguentemente, di poter ridefinire i propri obiettivi e le modalità per il loro raggiungimento.

In questa fase della terapia, il terapeuta può incorrere in difficoltà dipendenti proprio dalla tendenza del paziente a utilizzare un funzionamento perfezionistico teso al mantenimento dell'immagine grandiosa del sé. Pertanto, può accadere che il paziente possa interpretare le difficoltà a individuare e gestire gli stati mentali problematici affrontati in terapia come un fallimento e, quindi, una minaccia al valore personale. Quando ciò accade tendono ad attivarsi diversi stati mentali che possono portare a una crisi dell'alleanza terapeutica. In particolare, il paziente può percepire un umiliante senso di inadeguatezza nel constatare che il suo benessere è dipendente dal ruolo del terapeuta, con la credenza che non riuscire a gestire da solo le proprie difficoltà sia una prova di debolezza. Inoltre, il percepirsi in difficoltà può essere vissuto con un senso di minaccia e vergogna all'idea di essere incapace a mantenere le aspettative di guarigione; in questo caso il terapeuta viene percepito come critico e giudicante e gli vengono attribuiti stati mentali

di disprezzo e delusione nel constatare che il paziente non è in grado di attuare un vero e proprio cambiamento. Un altro stato mentale che può attivarsi nel paziente è quello di colpa, in cui attribuisce le ragioni della difficoltà ad un suo scarso impegno e sforzo nel cambiamento, che inducono nella mente del terapeuta sentimenti di dispiacere, noia e irritazione legati alla convinzione che “dedicare sforzo e tempo per un paziente che non si impegna è una inutile e faticosa perdita di tempo”. L’attivazione degli stati mentali sopra descritti, produce un penoso stato di autocritica e senso di inadeguatezza all’idea di raggiungere un progresso terapeutico, con un latente desiderio di volersi sottrarre a questo doloroso senso di fallimento. In queste occasioni, il paziente tende a percepire il lavoro terapeutico più come un’esigenza del terapeuta e non come un’azione volta al raggiungimento di suoi obiettivi legati al benessere personale, vivendo la terapia come costrittiva. Da ciò ne deriva l’attivazione di un’ansia performativa ingestibile che determina un distacco e un evitamento della relazione. La difficoltà nella gestione di questi stati risiede nel fatto che nella terapia, soprattutto all’inizio, il paziente non ne è pienamente consapevole, pertanto li agisce in modo inconsapevole senza dividerli con il terapeuta. Per il clinico è importante far attenzione a tali comportamenti di distacco e disimpegno relazionale, in modo tale che possono essere evidenziati e discussi in terapia al fine di far emergere gli stati mentali sottostanti, come evidenziato nel seguente dialogo.

Carlo: Senta dottore, in questo periodo sto avendo qualche spesa in più, poi ci sono delle volte che non accadono cose rilevanti, quindi volevo chiederle se per un periodo per lei andasse bene vederci una volta ogni due settimane.

Terapeuta: Ascolti Carlo, forse non ce n’è bisogno, ma sento comunque la necessità di farle la premessa che non è mia intenzione obbligarla in alcun modo alla terapia. Vorrei ricordarle che la terapia è una sua libera scelta ed è fondamentale che rimanga tale. Ovviamente nel rispetto dei bisogni, opinioni e necessità delle parti coinvolte.

Carlo: Sì, certo.

Terapeuta: Premesso ciò, sarei molto interessato e curioso di capire meglio le ragioni che l’hanno spinto a farmi questa richiesta, perché penso che capirle possa essere utile nella terapia. Mi stava accennando al fatto che secondo lei non capitano cose rilevanti di cui parlare in terapia, mi può descrivere cosa accade quando è qui in terapia con questa idea?

Carlo: Sa dottore, ci sono settimane in cui le cose sembrano scorrere senza rilevanti difficoltà, magari non ho avuto tempo di ripensare alle cose che ci siamo detti e alla fine mi ritrovo a venire qui all’appuntamento con la sensazione di non aver nulla da raccontarle.

Terapeuta: Come la fa sentire l’idea di non aver avuto tempo per ripensare alla terapia?

Fabio Moroni et al.

Carlo: Un po' in colpa perché penso di aver trascurato un impegno importante.

Terapeuta: Capisco, invece come si sente quando si trova qui in seduta con la sensazione di non aver nulla da raccontare? Si ricorda l'ultima volta che è successo? Cosa ha pensato e provato?

Carlo: Mi sembra anche la scorsa settimana, già prima di entrare stavo pensando a cosa dirle, mi sentivo senza argomenti. Non dico proprio ansia ma un po' di disagio all'idea di non saper di cosa parlare.

Terapeuta: Se fosse ansia, cosa temeva sarebbe potuto accadere.

Carlo: Ma non saprei, magari che non riesco a parlare di nulla e che si perde un'ora inutilmente.

Terapeuta: Se le cose andassero così, come si immagina che io potrei reagire?

Carlo: Penso si possa sentire frustrato e annoiato e pensare che io posso essere una rottura di scatole. Poi forse mi sentirei in colpa per averle fatto perdere un'ora e per aver sprecato i soldi della seduta.

Terapeuta: Carlo, vorrei provare a mettere un pochino di ordine su quanto sta emergendo. Lei viene in terapia di sua spontanea volontà per risolvere dei suoi problemi e stare meglio, ad un certo punto accade che inizia a sentirsi in ansia e a percepire la terapia come un dovere, con un vissuto di costrizione immagino, in cui sembrerebbe che i suoi sforzi siano più al servizio di mie non ben chiare aspettative sulla terapia e non più dei suoi bisogni. Da quanto dice sembrerebbe che lo scopo sia diventato non deludere me. Mi sto sbagliando?

Carlo: No, credo abbia ragione, mi ritorna, è il mio solito atteggiamento di fare bene per non essere criticato.

Terapeuta: Mi perdoni Carlo, ma poi la settimana scorsa è andata come temeva?

Carlo: No, no, so che poi alla fine gli argomenti escono e i punti importanti di cui discutere emergono sempre.

Terapeuta: Carlo, come la fa sentire l'idea che lei può scegliere liberamente di venire in seduta anche per stare in silenzio, che non è un problema se viene senza argomenti? Anzi personalmente ritengo che sia terapeutico che lei non si impegni a essere perfetto; ritengo invece che l'obiettivo sia capire che lei possa concretamente migliorare e fare bene accettando che la perfezione sia qualcosa a cui ambire e non a cui dover per forza corrispondere. D'altra parte, sappiamo che spontaneamente gli argomenti usciranno e insieme ci ragioneremo.

Carlo: Pensarla così mi solleva molto.

In altri momenti, prevale lo stato mentale di vuoto, un vissuto di forte angoscia e tristezza che deriva dalla rappresentazione di non avere scopi percorribili marcati da emozioni positive. È uno stato mentale di forte sofferenza psicologica, vissuto come spaventoso in quanto produce una mortifera esperienza di perdita di senso esistenziale. La rilevanza clinica del vuoto risiede nel fatto che è espressione di una fragilità identitaria, ovvero uno stato in cui il senso di coesione di sé si indebolisce o diventa instabile, come avviene, ad esempio, nel disturbo borderline di personalità e/o nel disturbo

dipendente di personalità. Nel disturbo narcisistico il senso di stabilità dell'identità è unicamente legato al mantenimento dell'immagine grandiosa di sé; ne consegue che i vissuti di fallimento dell'ideale del sé, associati ad emozioni di vergogna e colpa, rendono vulnerabile il senso di coesione identitaria del paziente e lo espongono agli stati mentali di vuoto esistenziale. Come descritto in precedenza, il ricorso costante alla soddisfazione di aspettative esterne al fine di avere un riconoscimento del proprio valore tende da una parte a ridurre l'accesso e a delegittimare i propri bisogni interni, dall'altra parte a compromettere la percezione di se stessi come esseri agenti che si comportano in virtù di scelte autonome basate sulla consapevolezza dei propri desideri e valori. Nel momento in cui il mantenimento dell'immagine grandiosa viene meno, si assiste ad un collasso identitario che attiva nel paziente lo stato di vuoto. Nella terapia si cerca di condividere con il paziente che lo stato mentale di vuoto è l'espressione di una condizione umana condivisibile, che va tollerato senza tentare di risolverlo ricorrendo compulsivamente ad uno stato grandioso. Tollerarlo apre alla possibilità di accedere al riconoscimento dei propri bisogni, gusti e interessi, e di sviluppare nel tempo una rappresentazione integrata e stabile di sé.

Carlo: Sabato stavo a casa, era una settimana che stavo lavorando su rotture di scatole e mi sono preso una pausa. Sono stato malissimo con un'angoscia insopportabile, non c'era nulla che mi andasse di fare, ho pensato di leggere un libro ma ero stanco e non mi andava, non c'era nessuno con cui uscire, ma anche se fosse non avevo voglia di incontrare nessuno. Sa dottore, in certi momenti penso che la vita sia uno schifo, nei confronti dell'universo siamo degli esserini destinati ad un'esistenza brevissima, vede per quanto la gente possa sostenere il contrario io penso che la nostra esistenza non abbia alcun senso.

Terapeuta: Sa Carlo, sono d'accordo con lei, penso che abbia ragione e che effettivamente l'esistenza non abbia uno scopo preciso.

Carlo: Ma veramente? È la prima persona che me lo dice! Di solito mi sento dire cose tipo: ma che dici sei solo pessimista, nella vita ci sono tantissime cose belle... mi fanno una rabbia!... poi quelli che mi parlano di Dio e della vita eterna proprio non li tollero.

Terapeuta: Beh penso che come lei, anche gli altri cercano di dare a loro modo un senso all'esistenza perché, come lei sta sperimentando, è veramente angosciante la sensazione che non ci sia.

Carlo: Forse ha ragione.

Terapeuta: Sa Carlo, la mia opinione è che noi esseri umani ci siamo evoluti in questo modo: siamo strutturati fisicamente in modo tale da tendere alla soddisfazione di alcuni bisogni essenziali alla sopravvivenza e al mantenimento della specie. Ora, quando riusciamo ad essere in linea con tali bisogni e a soddisfarli percepiamo delle sensazioni o marcatori emotivi corporei, che ci danno un senso

Fabio Moroni et al.

di benessere; mentre quando non ci riusciamo ci sentiamo vuoti e angosciati. Quello che sto cercando di suggerirle è che non esiste una spiegazione teorica o filosofica che possa dare un senso all'esistenza, ma solo che quando agiamo in linea con i nostri bisogni smettiamo di preoccuparcene. Le faccio un esempio, andare sulle montagne russe non ha alcun senso, ma nel momento in cui ci stiamo, la paura e il divertimento che sperimentiamo sono la sola cosa che occupa il nostro vissuto, non ci preoccupiamo del senso della vita e vorremmo solamente continuare a divertirci. Ritornando all'esempio di sabato, mi sembra di capire che quando sperimenta quei vissuti lei cerca di ragionarci su nel tentativo di trovare uno scopo, ho capito bene?

Carlo: Sì, rimango a rimuginarci, nel tentativo di trovare una soluzione percorribile.

Terapeuta: Ecco, il consiglio che vorrei darle è che cercare di risolverlo peggiora solamente il malessere. È un vissuto che va considerato come una condizione normale dell'essere umano e che va quindi accettato, non risolto. Ovviamente, sapendo che tende a venir meno nel momento in cui soddisfiamo i nostri bisogni, attivarsi nel fare qualcosa, interrompendo il rimuginio, aumenta le possibilità che possiamo incappare in qualcosa che ci piace e che ci far star bene.

Nel caso di Carlo, in particolare, lo stato di vuoto può attivarsi non solo nelle occasioni in cui avverte un fallimento dell'ideale del sé, ma anche nei momenti di meritato riposo dopo un lavoro proficuo e soddisfacente. In queste occasioni, il vuoto si configura come una soluzione difensiva che anestetizza una sofferenza sperimentata nei confronti di un mondo ingiusto dove prevale il male. Pertanto, perseguire un progetto personalmente soddisfacente coincide con una percezione di sé come individuo egoista e, quindi, colpevole. In una fase successiva della terapia emerge quanto segue:

Carlo: Sa dottore, venerdì ho consegnato il lavoro finito e il professore mi ha fatto i complimenti, mi ha detto che sicuramente ne uscirà un articolo di alto livello. Quindi questo fine settimana non avevo impegni e mi sentivo soddisfatto e non avevo preoccupazioni sulle scadenze. Nonostante ciò, ad un certo punto ho iniziato a non avere voglia di fare nulla, leggere non mi andava, suonare non me la sentivo, neanche di uscire avevo voglia. Ho iniziato ad angosciarmi e mi sono venuti i miei soliti pensieri che questo mondo è un brutto mondo in cui vivere. Alla fine, non ho fatto nulla.

Terapeuta: Carlo, mi stavo chiedendo, negli ultimi tempi mi sta raccontando che lei ha più piacere a stare con i suoi colleghi. Perché secondo lei non ha chiamato un collega per uscire e fare qualcosa?

Carlo: In effetti stavo riflettendo che quando penso a questo mi sento come se non potessi divertirmi se è presente il male nel mondo. Sento come se dovessi risolverlo. Capisco che è una visione assurda, quando mai potrei eliminarlo, ma mi sento comunque obbligato ad occuparmene.

- Terapeuta: Ma come si sentirebbe se dovesse accantonarlo e provare a divertirsi?
- Carlo: Mi fa sentire un egoista, quindi penso in colpa.
- Terapeuta: Carlo, vorrei che provasse a concentrarsi su questo senso di colpa. Cosa le fa venire in mente l'idea di uscire con gli amici?
- Carlo: ... A pensarci mi sta venendo in mente mio fratello che sta a casa allettato e non ha voglia di fare nulla.
- Terapeuta: Carlo, adesso provi ad immaginare di essere uscito con gli amici, di essere in un locale a fare un aperitivo...
- Carlo: Sì.
- Terapeuta: Ad un certo punto le viene in mente suo fratello, come si sentirebbe?
- Carlo: Me lo immagino da solo a casa, e mi sento una merda a divertirmi mentre lui sta così. Vede io penso che lui sia una persona molto più capace di me e che io mi merito meno di lui di stare bene.
- Terapeuta: Carlo, cosa ne pensa del fatto che un ostacolo per lei a godere della soddisfazione dei suoi bisogni sia proprio legato al senso di colpa che vive nei confronti di suo fratello?
- Carlo: Credo che potrebbe avere senso.

Una volta ricostruito il senso di colpa del sopravvissuto legato al godimento dei bisogni personali, andrà impostato un lavoro di ristrutturazione cognitiva su tale aspetto. Tale lavoro è fondamentale per permettere al paziente di accedere a stati mentali positivi, utili per superare gli stati mentali depressivi e di vuoto devitalizzato.

Il lavoro sul decentramento e lo sviluppo della condivisione

In generale, nel disturbo narcisistico la lettura della mente altrui è tipicamente egocentrica e si osserva la tendenza ad attribuire agli altri intenzioni coerenti con i loro timori. Nei momenti in cui il paziente vive una minaccia al proprio valore personale immagina gli altri da sé come un insieme indifferenziato ed omogeneo, in costante atto di giudizio e di valutazione negativa. Tale stato di minaccia lo può indurre a comportamenti di evitamento e distacco relazionale, oppure all'attivazione di atteggiamenti di rivalsa, caratterizzati da disprezzo e comportamenti polemicici, con l'intento di avere riconosciute le proprie ragioni su quelle degli altri. Quest'ultimo atteggiamento porta all'attivazione di un ciclo interpersonale competitivo, in cui l'altro, sentendosi criticato dal paziente tende a sua volta a sminuirne e criticarne le opinioni, confermandone i timori iniziali. Tutto ciò porta ad una progressiva perdita di interesse per i vissuti e per i contenuti mentali delle persone con cui il paziente entra in contatto.

Pertanto, le difficoltà di decentramento, insieme a quelle di monito-

raggio, sono responsabili dell'attivazione e del mantenimento di un generale senso di estraneità e di non appartenenza. Nello specifico, il limite nella capacità di decentramento può essere ragione di due diversi stati mentali: il timore del giudizio ed il senso di noia.

Lo stato mentale legato al timore del giudizio è accompagnato da sentimenti di ansia, imbarazzo e vergogna, in cui il soggetto ha la sensazione che gli altri criticino le sue difficoltà e non rispettino i suoi punti di vista. In questi stati viene meno la consapevolezza che le persone possano avere punti di vista differenti e ugualmente rispettabili e prende piede la credenza che ci sia un'unica verità e quindi una sola opinione giusta e le altre sbagliate. In questa ottica, il disaccordo espresso da un'altra persona viene riletto come una critica alla capacità di avere una lettura affidabile della realtà.

Lo stato mentale di noia può presentarsi, invece, nelle situazioni relazionali in cui il paziente avverte una forzosa costrizione ad interagire imposta dalla sola circostanza sociale. In queste occasioni lo stato devitalizzato e depresso percepito dal paziente mantiene e rinforza il timore di essere considerato noioso e poco interessante. Dal punto di vista del paziente l'unico modo per superare tale aspettativa è produrre uno sforzo al fine di apparire interessante, ma che viene percepito come prestazionale e quindi ansiogeno. L'evitamento dell'ansia attiva un distacco che nel tempo atrofizza l'atteggiamento di interesse e di curiosità e lo pongono in una posizione di attesa e di blocco, in cui è del tutto assente un piano di interazione conoscitiva: la persona che gli è di fronte assume, infatti, i connotati di un oggetto impercettibile con il quale non si ha nulla da condividere.

Da un punto di vista della gerarchia di intervento, lo psicoterapeuta dovrà affrontare *in primis* il timore di giudizio. In tale prospettiva, il lavoro terapeutico ambisce a promuovere il riconoscimento e la confutazione di credenze patologiche consolidate nella storia personale del paziente. Quando egli sarà divenuto più consapevole, si procede, attraverso l'ausilio di una serie di tecniche di terapia cognitiva, a potenziare la capacità di distanziamento critico. In una fase più avanzata possono essere affrontati anche gli effetti del ciclo competitivo come di seguito esemplificato.

Carlo: ... Stavo guardando i dati e mi sono reso conto che per come stavamo conducendo le analisi non potevamo arrivare alle conclusioni che sosteniamo. L'ho fatto presente al mio collega e mi ha risposto che va bene come stiamo procedendo e di non farmi troppi problemi. A quel punto mi sono detto: ma è sempre la solita storia, tutto viene fatto a cavolo, la scienza imparziale non esiste, tutto è guidato dal bisogno egoistico di pubblicare, tanto poi chi se ne frega se è vero o meno.

- Terapeuta: Come si è sentito pensando ciò?
- Carlo: Arrabbiato a nessuno frega niente di fare bene le cose e se glielo fai presente non ti ascoltano.
- Terapeuta: Che cosa ha fatto in quel momento?
- Carlo: Ah guardi, ho provato ad insistere cercando di fargli capire che in quel modo il lavoro viene uno schifo e sa che mi ha risposto? Di non rompere i coglioni!
- Terapeuta: Cosa ha provato a quel punto?
- Carlo: Mi sono sentito mortificato, umiliato perché trattato come uno che non conta o capisce nulla e ho provato una rabbia fortissima; però mi sono stato zitto e me ne sono andato.
- Terapeuta: Senta Carlo, cos'è che l'ha fatta sentire più mortificato l'idea che la sua opinione non venisse accettata o il sentirsi trattato come uno che non conta o capisce nulla?
- Carlo: Credo entrambe, però l'essere trattato in quel modo è stato veramente intollerabile.
- Terapeuta: Capisco, è molto doloroso sentirsi trattati così. Senta Carlo se la sentirebbe di provare a riflettere sul punto di vista del suo collega?
- Carlo: Beh, credo ci sia poco da riflettere, tanto le persone rimangono sempre ferme nelle loro idee come dei pecoroni, sarà il tempo a stabilire che ho ragione io. Però proviamo...
- Terapeuta: Immagini di essere il suo collega, provi a ricostruire il vissuto che può avere nel lavoro che sta facendo.
- Carlo: Il lavoro che stiamo facendo è molto oneroso e ce ne sono altri in attesa, quindi penso sia stressato all'idea di portarlo a termine.
- Terapeuta: Ok, se fosse al posto del suo collega come si sentirebbe se un altro collega le dicesse che come state facendo è sbagliato?
- Carlo: Credo mi verrebbe ansia all'idea di ricominciare le analisi e mi sentirei giudicato negativamente.
- Terapeuta: Prima mi stava dicendo che lei si sentiva arrabbiato già dalla prima risposta; è possibile che possa essere stato in qualche modo più critico o aggressivo quando ha tentato di convincerlo.
- Carlo: Forse sì e immagino possa aver peggiorato la situazione, perché forse a quel punto si è sentito anche non rispettato.

In sintesi, in questa fase del trattamento, il clinico dovrebbe attenersi alle seguenti linee guida (per una descrizione più approfondita, vedi Semerari, Moroni e Procacci, 2016):

1. aiutare il paziente a non considerare gli altri come tutti uguali e indistinti, ma stimolare l'osservazione delle differenze;
2. cercare di far assumere al paziente un atteggiamento non giudicante verso gli altri e stimolare l'accettazione e un'osservazione curiosa volta alla comprensione;
3. stimolare il paziente a portare l'attenzione e l'osservazione verso le

emozioni e le ragioni sottese ai comportamenti degli altri individui, tenendo a mente che se non direttamente esplicitate dall'altro rimangono ipotetiche;

4. sollecitare nel paziente la curiosità verso gli interessi dell'altro, tenendo a mente che possono essere utili spunti per instaurare stati piacevoli di condivisione;
5. aiutare il paziente a tenere a mente il contesto per valutare o prevedere il comportamento degli altri. Facendo osservare che lo stesso comportamento può essere opportuno o inopportuno in contesti diversi (come, per esempio, l'ironia di una battuta);
6. aiutare il paziente a riconoscere e ad accettare i limiti della disponibilità dell'altro e ricordarsi che anche in una buona relazione non tutto è permesso;
7. aiutare il paziente a riconoscere e comprendere il proprio ruolo nella produzione di problemi e conflitti interpersonali. Ricostruendo insieme anche i cicli interpersonali disfunzionali.

Dopo aver regolato il timore del giudizio, lo stato mentale della noia assume una decisiva rilevanza nella terapia. Il superamento del senso di estraneità rappresenta, infatti, il principale obiettivo strategico della terapia. Come già argomentato in precedenza, le difficoltà metacognitive sono alla base della ridotta capacità di esperire emozioni piacevoli nei momenti di condivisione relazionale. Ben si comprende, a questo punto, come l'assenza di una risposta positiva legata allo scambio interpersonale inibisca ogni comportamento finalizzato alla costruzione di un rapporto con l'altro. Pertanto, il lavoro sul decentramento non solo assolve all'obiettivo di ridurre i timori di giudizio, ma, soprattutto, sollecita la scoperta di aspetti di somiglianza e analogia con la mente altrui. In tal modo, il terapeuta pone le basi per consentire al paziente la costruzione di un ponte tra sé e l'altro in cui fare autentica esperienza del senso di condivisione al fine del superamento del ritiro sociale. Allo stesso tempo, lo sosterrà nel monitorare e nel riconoscere gli elementi somatici legati al piacere, spesso misconosciuti o mal percepiti, utili per attivare scopi personali percorribili e condivisibili in una relazione.

Bibliografia

- Adler G. (1986). Psychotherapy of the narcissistic personality disorder patient: Two contrasting approaches. *American Journal of Psychiatry*, 143: 430-436. DOI: 10.1176/ajp.143.4.430

- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 70.
- Cain N.M., Pincus A.L., Ansell E.B. (2008). Narcissism at the crossroads: Phenotypic description of pathological narcissism across clinical theory, social/personality psychology, and psychiatric diagnosis. *Clinical Psychology Review*, 28: 638-656. DOI: 10.1016/j.cpr.2007.09.006
- Carcione A., Nicolò G., Semerari A. (2016). *Curare i casi complessi. La terapia metacognitiva interpersonale dei disturbi di personalità*. Roma-Bari: Laterza.
- Carcione A., Semerari A. (2018). *Il narcisismo e i suoi disturbi: la terapia metacognitiva interpersonale*. Trento: Centro studi Erickson.
- Cooper A.M., Fischer N. (1981). Masochism: current concepts. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 29(3): 673-688. DOI: 10.1177/000306518102900310
- Dimaggio G., Lysaker P.H. (2010). Enhancing mental state understanding in over-constricted personality disorder using metacognitive interpersonal therapy. In *Metacognition and severe adult mental disorders*. London: Routledge.
- Dimaggio G., Procacci M., Nicolò G., Popolo R., Semerari A., Carcione A., Lysaker P.H. (2007). Poor metacognition in narcissistic and avoidant personality disorders: Four psychotherapy patients analysed using the Metacognition Assessment Scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14(5): 386-401. DOI: 10.1002/cpp.541
- Gabbard G.O. (1989). Two subtypes of narcissistic personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 53(6): 527.
- Kernberg O.F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson Inc.
- Kohut H. (1971). *The analysis of the self: a systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. New York: International Universities Press.
- Modell A.H. (1984). *Psychoanalysis in a New Context*. New York: International University Press (trad. it.: *Psicoanalisi in un nuovo contesto*. Milano: Raffaello Cortina, 1990).
- Pincus A.L., Lukowitsky M.R. (2010). Pathological Narcissism and Narcissistic Personality Disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6: 421-446.
- Wink P. (1991). Two faces of narcissism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61: 590-597. DOI: 10.1037/0022-3514.61.4.590