

Inquadramento e trattamento del senso di colpa nel Disturbo Narcisistico di Personalità con la Terapia Metacognitiva Interpersonale



Virginia Valentino*, Giancarlo Dimaggio*

*Ricevuto il 5 gennaio 2022
Accettato il 27 ottobre 2022*

Abstract

I pazienti con Disturbo Narcisistico di Personalità (DNP) possono provare senso di colpa e attuare specifiche strategie di fronteggiamento nel tentativo di gestire l'emozione. Le strategie più comunemente riscontrate nel funzionamento nel disturbo narcisistico di personalità sono l'espiazione, l'esternalizzazione della rabbia sugli altri e la rinuncia a perseguire i propri desideri, sostenuta dal blocco dell'azione. In questo lavoro descriviamo i sensi di colpa presenti in letteratura, in particolare la colpa altruistica e deontologica e, nella prospettiva della Terapia Metacognitiva Interpersonale, descriviamo la relazione tra colpa, funzionamento narcisistico e schemi maladattivi interpersonali. Questi ultimi guidano il paziente a partire da rappresentazioni negative, rigide e incarnate di sé e degli altri. Attraverso un caso clinico mostriamo come la concettualizzazione del caso possa permettere un inquadramento del funzionamento del paziente più preciso e, di conseguenza, un trattamento capace di ridurre il senso di colpa e di come questo abbia un effetto benefico sul disturbo narcisistico di personalità.

Parole chiave: Narcisismo, senso di colpa, terapia metacognitiva interpersonale, schemi interpersonali maladattivi, espiazione, rinuncia.

* Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale (TMI); piazza dei Martiri di Belfiore, 4 – 00195 Roma; e-mail: virginiavalentino@yahoo.it, gdimaje@gmail.com.

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 51/2022
DOI: 10.3280/qpc51-2022oa15185

Abstract

Assessing and treating guilt in narcissism personality disorder with Metacognitive Interpersonal Therapy

Patients with pathological narcissism experience guilt and implement specific coping strategies to manage emotion. The strategies most commonly found in functioning in narcissistic personality disorder are atonement, externalization of anger on others and the renunciation of pursuing one's own desires, supported by the blocking of action. In this paper, we first describe the different types of guilt, in particular deontological and altruistic and then, under the lenses of Metacognitive Interpersonal Therapy, we describe the interactions between guilt, narcissistic functioning and interpersonal maladaptive schemas. These schemas guide patients from negative, rigid and embodied representations of himself and others. We provide the description of a clinical case of a man with narcissistic personality disorder (NPD) and show how assessing the role of guilt in his functioning helped reducing guilt and how this was beneficial in treating narcissism.

Keywords: Narcissism, guilt, interpersonal metacognitive therapy, maladaptive interpersonal patterns, atonement, renunciation.

Introduzione

Nella storia della comprensione del Disturbo Narcisistico di Personalità (DNP; DSM-5; APA, 2013) Modell (1965; 1984) soprattutto ha evidenziato come, pur restando la vergogna l'emozione centrale, è presente anche il senso di colpa. I lavori di Kohut (1971; 1977) e Kernberg hanno spianato la strada alla comprensione e al trattamento del DNP e, come evidenziato da alcune recenti review, oggi sembra possibile intervenire per trattare chi soffre di DNP (Dimaggio, 2021; Yakeley, 2018; Weinberg & Ronningstam, 2020), anche se allo stato dell'arte mancano prove di efficacia.

Nel tentativo di affinare i modelli per la cura del DNP, in attesa di studi di efficacia, esploriamo qui il ruolo del senso di colpa nella psicopatologia narcisistica e di come il trattamento possa affrontarlo e ridurlo e di conseguenza migliorare il narcisismo stesso. Osservando le narrazioni dei pazienti con DNP si può notare come il senso di colpa è presente in modo significativo nel disturbo, contribuendo alla patologia. In questo lavoro, a partire dai vari sensi di colpa presenti in letteratura, altruistico e deontologico, approfondiremo la relazione tra queste emozioni e gli schemi maladattivi interpersonali nell'ottica della Terapia Metacognitiva Interpersonale (TMI) (ci riferiamo qui alla manualizzazione di Dimaggio *et al.*, 2013; 2019). Descriveremo, successivamente, un caso clinico allo scopo di notare come il senso di colpa

possa essere rintracciato negli episodi narrativi dei pazienti con DNP e come essi provino a fronteggiarlo attraverso strategie di coping disfunzionali. L'obiettivo finale di questo lavoro è sottolineare come la TMI si concentri anche su queste emozioni di colpa allo scopo di rendere la concettualizzazione del caso più completa e il trattamento più efficace. Il fine ultimo è di aiutare i pazienti a essere meno bloccati o influenzati nelle loro scelte di vita dal senso di colpa e ad accedere a rappresentazioni di sé e degli altri più benevole, positive, meno severe.

Il senso di colpa altruistico e deontologico

Il senso di colpa ha varie tipologie. La prima è di tipo altruistico ed è connessa alla credenza che le proprie azioni generano sofferenza negli altri (Weiss, 1983; 1986; 1993; Sampson, 1983; Bush, 1989). Il *senso di colpa da danno arrecato*, infatti, è legato non solo all'azione ma già all'intenzione, al desiderio o alla disposizione a portare avanti un proprio piano d'azione che possa creare danno (Mancini, 1997) e alla tendenza a considerare gli altri come «danneggiati o vittima di iniquità» (Gazzillo, 2018). Il *senso di colpa del sopravvissuto* o anche *senso di colpa della buona sorte* (Castelfranchi, 1994) lo prova chi, pur non avendo effettivamente colpa della sofferenza dell'altro, si sente colpevole perché più fortunato o perché non condivide la sfortuna. Nell'ottica della Control Mastery Theory (Weiss, 2002; Gazzillo, 2021) questa emozione emerge quando una persona crede di provare vantaggi a spese di altri, dal confronto tra le proprie fortune e quelle altrui e da una valutazione di favorevolezza o sfavorevolezza di un evento rispetto ai propri e agli altrui scopi, esigenze, bisogni e aspettative. Un'altra colpa altruistica è definita da Modell (1984) *senso di colpa da separazione/slealtà*, legata all'attivazione del sistema di accudimento e di appartenenza al gruppo, sociale e familiare (Mancioppi *et al.*, 2004). La persona, nel momento in cui tenta di separarsi dal nucleo familiare di origine o dal proprio gruppo di appartenenza, si focalizza sull'immagine dell'altro che soffre e si sente traditore. Infine, il *senso di colpa da responsabilità onnipotente* si basa sull'idea «di avere il dovere e il potere di prendersi cura delle persone care in difficoltà» (Gazzillo, 2018). Questo senso di colpa è retto dall'idea di essere gli unici a saper fornire cure speciali evitando omissione o negligenza nella cura verso l'altro (Gazzillo, 2018). Questo genera la tendenza all'accudimento ipertrofico (Liotti & Monticelli, 2008), a costo di rinunciare alla propria libertà di pensiero e di azione.

Un senso di colpa di natura diversa è quello definito *senso di colpa mo-*

rale, etico, deontologico (Mancini, 2008; Mancini & Gangemi, 2018). In questo caso non è necessario che si realizzi un'azione dannosa per l'altro. La colpa deontologica inizia già nel momento in cui vi è l'intenzione, la disposizione interna, personale e soggettiva, a trasgredire norme e prescrizioni culturali e sociali, la tendenza a pensarla diversamente dalle norme morali introiettate nel corso dello sviluppo che riguardano la religione, la sessualità, la società legati al gruppo di appartenenza.

Schemi interpersonali disfunzionali, senso di colpa e strategie di coping disfunzionali nel Disturbo Narcisistico di Personalità

Tutti i sensi di colpa per come si declinano nel DNP, appaiono più comprensibili se ne identifichiamo il loro posizionamento negli schemi maladattivi interpersonali, per come concettualizzati secondo la TMI (Dimaggio *et al.*, 2013; 2019) sulla base dei lavori di Baldwin (1992) e Luborsky & Crits-Christoph (1990). La persona, mossa da desideri e obiettivi sani si scontra contro rappresentazioni anticipatorie e interiorizzate dell'altro che soffre o che potrebbe soffrire, che è danneggiato o che critica moralmente. Come se fosse un copione già scritto nella mente, la reazione negativa dell'altro va a confermare delle rappresentazioni di sé profondamente negative e intollerabili, rigide e ipertrofiche. La pervasività di queste immagini mette in ombra parti sane e positive che se affiorassero permetterebbero a chi soffre di DNP di sentirsi autorizzato a perseguire desideri ad esempio di esplorazione, attaccamento, apprezzamento per il proprio buon valore intrinseco (e non per la supposta grandiosità).

A fronte dell'attivazione dello schema interpersonale maladattivo, i pazienti che si percepiscono cattivi, sleali, disonesti, immorali, egoisti provano senso di colpa con tutti i connotati fisiologici e corporei, e adottano una serie di strategie di coping disfunzionali tipiche del DNP.

Ad esempio, il paziente rinuncia a perseguire i propri scopi, inibisce l'intensità dei propri desideri e non tenta di realizzarsi. Il paziente si chiede cosa sarebbe più opportuno fare e induce a scegliere tra l'omissione e la commissione sfociando nel blocco dell'azione, nell'abbattimento, nel ritiro nella torre d'avorio (Dimaggio *et al.*, 2016) e nella devitalizzazione spesso nucleare nel DNP (Dimaggio & Semerari, 2003).

Anche l'accudimento invertito e ipertrofico (Liotti & Monticelli, 2008) rappresenta un'altra possibilità di espiazione in quanto garantisce al paziente di regolare la propria immagine agli occhi dell'altro mostrandosi amabile e amorevole. A questo può seguire senso di costrizione perché le persone con

DNP sentono il dover curare l'altro come una spinta a cui non riescono a sottrarsi ma poi provano rabbia verso chi non ricambia attenzione e cure.

Un'altra possibilità che i pazienti che soffrono di DNP sfruttano per regolare la colpa è innalzando massimamente i loro standard interni alla ricerca di perfezionismi illusori (Hewitt *et al.*, 2020). Questo perfezionismo può accompagnarsi anche al mascheramento delle proprie scelte di vita, evitando la condivisione di proprie idee oppure mentendo, omettendo e distortendo informazioni o parti della propria esperienza. L'obiettivo è minimizzare le probabilità di ricevere rabbia, critiche, punizioni o accuse dagli altri che soffrono a causa delle proprie scelte o azioni e massimizzare i riconoscimenti speciali, apparendo migliori di quello che si crede, ai propri e altrui occhi.

Quando non si spengono o inibiscono, le persone con DNP oscillano continuamente tra colpa e rabbia.

Questa strategia permette di spostare completamente il focus dal modo in cui ci si vede e, quindi, dal senso di colpa che ne deriva, alla rabbia verso altri. L'altro che accusa o si mostra sofferente è ritenuto responsabile della colpa. A questo punto i pazienti stanno deflettendo l'attenzione dal fatto che loro stessi stanno valutandosi in modo negativo come egoisti o immorali. Questi meccanismi esternalizzanti (Bushman & Baumeister, 2002; Thomaes *et al.*, 2010; Ronningstam, 2017) impediscono alla persona che soffre di DNP di focalizzarsi sulla vera fonte di sofferenza, ovvero la rappresentazione di sé e, di conseguenza, rende loro impossibile modificarla.

Oltre a queste strategie di attribuzione all'altro della responsabilità del loro sentirsi in colpa, i pazienti con DNP trascorrono molto tempo a ruminare in modo controfattuale o rabbioso sul passato (Leonardi, 2020) e a rimuginare sul futuro. Ad esempio i pazienti possono avere pensieri ruminativi del tipo “*ah se avessi fatto...*”, oppure “*se tornassi indietro gliene direi quattro...*”, oppure rimugini del tipo “*come faccio se dovesse accadere che...?*”. Questi processi ricorsivi di pensiero invece di risolvere la colpa la amplificano e attivano, a catena, altre strategie compensatorie.

Infine, un'altra possibilità che il paziente che soffre di DNP ha per modificare la sofferenza è intervenire sull'arousal fisiologico che ne deriva. Il senso di colpa porta alla rinuncia, al blocco, alla non azione e alla devitalizzazione. Per uscire da questo torpore, ad esempio, è frequente che i pazienti ricorrono all'uso di sostanze come droga o alcol oppure attivano il sistema sessuale attraverso la ricerca di situazioni stimolanti. In quest'ultimo caso i pazienti utilizzano chat erotiche, video porno, frequentano locali di incontri per modificare lo stato mentale e riattivarsi.

Mostriamo ora, attraverso un caso di DNP trattato con TMI dalla prima autrice, come si possa aiutare il paziente a riconoscere di essere guidato dal

senso di colpa, in questo caso altruistico, e come attraverso il trattamento sia possibile ridurre il ruolo della colpa nel suo funzionamento. Vedremo come il paziente sperimentasse colpa in modo collegato all'attivazione di alcuni aspetti dei propri schemi maladattivi interpersonali e di come utilizzasse strategie disfunzionali per regolarlo. Accenneremo, infine, al modo in cui la terapeuta ha utilizzato delle tecniche esperienziali in chiave TMI (Dimaggio *et al.*, 2019) attraverso le procedure esperienziali, tecniche immaginative, drammaturgiche o corporee.

Il caso di Vito

Vito ha 31 anni, vive in Toscana con la madre, il padre e la sorella più piccola, è laureato in informatica ma lavora in un negozio di fumetti da tre anni. Il paziente chiede la terapia perché è disperato rispetto al futuro professionale, prova un senso persistente di fallimento ruminando spesso sull'idea di non aver realizzato niente e rimugina sulla convinzione che le cose resteranno così per sempre. Vorrebbe trasferirsi in Inghilterra e lavorare come informatico ma Vito si sente impotente, bloccato e, per certi versi, non sa più cosa vuole: è fermo dal punto di vista della scelta e dell'azione. Si rende conto che ogni volta che ha anche solo pensato di staccarsi e lasciare la sua famiglia, questa gli ha fatto pesare di abbandonarla e di deluderla. Da mesi Vito è devitalizzato, spento e lamenta umore depresso che tenta di contrastare cercando in modo compulsivo stimoli attivanti come incontri sessuali e gioco d'azzardo. Dal punto di vista relazionale, il paziente è poco interessato a coltivare relazioni intime; non ha molti amici, esce prevalentemente da solo e racconta che gli altri lo descrivono come acido e antipatico. Vito non svolge attività piacevoli, facilmente si annoia e prova invidia verso chi sembra aver raggiunto un appagamento sentimentale o lavorativo.

Vito desidera che la terapia lo aiuti a uscire dalla depressione, a comprenderne i motivi e a impegnarsi nel perseguimento di quelli che sono i suoi, ormai sempre più lontani, desideri di vita.

Relazione terapeutica

Al primo colloquio Vito racconta delle sue difficoltà, dell'apatia e della spinta alle attività "segrete". Nessuno sa, infatti, dell'abitudine al gioco né che intrattiene relazioni sessuali con più partner. Nonostante si descriva come ben predisposto al colloquio, Vito si mostra sfrontato e sprezzante

verso la terapeuta. Ad esempio, alla fine della prima seduta, contesta le regole del setting considerandole “eccessivamente rigide” e pretende di poter contattare la terapeuta tutte le volte che vuole. È anche evidente come Vito tenda a contraddire sistematicamente le ricostruzioni della terapeuta del suo funzionamento. Ad esempio, analizzando vari episodi narrativi, emerge, in modo conscio ed evidente, l’emozione della colpa altruistica. A quel punto, quando la terapeuta glielo fa notare, Vito mostra disappunto, sorride con scherno e la svaluta in modo sprezzante. Durante una delle prime sedute, dice, sorridendo, che secondo lui sarebbe stato più utile uno spritz che la seduta! La terapeuta, a quel punto, è ricorsa alle operazioni di disciplina interiore e alle metacomunicazioni per regolare la relazione terapeutica e vedere più da vicino quello che stava accadendo nel momento in cui il paziente entrava nel sistema motivazionale agonistico.

La terapeuta ha dovuto gestire la sensazione di “camminare sulle uova”, tollerare e incuriosirsi alle micro-espressioni di evidente contrarietà e disprezzo da parte di Vito allo scopo di comprendere cosa ci fosse dietro. Inoltre, per favorire una maggiore cooperazione e ingaggio alla terapia, la terapeuta ha dovuto definire in modo chiaro task e goal della terapia, definendo il contratto terapeutico fin dall’inizio.

Concettualizzazione del caso

Vito ha una diagnosi di DNP con tratti Borderline di Personalità. Dagli episodi narrativi che racconta è possibile ricostruire uno schema interpersonale maladattivo dominante. A partire dal desiderio di sentirsi autonomo nell’esplorazione, Vito si percepisce sia incapace che cattivo perché abituato a rappresentarsi l’altro che giudica, soffre e colpevolizza e crede fermamente in questa prospettiva. D’altra parte Vito ha una parte di sé sana, che sostiene la sua spinta esploratoria. Tale parte è però sovrastata dall’immagine nucleare di sé che gli attiva sentimenti di vergogna e colpa altruistica che non riesce a contrastare. Guidato dalla parte sana, paradossalmente, Vito attiva i meccanismi esternalizzanti ed entra in contatto con l’idea che se non agisce è a causa dell’altro che lo ostacola. A quel punto Vito si arrabbia e si chiude, creando distanza e distacco relazionale. Neppure questo isolamento risolve il blocco di Vito il quale, ruminando sugli eventi, rinuncia ai suoi piani e, in alcune occasioni, cerca di compiacere e accudire ad esempio la madre nel tentativo di salvare la propria immagine ed essere visto con occhi benevoli e comprensivi. Inoltre, per contrastare lo spegnimento e l’abbassamento dell’arousal che ne deriva, Vito ricerca attività stimolanti attraverso il sesso e il gioco

d'azzardo. Sempre nel tentativo di regolare l'immagine di sé in cui Vito si percepisce cattivo e incapace, il paziente cerca gratificazione, entrando nel rango e ricercando conferme speciali. Neppure questa strategia è risolutiva: rincorrere il successo e l'apprezzamento vuol dire sentirsi libero di esplorare ma agire vuol dire far soffrire l'altro. Anche questo percorso predispone Vito ad arrabbiarsi verso chi ostacola e a provare invidia verso chi riesce a fare ciò che vuole.

Grazie alla ricostruzione delle memorie autobiografiche, Vito e la terapeuta scoprono che l'aspettativa di una risposta dell'altro negativa a fronte del bisogno di esplorazione autonoma deriva dal rapporto che Vito ha, da sempre, intrattenuto con la madre. Quest'ultima, infatti, si mostrava abbandonata e arrabbiata non appena il figlio coltivava progetti di allontanamento dal nucleo di origine. Ad esempio, in estate, Vito non poteva trascorrere le sue giornate in compagnia degli amici perché la madre si presentava appesantita e delusa "dal figlio ingrato". D'altro canto, quando Vito trascorreva tempo a casa davanti alla tv, sempre la madre non si faceva problemi a umiliarlo e a sottolineare che non avrebbe ricavato nulla di costruttivo nella vita. Vito era praticamente incastrato tra il senso di colpa altruistico se avesse agito e la critica se non lo avesse fatto. Nel tempo, il paziente ha compreso che la sospensione dell'azione lo avrebbe in una qualche misura protetto ma, come conseguenza a lungo termine, si è sempre di più devitalizzato e spento.

Trattamento e intervento sul senso di colpa

Le procedure decisionali TMI (Dimaggio *et al.*, 2013; 2019) prevedono una fase di raccolta e analisi degli episodi narrativi, volta alla formulazione condivisa del funzionamento e, una fase più di intervento volta al cambiamento strutturale, all'accesso a parti di sé sane e funzionali, al perseguimento dei propri scopi e al contrastare le strategie di coping disadattive. Questi passaggi hanno caratterizzato anche la terapia di Vito. La terapeuta si è avvalsa del repertorio delle tecniche esperienziali (immaginative, corporee, drammaturgiche e comportamentali) che la TMI recentemente ha incorporato (Dimaggio *et al.*, 2019). Esse intervengono sulla componente procedurale e incarnata dello schema, quella strettamente connessa alle immagini del sé negative, che mettono in ombra le parti in cui la persona si vede in modo sano e positivo.

Su questa base la terapia aveva come obiettivi: comprendere il funzionamento interno di Vito, contrastare le strategie disfunzionali, contattare i propri desideri e perseguirli, intervenire sul sintomo depressivo e migliorare le

relazioni interpersonali. Tra questi, il più impellente obiettivo per il paziente, era sentirsi autorizzato ad agire e fare quello che desiderava. Questo voleva dire, sostanzialmente, gestire il senso di colpa che predisponeva Vito alla rinuncia e, a catena, alla devitalizzazione, alla depressione e alla ruminazione.

Per comprendere il funzionamento e favorire una maggiore consapevolezza degli stati interni di Vito è stata concordata *la sospensione precoce del coping* che ha permesso l'accesso agli stati dolorosi e alle informazioni necessarie per la ricostruzione degli schemi interpersonali maladattivi. Ad esempio, in accordo con la terapeuta, Vito si è predisposto a non sottomettersi alle richieste della madre e questo ha permesso di identificare lo stato di colpa, devitalizzazione, e successivamente la rabbia, che precedeva la ruminazione.

Grazie a questi esperimenti comportamentali a fine di assessment e alla raccolta di più episodi la terapeuta e Vito hanno condiviso la seguente formulazione: Vito desiderava esplorare liberamente ma si percepiva cattivo e incapace. Egli credeva che se avesse agito gli altri avrebbero sofferto, si sarebbero arrabbiati e lo avrebbero criticato, provando senso di colpa e vergogna. Vito non vedeva la parte di sé sana in cui si vedeva autorizzato a fare ciò che voleva perché troppo debole rispetto alla rappresentazione di sé negativa.

Nel tentativo di disattivare la ruminazione e di regolare l'emozione, la terapeuta ha istruito Vito al disancoraggio dell'attenzione dai pensieri negativi attraverso *la tecnica della scomposizione dello spazio attentivo* (Dimaggio *et al.*, 2019). Questa procedura, unitamente alle *tecniche corporee e di grounding*, ha permesso a Vito di aumentare la soglia di tolleranza del senso di colpa e percepirsi più capace nello stare in contatto anche con gli stati mentali difficili, aumentando così il senso di agency su di essi.

Successivamente, è stato necessario agire sullo schema maladattivo attraverso *l'immaginazione con riscrittura* allo scopo di lavorare sull'immagine di sé incarnata in cui Vito si sentiva egoista e cattivo e dalla quale si generava il senso di colpa. Il *rescripting* (Dimaggio *et al.*, 2019) fa emergere la componente procedurale e automatica degli schemi per modificarla, portando il paziente ad agire in direzione dei propri obiettivi. Il paziente viene, infatti, invitato a rivivere in immaginazione una scena per poi agire e muoversi all'interno di essa in modo diverso da quello che lo schema incarnato lo obbligherebbe a fare.

Un *rescripting* si è focalizzato su un episodio in cui Vito, a quindici anni, voleva andare a un concerto. Notando il disappunto della madre, Vito aveva rinunciato e si era chiuso in camera a ruminare rabbiosamente. La riscrittura della scena ha permesso a Vito di far emergere la rappresentazione di sé in cui era egoista e cattivo, a fronte della madre che vedeva sofferente e

delusa. Nella riscrittura Vito ha contattato la parte di sé sana e ha espresso il suo legittimo desiderio di uscire. Alla fine di questo processo, Vito si è sentito autorizzato ad andare al concerto al netto della reazione negativa della mamma.

Nel corso della terapia, sono stati riscritti vari episodi autobiografici nei quali la cui sofferenza si generava dal senso di colpa e si è fatto ricorso anche alla *tecnica del role play* allo scopo di inscenare esperienze di vita passate o future. Alla fine di ogni seduta di riscrittura, la terapeuta concordava con Vito *esercizi comportamentali e di esposizione*. Questo ha permesso di consolidare il valore del lavoro in seduta e portarlo con sé nel mondo esterno, sperimentando nelle relazioni interpersonali reali quello che Vito aveva potuto osservare nell'immaginazione guidata. Ciò è stato possibile grazie, anche, a un lavoro continuo di regolazione delle emozioni che ha portato Vito a evitare sempre di più la messa in atto di strategie di coping disadattive, a non rinunciare e non lasciarsi spegnere dal senso di colpa.

Esito

La terapia di Vito è durata due anni a cui sono seguiti quattro mesi di follow up con sedute ogni quindici giorni. Il lavoro sullo schema maladattivo interpersonale ha richiesto l'utilizzo di varie procedure di intervento che hanno tutte condotto all'accesso a una parte di sé sana in cui il paziente poteva fare ciò che voleva. La richiesta generica di sentirsi autorizzato a esplorare si è concretizzata nella decisione di trasferirsi. A pochi mesi della fine della terapia, Vito ha comunicato alla madre che voleva finalmente vivere all'estero e che da lì a poco si sarebbe licenziato dal negozio in cui stava lavorando. Il senso di colpa che bloccava sia l'esplorazione che l'ambizione è diventato via via più tollerabile parallelamente a un accesso all'immagine di sé sana che non lasciava più tanto spazio a quella negativa nella quale Vito si vedeva egoista e cattivo. La terapia ha sortito effetto positivo sull'umore, liberando Vito dalla depressione devitalizzante e sulle strategie di coping in generale. Vito ha imparato a non ruminare né rimuginare e ha compreso di voler dedicarsi alle relazioni in modo aperto e onesto. Questo ha significato riconoscere e gestire il disprezzo e l'umiliazione altrui, cosa per altro evidente anche nella relazione terapeutica.

Ad oggi Vito vive all'estero, ha trovato una collocazione lavorativa soddisfacente e rientra poche volte in Italia. Durante le ultime sedute online di follow up Vito racconta dei rapporti con i coinquilini, problematici ma gestibili e della spinta a ricercare relazioni. Più di tutto, Vito si sente orgoglioso

per aver imparato a combattere il senso di colpa che lo limitava e bloccava e soprattutto per aver imparato a gestire le reazioni altrui di fronte alle proprie scelte di vita. In realtà il lavoro sulla colpa e sullo schema maladattivo ha avuto un impatto generale sul DNP di Vito il quale è riuscito a diventare più empatico, aperto e meno sprezzante nelle relazioni.

Conclusioni

Il senso di colpa può avere un impatto determinante nel portare pazienti con DNP in stati di spegnimento, vuoto, assenza di vitalità (Dimaggio *et al.*, 2003; Dimaggio, 2016). Il paziente con DNP non riesce a godere delle esperienze se non, a tratti, del trionfo da soddisfazione di scopi agonistici. È possibile che parte di questa carenza della vitalità sia legata al senso di colpa, sia altruistico che deontologico. Nel caso di Vito sopra descritto questo senso di vuoto e inconcludenza, che lo portava a oscillare tra rabbia, angoscia e, appunto, spegnimento, era sostenuto proprio dal percepirsi cattivo e ciò lo rendeva impotente e paralizzato dal senso di colpa che ne deriva.

Il lavoro terapeutico, attraverso la TMI, sul senso di colpa, sia esso altruistico che deontologico, può avere ricadute importanti per i pazienti con DNP. Diventare consapevoli dello schema interpersonale maladattivo che vi è dietro, riconoscere l'attivazione della colpa e imparare a regolarla, soprattutto apprendere a non lasciarsi dominare da questo sentimento nelle scelte, aiuta il paziente ad avere rapporti interpersonali soddisfacenti, a perseguire scelte, desideri e a vedersi con occhi benevoli, meno critici e giudicanti.

Da un lato è fondamentale che i pazienti comprendano come la ruminazione, l'espiazione, il perfezionismo o l'esternalizzazione che sposta la rabbia sugli altri, siano solo strategie che aiutano a evitare di sostare sulle immagini di sé dolorose; dall'altro lato è necessario aiutarli ad accedere alle parti sane, intese come parti che, in modo coerente con le preferenze dell'individuo, desiderano e sono proiettate verso determinati scopi. Una volta contattati questi scopi e averli riconosciuti come marcati emotivamente in modo positivo, desiderabili e leciti, il paziente con DNP può tentare di perseguirli senza sostare troppo nella colpa che lo paralizza. I pazienti possono accedere a rappresentazioni di sé più benevole, in cui si vedono autorizzati ad agire nel mondo e riescono a riferirsi a immagini degli altri meno critiche, giudicanti o costrittive. Alla fine, i pazienti possono essere maggiormente soddisfatti delle loro scelte e delle loro azioni ma soprattutto delle loro vite relazionali.

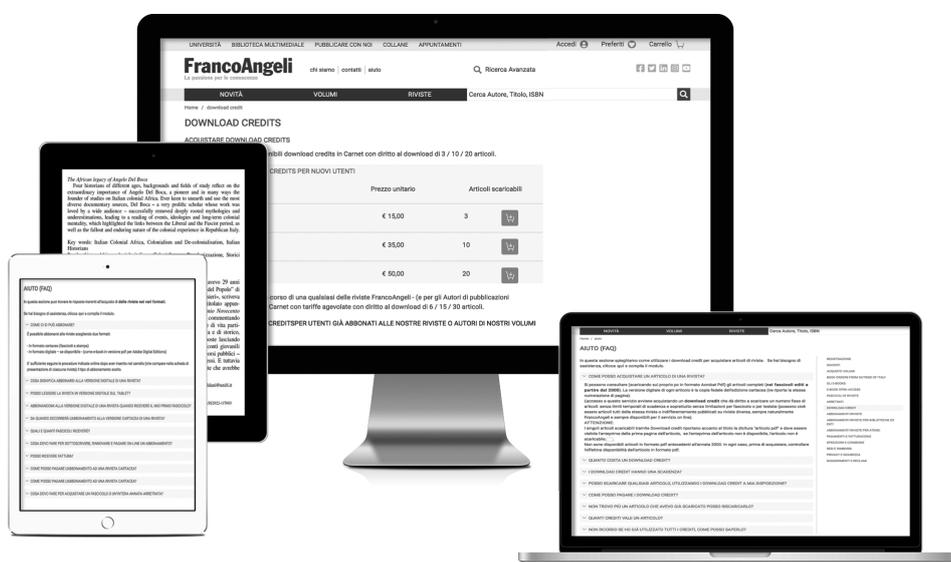
Bibliografia

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Washington DC: American Psychiatric Publishing. DOI: 10.1176/appi.books.9780890425596.
- Baldwin, M.W. (1992). Relational schemas and the processing of social information. *Psychological bulletin*, 112(3): 461. DOI: 10.1037/0033-2909.112.3.461.
- Bush, M. (1989). The role of incounscious guilt in psychopatology and psychotherapy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 53(2): 97-107.
- Bushman, B.J. & Baumeister, R.F. (2002). Threatened egotism, narcissism, self-esteem and direct and displaced aggression. Do self-love or self-hate lead to violence? *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(1): 219-29. DOI: 10.1037/e552692012-026.
- Castelfranchi, C. (1994). Colpevol-mente: alcuni punti (interrogativi) sui sensi di colpa. In C. Castelfranchi, R. D'amico & I. Poggi (a cura di), *Sensi di colpa*. Firenze: Giunti.
- Crits-Christoph, P. & Luborsky, L. (1990). *Understanding transference: The CCRT method*. New York: Basic Books.
- Dimaggio, G. (2016). *L'illusione del narcisista: La malattia della grande vita*. Milano: Baldini & Castoldi.
- Dimaggio, G. (2021). Treatment principles for pathological narcissism and narcissistic personality disorder. *Journal of Psychotherapy Integration* 32(4): 408-425. DOI: 10.1037/int0000263.
- Dimaggio, G. & Semerari, A. (eds.). (2003). *I disturbi di personalità: modelli e trattamento: stati mentali, metarappresentazione, cicli interpersonali*. Roma-Bari: Laterza.
- Dimaggio, G., Montano, A., Popolo, R. & Salvatore, G. (2013). *Terapia metacognitiva interpersonale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Dimaggio, G., Ottavi, P., Popolo, R. & Salvatore, G. (2019). *Corpo, immaginazione e cambiamento*. Milano: Raffaello Cortina.
- Gazzillo, F. (2018). Il senso di colpa: tra valutazione delle proprie azioni e valutazioni della propria natura. *Giornale italiano di psicologia*, 45(3): 555-560. DOI: 10.1421/92808.
- Gazzillo, F. (2021). *Fidarsi dei pazienti: introduzione alla Control Mastery Theory. Nuova edizione*. Milano: Raffaello Cortina.
- Hewitt, P.L., Flett, G.L., Mikail, S.F. (2020). *Perfezionismo. Un approccio relazionale alla comprensione, valutazione e al trattamento*. Roma: Fioriti.
- Kohut, H. (1971). *Narcisismo e analisi del sé*. Torino: Bollati Boringhieri, 1976.
- Kohut, H. (1977). *La guarigione del sé*. Torino: Bollati Boringhieri, 1980.
- Leonardi, J., Fimiani, R., Faccini, F., Gorman, B.S., Bush, M. & Gazzillo, F. (2020). An Empirical Investigation into Pathological Worry and Rumination: Guilt, Shame, Depression, and Anxiety. *Psychology Hub*, 37(3): 31-42. DOI: 10.13133/2724-2943/17229.
- Liotti, G. & Monticelli, F. (2008). *I sistemi motivazionali nel dialogo clinico. Il manuale AMIT*. Milano: Raffaello Cortina.
- Mancini, F. (1997). Il senso di colpa: un'analisi cognitiva. *Psicoterapia*, 9: 31-46.
- Mancini, F. (2008). I sensi di colpa altruistico e deontologico. *Cognitivismo clinico*, 5(2): 123-144.
- Mancini, F. & Gangemi, A. (2018). Senso di colpa deontologico e senso di colpa altruistico: una tesi dualista. *Giornale italiano di psicologia*, 45(3): 483-510. DOI: 10.1421/92800.

- Mancioppi, S., Dimaggio, G., Petrilli, D. & Fiore, D. (2004). Il senso di colpa nel disturbo narcisistico di personalità. *Psicobiiettivo: rivista quadrimestrale di psicoterapie a confronto*, 3: 95-113.
- Modell, A.H. (1965). Sul diritto a una vita. In A.H. Modell (1984). *Psicoanalisi in un nuovo contesto*. Milano: Raffaello Cortina, 1992.
- Modell, A.H. (1984). *Psicoanalisi in un nuovo contesto*. Milano: Raffaello Cortina.
- Ronningstam, E. (2017). Intersect between self-esteem and emotion regulation in narcissistic personality disorder-implications for alliance building and treatment. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 4(1): 1-13. DOI: 10.1186/s40479-017-0054-8.
- Sampson, H. (1983). Pathogenetic beliefs and unconscious guilt in the therapeutic process: clinical observation and research evidence. In *Symposium on Narcissism, Masochism, and the Sense of Guilt in Relation to the Therapeutic Process*. Letterman General Hospital, San Francisco.
- Thomaes, S., Bushman, B.J., Orobio de Castro, B., Cohen, G.L. & Denissen, J.J.A. (2010). Reducing narcissistic aggression by buttressing self-esteem. *Psychological Science* 20(12): 1536-1542. DOI: 10.1111%2Fj.1467-9280.2009.02478.x.
- Weinberg, I. & Ronningstam, E. (2020). Dos and don'ts in treatments of patients with narcissistic personality disorder. *Journal of personality disorders*, 34(Supplement): 122-142. DOI: 10.1521/pedi.2020.34.supp.122.
- Weiss, J. (1983). Notes on unconscious guilt, pathogenic beliefs, and the treatment process. *Bulletin #6. The psychotherapy research*, Group Department of Psychiatry, Mount Zion Hospital and Medical Center.
- Weiss J. (1986). Unconscious guilt in J. Weiss & H. Sampson & Mount Zion Psychotherapy Research Group *The psychoanalytic process: theory, clinical observation and empirical research*. New York: Guilford Press.
- Weiss, J. (1993). *How Psychotherapy works: process and technique*. New York: Guilford Press.
- Weiss, J. (2002). Control-mastery theory. *Encyclopedia of psychotherapy*, 1: 545-549.
- Yakeley, J. (2018). Current understanding of narcissism and narcissistic personality disorder. *BJPsych advances*, 24(5): 305-315. DOI: 10.1192/bja.2018.20.

FrancoAngeli/Riviste

tutte le modalità
per sceglierci in digitale



Più di 80 riviste consultabili
in formato digitale su **pc** e **tablet**:

1. in *abbonamento annuale* (come ebook)
2. come *fascicolo singolo*
3. come singoli *articoli* (acquistando un *download credit*)

Più tempestività, più comodità.

Per saperne di più: www.francoangeli.it