

Istituto A.T. Beck

Roma

IL DISTURBO NARCISISTICO DI PERSONALITA'

Dott.ssa Sara Valeri

Anno Accademico

2011-2012

Indice

1. – IL DISTURBO NARCISISTICO DI PERSONALITA’ - Parte teorica -

1. 1 – Inquadramento storico e teorico del disturbo	3
1. 2 – Quadro sintomatologico	12
1. 3 – Incidenza e prevalenza	15
1. 4 – Strumenti diagnostici.....	16
1. 5 – Teorie eziopatogenetiche.....	19
1. 6 – Principi di trattamento farmacologico.....	28
1. 7 – Principi di trattamento e tecniche psicoterapeutiche	29
1. 8 – Prevenzione della ricaduta.....	38
1. 9 – Efficacia della terapia.....	38
▪ Riferimenti bibliografici.....	41

2. – IL DISTURBO NARCISISTICO DI PERSONALITA’ - Un caso clinico -

2. 1 – Invio, informazioni generali e aspettative del paziente	64
2. 2 – Assessment.....	65
▪ <i>Primo colloquio</i>	66
▪ <i>Colloqui successivi</i>	66
▫ <i>Profilo evolutivo</i>	68
▫ <i>Storia di vita</i>	69
▫ <i>Struttura e comunicazione intra-familiare</i>	71
▫ <i>Modello di attaccamento</i>	72
▪ <i>Interviste, test e questionari</i>	75
▪ <i>Schede di auto-osservazione</i>	83
2. 3 – Diagnosi finale secondo il DSM-IV TR.....	86
2. 4 – Concettualizzazione del caso clinico	87
2. 5 – Elementi del contratto terapeutico	90
2. 6 – Relazione terapeutica	93
2. 7 – Trattamento	94
2. 8 – Prevenzione delle ricadute.....	104
2. 9 – Esito e valutazioni psicometriche	105
2. 10 – Follow-up.....	107
– Appendice I.....	109
▪ <i>RPD</i>	109
▪ <i>ABC</i>	110

1 – IL DISTURBO NARCISISTICO DI PERSONALITA'

– Parte teorica –

1. 1 – Inquadramento storico e teorico del disturbo

Il concetto di personalità narcisistica è stato originariamente coniato da Walder (1925) per descrivere individui che manifestano atteggiamenti di superbia e di superiorità nei confronti di altri, che appaiono fortemente concentrati su di se ricercando costantemente l'ammirazione altrui, che mostrano scarse qualità empatiche e una sessualità generalmente guidata dalla ricerca del piacere fisico piuttosto che dalla combinazione di quest'ultimo con un reale coinvolgimento emotivo. Più tardi, Freud, sulle orme di Walder, ha annoverato il narcisismo ad una caratteristica personologica facendo riferimento ad individui principalmente focalizzati sull'auto-preservazione con caratteristiche di indipendenza, estroversione, aggressività e fortemente carenti nella strutturazione e nel mantenimento di relazioni intime. Malgrado queste caratteristiche, Freud (1931) ha osservato che tali individui suscitano frequentemente l'ammirazione e l'attenzione altrui e che spesso rivestono incarichi di potere e di *leadership*. Dal lavoro di Freud inizia quindi a delinearsi un primo collegamento tra il narcisismo e l'aggressività. Lo psicoanalista Wilhelm Reich (1933; 1949), sulle orme del pensiero freudiano, ha tracciato gli elementi distintivi della personalità narcisistica, che appare essere caratterizzata da: fiducia in se stesso, arroganza, disprezzo, freddezza e aggressività. Reich, sulla base delle intuizioni di Freud, ha sostanzialmente reso esplicita la dinamica vigente tra narcisismo e aggressività e ha messo in relazione il narcisismo all'idea di mascolinità le cui caratteristiche distintive sono: un apparire emotivamente forti, esibire apertamente disprezzo e ostentare atteggiamenti aggressivi. Nel 1939, a seguito dell'individuazione di differenti manifestazioni del comportamento narcisistico (che si palesava sotto forma di aggressività, tendenza al perfezionismo, arroganza, stile espansivo e vendicativo), Karen Horney ha consolidato l'ipotesi che questo potesse chiaramente essere un tratto della personalità. Il suo contributo  stato quindi quello di aver distinto il narcisismo patologico dalla sana autostima. Tale formulazione divergeva da quella di Freud in quanto Horney ha sollevato l'ipotesi che il narcisista piuttosto che soffrire per il troppo amore rivolto a se stesso, soffre per

l'incapacità di amare. Questa supposizione è in linea con la natura difensiva della grandiosità patologica tipica del narcisismo che è stata ulteriormente argomentata da Winnicott (1965) il quale ha sostenuto che i narcisisti manifestano una identificazione difensiva con un falso sé grandioso. Le osservazioni di Winnicott (1965) appaiono in sinergia con il pensiero di Kernberg e di Horney i quali hanno sottolineato l'investimento in una grandiosa e patologica auto-rappresentazione. La concezione di Winnicott è stata inoltre affine all'ipotesi formulata da Kohut il quale, riconosce il fallimento del *caregiver* e della funzione di accudimento, nel tentativo di permettere al vero sé di emergere.

Questa linea teorica ha fondato le basi per una riformulazione messa a punto da Annie Reich (1960) che ha definito il narcisismo una strategia difensiva del senso di vulnerabilità e della capacità di regolare l'autostima come riflesso delle iniziali esperienze traumatiche. Tali individui si ritraggono dagli altri in una sorta di auto-protezione, in un mondo di immaginazione grandiosa in cui il sé non è debole e impotente ma piuttosto sicuro, forte e superiore agli altri. Il contributo di Reich è stato quello di aver enfatizzato i meccanismi di oscillazione dell'autostima tipici dei narcisisti e approfondito l'osservazione dei meccanismi di bassa tolleranza all'ambiguità e alla mediocrità in cui l'immagine di sé oscilla tra perfezione e totale fallimento. La mancanza di integrazione conduce ad un drammatico passaggio da uno stato di grandiosità ad una profonda disperazione e depressione.

Nel 1961, Nemiah ha definito il narcisismo non soltanto come un aspetto della personalità ma come un disturbo coniando il termine: *disturbo narcisistico del carattere*. Nel 1967, Kernberg presentando una accurata descrizione clinica di quella che lui ha definito *struttura della personalità narcisistica*, ha fornito esplicite descrizioni delle caratteristiche cliniche di questa struttura caratteriale, suggerendo linee guida per una diagnosi basata su comportamenti facilmente osservabili e distinguendo tra narcisismo sano e patologico (Kernberg, 1970). Più tardi, Kohut (1978) ha definitivamente coniato il termine *disturbo narcisistico di personalità*. Il modello teorico di Kernberg e Kohut ha suscitato un'enorme interesse nella comunità scientifica a causa di un numero sempre crescente di pazienti narcisisti. Le ricerche di Kernberg (1967; 1970; 1975; 1992) hanno messo in evidenza che la personalità narcisistica trae le sue origini all'interno di un ambiente familiare emotivamente invalidante in cui l'atteggiamento genitoriale volge al rifiuto e alla svalutazione. La modalità relazionale genitore-figlio appare incongruente in quanto il genitore entra in relazione con il bambino saltuariamente o solamente per

soddisfare un proprio bisogno. L'ipotesi della svalutazione genitoriale suggerisce, pertanto, che uno stile genitoriale distaccato e rifiutante conduce il bambino ad una sorta di ritiro difensivo dando forma ad una patologica auto-rappresentazione. Quest'ultima ha la funzione di integrare le caratteristiche del bambino reale e immaginario con un modello ideale di genitori amorevoli come contro-reazione ad un ambiente deprivante e invalidante. L'auto-rappresentazione negativa, però, non essendo adeguatamente integrata nella rappresentazione grandiosa che il bambino ha di sé, si manifesta con sentimenti di vuoto, di rabbia cronica relativa alla ricerca di ammirazione e con sentimenti di vergogna (Akhtar & Thomson, 1982). Secondo Kernberg, il disturbo si contraddistingue per lo sviluppo di un Sé grandioso anormale. Questo Sé patologicamente grandioso porta l'individuo a credersi autosufficiente, ad essere certo di non avere bisogno degli altri, a ritenersi dotato di abilità e poteri speciali, a considerare l'altro insignificante e privo di valore.

Kohut (1971; 1977), invece, ha considerato il narcisismo patologico come la conseguenza di atteggiamenti di rifiuto e di indifferenza in cui il bambino, nel tentativo di identificarsi con il genitore idealizzato, finisce per assumere le stesse caratteristiche della figura genitoriale. I narcisisti, inoltre, a causa dell'assenza della regolazione interna fornita dalle figure di accudimento, appaiono carenti nella gestione delle normali fluttuazioni nella vita quotidiana dei correlati emozionali. Secondo Kohut, alla base di questo tipo di personalità c'è un fallimento empatico dei genitori che non sono riusciti a rispondere in modo adeguato alle richieste naturali del Sé del bambino. La personalità del bambino rimane quindi bloccata in un Sé normale ma arcaico. Kohut e Kernberg hanno manifestato comunque un certo consenso nel ritenere che alla base del disturbo narcisistico ci sia una grave fragilità nella stima di sé, di fronte alla quale l'individuo può reagire in due modi: o tentare di impressionare gli altri (ricercarne l'ammirazione, reagire al minimo segno di disapprovazione allo scopo di rafforzare la propria autostima per mezzo degli altri) oppure cercare di passare inosservato (evitare di mettersi in luce, studiare attentamente gli altri per valutare come "apparire") al fine di sfuggire tutte quelle circostanze che potrebbero ulteriormente diminuire la già scarsa stima di sé. Sebbene i presupposti teorici di Kohut e Kernberg fossero differenti in merito all'eziologia e al trattamento dei narcisisti, essi concordavano su gran parte della fenomenologia relativa al disturbo. Entrambi, infatti, sono stati condizionati dalle influenze teoriche degli psicoanalisti, dagli studiosi e teorici contemporanei della psicologia della personalità (Baumeister, Bushmnan, & Campbell, 2000; Campbell,

1999; Dickinson & Pincus, 2003; Emmons, 1981, 1984, 1987, 1989; John & Robins, 1994; Raskin & Hall, 1979; Raskin, Novacek & Hogan, 1991; Raskin & Terry, 1988; Robins & John, 1997; Rose, 2002; Wink, 1991, 1992a, 1992b) e dal *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM) dell'American Psychiatric Association (APA).

Originariamente, il termine narcisismo è stato utilizzato in ambito psicoanalitico per riferirsi ad una condizione patologica. Oggi, nel suo senso più ampio, si riferisce ad un interesse o ad una preoccupazione relativa al Sé, che si estende lungo un *continuum* che va dalla sanità alla patologia. Kernberg (1970, 1974a, b, 1998) ha identificato un tipo invidioso e avido che richiede l'attenzione e il consenso degli altri, mentre Kohut (1971, 1977, 1984) ha descritto un individuo narcisisticamente vulnerabile tendente alla frammentazione del Sé.

La letteratura psicodinamica sul Disturbo Narcisistico di Personalità appare però confusa, perché sembra che tale definizione possa applicarsi a pazienti con caratteristiche cliniche del tutto differenti. Da un punto di vista descrittivo (Gabbard, 1989) è opportuno soffermarsi su due estremi opposti di questo continuum che possono essere definiti come “*narcisista inconsapevole*” il quale ha sviluppato maggiormente la dimensione grandiosità-esibizionismo e “*narcisista ipervigile*” che ha invece sviluppato la dimensione vulnerabilità-sensibilità (vedi *Tabella 1.1*).

Il narcisista <i>inconsapevole</i>	Il narcisista <i>ipervigile</i>
<ol style="list-style-type: none"> 1) Non ha consapevolezza delle reazioni degli altri. 2) E' arrogante e aggressivo. 3) E' concentrato in se stesso. 4) Ha bisogno di essere al centro dell'attenzione. 5) E' “trasmittente” ma non “ricevente”. 6) E' apparentemente impermeabile all'idea di essere ferito dagli altri. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) E' fortemente sensibile alle reazioni degli altri. 2) E' inibito, schivo, o persino si eclissa. 3) Dirige l'attenzione più verso gli altri che verso di sé. 4) Evita di essere al centro dell'attenzione. 5) Ascolta gli altri con molta attenzione per evidenziarne mancanza di rispetto o critica. 6) Si sente ferito con facilità; prova facilmente sentimenti di vergogna o di umiliazione.

Tab. 1.1 – Due tipi di disturbi narcisistici di personalità. Tratto da *Psichiatria Psicodinamica*, Glen O. Gabbard, 2002.

Rosenfeld (1987) facendo riferimento ai due tipi di narcisismo, ha suggerito le espressioni “di pelle spessa” e “di pelle sottile”. Cooper (1998) parla invece di forme *overt* e *covert*. Questa terminologia si riferisce specificatamente allo stile di interazione prevalente del soggetto, sia nella relazione di transfert con il terapeuta sia nelle relazioni sociali in generale. Sebbene questa netta differenziazione sia utile per comprendere le varie sfaccettature del disturbo è anche opportuno tener presente che ciò che comunemente si osserva nella clinica è la diversa miscela di aspetti *overt* e *covert* nello stesso soggetto (vedi *Tabella 1.2*).

	Tipo <i>overt</i>	Tipo <i>covert</i>
Concetto di sé	Grandiosità. Il soggetto è assorbito da fantasie di successo, ha un immotivato senso di unicità, sente che tutto gli è dovuto ed è solo apparentemente autosufficiente	Inferiorità. Il soggetto ha dubbi continui su se stesso e il proprio valore, si vergogna facilmente; si sente fragile, ma sottilmente ricerca gloria e potere. E' ipersensibile alle critiche e alle difficoltà causate dalla realtà
Relazioni interpersonali	Relazioni numerose, ma superficiali. Intenso bisogno di approvazione, disprezzo per gli altri, spesso mascherato da pseudo umiltà; mancanza di empatia; incapacità di partecipare in modo genuino ad attività di gruppo; nella vita familiare tende a dare più valore ai figli che al partner	Incapace di dipendere in modo genuino e di fidarsi degli altri; invidia cronica dei talenti, dei beni materiali e delle capacità di avere relazioni oggettuali profonde; mancanza di rispetto per il tempo altrui

Tab. 1.2 – Caratteristiche cliniche delle forme *overt* e *covert* della personalità narcisistica secondo Cooper (1998). Tratto da *La personalità e i suoi disturbi*, Vittorio Lingiardi, 2001.

La differente impostazione di Kohut e Kernberg si può in parte spiegare con il fatto che il primo ha osservato pazienti ambulatoriali con funzionamento di personalità

relativamente buono, mentre il secondo si è occupato soprattutto di pazienti ospedalizzati e quindi più gravi (vedi *Tabella 1.3*).

Heinz Kohut	Otto Kernberg
<ol style="list-style-type: none"> 1) Teoria basata su soggetti con funzionamento psichico e capacità di adattamento relativamente buoni, la cui stima di Sé è vulnerabile alle offese. Tutti pazienti ambulatoriali 2) Differenzia la personalità narcisistica dagli stati borderline 3) Pone l'accento sull'aspetto deficitario del funzionamento narcisistico 4) Definisce il Sé del narcisista come un "normale" Sé arcaico, evolutivamente bloccato 5) Ritene che il Sé del narcisista non sia "difensivo" 6) Sottolinea gli aspetti libidico-idealizzanti e concettualizza l'aggressività come "secondaria" a una ferita narcisistica 7) Accetta l'idealizzazione come una fase normale dello sviluppo che compensa una struttura psichica mancante 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Teoria basata su pazienti generalmente ricoverati, più primitivi e aggressivi di quelli descritti da Kohut, con grandiosità che coesiste con vulnerabilità e timidezza 2) Inquadra la personalità narcisistica nell'ambito delle organizzazioni borderline di personalità. Distingue due tipi di pazienti narcisistici: quelli che hanno un funzionamento psichico di alto livello e quelli con funzionamento di basso livello (narcisismo maligno) 3) Descrive le difese primitive e le relazioni d'oggetto tipiche dell'organizzazione borderline di personalità 4) Definisce il Sé del narcisista come altamente patologico, frutto della fusione del Sé ideale, dell'oggetto ideale e del Sé reale 5) Legge il Sé grandioso del narcisista come una difesa nei confronti dell'investimento o della dipendenza dagli altri 6) Sottolinea l'invidia e l'aggressività primaria 7) Considera l'idealizzazione come una difesa contro la rabbia, l'invidia, il disprezzo e la svalutazione

Tab. 1.3 – Psicodinamica del Disturbo Narcisistico di Personalità secondo Kohut e Kernberg (modificata da Gabbard, 1994). Tratto da *La personalità e i suoi disturbi*, Vittorio Lingiardi, 2001.

Secondo Kohut il terapeuta deve focalizzare la propria attenzione sulla vulnerabilità del Sé del paziente cercando di capire quali sono gli eventi che precipitano tale fragilità nel corso del trattamento. Il terapeuta si mostra quindi empatico allo scopo di riattivare la fallita relazione genitoriale e ha inoltre il compito di rilevare gli aspetti positivi dell'esperienza del paziente, di prestare attenzione ai suoi progressi e di evitare commenti che possono essere vissuti come critici. Kernberg postula, al contrario, un approccio tecnico differente in cui il *transfert* negativo deve essere immediatamente interpretato. Il paziente con disturbo narcisistico utilizza sia la svalutazione sia il controllo onnipotente per tenere a distanza il terapeuta, aspetti che devono essere continuamente affrontati affinché il trattamento possa avere un seguito ed un esito favorevole. Partendo dal presupposto che il sabotaggio e l'avidità sono caratteristiche tipiche del disturbo, il terapeuta ha il compito di esaminare questi tratti valutandone gli effetti che esercitano sugli altri.

Uno degli obiettivi della terapia, per Kernberg, è quello di aiutare il paziente a sviluppare il senso di colpa nei confronti degli altri. La descrizione dettagliata della costellazione difensiva e delle relazioni oggettuali interne del paziente narcisista fornita da Kernberg contrasta con la tendenza di Kohut a lasciare indefinito il mondo interno del paziente narcisista. Mentre Kohut considerava l'individuo narcisista come un bambino in un corpo di un adulto, Kernberg (1974a, b) al contrario, vedeva il Sé di questi pazienti come una struttura altamente patologica e priva di somiglianza con il normale sviluppo del Sé del bambino

La controversia Kohut-Kernberg continua tutt'oggi a sopravvivere, con sostenitori da una parte e dall'altra i quali difendono le prospettive teoriche da loro preferite. Il dibattito teorico tra Kohut e Kernberg ha spesso oscurato altri contributi creativi alla comprensione del Disturbo Narcisistico di Personalità. In una serie di lavori, (Rinsley; 1980, 1984, 1985, 1989) ha collegato l'origine del DNP al quadro evolutivo della Mahler (1975). Secondo Rinsley il paziente narcisista si caratterizza per una dissociazione evolutiva: l'individuazione da un lato che si è potuta sviluppare, e la separazione dall'altro che è stata bloccata. Tale formulazione concorda con quella di Kernberg riguardo al fatto che il narcisista anche se afflitto da relazioni d'oggetto altamente problematiche, può funzionare egregiamente in certe aree ed essere in grado di ottenere risultati professionali brillanti. Rothstein (1980) ha inquadrato il narcisismo all'interno di un vissuto di perfezione che è un aspetto universale della psiche umana. Questa condizione di perfezione può essere integrata con un Io sia sano che patologico,

ed è proprio la natura dell'io che determina se il narcisismo è patologico oppure sano. Model (1976) ha invece utilizzato la metafora del bozzolo per far riferimento ad una sorta di illusione di autosufficienza onnipotente rinforzata da fantasie grandiose che possono essere state avviate da una madre che aveva un'immagine esagerata delle capacità del proprio bambino. Il compito del terapeuta deve essere quello di creare un ambiente accogliente (Winnicott, 1965) che consenta allo sviluppo di progredire.

Dopo aver raccolto dati in seguito all'osservazione di migliaia di casi, Kraepelin ha dato avvio ad un nuovo sistema di classificazione delle malattie mentali che andrà a costituire la base per la moderna nosografia psichiatrica. Con Kraepelin la malattia mentale inizia ad essere intesa come forma clinica.

Nel 1935, l'Associazione Americana di Psichiatria ha realizzato una struttura diagnostica formulata sulla base degli studi di Kraepelin (1899, 1913); questo sistema, però, ha rivelato fin da subito una serie di punti deboli (ad es., essendo un manuale sviluppato per pazienti ospedalizzati appariva poco pertinente per situazioni acute ed inoltre non integrava nella struttura teorica il modello psicoanalitico che in quegli anni stava diventando popolare negli Stati Uniti). Nel 1951 i Servizi della Salute Pubblica degli Stati Uniti hanno commissionato rappresentanti dell'American Psychiatric Association per standardizzare i sistemi diagnostici utilizzati in quegli anni e nel 1953 è stato pubblicato il DSM-I. La prima versione del DSM si presentava come una sorta di glossario in cui venivano descritte varie categorie diagnostiche basate sullo sviluppo della visione psicobiologia di Adolf Meyer. Nel DSM-I sono stati identificati 108 disturbi molti dei quali erano la risultante di condizioni ambientali particolari che a sua volta generavano problemi emozionali. La seconda edizione del DSM (1968) è stata sviluppata su una classificazione dei disturbi mentali derivanti dall'ottava revisione della Classificazione Internazionale dei Disturbi (ICD-9). Il DSM-II ha chiarito la differenziazione tra disturbi nevrotici e psicotici individuando 182 disturbi differenti.

La descrizione dei vari disturbi psichiatrici nel DSM-II è stata impostata a seguito del giudizio di una commissione di esperti (Widiger, Frances, Pincus, Davis, & First, 1991). Il narcisismo o il Disturbo Narcisistico di Personalità (DNP) è stato il primo ad essere stato introdotto, nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali-III (DSM-III, 1980), sulla base degli scritti di Kernberg, Kohut, e Millon, e in seguito all'identificazione del narcisismo come un aspetto della personalità e la sua ampia diffusione nella pratica clinica (Ashby et al., 1979; Cattel, Horn; Sweney, & Radcliffe,

1964; Exner, 1969, 1973; Eysenck, 1975; Frances, 1980; Harder, 1979; Leary, 1957; Murray, 1938; Pepper & Strong, 1958; Raskin & Hall, 1979; Serkownek, 1975).

Un numero sempre crescente di ricerche orientate ad individuare i criteri diagnostici del Disturbo Narcisistico di Personalità hanno dato avvio ad una serie di cambiamenti dei criteri partendo dal DSM-III, dal DSM-III-R fino ad arrivare al DSM-IV. Il graduale cambiamento dei criteri relativi al disturbo ha favorito da un lato la differenziazione del Disturbo Narcisistico di Personalità da altri disturbi e ridotto la comorbidità ma dall'altro ha limitato la comprensione della reale natura fenomenologica del disturbo. Nel DSM-III-R e nel DSM-IV sono stati eliminati, infatti, i riferimenti agli aspetti più vulnerabili del disturbo e accentuato invece l'aspetto della grandiosità e le caratteristiche *overt*. Il DSM-III-R ha definito la caratteristica fondamentale del disturbo narcisistico un modalità pervasiva di grandiosità, mancanza di empatia e ipersensibilità al giudizio altrui.

Studi recenti (Cain, Pincus, & Ansell, 2008) hanno evidenziato che i criteri del DNP esplicitati dal DSM, in cui si enfatizza la grandiosità, non individuano chiaramente le caratteristiche di questa tipologia di pazienti. Le ricerche di Russ, Shedler, Bradley e Wester (2008) hanno suggerito che il DSM-IV sottostima alcuni aspetti centrali del disturbo, quali: la difficoltà emozionale, la paura e l'ostilità, la difficoltà nella regolazione emotiva, la competizione interpersonale, la lotta di potere, la tendenza ad esternare la colpa. La struttura proposta dal DSM-IV è stata infine fortemente dibattuta. Il DSM-IV, infatti, enfatizzando la presentazione del disturbo narcisistico nella sua forma aggressiva, manifesta, estrovertita, seguendo ampiamente la descrizione fornita da Kernberg; ignora invece apertamente la forma del tipo riservato, in apparenza timido e inibito.

Alla luce di quanto affermato, possiamo facilmente intuire come nella pratica clinica contemporanea la linea di demarcazione tra narcisismo sano e narcisismo patologico sia molto difficile da individuare. Il mondo contemporaneo infatti è così impregnato dalla ricerca narcisistica di sé che si sta mettendo in discussione l'idea di considerarlo una malattia. L'American Psychiatric Association (APA) ha dichiarato che quello del narcisismo è un tema che va rivisto alla luce di un cambio della società che è ormai ampiamente definita sull'immagine di sé.

Le forme patologiche di narcisismo si possono più facilmente identificare alla luce delle relazioni interpersonali dell'individuo. Le relazioni interpersonali sane si caratterizzano per alcuni tratti sostanziali, quali: l'empatia, l'interesse verso il modo di pensare altrui e

l'attenzione alla sfera affettiva dell'altro, la capacità di tollerare l'ambivalenza nelle relazioni di lunga durata e di riconoscere il proprio contributo nei conflitti interpersonali. Al contrario, gli individui con Disturbo Narcisistico di Personalità mostrano distacco ed indifferenza nei riguardi delle esigenze e dei sentimenti altrui manifestando uno stile pervasivo di porsi in relazione agli altri in funzione del soddisfacimento dei propri bisogni. Generalmente quando il narcisista avverte una manifestazione esplicita da parte dell'altro delle proprie necessità tende ad interrompere la relazione seppur dopo un breve periodo di tempo dal suo inizio. L'aspetto più importante è che tali relazioni chiaramente non "funzionano", in termini di capacità del narcisista di mantenere il proprio sentimento di autostima (Stolorow, 1975). La pretesa di affetto, di ammirazione e il rifiuto della critica sono le modalità che i narcisisti utilizzano per tentare di sostenere una stima di sé che, a dispetto delle apparenze, è molto vacillante.

1. 2 – Quadro sintomatologico

Gli individui con DNP hanno un concetto irrealistico del proprio valore, un'idea grandiosa di sé e tendono a porsi obiettivi molto elevati; al tempo stesso, sono ipersensibili alle critiche, non tollerano di essere messi in discussione, desiderano una costante approvazione, non riescono a trarre piacere dalle proprie attività e provano spesso sentimenti di tristezza, indifferenza e noia. Secondo il DSM-IV la caratteristica essenziale del disturbo è un quadro pervasivo di grandiosità, bisogno di ammirazione e mancanza di empatia, che inizia entro la prima età adulta ed è presente in una varietà di contesti. Si considerano superiori, speciali, unici e tendono a sovrastimare le proprie qualità mostrando stupore quando non ricevono le lodi che credono di meritare. Il sentimento grandioso di autostima è affiancato ad una implicita svalutazione. Appaiono attenti al giudizio altrui e generalmente ricercano una eccessiva ammirazione. Si sentono in diritto di ricevere un trattamento speciale in vista delle loro priorità e per questo si aspettano una forma di dedizione dagli altri di cui possono abusarne sfociando nello sfruttamento più o meno consapevole. Gli individui con DNP fanno fatica a riconoscere i bisogni, le esigenze e i sentimenti degli altri. Nel rapporto interpersonale appaiono emotivamente freddi e non esprimono interesse verso l'interlocutore. Si tratta di individui tendenzialmente invidiosi del successo degli altri oppure possono pensare

che gli altri siano invidiosi di loro. Manifestano, di conseguenza, comportamenti arroganti e superbi.

Il narcisismo patologico viene codificato dall'esame oggettivo dei sintomi descritti nel DSM-IV (APA, 1994). Per formare un pattern pervasivo, ovvero che rimane tendenzialmente costante in situazioni diverse, devono essere presenti almeno cinque dei criteri delineati

A. Un quadro pervasivo di grandiosità (nella fantasia o nel comportamento), necessità di ammirazione e mancanza di empatia, che compare entro la prima età adulta ed è presente in una varietà di contesti, come indicato da cinque (o più) dei seguenti elementi:

- 1) ha un senso grandioso di importanza (per es., esagera risultati e talenti, si aspetta di essere notato come superiore senza un'adeguata motivazione);
- 2) è assorbito da fantasie di illimitato successo, potere, fascino, bellezza, e di amore ideale;
- 3) crede di essere "speciale" e unico, e di poter frequentare e poter essere capito solo da altre persone (o istituzioni) speciali o di classe sociale elevata;
- 4) richiede eccessiva ammirazione;
- 5) ha la sensazione che tutto gli sia dovuto, cioè la irragionevole aspettativa di trattamenti di favore o di soddisfazione immediata delle proprie aspettative;
- 6) sfruttamento interpersonale, cioè si approfitta degli altri per i propri scopi;
- 7) manca di empatia: è incapace di riconoscere o di identificarsi con i sentimenti e le necessità degli altri;
- 8) è spesso invidioso degli altri, o crede che gli altri lo invidino;
- 9) mostra comportamenti o atteggiamenti arroganti e presuntuosi.

Il DNP si caratterizza, inoltre, per la tendenza a reagire difensivamente quando l'individuo percepisce una ferita al proprio valore e la persona reagisce con superbia, arroganza e disprezzo verso gli altri considerandoli la causa dei propri problemi. Il sintomo principale è un deficit nell'incapacità di provare empatia verso altri individui. La persona manifesta una sorta di egoismo profondo di cui solitamente non è consapevole e le cui conseguenze sono tali da causare nel soggetto sofferenza, disagio sociale e significative difficoltà relazionali e affettive. Il narcisista desidera ricevere più di quello che dà, si aspetta che gli altri siano affettivamente coinvolti più di quanto non lo sia lui stesso. Si considerano speciali, unici e si aspettano di ricevere conferme e lodi per le proprie qualità superiori, rimanendo meravigliati quando non ottengono

l'approvazione che credono di meritare. Per questo motivo hanno spesso la tendenza a rimuginare circa tale mancanza da parte dell'altro, tendono infatti a formare amicizie o relazioni sentimentali soltanto se hanno la certezza che l'altro possa favorire la soddisfazione dei propri scopi (primo tra tutti rinforzare e potenziare la stima di sé ed il valore personale). L'altro viene idealizzato fino a che soddisfa il bisogno di ammirazione e di gratificazione, per poi essere anche aspramente svalutato nel momento in cui non svolge più tale funzione. Vi è poi un'aspettativa idealistica che tutto debba avvenire come si desidera, come si crede giusto e secondo prospettive egocentriche. Il rifiuto della frustrazione, la ricerca di conferme sempre e comunque, l'estrema vulnerabilità alle critiche, l'insicurezza e l'arroganza insieme alla presunzione sono gli aspetti più evidenti della personalità narcisista.

Sono spesso assorti in fantasie di illimitato successo, potere, fascino, bellezza o amore ideale, invidiosi degli altri o convinti che gli altri siano invidiosi di loro; tendono a svalutare il contributo degli altri ogniquale volta questi ultimi ottengono riconoscimenti o apprezzamento per il loro operato.

I tratti narcisistici sono inoltre molto diffusi tra gli adolescenti senza che questo sia l'espressione di una personalità patologica. Il narcisista è dipendente dall'approvazione altrui e quindi non è libero ma condizionato e allo stesso tempo anela in maniera onnipotente e irrealistica al controllo e al potere.

Il narcisista ha una scarsa conoscenza di se stesso, dei propri bisogni e quindi sceglie strade sbagliate considerandole giuste, fa scelte inopportune credendo di fare ciò che è utile a sé ma si ritrova a raccogliere frutti opposti rispetto a ciò che crede di aver seminato. Oltre all'inconsapevolezza di sé emerge un'immagine della realtà negativa troppo potente e minacciosa che genera paura, avversione e invidia. Nella mente narcisistica questa relazione disfunzionale con se stesso e con il mondo diventa una somma di conflitti ed emozioni dolorose come la paura, la rabbia, l'impotenza, la vergogna, che spingono sempre di più ad attività difensive e a scelte compensatorie di carattere materialistico che poi risultano anche essere di carattere estrovertito ed edonistico. Il narcisista è preda di un falso sé, dell'acclamazione altrui ma in realtà vive un'esistenza intimamente solitaria e priva di valore in cui il terrore della morte, della vecchiaia e delle malattie generano accanto al vuoto di autostima la sfiducia nella vita. L'immagine che il narcisista ha di se stesso è deludente così come il mondo che lo circonda, è naturale perciò che la vergogna, la paura, la rabbia siano le emozioni che fanno da corollario alla patologia narcisistica. La rabbia e il senso illusorio di non essere

capiti e maltrattati devono essere affrontati comprendendo che essi sono la risposta ad un modo di pensare incongruo di chi in realtà cerca nel mondo uno specchio che accetti indiscriminatamente il proprio modo di essere.

Il DSM-V approfondisce e descrive in maniera più accurata rispetto alla versione precedente i criteri diagnostici del Disturbo Narcisistico di Personalità. Uno studio recente (Dimaggio, 2012) chiarisce che nel DSM-V si coglie un aspetto importante della personalità narcisistica i cui scopi appaiono guidati dalla ricerca di approvazione altrui con un eccessivo riferimento agli altri per l'auto affermazione. Si tratta di individui che hanno costantemente bisogno degli altri per comprendere i loro desideri che appaiono finalizzati al perseguimento della grandiosità. La vita è quindi costantemente segnata da un senso di scarsa agentività personale e un costante bisogno di ammirazione e attenzione altrui per regolare l'autostima. I criteri diagnostici individuati in letteratura (ad es., Ronningstam, 2009) che guideranno il clinico nella diagnosi del DNP nel DSM-V si focalizzeranno sui seguenti temi: difficoltà nella regolazione dell'autostima e del controllo interpersonale, sensibilità alla minaccia (ad es., probabili sconfitte con tendenza alla svalutazione personale) e variazioni nell'abilità empatica al mutare del contesto. La descrizione del DSM-V introdurrà, infine, le caratteristiche di un sottotipo conosciuto come narcisismo di tipo *covert* o *ipervigile* non presente nel DSM-IV.

1.3 – Incidenza e prevalenza

Le stime della prevalenza del DNP variano dal 2% al 16% nella popolazione clinica e risultano meno dell'1% nella popolazione generale. Tra i pazienti ricoverati la diffusione del disturbo aumenta considerevolmente (tra il 2% e il 16%). Il disturbo sembra avere anche una componente sessuale o di genere. Infatti, circa il 50-75% degli individui diagnosticati con DNP è di sesso maschile. La sua diffusione è collegata soprattutto al contesto culturale di riferimento: si riscontra, in realtà, soprattutto nei paesi capitalistici occidentali.

Il disturbo narcisistico ha il suo esordio entro la prima età adulta. Tratti narcisistici possono essere comuni tra gli adolescenti ma questo non vuol dire che tali individui svilupperanno un disturbo narcisistico in età adulta.

1.4 – Strumenti diagnostici

Gli strumenti diagnostici che possono essere utilizzati per la valutazione del DNP sono i seguenti: SCID – II, YSQ, HSNS.

- *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders* (SCID – II; First, Gibbon, Spitzer, Williams, Benjamin, 1996).

La SCID II è composta da un questionario e da un'intervista semistrutturata per la valutazione diagnostica dei dieci Disturbi di Personalità di Asse II del DSM-IV, dei Disturbi di Personalità di tipo Depressivo e Passivo-Aggressivo e del Disturbo di Personalità Non Altrimenti Specificato. La SCID – II consente di formulare una valutazione dei disturbi di Asse II di tipo categoriale (presenza o assenza del disturbo) o dimensionale (registrando il numero dei criteri diagnostici per ciascun Disturbo di Personalità codificato “3”).

I Disturbi di Personalità dell'Asse II rilevati dall'intervista sono:

- Evitante
- Dipendente
- Ossessivo-compulsivo
- Passivo-aggressivo
- Depressivo
- Paranoide
- Schizotipico
- Schizoide
- Istrionico
- Narcisistico
- Borderline
- Antisociale
- Non altrimenti specificato (NAS)

La somministrazione si suddivide in due fasi: la prima relativa alla compilazione del *Questionario* mentre la seconda riguarda un approfondimento svolto, se necessario, mediante un'*Intervista* semistrutturata.

Il *Questionario* presenta le seguenti caratteristiche:

- è autosomministrato;

- è composto da 119 domande che si ritrovano anche nell'*Intervista*;
- è uno strumento di *screening* che ha un intenzionale alto tasso di falsi positivi;
- il livello di scolarità necessario per la sua compilazione è la terza media.

L'*Intervista* si caratterizza per i seguenti elementi:

- la parte iniziale consiste in una breve visione d'insieme che individua il comportamento e le relazioni abituali del soggetto e consente di verificarne le capacità d'introspezione;
- successivamente vengono analizzati i dieci Disturbi di Personalità e le due categorie dei Disturbi di Personalità di tipo Depressivo e Passivo-Aggressivo;
- nei casi in cui il disturbo causi malfunzionamento psichico, ma non soddisfi i criteri per un Disturbo di Personalità specifico, si formula una diagnosi di Disturbo di Personalità Non Altrimenti Specificato (NAS);
- l'*Intervista* è strutturata su tre colonne: in quella di sinistra sono riportate le domande dell'*intervista*, in quella centrale vengono elencati i criteri diagnostici del DSM-IV e in quella di destra le valutazioni degli item;
- ogni criterio viene valutato come “?” (informazioni inadeguate a codificare il criterio come 1, 2 o 3), “1” (assente o falso), “2” (al di sotto della soglia), “3” (soglia o vero);
- le domande di approfondimento (non numerate) devono essere poste solo se il soggetto risponde affermativamente a quelle numerate. L'approfondimento consiste nel chiedere al soggetto di riportare esempi con parole proprie;
- una volta ultimata l'*Intervista*, l'esaminatore compila il “Modulo di registrazione delle diagnosi” da cui ricava una valutazione di tipo dimensionale per ogni disturbo di personalità. Il punteggio “3” è giustificato solo se il soggetto è in grado di fornire esempi o descrizioni convincenti oppure se, dal comportamento tenuto durante l'intervista o dai dati forniti da altre fonti, risulta evidente che l'item soddisfa i requisiti necessari;
- per assegnare un punteggio “3” occorre che le caratteristiche descritte nell'item siano: *patologiche* (non rientrano nei canoni di una normale variazione), *persistenti* (insorgono nella prima età adulta e compaiono con una certa frequenza in un arco di tempo che comprende almeno gli ultimi 5 anni), *pervasive* (si manifestano in un ampio spettro di contesti o in diversi tipi di rapporto).

La SCID – II non necessita di un programma informatico per la formulazione della diagnosi finale secondo i criteri del DSM-IV. Ha lo svantaggio che il tempo di somministrazione dell'*Intervista* è relativamente lungo e necessita di personale specializzato, ma ha il vantaggio che il *Questionario* autosomministrato aiuta l'esaminatore ad accelerare i tempi dell'*Intervista* offrendo una buona accuratezza diagnostica.

- *Young Schema questionnaire* (YSQ-L2; Young & Brown, 1990; 2001).

Lo YSQ è uno strumento di *self-report* per la valutazione degli schemi. Il paziente stesso stabilisce, utilizzando una scala Likert a 6 punti, quanto ogni item descriva fedelmente il suo modo di essere. Di norma, il questionario, da compilare a casa, viene consegnato al paziente dopo la prima o la seconda seduta. Gli item sono suddivisi in gruppi, in base allo schema a cui si riferiscono. Il terapeuta analizzerà gli item di ogni gruppo, evidenziando quelli rilevanti, ovvero quelli a cui il paziente ha dato un punteggio elevato. Nel caso in cui attribuisca un punteggio elevato ad almeno tre item che rientrano nel gruppo di un particolare schema, il terapeuta può considerare quello schema rilevante nel quadro clinico del paziente e quindi focalizzare su di esso l'indagine terapeutica. Una volta individuati gli schemi rilevanti, il terapeuta riferisce al paziente i loro nomi, gliene spiega il significato con un linguaggio comprensibile e lo incoraggia a comprenderli meglio. Può accadere che il paziente legga male le domande o le interpreti in modo troppo soggettivo o idiosincratico. In tal caso, il terapeuta deve chiarire le discrepanze per poter procedere ad un'accurata identificazione degli schemi. Se le domande del questionario suscitano emozioni forti nel paziente, il terapeuta può decidere di dilazionare la compilazione in più settimane, oppure utilizzare il tempo delle sedute per lavorare sulle risposte con il paziente. In media sono necessarie una o due sedute per rivedere il questionario insieme al paziente; il tempo necessario è, in qualche modo, condizionato anche dal numero di schemi che risultano contrassegnati da punteggi elevati. La fase di confronto sul questionario è, comunque, un momento molto importante, perché consente al paziente di confrontarsi su argomenti fondamentali fin dalle prime fasi della terapia. Durante la revisione del questionario, il terapeuta formula ipotesi sugli schemi del paziente, le modifica in base alle informazioni che gradualmente riceve e mette in relazione gli schemi con i problemi attuali del paziente e con i dati raccolti attraverso l'anamnesi.

- *Hypersensitive Narcissism Scale* (HSNS ; Hendin & Cheek, 1997; Fossati et al., 2009).

L'HSNS è un questionario auto somministrato per la valutazione della dimensione *covert* del Disturbo Narcisistico di Personalità. Si compone di 10 item ai quali il soggetto può rispondere con una scala Likert a cinque punti. Dall'elaborazione del questionario si ottiene una semplice somma degli item che individuano o meno la presenza di caratteristiche *covert* del disturbo. Sebbene la versione originaria (Hendin & Cheek, 1997) era costruita lungo una scala unidimensionale, attualmente è stato testato un modello alternativo (Fossati, Borroni, Grazioli, Dornetti, Marcassoli, Maffei, & Cheek, 2009) in cui è stato ipotizzato che la vulnerabilità emozionale e sociale (per es., l'ansia sociale e l'alienazione) e i deficit nella regolazione dell'autostima (per es., l'egocentrismo) potrebbero rappresentare aspetti distinti di una comune dimensione della vulnerabilità narcisistica. Sulla base di questa elaborazione sono stati suddivisi gli item che definiscono una ipersensibilità al giudizio (1,2,3,6,7 e 9) da quelli relativi alla componente dell'egocentrismo (4,5,8 e 10). L'HSNS ha una adeguata affidabilità e una buona validità di costrutto. Sebbene il punteggio totale può essere utilizzato per una valutazione generale della presenza o meno del narcisismo *covert*, le due subscale forniscono informazioni aggiuntive su aspetti specifici di queste dimensione della personalità. Il narcisismo *covert* potrebbe inoltre rappresentare una dimensione patologica della personalità rilevabile anche in differenti Disturbi della Personalità. Il narcisismo *covert* è caratterizzato da inibizione nelle situazioni sociali e non necessariamente da preoccupazione e pessimismo. Il narcisismo *covert* e *overt* hanno in comune un deficit nella rappresentazione delle immagini di sé e degli altri, e possono essere espressi in modi radicalmente differenti a seconda dei differenti pattern di regolazione emozionale che caratterizzano le due facce del narcisismo.

1. 5 – Teorie eziopatogenetiche

Le teorie eziopatogenetiche del Disturbo Narcisistico di Personalità si suddividono in quattro principali filoni di studio: il modello psicodinamico, biologico, metapsicologico e cognitivo.

Il modello psicodinamico

La comprensione del DNP in ambito psicodinamico si è incentrata attorno all'approfondimento dei modelli di Kohut e Kernberg (Adler, 1985; Glassman, 1988; Heiserman & Cook, 1998; Josephs, 1995; Kernberg, 1974a, b, 1998; Ornstein, 1974a, 1998). Kohut ha teorizzato che gli individui narcisisticamente disturbati fossero il risultato dei fallimenti empatici dei genitori i quali apparivano carenti nella validazione delle manifestazioni di esibizionismo del bambino adeguate alla sua fase di sviluppo, non fornendo al bambino un modello degno di ammirazione. Queste carenze si manifestano nella tendenza del paziente a formare un transfert speculare, gemellare o idealizzante. In questa ottica il disturbo narcisistico comprende individui arrestati da un punto di vista evolutivo e che in assenza di risposte adeguate dall'ambiente tendono alla frammentazione del Sé. Secondo Kohut, nel corso della vita abbiamo bisogno di risposte di tipo oggetto-Sé da parte di coloro che ci circondano. Il bisogno delle funzioni confortanti e validanti degli oggetti-Sé non si esaurisce mai. Gli altri sono quindi fonte di gratificazione per il Sé.

Kohut (1971) ha posto al centro dell'attenzione l'interiorizzazione di funzioni mancanti dalle persone dell'ambiente circostante e ha concettualizzato il Sé narcisistico come un "normale" Sé arcaico che è semplicemente stato congelato nel suo sviluppo. Considerava, quindi, l'individuo narcisista come un bambino nel corpo di un adulto. Al contrario Kernberg (1974a, b) vedeva il Sé di questi pazienti come una struttura altamente patologica e priva di somiglianza con il normale sviluppo del Sé del bambino in cui l'espressione esibizionistica appare alquanto affascinante e tenera e non ha nulla a che vedere con l'avidità e le pretese del Sé patologico del narcisista. Un'altra differenza nella loro concezione del Sé riguarda la sua funzione difensiva. Mentre Kohut ha considerato il Sé narcisista sostanzialmente non difensivo (ovvero semplicemente bloccato nel suo sviluppo), Kernberg, al contrario, ha considerato il Sé patologicamente grandioso come una difesa contro l'investimento degli altri e la dipendenza dagli altri.

La concezione di Kohut della personalità narcisista era forse più generosa rispetto a quella di Kernberg. Kohut si è concentrato principalmente sul desiderio infantile di certe risposte genitoriali. L'aggressività era perciò un fenomeno secondario ovvero una risposta totalmente comprensibile in relazione alle mancanze genitoriali. Secondo Kernberg era, invece, un fattore primario la cui eziologia è sia ambientale che costituzionale e non è semplicemente una reazione comprensibile di fronte ad insufficienze altrui. L'aggressività del paziente narcisista si palesa attraverso una

cronica e intensa invidia (1974b) che lo induce a voler rovinare e distruggere le cose buone degli altri. Anche l'idealizzazione è stata considerata da Kohut e Kernberg in maniera del tutto differente. Per Kohut l'idealizzazione nel transfert era un modo per compensare una struttura psichica deficitaria piuttosto che un atteggiamento difensivo, per Kernberg, invece, l'idealizzazione era una difesa contro una serie di sentimenti negativi, come la rabbia, l'invidia, il disprezzo e la svalutazione. Alla luce di questa descrizione, possiamo asserire quindi che Kernberg faceva riferimento a pazienti più strettamente assimilabili al tipo inconsapevole, mentre Kohut si era focalizzato su pazienti apparentemente più simili al tipo ipervigile. La controversia Kohut-Kernberg sussiste ancora con difensori dall'una e dall'altra parte ma nella pratica clinica l'ampio spettro di pazienti inquadrabili nel Disturbo Narcisistico di Personalità può richiedere più di una prospettiva teorica a fini esplicativi.

Il modello biologico

Le ricerche neurofisiologiche hanno indicato che la prima modalità interattiva tra il *caregiver* e il bambino, soprattutto durante il secondo anno di vita, è essenziale non solo per la formazione del carattere ma anche per lo sviluppo psicobiologico. Schorer (1994) ha sottolineato che le origini neuropsicologiche assumono un'importanza particolare nella regolazione affettiva e influenzano lo sviluppo del DNP. In circostanze normali, il *caregiver* aiuta il bambino nella gestione delle emozioni intense e nel fronteggiamento di situazioni stressanti. La rappresentazione interna che il bambino ha del *caregiver* facilita la regolazione affettiva e il normale sviluppo psicobiologico. In caso di sviluppo sano il bambino è in grado di neutralizzare la grandiosità, modulare la sofferenza narcisistica e regolare sia l'eccitazione che l'autostima. Il fallimento del *caregiver* nell'aiutare il bambino a modulare stati di eccitazione positivi e negativi (come l'agitazione, la paura, la rabbia, gli stati depressivi) conduce al fallimento dello sviluppo di un'adeguata regolazione affettiva.

Dalle ricerche emerge l'esistenza di due modalità interattive che sono alla base dell'arroganza e della paura tipica del DNP, ovvero: a) un attaccamento insicuro-resistente induce ad una scarsa regolazione emozionale che si esprime nella grandiosità, nell'arroganza e nella tendenza a reagire in maniera aggressiva; b) un attaccamento depresso-ipereccitato facilita una sovra regolazione emozionale, che si manifesta con l'inibizione, la riservatezza, sentimenti di vergogna, con tendenza alla grandiosità.

Il modello metapsicologico

L'analisi metapsicologica dei fattori eziologici della personalità narcisista ha stabilito che la difficoltà nella regolazione dell'autostima è un elemento centrale dello sviluppo del disturbo. Nel corso dello sviluppo, infatti, la stima è quasi sempre etero diretta in quanto si fonda sul giudizio ricevuto dall'esterno. L'atteggiamento dei genitori è quindi fondamentale per far emergere una sana autostima nel bambino che si struttura sulla base della relazione con genitori sufficientemente empatici e con un buon livello di autostima.

A livello metapsicologico, Kohut ha stabilito l'esistenza di uno sviluppo narcisistico della personalità che muove da uno stato originario di grandiosità arcaica per giungere ad un narcisismo più evoluto, sano e costruttivo, su cui si fonda l'autostima e le sane aspirazioni. Il narcisismo dunque è una funzione primaria della vita psichica caratterizzata da grandiosità, invulnerabilità e onnipotenza che sono caratteristiche tipiche della mente infantile. L'evoluzione narcisistica della personalità consiste proprio nel dominare, relativizzare e ridefinire queste caratteristiche di onnipotenza e grandiosità, mantenendo la possibilità di recuperarle quando è necessario (ad es., un'impresa eroica) attraverso una regressione reversibile. La formazione di un Sé sano e coeso è possibile solo se il bambino gode di adeguate relazioni narcisistiche con genitori sufficientemente empatici. Al contrario, se il bambino subisce gravi traumi narcisistici, il Sé grandioso si conserva nella sua forma inalterata.

Il narcisismo è un elemento determinante ed ineliminabile nello sviluppo della personalità, in quanto consente la formazione e il mantenimento di un'identità unica e inconfondibile. Secondo Kohut il confine tra narcisismo come entità metapsicologica e DNP appare molto labile, essendo la componente patologica del narcisismo una semplice deviazione da un cammino evolutivo sostanzialmente integro. La dimensione narcisistica della personalità assume una valenza universale, e non esclusivamente patologica, nello sviluppo di un Sé maturo, coeso e in stretta interazione con l'ambiente circostante.

Millon ha inoltre sviluppato un costrutto teorico in cui ha differenziato principalmente due varianti del disturbo narcisistico: *overt* e *covert*.

Il narcisista *overt* ha come aspetto preponderante quello di apparire grandioso. La grandiosità si manifesta attraverso:

- la preoccupazione per il potere e il successo;
- la presenza di sentimenti di superiorità e di eccezionalità;

- l'arroganza, l'essere auto-centrati con comportamenti palesemente auto-referenziali;
- l'esibizionismo presuntuoso.

Il narcisista *overt* è incapace di mantenere rapporti soddisfacenti e duraturi con altri. Gli altri fungono semplicemente da supporto alla propria importanza e al conseguimento dei propri scopi o desideri. Ha la tendenza a voler essere trattato con rispetto, con compiacenza e ammirazione. Nel caso in cui l'ammirazione di cui necessitano non sia immediatamente disponibile, questi individui hanno la tendenza a reagire con atteggiamenti di collera e di delusione. Allo stesso modo, quando un narcisista *overt* viene contraddetto o messo in discussione manifesta reazioni negative che si palesano all'esterno.

Il narcisista *covert* si caratterizza per il suo essere vulnerabile, sensibile, e con un comportamento ostile e difensivo. Così come il narcisista arrogante (*overt*) (Ronningstam, 1999; Cooper, 1998, Wink, 1991) anche il narcisista timido/timoroso (*covert*) ha fantasie grandiose, è esplosivo e si sente di avere dei diritti sugli altri. Si caratterizza, inoltre, per un funzionamento globale inefficiente, le aspettative non realistiche e la vulnerabilità allo stress. Questi individui possono apparire inoltre preoccupati per idee grandiose, hanno infatti la tendenza ad immaginare se stessi come eroi del mondo che collocati al centro dell'attenzione vengono acclamati da tutti. Tali fantasie non sono espresse in comportamenti manifesti e non sono accompagnate da un senso di autoefficacia. Si sentono in realtà in conflitto ed in colpa per il loro comportamento arrogante ed esibizionistico. L'incongruenza che vige tra la fantasia e la realtà conduce ad un ulteriore senso di colpa e ad un crudele attacco verso se stessi per l'assenza di valore da un lato e per il bisogno di grandezza dall'altro.

Il narcisista *covert* ha fantasie grandiose ma può sentirsi indegno a causa della vergogna che scaturisce dalle idee di grandezza. Appaiono incapaci nel sostenere e perseguire con dedizione scopi e ambizioni e questo genera sentimenti di odio, di depressione e di compassione verso se stessi. Diversamente dal narcisista *overt*, il tipo *covert* è tormentato da dubbi su di sé e denigra il proprio valore (Cooper, 1998). Generalmente non vanno alla ricerca di amici o persone in quanto hanno timore di esporsi. Infatti, anziché richiedere attenzioni speciali agli altri per il riconoscimento della loro superiorità, il narcisista *covert* può comportarsi in maniera rispettosa e riverente. Per tutte queste ragioni tali individui sono timorosi di mostrare il raggiungimento di un loro risultato e spesso falliscono nel dare credito ad un buon lavoro che hanno realmente

fatto. Hanno la tendenza a procrastinare i compiti da portare avanti, il loro comportamento manifesto è spesso eccessivamente ritirato e timido (Cooper, 1998).

Millon ha inoltre individuato altri sottotipi di personalità narcisistica.

1) Il *narcisista tradizionale*: sicuro di sé e competitivo.

Un narcisista non patologico si definisce sulla base di come la persona si relaziona agli altri, si focalizza sulla propria autostima, al senso di stabilità del sé, ad una percezione adeguata dei propri diritti con un grado di competizione che include normali livelli di empatia e compassione (Ronningstam, 1999). Una persona con una sana e buona autostima comprende che i diritti e i bisogni degli altri sono importanti quanto i suoi. Gli individui con tendenza narcisistica, invece, hanno un *focus* sostanzialmente spostato su di sé piuttosto che sugli altri. Per questo motivo alcuni studiosi hanno considerato il narcisismo un “disturbo” che colpisce solamente coloro i quali vivono in città sviluppate e ricche che hanno il “lusso” di rifugiarsi nell’individualismo a dispetto di altri luoghi del mondo in cui le persone devono primariamente provvedere a soddisfare i bisogni di base (cibo e rifugio). Millon e Davis (1990) fanno notare che è più probabile che sviluppino un Disturbo Narcisistico di Personalità quegli individui appartenenti a culture in cui si esaltano l’individualismo e l’auto gratificazione a spese della comunità (ad es., negli Stati Uniti).

La differenza tra il disturbo narcisistico e un narcisismo non patologico sta nel fatto che in quest’ultimo la persona rispetta l’altro manifestando un interesse che non è semplicemente un riflesso di reazioni altruiste ma piuttosto perché realizza che facendo del bene per gli altri la persona può trarre un positivo guadagno per sé. In contrasto con questa abilità di rispettare i bisogni degli altri così come i propri, la persona con DNP appare innanzitutto auto-diretta. Millon ha descritto lo stile della persona con narcisismo tradizionale come competitivo e sicuro di sé. Manifestano una sfrontatezza interpersonale derivante dal credere in se stessi e nei propri talenti, assumono naturalmente posizioni di leadership agendo in maniera sicura e disinvolta, si aspettano inoltre che gli altri riconoscano e soddisfino le loro qualità speciali. Sono audaci, persuasivi, intelligenti, hanno un buono *charm* nel vincere sugli altri per le proprie cause e propositi. L’aspetto problematico riguarda la loro mancanza di reciprocità sociale e le loro assunzioni di cosa desiderano e di cosa gli è dovuto.

2) Il *narcisista seduttivo*: erotico e conquistatore.

Questa variante di personalità narcisistica cerca potere e influenza sugli altri attraverso il gioco sessuale. Sono individui abili nella seduzione, incantevoli, e allo stesso tempo bisognosi e ingenui (Millon, 1998). Il narcisista patologico, malgrado la capacità seduttiva, non riesce a stabilire un attaccamento emotivo e profondo con altri e non sempre instaura relazioni intime. Un tipico aspetto del gioco erotico del narcisista seduttivo è una costante prova di se stesso come conquistatore. Il gioco seduttivo sembra essere più importante rispetto alla reale durata o qualità della relazione stessa, che è tipicamente molto breve. Sebbene appaiano desiderosi di stabilire una relazione affettiva calda e intima, appaiono invece irrequieti e insoddisfatti quando la trovano. Piuttosto che utilizzare i loro talenti per scopi o obiettivi tangibili e genuine relazioni, devolgeranno la loro energia a costruire interazioni complesse sfruttando abilmente gli altri al fine di ottenere ciò che credono sia loro dovuto.

3) Il *narcisista compensativo*: costantemente alla ricerca di supporto e di autostima.

Questa tipologia racchiude individui che invece di vivere la propria vita reale inseguono successi e ruoli immaginari molto distanti dal contesto reale in cui si trovano a vivere. Si tratta di individui che ingannano se stessi costruendo un mondo immaginario in una maniera non diversa da quella manifestata dai paranoici; Il narcisista compensativo, però, lotta per il prestigio in un mondo costituito da persone reali, i paranoici, invece, agiscono le loro aspirazioni in solitudine. Dal momento che l'insicurezza è una caratteristica ben radicata, compensano con atteggiamenti di ipervigilanza (Millon, 1998). Tali individui hanno un profondo senso di inadeguatezza che cercano di mascherare con un atteggiamento arrogante.

4) Il *narcisista elitario*: auto-assertivo, arrogante, intrusivo.

Come nel caso del narcisista compensativo, il narcisista elitario ha un forte bisogno di credere alle sue fantasie piuttosto che soffermarsi sull'inadeguatezza percepita. Tendono a confrontarsi con gli altri e a mettersi facilmente in competizione. I desideri ruotano attorno a fantasie di celebrità e fama. A causa della loro persistente intrusione sociale, questi individui possono apparire alienati in se stessi a causa del bisogno di ammirazione che costantemente cercano negli altri. In alcuni casi possono mostrarsi apertamente ostili, acquisendo caratteristiche simili ad individui paranoici, e diventare particolarmente sprezzanti verso persone dalle quali non si sentono considerati a sufficienza. Queste credenze e azioni protettive non fanno

altro che aumentare il loro tono difensivo allontanando gli altri quando vengono percepiti come persone indesiderabili, imbarazzanti, esagerate e suscettibili.

5) Il *narcisista fanatico*: pensiero paranoico e illusione di onnipotenza.

Millon ha descritto questa variante come tipica di una personalità difettosa, paranoica e con caratteristiche narcisistiche (Millon, 1998). Questi individui possono soffrire per le perdite e sconfitte e credere di essere stati trattati ingiustamente da un mondo che non riconosce il loro vero valore. Secondo l'autore essi devono controbattere l'indifferenza e l'umiliazione e ristabilire il loro orgoglio di fronte al mancato riconoscimento di richieste stravaganti e fantasie grandiose. Si tratta di individui che convincono se stessi e gli altri della validità delle loro richieste insistendo prepotentemente contro ovvie contraddizioni e derisioni da parte degli altri che non riconoscono i privilegi che essi vorrebbero ottenere. Il narcisista fanatico quindi nel tentativo di essere preso sul serio e creduto si sente ulteriormente alienato.

6) Il *narcisista spregiudicato*: disonesto, vendicativo e infedele.

Quest'ultima variante è un miscuglio di caratteristiche auto-centrate del narcisista con gli aspetti della personalità antisociale. I comportamenti malvagi tipici di questo gruppo di individui vengono progettati in maniera superficiale, e causano frequentemente difficoltà personali, familiari e legali. La gratificazione ottenuta mediante il comportamento vendicativo si esprime con l'umiliazione e la dominanza sugli altri. Si tratta di individui infedeli che cambiano facilmente partner senza manifestare alcun tipo di rimpianto. Sono abili nell'influenzare gli altri ingannandoli con fascino e disinvoltura, appaiono esperti nel dare giustificazioni di una presunta innocenza. Non prestano particolare attenzione alle leggi e alle convenzioni della società ma generalmente sono abili nel rientrare entro i limiti richiesti dalla legge. Per questa ragione è raro che richiedano spontaneamente un trattamento (Millon, 1998). Dispongono, infine, di un comportamento non scrupoloso, immorale e ingannevole dal punto di vista interpersonale.

Il modello cognitivo

Il modello cognitivo identifica i fattori eziologici del DNP nelle dinamiche insite nell'ambiente familiare in cui l'individuo cresce. Alcuni autori sostengono che il senso di diversità del narcisista può originare da un apprendimento: i genitori credono nella superiorità del futuro narcisista e rinforzano il suo sentirsi speciale, diverso in quanto

superiore (Miller, 1981). Altri osservano che le famiglie dei narcisisti sono strane, isolate socialmente. Il bambino cresce quindi diverso, oggetto di scherzi dei coetanei. Il soggetto risolve la continua minaccia all'autostima appigliandosi al senso di superiorità, costruendo una corazza forgiata, a volte, a partire da qualità reali o semplicemente condensata da fantasie grandiose (Kernberg, 1975, 1998; Vaknin, 2003). L'infanzia di tali individui si caratterizza anche per una mancanza di regole e per una eccessiva permissività in cui i bambini vengono viziati per le loro richieste materiali ma non assecondati per i loro bisogni emotivi. Piuttosto che sentirsi amati, questi pazienti si sono sentiti "speciali". Le madri di tali individui appaiono poco empatiche, incapaci di stabilire complicità nel rapporto con i propri figli e poco affettuose.

Alcuni pazienti narcisisti hanno subito da piccoli sfruttamento e manipolazione. Alcuni sono stati abusati sessualmente da uno dei genitori, altri manipolati affinché assumessero il ruolo di genitore sostitutivo, altri ancora costretti a soddisfare i bisogni di realizzazione dei genitori in ambito lavorativo, sociale ed economico. Il paziente finisce quindi per confrontarsi con modelli genitoriali confusi, in cui riceve lode e ammirazione da un lato e scarsa comprensione e sostegno emotivo dall'altro. Questi pazienti ricevono quindi un'approvazione condizionata piuttosto che un affetto autentico dai genitori e nel corso dell'infanzia si sentivano speciali solo quando riuscivano a soddisfare uno degli alti standard imposti dal genitore. Le figure genitoriali si caratterizzano pertanto per l'importanza data alle "apparenze" piuttosto che alla costruzione di un rapporto intimo, di conseguenza il bambino ricerca la perfezione per ottenere l'approvazione e per sentire di avere valore, quando invece vengono disapprovati si sentono dei falliti.

Le esperienze negative vissute nell'infanzia potrebbero essere quindi all'origine della formazione degli schemi che sottendono i tratti di personalità patologica. Nell'ambito del modello cognitivo, il concetto di schema (ad es., Beck, 1967; Young, 2007) assume una grande rilevanza in quanto si riferisce ad un qualunque principio organizzativo attraverso il quale l'individuo interpreta le esperienze vissute. Gli schemi che solitamente si formano durante l'infanzia tendono a riattivarsi e a riproporsi nella vita adulta, anche quando appaiono poco adattivi. Questo fenomeno, dovuto ad un bisogno di "coerenza cognitiva", ha la funzione di mantenere una certa stabilità nella visione di se stessi e del mondo, anche quando questa visione risulta inappropriata o distorta. Gli schemi giocano, dunque, un ruolo fondamentale nel modo di pensare, di sentire, di relazionarsi con gli altri e di agire del paziente e, paradossalmente, lo inducono a

ricreare, in età adulta, lo stesso tipo di situazioni che lo hanno ferito maggiormente da bambino. Young (1990, 1999) ha sviluppato il concetto di Schema Maladattivo Precoce (SMP) per indicare una struttura emotiva e cognitiva disfunzionale, che si consolida nelle prime fasi di sviluppo e si mantiene per tutta la vita. Secondo questa definizione i comportamenti maladattivi non fanno parte dello schema ma sono una risposta ad esso. Sono state individuate quattro tipologie di esperienze infantili che favoriscono la formazione degli SMP: 1) la frustrazione dei bisogni primari; 2) il trauma o il maltrattamento; 3) le eccessive manifestazioni di affetto e di stima o le elevate aspettative; 4) l'interiorizzazione dell'altro significativo ovvero l'identificazione con un familiare. Nel corso dello sviluppo tali individui potrebbero reagire alla deprivazione emotiva diventando premurosi o, al contrario, esigenti e dispotici, piuttosto che interiorizzare gli atteggiamenti freddi dei loro genitori. Lo sviluppo di uno schema è inoltre determinato anche dai fattori biologici che in aggiunta all'ambiente di sviluppo determinano la personalità di un individuo (Kagan, Reznick, & Snidman, 1988).

1. 6 – Principi di trattamento farmacologico

Non ci sono evidenze che sostengono l'efficacia di una terapia farmacologica per il trattamento del Disturbo Narcisistico di Personalità. L'utilizzo del farmaco può essere indicato nei casi in cui emerge una sintomatologia ansiosa o depressiva che il più delle volte motiva la richiesta di terapia.

La terapia farmacologica viene in molti casi disattesa dal paziente, oppure seguita con discontinuità, e a volte abbandonata al primo lieve segnale di miglioramento. Il paziente non riconosce il ruolo del medico psichiatra e non riesce a fidarsi né ad affidarsi: può proporre dunque modalità adesive e compiacenti, che non vengono poi tradotte in un coerente comportamento di cura; modalità aggressive e svalutanti di sfida aperta; modalità idealizzanti, che esaltano (temporaneamente) l'unico medico in grado di curare un caso tanto eccezionale, a differenza dei precedenti, tutti ugualmente incompetenti.

1.7 – Principi di trattamento e tecniche psicoterapeutiche

Il trattamento del Disturbo Narcisistico di Personalità dispone di differenti approcci a seconda del modello teorico di riferimento e delle strategie di intervento. I principali orientamenti di cui si dispone sono: la psicoterapia psicoanalitica, la terapia di gruppo, la Schema Therapy, e la Terapia Metacognitiva Interpersonale.

Psicoterapia psicoanalitica

Per Kohut e Kernberg la psicoanalisi è il trattamento d'elezione per i pazienti con DNP il cui obiettivo è quello di superare le esperienze deficitarie infantili; tuttavia, anche un approccio supportivo-espressivo, meno impegnativo dal punto di vista del numero di sedute settimanali e della durata del trattamento possono produrre risultati favorevoli. Le indicazioni di Kohut e Kernberg si differenziano sulla base delle loro differenti concettualizzazioni teoriche.

Per Kohut l'empatia è il punto chiave della tecnica psicoterapica (Ornstein, 1974b, 1998). Nel tentativo di riattivare una fallita relazione genitoriale, il terapeuta deve empatizzare con il paziente sforzandosi di andare incontro al suo bisogno di affermazione (*transfert speculare*), di idealizzazione (*transfert idealizzante*), o di essere come il terapeuta (*transfert gemellare*). Il terapeuta ha quindi il compito di interpretare, piuttosto che di gratificare, il bisogno del paziente di essere confortato (Kohut, 1984). Assumono particolare rilievo tutti quei segni di frammentazione del Sé che possono emergere durante le fasi del trattamento. In tal caso il terapeuta deve incentrare la propria attenzione sull'evento precipitante piuttosto che sul contenuto della frammentazione stessa (Miller, 1985; Ornstein, 1974a). L'obiettivo principale del terapeuta, in linea con gli assunti della psicologia del Sé, è quello di sorvegliare costantemente le modalità con cui riproducono traumi infantili con i loro pazienti. Kohut partiva dal presupposto che il paziente avesse sempre ragione; se il paziente si sente trascurato o ferito è ragionevole presumere che l'analista o il terapeuta abbia commesso un errore. E' necessario, pertanto, mettere in luce l'aspetto positivo dell'esperienza del paziente, prestando attenzione ai suoi progressi ed evitando scrupolosamente commenti che possono essere vissuti come duramente critici.

Per Kernberg il compito fondamentale del terapeuta è quello di focalizzarsi sull'invidia e sul modo in cui essa impedisce al paziente di ricevere o di riconoscere l'aiuto. Di conseguenza lo sviluppo di un transfert negativo precoce deve essere sistematicamente

interpretato ed esaminato. Pertanto quando i pazienti ricevono qualcosa di positivo dal loro terapeuta, spesso la loro invidia aumenta poiché ciò genera sentimenti di inadeguatezza o di inferiorità rispetto alle capacità di cura e di comprensione del terapeuta. L'obiettivo del trattamento è per Kernberg una comprensione cognitiva attraverso il processo interpretativo del successo terapeutico. Gli scopi del trattamento includono lo sviluppo della colpa e della preoccupazione nei confronti degli altri, così come l'integrazione dell'idealizzazione e della fiducia con la rabbia e il disprezzo. Il trattamento di questi pazienti, secondo Kernberg, è tra i più difficili in quanto gran parte dei loro sforzi mira a far fallire il terapeuta. Il paziente usa la svalutazione e il controllo onnipotente per tenere a distanza il terapeuta. Il trattamento si basa quindi sulla capacità del terapeuta di affrontare queste manovre difensive.

Psicoterapia di gruppo

In taluni casi è auspicabile la scelta di un trattamento combinato che associ la psicoterapia individuale con quella di gruppo. Tale trattamento può risultare molto efficace grazie alla sinergia della profondità e intensità offerta dal rapporto individuale e dalle possibilità di confronto e feedback proprie del lavoro in gruppo. Sostanzialmente gli strumenti essenziali di qualsiasi intervento terapeutico saranno, grazie all'ambiente protetto offerto dal *setting* di lavoro, la costruzione di un'alleanza positiva fra terapeuta e paziente e l'esperire nuove, più piene, evolutive e soddisfacenti possibilità relazionali fra gli individui.

I narcisisti inconsapevoli possono godere all'idea di avere un pubblico nella psicoterapia di gruppo, ma possono anche risentirsi per il fatto che gli altri assorbono parte del tempo e dell'attenzione del terapeuta. La maggior parte dei pazienti narcisisti considererà la psicoterapia di gruppo una situazione in cui la loro eccezionalità e la loro unicità verrà trascurata. Hanno la tendenza a monopolizzare le discussioni facendo osservazioni sui problemi degli altri e negando i propri (Wong, 1979). Questo approccio presenta sostanzialmente alcuni vantaggi: il paziente può beneficiare del *feedback* fornito dai membri del gruppo in relazione all'impatto dei loro tratti caratteriali sugli altri, può avere effetti terapeutici sugli altri componenti del gruppo attivando sentimenti latenti di invidia e di avidità in pazienti con altre forme di disturbi del carattere (Azima, 1983). In un gruppo, inoltre, i pazienti devono imparare a rispettare i bisogni degli altri piuttosto che aspettarsi di essere sempre al centro dell'attenzione. Diversi autori hanno suggerito che per i pazienti narcisisti la combinazione psicoterapia individuale e di

gruppo può essere più efficace rispetto a ciascun approccio preso singolarmente (Horowitz, 1977; Wong, 1979; 1980). E' comunque auspicabile avere soltanto un paziente narcisista in un gruppo eterogeneo, considerato l'impatto travolgente che questi pazienti possono avere sugli altri.

La psicoterapia di gruppo sembra poter offrire una buona possibilità per i pazienti con una psicoterapia individuale in corso: le dinamiche di gruppo diluiscono i transfert negativi del paziente e i vissuti controtransferali del terapeuta.

Schema Therapy

Assunto fondamentale della Schema Therapy è che ciascun essere umano ha, fin dall'infanzia, dei bisogni fondamentali (ad es., protezione, accudimento, etc.) che richiedono una naturale soddisfazione. Se nell'ambiente evolutivo ciò è mancato in modo continuativo, il bambino sperimenta l'impossibilità di soddisfare i propri "normali" bisogni e sviluppa una valutazione negativa di sé e dell'altro. E' in questo contesto che si sviluppano gli Schemi Maladattivi Precoci che condizionano nel tempo lo sviluppo relazionale. Young (1998), basandosi sul modello degli schemi disfunzionali di Beck, ha postulato tre schemi centrali: la Deprivazione emotiva, l'Inadeguatezza e lo schema Pretese. Considerato che gli individui con DNP sono incapaci di vivere esperienze affettive autentiche, è molto probabile che i loro schemi di deprivazione emotiva e di inadeguatezza si mantengano per tutta la vita; il comportamento che essi assumono, infatti, favorisce e accresce la loro incapacità di amare ed essere amati, a meno che non inizino una terapia o vivano una relazione costruttiva con una persona capace di contrastare i loro schemi.

Il paziente narcisista si caratterizza, inoltre, per la presenza di *Mode Work* peculiari che si riferiscono all'insieme degli stati emotivi e degli stili di *coping* attivi in quell'individuo in un determinato momento, essi sono tre: il Bambino solo, il Presuntuoso, il Consolatore distaccato. Tali *mode* pur non essendo presenti in tutti gli individui narcisisti sono tuttavia i più comuni.

Il *mode* Bambino si struttura sulla base di uno schema di Deprivazione emotiva e su un meccanismo di ipercompensazione: nel tentativo di compensare lo schema, i pazienti finiscono per diventare pretenziosi ed esigenti; chiedono troppo e danno poco; partendo dalla convinzione di non ricevere sufficienti attenzioni e affetto assumono un atteggiamento arrogante e pretenzioso.

Il *mode* Presuntuoso rappresenta un meccanismo di ipercompensazione finalizzato a fronteggiare i sentimenti di deprivazione emotiva e di inadeguatezza. Quando esso si attiva l'individuo assume un atteggiamento di sfida, diventa presuntuoso e dispotico e fa di tutto per acquisire una posizione di prestigio. Nel paziente narcisista questo *mode* è quasi sempre attivo e nei rapporti interpersonali determina invidia per i successi delle altre persone, comprese quelle a loro care con la tendenza a voler invalidare i risultati raggiunti da altri. Mentre in compagnia di altre persone il paziente narcisista tende ad attivare il *mode* Presuntuoso, al contrario, quando è da solo e non può ricevere l'ammirazione che desidera tende ad entrare nel *mode* Consolatore distaccato. La funzione di questo *mode* consiste nel bloccare le emozioni, pertanto il paziente comincia ad impegnarsi in attività che placino le sue sensazioni o che siano in grado di distrarlo per evitare di sperimentare il dolore. I sentimenti che ne derivano sono quindi di depressione, di noia e di vuoto. Nel paziente in cui il *mode* protettore distaccato è attivo ha la tendenza ad intraprendere attività stimolanti di cui non riesce a fare a meno o a cui si dedica in maniera ossessiva (ad es., eccessiva dedizione al lavoro, gioco d'azzardo, speculazioni in borsa, sport estremi, sesso con partner occasionali, assunzione di sostanze stupefacenti). Un'altra tipologia di pazienti, invece, si dedica in maniera compulsiva ad attività individuali con funzione calmante (ad es., giocare al computer, mangiare in maniera eccessiva, guardare la tv, fantasticare). Queste attività hanno lo scopo di stimolare o calmare il paziente e fungono da meccanismi di evitamento per sfuggire al senso di vuoto e di inefficacia. L'obiettivo principale del trattamento consiste quindi nel costruire il *mode* Adulto funzionale del paziente, modellandolo sull'esempio del terapeuta. Quest'ultimo aiuta il paziente ad instaurare rapporti autentici e profondi, partendo dalla relazione terapeutica e passando poi ai rapporti con le persone più significative. Il trattamento secondo la Schema Therapy si focalizza sulla vita relazionale del paziente concentrandosi, innanzitutto, sulla relazione terapeutica e successivamente sul rapporto del paziente con le persone significative. Nella fase iniziale si individuano i problemi del paziente e gli obiettivi che si intende raggiungere tramite la terapia e in una fase successiva si ricostruisce la storia di vita cercando di individuare gli stili di vita disfunzionali che impediscono al soggetto di soddisfare i bisogni emotivi. A questo punto il terapeuta illustra il modello al paziente enfatizzando l'importanza del lavoro terapeutico nell'individuazione degli schemi e degli stili di coping. Nella fase di assessment si valutano gli aspetti sia cognitivi (attraverso la compilazione di questionari, la ristrutturazione cognitiva e le prove empiriche) che

emotivi (tecniche esperenziali come quelle immaginative). Le strategie cognitivo-comportamentali vengono introdotte fin dalle prime fasi del trattamento e sono utili sia nella fase di assessment che in quella di cambiamento. I compiti cognitivo-comportamentali sono fondamentali per favorire il superamento degli stili di coping di evitamento e di ipercompensazione che contribuiscono al mantenimento degli schemi. Si richiede al paziente di annotare i pensieri automatici elaborati nei momenti di difficoltà affinché impari ad identificare e a correggere le distorsioni cognitive. I promemoria possono aiutare a ricordare le conseguenze negative di un comportamento narcisista e i vantaggi che potrebbero invece derivare dall'acquisizione di un atteggiamento più sensibile e disponibile verso gli altri. La tecnica della "freccia discendente" (Burns, 1980) può aiutare il paziente ad identificare le credenze sottostanti che li spingono alla continua ricerca di gratificazioni narcisistiche. Alle tecniche cognitive si affiancano i compiti comportamentali da svolgere tra una seduta e l'altra. Durante l'esercizio il paziente dovrà trascrivere i propri pensieri o le proprie sensazioni e discuterli con il terapeuta nella seduta successiva. Il fine ultimo, e forse il più importante, è quello di rendere più profondi e autentici i rapporti interpersonali con le persone significative cercando di migliorare attivamente la qualità affettiva delle relazioni interindividuali. Il terapeuta aiuta il paziente a selezionare le persone significative con le quali è possibile instaurare una relazione basata sull'affetto e sulla comprensione reciproca e con le quali è possibile stabilire un legame emotivo profondo. L'obiettivo ultimo del trattamento consiste nell'aiutare il paziente ad applicare, attraverso un processo di generalizzazione, le abilità e le strategie apprese nel contesto della relazione terapeutica e durante gli esercizi immaginativi alle relazioni significative della sua vita.

Terapia Metacognitiva Interpersonale

Una recente evoluzione del modello cognitivo comportamentale è il modello metacognitivo che si sofferma sul modo in cui le persone pensano e sulle regole implicite che governano il modo di pensare. Gli individui affetti da problemi psichici cronici di diversa natura presentano spesso una scarsa capacità metacognitiva, ovvero una costante difficoltà nell'attribuzione di significato ai propri e altrui stati mentali. I pazienti con disturbo narcisistico presentano difetti nelle funzioni metacognitive e questa difficoltà si riflette sul loro benessere e sulle loro abilità generali di adattamento.

La ricerca ha evidenziato che tali aspetti sono riscontrabili in contesti interpersonali in cui domina uno stile relazionale freddo, distaccato e talvolta ostile.

Gli individui con DNP sono guidati da schemi interpersonali caratteristici che orientano l'azione, e che portano il soggetto a prevedere come gli altri reagiranno in risposta ai suoi desideri e quali strategie potrà mettere in atto se essi non vengono soddisfatti. In base alle esperienze che l'individuo si trova ad affrontare si attiveranno in maniera automatica determinati schemi che influenzano il tono edonico, la qualità degli stati mentali e il livello di autostima. Studi recenti (Dimaggio, Fiore, Lysaker et al., 2006; Dimaggio, Semerari, Carcione, et al., 2007) hanno individuato gli schemi interpersonali principali del DNP:

1. *Sé superiore/altro inferiore* (Kernberg, 1975; 1998). Vigé la tendenza ad attribuire a se stessi un elevato valore personale e una svalutazione dell'altro che viene delineato come incapace o inetto (Akthar & Thomson, 1982). Si può assistere, però, anche ad un'inversione dei ruoli in cui il narcisista per timore di essere soggiogato dall'altro sperimenta stati spiacevoli e preoccupazioni ipocondriache il cui accesso alla coscienza viene contrastato mediante la permanenza nello stato grandioso-sprezzante e/o l'anestetizzazione delle emozioni (Dimaggio, Semerari, Falcone et al., 2002; Horowitz, 1987; Young, Klosko & Weishaar, 2003).
2. *Sé cerca attenzione/altro rifiutante o minaccioso*. L'attivazione che il narcisista sperimenta in circostanze particolari lo porterà alla ricerca di quel senso di protezione inducendolo a cercare una figura significativa di attaccamento (Bowlby, 1988). Il narcisista, in circostanze in cui si attiva l'attaccamento può apparire freddo, distaccato e autosufficiente e non è consapevole delle emozioni connesse con il bisogno di accudimento (Bowlby, 1998; Jellema, 2000). Lo schema che si attiva più facilmente è *Sé autosufficiente/altro distante e indifferente* (Dimaggio et al., 2002).
3. *Idealizzazione e riconoscimento reciproci*, ovvero una esaltazione che alimenta l'ammirazione e l'onnipotenza sia del sé che dell'altro (Kohut, 1971; 1977; Ornstein, 1998). Il sé ammira l'altro attribuendogli un valore speciale e l'altro contraccambia tale ammirazione dando origine ad uno schema *sé ammirato vs altro che fornisce ammirazione* (Ryle & Kerr; 2002).

Nella vita di relazione i pazienti narcisisti sono quindi guidati da una serie di schemi identificabili negli episodi autobiografici che influenzando negativamente la relazione terapeutica. Per questo motivo riconoscerli precocemente favorisce una accurata

formulazione del caso e permette di prevedere i pattern negativi che influenzeranno la relazione terapeutica.

Oltre agli schemi interpersonali descritti dalla letteratura scientifica è possibile individuare altre tipologie di schemi che possono essere inquadrati in due aree tematiche interconnesse *dipendenza disfunzionale e scarsa agentività*. Dall'osservazione clinica (Salvatore, Carcione & Dimaggio, 2012) emerge che il paziente narcisista tende a sperimentare stati di frammentazione (Kohut, 1971, 1977) dissociazione o rabbia (Dimaggio, Nicolò, Fiore et al., 2008) quando percepisce che l'altro non sostiene i suoi piani o si sente rifiutato. Kohut (1971, 1977) delinea questa tipologia di pazienti come individui che in seguito all'assenza di riscontri empatici ai propri bisogni tendono alla frammentazione. La risposta di un sé grandioso ha una funzione adattiva in seguito al fallimento di una forma funzionale di dipendenza.

Con il termine *scarsa agentività* si intende che le azioni e le scelte che il narcisista opera nella vita quotidiana non sono associate alla sensazione di essere internamente generate. Questi pazienti presentano una compromissione di quello che è stato denominato *sensò di agentività di ordine complesso* (Dimaggio, Vanheule, Lysaker et al., 2009) corrispondente ad un senso di agentività esistenziale evidenziabile nelle ricostruzioni narrative che la persona fa della propria esperienza (Gallagher, 2003).

Vige, quindi, una forte correlazione tra la *dipendenza disfunzionale* e la *scarsa agentività*: il narcisista quando non percepisce il supporto dell'altro si isola, diventa passivo e allo stesso tempo diventa incapace di perseguire i propri scopi di vita (Robins & Beer, 2001).

Il CCRT è un metodo clinico che permette di individuare il "Tema Relazionale Conflittuale Centrale" (Core Conflictual Relationship Theme; CCRT; Luborsky & Crits-Christoph, 1998) che facilita la comprensione dei desideri, dei bisogni e delle intenzioni del paziente in rapporto alle figure significative compreso il terapeuta. Gli elementi del CCRT sono i seguenti: l'*Aspettativa interna* o *Desiderio* del sé, una *Rappresentazione di sé*, una *Rappresentazione delle Risposte dell'Altro* all'Aspettativa, ed una *Rappresentazione della risposta del sé alle risposte dell'altro*.

Il metodo del CCRT è stato messo a punto come misura di una modalità relazionale che pervade tutta la vita del paziente, e si manifesta nella relazione con il terapeuta non meno che nelle relazioni esterne al trattamento. Durante le sedute, i problemi di relazione sono l'espressione più accessibile e terapeuticamente utilizzabile dei conflitti psicologici; Il Tema Relazionale Conflittuale Centrale rappresenta il nucleo relazionale

conflittuale di base che tende a ripetersi nelle relazioni del paziente. Il metodo di Luborsky si fonda principalmente sull'individuazione di Episodi Relazionali (ER) individuati all'interno dei trascritti delle sedute che si caratterizzano come momenti di esplicita narrazione di episodi in cui il paziente interagisce con altre persone o con il sé. Gli episodi relazionali devono sottostare ad un criterio di completezza in quanto sono delle narrazioni che presentano un inizio, un corpo centrale ed una fine. In pratica per ogni ER individuato e trascritto si sottolinea ogni esempio delle tre classi di componenti del tema: il D (desideri, bisogni, intenzioni), le RO (risposte dall'oggetto), e le RS (risposte dal Sé). Si confrontano gli ER per individuare ciò che è comune ai vari RE: passaggio fondamentale per la comprensione soprattutto del D.

Nel lavoro terapeutico il terapeuta deve prestare attenzione al ruolo che può assumere agli occhi del paziente in base agli schemi che lo caratterizzano e che determinano la sua visione del mondo. Il terapeuta, quindi, deve assumere una posizione che non sia a conferma dello schema del paziente ma accogliendo il suo bisogno implicito può gettare le basi per la costruzione di uno schema funzionale alternativo. Una migliorata metacognizione, in seguito ad un trattamento psicoterapico, si associa favorevolmente alla diminuzione dei sintomi e ad un miglioramento del funzionamento sociale. L'incremento, quindi, di abilità metacognitive facilita l'autoriflessività sul fenomeno cognitivo grazie alla capacità di auto-osservare e riflettere sui propri e altrui stati mentali. Considerando la rilevanza della metacognizione in molti problemi psichici è importante che il processo psicoterapico intervenga al fine di aumentare le abilità dei pazienti ad esercitare ed incrementare quelle capacità mentali di cui sono carenti. L'incapacità di connettere lo stato interno con le variabili esterne non permette di muoversi verso individui che elicitano emozioni gradevoli, comprendere che l'attivazione che si prova è un trasporto affettivo e non semplice eccitazione sessuale, che il malumore sperimentato dipende dal peso del superlavoro.

Il trattamento è incentrato sulla costruzione della sintonia interpersonale a partire dalla regolazione della relazione tra terapeuta e paziente. Il tema principale attorno cui ruota la personalità narcisista è il valore di sé (Kernberg, 1975; Ronningstam, 1999) e per tale motivo essi sono costantemente impegnati a regolare l'autostima e misurare il proprio valore, temi su cui si cercherà la condivisione. Il narcisista attiva cicli idealizzanti (per cui la conduzione della terapia varia a seconda che il terapeuta si trovi nelle posizioni ammirata o ammirante) e cicli competitivi (che non facilitano la cooperazione e l'accesso alle emozioni ma favoriscono la distanza relazionale, fino all'interruzione

della terapia in un aspro clima di sfida). Uscire dai climi idealizzanti e competitivi è complesso in quanto la pressione emotiva dei partecipanti alla relazione è potente. Trasformare le fantasie grandiose in un mondo mitico, narrabile, permette di uscire dai cicli e metarappresentarli senza compiere interpretazioni centrate sul paziente, facilmente lette come accusatorie, critiche e tiranniche (Safran & Muran, 2000).

Le abilità metarappresentative dei narcisisti sono carenti in vari aspetti, il difetto principale riguarda il monitoraggio degli stati interni. I narcisisti si basano sulle fantasie grandiose e non sulle emozioni per dare senso all'esperienza. I narcisisti escludono dalla coscienza gli affetti legati all'attivazione del sistema motivazionale dell'attaccamento (Jellema, 2000). Vigge la tendenza ad utilizzare il ragionamento cosciente affidandosi poco all'esperienza emotiva per decodificare il mondo e prendere decisioni (Dimaggio, Procacci, & Semerari, 1999; Vaknin, 2003). Quando i narcisisti descrivono lo stato interno non sanno dire cosa lo ha attivato e tendono a spiegarlo come variazioni endogene dello stato dell'umore. I deficit delle funzioni metarappresentative possono essere migliorati in seguito alla regolazione della relazione terapeutica. Questi interventi presentano alcune caratteristiche: a) sottolineano il valore e il significato di ciò che pensa e prova il paziente; b) rivelano alcuni aspetti degli stati mentali del terapeuta e del modo con cui egli partecipa alla relazione (Safran & Muran, 2000); c) sottolineano la dimensione condivisa tra l'esperienza del paziente e quella del terapeuta (Dimaggio, Semerari et al., 2007; Semerari, 1999b; Semerari, Carcione, & Nicolò, 2000). Gli interventi su cui si basa la terapia metacognitiva sono i seguenti: la *validazione*, lo *svelamento* e la *condivisione*. La *validazione* è necessaria al fine di dare valore all'esperienza del paziente soprattutto quando egli si trova in uno stato mentale in cui si giudica negativamente o tenta di sopprimere qualunque aspetto della propria esperienza considerandola indegna, sbagliata, orribile. In questa condizione il paziente non è in grado di riflettere sui propri processi mentali in modo costruttivo. Lo *svelamento* è necessario con pazienti che presentano gravi difficoltà di decentramento e comprensione della mente altrui. Consiste in dichiarazioni esplicite, da parte del terapeuta, su ciò che sta pensando o provando in un dato momento. Questo rappresenta un tentativo necessario per proteggere l'alleanza con tutti i pazienti con cronica sfiducia negli altri. Gli interventi di *condivisione* contengono elementi sia di validazione sia di svelamento. La *condivisione* consiste in interventi espliciti in cui si sottolinea che alcuni aspetti dell'esperienza del paziente sono condivisi o condivisibili dal terapeuta stesso. Le modalità tecniche di segnalazione della *condivisione* sono le seguenti: 1) uso del noi

universale; 2) riferimento a stati mentali del terapeuta; 3) discussione su argomenti di interesse condiviso; 4) narrazioni di episodi di vita del terapeuta.

1. 8 – Prevenzione della ricaduta

Il Disturbo Narcisistico della Personalità, piuttosto che rientrare in un quadro di prevenzione della ricaduta come per la maggior parte dei disturbi clinici dove la remissione dei sintomi è auspicabile, si colloca lungo un continuum il cui obiettivo di cura è una riduzione della sofferenza soggettiva e un incremento della qualità della vita. Gli individui con DNP mancano di flessibilità ovvero presentano degli stili di pensiero e di comportamento rigidi ed immutabili nel tempo, nonostante cambino i contesti e le situazioni che si trovano ad affrontare. Per adattarsi ad un ambiente complesso, ricco di stimoli e di complicazioni da risolvere, le persone hanno bisogno di strategie per la soluzione dei problemi relativi al contesto in cui si trovano. Possedere un'ampia varietà di caratteristiche e di strategie personali da utilizzare, come anche adottare diversi e molteplici ruoli e stili interpersonali di comportamento, consente alla persona di vivere meglio in società, di adattarsi ad essa e di proteggersi dalla sofferenza. Il disturbo della personalità, invece, è un'organizzazione di elementi intrapsichici che struttura l'ambiente interpersonale in modo tale da stabilizzare e mantenere i suoi aspetti più disfunzionali. Pertanto, nel trattamento del DNP, anziché porci in un'ottica di prevenzione della ricaduta si potrebbe invece tracciare un *continuum* che va da un quadro grave di psicopatologia psichica ad uno stato di relativa salute psichica. Il superamento della sofferenza e del disagio legati ad una bassa capacità di adattamento all'ambiente e alle difficoltà relazionali divengono il principale obiettivo di cura e prevenzione.

1. 9 – Efficacia della terapia

Tra le varie forme di psicoterapia esistenti attualmente, la psicoterapia cognitiva è quella che ha dato maggiori prove di efficacia rispetto ad altri approcci. I benefici della Terapia Cognitiva Comportamentale (TCC) standard sono ormai evidenti per una varietà di disturbi ma nel trattamento specifico dei disturbi di personalità ed in

particolare di quello narcisistico la Terapia Metacognitiva Interpersonale (TMI) appare più efficace. La TCC standard si focalizza sulla messa in discussione dei pensieri disfunzionali e quindi sulle emozioni e i comportamenti disadattivi che ne conseguono; possiamo quindi facilmente immaginare quanto sia difficile ristrutturare i pensieri distorti e gli atteggiamenti disfunzionali in soggetti con tratti patologici di personalità che considerano i meccanismi disfunzionali di cui si avvalgono una parte importante della propria identità, tanto da non riuscire a prendere in considerazione un eventuale cambiamento. La TMI, invece, promuove un incremento delle abilità metacognitive finalizzato al riconoscimento degli stati mentali sottostanti gli episodi narrativi che emergono in seduta e degli schemi rigidi che guidano le relazioni interpersonali. Il trattamento terapeutico delle caratteristiche disadattive della personalità narcisistica richiede pertanto tempi prolungati. I pazienti devono dapprima riconoscere gli aspetti problematici del proprio comportamento (le conseguenze negative dei pensieri e dei comportamenti disfunzionali) per poi iniziare a considerare l'impatto del proprio comportamento sugli altri al fine di promuovere condotte alternative più adattive. In virtù di tale scopo il terapeuta individua e condivide con il paziente le conseguenze indesiderabili del loro modo di funzionare soffermandosi sugli episodi che si verificano nella relazione tra terapeuta e paziente (ad es. un'aggressività verbale come espressione della rabbia). Nel panorama delle terapie ad orientamento cognitivo comportamentale la TMI risponde all'esigenza di recuperare degli strumenti terapeutici efficaci per il trattamento di tali pazienti. La procedura è sottesa da un'operazione continua nel corso di tutto il trattamento: regolare la relazione terapeutica allo scopo di minimizzare le rotture, i malintesi e la mancanza di cooperazione; la sintonizzazione reciproca e la rinegoziazione degli obiettivi terapeutici è continuamente ricercata attraverso il tentativo del terapeuta di evitare di incarnare un atteggiamento dispotico. Il terapeuta metacognitivo focalizza la sua attenzione ai segni di scarsa alleanza, e interviene al fine di prevenire o riparare le rotture della relazione terapeutica che diviene una fonte continua di informazione e un luogo dove sperimentare modalità adattive di relazione. Di conseguenza la regolazione della relazione terapeutica diviene una strategia efficace ed indispensabile per il trattamento del DNP in quanto i deficit metarappresentativi risentono positivamente o negativamente dell'andamento delle relazioni interpersonali (Fonagy et al., 1995, Semerari, 1999b). Nella TCC, invece, il rapporto terapeuta-paziente non è considerato essere un elemento attivo del percorso terapeutico pertanto questo assunto rappresenta un grosso limite del trattamento. Infatti un elemento

distintivo di tutti i disturbi di personalità è caratterizzato da una difficoltà cronica nelle relazioni interpersonali (Millon, 1981) che impedisce l'instaurare di legami stabili, tanto nella vita privata quanto nella terapia. Il narcisista tende a reagire in maniera distaccata e ostile da non riuscire a collaborare con il terapeuta e per questo motivo l'analisi approfondita della relazione terapeutica è un elemento estremamente importante per l'efficacia del trattamento. La relazione terapeutica diventa quindi un elemento attivo del trattamento metacognitivo interpersonale e un prerequisito di efficacia dell'intervento terapeutico. Infatti, attraverso la regolazione della relazione e modulando il tono emotivo interno alla seduta si impedisce agli stati emotivi particolarmente intensi di ostacolare la capacità di riflettere in modo utile sui propri stati mentali. La modulazione del tono emotivo in seduta garantisce anche che la seduta possa essere ricordata per poter accedere in un secondo momento alle strategie di regolazione della propria condotta. Infatti ciò che di un evento viene rievocato non è il solo contenuto cognitivo ma il contenuto cognitivo marcato della memoria sensoriale e dal tono emotivo della seduta. Una seduta quindi ben regolata è quella dove è presente la sensazione di padroneggiamento.

I pazienti hanno infine bisogno di comprendere quanto l'assenza di uno scopo esistenziale e l'incapacità di godersi la vita dipendano in gran parte dalla passività e dall'impovertimento dell'attività finalizzata (scarsa *agency*) e non tanto dalle reazioni negative degli altri. Solamente quando il paziente ha acquisito il modello del suo funzionamento, può essere promosso il cambiamento e la concezione che le cose possono apparire diverse se guardate da un'altra angolazione. Questo processo volto a migliorare la metacognizione del paziente narcisista è l'unico efficace nel promuovere l'accesso alle parti sane di sé e che favorisce l'affiorare di nuovi comportamenti in linea con i desideri più intimi del paziente.

Riferimenti bibliografici

- Adler, G. (1985). *Borderline Psychopathology and its Treatment*, Jason Aronson, New York.
- Akhtar, S. & Thomson, J.A. (1982). Overview: narcissistic personality disorder. In *American Journal of Psychiatry*, 139, 1, 12-20.
- Allen, J.G., Fonagy, P., & Bateman, W. (2010). *La mentalizzazione nella pratica clinica*. Raffaello Cortina Editore.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. DSM (4th ed.-Text Revision). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Ashby, H.U. (1979). An MMPI scale of narcissistic personality disorder. *Dissertation Abstract International*, 39, (10-B), 5053.
- Baumeister, R.F., Bushmnan, B.J., & Campbell, W.K. (2000). Self-esteem, narcissism, and aggression: Does violence result from low self-esteem or from threatened egotism? *Current Directions in Psychological Science*, 9, 26-29.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base*. London: Routledge (Tr. It.: *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1989).
- Burns, D.D. (1980). *Feeling good*. New York: Morrow.

- 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* (4), 638-656.
- Campbell, W.K. (1999). Narcissism and romantic attraction. *Journal of Personality and Social Psychology, 77*, 1254-1270.
- Cattell, R.B., Horn, J.L., Sweney, A.B., & Radcliffe, J.A. (1964). Handbook for the motivation analysis test. CHampaign, IL: Institute for Personality and Ability Testing.
- Cooper, A.M. (1998). Nuovi sviluppi della diagnosi clinica del disturbo narcisistico della personalità. Tr. It. in: Ronningstam, E.F. (a cura di) *I disturbi del narcisismo*. Raffaello Cortina, Milano 2001.
- Dickinson, K.A. & Pincus, A.L. (2003). Interpersonal analysis of grandiose and vulnerable narcissism. *Journal of Personality Disorders, 17*, 188-207.
- Dimaggio, G. & Lysaker, P.H. (2011). Metacognizione e psicopatologia. Raffaello Cortina Editore.
- Dimaggio, G. & Norcross, J. (2008). Treating Patients with Two or More Personality Disorders: An Introduction. *Journal of Clinical Psychology: In-Session, 64*, 127-138.
- Dimaggio, G. & Semerari, A. (2011). I disturbi di personalità: modelli e trattamento. Stati mentali, meta rappresentazione, cicli interpersonali. Editori Laterza.
- Dimaggio, G. (2012). Narcissistic Personality Disorder: Rethinking What We Know. *Psychiatric Times: Clinical, 29*, No. 7
- Dimaggio, G., Fiore, D., Lysaker, P.H., Petrilli, D., Salvatore, G., Semerari, A. & Nicolò, G. (2006). Early transference patterns in narcissistic personality disorder: a

single case exploratory study from the perspective of Dialogical Self Theory. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79, (4), 495-516.

Dimaggio, G., Nicolò, G., Fiore, R., Pedone, R., Popolo, R., Centenero, E., Semerari, A. & Carcione, A. (2008). States of minds in narcissistic personality disorder. Three psychotherapy patients analysed through the Grid of Problematic States. *Psychotherapy Research*, 18, 466-480.

Dimaggio, G., Semerari, A., Carcione, A., Nicolò, G., Procacci, M.. (2007). *Psychotherapy of Personality Disorders: Metacognition, States of mind and Interpersonal Cycles*. Routledge, London.

Dimaggio, G., Semerari, A., Carcione, A., Procacci, M., & Nicolò, G. (2006). Toward a model of self pathology underlying personality disorders: Narratives, metacognition, interpersonal cycles and decision-making processes. *Journal of Personality Disorders*, 20, 597-617.

Dimaggio, G., Semerari, A., Carcione, Nicolò, G., & Procacci, M. (2007). *Psychotherapy of personality disorders: Metacognitions, states of mind and interpersonal cycles*. London: Routledge.

Dimaggio, G., Semerari, A., Falcone, M., Nicolò, G., Carcione, A., Procacci, M. (2002). Metacognition, states of mind, cognitive biases and interpersonal cycles. Proposal for an integrated narcissism model, in *Journal of Psychotherapy Integration*, 12, 4, 421-451.

Dimaggio, G., Vanheule, S., Lysaker, P.H., Carcione, A. & Nicolò, G. (2009). Impaired selfreflection in psychiatric disorders among adults: A proposal for the existence of a network of semi independent functions. *Consciousness and Cognition*, 18, 653-664.

Dimaggio, G., Procacci, M., Semerari, A. (1999). Deficit di condivisione e di appartenenza, in A. Semerari (a cura di), *Psicoterapia cognitiva del paziente grave. Metacognizione e relazione terapeutica*, Raffaello Cortina, Milano, 231-280.

- Emmons, R.A. (1981). Relationship between narcissism and sensation seeking. *Psychological Reports, 48*, 247-250.
- Emmons, R.A. (1984). Factor analysis and construct validity of the narcissistic personality inventory. *Journal of Personality Assessment, 48*, 291-300.
- Emmons, R.A. (1987). Narcissism: Theory and measurement. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 11-17.
- Emmons, R.A. (1989). The Personal Striving Approach to Personality. In L.A. Pervin (a cura di), *Goal Concepts in Personality and Social Psychology*, Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ, 87-126.
- Exner, J. (1969). The personal striving approach to personality. In L.A. Pervin (Ed.), *Goal concepts in personality and social psychology (87-126)*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Exner, J. (1973). The self-focus sentence completion: A study of egocentricity. *Journal of Personality Assessment, 37*, 437-455.
- Eysenck, H.J. & Eysenck, S.B.J. (1975). *Eysenck personality questionnaire manual*. San Diego, CA: Educational Testing Service.
- Eysenck, H.J. (1987). The definition of personality disorders and the criteria appropriate to their definition, in *Journal of Personality Disorders, 1*, 211-219.
- First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., & Benjamin, L.S. (1997). *User's guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Keight, T., Kennedy, R., Matoon, G.E., Target, M. (1995). Attachment, the Reflective Self and Borderline States, in S. Goldberg, R. Muiz, J. Kerr (a cura di), *Attachment Theory: Social, Developmental and Clinical Perspectives*, Analytic Press, Hillsdale, NJ.

- Fossati, A., Barratt, E. S., Borroni, S., Villa, D., Grazioli, F., & Maffei, C. (2007). Impulsivity, aggressiveness and DSM-IV personality disorders. *Psychiatry Research, 149*, 157–167.
- Fossati, A., Borroni, S., Grazioli, F., Dornetti, L., Marcassoli, I., Maffei, C., & Cheek, J. (2009). Tracking the hypersensitive dimension in the narcissism: Reliability and validity of the Hypersensitive Narcissism Scale. *Personality and Mental Health, 3*, 235-247.
- Frances, A.J (1980). The DSM-III personality disorder section: A commentary. *American Journal of Psychiatry, 147*, 1439-1448.
- Freud, S. (1931). Libidinal types. In J. Strachey (Ed. and Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. XXI, 217-220). London, England: Hogarth Press.
- Gabbard, G.O. & Twemlow, S.W. (1994). The role of mother-son incest in the pathogenesis of narcissistic personality disorder. *J. Am. Psychoanal. Assoc, 42*, 159-177.
- Gabbard, G.O. (1989). Two subtypes of narcissistic personality disorder. In *Bulletin of Menninger Clinic, 53*, 527-532.
- Gabbard, G.O. (2002). *Psichiatria psicodinamica*. Raffaello Cortina Editore.
- Gallagher, S. (2003). Self narrative in schizophrenia. In T. Kirshner & A. David (Eds.), *The self in neuroscience and neuropsychiatry* (pp. 336–353). UK: Cambridge University Press.
- Glassman, M. (1988). Kernberg and Kohut: test of competing psychoanalytic models of narcissism. *J. Am. Psychoanal. Assoc., 36*, 597-625.

- Harder, D.W. (1979). The assessment of ambitious narcissistic character style with three projective tests: The early memories, TAT, and Rorschach. *Journal of Personality Assessment*, 43, 23-32.
- Heiserman, A. & Cook, H (1998). Narcissism, affect, and gender: an empirical examination of Kernberg's and Kohut's theories of narcissism. *Psychoanalytic Psychology*, 15, 74-92.
- Hendin, H.M. & Cheek, J.M. (1997). Assessing hypersensitive narcissism: A re-examination of Murray's narcissism scale. *Journal of Research in Personality*, 31, 588-599.
- Hendin, H.M. & Cheek, J.M. (1997). Assessing hypersensitive narcissism: A reexamination of Murray's narcissism scale. *Journal of Research in Personality*, 31, 588-599.
- Horney, K. (1939). *New ways in psychoanalysis*. New York, NY: Horton.
- Horowitz, M.J. (1987). *States of Mind. Configurational Analysis of Individual Psychology*, II ed., Plenum Press, New York.
- Jellema, A. (2000). Insecure attachment states: their relationship to borderline and narcissistic personality disorders and treatment process in cognitive analytic therapy, in *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 138-154.
- John, O.P. & Robins, R:W. (1994). Accuracy and bias in self-perception: individual differences in self-enhancement and the role of narcissism. In *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 206-219.
- Josephs, L. (1995). *Balancing Empathy and Interpretation: Relational Character Analysis*. Jason Aronson, Northvale.
- Kagan, J., Reznick, J.S., & Snidman, N. (1988). Biological bases of childhood shyness. *Science*, 240, 167-171.

- Kernberg, O.F. (1967). Borderline Personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15, 641-685.
- Kernberg, O.F. (1970). Factors in the psychoanalytic treatment of narcissism personalities. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 18, 51-85.
- Kernberg, O.F. (1970). Il trattamento della personalità narcisistica. Tr. It. in: (1975) *Sindromi marginali e narcisismo patologico*. Bollati Boringhieri, Torino, 1978.
- Kernberg, O.F. (1974a). Contrasting viewpoints regarding the nature and psychoanalytic treatment of narcissistic personalities: a preliminary communication. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 22, 255-267.
- Kernberg, O.F. (1974a). Contrasting viewpoints regarding the nature and psychoanalytic treatment of narcissitic personalities: a preliminary communication. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 22, pp. 255-267.
- Kernberg, O.F. (1974a). Problemi clinici della personalità narcisistica. Tr. it. Boringhieri, Torino, 1987.
- Kernberg, O.F. (1974b). Problemi clinici della personalità narcisistica. Tr. It. In: (1975) *Sindromi marginali e narcisismo patologico*. Bollati Boringhieri, Torino, 1978.
- Kernberg, O.F. (1975). Borderline Conditions and Pathological Narcissism. Aronson, New York (trad. It. *Sindromi marginali e narcisismo patologico*, Bollati Boringhieri, Torino, 1984).
- Kernberg, O.F. (1984). Disturbi gravi della personalità. Tr. it. Boringhieri, Torino, 1987.
- Kernberg, O.F. (1992). *Aggression in personality disorders and its perversion*. New Haven, CT: Yale Univeristy Press.
- Kernberg, O.F. (1998). Pathological Narcissism and Narcissistic Personality Disorders: Theoretical Background and Diagnistic Classification. In E.F. Ronningstam (a cura

di) Disorders of Narcissism: Diagnostic, Clinical, and Empirical Implications, American Psychiatric Press, New York, 29-52.

Kernberg, O.F. (1998a). The psychotherapeutic management of psychopathic, narcissist and paranoid transference. In T. Millon, E. Simonses, M. Birket Smith, R.D. Davis (Eds.), *Psychopathy, antisocial, violent and criminal behaviour* (372-392). New York, NY: Guilford Press.

Khout, H. (1971). *La cura psicoanalitica*. Tr. it. Boringhieri, Torino, 1986.

Khout, H. (1971). *Narcisismo e analisi del Sé*. Tr. it. Boringhieri, Torino, 1977.

Khout, H. (1977). *La guarigione del Sé*. Tr. it. Boringhieri, Torino, 1980.

Kohut, H (1978). Profilo riassuntivo dei disturbi del Sé e del loro trattamento. Tr. it. in Kohut, H. (1978), *La ricerca del Sé*. Boringhieri, Torino, 1982.

Kohut, H. (1984). *La cura psicoanalitica*: Tr. It. Boringhieri, Torino, 1986.

Kraepelin, E. (1899). *Psychiatric: Ein Lehrbunch for study-Rendekind a erzke*. Leipzig, Germany: Velag Vurs Joham Aubsosins Bosth.

Kraepelin, E. (1913). *Psichiatrie: Ein Lehrbruch*, Barth, Leipzig. Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality*. New York, NY: Ronald Press.

Lingiardi, V. (2001). La personalità e i suoi disturbi. Il Saggiatore Editore. Long-term costs. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 340-352.

Luborsky, L. & Crits-Christoph, P. (1990) (Eds.). *Understanding transference: The CCRT Method*. New York: Basic Books. (Tr. It.: *Capire il transfert*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1993).

Mahler, M., Pine, F., & Bergman, A. (1975). *The Psychological Birth of the Human Infant: Symbiosis and Individuation*. Basic Books, New York.

- Miller, A. (1981). *Prisoners of Childhood*, Basic Books, New York. Miller, J.P. (1985). How Kohut actually worked. *Progress in Self Psychology, 1*, 13-30.
- Millon, T. (1981). *Disorders of Personality: DSM-III, Axis II*, Wiley-Interscience, New York.
- Model, A.H. (1976). The holding environment and the triherapeutic action of psychoanalysis. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 24, 285-307.
- Murray, H.A. (1938). *Explorations in personality: A clinical and experimental study of fifty men of college age*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Nemiah, J.C. (1961). *Foundations of psychopathology*. Oxford, England: Oxford University Press. network of semi independent functions. *Consciousness and Cognition*, 18, 653-664.
- Ornstein, P.H. (1974a). A discussion of the paper by Otto F. Kernberg on "Further contributions to the treatment of narcissistic personalities". *In J. Psychoanal. Assoc.*, 55, 241-247.
- Ornstein, P.H. (1974b). On narcissism: beyond the introduction, highlights of Heinz Kohut's contributions to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders. *Annual of Psychoanalysis*, 2, 127-149.
- Ornstein, P.H. (1998). Psychoanalysis of Patient with Primary Self-Disorder, in E.F. Ronningstam (a cura di), *Disorders of Narcissism: Diagnostic, Clinical, and Empirical Implications*, American Psychiatric Press, New York, 147-169.
- Pepper, L-J. & Strong, P.N. (1958). *Judgmental sub-scales for the MF scale of the MMPI*. Unpublished manuscript.
- Raskin, R. & Hall, C.S. (1979). A narcissistic personality inventory. *Psychological Reports*, 40, 590.

- Raskin, R. & Terry, H. (1988). A principle components analysis of the narcissistic personality inventory and further evidence for its construct validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 890-902.
- Raskin, R., Novacek, J., & Hogan, R. (1991). Narcissism, self-esteem, and self-enhancement. *Journal of Personality Disorders*, 59, 1, 19-38.
- Reich, A. (1960). Pathological forms of self-esteem regulation: *The Psychoanalytic Study of the Child*, 15, 215-232.
- Reich, W. (1949). Character analysis (3rd ed.). New York, NY: Farrar Straus & Giroux. (Original work published, 1933).
- Rinsley, D. B. (1989). Notes on the developmental pathogenesis of narcissistic personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 12(3), 695-707.
- Rinsley, D.B. (1980). Diagnosis and treatment of borderline and narcissistic children and adolescents. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 44, 147-70.
- Rinsley, D.B. (1980). The developmental etiology of borderline and narcissistic disorders. *Bull. Menninger Clin.*, 44, 127-134.
- Rinsley, D.B. (1984). A comparison of borderline and narcissistic personality disorders. *Bull. Menninger Clin.*, 48, 1-9.
- Rinsley, D.B. (1985). Notes on the pathogenesis and nosology of borderline and narcissistic personality disorders. *J. Am. Academy Psychoanal*, 13, 317-328.
- Robins, R.W. & Beer, J. (2001). Positive illusions about the self: Short term benefits and long-term costs. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 340-352.
- Robins, R.W. & John, O.P. (1997). Effects of visual perspective and narcissism on self-perception: is seeing believing? *Psychological Science*, 8, 37-42.

- Ronningstam, E. (1999). Narcissistic Personality Disorders, in T. Millon, P.H. Blaney, R.D. Davie (a cura di), *Oxford Textbook of Psychopathology*, Oxford University Press, New York, 674-692.
- Ronningstam, E. (2009). Narcissistic Personality Disorder: Facing DSM-V. *Psychiatric Annals*, 39:3.
- Ronningstam, E., Gunderson, J., & Lyons, M. (1995). Changes in pathological narcissism, in *American Journal of Psychiatry*, 152 (2), 253-257.
- Rose, P. (2002). The happy and unhappy faces of narcissism. *Personality and Individual Differences*, 33, 379-392.
- Rosenfeld, H. (1987). *Impasse and Interpretation: Therapeutic and Anti-Therapeutic Factors in the Psychoanalytic Treatment of Psychotic, Borderline, and Neurotic Patients*. Tavistock, London.
- Rothstein, A. (1980). *The Narcissistic Pursuit of Perfection*. International Universities Press, New York.
- Ryle, A. & Kerr, I. (2002). *Introducing cognitive analytic therapy. Principles and practice*. Chichester: Wiley.
- Safran, J.D. & Muran, J.C. (2000). *Negotiating the Therapeutic Alliance. A relational treatment guide*, Guilford, New York (trad. It. *Teoria e pratica dell'alleanza terapeutica*, Laterza, Roma-Bari 2003).
- Salvatore, G., Carcione, A., & Dimaggio, G. (2012). Schemi interpersonali nel disturbo narcisistico di personalità: la centralità della scarsa agentività e della dipendenza. Implicazioni per la relazione terapeutica. Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva - Associazione di Psicologia Cognitiva (APC), Roma. *In press*.
- Semerari, A. (1999b). *Psicoterapia cognitiva del paziente grave. Metacognizione e relazione terapeutica*, Raffaello Cortina. Milano.

- Semerari, A., Alleva, G., Avolio, G., Carcione, A., Dimaggio, G., Falcone, M., Nicolò, G., Pontalti, I., Procacci, M. (1999b). The Metacognitive Assessment Scale Applied to the Treatment of Personality Disorders, 6th ISSPD International Congress, Geneva, 15-18 September.
- Semerari, A., Carcione, A., Nicolò, G. (2000). Metacognición y relación terapéutica en el tratamiento de paciente con Trastornos de la Personalidad, in *Revista Argentina de Clinica Psicológica*, 9, 257-270.
- Serkownek, K. (1975). *Subscale for scales 5 and 0 of the Minnesota Multiphasic Personality Inventories*. Unpublished manuscript.
- Storolow, R. D. (1975). Toward a functional definition of narcissism. *International Journal of Psychoanalysis*, 56, 179-185.
- Vaknin, S. (2003). *Malignant Self Love, Narcissism Revised*, Narcissus Publications, Prague-Skojpe.
- Vaknin, S. (2003). *Malignant Self Love, Narcissism Revisited*, Narcissus Publications, Prague-Skojpe.
- Widiger, T., Frances, A.F., Pincus, H., Davis, WW, & First, M. (1991). Fiester S: Sadistic personality disorder: a review of data and recommendation for DSM-IV, in *DSM-IV Sourcebook*. Washington, DC, American Psychiatric Association.
- Widiger, T.A. (1991). Definition, diagnosis, and differentiation. *Journal of Affective Disorders*, 122, 280-284.
- Wink, P. (1991). Two faces of narcissism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 590-597.
- Wink, P. (1992). Three narcissism scales for the California Q-set. *Journal of Personality Assessment*, 58, 51-66.
- Winnicott, D.W. (1965). *The Maturation Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development*. Hogarth Press, London.

- Winnicott, D.W. (1965). *The Maturation Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development*. Hogarth Press, London.
- Wong, N. (1979). Clinical considerations in group treatment of narcissistic disorders. *Int. J. Group Psychother*, 29, 325-345.
- Wong, N. (1980). Combined group and individual treatment of borderline and narcissistic patients: heterogeneous versus homogeneous groups. *Int. J. Group Psychother*, 30, 389-404.
- Young, J., Klosko, J.S., & Weishaar, M.E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- Young, J.E (1990). *Cognitive Therapy for Personality Disorders*, Unpublished manuscript, Center for Cognitive Therapy, New York.
- Young, J.E. & Brown, G. (2001). *Young Schema Questionnaire: Special Edition*. New York: Schema Therapy Institute.
- Young, J.E. & Flanagan, C. (1998). *Schema-Focused Therapy for Narcissistic Patients*, in E.F. Ronningstam (a cura di), *Disorders of Narcissism: Diagnostic, Clinical, and Empirical Implications*, American Psychiatric Press, New York.
- Young, J.E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach* (rev. ed.) Sarasota, FL: Professional Resources Press.
- Young, J.E. (2007). *Schema Therapy*. The Guilford Press. A division of Guilford Publications, Inc. 72 Spring Street, New York, NY, 10012.

2 – IL DISTURBO NARCISISTICO DI PERSONALITA'

– Un caso clinico –

2.1 – Invio, informazioni generali e aspettative del paziente

Il primo incontro con Angelo è avvenuto a dicembre 2011 su consiglio del neuropsichiatra che lo aveva in cura. Angelo ha 45 anni, è originario di un paese della provincia di Verona ma vive a Roma da diversi anni in una casa di proprietà paterna. Non molto distante dalla sua abitazione vivono il padre (71aa) un uomo incline all'ira, egocentrico e dispotico, e la madre (67aa) una donna lamentosa, sottomessa e poco empatica. I conflitti ricorrenti e la mancanza di sostegno affettivo hanno fin dall'infanzia caratterizzato i rapporti tra Angelo e suo padre. La madre ha quasi sempre assunto un atteggiamento passivo nei riguardi del marito e manifestato scarsa protezione nei confronti del figlio. Angelo ha due fratelli gemelli (48aa) che frequenta saltuariamente.

Da circa sette anni Angelo ha una relazione con Sabrina (49aa) con la quale non è mai riuscito a creare una stabilità affettiva e una progettualità concreta. La loro storia è segnata da momenti di forte conflittualità e apparente serenità. Sabrina lavora in banca e vive a Firenze ma raramente ritorna a Roma, sua città natale, per trascorrere del tempo con il suo compagno e con la sua famiglia. Angelo ha l'abitudine di andarla a trovare nel weekend ma soltanto per poche ore senza mai trascorrere intere giornate con lei. Hanno fatto una sola vacanza insieme e non hanno l'abitudine di frequentarsi con altre persone. Vivono una vita piuttosto autonoma in cui ognuno coltiva i propri interessi e vige scarsa condivisione.

Angelo ha pochissimi amici con i quali si rapporta in maniera saltuaria: ha infatti la tendenza ad allontanarsi rifiutando il contatto interpersonale, anche per un periodo prolungato di tempo, fino a quando non decide spontaneamente di riavvicinarsi e di ristabilire un certo legame con loro ma soltanto per un breve periodo. In virtù del suo stile carismatico e seduttivo di approccio con gli altri, Angelo ha molte conoscenze superficiali ma pochi o probabilmente nessun contatto profondo e autentico. Nel momento in cui percepisce un coinvolgimento relazionale (di natura amorosa o amicale) ha la tendenza a fuggire e a criticare aspramente l'altro in quanto non si sente riconosciuto e apprezzato nel suo valore personale.

Angelo vanta una buona carriera scolastica alla sue spalle e il conseguimento a pieni voti del diploma di maturità classica. All'età di 21 anni ha intrapreso un master in grafica pubblicitaria che ha aperto la strada ad un'intensa attività lavorativa (studi fotografici, agenzie di pubblicitarie, etc.). Si definisce creativo e ha standard perfezionistici. Negli ultimi anni non ha un lavoro stabile a causa delle difficoltà incontrate in passato rispetto al lavoro di gruppo. Per diversi anni Angelo ha lavorato anche a Londra per diverse agenzie di grafica pubblicitaria ma nonostante la sua vita lavorativa sia stata piuttosto intensa negli anni passati, oggi, a causa di problemi di natura organica ed in seguito ai numerosi conflitti relazionali emersi sul posto di lavoro si sente costretto ad una vita solitaria. Svincolandosi quindi dai contesti sociali e lavorativi in cui era inserito, continua a coltivare i suoi interessi ma in maniera del tutto autonoma trascorrendo la maggior parte del tempo in solitudine.

Angelo decide di intraprendere un percorso di terapia in quanto il neuropsichiatra che lo segue ritiene che la maggior parte dei suoi disturbi abbiano un'origine psicogena. Lamenta una serie di disturbi organici che impediscono lo svolgimento di un'attività lavorativa stabile: dolore muscolare diffuso, rigidità e spasmi muscolari, crampi addominali, cefalea ricorrente.

E' stato in passato seguito presso diversi specialisti senza ottenere alcun miglioramento della sintomatologia: Angelo riferisce di sentirsi alquanto sfiduciato perché negli ultimi anni i suoi disturbi si sono ormai cronicizzati. Riferisce di non aver mai intrapreso un percorso psicoterapico ma di essere motivato dall'idea di trovare una soluzione ai suoi problemi.

2. 2 - Assessment

Nella fase di assessment sono state raccolte informazioni sulla storia di vita del paziente e approfondito il ricordo di episodi clinicamente significativi. E' stato somministrato un questionario anamnestico e compilati una serie di test psicodiagnostici. I colloqui di assessment integrati con l'elaborazione dei test hanno consentito di formulare una concettualizzazione cognitiva del caso.

Primo colloquio

Angelo accede al primo colloquio in modo apparentemente socievole e disponibile a parlare di sé, seppur manifestando una certa tensione. In alcuni momenti traspare un certo disagio nel rievocare episodi connessi ai problemi organici lamentati.. Emerge un sentimento diffuso di malessere e di scarsa realizzazione personale che il paziente annovera esclusivamente alle limitazioni imposte dai suoi problemi di salute. Si mostra interessato ad intraprendere un percorso psicoterapico pur ritenendo che i suoi disturbi hanno un'origine organica e non psicologica. Riferisce infatti, che a differenza di quanto precedentemente diagnosticato, non ha mai sofferto né di ansia né tantomeno di depressione. Piuttosto l'ansia e la depressione potrebbero essere una conseguenza diretta delle limitazioni imposte dai disturbi organici. Il suo unico obiettivo attuale è di riuscire a migliorare la sua qualità di vita e di poter tornare a viaggiare liberamente come un tempo. Dal racconto emerge una scarsa vita relazionale da lui giustificata delle limitazioni fisiche che obbligano all'isolamento. Nel corso del primo colloquio riferisce che anche la sua vita lavorativa è stata segnata negativamente dai problemi di salute che lo hanno costretto a svolgere solo incarichi saltuari e poco remunerativi. Durante il primo incontro Angelo appare vigile e collaborativo, lo stile narrativo è a tratti disorganizzato e poco coerente nel contenuto e nella forma. Traspare una spiccata vena ironica e tendenza al sarcasmo durante il racconto di momenti critici della sua quotidianità in cui sente emergere la sintomatologia organica. Questo atteggiamento sembra nascondere in realtà una profonda sofferenza che ha segnato profondamente gli ultimi due anni della sua vita gettandolo nello sconforto più totale.

Colloqui successivi

Nei colloqui successivi traspare un vissuto di sconforto e di delusione di cui il paziente appare poco consapevole. Emerge una velata sensazione di fallimento con assenza di progettualità futura. I contatti interpersonali sono limitati a piccoli scambi quotidiani con i conoscenti del quartiere in cui abita. Vigè quindi una vita relazionale priva di momenti di condivisione autentica e di confronto. A differenza del colloquio iniziale in cui era emerso che i problemi organici fossero l'ostacolo principale alla vita di relazione, nel secondo incontro e in quelli successivi sembra delinearsi una tendenza all'isolamento dettata piuttosto dalla percezione di uno scarso riconoscimento da parte degli altri del suo valore personale con tendenza al conflitto interpersonale tutte le volte

in cui viene mossa una critica nei suoi confronti. Nel corso della terapia emergerà, infatti, che la fine delle varie esperienze lavorative era da annoverarsi ai conflitti relazionali che emergevano di volta in volta con i superiori, e di riflesso anche con i colleghi, piuttosto che essere la conseguenza diretta di limitazioni organiche. Angelo mostra una forte insofferenza nei confronti di chi detiene il potere e in generale verso chi ostenta un atteggiamento di superiorità. Giustifica questa sua insofferenza in quanto riflette l'atteggiamento assunto dal padre nei suoi confronti fin da quando era bambino in cui vigeva da un lato la tendenza alla critica feroce e dall'altro la presenza di elevate aspettative per le sue doti speciali. Questa dinamica si inserisce in un quadro di scarsa validazione emotiva da parte delle figure genitoriali. Angelo ha quindi sviluppato l'idea di essere diverso, unico, speciale e di doversi distaccare dagli altri in quanto non avrebbe tratto nessuna gratificazione dal confronto e dallo scambio. Ricorda, infatti, che già nell'età infantile tendeva ad isolarsi assumendo una posizione di superiorità/distanza dal gruppo dei coetanei. Appariva poco interessato ai loro racconti e non condivideva gli stessi interessi. Nella vita attuale il paziente manifesta una tendenza al distacco relazionale, una scarsa empatia e indifferenza ai vissuti altrui. Riferisce di sottrarsi al contatto con gli altri in quanto "l'entrare in un rapporto intimo con una persona significa assecondare l'altro e rischiare di perdere una posizione privilegiata". Poche sono le occasioni in cui il contatto con l'altro lascia un senso di benessere e di soddisfazione. Ritiene che le situazioni di interscambio sociale siano estremamente noiose in quanto generano una sensazione di monotonia oltre che di disagio. Nel descrivere un episodio vissuto di recente si esprime nel seguente modo: *"eravamo a casa di amici ed ognuno a turno raccontava le proprie vicissitudini arricchendole di particolari inutili. Io ero completamente disinteressato e trovavo mediocre quella situazione per uno come me che ha interessi di un certo tipo. Mi sono detto ma che ci sto a fare in mezzo a loro? E sentivo l'urgenza di alzarmi e di andarmene quanto prima.* Questa sensazione è stata in un secondo tempo approfondita ed è emerso che parallelamente al sentimento di scarso riconoscimento personale da parte degli altri, si accompagnava una somatizzazione diffusa (crampi addominali, agitazione psicomotoria, rigidità muscolare) che avrebbe giustificato un suo eventuale abbandono della situazione. Nel momento in cui il clima emotivo della serata si trasforma in quanto Angelo si sente riconosciuto dagli altri ecco che anche la sensazione fisica svanisce. *"Nel momento in cui una mia amica ha iniziato a raccontare un episodio accaduto qualche anno fa che mi riguardava direttamente in quanto io ero il protagonista del racconto mi sono sentito vivo e sarei rimasto lì seduto*

per ore. Io non amo raccontarmi direttamente ma ascoltare le mie gesta eroiche riferite dagli amici mi rende potente, mi esalta. Il clima della serata si è velocemente trasformato e sarei rimasto volentieri ad ascoltare quell'episodio della mia storia". Angelo non mostra alcuna consapevolezza della corrispondenza vigente tra la sensazione di scarso riconoscimento altrui e i sintomi organici. Appare infatti inconsapevole delle sue emozioni e delle sensazioni fisiche negative generate dai processi cognitivi di valutazione. L'unica emozione che è in grado di decifrare è la rabbia che ha accompagnato gli ultimi anni della sua vita. Avverte la collera tutte le volte in cui non si sente riconosciuto dagli altri: dal suo capo *"non deve dirmi cosa devo fare o rimproverarmi perché io non sono uno qualunque ma ho un certo spessore e valore che lui nemmeno immagina"*, dalla sua compagna *"non provo alcun interesse ad ascoltare e addentrarmi nelle sue cose personali, vorrei semplicemente che riconoscesse i miei sforzi e apprezzasse il mio lavoro"*, da suo padre *"nessuno nella vita dovrà mai trattarmi come mio padre sminuendo il mio operato"*, dalle persone in generale *"nessuno deve dirmi cosa devo fare e impedire al mio reale talento di emergere"*. L'emozionalità negativa (rabbia) si manifesta tutte le volte in cui il paziente avverte una minaccia al valore personale e non si sente riconosciuto agli occhi degli altri. La rabbia che in passato era agita con un'eclatante irruenza, è allo stato attuale molto più celata ed espressa in maniera somatizzata (ad es., crampi addominali, dissenteria). Nei colloqui successivi al primo emerge quindi chiara l'associazione tra la rabbia percepita e il bisogno impellente di allontanarsi da una particolare situazione che appare ai suoi occhi invalidante.

Profilo evolutivo

Angelo ha la sensazione che i disturbi organici abbiano in un certo senso segnato la sua vita fin da quando era bambino influenzando nel corso dello sviluppo la scelta dei luoghi da frequentare, dei rapporti da coltivare e limitando la libertà di azione. Verso i ventitre anni ha iniziato a soffrire di cefalea muscolo tensiva che esplodeva durante le uscite serali con il suo gruppo di amici diventando spesso irritabile e scontroso costringendolo a rientrare in casa prima del previsto. Emozioni forti prendevano il sopravvento: la tristezza, la rabbia, l'insicurezza e il senso di colpa accentuavano quel malessere che si ripercuoteva violentemente a livello organico con forti dolori addominali, stato di agitazione psicomotoria, sudorazione. Facendosi forza riprese la sua vita di sempre accompagnato dalla paura di ricadere in quello stato. Prese quindi

l'abitudine di trascorrere solo momenti occasionali lontano da casa. Ogni giorno era per lui difficile e diventava una conquista riuscire a rompere la routine giornaliera anche solo per poche ore. Per gestire il dolore, all'età di venticinque anni ha iniziato a fare uso di sostanze alla cui assunzione seguiva una forte tachicardia e sentimenti di vuoto e di angoscia nei giorni successivi. All'età di 35 anni decide di sospendere l'assunzione di droghe e di affrontare diversamente la vita. Decide di dedicarsi agli altri e di lavorare nel sociale ma risulterà incostante nell'impegno assunto e presto deciderà di abbandonare.

Storia di vita

Il primo ricordo di Angelo risale a quando aveva circa tre anni: la maestra lo rimproverò davanti alla classe per aver risposto male ad un suo amichetto. Si sentì così mortificato al punto da chiedere ai genitori di saltare la scuola nei giorni successivi ma loro risposero che ormai non poteva tornare indietro e che doveva vedersela da solo. Non si sentì riconosciuto nella sua sofferenza ma deriso e punito ulteriormente.

Un ricordo positivo risale invece al saggio di pianoforte all'età di soli cinque anni: tutti applaudirono la sua brillante performance e lo incitarono ad eseguire il pezzo ancora una volta.

Rispetto alle situazioni vissute in famiglia non ha ricordi positivi ma solo scene di terrore alternate a lunghi silenzi. Il padre era spesso vulnerabile e quando tornava da lavoro pretendeva che tutti seguissero le sue regole e rispondessero velocemente ai suoi comandi. I suoi fratelli erano spesso complici e rispondevano a tono alle richieste del padre ma lui non riusciva ad opporsi e quella sensazione di terrore procurava vomito, incubi notturni ed enuresi. Angelo è cresciuto con la sensazione che la labilità emotiva del padre dipendesse da se stesso piuttosto che da un'incapacità di quest'uomo a rapportarsi in maniera adeguata.

Il rapporto con i compagni di scuola era buono anche se durante la ricreazione era solito starsene in disparte. Non gli interessava giocare a pallone con i suoi amici e solitamente se ne stava in disparte a leggere un libro. Non aveva interessi in comune con i suoi coetanei e spesso lo prendevano in giro per il suo volersi dare un tono da intellettuale ma a lui bastavano le lodi delle insegnanti a farlo sentire apprezzato.

Durante il periodo delle scuole medie trascorrevano i pomeriggi in cortile dove frequentava un gruppetto di ragazzi più grandi di lui che lo deridevano spesso per il suo abbigliamento serio e poco adatto per un ragazzino della sua età. Nonostante questo

Angelo continuava a frequentarli perché voleva sentirsi più grande rispetto alla sua età, per darsi un tono con i suoi compagni di classe e per sentirsi considerato da loro. In quegli anni Angelo fu oggetto di numerosi episodi di bullismo. Ricorda di essere stato minacciato, seguito e picchiato ripetutamente e violentemente. Il gruppo di bulli si raccomandavano di non dire nulla a casa altrimenti lo avrebbero ucciso o avrebbero riferito cose non vere sul suo conto alla famiglia. Angelo si sentiva nervoso in seguito a queste minacce e tornando a casa lamentava diversi disturbi organici.

La sera, tornando a casa, trovava il padre ubriaco e stanco e qualche volta sfogava le sue frustrazioni quotidiane mettendo le mani addosso ai figli. I suoi fratelli si difendevano e riuscivano a sfuggire alla violenza del padre, invece Angelo rimaneva inerme senza dire una parola e questo atteggiamento faceva innervosire ancora di più il padre che continuava a sfogare violentemente la sua rabbia esortandolo a difendersi.

A scuola era spesso triste: non poteva parlare delle sue passioni con i suoi compagni perché loro avevano altri interessi; non poteva invitare i bambini a studiare con lui perché la casa era spesso in disordine e la madre non aveva tempo di sistemarla perché lavorava tutto il giorno; non poteva parlare delle ferite sparse sul corpo perché se ne vergognava. In estate qualche volta andava al mare con il gruppo dell'oratorio e in quei momenti lontano da casa e da tutti si sentiva felice.

Alle scuole medie il rendimento era eccellente. I professori gli facevano i complimenti elogiandolo sia in classe che in occasione della riunione con i genitori. In classe era inserito bene ma si annoiava. In terza media iniziò a frequentare un gruppo di ragazzi delle scuole superiori con i quali scatenavano spesso risse nei vari quartieri romani. In quel momento iniziò a sfogare la sua rabbia anche lui picchiando brutalmente un gruppo di coetanei. Era la prima volta in vita sua che si difendeva sfocando quella rabbia che per lungo tempo aveva represso dentro sé. Ben presto scoprì di essere forte e di essere temuto dagli avversari. Questo gli portò credibilità all'interno di quel gruppo e appena loro lo chiamavano lui eseguiva i suoi ordini. Si sentiva rispettato e ammirato e forse, per la prima volta in vita sua, anche accettato.

Presto arrivò anche l'amore. Iniziò una frequentazione che durò diversi mesi vissuti da lui molto intensamente. Dopo 6 mesi lei lo lasciò per un ragazzo molto più grande di lui. Angelo reagì malissimo: appariva indolente, aggressivo, parlava poco e contestava tutto e tutti. A 26 anni si invaghisce di una donna molto più grande di lui e inizia una relazione. Dopo due anni lei gli confessa di essersi innamorata di un uomo molto più

grande di lui. Angelo si sentì rifiutato e reagì con estrema rabbia. Decise di partire e di andarsene a lavorare all'estero.

Nel rievocare la sua storia di vita Angelo si sofferma in maniera molto dettagliata sui primi anni di vita in quanto ritiene che molti degli episodi descritti abbiano segnato la sua personalità. Rievoca minori dettagli rispetto agli anni successivi nei quali ricorda il susseguirsi delle esperienze lavorative tutte fallite a causa di conflitti sul posto di lavoro (aspetto di cui diviene consapevole nel corso della terapia). In una fase iniziale descrive la fine dei rapporti di collaborazione come una diretta conseguenza dei suoi disturbi fisici. Ricorda che voleva inseguire un sogno che era quello della grafica pubblicitaria. L'originalità e la creatività facevano da motore ai vari progetti sui quali lavorava con dedizione. Intorno ai 32 anni si innamora follemente di una donna inglese. Descrive la loro storia come un grande amore che diventò, in una fase successiva, un legame morboso che lui ha definito "una ossessione". Non è chiaro, però, il motivo per il quale si lasciarono dopo circa 2 anni di frequentazione.

Negli anni successivi conosce Sabrina (la sua attuale compagna) che descrive come una donna formale e noiosa. La loro storia non è mai stata segnata da momenti di vera condivisione ma da conflitti e periodi di lunghe pause. Angelo riassume gli ultimi anni della sua vita nel seguente modo: *"E' stato un susseguirsi di momenti di noia, di grandi attese e di aspettative fallite"*.

Struttura e comunicazione intra-familiare

Angelo è l'ultimo di una famiglia composta da tre figli maschi. Il padre, un piccolo imprenditore, è sempre stato un uomo egocentrico e incline all'ira che non ha mai saputo instaurare un rapporto costruttivo con i figli e con la moglie. I tentativi di creare un dialogo favorevole al confronto da parte dei figli, e in particolare di Angelo, hanno generato solo in urla e violenza. Il padre viene descritto come un despota capace di alimentare un clima di freddezza e di chiusura. Egli lavorava nella fattoria del nonno già all'età di 10 anni e crescendo ha fatto del denaro la sua unica realizzazione e il suo unico scopo nella vita. Ha avuto, infatti, una vita agiata ma è sempre stato piuttosto avaro con i figli e riluttante ad aiutarli economicamente. Dai racconti del paziente emerge il profilo di un padre invalidante da un punto di vista emotivo: piangere era quindi sinonimo di debolezza, manifestare la gioia voleva dire essere stupidi, sentirsi tristi non serviva a nulla, etc. Bloccando sul nascere la libera espressione delle proprie emozioni, Angelo ha di conseguenza sviluppato una forma alessitimica che si riflette

nella difficoltà a comprendere ciò che avviene nel suo corpo e nella sua mente. In quest'ottica le uniche emozioni che avevano motivo di essere esternate erano quelle legate al successo, alla carriera e al valore personale.

La madre, segretaria del marito, è una donna lamentosa e passiva. Non ha mai contraddetto il marito per difendere i figli. L'unico consiglio che riusciva a dare a Angelo quando si trovava ad essere spettatrice dei litigi con il padre era: *“fai come se nulla fosse e lascialo stare!”*. Il suo sostegno si limitava a frasi di circostanza che non avevano alcuna funzione di conforto e di validazione emotiva. Nonostante ciò, lei era l'unica persona con la quale Angelo si confidava all'interno delle mura domestiche.

I fratelli di Angelo sono entrambi sposati con figli. In passato i loro rapporti sono stati caratterizzati da frequenti litigi e contrasti. Durante l'infanzia Angelo vedeva nei suoi fratelli un modello da seguire in quanto avevano il coraggio di non sottostare agli ordini del padre ma di rispondere difendendo con fermezza i propri diritti. Attualmente Angelo ha solo contatti occasionali con loro limitandosi a trascorrere del tempo insieme soltanto durante le festività.

La comunicazione intra-familiare è stata nel tempo segnata da forti scontri che hanno bloccato l'instaurarsi di una comunicazione costruttiva e spontanea. Il clima invalidante sul piano emotivo ha da un lato generato uno scarso riconoscimento dei bisogni e dei desideri del singolo ma ha legiferato dall'altro un modello da seguire pedissequamente in quanto “perfetto”. Piuttosto quindi che dare spazio alle attitudini personali è emerso uno stile familiare tendente alla consacrazione di un modello da seguire centrato sul raggiungimento del successo e quindi del denaro come unica via per ottenere l'ammirazione altrui. Concludendo possiamo asserire che le scarse qualità empatiche e le elevati aspettative della famiglia di origine, hanno caratterizzato l'ambiente di sviluppo di Angelo contribuendo nel tempo a definire l'emergere di una personalità narcisistica.

Modello di attaccamento

La bidirezionalità dello scambio tra il bambino e il *caregiver* ha, come ben sappiamo, la funzione di essere una base sicura per il bambino e contribuire allo sviluppo di un senso di sicurezza e di fiducia in sé, nonché ad un rafforzamento della relazione. Nel modello familiare di Angelo l'indisponibilità delle figure genitoriali a comprendere e validare il suo vissuto emotivo hanno generato nel paziente un senso generale di sfiducia verso l'altro e una scarsa competenza nella regolazione dell'autostima e nella gestione delle

situazioni interpersonali. Queste esperienze dolorose sono alla base di un attaccamento traumatico che ha ostacolato lo sviluppo della capacità di far fronte alle successive fratture interpersonali. Le umiliazioni hanno quindi assunto nel profilo evolutivo del paziente diverse forme che vanno dalla privazione dei bisogni fondamentali, al disorientamento cognitivo e alle minacce di abbandono. I maltrattamenti fisici e psichici danno inoltre un'indicazione della grave disfunzione del sistema famiglia. I comportamenti abusanti ed emotivamente negligenti riflettono chiaramente l'assenza di empatia del sistema familiare in cui il paziente è cresciuto e i traumi nelle relazioni d'attaccamento sono nemici della mentalizzazione (vedi *Figura 2.1*).

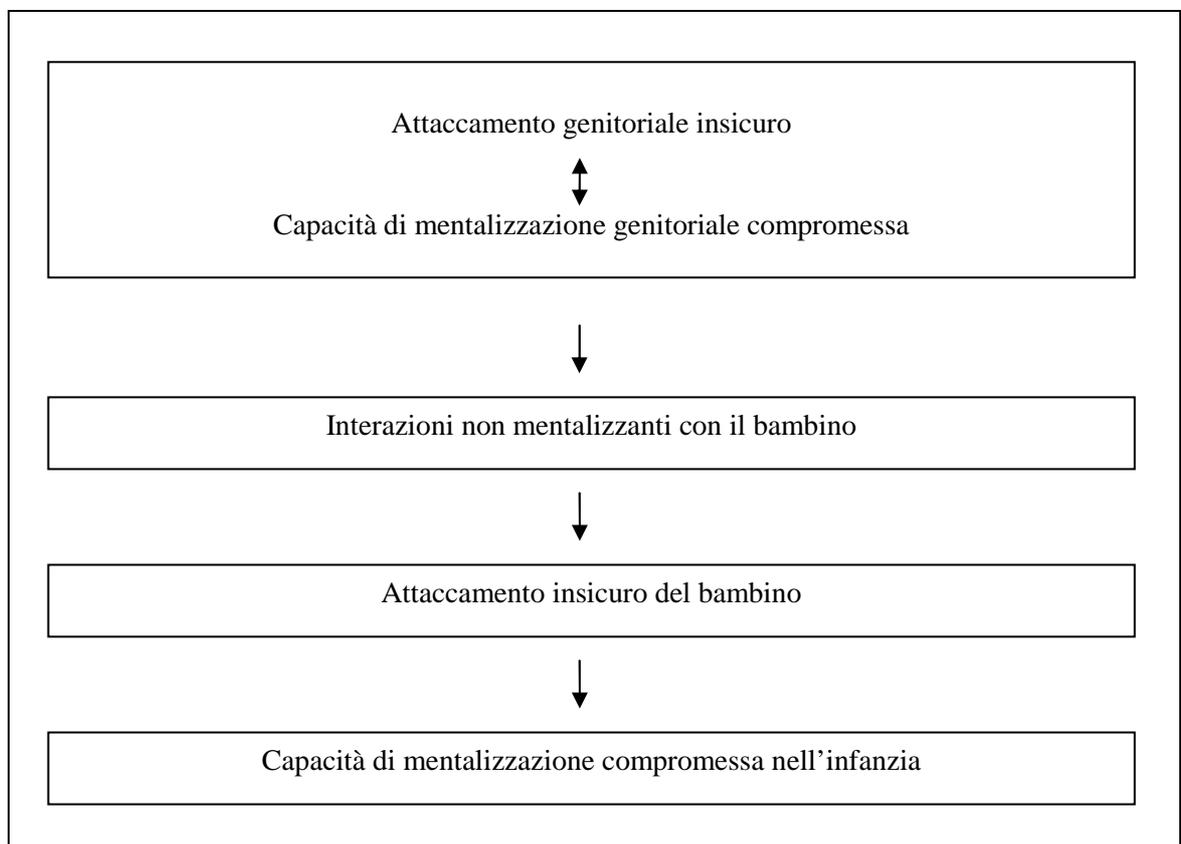


Fig. 2.1. – Trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento insicuro e della mentalizzazione compromessa. Tratto da: *La mentalizzazione nella pratica clinica* (Allen, Fonagy, & Bateman, 2010).

La violenza fisica subita ha pertanto generato una forma di abuso psicologico che ha inciso fortemente sulla mentalizzazione minando la capacità di Angelo di riflettere sui propri e altrui stati mentali. Di conseguenza, considerato che la mentalizzazione dei genitori favorisce l'attaccamento sicuro nel bambino e che le interazioni di Angelo con

le figure di accudimento sono state invece caratterizzate da una capacità di mentalizzazione genitoriale compromessa, il pattern di attaccamento generatosi nel paziente è di tipo insicuro-evitante (*dismissing*). Gli indicatori di tale organizzazione sono riconducibili ad una chiusura emozionale e cognitiva alle relazioni di attaccamento nella vita quotidiana. Lo stato mentale di Angelo riflette un'organizzazione del pensiero in grado di arginare i ricordi dolorosi infantili per essere sostituiti da una narrazione (coerente con uno stile di attaccamento *dismissing*) centrata sulla propria forza e indipendenza “nell’essere riuscito a cavarsela da solo”. L’evitamento di Angelo appare quindi una strategia volta a minimizzare il rischio di un rifiuto che riattiverebbe un vissuto doloroso e destabilizzante.

L’atteggiamento genitoriale è apparso quindi sia invalidante in merito all’esperienza interiore e sia punitivo sul versante dell’espressione emotiva che veniva puntualmente repressa. L’assenza di empatia genitoriale ha quindi consolidato nel paziente uno stile relazionale contrassegnato da una scarsa abilità empatica, una significativa compromissione nella comprensione delle espressioni emotive proprie e altrui, e una scarsa tendenza a riflettere sugli stati emotivi interni.

Lo stile di attaccamento evitante del paziente ha pertanto preso piede in un ambiente di sviluppo rifiutante, non responsivo, controllante e interferente. Sperimentando più volte la scarsa accessibilità delle figure di accudimento, Angelo ha progressivamente imparato a farne a meno, conducendo un’esistenza solitaria contrassegnata da un graduale ritiro aversivo dalle relazioni.

La trascuratezza psicosociale insista nell’ambiente di sviluppo del paziente si può concettualizzare in tre differenti forme che riguardano: la trascuratezza emotiva (una mancanza di sintonia e di reattività agli stati emotivi del bambino); la trascuratezza cognitiva (l’incapacità di sostenere e promuovere lo sviluppo cognitivo ed educativo); e la trascuratezza sociale (l’incapacità di sostenere lo sviluppo sociale e interpersonale). Il comportamento dei genitori è stato segnato da una mancata risposta alle richieste di calore e confronto del figlio che oltre ad aver segnato il suo ambiente di sviluppo ha minato l’emergere della capacità di mentalizzazione. Le relazioni di attaccamento traumatiche durante l’infanzia, non solo hanno evocato nel paziente un forma di sofferenza estrema, ma hanno minato anche la sua capacità di regolazione emotiva. L’esperienza del maltrattamento affiancato alla trascuratezza (indisponibilità psicologica) da parte dei genitori è stato un fattore traumatizzante nella storia di sviluppo del paziente in quanto ha lasciato il bambino emotivamente solo con stati

emozionali insopportabili che egli non era in grado di regolare L'attaccamento traumatico ha pertanto contribuito significativamente allo sviluppo del disturbo di personalità di Angelo

2.3 – Interviste, test e questionari

Sono stati somministrati i seguenti test: SCID – II, HSNS, MMPI – 2, MCMI – III, CBA 2.0. Le risposte del soggetto sono state contrassegnate i grassetto.

SCID – II (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders)

L'intervista semistrutturata rileva un Disturbo Narcisistico di Personalità. Nessun altro punteggio soddisfa i criteri per una diagnosi in comorbilità con un altro disturbo di personalità ma si evidenziano punteggi elevati nelle categorie di personalità: Evitante, Ossessivo-Compulsivo, Passivo-Aggressivo, Depressivo, Paranoide, Istrionico e Borderline. Tale risultato è stato preso in considerazione per una valutazione globale e accurata della quantità dei tratti disfunzionali presenti nel paziente e che sono valutabili come numero di criteri soddisfatti (N° = 21) anche se non sufficienti per porre una specifica diagnosi. I punteggi più elevati che si collocano al limite del livello soglia sono i seguenti: Passivo-Aggressivo (Cluster C: comportamenti “ansiosi” o “paurosi” e bassa stima di sé), Paranoide (Cluster A: “strani” o “paranoici” con tendenza all'isolamento e alla diffidenza) e Borderline (Cluster B: comportamenti “emotivi” e “drammatici” caratterizzati da mancanza di empatia e altruismo). Considerato che tali disturbi abbracciano le varianti di personalità descritte nei tre diversi Cluster del DSM-IV-TR riformuliamo la diagnosi considerando che oltre alla presenza di un Disturbo Narcisistico di Personalità si rileva una disfunzione di personalità estesa e quindi una comorbilità con un Disturbo di Personalità NAS.

SCID – II

MODULO DI REGISTRAZIONE DELLE DIAGNOSI

Qualità globale a completezza dell'informazione:

1 = scarsa, 2 = discreta, **3 = buona**, 4 = eccellente.

Durata dell'intervista (minuti): **50**

DISTURBO DI PERSONALITA'

N° ITEM CODIFICATI "3"

(i numeri indicati nei riquadri indicano la soglia per la diagnosi)

01 Evitante	<u>1</u>	2	3	<u>4</u>	5	6
02 Dipendente	1	2	3	4	<u>5</u>	6
03 Ossessivo-Compulsivo	1	<u>2</u>	3	<u>4</u>	5	6
04 Passivo-Aggressivo	1	2	<u>3</u>	<u>4</u>	5	6
05 Depressivo	1	<u>2</u>	3	4	<u>5</u>	6
06 Paranoide	1	2	<u>3</u>	<u>4</u>	5	6
07 Schizotipico	1	2	3	4	<u>5</u>	6
08 Schizoide	1	2	3	<u>4</u>	5	6
09 Istrionico	1	<u>2</u>	3	4	<u>5</u>	6
10 Narcisistico	1	2	3	4	<u>5</u>	6
11 Borderline	1	2	<u>3</u>	4	<u>5</u>	6
12 Antisociale	1	2	<u>3</u>	4	5	6
13 Non altrimenti specificato (NAS)	<u>1</u>					

DIAGNOSI PRINCIPALE DI ASSE II (cioè il Disturbo di Personalità che è – o dovrebbe essere – il centro principale dell'attenzione clinica).

Scrivere il numero di codice a sinistra della diagnosi sopra: **10**

Nota: scrivere 99 se non vi è disturbo della'Asse II.

HSNS (Hypersensitive Narcissism Scale)

La preghiamo di rispondere alle seguenti domande indicando quanto ciascuna di esse descrive adeguatamente il suo modo di sentire e di comportarsi.

- 1 = molto non tipico o non vero, fortemente in disaccordo
- 2 = non tipico
- 3 = neutrale
- 4 = tipico
- 5 = molto tipico o vero, fortemente d'accordo

1. Posso diventare completamente assorbito nel pensare alle mie questioni personali, alla mia salute, ai miei interessi o alle mie relazioni con gli altri.	5
2. I miei sentimenti sono facilmente feriti dalla derisione o dai commenti offensivi degli altri.	5
3. Quando entro in una stanza spesso mi sento in imbarazzo e ho la sensazione che gli sguardi degli altri sono su di me.	4
4. Non mi piace dividere con gli altri i meriti di un'impresa.	4
5. Penso di avere abbastanza cose da affrontare senza dovermi anche occupare dei guai delle altre persone.	5
6. Sento di essere costituzionalmente diverso dalla maggior parte della gente.	5
7. Spesso interpreto in modo personale i commenti degli altri.	3
8. Sono facilmente assorbito dai miei interessi e dimentico l'esistenza degli altri.	5
9. Non mi piace stare in un gruppo a meno di sapere che sono apprezzato da almeno uno dei presenti.	5
10. Sono segretamente contrariato o infastidito quando gli altri vengono da me coi loro problemi e mi chiedono tempo e comprensione.	5
<i>Tot: 45/50</i>	

MMPI – 2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory)

Punteggi scale di Base

T-Score

L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
43	57	45	60	64	55	<u>66</u>	63	52	59	58	<u>65</u>	64

Il paziente, nel rispondere al test, ha voluto porsi in una luce socialmente positiva ed accettabile, tentando di offrire un ritratto di sé irrealisticamente favorevole delle proprie qualità morali e delle proprie capacità di adattamento psicologico. Le difese, ad un livello più profondo sembrano essere, tuttavia, meno intense ed efficaci di quanto non appaia superficialmente. Alterna fasi di grave indecisione e dubbio “paralizzante” a manifestazioni di aggressività scarsamente controllata. Le interazioni sociali appaiono caratterizzate da una forte carica di aggressività insufficientemente esaminata. Si rileva una patologica tendenza ad accentrare l’attenzione sui propri disturbi somatici, anche in presenza di una compromissione organica dimostrata. La sospettosità potrebbe apparire mascherata da atteggiamenti compiacenti e formalmente dipendenti. Le capacità di effettuare un corretto giudizio di realtà sembrano essere compromesse: la mancanza di controllo sulla sfera emotiva può provocare la perdita delle capacità di critica nei confronti dei propri vissuti e dei propri comportamenti. Sono probabili irregolarità della condotta sessuale, con eventuale ricerca attiva di esperienze devianti. La situazione attuale pare caratterizzata da un grave disturbo emozionale, con messa in atto di complessi ed inadeguati meccanismi di difesa.

Punteggi scale di Contenuto

T-Score

Anx	Frs	Obs	Dep	Hea	Biz	Ang	Cyn	Asp	Tpa	Lse	Sod	Fam	Wrk	Trt
56	41	<u>67</u>	55	60	54	<u>87</u>	55	64	57	54	63	<u>73</u>	55	<u>65</u>

Sono frequenti problematiche di tipo somatico, astenia, difficoltà dell’addormentamento, tendenza alla preoccupazione e scarsa capacità di concentrazione. La caratteristica essenziale, che condiziona il comportamento e la vita di relazione, è la paura persistente ed irrazionale che costringe il soggetto a mettere in atto complicate tecniche di evitamento delle situazioni temute. L’ideazione è polarizzata sul versante depressivo: il

paziente si sente triste, scoraggiato e avverte la netta diminuzione dell'abituale livello di energia e la dolorosa incapacità di provare piacere in relazione ai comuni stimoli della vita quotidiana. E' presente un'elevata difficoltà a controllare la rabbia: riferisce di sentirsi sistematicamente irritabile, insofferente, scontroso, contrariato. Prevale la tendenza a diffidare degli altri e la convinzione che la gente tende ad approfittarsi delle situazioni (ingiunzione "Non fidarti!"). Manifesta una netta tendenza al soddisfacimento delle pulsioni istintuali senza impegno emotivo e morale e senza pianificazione delle proprie azioni. E' caratterizzato da ambizione, aggressività, competitività, insofferenza e linguaggio rapido ed enfatico e da risposte emotive di irritazione, ostilità e rabbia: non ama aspettare o essere interrotto. Presenta gravi sentimenti di bassa stima di sé e pensa di non piacere agli altri. Vengono dichiarati gravi problemi familiari: il paziente non si sente adeguatamente compreso/accettato nell'ambito della propria famiglia; le sue tensioni e il suo disagio emotivo possono essere ricondotte alla conflittualità vissuta in tale contesto. La propria famiglia è stata descritta come perennemente litigiosa, spiacevole e senza amore. Sono presenti atteggiamenti che conducono a prestazioni lavorative scadenti come diretta conseguenza della scarsa fiducia in se stesso con continui dubbi riguardo alla propria scelta professionale o all'attuale condizione lavorativa.

Punteggi scale Supplementari

T-Score

A	R	Es	Mac- R	FB	O- H	Do	Re	Mt	Gm	Gf	Ps- Pk	Mds	Aps	Aas
56	65	54	63	57	41	51	32	59	52	37	62	<u>76</u>	50	<u>67</u>

Dall'elevazione dei punteggi delle scale Supplementari si evince un significativo disagio coniugale e un'ammissione di dipendenza: il soggetto riconosce l'esistenza di un passato abuso di alcool o droga.

Code-Type = 194

Il paziente mostra una difficoltà nel controllo degli impulsi, una sintomatologia ipocondriaca e una marcata noncuranza dei valori e degli standard sociali. Manifesta estroversione sociale ma appare al contempo insoddisfatto, pessimista, di umore cattivo, "ancorato" a sentimenti di rancore e di ribellione con una notevole difficoltà ad interiorizzare le norme etico-sociali del gruppo di appartenenza. Ha un fondamentale,

grandissimo, bisogno di affetto e di attenzione ma tiene accuratamente a distanza gli altri per evitare legami emotivi che non sarebbe capace di gestire. Questo codice rimanda a problemi nella sfera del controllo degli impulsi. Presenta, inoltre, scarse capacità di *insight* e appare resistente ad accettare la presenza di una problematica psicologica in atto.

Schema di Diamond (sistema interpretativo multiassiale)

- ***D<Ma:*** prevale ottimismo, fiducia e attività..
- ***Pt>Pd:*** nella valutazione di sé il paziente è dubbioso e indeciso a causa della scarsa fiducia nella propria capacità di reagire alle situazioni. Ridotte le aspettative e il sentimento di autostima.
- ***Hy>Pa:*** disponibile a costruire opinioni e comportamenti che sono dettati dall'ambiente. Questa elasticità può essere data da tratti di dipendenza, motivo per il quale può dare risposte imprevedibili allo stesso stimolo.
- ***Hs>Sc:*** la capacità di contatto interpersonale appare ridotta.
- ***D-Pt<Ma-Pd:*** l'ipervalutazione di sé, l'ipertrofia dell'Io possono produrre comportamenti il cui ottimismo può tradursi in sottovalutazione delle difficoltà o delle norme dettate dall'ambiente con tratti oppositivi o di estrema impulsività.

Indici derivati (analisi delle condizioni emotive e della personalità):

- ***Average Elevation Score - AV*** ($p = 83$). Un quadro sintomatologico pervasivo e persistente.
- ***Triad Elevation Index - TI*** ($p = 3,34$). Il confronto tra la triade nevrotica e psicotica evidenzia elementi di gravità di fondo e una sintomatologia pregressa.
- ***Internalization Ratio - IR*** ($p = 0,98$). Inadeguate le capacità di elaborazione delle risposte emotive.
- ***Frustration Tolerance Index - FTI*** ($p = 1,10$). Sufficientemente adeguato risulta il grado abituale di tolleranza alla frustrazione.

MCMI – III (Millon Clinical Multiaxial Inventory – III)

SCALE	PUNTEGGI		PROFILO				
INDICI CORRETTIVI							
	Grezzi	BR	0	60	75	85	115
X- Apertura	114	70	*****				
Y- Desiderabilita'	12	55	*****				
Z- Svalutazione	8	59	*****				
STILI di PERSONALITA'							
	Grezzi	BR	0	60	75	85	115
1- Schizoide	15	85	*****				
2A- Evitante	4	47	*****				
2B- Depressivo	5	67	*****				
3- Dipendente	3	30	*****				
4- Istrionico	15	48	*****				
5- Narcisistico	15	59	*****				
6A- Antisociale	17	87	*****				
6B- Aggressivo-sadist.	16	76	*****				
7- Compulsivo	8	34	*****				
8A- Aggressivo-passivo	16	84	*****				
8B- Autofrustrante	5	74	*****				
PATOLOGIA GRAVE							
	Grezzi	BR	0	60	75	85	115
S- Schizotipico	5	62	*****				
C- Borderline	12	74	*****				
P- Paranoide	9	66	*****				
SINDROMI CLINICHE							
	Grezzi	BR	0	60	75	85	115
A- Disturbi d'ansia	4	75	*****				
H- Somatoforme	2	60	*****				
N- Maniacale-bipolare	12	73	*****				
D- Distimico	8	76	*****				
B- Dipendenza alcool	6	70	*****				
T- Dipendenza droga	7	65	*****				
R- Post-traumatico	8	67	*****				
SINDROMI GRAVI							
	Grezzi	BR	0	60	75	85	115
SS- Disturbi d.pensiero	13	72	*****				
CC- DepresAngelo maggiore	4	1	*****				
PP- Disturbi da delirio	2	60	*****				

CBA 2.0 (Cognitive Behavioral Assessment)

La **Scheda 6** per la valutazione dello stress e dei disturbi psicofisiologici evidenzia una tendenza verso problematiche di natura sia fisica che psicologica soprattutto in relazione ad eventi stressanti: QPF/R: ($p = 90$). Il punteggio, pertanto, pur avvicinandosi alla significatività statistica risulta essere sottosoglia*.

		Risposte omesse	Punteggio grezzo	Punti Z	Rango percentile
Scheda 2	STAI X1	0	31		22,3
Scheda 3	STAI X2	0	45		79,5
Scheda 5	EPQ/ RE	0	11		79
	EPQ / RN	0	5		55,4
	EPQ / RP	0	4		83,1
	EPQ / RL	0	9		54,1
Scheda 6	QPF / R	0	52		<u>90</u>
Scheda 7	IP F		43		31,2
	IP PH		0		18,6
	IP 1		7		13,2
	IP 2		21		54,7
	IP 3		2		26,7
	IP 4		3		54,8
	IP 5		7		56,1
Scheda 8	QD	0	4		67,9
Scheda 9	MOCQ / R	0	9		75,6
	MOCQ / R1		6		82,8
	MOCQ / R2		3		67,4
	MOCQ / R3		1		61,9
Scheda 10	STAI X1 / R	0	14		33,2
	STAI DIFF		0		58,3
	STAI ACC		0		33
	INDICE IR		5		24,3

**(punteggi significativi: rango percentile $rp > 95^\circ$)*

Schede di auto-osservazione

In una fase iniziale della terapia in cui la sintomatologia organica era il problema principale attorno al quale ruotavano le lamentele dal paziente, abbiamo ritenuto opportuno indagare la relazione vigente tra attivazione fisiologica (crampi addominali, stati di tensione corporea), stati mentali corrispondenti e correlati emozionali e comportamentali. Abbiamo quindi ritenuto utile pianificare l'utilizzo di un "diario delle sensazioni corporee" costruito sulla base del modello ABC per esplorare pensieri ed emozioni incrementando la consapevolezza del paziente rispetto ai suoi stati interni. Il diario è stato costruito nel seguente modo: A = situazione o evento attivante che ha generato un'attivazione fisiologica; B = pensieri; C = conseguenze emotive e comportamentali. Questo lavoro è stato necessario nel primo periodo di trattamento per far familiarizzare il paziente con il modello cognitivo e comprendere l'importanza dei processi di valutazione nella determinazione delle emozioni e dei comportamenti. Il paziente, infatti, manifestava grandi difficoltà nella comprensione e valutazione dei propri stati interni e non aveva alcun accesso alla corrispondenza vigente tra emozionalità negativa (ad es., rabbia, nervosismo, etc.) e l'arousal fisiologico (tensione muscolare, etc.). Soltanto dopo aver acquisito una maggiore consapevolezza in merito alla correlazione esistente tra cognizioni, emozioni e comportamenti è stato possibile passare ad un livello successivo (ovvero al monitoraggio metacognitivo dei suoi processi interni) che ha occupato la maggior parte del trattamento. Dalle schede di auto osservazione compilate dal paziente emerge una gestione del disagio emozionale in cui, piuttosto che attingere alle risorse cognitive interne, Angelo traduce il proprio malessere in termini fisiologici (attivazione organica).

Giorno Ora	Situazione o evento attivante	Pensieri	Conseguenze (emotive e comportamentali)
<i>Lunedì</i> 8.00	<i>Ripenso alla discussione avuta ieri sera con un mio ex collega. Inizio a bere e sento un forte mal di testa</i>	<i>Devo sempre lottare contro questa massa di ignoranti!?! Non ha mai capito nulla di me e delle qualità che ho</i>	<i>Emozioni: amarezza Comportamenti: torno a casa Emozioni: rabbia Comportamenti: prendo a calci la macchina</i>

8.30	<i>Mia madre mi trattiene al telefono parlandomi dei suoi problemi con papà. Devo chiudere che sento improvvisamente delle fitte allo stomaco</i>	<i>Non mi interessa quello che dice, ma cosa vogliono ancora da me!</i> <i>Non sono mica il suo confessore, lasciatemi in pace!</i>	Emozioni: <i>insofferenza</i> Comportamenti: <i>chiudo la telefonata e mi stendo sul letto</i> Emozioni: <i>rabbia</i> Comportamenti: <i>spengo il cellulare</i>
9.30	<i>Sono in giro e mio fratello insiste facendo squillare il cellulare molte volte. Io non rispondo. Sento tremori muscolari diffusi.</i>	<i>Mi soffoca la sua insistenza ma chi si crede di essere?</i> <i>Mi vuole raccontare gli ultimi episodi accaduti ma io cosa me ne faccio dei suoi aneddoti?</i>	Emozioni: <i>rabbia</i> Comportamenti: <i>inizio a correre con la macchina per tornare a casa</i> Emozioni: <i>irritazione</i> Comportamenti: <i>inizio ad imprecare a voce alta</i>
13.00	<i>Sono a pranzo al mare con un amico. Dopo una conversazione animata inizio a sentire che c'è qualcosa che non va nel mio corpo.</i>	<i>Ho bisogno del bagno ma sono lontano da casa e se troverò traffico sarò fregato!</i> <i>E' noioso e non sembra incuriosito dai miei interessi!</i> <i>Penso che questa volta posso farcela a gestire il mio corpo</i>	Emozioni: <i>disagio, spossatezza</i> Comportamenti: <i>invento scuse per andarmene prima del previsto</i> Emozioni: <i>mi incupisco</i> Comportamenti: <i>non parlo e mi isolo</i> Emozioni: <i>mi sento sereno e contento di stare con il mio amico</i> Comportamenti: <i>mangiamo, ridiamo e mi trattengo con lui senza avere l'urgenza di tornare a casa</i>
16.00	<i>Sono a casa e sto lavorando per un'agenzia pubblicitaria che mi ha commissionato un lavoro. Penso a Sabrina. Sento salire la nausea.</i>	<i>Cosa diavolo starà facendo?</i> <i>Si starà divertendo con quel gruppo di amici idioti!</i>	Emozioni: <i>nervosismo</i> Comportamenti: <i>non riesco a concludere nulla e girando in casa mi avvicino al bagno per vomitare</i> Emozioni: <i>inquietudine</i> Comportamenti: <i>fumo insistentemente e vado in bagno</i>
17.00	<i>Squilla il cellulare. E' la mia ragazza</i>	<i>Soltanto adesso si ricorda di me!</i>	Emozioni: <i>rabbia</i> Comportamenti: <i>devo correre a rigurgitare di nuovo</i>

		<i>Non ho voglia di parlare, ma cosa vuole adesso!?</i>	Emozioni: <i>collera</i> Comportamenti: <i>parlando con lei il malessere fisico aumenta e inizio a camminare nervosamente nella stanza</i>
17.15	<i>Parlo al telefono con mio padre e litighiamo per questioni del passato. La mia nausea cresce.</i>	<i>E' un bastardo, mi ha rovinato la vita!</i> <i>Perché continua a rimproverarmi? Non lo tollero più!</i>	Emozioni: <i>rabbia</i> Comportamenti: <i>spacco tutto</i> Emozioni: <i>sono scocciato, arrabbiato</i> Comportamenti: <i>prendo a calci qualsiasi cosa</i>
17.30	<i>Mio padre arrabbiato decide di passarmi al telefono mia madre.</i>	<i>La mia vita fa schifo, faccio solo casini e non ho creato nulla di buono</i> <i>Devo prendere qualcosa per calmarmi, così non ce la faccio!</i>	Emozioni: <i>sconforto</i> Comportamenti: <i>chiudo la telefonata</i> Emozioni: <i>agitazione</i> Comportamenti: <i>stacco il telefono e cerco i farmaci</i>
18.00	<i>Squilla nuovamente il cellulare ma non rispondo</i>	<i>Spero non chiami più!</i> <i>Non sopporto quel carattere del cavolo che si ritrovano!</i>	Emozioni: <i>rabbia e amarezza</i> Comportamenti: <i>mi allungo sul letto e cerco di trovare sollievo</i> Emozioni: <i>collera</i> Comportamenti: <i>cerco di resistere senza prendere nessun farmaco</i>
20.00	<i>Sono al parcheggio dell'ospedale e un tizio parcheggia al posto mio. Inizio ad agitarmi.</i>	<i>Che diavolo vuole!</i> <i>Siamo alle solite il mio corpo mi richiama all'ordine tutte le volte che sto per compiere un gesto impulsivo</i>	Emozioni: <i>rabbia</i> Comportamenti: <i>lo sfido e accelero ma sento irrigidirsi la gamba. Ho un crampo.</i> Emozioni: <i>sconforto</i> Comportamenti: <i>mi allontano e mi fermo in un angolo aspettando che passi</i>

2.3 – Diagnosi finale secondo il DSM - IV TR

Dall'elaborazione clinica del caso basata sull'osservazione del paziente, sull'analisi dei contenuti emersi durante i colloqui e sulla valutazione dei risultati ottenuti ai test psicodiagnostici, abbiamo potuto formulare la seguente diagnosi.

- *Asse I:* non sono presenti disturbi clinici o altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione.
- *Asse II:* Disturbo Narcisistico di Personalità. In accordo con i criteri del DSM – IV TR il paziente mostra di essere assorbito da fantasie di illimitato successo, potere, e di amore ideale. Crede di essere speciale, unico e di poter essere capito solo da altre persone speciali o di classe elevata. Manca di empatia: è incapace di riconoscere o di identificarsi con i sentimenti e le necessità altrui. E' spesso invidioso degli altri e crede di essere invidiato. Dall'analisi approfondita del caso si evince, inoltre, che il paziente soddisfa i criteri per la diagnosi di un Disturbo Narcisistico di Personalità di tipo “covert” o “ipervigile” che verrà esplicitamente descritto nel DSM-V e che si caratterizza per la tendenza ad evitare di ritrovarsi al centro dell'attenzione palesando una serie di problematiche relazionali. Appare infatti sensibile e reattivo al disappunto altrui e viene facilmente ferito dalla critica. Manifesta sentimenti di vergogna o di umiliazione palesando una scarsa fiducia negli altri e una permanente difficoltà ad entrare in relazione in modo maturo. Possiamo pertanto trovare elementi di sospettosità, di ideazione paranoide e di invidia cronica verso il successo altrui.
- *Asse III:* cefalea muscolo tensiva.
- *Asse IV:* dalla storia del paziente si evince che sono presenti conflitti intrafamiliari e un inadeguato supporto sociale ai quali si affianca una insoddisfazione lavorativa e rilevanti difficoltà economiche.
- *Asse V:* il paziente mostra una compromissione significativa nel funzionamento sociale (non ha amici), nel funzionamento lavorativo (non riesce a mantenere un lavoro stabile) e nel funzionamento relazionale (evita il coinvolgimento emotivo).
VGF = 50.

2. 4 – Concettualizzazione del caso clinico

Il paziente chiede un trattamento psicologico in quanto lamenta disturbi organici (cefalea, tensione muscolare, crampi addominali, agitazione psicomotoria) che il neurologo ritiene essere l'effetto di una causa di natura psicogena piuttosto che fisiologica. Dalla storia di vita si evince che fin da bambino la sintomatologia organica veniva innescata da situazioni di forte stress e di disagio emozionale. I maltrattamenti familiari (fisici e psicologici) causavano un disagio o malessere che si esprimevano attraverso il soma sotto forma di: mal di pancia, vomito, incubi ed enuresi notturna. Nel corso della crescita il paziente è riuscito ad acquisire una buona gestione delle sue problematiche organiche lamentando solo in periodi circoscritti della vita una leggera regressione (ad es., enuresi notturna). Da circa dieci anni i disturbi somatici sono tornati a farsi sentire con l'aggiunta di cefalea, problemi gastrointestinali, e agitazione psicomotoria.

Dall'approfondimento diagnostico dal caso emergono una serie di disagi relazionali che lo hanno condotto negli ultimi anni a vivere un'esistenza solitaria e un ritiro avversivo dalle relazioni. Angelo sente di non potersi fidare degli altri e lasciandosi guidare da questo schema testa continuamente la disponibilità altrui ad offrire l'ammirazione richiesta. Il rifiuto dell'altro comporta a sua volta sentimenti di ira profonda e di critica feroce che Angelo manifesta con atteggiamenti ostili e di chiusura relazionale. Alla base del desiderio di ammirazione vi è probabilmente la mancanza di figure interiorizzate (validanti e supportive) e questo provoca una contro reazione del paziente che risponde con atteggiamenti di rabbia, di ostilità e di distacco. La rabbia, inconsapevole e non mentalizzata, si traduce di conseguenza in termini fisiologici. Nel corso dei colloqui clinici emergono quindi una serie di schemi interpersonali pervasivi e persistenti che guidano la condotta narcisistica del paziente alimentando modalità patologiche del tipo "sé-altro" che appaiono ormai consolidate da anni. Gli schemi interpersonali dominanti guidano le relazioni proprio in vista della direzione temuta dal sé. Tale aspetto rende problematico il mantenimento delle relazioni con difficoltà ad empatizzare. Il funzionamento interpersonale di Angelo è caratterizzato pertanto da un *set* di schemi precostituiti con difficoltà nei processi di regolazione emozionale che si esplicano con il disagio organico. Guidato dai propri schemi, quindi, il paziente non comprende cosa vuole e quali obiettivi a lungo termine ha nella vita. Per facilitare la comprensione dei desideri, dei bisogni e delle intenzioni del paziente in rapporto alle figure significative

compreso il terapeuta, e per la concettualizzazione del caso, è stato utilizzato il “Tema Relazionale Conflittuale Centrale” (CCRT) Luborsky. Il Tema Relazionale Conflittuale Centrale rappresenta il nucleo relazionale conflittuale di base che tende a ripetersi nelle relazioni del paziente. Gli elementi del CCRT sono i seguenti: l’*Aspettativa interna* o *Desiderio del sé*, una *Rappresentazione di sé*, una *Rappresentazione delle Risposte dell’Altro* all’Aspettativa, ed una *Rappresentazione della risposta del sé alle risposte dell’altro*.

Gli scopi dominanti che guidano la formazione degli schemi interpersonali sono i seguenti:

- 1) Rango sociale – Competizione – Accrescimento – Autostima.
- 2) Autonomia – Agency – Auto efficacia.
- 3) Attaccamento (di solito disattivato o di tipo evitante o si trasforma in accudimento invertito).
- 4) Ritiro aversivo dagli stimoli (sociali) nocicettivi (ritiro nella torre d’avorio, chiusura relazionale, spegnimento affettivo).

Schema interpersonale interiorizzato: RANGO SOCIALE

Desiderio: *status elevato*

Rappresentazione di sé: *meritevole di raggiungere un rango elevato, desidera che l’altro riconosca la sue qualità*

Procedura “se-allora”: *se mostro spontaneamente le mie qualità e tendenze allora..*

Risposta dell’Altro: *l’altro non riconosce le mie qualità*

Risposta del sé alla risposta dell’altro (1): *rabbia agonistica*

Risposta del sé alla risposta dell’altro (2): *chiusura relazionale*

Schema interpersonale interiorizzato: AGENCY/SELF-EFFICACY/AUTONOMIA

Desiderio: *buona stima di sé, autonomia*

Rappresentazione di sé: *percezione di avere poco potere sul raggiungimento dei propri desideri*

Procedura “se-allora”: *se chiedo attenzione allora l’altro..*

Risposta dell’Altro: *l’altro non presta attenzione o ostacola i piani*

Risposta del sé alla risposta dell’altro (1): *ostilità, freddezza*

Risposta del sé alla risposta dell’altro (2): *distacco relazionale*

Schema interpersonale interiorizzato: ATTACCAMENTO

Desiderio: *attenzione/supporto*

Rappresentazione di sé: *bisognoso di cure e di attenzione*

Procedura “se-allora”: *se chiedo aiuto allora l’altro..*

Risposta dell’Altro: *umilia, sottomette*

Risposta del sé alla risposta dell’altro (1): *chiusura ostile, distanza relazionale*

Risposta del sé alla risposta dell’altro (2): *colpa del sopravvissuto*

Schema interpersonale interiorizzato: ACCUDIMENTO INVERTITO

Desiderio: *amore/protezione*

Rappresentazione di sé: *non amabile, indegno*

Procedura “se-allora”: *se cerco il sostegno allora l’altro..*

Risposta dell’Altro: *abusa, è diffidente, rifiutante*

Risposta del sé alla risposta dell’altro (1): *ostilità, freddezza, tensione*

Risposta del sé alla risposta dell’altro (2): *distanziamento emotivo, appiattimento affettivo*

Schema interpersonale interiorizzato: RITIRO AVVERSIVO DAGLI STIMOLI

Desiderio: *ricerca del contatto interpersonale*

Rappresentazione di sé: *sensazione di vulnerabilità-minaccia, si aspetta un rifiuto*

Procedura “se-allora”: *valuto le caratteristiche dell’altro e se non corrisponde agli standard (perfezione, desiderabilità) allora..*

Risposta dell’Altro: *disinteresse, scarso coinvolgimento*

Risposta del sé alla risposta dell’altro (1): *svaluta, disprezza*

Risposta del sé alla risposta dell’altro (2): *ritiro avversivo, spegnimento affettivo*

Al fine di comprendere la concettualizzazione del caso è opportuno sottolineare l’elemento centrale tipico del disturbo narcisistico, ovvero il deficit metarappresentativo: l’incapacità di accedere ai propri desideri, scopi ed emozioni insieme alla capacità di decentrare. Il deficit metarappresentativo conduce al senso di estraneità e rende l’autostima vulnerabile. Il paziente si sente diverso e tenta quindi di rientrare nello stato grandioso per poter affermare che la diversità è motivata dal suo essere superiore. Se questo non accade si rischia di cadere nello stato depresso-terribico.

Le relazioni interpersonali appaiono al paziente poco sensate a causa di uno scarso accesso all'esperienza emotiva e un basso decentramento.

2.5 – Elementi del contratto terapeutico

Obiettivi a breve termine:

- accedere ai pensieri ed emozioni dominanti facilitando la comprensione in seduta di ciò che il paziente ha pensato e/o sentito in un determinato momento. Angelo non aveva alcuna consapevolezza della variazione dei propri vissuti emozionali in relazione a marcatori non verbali (postura e tono di voce) attivi durante la narrazione;
- riconoscere ed identificare gli schemi che guidano l'azione individuando le similitudini nei *pattern* di interazione più frequenti nel paziente, quali: la tendenza al distacco relazionale, la chiusura ostile, la diffidenza;
- favorire la differenziazione cognitiva degli schemi ego-distonici riconoscendo i temi ricorrenti che guidano l'azione. In particolare si tratta di comprendere come modalità interattive patogene del passato (ad es., genitore punitivo, abusante) guidino l'azione nel presente alimentando il ritiro avversivo dalle relazioni.

Obiettivi a medio termine:

- riconoscere i nessi di causa-effetto psicologici tra pensieri, emozioni e azioni alimentando la consapevolezza circa le motivazioni sottostanti i comportamenti. Incrementare la comprensione nel paziente di cosa può aver generato un'emozione e procurato una reazione specifica non solo in termini comportamentali ma anche fisiologici (*arousal fisiologico*);
- favorire l'emersione di condotte nuove con accesso a schemi adattivi in precedenza nascosti e non accessibili;
- integrare aspetti del sé emergenti in una narrazione nuova valutando accuratamente i contesti relazionali più sicuri in cui testare nuove parti di sé. Nel suo lavoro Angelo è esigente e perfezionista allo scopo di evitare note negative da parte di colleghi o superiori che genererebbero una ferita al proprio valore e il rischio di una rottura relazionale. Aderendo a standard meno perfezionistici è opportuno facilitare una modalità nuova di entrare in relazione e di misurarsi con compiti specifici;

- raggiungere una lettura della mente altrui articolata e decentrata senza incorrere nell'errore di attribuire agli altri intenzioni che in realtà riflettono i suoi schemi anticipatori. Elicitare nel paziente la comprensione che il sentirsi offeso dall'altro genera una forma di ostilità che muove in direzione opposta al suo bisogno di protezione e di ricerca del contatto interpersonale;
- riconoscere l'impatto delle proprie azioni sugli altri e il peso che hanno nel mantenimento dei problemi relazionali e della sofferenza interna. Identificare gli effetti del proprio comportamento partendo dalle emozioni elicitate nella terapia e condivise durante il colloquio. Gli atteggiamenti emersi in terapia e sui quali è necessaria l'esplorazione sono i seguenti: la tendenza del paziente a presentarsi in seduta mezz'ora prima dell'orario stabilito e aspettarsi ugualmente un'accoglienza calorosa, pretendere di ricevere una risposta immediata ad una richiesta d'aiuto trasmessa via e-mail, sperare di trovare la terapeuta disponibile al telefono altrimenti disprezza, svaluta);
- riconoscere i propri *bias* di ragionamento volti al mantenimento di immagini di sé eccessivamente elevate;
- favorire l'accesso ai desideri di attenzione/supporto, amore/protezione, ricerca del contatto interpersonale che non appaiono integrati nell'immagine grandiosa. Differenziare quindi i desideri "reali" da quelli che semplicemente rinforzano un sé grandioso.

Obiettivi a lungo termine:

- mantenere un senso stabile di sé e degli altri. La valutazione di sé oscilla toccando punte estreme che vanno da un'immagine grandiosa ad una rappresentazione di sé come impotente e privo di valore. Allo stesso tempo la considerazione altrui è puntualmente minacciata da un'analisi critica di quegli atteggiamenti che Angelo interpreta come svalutanti. L'integrazione degli aspetti estremi dell'esperienza in una valutazione coerente e stabile risulta pertanto necessaria;
- migliorare il funzionamento metacognitivo promuovendo la capacità di riflettere sui propri e altrui stati mentali partendo dalla valutazione dell'impatto che gli altri hanno su di lui (ad es., l'altro svaluta, non presta attenzione o ostacola i miei piani, non riconosce le mie qualità) e che egli ha sugli altri (ad es., rabbia, ostilità/freddezza, distacco emozionale). Riconoscere come le proprie risposte rabbiose si attivino in risposta alla mancata ammirazione (ad es., svalutazione altrui

rispetto al proprio operato, richiami disciplinari da parte dei superiori, mancanza di interesse da parte della sua compagna in merito ai suoi lavori) quando l'altro esprime i propri bisogni o compete per il rango;

- collegare le fluttuazioni dell'umore con eventi di vita quotidiana. Angelo ha la tendenza ad assecondare gli altri, in particolare il padre e la partner, pur di ottenere il loro rispetto e ammirazione. In questo modo non riconoscendo i propri desideri è guidato dall'intento di conseguire solo ciò che gli altri desiderano;
- accesso al sistema di accudimento. Il senso di sfiducia verso l'altro, gli schemi interpersonali precoci e il distacco emozionale creano una distanza relazionale che ostacola il sistema di accudimento. Promuovere il riconoscimento delle proprie risposte di rabbia e ostilità e comprendere l'influenza che le relazioni disfunzionali hanno sugli stati interni. La rabbia, l'ostilità di Angelo ostacola l'accesso ai sentimenti di tenera condivisione e costruzione empatica;
- regolazione dell'autostima e regolazione emozionale. La ricerca di stati sempre crescenti di perfezione guida il paziente alla conduzione di uno stile di vita segnato da standard elevati e mete spesso irrealistiche. Elicitare la consapevolezza nel paziente dell'impegno che questo stile di vita richiede al fine di regolare l'autostima e promuovere mete realistiche;
- sviluppare punti di vista integrativi su di sé al variare dell'esperienza relazionale promuovendo una mappa completa del proprio funzionamento. Integrazione delle immagini di sé distinguendo la rappresentazione della ricerca di un rispecchiamento grandioso verso la figura paterna e l'immagine di sé come guidato dai propri desideri. La capacità integrativa è necessaria al fine di muoversi adeguatamente nel mondo lavorativo e affettivo;
- realizzazione di modalità alternative di essere nel mondo uscendo dagli stati di vuoto devitalizzato e la riduzione della tendenza all'isolamento relazionale. Riconoscimento delle emozioni (rabbia e colpa) che ostacolano i rapporti interpersonali di Angelo e individuazione dei desideri sottostanti. Vivere le relazioni in maniera più rilassata e sperimentare il piacere di trascorrere una serata in compagnia di amici.

2. 6 – Relazione terapeutica

Il lavoro sulla relazione terapeutica ha accompagnato l'intervento psicoterapico per tutta la durata del trattamento. La riflessione costante sulla relazione e la riparazione delle rotture dell'alleanza hanno favorito un clima di fiducia e di condivisione degli obiettivi. In una fase iniziale il paziente mostrava un atteggiamento diffidente e di sfida che se indagato durante la seduta veniva puntualmente negato. Tale atteggiamento ha condotto ad un continuo monitoraggio delle reazioni controtransferali negative per evitare di alimentare un clima sospettoso e di minaccia. I problemi della relazione sono stati affrontati prima ancora di compiere ulteriori azioni al fine di abbassare la tensione relazionale e modulare le emozioni. Il lavoro sulla relazione richiedeva una sintonia interpersonale che è stata promossa gradualmente con la riduzione del clima di sfida che Angelo tendeva ad elicitare. Infatti i *cicli competitivi* che emergevano in seduta ostacolavano la condivisione e favorivano la distanza interpersonale. Il paziente appariva poco consapevole del clima emotivo evocato dal suo atteggiamento e della sua tendenza alla svalutazione del lavoro terapeutico. In questo quadro relazionale sono emersi sentimenti di inadeguatezza della terapeuta rispetto al proprio ruolo professionale e una evidente difficoltà a modulare le reazioni controtransferali intense e sgradevoli suscitate dal paziente. Il lavoro terapeutico è stato pertanto finalizzato ad evitare di attivare i *pattern* disfunzionali alimentati da Angelo e promuovere modalità più adattive per relazionarsi con la terapeuta e di conseguenza con gli altri. Il paziente non era consapevole, ad esempio, che lo stile narrativo, a volte distaccato e ironico, poteva suscitare reazioni negative. Attraverso operazioni di disciplina interiore e mediante il confronto costante sugli ostacoli relazionali è stato possibile iniziare a costruire le basi per una buona cooperazione.

In una fase intermedia del lavoro, Angelo ha iniziato a cambiare nuovamente le carte in tavola non rispettando gli accordi iniziali e pretendendo di iniziare le sedute con largo anticipo o di farle durare più a lungo del previsto. Sebbene questo viraggio sia stato inizialmente percepito come una forte incrinatura al lavoro fatto fino a quel momento, ha in realtà giovato al trattamento in quanto l'esplorazione delle motivazioni sottostanti alle richieste di Angelo e l'esplicitazione delle reazioni controtransferali ha segnato il passaggio ad uno stadio successivo che ci ha mossi verso un lavoro di riflessione sugli stati mentali. La riflessione promossa nelle sedute successive centrata sui tentativi di sperimentare la disponibilità terapeutica ad accogliere un trattamento che non rispettasse

gli accordi iniziali (ad es., rispetto degli orari) ha facilitato la comprensione dei bisogni sottostanti che muovevano la richiesta di Angelo: ovvero misurare il proprio valore personale agli occhi della terapeuta e di poter di conseguenza regolare l'autostima.

I deficit metacognitivi hanno generato una serie di ostacoli alla relazione terapeutica in quanto mancando la capacità di comprensione della mente propria e altrui Angelo non aveva la capacità di regolare le proprie interazioni interpersonali. E' infatti attraverso lo sviluppo della consapevolezza delle intenzionalità reciproche che Angelo è riuscito a comprendere la maggior parte dei problemi relazionali e a cogliere le eccezioni e le disconferme alle proprie aspettative. Il danno in queste funzioni si rifletteva in una serie di difficoltà a modulare e a gestire le relazioni in generale, inclusa quella terapeutica. L'intervento sulla relazione è stato strutturato, pertanto, attorno a tecniche di *self-disclosure*, validazione e condivisione. I disturbi metacognitivi del paziente hanno sollecitato l'utilizzo di tecniche di *self-disclosure* in quanto avendo difficoltà di comprensione delle intenzioni e motivazioni altrui, Angelo aveva bisogno di essere informato sulle ragioni della conduzione terapeutica per evitare gravi fraintendimenti e rotture della fiducia. La validazione, in seguito, ha generato un contesto di sicurezza in cui il paziente ha gradualmente iniziato a riflettere metacognitivamente sull'esperienza con meno timore di suscitare disprezzo o rifiuto. L'utilizzo del "Noi universale" ha favorito all'interno del *setting* terapeutico la condivisione di almeno una parte dell'esperienza del paziente in quanto tipicamente umana. La creazione di un contesto relazionale di sicurezza in cui il paziente ha potuto riflettere sulla propria esperienza, ha promosso un confronto empatico tra i propri e altrui stati mentali all'interno di un clima relazionale paritetico che ha incoraggiato la metacognizione. La validazione degli aspetti affioranti dell'esperienza soggettiva, evitando di criticare i nuclei problematici e l'identificazione rapida delle rotture nella relazione terapeutica hanno favorito la collaborazione e delineato la condivisione degli scopi. Tale clima emotivo, centrato sul sostegno empatico verso il paziente e sulla fiducia nel trattamento, ha favorito e caratterizzato nel tempo la costruzione di una buona relazione terapeutica.

2.7 – Trattamento

Per il trattamento del disturbo narcisistico di personalità (*covert*) è stata utilizzata la Terapia Metacognitiva Interpersonale (TMI). Nella fase di assessment sono state

raccolte informazioni per configurare il modello del mantenimento del disturbo e formulare ipotesi sugli effetti dell'intervento: quali benefici il paziente avrebbe potuto ottenere e quali ostacoli sarebbero potuti emergere. Siamo partiti dall'assunto che gli elementi che compromettevano il funzionamento mentale di Angelo erano il deficit di monitoraggio metacognitivo e la tendenza a creare cicli interpersonali disfunzionali.

Deficit di monitoraggio metacognitivo

Angelo mostrava una severa compromissione nella descrizione delle proprie emozioni e le ragioni alla base delle sue reazioni. Non si affidava all'esperienza emotiva per decodificare il mondo e non riusciva a cogliere il nesso tra le emozioni e gli eventi scatenanti con conseguente scarsa integrazione metacognitiva. In situazioni di forte stress (ad es., conflitti sul posto di lavoro, conflitti familiari e relazionali) non era in grado di assumere il punto di vista dell'altro rimanendo centrato su se stesso. Il lavoro dei primi mesi è stato quindi centrato sull'individuazione degli schemi predefiniti che Angelo utilizzava in maniera automatica e pervasiva. Gli schemi interpersonali influenzavano le sue aspettative su come gli altri avrebbero dovuto reagire ai suoi desideri. Il paziente si aspettava, infatti, lode e riconoscimento per le sue qualità artistiche e creative ma essendo ipersensibile alla critica mostrava, nel rapporto interpersonale, la tendenza a focalizzare tutta la sua attenzione alle reazioni degli altri. Sentendosi spesso vittima del disprezzo, soprattutto da parte del padre, reagiva attivando lo schema perfezionistico "se riesco a lavorare nella più nota agenzia pubblicitaria allora sarò sostenuto e ammirato". Il paziente quindi per dare senso all'esperienza si basava sulle fantasie grandiose e non sulle emozioni e questo generava un senso di vuoto emozionale e di scarso riconoscimento. Il lavoro iniziale è stato pertanto centrato sull'individuazione del numero ristretto di schemi che il paziente utilizzava per entrare in relazione e sulla difficoltà di accesso ad alcune emozioni. In questa fase del trattamento è stato pertanto opportuno un continuo ri-assessment e una maggiore flessibilità con lo scopo di adattarsi alla problematica emergente nei vari momenti della terapia. Il lavoro è stato centrato sulla comprensione delle cause sottostanti all'emergere di una determinata emozione e il livello di funzionamento metacognitivo. Nei primi mesi di terapia ci siamo focalizzati sulle fluttuazioni dei correlati emozionali in relazione al funzionamento interpersonale. Di conseguenza abbiamo dapprima indirizzato il lavoro sull'acquisizione di una maggiore consapevolezza emozionale (ad es., sentimenti di rabbia) per comprendere, in una fase

più avanzata della terapia, che la collera era generata dalla sensazione di essere prevaricato o dominato dall'altro.

A tal proposito proponiamo uno stralcio di colloquio emerso durante una seduta in cui il paziente non era in grado di descrivere i propri pensieri ed emozioni e di comprendere le cause che le hanno generate (deficit di monitoraggio).

Terapeuta: In merito a quanto affermato fino a questo punto, mi sa dire quali erano le sue emozioni?

Paziente: Mah, che posso dire.. io credo che le persone in generale siano strane e che nella vita non convenga mai fidarsi di nessuno. Insomma, ma cosa vogliono da me la mia famiglia, la mia compagna e i miei colleghi? Basta ho deciso.. da domani rompo con tutti.. non so più cosa pensare.

Terapeuta: mi ha detto che lei ritiene che sia meglio non fidarsi. Mi può spiegare cosa intende? Quali emozioni prova?

Paziente: Non lo so. Non glielo saprei dire. Mi sono solo sentito di voler fuggire da tutti e al più presto.

Terapeuta: E questo come la fa sentire?

Paziente: Sono stato male e avevo una sensazione di rifiuto e in generale di uno scarso apprezzamento. A partire da mio padre considero tutta questa gente una massa di ignoranti!

Terapeuta: Mi sta dicendo quindi che si sentiva arrabbiato e svalutato?

Paziente: Forse sì.

Terapeuta: E invece mi sa dire quali pensieri ha fatto in quel momento?

Paziente: Volevo spaccare tutto, avrei fatto una strage perché mi dicevo che tutto questo non è possibile che capiti proprio a me. I pensieri.. ma cosa le devo dire.. questi erano i miei pensieri. Non ho fatto altri pensieri.

Terapeuta: E quindi lei ha pensato “non è possibile che tutto questo capiti proprio a me!”.. e secondo lei che collegamento c'era tra la rabbia e questo suo pensiero?

Paziente: Ma cosa dovrei saperne io..non lo so se c'è un collegamento.. non lo so!

Dal colloquio emerge chiaramente come Angelo abbia delle difficoltà nel descrivere le proprie emozioni: riferisce di essersi sentito rifiutato ma non riusciva ad individuare l'emozione di rabbia che accompagnava questo suo vissuto e che si palesava molto più apertamente a livello non verbale. La principale disfunzione che emerge è quella di

mettere in relazione pensieri, emozioni e comportamenti: non era in grado di riconoscere i pensieri all'origine delle sue emozioni.

In un altro colloquio avuto con il paziente nel corso della terapia, Angelo è apparso carente nell'abilità di *Mastery* ovvero era incapace ad usare le conoscenze psicologiche per far fronte a situazioni psicologiche e sociali problematiche.

Paziente: Dopo l'ultima rottura mi sono riavvicinato a Sabrina e sembrava che stavolta tutto procedesse bene. C'era voglia di fare progetti insieme e di cambiare un po' di cose della nostra vita. Poi l'altro giorno ci siamo incontrati e mi trattiene raccontandomi altre questioni che non riguardano la nostra storia. Insomma non c'ho visto più, abbiamo litigato ed è finito tutto.. come sempre d'altronde.

Terapeuta: ricorda altri episodi simili?

Paziente: Sì, tempo fa dopo una rottura provai a richiamarla per dirle che volevo andare a trovarla ma lei non era sicura di voler ricominciare. Agii d'impulso e andai a Firenze senza avvisarla. Mi era sembrato un gesto carino ma lei rispondendo al citofono si arrabbiò.

Terapeuta: Come si è sentito?

Paziente: Non lo so ma poi quando ha provato a telefonarmi nei giorni successivi non le ho risposto. Ma insomma che vuole, in fondo è stata lei a mandarmi via, giusto!?

Terapeuta: Riesce a ricordare l'emozione che ha provato quando Sabrina ha riagganciato il citofono?

Paziente: Sono andato via di corsa e mi sono rimesso in macchina.

Terapeuta: Non ricorda la sensazione che ha provato?

Paziente: Stavo male e dovevo fuggire il prima possibile.

Terapeuta: E per quale motivo stava male?

Paziente: Credo che lei abbia esagerato, come sempre.. no, non c'è proprio storia tra noi.

Il paziente non riusciva ad identificare i suoi vissuti emotivi e non coglieva di conseguenza alcun legame tra le emozioni narrate e le sensazioni negative. Le abilità di monitoraggio risultavano pertanto carenti e l'incapacità di riconoscere gli stati interni generati dal rifiuto ha condotto il paziente a reagire con la fuga non riuscendo a pianificare alcuna azione in grado di modificare o migliorare la situazione.

Cicli interpersonali disfunzionali

I tipici pattern transferali negativi che ostacolavano il miglioramento metacognitivo di Angelo erano quelli del rispecchiamento, dell'ammirazione e competitivi. Uno dei temi centrali emersi durante il lavoro terapeutico era il bisogno di Angelo di ricevere ammirazione che qualora ricevuta alimentava un senso di esaltazione e di grandiosità (*ciclo del rispecchiamento*). In terapia, così come nelle relazioni interpersonali in generale, il paziente manifestava il bisogno di ricevere approvazione e lode per il suo operato con tendenza alla rottura relazionale dettata dalla sensazione di minaccia imminente nel caso in cui il suo bisogno non veniva puntualmente soddisfatto. L'aspetto principale del trattamento è stato un continuo monitoraggio della relazione terapeutica che oscillava sulla base degli schemi interpersonali attivi nel paziente in un determinato momento. Angelo accettava infatti malvolentieri gli interventi quando si trovava in uno stato di vuoto devitalizzato reagendo con rabbia, a volte venata, ad ogni stimolo introdotto nella relazione che appariva dissonante al suo discorso.

Dall'esplorazione della personalità narcisistica di Angelo è emerso un altro aspetto peculiare del suo funzionamento, ovvero la tendenza all'idealizzazione dell'altro (*ciclo dell'ammirazione*). Nella fase di idealizzazione l'altro idealizzato assume la funzione di modello o di guida ideale per il paziente che si sente mosso dall'aspettativa di essere a sua volta ammirato e riconosciuto. La forma idealizzante delle relazioni instaurate da Angelo di solito aveva una breve durata in quanto l'assenza del riconoscimento lasciava immediatamente spazio ad atteggiamenti di sfida il cui effetto era il rifiuto altrui. La svalutazione dell'altro, successiva all'idealizzazione iniziale, ha caratterizzato molte delle relazioni del paziente, soprattutto in ambito lavorativo, generando una sorta di ritiro avversivo dalle relazioni in generale.

Una soluzione tipica adottata dal paziente per la gestione delle relazioni interpersonali è la ricerca dell'isolamento e l'evitamento dell'intimità (*ciclo competitivo*). Angelo ha spesso riconosciuto negli altri dei segnali di sfida e di mancato riconoscimento alla propria visione "illuminata" delle cose che lo portava ad attivare facilmente la rabbia quando l'altro entrava esplicitamente in competizione cercando di sottrarsi alla relazione. Questo ha generato l'attitudine al risentimento e la tendenza a vendicarsi nelle circostanze in cui si sentiva sminuito e non riconosciuto.

Nel corso del processo psicoterapico Angelo manifesta il bisogno di ricevere un trattamento speciale in quando nota una indubbia efficacia della terapia alla quale si era

accostato con una certa diffidenza. Nel pieno di una seduta emerge chiara l'attivazione di un ciclo competitivo che causa la frattura dell'alleanza terapeutica.

Paziente: Le cose non vanno, mi sento un po' così oggi.. ecco direi alquanto incavolato.

Terapeuta: Come mai è incavolato?

Paziente: Ma non lo so.. e poi lei era impegnata domenica e non ha risposto a quella mia telefonata.

Terapeuta: Sì ma il lunedì l'ho richiamata. Ha trovato la mia telefonata?

Paziente: ..mh sì ma ormai lei sarà presa dal suo lavoro, la carriera.. per carità sto scherzando ma in genere mi ricontatta quanto prima e pur essendo domenica poteva almeno per una volta fare un'eccezione.

Terapeuta: Si è arrabbiato?

Paziente: Ehm sì diciamo che credo che lei abbia voluto darsi un tono. Per carità sto scherzando.. ma lei si è presa la responsabilità di prendere un paziente come me con una situazione particolare e se questa disponibilità non è concessa me lo deve dire.

Terapeuta: Ritengo che di domenica ognuno abbia diritto ad avere i propri spazi personali e a staccare con il lavoro.

Paziente: Pensavo che ci fosse una minor rigidità e se lei non ha intenzione di essere più flessibile allora questo potrebbe diventare un vero problema. Avevamo saltato le ultime due sedute e questa mancata risposta alla mia telefonata proprio non ci voleva.

Terapeuta: Capisco questa sua necessità soprattutto adesso che siamo entrati nel vivo della terapia. Non le posso certo garantire che risponderò al telefono di domenica ma farò il possibile per ricontattarla quanto prima. Questo è anche un segnale di quanto lei ci tenga alla terapia e dell'importanza che ha per lei sapere che l'altra persona sia presente.

In questo passaggio si osserva la tendenza di Angelo a creare cicli competitivi all'interno del quale la terapeuta, nel percepire la pressione del paziente, reagisce difendendo il suo spazio personale. Il paziente, a sua volta, non sentendosi riconosciuto non riesce nemmeno a cogliere i segnali positivi inviati dalla terapeuta ovvero l'essere stato comunque ricontattato da lei il giorno successivo. Nella fase terminale del colloquio l'alleanza viene recuperata e l'obiettivo che ha mosso il lavoro successivo è

stato quello di favorire la presa di distanza critica da uno schema che prevede il passaggio dal bisogno di attenzione, alla rabbia e al senso di abbandono.

Procedura step by step

Il superamento degli ostacoli iniziali della terapia, il mantenimento di una buona qualità della relazione terapeutica e la riparazione delle rotture, così come il miglioramento della metacognizione hanno reso accessibile il passaggio ad interventi che richiedono capacità metacognitive più sofisticate. Applicando la Terapia Metacognitiva Interpersonale abbiamo seguito la seguente procedura dividendola in due parti:

- 1) *stage-setting*;
- 2) *change-promoting*.

Lo *stage-setting* è la fase di *costruzione della scena* che ha come finalità la ricostruzione del mondo interno del paziente attraverso l'elicitazione di episodi narrativi dettagliati e l'identificazione di pensieri ed emozioni problematici. Le storie rievocate da Angelo dovevano essere localizzate in momenti circoscritti (*quando*), in spazi definiti (*dove*), indicando i protagonisti coinvolti (*chi*) e il dialogo tra di loro. Angelo mostrava una scarsa abilità nello stabilire i nessi di causalità psicologica tra eventi relazionali, emozioni, pensieri e azioni. Soltanto dopo aver superato questo stadio siamo passati ad evocare memorie associate agli episodi narrativi elicitati precedentemente e alla ricostruzione degli schemi interpersonali tipici del paziente. Completata questa fase abbiamo mosso i primi passi verso il cambiamento.

Il *change-promoting* è lo spazio di tempo che racchiude una serie di passaggi, successivi alla costruzione della scena, che sono finalizzati alla *promozione del cambiamento* al fine di costruire nuovi aspetti del sé. Il primo passo è stato quello della messa in discussione delle convinzioni del paziente operando una chiara distinzione della fantasia dalla realtà. Il paziente è stato incoraggiato mostrando gli effetti positivi prodotti dal trattamento fino a quel punto per poi spiegare che ulteriori miglioramenti sono possibili percorrendo strade differenti. Nel promuovere il cambiamento sono state, infatti, monitorate con attenzione le reazioni del paziente e facilitato l'accesso alle parti sane del sé per esplorare forme di relazione nuove. Questo lavoro ha favorito la sperimentazione di nuovi comportamenti che hanno formato una visione integrata di sé capace di dare significato alle contraddizioni. Sulle linee guida della TMI siamo passati

continuamente dallo *stage-setting* al *change promoting* lavorando ripetutamente sugli stessi problemi fino ad una completa comprensione e risoluzione degli stessi. In ogni seduta siamo partiti dall'episodio narrativo raccontato spontaneamente e nel caso in cui le cause di un'emozione risultavano oscure, piuttosto che elicitare memorie associate, siamo andati ad approfondire il contenuto emozionale.

Soltanto nel momento in cui il paziente ha avuto accesso ai suoi stati mentali ha potuto acquisire la consapevolezza dell'impatto emotivo che le relazioni interpersonali avevano sulla sua persona. Il miglioramento del paziente in termini soprattutto relazionali è stato raggiunto in seguito alla ricostruzione degli schemi interpersonali e al riconoscimento della loro pervasività. Tale consapevolezza raggiunta solo in una fase consolidata della terapia ha contenuto la rigidità interpersonale e promosso modalità adattive per entrare in relazione. Il passo finale è stato indirizzato al superamento del deficit di decentramento per incrementare la capacità di attribuire agli altri preferenze, scopi ed emozioni diversi dai propri. Attraverso operazione di svelamento è stato possibile raggiungere un livello adeguato di consapevolezza circa l'effetto che il comportamento del paziente suscitava negli altri limitando pertanto l'egocentrismo di Angelo che danneggiava seriamente le relazioni interpersonali.

Seguendo la procedura *step by step* indicata nel Trattamento Metacognitivo Interpersonale è stato opportuno stabilire di volta in volta il punto d'inizio ovvero il livello in cui si situava il paziente in un determinato momento della terapia. Tra gli indicatori clinici che hanno segnalato la possibilità di passare da *step* più semplici a *step* più complessi vi erano: il miglioramento delle abilità metacognitive, il sollievo sintomatico o l'assenza di un peggioramento, un'atmosfera positiva nella seduta, l'alleanza terapeutica e la riparazione di eventuali fratture nell'alleanza stessa, un maggior accesso alle memorie autobiografiche.

E' stato necessario muoversi in avanti e indietro lungo la procedura *step by step* sia nel caso in cui emergeva un nuovo pattern di pensiero o di sentimento e sia in base alle fluttuazioni metacognitive durante la seduta.

Nel riquadro sottostante è stato riproposto l'albero decisionale che ha guidato il lavoro psicoterapico con il paziente. Il fallimento di uno *step* (No) segnava una retrocessione a livelli superiori. Le frecce stanno ad indicare la possibilità di muoversi verso livelli successivi, mentre le frecce tratteggiate stabiliscono che bisogna muoversi indietro e tornare agli *step* precedenti. Gli *step* dello *stage-setting* sono rappresentati in grigio e quelli relativi al *change-promoting* in bianco (vedi Figura 2.2).

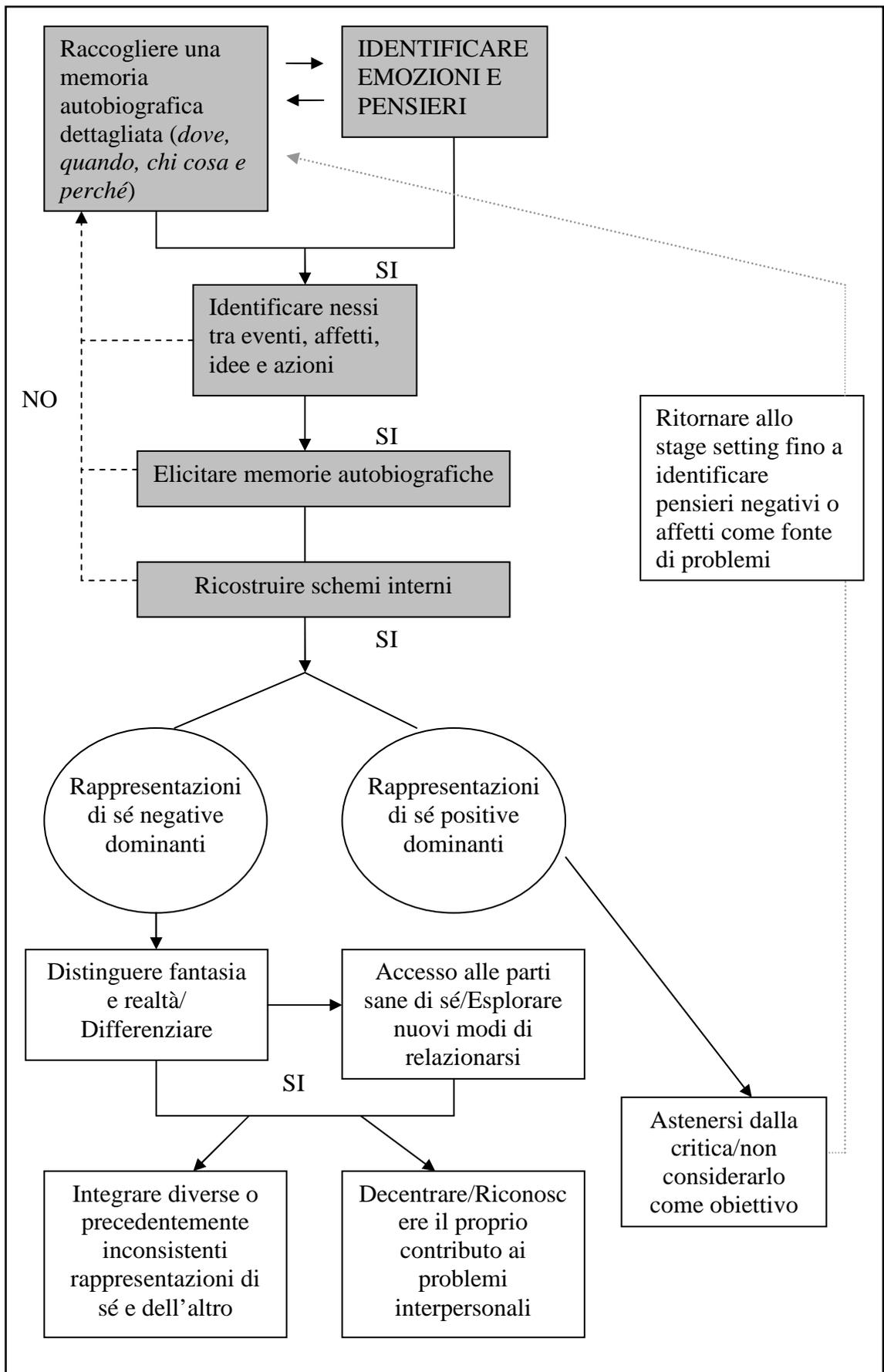


Fig. 2.2 – Procedura step by step (Dimaggio et al., 2011).

In una fase avanzata della terapia e solo dopo aver identificato gli aspetti sani di sé è stato possibile integrare anche gli aspetti negativi in una rappresentazione globale del proprio funzionamento psichico. Soffermandoci su contesti specifici (familiare, lavorativo e sentimentale) il paziente è diventato abile nel riconoscere i nessi di causa-effetto tra pensieri, emozioni e azioni e di come quei modelli relazionali consolidati e disfunzionali siano alla base del passaggio da uno stato mentale all'altro. Questa consapevolezza ha aperto la strada ad una serie di considerazioni in ambito familiare (ad es., prendere le distanze dai modelli disfunzionali appresi in famiglia), lavorativo (ad es., promuovere modalità concrete di lavoro stabilendo rapporti di collaborazione validi) e sentimentale (ad es., disattivare i cicli competitivi a favore di una relazione paritetica).

La sintomatologia organica che era, in una fase iniziale del trattamento, il nucleo principale della vita del paziente tanto da condurlo in terapia ha successivamente lasciato spazio all'approfondimento di aspetti problematici della vita interiore e relazionale di cui il paziente era all'oscuro ma che risultavano evidenti all'occhio clinico. In realtà, le problematiche organiche erano strettamente correlate a vissuti emozionali connotati negativamente e attivati da sentimenti di rabbia, ostilità, paura e angoscia. Questa considerazione ha avviato un processo di riflessione nel paziente in cui sono stati messi in relazione i disturbi organici e la situazione-stimolo che li elicitava. Tale lavoro ha promosso una migliore gestione della rabbia che prima del trattamento si traduceva a livello somatico con disturbi gastrointestinali, tensione e agitazione psicomotoria e che, allo stato attuale, risulta ben gestita. A livello psicologico pertanto si poteva apprezzare una corrispondenza tra situazioni attivanti sentimenti di paura e di angoscia e lo stimolo organico.

In una fase avanzata del trattamento il paziente ha acquisito una sufficiente comprensione che la sofferenza è causata dalla rappresentazione interna delle situazioni e non dai semplici accadimenti. La minaccia percepita non è reale ma insita nelle rappresentazioni disfunzionali costruite lungo la storia di sviluppo. Nel complesso permane una certa rigidità rispetto alla capacità di aprirsi agli altri che a seconda dello stato mentale del momento possono essere percepiti come più o meno abusanti-rifiutanti. Il lavoro sulle dinamiche interpersonali, però, è proceduto in direzione positiva soprattutto in vista della capacità di mettere in discussione le vecchie credenze e vagliare spiegazioni alternative. Quando l'altro appare freddo e distaccato piuttosto che pensare ad un rifiuto nei suoi confronti e attivare cicli interpersonali disfunzionali,

Angelo valuta l'ipotesi di un possibile stato mentale negativo dell'altro dettato da cause esterne alla relazione.

Il repertorio comportamentale che prima del trattamento appariva circoscritto a comportamenti rigidi e stereotipati, presenta una maggiore flessibilità e una sufficiente predisposizione alle relazioni intime. Angelo acquisisce una visione articolata di sé e degli altri in virtù di una migliorata capacità di leggere la mente propria e altrui. La considerazione del punto di vista dell'altro è forse la scoperta più importante per il paziente che da sempre imperniato in una visione egocentrica della vita non aveva mai avuto accesso ad una valutazione della realtà articolata e globale.

2. 8 – Prevenzione delle ricadute

Durante la fase terminale della terapia ci siamo focalizzati sull'abilità di integrazione acquisita dal paziente nel corso del trattamento. In un'ottica di prevenzione delle ricadute, tale consapevolezza raggiunta ha promosso in Angelo l'assunzione di una visione d'insieme dei propri stati mentali in relazione agli altri, e ha migliorato la capacità di risolvere situazioni conflittuali in merito alla considerazione dei diversi punti di vista. Angelo aveva raggiunto una buona consapevolezza delle modificazioni degli stati interni favorendo un certo grado di organizzazione e flessibilità al flusso di pensieri. Abbiamo quindi identificato nell'incapacità di mantenere un quadro coerente e stabile dei propri stati mentali quei segnali precoci che avrebbero potuto portare ad un'eventuale ricaduta del paziente.

Sono state prese in esame le diverse fasi del trattamento e valutato le iniziali oscillazioni di Angelo che erano contrassegnate da emozioni disregolate e rappresentazioni contrapposte di sé e degli altri. Il paziente, a causa di deficit metacognitivi, non era inizialmente in grado di regolare il proprio stato emotivo e formulare una visione unitaria e coerente delle rappresentazioni degli altri. In una fase terminale del trattamento, invece, attraverso l'acquisizione della capacità di decentramento è stato possibile far riconoscere ad Angelo che le emozioni e i pensieri degli altri possono non avere necessariamente come oggetto d'attenzione il soggetto in questione. In questo senso è stato possibile capire che il cattivo umore dell'altro (ad es., della partner) poteva essere dovuto a questioni lavorative e non essere necessariamente un segno di disaffezione o di disinteresse nei suoi confronti. Per prevenire le ricadute e mantenere una visione coerente ed integrata di sé e degli altri, abbiamo posto l'accento sul

mantenimento della capacità di differenziare tra il mondo esterno e mondo interno del paziente mettendo in dubbio le sue stesse valutazioni rispetto a ciò che gli altri pensano o sentono e di utilizzare i segnali comunicativi ricevuti per modificare le sue rappresentazioni. Gli stati mentali altrui venivano, pertanto, distorti da idee preconcepite, stereotipate e autoreferenziali formulate dal paziente. L'individuazione e il riconoscimento degli schemi interpersonali disfunzionali tipici e la maturata consapevolezza raggiunta da Angelo rispetto al loro utilizzo, ha assunto durante il trattamento l'obiettivo di porsi in un'ottica preventiva al fine di costruire rappresentazioni corrette degli altri ed evitando di interpretare il comportamento altrui in linea con i propri schemi interpersonali.

Riprendendo l'andamento oscillante della metacognizione durante tutta la durata del trattamento, ci siamo focalizzati sulla dimensione metacognitiva che risultava maggiormente deficitaria: la *Mastery*, ovvero lo scarso utilizzo dell'informazione psicologica per gestire i conflitti interpersonali e uscire dagli stati mentali problematici. Di conseguenza, in un'ottica di prevenzione delle ricadute, tutto il lavoro psicoterapico ma in particolare la fase conclusiva è stata mossa da uno scopo, condiviso con il paziente, ovvero quello di incrementare le relazioni, utilizzando l'informazione mentalistica per affrontare flessibilmente i conflitti interpersonali.

2.9 – Esito del trattamento e valutazioni psicometriche

La terapia termina consensualmente dopo quasi due anni di trattamento. Le sedute hanno avuto una cadenza settimanale per tutta la durata dell'intervento e bisettimanale nella fase conclusiva.

A fine trattamento il paziente appare complessivamente più consapevole delle sue emozioni e delle motivazioni alla base delle sue reazioni. È stato opportuno sollecitare l'auto osservazione tra le sedute per affrontare il deficit nella capacità di connettere lo stato interno all'andamento delle relazioni. Questo lavoro ha favorito una maggior consapevolezza rispetto ai problemi organici del paziente ottenendo risultati soddisfacenti. Il paziente, infatti, nelle circostanze relazionali, sente di poter gestire il disagio emozionale che ne deriva in quanto riconosce che l'attivazione fisiologica sottostante sia il riflesso di un conflitto interpersonale che si genera nelle circostanze in cui percepisce una critica o un attacco al proprio valore. L'esito di questo lavoro è stato

il riconoscimento delle emozioni e le fluttuazioni dell'umore all'interno di contesti interpersonali prototipici. La riflessione sui propri stati interni ha favorito la consapevolezza e il monitoraggio metacognitivo (a livello emotivo e comportamentale). Verso la fine del trattamento Angelo aveva compreso che la mancanza di ammirazione altrui poteva generare disforia, oppure che uno scarso riconoscimento lavorativo avrebbe potuto causare depressione.

Attraverso la costruzione di nuove modalità di relazione è stato possibile accedere ai desideri e aprire una strada per la loro realizzazione. La scoperta di aree inesplorate e lo sviluppo di abilità sociali ha avviato il lavoro verso una fase di apprendimento graduale in cui il paziente ha imparato a muoversi nel mondo costruendo nuove amicizie ed incrementando lo scambio interpersonale. Questo processo è stato agevolato dalla comprensione dell'impatto che gli altri avevano su di sé e che lui aveva sugli altri. Angelo, dopo diversi mesi di terapia, ha esplicitamente riconosciuto la sua tendenza ad entrare in un perenne stato di competizione e, consapevole della maturazione avvenuta in tal senso, ha progressivamente imparato a modificare risposte comportamentali che avrebbero ulteriormente danneggierebbero le relazioni interpersonali. Il superamento del senso di sfiducia verso gli altri ha condotto il paziente verso un miglioramento delle sue relazioni con la scoperta di poter agire in vista dei propri desideri, di poter monitorare l'arousal fisiologico e soprattutto di poter incidere sul mondo. La descrizione integrata di sé è stato il passo conclusivo del trattamento il cui esito è stato l'aver costruito una mappa coerente di sé e della mente altrui, e una tendenza all'azione guidata dai propri desideri e scopi.

Dalle valutazioni psicometriche (*re-test*) effettuate nella fase finale del trattamento sono emersi i seguenti risultati:

- **SCID – II**: il paziente non soddisfaceva più i criteri per il disturbo narcisistico di personalità; In generale la sua tendenza a non sentirsi sufficientemente validato dagli altri persisteva ma grazie alla consapevolezza raggiunta, Angelo manifesta un buon monitoraggio dei suoi stati interni e una successiva regolazione emozionale e comportamentale. La somma dei criteri rimanenti nel *re-test* (punteggi sottosoglia) è inferiore ($N^{\circ} = 9$) rispetto alla somma dei criteri rimanenti nella fase di *test* ($N^{\circ} = 9$). **HSNS**: il paziente aveva ottenuto un punteggio totale inferiore ($T=30$) rispetto alla prima somministrazione ($T=45$). Gli item sui quali Angelo aveva ottenuto un punteggio più basso rispetto alla prima somministrazione erano i seguenti: n.1 = “posso diventare completamente assorbito nel pensare alle mie questioni personali,

alla mia salute, ai miei interessi o alle mie relazioni con gli altri”; n.2 = “i miei sentimenti sono facilmente feriti dalla derisione o dai commenti offensivi degli altri”; n.9 = non mi piace stare in un gruppo a meno di sapere che sono apprezzato da almeno uno dei presenti”; n.11 = “penso di avere abbastanza cose da affrontare senza dovermi anche occupare dei guai delle altre persone”.

- **MMPI – II**: il profilo emerso dai punteggi delle scale di Base e di Contenuto rileva in generale una minore tensione in merito a problematiche di tipo somatico e di natura ipocondriaca. Si osserva una discreta capacità di controllare gli impulsi soprattutto quelli aggressivi rivolti all'esterno e una maggiore capacità di gestione rispetto all'aggressività manifesta. Il punteggio più elevato che il paziente aveva ottenuto nella somministrazione iniziale era quello che emergeva nella sottoscala della rabbia (*Angry*; $T=87$) ed era collocato molto al di sopra del valore soglia ($T=65$). Si assiste, pertanto, nella fase di *retest*, ad un abbassamento significativo ($T=55$) rispetto al valore soglia.
- **MCMI – III**: i punteggi ottenuti al *re-test* erano sostanzialmente invariati rispetto alla prima somministrazione. I valori per i quali si osserva un riduzione significativa del punteggio seppur soprasoglia sono i seguenti: Stili di personalità (Narcisistico = 70, Antisociale = 75, Aggressivo/Passivo = 80). Patologia grave (Borderline = 75). Sindromi cliniche (Disturbi d'ansia = 85, Maniacale bipolare = 70).
- **CBA 2.0**: non si rileva alcun punteggio significativo all'attenzione clinica.

2. 10 – Follow-up

A fine trattamento è stato concordato con il paziente un primo follow-up dopo un mese e un secondo dopo due mesi dal primo. Angelo appare molto più riflessivo nel rapporto interpersonale e grazie al raggiungimento della capacità di monitoraggio interno riesce a modulare preventivamente le sue risposte sé-altro. Con un tono riflessivo, il paziente integra le immagini di sé e discrimina con molta più chiarezza i desideri che guidano l'azione. La capacità integrativa permette di conseguenza al paziente di muoversi nel mondo lavorativo e affettivo seguendo una mappa strutturata sulla base delle proprie scelte e inclinazioni. Decide, pertanto, di riprendere l'attività lavorativa inseguendo mete realistiche e riconoscendo l'importanza di agire secondo i suoi desideri piuttosto che compiacere le aspettative grandiose della famiglia e nello specifico del padre. Tale

atteggiamento lo ha portato ad esplorare una realtà a lui totalmente sconosciuta fino a qualche tempo fa sperimentando il piacere della scoperta graduale delle cose senza dover immediatamente e affannosamente inseguire mete elevate o standard perfezionistici. Il monitoraggio interno e la regolazione emotiva hanno favorito il nascere di relazioni nuove, significative e profonde. Il paziente riferisce, infatti, di aver conosciuto un'altra donna e di essersi avvicinato a lei con un atteggiamento diametralmente opposto rispetto a quello assunto in passato e di aver iniziato a gettare le basi per avviare dei progetti comuni.

Il paziente riferisce, inoltre, di essere grato dell'aiuto terapeutico ricevuto e del tipo di rapporto umano costruito che seppur faticosamente (a causa della sua iniziale diffidenza) è stato realizzato nel rispetto dei suoi tempi. Riconosce di essere più tollerante con sé stesso e che la stima, il rispetto e il riconoscimento degli altri non si misurano sulla base dei successi raggiunti nella vita ma del tipo di condivisione e contatto che si riesce a stabilire. Grazie al clima di fiducia ed incoraggiamento incontrato in terapia ha imparato ad accettare l'idea di essere "difettoso" riconoscendosi non solo per le sue qualità ma anche per i suoi limiti.

Appendice I

RPD (Registrazione del Pensiero Disfunzionale)

Istruzioni: Quando noti che il tuo umore peggiora, domandati: **“Che cosa mi sta passando per la mente proprio in questo momento?”** e appena puoi scrivi il pensiero o l’immagine mentale nella colonna del “Pensiero automatico”.

Data/ora	Situazione	Pensiero/i automatico/i	Emozione/i
	1. Quale evento reale, o flusso di pensieri, o sogno ad occhi aperti, o ricordo, ha portato all’emozione spiacevole? 2. Quali (se ce ne sono) sensazioni fisiche dolorose hai avuto?	1. Quale/i pensiero/i e/o immagine/i ti è passato per la mente? 2. In che misura ci hai creduto sul momento?	1. Quale/i emozione/i (tristezza, ansia, rabbia, ecc.) hai provato sul momento? 2. Quanto è stata intensa l’emozione (0-100%)?
<i>12-03-2010 (h.21.30)</i>	<i>Penso all’incontro con la mia compagna, l’ho sentita distante, poco interessata alla mia vita</i> <i>Crampi addominali</i>	<i>Mi lascerà quanto prima</i> 80%	<i>Tristezza (90%) Angoscia (80%)</i>
<i>16-03-2010 (h. 16.20)</i>	<i>Aspetto conferma dell’appuntamento preso con il web designer ma ancora non mi ha ricontattato</i> <i>Mal di testa</i>	<i>I miei lavori non piacciono a nessuno. Sono un fallito!</i> 100%	<i>Sconforto (90%) Delusione (80%)</i>
<i>26-03-2010 (h. 22.00)</i>	<i>Parlo con mio padre del mio lavoro, delle mie passioni, dei miei progetti. Si mette a ridere, mi biasima</i> <i>Gonfiore addominale e nausea</i>	<i>Non ha mai capito nulla di me. E’ proprio un idiota!</i> 90%	<i>Rabbia (1000%) Nervosismo (70%)</i>

ABC

<i>Giorno / Ora</i>	A Situazione	B Pensieri	C Conseguenze Emotive/Comportamentali
<i>23-04-2010 (h. 22.30)</i>	<i>Cerco di avvicinare una mia vecchia amica. Lei sta al gioco e dopo il caffè al bar vuole salire a casa mia</i>	<i>Penso di vivere una vita squallida</i>	<i>Emozioni: senso di inquietudine Comportamento: mi allontano dalla situazione e mi chiudo in bagno</i>
<i>26-04-2010 (h. 8.00)</i>	<i>Mentre guido penso che ho lavorato sodo senza percepire alcuna retribuzione</i>	<i>Peggio di così la mia vita non poteva andare</i>	<i>Emozioni: tristezza, sconforto Comportamento: ritorno a casa e mi stendo sul letto</i>
<i>29-04-2012 (h. 18.40)</i>	<i>Vado a Verona e provo a riprendere i contatti con una agenzia pubblicitaria in cui ho lavorato</i>	<i>Ma come si permettono di guardarmi in quel modo, non sono mica un pezzente io!</i>	<i>Emozioni: collera Comportamento: divento cinico e mi metto a fare il giullare con i dipendenti</i>
<i>2-05-2010 (h. 10.15)</i>	<i>Voglio fare il massimo ma non riesco a concentrarmi. Ho di nuovo i crampi addominali</i>	<i>Sono prigioniero del mio corpo</i>	<i>Emozioni: sono sconsolato Comportamenti: prendo le pasticche e interrompo il compito</i>
<i>2-05-2010 (h. 10.15)</i>	<i>Sono fermo in macchina per fare gas e il benzinaio tarda ad arrivare</i>	<i>Possibile che nessuno si accorge di me? Sono sempre l'ultima ruota del carro!</i>	<i>Emozioni: rabbia e risentimento Comportamenti: appena vengo servito gliene dico quattro</i>