

Schema Therapy per il narcisismo patologico

Assessment e trattamento
del disturbo narcisistico
di personalità

Duccio Baroni e Nicola Marsigli

GUIDE
PSICOLOGIA

 Erickson

IL LIBRO

SCHEMA THERAPY PER IL NARCISISMO PATOLOGICO

La Schema Therapy affonda le sue radici nel presupposto che per crescere e svilupparsi ogni essere umano ha la necessità di soddisfare alcuni bisogni psicologici di base. La frustrazione dei bisogni di base comporta la nascita di schemi maladattivi precoci, cioè strutture cognitivo-affettive che guidano l'azione in modo automatico.

Lo scopo di questo libro è delineare un percorso terapeutico che consenta un diverso trattamento rispetto alle differenti modalità di espressione grandiosa e vulnerabile del narcisismo patologico.

Lo scopo del trattamento è lo sviluppo nel paziente narcisista di un mode adulto funzionale, che possa comprendere e prendersi cura del mode bambino solo, sviluppando un atteggiamento empatico. Accettarsi per come si è e non volersi immaginare a tutti i costi come invincibili rappresenta il punto di

Un manuale che spiega in maniera approfondita come trattare il paziente narcisista, sia «grandioso» che «vulnerabile», attraverso la Schema Therapy.

arrivo del percorso della terapia. Il volume presenta suggerimenti, esempi di colloquio, e schede con tracce per l'intervista clinica, l'imagery diagnostica e la descrizione di tecniche di intervento.

GLI AUTORI



DUCCIO BARONI

Psicologo e psicoterapeuta, svolge attività clinica e di ricerca presso l'IPSICO di Firenze. È membro della Società Italiana di Schema Therapy.



NICOLA MARSIGLI

Psicologo e psicoterapeuta svolge attività clinica e di ricerca presso l'IPSICO di Firenze. È psicoterapeuta certificato Schema Therapy.

€ 34,00



www.erickson.it

Indice

<i>Prefazione</i> (Eckhard Roediger)	9
<i>Introduzione</i>	15
CAPITOLO 1 L'evoluzione del disturbo narcisistico di personalità (Francesco Lauretta)	19
CAPITOLO 2 Il modello Schema Therapy e il paziente narcisista	45
CAPITOLO 3 Assessment	61
CAPITOLO 4 Il trattamento del narcisista grandioso	83
CAPITOLO 5 Il trattamento del narcisista vulnerabile	105
CAPITOLO 6 La relazione terapeutica con il paziente narcisista (Ambra Malentacchi)	131
APPENDICE A	167
APPENDICE B	181
<i>Bibliografia</i>	195

Prefazione

Eckhard Roediger

Molti psicoterapeuti ritengono che i clienti con tratti narcisistici o con un disturbo narcisistico di personalità siano difficili da trattare. Durante le sedute di psicoterapia, questi clienti, spinti dai loro schemi e dai loro stili di coping, adottano gli stessi modelli di interazione che utilizzano nella loro vita quotidiana. Per noi, però, questa non è solo una sfida: è anche un'opportunità! Se riusciamo a non farci coinvolgere nei loro «giochi» interazionali, se riusciamo a fare un passo indietro e a passare alla prospettiva degli osservatori, possiamo mantenere la relazione terapeutica su un altro livello e ricominciare a collaborare. In che modo?

Innanzitutto, dobbiamo essere consapevoli che nell'interazione c'è di più di ciò che si vede sul «palcoscenico» — dove questa parola sta a indicare l'interazione visibile nel presente. Nel modello della Schema Therapy, il nostro comportamento agito (mode di coping) è governato dagli schemi. Gli schemi sono l'impronta delle interazioni infantili emotivamente rilevanti con le nostre figure di riferimento. Come piccoli videoclip, essi vengono immagazzinati nella memoria episodica, talvolta senza collegamenti con le narrazioni che noi creiamo nella nostra memoria semantica. Ciò nonostante, questi schemi agiscono come un paio di occhiali che indossiamo senza esserne consapevoli, e crediamo che il mondo sia effettivamente così come lo percepiamo. In realtà, le nostre esperienze infantili creano un filtro che inconsciamente seleziona le percezioni connesse alle esperienze che abbiamo vissuto in passato. Se, ad esempio, abbiamo subito un abuso da parte di una persona con i baffi, saremo

selettivamente sensibili ai baffi. Successivamente, nella nostra vita, vedere qualcuno con un paio di baffi attiverà i nostri schemi e contemporaneamente la nostra risposta automatica di coping agli schemi stessi. Questo rappresenta il secondo livello di reazione difensiva: la risposta di coping agli schemi. Nel modello della Schema Therapy, esistono sostanzialmente tre modi per reagire a uno schema:

1. la *resa*, in cui il paziente «crede» che gli schemi siano il suo «destino» e accetta di essere trattato, in una fase successiva della sua vita, nello stesso modo in cui è stato trattato nell'infanzia, ad esempio lasciando che gli altri lo sfruttino o abusino di lui;
2. l'*evitamento*, ossia lo stare lontano dalle situazioni innescanti, ad esempio astenendosi dall'iniziare relazioni intime in generale;
3. la *compensazione*, che consiste nell'opporsi allo schema di abuso diventando a propria volta dominanti, controllanti o violenti. In termini metaforici, compensare significa in definitiva passare dal ruolo di vittima a quello di aggressore.

Ma torniamo nel contesto della psicoterapia: il punto, quando si lavora con clienti narcisisti, è non reagire ai loro mode di coping, ma cercare sempre di far emergere da dietro le quinte un'immagine del bambino che quelle persone sono state. Accedere ai videoclip dell'infanzia e agli schemi che ne sono scaturiti e comprenderli ci permette di connetterci con i sentimenti del mode bambino, con i suoi bisogni insoddisfatti, e di creare oggi un'esperienza che li soddisfi. Questi sono i due passi principali in cui è racchiuso il potenziale di guarigione della Schema Therapy.

1. Il primo passo consiste nell'identificare il comportamento presente, connettersi con i videoclip episodici dell'infanzia navigando a ritroso con l'*imagery*, validare il comportamento, ma poi collocarlo «nel posto giusto», in termini di innesco di un vecchio schema — un fantasma del passato che si intromette nel presente (o lo dirotta). Perciò, il primo passo consiste nel capire, accettare e distanziarsi entrando dietro le quinte, ovvero nel mondo nascosto all'interno del cliente.
2. Il secondo passo richiede una connessione con le risorse mentali presenti nel mode dell'adulto sano a livello dell'osservatore. Per raggiungere questa posizione, ci alziamo letteralmente in piedi e ci mettiamo di fianco ai pazienti, guardando dall'alto le sedie, parlando in terza persona, come se stessi guardando il filmato di una seduta psicoterapeutica. Non si tratta

di noi! Si tratta del paziente e del terapeuta seduti su quelle sedie. Questa semplice mossa favorisce la disidentificazione, la riduzione dell'intensità delle emozioni e il mantenimento dell'alleanza terapeutica. È anche la principale risorsa per sfuggire alle trappole interazionali in modo validante, invece di rimanere invischiati nelle reciproche modalità di coping, come ad esempio la sottomissione, l'evitamento e il contrattacco. È ciò che distingue il tai chi dal karate: non si contrattacca, ma si prende l'energia e la si indirizza delicatamente in un'altra direzione. Non serve molta forza e la mossa risulta piuttosto elegante. È questo è il «segreto», la ragione per cui lavorare con pazienti narcisisti può non essere così faticoso. Se in seduta si adotta la strategia dell'osservazione congiunta, è possibile per il terapeuta tenere la testa al di sopra delle onde (emotive), unire le proprie risorse mentali a quelle del paziente e andare alla ricerca della soluzione presumibilmente migliore per provvedere alle attuali necessità del mode del bambino che sta dietro le quinte. Il messaggio chiave è: «*Lei ha la possibilità di scegliere!* Una volta abbandonati i suoi vecchi mode di coping, potrà cavarsela meglio nel presente. Forse in passato i suoi vecchi mode di coping potevano rappresentare la soluzione migliore possibile, ma oggi i tempi sono cambiati ed esistono soluzioni più adattive. Proviamo a fare qualcosa di diverso e stiamo a vedere che succede!». Perciò, per il paziente, il secondo passo consiste nel connettersi con i propri bisogni (e valori), prendere una nuova decisione e metterla in atto nel contesto di un esperimento comportamentale, allo scopo di creare e rafforzare modelli di comportamento più funzionali (e di costruire degli schemi adattivi all'interno del proprio cervello).

Abbiamo accennato brevemente ai mode di coping del terapeuta. Questo aspetto merita qualche riflessione in più. Nella stanza in cui si svolge la terapia si incontrano due persone (sul palcoscenico!) che interagiscono ognuna con i propri mode di coping. Allo stesso tempo si incontrano anche due mondi interiori (dietro le quinte), con le loro emozioni di base controllate dagli schemi (mode del bambino) e i loro sistemi di convinzioni (mode del critico interno). La ricerca ci dice che la maggior parte degli psicoterapeuti presenta schemi di deprivazione emotiva o abbandono. Quando essi vengono innescati, noi ci ritroviamo nel mode del bambino vulnerabile. Parallelamente, abbiamo anche interiorizzato standard severi che ci inducono a adottare un comportamento sottomesso o di autosacrificio. Molti psicoterapeuti sono dei cosiddetti «bambini genitorializzati»: hanno imparato a prendersi cura degli altri fin dall'infanzia. È la condizione perfetta per diventare psicoterapeuti bravi e premurosi, ma anche per essere le «vittime» di un narcisista violento. Questo rappresenta

un pericolo quando si lavora con i narcisisti. Con tale consapevolezza, diventa ancora più evidente perché sia molto importante interrompere con delicatezza il ciclo di mode che si sta svolgendo nella seduta terapeutica, passare alla posizione degli osservatori e riprendere le redini della situazione. A livello di osservazione gli esperti siamo noi! Possiamo ricorrere a un'autoapertura e parlare delle emozioni, dei bisogni e delle convinzioni di quel terapeuta seduto laggiù senza apparire deboli o minacciosi. Siamo semplicemente «fuori dai giochi», in una sfera sicura. E questo è il contesto perfetto per comprendere le emozioni e i bisogni che si trovano dietro le quinte (*mode di consapevolezza*), connetterli con il modello e le risorse di attualmente disponibili (*mode di equilibrio*) e, infine, scegliere la soluzione migliore possibile (*mode di scelta*).

In questo libro parliamo di due diversi tipi di pazienti narcisisti: quelli «vulnerabili» e quelli «grandiosi». Le persone del primo tipo appaiono più delicate, sensibili e in cerca di connessione. Tuttavia, nel profondo, hanno bisogno che gli altri confortino il loro Sé vulnerabile, e per questo cercano attenzione, approvazione o ammirazione. Per usare una metafora, si può dire che abbiano bisogno dello sguardo degli altri per sentirsi meglio. Il principale obiettivo della terapia è aggirare questo comportamento di ricerca di attenzione e connettersi direttamente con il bambino vulnerabile dietro le quinte. Quanto ai narcisisti grandiosi, ne esistono di due tipi: primario e secondario. Il loro comportamento sul palcoscenico può apparire simile, ma la loro storia è diversa e per questo necessitano di un trattamento abbastanza diverso. Questo è uno di quei casi in cui non bisogna «giudicare il libro dalla copertina», ma occorre spostarsi appunto dietro le quinte e scavare più a fondo nelle esperienze infantili. Connettersi con gli schemi nascosti è essenziale per tracciare un percorso terapeutico efficace. Parliamo innanzitutto dei narcisisti grandiosi secondari: la Schema Therapy può offrire loro un modello che ne valida il comportamento manifesto dominante e pretenzioso (*mode di coping*), intendendolo come una compensazione delle loro esperienze infantili dolorose e di vergogna. Invece di restare invischiati nei modelli di interazione disadattivi mostrati sul palcoscenico, connettendoci con il loro *mode* bambino vulnerabile mediante l'imagery, abbiamo la possibilità di prenderci cura dei loro bisogni attuali. Quindi ci limitiamo ad aggirare i *mode* di coping disfunzionali! Se siete incuriositi, sappiate che questo libro illustra in maniera approfondita come farlo! È inoltre possibile consultare video dimostrativi¹ e approfondire l'integrazione delle strategie contestuali (o di terza generazione), tratte in particolare dalla

¹ <https://www.schematherapy-roediger.org/index.php/schema-therapy-information-2/videos/contextual-st-demonstrations.html> (accesso verificato il 30 maggio 2022).

Acceptance and Commitment Therapy (ACT), nel libro *Contextual Schema Therapy*, che nel frattempo è stato tradotto in italiano con la collaborazione di Nicola Marsigli e Duccio Baroni (Roediger, Stevens, & Brockman, 2018).

Consideriamo infine i narcisisti grandiosi primari: anche se sembrano simili ai secondari, la loro storia è diversa. Essi non compensano le proprie ferite infantili, ma «soffrono» della mancanza di quei limiti funzionali che avrebbero dovuto essere dati loro dagli adulti di riferimento. È per questo che Jeffrey Young, il fondatore della Schema Therapy, ha indicato come una delle necessità del bambino quella di «sperimentare limiti realistici» (Young, Klosko, & Weishaar, 2003). La mancanza di limiti adeguati porta allo sviluppo di schemi di Pretesa/Grandiosità o a un Autocontrollo insufficiente. Questi bambini non hanno dovuto tenere adeguatamente conto delle necessità altrui e così non hanno mai messo in discussione i loro schemi. Nel linguaggio della Schema Therapy, si dice che essi si «arrendono» ai loro schemi. Anche se in una certa misura possono avere successo nella vita, vengono in terapia quando il prezzo del loro egocentrismo diventa troppo elevato, ad esempio quando vengono abbandonati da una persona a cui tengono (specialmente il partner). Questi pazienti non sono candidati adatti per il limited-reparenting. Hanno bisogno, invece, di un confronto empatico. Lo strumento chiave è la relazione terapeutica, che possiamo usare, nel lavoro sui mode presentati in terapia, come un laboratorio per favorire una maggiore connessione con i sentimenti e le reazioni delle altre persone. Così, alzandosi in piedi insieme al paziente e ricorrendo all'autoapertura durante le sedute, i terapeuti fanno in un certo senso da «manichini da crash test».

Per passare alla pratica: quando nella stanza della terapia compaiono i mode di coping, noi gentilmente ci fermiamo, identifichiamo il comportamento e lo validiamo, ma poi chiediamo di passare alla posizione dell'osservatore. Per restare connessi, oltre alla validazione potrebbe esserci bisogno di altre strategie che stimolino l'attaccamento, come ad esempio quella che consiste nel combinare l'autoapertura con l'assunzione di una posizione *one-down* (Bateson, 1972) mediante un'ammissione di responsabilità da parte del terapeuta: «Mi dispiace se ho fatto qualcosa che ha suscitato in lei un senso di irritazione (o delusione, offesa, rifiuto). Non era mia intenzione e me ne scuso. Grazie per aver sollevato la questione adesso, perché questo ci dà la possibilità di osservare la cosa da una prospettiva comune. Tuttavia, in questo momento io mi sento un po' attivato emotivamente e questo influisce sulle mie prestazioni cognitive. Ciò nonostante, voglio veramente comprenderla nel miglior modo possibile! Le dispiace se ci alziamo tutti e due in piedi e diamo insieme un'occhiata alla situazione dall'esterno?». Se il paziente esita, gli si può chiedere di fare «un

esperimento che dura solo cinque minuti». Nella maggior parte dei casi funziona. Quando si è nella posizione dell'osservatore in piedi, i mode esibiti vengono inquadrati nel modello. Si sceglieranno espressioni validanti, come «ruolo attivo», «volontà di mettere le cose sul tavolo» o «movimentare le cose», anziché termini più giudicanti come «dominante» o «ipercompensatore». Si può validare l'ipercompensazione ammettendo che possa essere stata efficace in passato e si può chiedere al paziente quale sia il risultato da lui desiderato oggi e quale sia invece il risultato effettivamente prevedibile. Anche in questo caso, è possibile ricorrere all'autoapertura e rivelare i propri sentimenti: «Be', vuole sapere come si sente il terapeuta in questa situazione? Io lo conosco bene e, se vuole, glielo dico». Questo tipo di domanda induce il paziente ad assumersi una certa responsabilità per il processo. Una volta ottenuto il suo consenso, si prosegue dicendo: «Be', il terapeuta si sente un po' oppresso dal ruolo molto attivo assunto da ... [nome del paziente]. Quindi si sente propenso a prendere e chiudere la terapia. Se non è questo che lei vuole, potremmo cercare una maniera per parlare con il terapeuta in modo più cooperativo. Se è d'accordo, potremmo fare una prova!». A questo punto si può cominciare a fornire un modello da imitare e a modellare il comportamento del cliente in una sorta di gioco di ruolo. Questo approccio, a differenza di quello utilizzato con i narcisisti secondari o vulnerabili, non si basa sull'attivazione emotiva o sulla compassione, bensì sull'insight cognitivo e su una strategia funzionale orientata all'esito; o, più semplicemente, sull'aiutare i clienti a evitare le conseguenze negative del loro comportamento egocentrico e sull'allenarli ad assumere intenzionalmente un comportamento maggiormente prosociale allo scopo di ottenere effetti migliori. Tuttavia, la definizione dei limiti non si basa su aspetti morali, sulla compassione o sulla costruzione dell'attaccamento, ma solo sull'esigenza di aiutare i clienti a essere più efficaci nella loro vita sociale (il cosiddetto «contestualismo funzionale»; Hayes et al., 2012).

Mi auguro che queste indicazioni di massima possano esservi di stimolo per leggere i prossimi capitoli, dove tali aspetti saranno spiegati in modo molto più dettagliato. E auguro a voi di godervi la lettura di questo manuale profondo ed esaustivo sul narcisismo.

Introduzione

D. Baroni e N. Marsigli

La Schema Therapy ha da sempre dato importanza al disturbo narcisistico di personalità. Infatti, nel manuale di Young, Klosko e Weishaar (2003) un capitolo era proprio dedicato al trattamento di questa patologia. Successivamente diversi autori, in particolare Behary, hanno sviluppato e dato impulso alla comprensione e al trattamento di questo disturbo, approfondendo e ampliando gli strumenti sia di intervento che relazionali per lavorare con questo tipo di paziente. A nostro avviso, però, l'importante lavoro dei colleghi ha dato molto spazio al narcisismo inteso come «grandioso», lasciando un po' in ombra un altro aspetto: quello «vulnerabile». Questo ci ha incentivati, anche in base alle nostre esperienze cliniche quotidiane con questi pazienti, a porci la domanda di come considerare, inquadrare e trattare, secondo la Schema Therapy, anche quelli che presentano un narcisismo vulnerabile.

Abbiamo quindi deciso di scrivere questo manuale sul trattamento del paziente narcisista attraverso la Schema Therapy, che contemplasse entrambi i sottotipi. Il nostro intento è quello di scrivere un manuale che riporti la nostra esperienza clinica e che sia diretto a colleghi che già conoscono la Schema Therapy.

Il primo capitolo fornisce al lettore una panoramica dei mutamenti che, nel corso del tempo, hanno riguardato i costrutti di narcisismo e di disturbo narcisistico di personalità. Si evidenzia come nei testi diagnostici di riferimento la maggiore enfasi ed eccessiva importanza è stata data ad aspetti di grandiosità, tralasciando elementi di indubbio valore clinico quali, ad esempio, l'insicurezza

e la fragilità dell'autostima. A fianco della visione diagnostica e categoriale, nel corso del tempo sono stati sviluppati modelli psicologici del funzionamento della personalità narcisista. Sono descritti i principali modelli di stato e di tratto che caratterizzano il panorama scientifico attuale con uno sguardo al futuro e a quei modelli integrativi che cercano di gettare un ponte tra le due prospettive.

Il secondo capitolo illustra il modello della Schema Therapy dalle origini agli sviluppi più recenti. Dopo aver chiarito gli elementi costitutivi del modello, si è analizzato il profilo schematico del paziente narcisista, gli ambienti di sviluppo tipici e i *mode* che ne caratterizzano il funzionamento. Si è ampiamente illustrato il funzionamento della personalità narcisistica secondo la Schema Therapy chiarendo il collegamento tra itinerari di sviluppo e manifestazioni cliniche del disturbo.

Il terzo capitolo, seguendo il tipico processo terapeutico, mostra l'*assessment* del paziente narcisista attraverso la lente della Schema Therapy. In particolare, sono affrontate in dettaglio le fasi di raccolta di informazioni utili alla concettualizzazione: analisi di episodi specifici del presente, elementi storici e dell'ambiente di sviluppo, reazioni e sensazioni durante la seduta. Il lettore troverà inoltre spunti per «accompagnare» il paziente all'interno del modello della Schema Therapy attraverso la psicoeducazione. Infine, ampio spazio è dato alla formulazione e concettualizzazione del caso così come agli strumenti a disposizione del clinico per approfondire la valutazione del paziente.

Il quarto e quinto capitolo sono dedicati al trattamento del paziente narcisista. Nonostante le modalità di intervento e i razionali clinici che stanno alla base siano largamente sovrapponibili, si è ritenuto opportuno dedicare un capitolo per ogni «sottotipo» di paziente narcisista. Lo scopo è quello di colmare un vuoto presente, a nostro avviso, nella letteratura e nel mondo della Schema Therapy sul trattamento del narcisismo patologico, cioè non specificare le differenze nel trattamento tra le varie manifestazioni di narcisismo patologico. Gli elementi comuni sono sicuramente l'aggancio del paziente e l'utilizzo di elementi personali che ne motivano la permanenza in terapia, così come la gestione dei *mode* di coping; diversamente, dove nella terapia con il paziente narcisista grandioso la confrontazione empatica sarà centrale, con quello vulnerabile si farà maggiore uso di interventi cooperativi. In entrambi i casi l'uso delle tecniche esperienziali ricopre un ruolo centrale nel percorso terapeutico di questi pazienti.

Infine, nel sesto capitolo, è stato dato spazio a un elemento fondante nella terapia dei pazienti narcisisti: la relazione terapeutica. Il lettore troverà numerosi esempi che potranno guidarlo nell'affrontare le diverse fasi terapeutiche e improntare la relazione in linea con i principi del *limited reparenting*. Inoltre, si

è esaminato il contributo del clinico nella relazione terapeutica e come questo possa permettergli di essere egli stesso elemento di cambiamento terapeutico.

Il manuale si compone anche di due Appendici (A e B): nella prima sono riportate le schede di lavoro presentate nei vari capitoli e che noi quotidianamente usiamo con i nostri pazienti; nella seconda viene, invece, presentata l'Intervista Semistrutturata per la Valutazione dei Bisogni (ISVaB), creata da un gruppo di ricerca dell'Istituto IPSICO. Questo strumento serve per indagare direttamente, attraverso una serie di domande, quali bisogni siano stati o meno soddisfatti nella storia evolutiva del paziente

Ci auguriamo che il manuale risulti agile e di facile comprensione, così da poter aiutare i colleghi, già formati alla Schema Therapy, che desiderano o si trovano a cimentarsi nel lavoro con questi pazienti difficili e spesso sfidanti.

Siamo consapevoli che un manuale non possa dare tutte le risposte, ma confidiamo che il nostro sforzo contribuisca a darne almeno qualcuna.

In ogni caso, se avete osservazioni o desiderate condividere il vostro punto di vista o contattarci per chiarimenti o altro, potete farlo tramite queste e-mail: marsigli@ipsico.org (Nicola Marsigli) e duccio.baroni@ipsico.it (Duccio Baroni).

Buon lavoro!

L'evoluzione del disturbo narcisistico di personalità

F. Laretta¹

Breve excursus storico

Origini

L'idea classica del Narciso ovidiano, all'interno della comunità scientifica, è ormai sfumata in una più complessa e sfaccettata concezione di questo *famoso* disturbo di personalità. Sebbene l'essere egocentrato, insensibile, innamorato di Sé rispecchi ancora la concezione comune della persona narcisista, con il passare del tempo, sono stati osservati, sia a livello clinico che di ricerca, degli aspetti più fragili e vulnerabili di tale costrutto. Ad oggi, quest'ultimi, sono presi sempre più in considerazione all'interno della costellazione di caratteristiche che definiscono la personalità narcisista. In effetti, anche il bel Narciso, nonostante le sue ottime qualità, va incontro al fallimento, al mancato appagamento di un desiderio e ne rimane talmente ferito che si lascia morire. Così, per molto tempo, è stata considerata la vulnerabilità narcisista, letta come ferita e disillusione della propria grandiosità. La stessa letteratura ha ripreso la storia del protagonista ovidiano e l'ha adattata in chiave contemporanea più volte. Il *Dorian Gray* di Wilde e il *Casanova* di Schnitzler, solo per citarne alcuni, ricalcano entrambi l'individuo pieno di sé, arrogante, innamorato di se

¹ Francesco Laretta, psicologo e psicoterapeuta cognitivo comportamentale; lavora presso l'Istituto di Psicologia e Psicoterapia Comportamentale e Cognitiva di Firenze (IPSICO).

stesso che legge il mondo e chi lo abita come al suo servizio con l'unico scopo di soddisfarlo e glorificarlo. Quando infine, entrambi arrivano a riconoscere la loro illusione, c'è chi muore in preda ai rimorsi, rendendosi conto di non aver ottenuto niente se non la perdita della sua anima, chi invece si ritira miserabilmente ormai conscio della caducità e insensatezza della sua grandiosità.

Tuttavia, non sempre è la visione classica del narcisismo a essere rappresentata. Il *Narciso* di Hesse, ad esempio, pur incarnando un *nomen omen*, lo fa in modo differente. L'immagine che emerge è di una persona oggettivamente dotata di numerose e ottime qualità, «perfetto e superiore a tutti» accompagnate da una consapevolezza di unicità e specialità malcelate nei suoi modi e negli atteggiamenti. Lui stesso si percepisce come eletto e destinato a fare grandi cose grazie alle sue qualità. I sentimenti di superiorità, di diritto, di essere speciale sono chiaramente esperiti e riconosciuti. Alla concezione classica di narcisismo manca però qualcosa: la parte estroversa ed egoista, anche maligna se vogliamo, attraverso cui l'individuo ottiene attenzione e riconoscimento soddisfacendo il suo bisogno di ammirazione. In realtà questo Narciso non ne ha bisogno: le sue riconosciute qualità hanno fatto sì che la rappresentazione di Sé sia diventata talmente elevata da sentirsi in debito verso gli altri, miseri fratelli, che hanno bisogno del suo aiuto. Ne emergono dunque delle caratteristiche particolari di grandiosità come, ad esempio, le strategie di autosacrificio, l'adozione di comportamenti irreprensibili e ammirevoli dal punto di vista dei valori morali ed ecclesiastici, non ultima la concezione di elettività, unico essere che può intercedere presso il destino a favore degli uomini. Gebauer e Sedikides (2018) definiscono tale grandiosità narcisismo comunitario: già Paulhus e John (1998) avevano proposto un *Saint-Type* (comunitario) da contrapporre al *Superhero-Type* (agentico), all'interno del dominio del narcisista grandioso. In queste espressioni narcisiste, l'ammirazione e il riconoscimento sono ottenuti attraverso strategie di autoesaltazione nel dominio prosociale. La visione di Sé esagerata si basa su moralità e inclinazione verso gli altri. Nonostante ciò, anche lui infine, affronta il dubbio dell'effimero rispetto ai suoi valori e nell'aver vissuto di filosofia e verità non contemplando l'esperienza dei sensi: «Ma come vuoi morire un giorno, Narciso, se non hai una madre? Senza madre non si può amare. Senza madre non si può morire [...] Le ultime parole di Boccadoro gli bruciavano nel cuore come un fuoco».

Il costrutto di narcisismo è evidentemente, sempre più, composto da molteplici sfaccettature che la ricerca e la clinica stanno da molti anni cercando di mettere in luce. Molto in effetti è cambiato dalla prima volta in cui lo psichiatra e sessuologo inglese H. Ellis utilizzò il termine *narcissus-like* per indicare l'eccessiva pratica onanistica intrapresa da alcuni dei suoi pazienti (1898). L'eccessivo *investimento* su se stessi rimane il punto focale sul quale,

qualche anno più tardi Sigmund Freud ipotizza l'esistenza di una fase intermedia dello sviluppo psicosessuale, tra autoerotismo e amore oggettuale (*Totem e Tabù*, 1912-13). È tuttavia nel 1914, grazie all'uscita del saggio *Introduzione al narcisismo*, dello stesso Freud, che si ottiene il contributo più grande in termini di caratterizzazione fenomenologica del concetto. Il narcisismo entra così a far parte, a pieno titolo, del lessico della psichiatria e della psicologia clinica, come oggi lo concepiamo. Tale concettualizzazione cambia effettivamente poco in quasi sessant'anni. È grazie agli approfondimenti psicoanalitici sulle teorie di sviluppo della personalità narcisistica, che Kohut (1977) e Kernberg (1975) danno il via a un filone di interesse che tutt'oggi impegna molti ricercatori e consente una fiorente produzione scientifica al riguardo. In ricerca, infatti, si è passati da un'unica «etichetta» di narcisismo a circa 50 diverse, negli ultimi 50 anni. Inizia così a emergere una distinzione, all'interno di tale caratterizzazione di personalità, che non è più possibile ignorare: nonostante sia d'obbligo considerare il valore clinico unico di ogni singola concettualizzazione individuale, è altrettanto doveroso notare che, all'interno di esse, si possano riscontrare due macro aree che, anche se chiamate in modo diverso, sembrano rappresentare due peculiari espressioni narcisistiche, oggi sempre più diffuse (tabella 1.1; Cain, Pincus, & Ansell, 2008). A livello clinico risulta ormai chiaro che queste due espressioni narcisistiche esistano e che si differenzino tra di loro sia nei propri modelli interni che nelle loro espressioni manifeste e comportamentali. D'altra parte, nonostante anche la ricerca sia ormai concorde sull'esistenza e sulla necessità di tale distinzione fenotipica, non è stato ancora possibile individuare con certezza una definizione univoca, che possa distinguere le due espressioni con chiara evidenza empirica e fornire criteri diagnostici.

TABELLA 1.1
Etichette dei fenotipi del narcisismo patologico in base ai termini di Grandiosità e Vulnerabilità (Cain, Pincus, & Ansell, 2008)

Fonti	Temî Grandiosi	Temî Vulnerabili
Kohut (1977)	Scisso orizzontalmente	Scisso verticalmente
Bursten (1973)	Manipolativo Fallico Paranoide	Bramoso
Kohut & Wolf (1978)	Affamato dello specchio Alter-ego	Affamato dell'ideale Elusore di contatto
American Psychiatric Association (1980)	DSM-III NPĐ	
Akhtar & Thomson (1982), Cooper (1981)	Overt	Covert

Fonti	Temi Grandiosi	Temi Vulnerabili
Broucek (1982)	Egoista	Dissociativo
Kernberg (1984)	Patologico Maligno	
Rosenfeld (1987)	A pelle spessa	A pelle sottile
American Psychiatric Association (1987)	DSM-III- R NPD	
Cooper (1988, 2005)		Narcisistico- Masochista
Gabbard (1989, 1998, 2009)	Inconsapevole	Ipervigile
Gersten (1991)	Apertamente grandioso	Apertamente vulnerabile
Wink (1992)	Ostinato	Ipersensibile
Masterson (1993)	Esibizionista	Segreto
Fiscalini (1993)	Bambino incivile viziato Bambino speciale	Bambino infantile viziato Bambino vergognoso
American Psychiatric Association (1994)	DSM-IV NPD	
Cooper & Maxwell (1995)	Potente Manipolativo	Impotente
Hunt (1995)	Classico	Diffidente
Millon (1996)	Senza principi Amoroso Elitario Fanatico	Compensante
Simon (2002)	TANS	
Akhtar (2003)		Timido
Dickinson & Pincus (2003)	Grandioso	Vulnerabile
Ronningstam (2005)	Arrogante Psicopatico	Timido
PDM Task Force (2006)	Arrogante/ con senso di diritto	Depresso/esaurito
Russe et al. (2008)	Grandioso/maligno	Fragile
Pincus et al. (2009)	Grandiosità narcisistica	Vulnerabilità narcisistica

DSM-IV, Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, Quarta Edizione; DSM-III-R, Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, Terza Edizione, Rivisto; NPD, Disturbo Narcisistico di Personalità; PDM, Manuale Diagnostico Psicodinamico; TANS, Sintomi Narcisistici Associati al Trauma.

Il modello Schema Therapy e il paziente narcisista

D. Baroni e N. Marsigli

Panoramica del modello Schema Therapy

La Schema Therapy nasce all'inizio degli anni Duemila come modello di intervento per pazienti resistenti alle terapie allora disponibili e che presentavano tratti di personalità patologici. Integrando i contributi provenienti dalla terapia cognitiva, comportamentale, psicodinamica e della Gestalt, gli autori Young, Klosko e Weishaar elaborarono nel 2003 un modello di intervento volto a trattare questi pazienti.

La Schema Therapy affonda le sue radici nel presupposto che per crescere e svilupparsi ogni essere umano ha la necessità di soddisfare alcuni bisogni psicologici di base universali. Secondo Young e colleghi essi erano identificabili in bisogni di attaccamento, autonomia, limiti realistici, espressione di sé e spontaneità. Durante l'infanzia e l'adolescenza l'individuo cerca di soddisfare tali bisogni tramite l'ambiente esterno e all'interno delle relazioni significative. Recentemente, alcuni autori (Roedinger, Stevens, & Brockman, 2018) hanno proposto di ridurre i bisogni di base a un continuum ai cui poli si posizionano da un lato il bisogno di attaccamento e connessione e, dall'altro, il bisogno di riconoscimento e autonomia. Secondo questa revisione, soddisfare uno dei due bisogni implica necessariamente non soddisfare l'altro. La salute mentale è riconducibile alla capacità di spostarsi in modo flessibile ed equilibrato tra la soddisfazione di entrambi i poli.

A prescindere dal numero di bisogni considerati, la frustrazione dei bisogni di base comporta la nascita di schemi maladattivi precoci, cioè strutture

cognitivo-affettive che guidano l'azione in modo automatico. Esse derivano dalle esperienze infantili e possono restare inattive per molto tempo fino a quando un evento non evoca lo schema generando intensa sofferenza emotiva. A quel punto la persona non interpreta più la realtà in modo oggettivo e radicato nel presente, ma attraverso le lenti del proprio passato.

Young e colleghi (2003) hanno identificato cinque domini di schemi maladattivi precoci, ciascuno generato dalla frustrazione di un bisogno di base. Nella tabella 2.1 sono indicati gli schemi e il relativo dominio di appartenenza.

Al fine di comprendere il profilo schematico del paziente narcisista trattato in questo libro, si ritiene importante specificare un elemento ulteriore: la differenza tra schemi primari o incondizionati e schemi compensatori o condizionati.

TABELLA 2.1

Tabella riassuntiva degli schemi maladattivi precoci e dei relativi domini di appartenenza (Young, Klosko, & Weishaar, 2003)

		Schema	Dominio	Bisogno frustrato
I	Ab	Abbandono (Instabilità)	Distacco e rifiuto	Attaccamento
	S/A	Sfiducia/Abuso		
	De	Deprivazione emotiva		
	D/V	Difettosità/Vergogna		
II	Es	Esclusione sociale (Alienazione)	Mancanza di autonomia e abilità	Autonomia, competenza e identità
	Di	Dipendenza/Incompetenza		
	Vu	Vulnerabilità al pericolo o alle malattie		
	In	Invischiamento (Sé poco sviluppato)		
	Fa	Fallimento (di obiettivi)		
III	Pr	Pretese/Grandiosità	Mancanza di regole	Limiti realistici
	Au	Autocontrollo (Autodisciplina) insufficiente		
IV	So	Sottomissione	Eccessiva attenzione ai bisogni degli altri	Libertà di esprimere i bisogni e le emozioni fondamentali
	As	Autosacrificio		
	Rar	Ricerca di approvazione o riconoscimento		

		Schema	Dominio	Bisogno frustrato
V	N/P	Negativismo/Pessimismo	Ipercontrollo e inibizione	Spontaneità e gioco
	Ie	Inibizione emotiva		
	Ss	Standard severi (Ipercriticismo)		
	Pu	Punizione		

Gli schemi dei primi due domini sono definiti come primari o incondizionati poiché si formano dall'esperienza diretta del bambino con le figure di riferimento. Ad esempio, lo schema Difettosità può essere generato dalle critiche ricevute dai genitori. Gli schemi del quarto e quinto dominio, invece, sono compensatori poiché si formano al fine di non attivare gli schemi primari e possono essere considerati come schemi di coping, cioè letture della realtà secondarie che impediscono di entrare in contatto con la sofferenza di uno schema primario. Ad esempio, la stessa persona con lo schema Difettosità potrebbe sviluppare uno schema compensatorio di Ricerca di approvazione in modo da non percepirsi come manchevole e indegna. Riprendendo la metafora delle lenti, gli schemi primari sono gli occhiali, quelli secondari sono simili alle lenti oscuranti aggiuntive che in passato erano posizionate sulla montatura degli occhiali al fine di trasformarli temporaneamente in occhiali da sole. Riguardo al terzo dominio, gli schemi Pretese/Grandiosità e Autocontrollo (Autodisciplina) insufficiente possono essere originati sia dall'interiorizzazione di messaggi diretti, rientrando quindi nell'insieme degli schemi primari, sia da esperienze indirette e perpetuarsi come compensazione a schemi incondizionati, assumendo, dunque, le caratteristiche di schemi secondari.

Altro elemento chiave nel modello Schema Therapy è la distinzione tra schema maladattivo precoce e stile di coping allo schema. Lo schema incapsula al suo interno ricordi, emozioni e sensazioni somatiche, ma non la componente comportamentale di reazione allo schema stesso. L'attivazione di uno schema maladattivo precoce genera emozioni improvvise e violente, pertanto l'individuo è motivato a evitarla. Le modalità con cui cerca di non attivarlo sono raggruppabili in tre stili di risposte che rispecchiano le reazioni di qualunque essere vivente di fronte a una minaccia: l'attacco (ipercompensazione), la fuga (evitamento) e l'immobilità (resa). È importante sottolineare che i comportamenti di coping sono risposte funzionali e adattive rispetto all'ambiente precoce in cui il bambino è cresciuto e, pertanto, tendono a diventare automatiche e fisse. Nonostante le condizioni ambientali e relazionali siano profondamente cambianti e permetterebbero risposte più adattive e flessibili, la persona con

un disturbo di personalità difficilmente varierà la modalità con cui impedisce l'attivazione di uno schema.

A titolo di esempio nella tabella 2.2, sono indicati tre possibili esempi di reazioni di coping all'attivazione dello schema Difettosità/Vergogna.

TABELLA 2.2
Esempi di reazioni di coping allo schema Difettosità/Vergogna

Ipercompensazione	La persona si comporta in modo opposto a quanto indicato dallo schema.	Comportamento aggressivo e critico verso gli altri volto a sovrastarli e farli sentire inferiori.
Evitamento	La persona evita situazioni o relazioni che potrebbero attivare lo schema.	La persona evita di assumersi responsabilità o partecipare a nuovi progetti lavorativi.
Resa	La persona si arrende allo schema e si comporta in linea con esso. Nonostante la sofferenza, questo le dà un senso di familiarità e prevedibilità.	La persona resta in relazioni svalutanti e sminuisce le aggressioni subite.

Gli schemi del narcisista

Dario, anni 52, è un manager di un'importante azienda multinazionale e per lavoro viaggia spesso. La moglie lavora nella stessa azienda, seppur in un ruolo meno importante.

Dario viene in terapia senza una grande motivazione. È la moglie, infatti, che lo ha invitato a intraprendere un percorso personale perché lo vede sempre più distante e meno coinvolto nella relazione; è arrivata, più volte, a minacciare la separazione. Dario fin dalle prime sedute mostra nei confronti della moglie un atteggiamento ambivalente: da un lato afferma di vederla sofferente e parzialmente ammette di essere distante, dall'altro Dario non capisce cosa voglia esattamente e mostra disprezzo e insofferenza, dicendo spesso: «Ma cosa vuole quella? Non le faccio mancare nulla. Si lamenta di nulla». Dario sul lavoro è molto coinvolto e sembra compiacersi delle proprie capacità e della propria posizione, affermando di guadagnare molto e di potersi permettere molti agi; a volte parla con disprezzo dei suoi collaboratori. Nella vita privata non sembra che vi siano particolari amicizie; nel tempo libero, infatti, Dario tende ad andare in palestra, perché tiene molto al suo aspetto fisico oppure a fare shopping. Dario racconta, quasi scherzandoci sopra, di un padre inad-

guato e incapace di dare affetto, mentre la madre è descritta, con disprezzo, come una donna depressa.

In linea con la suddivisione degli schemi maladattivi precoci in schemi di base e compensatori, riteniamo che il paziente narcisista presenti una configurazione schematica nucleare composta da Deprivazione emotiva, Difettosità/Vergogna, Abuso/Sfiducia e Fallimento (Behary & Dieckmann, 2011). Tali schemi maladattivi precoci filtrano e guidano l'esperienza del paziente narcisista a livello profondo e sono il risultato delle esperienze vissute durante l'infanzia. Nella maggioranza dei casi, tuttavia, il paziente narcisista appare arrogante, manipolativo, distaccato e teorizzante generando nel terapeuta irritazione e distacco, così come la sensazione di essere sotto esame.

Al fine di spiegare tali vissuti, è necessario considerare gli schemi compensatori che il paziente narcisista ha sviluppato nel corso della vita. I più frequenti sono Ricerca di approvazione o riconoscimento, Pretese/Grandiosità, Standard severi, Autocontrollo (Autodisciplina) insufficienti e, talvolta, Autosacrificio (Behary & Dieckmann, 2011). Ciascuno di questi schemi può essere considerato una risposta volta a sopire gli schemi incondizionati. Pertanto, in un momento di attivazione emotiva, il paziente può non mostrare gli aspetti di vulnerabilità legati allo schema Difettosità/Vergogna, ma essere guidato dagli schemi condizionati come lo schema Pretese/Grandiosità. Come si è detto, gli schemi compensatori non dovrebbero essere considerati dei comportamenti di coping. Gli schemi restano un filtro per l'esperienza a prescindere che siano primari o secondari.

L'ambiente di sviluppo del paziente narcisista

Gli schemi hanno origine dai messaggi impliciti ed espliciti ricevuti nell'ambiente relazionale in cui la persona è cresciuta. Behary (2013) identifica tre specifici contesti di sviluppo per il paziente narcisista che, a loro volta, favoriscono lo strutturarsi degli schemi e dei mode tipici di questo disturbo.

- *L'ambiente adorante.* Il paziente è cresciuto in una famiglia che lo ha fatto sentire un bambino speciale con il diritto di prevalere sugli altri. L'ambiente di sviluppo non ha mai posto limiti, né messo in atto conseguenze per i comportamenti eccessivi del figlio. Le figure adulte non gli hanno insegnato a tollerare la frustrazione o l'insuccesso.

- *L'ambiente iperprotettivo.* Il clima familiare è stato caratterizzato dal tentativo dei caregiver di proteggere il figlio dal dolore e dalle difficoltà, cercando di sostituirsi a lui in tutte le attività. Invece di permettere al bambino di sviluppare le proprie abilità, i genitori hanno cercato di fare tutto per lui, comunicandogli indirettamente che la soluzione ai problemi arriverà dall'esterno: lui non deve impegnarsi in nulla, così non andrà incontro a fallimenti o insuccessi. Una volta adulto si aspetta che il mondo si prenda cura di lui senza chiedergli responsabilità o sforzi.
- *L'ambiente deprivante emotivamente.* Il bambino cresce in un ambiente dove riceve affetto solo su base condizionata, cioè se il bambino risponde alle esigenze dei genitori. In caso contrario, la risposta genitoriale è di rifiuto e di svalutazione. Compiacere i genitori, i loro bisogni o i loro desideri è la strategia che il bambino sviluppa per sentirsi accettato e accolto, ma soprattutto per non sentirsi rifiutato. La conseguenza è che il bambino non si sente amato per come è, ma per come agisce. Da adulto impara a non aver bisogno di nessuno e ad avere bisogno di ammirazione per sentirsi accettato. L'ambiente di sviluppo deprivante è quello che con maggiore frequenza si rintraccia nella pratica clinica.

L'elemento che accomuna i vari ambienti di sviluppo è la frustrazione del bisogno di accettazione incondizionata e lo sviluppo di limiti realistici. Nonostante le diverse sfaccettature, il paziente narcisista cresce in un ambiente deprivato emotivamente in cui la connessione con l'altro è subordinata al suo comportamento e ai bisogni della figura di riferimento. Ciò permette di comprendere il motivo per cui il paziente narcisista investa maggiormente sul polo del riconoscimento e dell'autonomia anziché su quello dell'attaccamento.

Il modello dei mode

Il modello degli schemi ha l'indubbio valore di permettere una lettura storica e biografica del paziente, tuttavia, con quelli particolarmente compromessi la quantità degli schemi, la loro frequenza di attivazione e le diverse risposte di coping possono rappresentare una sfida per il clinico che rischia facilmente di perdersi. Sin dal 2003 Jeffrey Young rilevò questo limite e introdusse un modello di lavoro alternativo basato sul «qui ed ora» della seduta terapeutica. Fu coniato il termine *mode* per indicare le modalità visibili di comportamento con cui gli schemi si presentano dopo essere stati modificati dagli stili di coping allo schema. Ogni *mode* può essere espressione di più schemi attivi nello stesso

momento così come di differenti stili di coping. Il vantaggio di lavorare con i mode è permettere una semplificazione della lettura del comportamento del paziente e rendere il lavoro terapeutico più gestibile ed efficace. Infatti, per quanto il numero dei mode possa essere potenzialmente infinito, le categorie a cui sono ascrivibili restano limitate.

In generale, i mode identificati in letteratura sono raggruppati in quattro categorie (Roediger, Stevens, & Brockman, 2018) che descriviamo di seguito.

1. *Mode bambino*: è la dimensione emotiva del paziente. In questo mode la persona percepisce emozioni di base come tristezza, rabbia, ansia e disgusto. Nel complesso rappresenta la sua parte vulnerabile i cui bisogni di base non sono soddisfatti. Qualora i bisogni siano soddisfatti questo mode è quello che sperimenta emozioni positive come gioia, serenità e calma.
2. *Mode critico punitivo/critico esigente*: sono l'insieme delle credenze, delle assunzioni e delle regole interiorizzate dalle figure di riferimento e dall'ambiente di sviluppo nel suo complesso. Spesso si manifestano attraverso un dialogo interno critico e/o esigente. Un indicatore dell'attivazione di questi mode è la presenza di emozioni sociali (ad esempio, vergogna, imbarazzo, umiliazione).
3. *Mode di coping maladattivi*: sono l'insieme di comportamenti messi in atto dalla persona al fine di gestire la tensione tra mode bambino e mode critico/critico esigente. Rappresentano la migliore soluzione elaborata dalla persona per gestire la sofferenza.
4. *Mode dell'adulto funzionale*: è il mode che la terapia mira a costruire e rafforzare. Si caratterizza per la capacità della persona di riconoscere gli altri mode e risolvere i conflitti interni in modo funzionale e flessibile.

Grazie all'identificazione dei mode attivi durante la seduta terapeutica, il clinico può scegliere come intervenire per promuovere un aumento della consapevolezza del paziente e, gradualmente, renderlo capace di soddisfare in modo funzionale i propri bisogni.

I mode del paziente narcisista

In letteratura sono stati identificati molti mode tipici del paziente narcisista (Young, Klosko, & Weishaar, 2003; Behary, 2013). Di seguito presentiamo quelli che emergono con maggior frequenza all'interno della pratica clinica, suddividendoli in base alle categorie individuate dal modello dei mode.

è quella di mantenere lontana la minaccia della propria non amabilità (mode critico punitivo) facendo in modo di non attivare il bisogno di accettazione incondizionata e di investire su comportamenti volti a sentirsi superiori o a ricevere ammirazione (schema ricerca di ammirazione e riconoscimento/mode di coping ipercompensante).

I pazienti frequentemente arrivano in terapia perché non riescono più a gestire le richieste del mode esigente (stati ansiosi) oppure perché questa strategia è fallita e sono entrati in contatto con la parte critica punitiva in tutta la sua forza (stati depressivi).

Le tipologie di paziente narcisista

In base alla nostra esperienza clinica, è possibile suddividere i pazienti narcisisti in base alla frequenza e alla forza con cui le parti critiche interiorizzate si attivano nella quotidianità. Tale approccio facilita la lettura del caso da parte del clinico e può aiutare nel prevedere le reazioni del paziente durante e fuori la seduta.

Le tipologie di pazienti narcisisti possono essere rappresentate su un piano cartesiano in cui ogni asse rappresenta l'intensità del mode critico punitivo e del critico esigente.

Tale rappresentazione grafica permette di identificare i seguenti gruppi di pazienti (figura 2.2).

- *Quadrante I* (Alta attivazione sia del mode punitivo sia del mode esigente). I genitori di questi pazienti sono stati genitori critici e, al tempo stesso, espressamente doverizzanti. Pronti a focalizzarsi su ciò che il figlio sbagliava pur all'interno di una buona prestazione. Sono genitori caratterizzati dall'espressione «sì, ma...». La responsabilità del fallimento è sempre stata del paziente: i genitori in un bel quadro notavano la pennellata sbavata, non il complesso dell'opera. Tali pazienti, in letteratura, sono descritti come narcisisti secondari (Young, Klosko, & Weishaar, 2003; Roediger, Stevens, & Brockman, 2018). A seconda dell'intensità delle critiche e delle doverizzazioni, questi pazienti possono esitare in tratti fenotipici più marcatamente grandiosi (prevale il mode esigente) o in tratti più vulnerabili (prevale il mode punitivo).
- *Quadrante II* (Bassa attivazione del mode punitivo/alta attivazione del mode esigente). I genitori di questi pazienti sono stati rispecchianti, pronti a difendere il figlio dalle accuse a discapito della vicinanza emotiva e del rapporto genitore-figlio. Se da un lato ponevano alti standard prestazionali e davano

grande importanza al successo, dall'altro rimandavano al figlio l'idea di un mondo da conquistare. Gli altri erano rappresentati come sbagliati, inferiori e inetti; non erano posti limiti e le attribuzioni causali erano sempre poste all'esterno del paziente. In tale contesto, il bambino riesce a mantenere la prossimità relazionale finché l'orizzonte di interazione è quello familiare e basato sulla compiacenza verso i genitori. Una volta cresciuto ed entrato in contatto con nuovi ambienti sociali, come quello scolastico, è probabile che abbia incontrato normali situazioni di fallimento gestite dai genitori negando gli aspetti di vulnerabilità del figlio, intensificando gli standard legati alla supremazia e al successo, ponendo le cause del fallimento sugli altri. Ecco che gli schemi maggiormente presenti sono quelli di Autocontrollo insufficiente e Pretese/Grandiosità (primario). In letteratura tali pazienti sono descritti come narcisisti primari (Young, Klosko, & Weishaar, 2003; Roediger, Stevens, & Brockman, 2018).

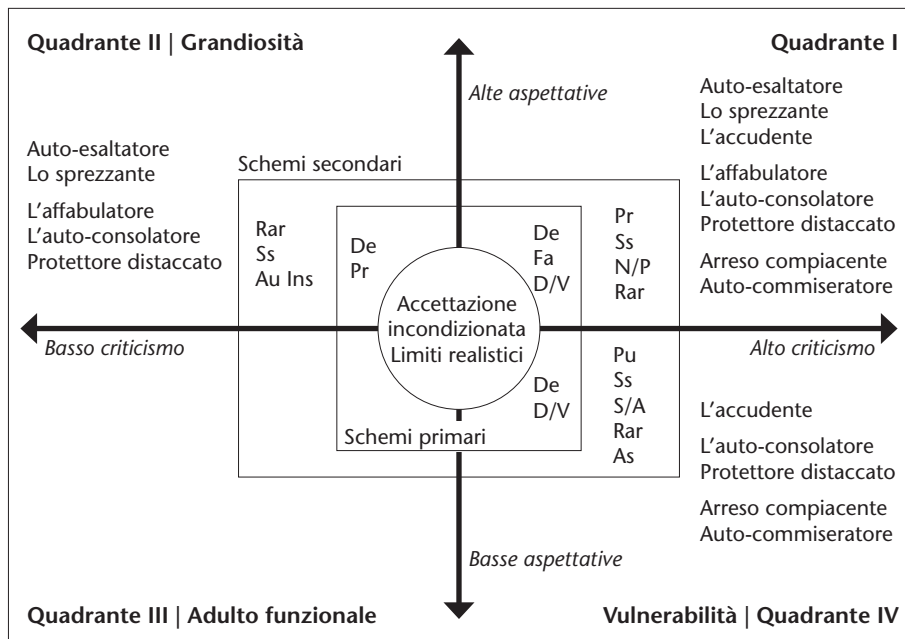


Fig. 2.2 Rappresentazione delle tipologie di paziente narcisista in termini di SMP e mode di coping.

- **Quadrante III** (Bassa attivazione del mode punitivo/bassa attivazione del mode esigente). Questo quadrante rappresenta la situazione a cui si vuole portare il paziente, il mode dell'adulto funzionale. Anzi, non solo si hanno

bassa attivazione dei due mode critici, ma l'obiettivo è sostituirli con modalità di autocorrezione supportive e compassionevoli.

- *Quadrante IV* (Alta attivazione del mode punitivo/bassa attivazione del mode esigente). Tale sottogruppo è caratterizzato da figure genitoriali molto critiche che trasmettono al figlio l'idea di essere inadeguato, indegno e incapace. In tali pazienti si sviluppano, quindi, gli schemi primari di Deprivazione emotiva e Difettosità/Vergogna. Per quanto posseggano un mode esigente, la parte prevalente è quella punitiva; essa genera in loro un profondo senso di prostrazione e fallimento a cui reagiscono con differenti modalità di coping. Sono i tipici pazienti vulnerabili descritti in letteratura che sviluppano strategie di coping prevalentemente internalizzate e solipsistiche come fantasie grandiose e ritiro sociale. Talvolta, permangono in uno stato di auto-commiserazione in cui si sentono vittime del proprio ambiente e respingono qualsiasi tentativo di supporto o vicinanza relazionale. Spesso riportano disturbi d'ansia generalizzata e ansia sociale.

Narcisista grandioso e narcisista vulnerabile

La recente letteratura sul narcisismo (Pincus & Lukowitsky, 2009) indica come i criteri del DSM-5 non colgano totalmente la complessità del disturbo. Storicamente, come presentato nel primo capitolo di questo libro, le presentazioni fenotipiche del narcisismo possono essere collocate su due poli: grandiosità e vulnerabilità (Cain, Pincus, & Ansell, 2008). Se da un lato gli aspetti di grandiosità si caratterizzano per una gestione delle minacce all'autostima basata sulla negazione di elementi negativi della personalità, bias cognitivi nella valutazione dell'immagine di sé, fantasie di potere, superiorità e perfezione, dall'altro gli aspetti di vulnerabilità sono connessi a stati mentali di perdita di speranza, senso di vuoto, bassa autostima e vergogna (Pincus & Lukowitsky, 2009; Pincus et al., 2014).

Secondo la Schema Therapy, i due profili possono essere compresi alla luce dei mode critici prevalenti e dei mode di coping attivati per gestirli. Nel narcisista grandioso la critica esterna è un segnale che attiva il mode esigente che minaccia il paziente di essere detronizzato dalla superiorità a cui ha diritto. La minaccia, in questo caso, è la normalità. Diversamente, nel narcisista vulnerabile è prevalente il mode punitivo, il quale mantiene la persona sotto la minaccia di non essere abbastanza amabile/capace/degna per avere un posto nella società e confida in standard perfezionistici per ottenerlo. In altre parole, il narcisista grandioso lotta per la supremazia, il narcisista vulnerabile

per rendersi degno di giocare la partita. In linea con autori come Ronningstam (2005), Dickinson e Pincus (2003), i due fenotipi, pur avendo la necessità di un pubblico plaudente, presentano modalità diverse di gestione delle minacce al valore personale. Il narcisista grandioso utilizza il senso di superiorità e unicità ponendosi in un mode di coping di ipercompensazione, mentre il narcisista vulnerabile usa modalità internalizzate come le fantasie grandiose e la sottomissione relazionale. Comuni a entrambi i fenotipi sono i mode di coping di evitamento attivo e passivo.

Assessment

N. Marsigli e D. Baroni

Le fasi della Schema Therapy sono simili a quelle tipiche della terapia CBT standard. Inizialmente le sedute sono dedicate all'assessment, il cui fine è la raccolta dei dati clinici per giungere alla formulazione del caso, mentre la seconda fase è più tipicamente dedicata al trattamento. Durante la fase di assessment, il terapeuta ha chiaramente l'obiettivo di indagare i sintomi presenti e formulare una diagnosi psicopatologica — qualora sia presente — ma anche (e soprattutto) di comprendere i bisogni di base non soddisfatti, indagare quali schemi maladattivi precoci si sono creati e conseguentemente quali siano i mode associati. Infatti, durante l'assessment, segue due linee di indagine per comprendere la complessità del paziente: il presente e il passato. L'indagine sul presente persegue lo scopo di indagare la sintomatologia, ma soprattutto quali sono i mode e gli schemi attualmente presenti nel paziente, mentre l'indagine sul passato mira a comprendere l'origine degli schemi e dei mode, e la loro evoluzione. Questo permette al terapeuta di collegare e connettere il passato con il presente, aiutando il paziente a capire meglio qual è il suo funzionamento, ma anche l'origine del suo disagio.

La comprensione di questi elementi consente di formulare il caso. Si parte dall'attualità per arrivare a indagare la storia della vita del paziente e quindi come l'ambiente di sviluppo abbia inciso sui suoi bisogni di base.

Fasi dell'assessment

Le fasi dell'assessment dovrebbero essere le seguenti.

- Raccogliere il quadro sintomatologico e il motivo per il quale il paziente richiede una terapia.
- Spiegare cosa si intende con bisogni di base, schemi maladattivi precoci e mode.
- Indagare l'attualità del paziente attraverso la raccolta di episodi specifici.
- Definire i mode attuali (e gli schemi maladattivi precoci associati).
- Raccogliere la storia di vita.
- Utilizzare questionari e interviste.
- Comprendere le risorse attuali dell'adulto funzionale.
- Formulare il caso e definire gli obiettivi.

Gli strumenti tipici dell'assessment in Schema Therapy sono descritti di seguito.

- Colloquio clinico.
- Uso di questionari.
- Uso di tecniche di imagery.
- Attenzione del terapeuta alle proprie emozioni in terapia.

Raccogliere il quadro sintomatologico e il motivo della richiesta iniziale

Il terapeuta, fin dalla prima seduta, indaga il quadro sintomatologico attraverso il colloquio clinico con l'obiettivo di formulare una diagnosi e di comprendere la gravità e la complessità del caso. Allo stesso modo, indaga la motivazione del paziente alla psicoterapia. Non è scopo del manuale illustrare le tecniche di indagine clinica e sintomatologica; ci preme sottolineare che un aspetto fondamentale di questa fase è la raccolta di elementi utili per facilitare l'aggancio e la permanenza del paziente in terapia. Approfondiremo nel sesto capitolo questo tema.

Spiegare al paziente il modello della Schema Therapy: bisogni di base, schemi e mode

Creare un clima collaborativo e cooperativo con il paziente è la base necessaria per una buona psicoterapia. È infatti assodato che la creazione di una buona alleanza di lavoro sia indispensabile per lavorare efficacemente con

Il trattamento del narcisista vulnerabile

D. Baroni e N. Marsigli

Secondo la Schema Therapy lo scopo finale del trattamento di un paziente narcisista vulnerabile è quello di costruire una parte adulta funzionale che possa arginare i mode critici e, al contempo, prendersi cura dei bisogni di base non soddisfatti in modo flessibile ed efficace.

Tale macro-obiettivo è raggiungibile attraverso una serie di passi che possono ricorrere e ripresentarsi durante tutto il corso della terapia.

Di seguito delineiamo il percorso di trattamento, rimandando alla fine del libro la presentazione delle specifiche tecniche volte a raggiungere i vari sotto-obiettivi.

Creazione di un clima sicuro

In linea con quanto descritto nel capitolo dedicato all'assessment, il paziente narcisista vulnerabile spesso si presenta in terapia prostrato, avvilito e in stati di ansia. Questi pazienti arrivano nello studio del terapeuta con mode di coping attivi basati sulla resa o sull'evitamento. Nel nostro modello abbiamo denominato tali mode l'auto-commiseratore/vittima e arreso compiacente (per quanto riguarda la resa), protettore distaccato per quanto concerne l'evitamento. Il terapeuta percepisce un vago senso di fragilità nel paziente e l'implicita richiesta di riportarlo a un livello di funzionamento psicologico precedente ristabilendo, in altre parole, i mode di coping. Considerando la

marcata attivazione della dinamica competitiva nei pazienti narcisisti, non è raro che egli riporti come problema il continuo confronto sociale con gli altri da cui ne esce invariabilmente sconfitto.

Data la potente presenza del mode critico punitivo, per quanto inizialmente nascosto, questi pazienti sono profondamente insicuri e allarmati quando entrano in contatto con il terapeuta poiché egli è la figura professionale che da un lato potrebbe aiutarli, ma dall'altro ha il potere di certificare una volta per tutte la loro difettosità.

Una volta restituita al paziente la concettualizzazione, il dialogo si concentrerà quasi incessantemente sulla liceità, la ragionevolezza e l'accettazione delle sue istanze. L'obiettivo implicito del terapeuta è costruire un clima interpersonale sicuro, seppur non accudente, per il paziente. Questo perché senza una solida alleanza di lavoro l'accudimento potrebbe esacerbare l'autocriticismo intensificando la sensazione di debolezza e di inferiorità e, dunque, i mode di coping (Dimaggio, 2021; Dimaggio & Attinà, 2012). Si ritiene fondamentale validare in modo oggettivo la sofferenza del paziente senza indulgere in una precoce vicinanza: «Sentirsi distanti dagli altri e, in un certo senso, meno abili di loro genera una profonda prostrazione. In effetti è proprio così che la mente umana funziona, il confronto sociale è ben iscritto nella nostra biologia, fa parte di noi ed è normale che lei lo faccia».

All'inizio del trattamento molti pazienti descrivono la loro sofferenza come una sorta di «mal di vivere», un «conflitto interiore» che li accompagna da tutta la vita. Tali elementi sono riconducibili al mode di coping auto-commiseratore/vittima che svolge una funzione protettiva rispetto al dolore generato dal contatto con le sensazioni di difettosità e non amabilità proprie degli schemi maladattivi precoci. Ci troviamo in accordo con Zeigler-Hill e colleghi (2011) nel sostenere che tale sofferenza assuma un valore identitario nel paziente narcisista vulnerabile e, come tale, ne delinea, almeno ai propri occhi, un elemento di unicità. Data questa importanza, è sconsigliabile per il clinico effettuare qualsiasi intervento precoce di messa in discussione o tentativo di ristrutturazione volto a lenire tale sofferenza. Il paziente si trova, infatti, in un mode di coping di resa che, anche in questo caso, se attaccato frontalmente non farebbe altro che acuire gli aspetti autocritici generando ulteriore sofferenza.

Linguaggio comune e aumento di consapevolezza

Dopo una prima fase volta all'aggancio del paziente attraverso la validazione della sua sofferenza, l'obiettivo diviene quello di renderlo sempre più

capace di leggere ciò che gli accade attraverso il linguaggio proprio della Schema Therapy. La creazione di un linguaggio comune tra paziente e terapeuta assolve a tre funzioni, la prima e più ovvia è che permette una comunicazione efficace tra i due; la seconda è quella di favorire indirettamente nel paziente la nascita di un atteggiamento metacognitivo che può essere considerato un precursore del mode adulto funzionale; la terza, è quella di gettare le basi per un'alleanza di lavoro attraverso l'instaurarsi di un clima cooperativo.

È importante che il terapeuta sia sinceramente interessato e incuriosito dal mondo interno del paziente narcisista vulnerabile: ascoltando questi pazienti emerge come abbiano storie di vita in cui il loro unico interesse era determinato dai loro risultati e dalla loro prestazione, e come abbiano sofferto di una carenza di sincero interesse per l'esplorazione dei loro vissuti. Ecco che chi si dimostra curioso verso la comprensione di ciò che provano e verso le motivazioni che sottostanno ai loro comportamenti è considerato un possibile alleato nell'esplorazione e, al contempo, un «ammiratore» interessato alla loro personalità.

All'inizio del trattamento non è pensabile che il paziente riesca a distanziarsi dal piacere di essere oggetto di studio; pertanto, il terapeuta può sfruttare a suo vantaggio questa dinamica per aprirsi un varco relazionale verso di lui. La strategia che il terapeuta dovrebbe perseguire è quella di allearsi strategicamente con il mode di coping auto-esaltatore (ipercompensazione) del paziente che per quanto poco manifesto è pur presente. In questo modo il paziente si sentirà riconosciuto e vedrà nel terapeuta una figura che soddisfa le sue aspettative (disfunzionali) di unicità. Si può esordire con un discorso come il seguente.

Ora che abbiamo chiaro come lei funziona, vorrei dedicare qualche incontro a verificare se effettivamente questo modello ci è utile per orientarci in quello che le accade fuori di qui e nelle dinamiche che la portano a star male e la bloccano nel raggiungimento dei suoi obiettivi. D'ora in poi, quindi, le chiedo di riportare qui in seduta gli episodi negativi che le accadono durante la settimana in modo che insieme si possa verificare quali parti di questo schema [indica la concettualizzazione] si sono attivate e se ce ne sono altre ancora da scoprire.

Il terapeuta cerca di utilizzare un linguaggio sottilmente centrato sulla prestazione al fine di infondere indirettamente al paziente sicurezza e necessità di collaborazione riguardo ai compiti. Sarebbe controproducente cercare di disincentivare in questa fase l'investimento sulla prestazione, i mode critici sono ancora presenti e non si lascerebbero detronizzare. Si specifica, tuttavia,

che questo non vuol dire prendere in giro né tendere un tranello al paziente, ma assolvere alla funzione di *limited reparenting* che spetta al terapeuta all'interno della Schema Therapy. Un buon genitore è quello che adatta la propria comunicazione all'età del figlio, non colui che tratta da adulto un bambino solo perché «prima o poi dovrà crescere».

Il terapeuta, quindi, può continuare affermando:

Penso ci sia ancora molto da scoprire riguardo a quello che prova e sente e, in base alla mia esperienza, le persone difficilmente si comportano senza un motivo, solo che spesso questo motivo è nascosto. Vorrei che nelle prossime sedute noi diventassimo un po' come due investigatori alla ricerca di indizi che possano far luce su cosa le accade a livello emotivo e di pensieri. Preferisce essere Sherlock Holmes oppure il dottor Watson?

Gli incontri successivi saranno quindi dedicati a identificare con sempre più precisione, le caratteristiche dei mode di coping, dei mode punitivo ed esigente e, soprattutto, le relazioni funzionali tra le attivazioni dei mode. È utile sottolineare che già in questa fase il clinico svolge una funzione integrativa rispetto al mondo interno del paziente e funge da modello implicito per la parte adulta rispetto alle abilità di osservazione e messa in relazione tra i vari contenuti interni (emozioni e pensieri). Ciò diverrà oggetto esplicito della terapia nelle fasi successive del percorso.

Introdurre il lavoro con le sedie

Una volta che il paziente avrà preso dimestichezza con i termini della Schema Therapy e avrà iniziato a riconoscere, dandogli dei nomi, l'attivazione dei diversi mode di coping e critici è il momento di aumentare leggermente l'intensità emotiva delle sedute attraverso il lavoro con le sedie.

Si ritiene che con i pazienti narcisisti vulnerabili è utile rimandare l'introduzione degli esercizi di imagery a uno stadio successivo della terapia. Infatti, similmente ai pazienti con ansia sociale, la proposta di fare un esercizio immaginativo potrebbe attivare implicitamente il mode punitivo sia diretto verso il paziente («Sei messo male se il terapeuta ti fa fare questi giochi») sia verso il terapeuta («Questo è un ciarlatano che pensa di aiutarmi facendomi immaginare cose inesistenti»), oppure potrebbe attivare la loro parte esigente («Devi farlo bene e devi stare meglio»).

La relazione terapeutica con il paziente narcisista

A. Malentacchi¹

Il trattamento del narcisista richiede di accedere alla sua parte vulnerabile, aiutandolo a tollerarne le sensazioni dolorose, a sviluppare compassione verso essa e a esaminare l'impatto relazionale dei suoi meccanismi di coping che lo tengono isolato emotivamente (Behary & Dieckmann, 2011). Egli arriva di fronte al terapeuta dopo aver investito enormi energie nel coprire i sentimenti di vuoto e inadeguatezza sotto il dominio e la ricerca di ammirazione, quindi il contesto terapeutico deve permettergli di sentirsi abbastanza al sicuro nel mostrare le sue fragilità a un terapeuta dalle caratteristiche facilitanti.

Già Carl Rogers nel 1957 definì la considerazione positiva incondizionata, la comprensione empatica e la congruenza, come «condizioni chiave» della psicoterapia, e alla fine del ventesimo secolo la vasta mole di ricerche sulla relazione terapeutica spinse il dipartimento di psicoterapia dell'APA a riassumerle in un imponente lavoro (Norcross, 2001, 2002) dalle seguenti conclusioni:

- la relazione terapeutica apporta contributi sostanziali e consistenti ai risultati della psicoterapia;
- le linee guida del trattamento dovrebbero rivolgersi esplicitamente al comportamento e alle qualità del terapeuta, senza le quali sarebbero seriamente incomplete e persino potenzialmente fuorvianti sul piano clinico ed empirico;

¹ Ambra Malentacchi, psicologa e psicoterapeuta, trainer-supervisore e membro dell'International Society of Schema Therapy (ISST).

- la relazione terapeutica agisce insieme a interventi particolari, caratteristiche del paziente e qualità cliniche, nella determinazione dell'efficacia del trattamento ed è necessario dunque considerare tutte queste determinanti e la loro combinazione ottimale;
- adattare o tagliare su misura la relazione terapeutica alle caratteristiche e ai bisogni specifici del paziente aumenta l'efficacia del trattamento;
- gli aspetti della relazione terapeutica chiaramente efficaci sono: l'alleanza, l'empatia e la collaborazione rispetto agli obiettivi;
- gli aspetti della relazione terapeutica promettenti e probabilmente efficaci sono: la considerazione positiva, la congruenza/genuinità, i feedback, la riparazione della rottura dell'alleanza, l'auto-rivelazione, la gestione del contro-transfert e la qualità delle interpretazioni relazionali.

Nel suo flessibile e dinamico approccio, la Schema Therapy pone grande attenzione a tutti questi aspetti della relazione terapeutica, che è in grado di condizionare l'efficacia di tutte le strategie di cambiamento.

Le tecniche relazionali supportano il terapeuta nel gestire l'impatto emotivo che il paziente narcisista può avere su di lui e lo aiutano ad affrontare le sue offensive senza sentirsi sopraffatto, ma permettendogli di mantenere un atteggiamento empatico perfino nelle situazioni più difficili.

Prenderemo in considerazione gli elementi peculiari che il paziente con disturbo narcisistico di personalità presenta nel legame terapeutico, e come modulare gli aspetti interpersonali e lo stile del terapeuta in modo da superare attraverso specifiche tecniche alcune delle criticità che questo tipo di paziente frequentemente presenta nel trattamento.

Alleanza terapeutica e leverage

Stando ad alcune meta-analisi, l'alleanza terapeutica risulta un fattore che spiega le relazioni efficaci (Gaston, 1990; Horvat & Symonds, 1991; Luborsky et al., 1988; Martin, Garske, & Davis, 2000; Orlinsky et al., 1994), ed esiste un generale accordo che una buona impostazione iniziale di questo fattore sia utile a evitare il drop-out. Gaston (1990) identificò quattro ampie dimensioni dell'alleanza terapeutica, due tra queste sono la capacità del paziente di lavorare intenzionalmente in terapia e l'accordo paziente-terapeuta sugli obiettivi del trattamento. Il paziente narcisista costituisce una sfida riguardo questi aspetti perché non solo riconosce difficilmente emozioni e bisogni, ma spesso nega di avere problemi psicologici.

Solitamente egli non avverte la motivazione a cambiare le condizioni legate al disturbo narcisistico, piuttosto cerca la psicoterapia spinto da aspetti problematici contingenti, con l'aspettativa che il terapeuta gli insegni un modo per ritornare alle sensazioni di controllo e dominio con cui funziona abitualmente.

All'inizio non ha intenzione di cambiare queste modalità e non si mostra ben disposto a esplorare i dolorosi schemi sottostanti la sua condizione attuale; si aspetta di essere invece aiutato a sentirsi meno vulnerabile. Naturalmente questo crea un primo problema nel definire gli obiettivi e a stabilire un'alleanza.

Il terapeuta deve impegnarsi per promuovere la giusta motivazione con cui legare il narcisista alla terapia, in quanto egli tenderà ad abbandonarla facilmente qualora ritrovi un partner, un nuovo impiego, o altre fonti di gratificazione.

L'alleanza terapeutica con il narcisista si intreccia dunque con il concetto di leverage introdotto da Behary e Dieckmann (2011), che consiste nel far leva sui suoi disagi per motivarlo alla terapia. Con questa intenzione il terapeuta punta il riflettore sulle conseguenze disfunzionali del comportamento del paziente, e sul costo personale e lavorativo che egli pagherebbe se non avvenisse un relativo cambiamento.

Il tipo di leverage di cui ci si può avvalere cambia nel corso della terapia, e man mano che la consapevolezza del paziente aumenta, esso diventa sempre più profondo e legato alle sensazioni della parte vulnerabile. Nella fase iniziale, il leverage si fonde con le strategie di ingaggio del paziente e presuppone che il terapeuta riporti la sua attenzione verso tutti i motivi contingenti per cui egli ha chiesto aiuto: sentimentali, lavorativi, sociali, fisici e problematiche che impongono un suo impegno. Tutte le volte che il paziente pare lontano dal voler affrontare le importanti questioni, è opportuno che il terapeuta gli ricordi tutte le circostanze per cui lo ha intrapreso.

Sono contento che lei questa settimana sia stato bene, come dice, e che non abbia avuti scontri con sua moglie, dall'altra parte non credo che i problemi nel vostro rapporto siano risolti semplicemente perché questa settimana non avete litigato. Quando è venuto da me era molto preoccupato perché sua moglie voleva separarsi, se non avesse adottato certi cambiamenti. Se vuole davvero migliorare il rapporto con sua moglie, dobbiamo lavorare su quello che sta dietro ai comportamenti di cui abbiamo parlato, che le impediscono di avere una relazione realmente soddisfacente per entrambi.

Il terapeuta si trova a riportarlo continuamente a tutti i motivi attuali per cui è importante che avvenga un cambiamento.

Se continua a comportarsi in un certo modo per non sentire le emozioni negative, ben presto finirà i suoi soldi nei videogiochi su internet, non imparerà a prendersi cura di lei, delle sue relazioni, passerà tutto il suo tempo libero inghiottito dal computer, e non costruirà niente di veramente sano per lei. Per questo l'unico modo di uscire da questa situazione è lavorare insieme, o niente cambierà. Potrebbe cambiare modo di distrarsi, passare ad attività diverse, ma il suo modo per gestire quello che profondamente la turba probabilmente resterà controproducente, e non migliorerà davvero la sua situazione.

Anche se il narcisista è riluttante a parlare del passato e tende a non attribuire importanza alle esperienze negative della propria infanzia, via via che la terapia prosegue, il terapeuta può avvalersi di leve motivazionali più intime; quando infatti il paziente diventa più consapevole dei suoi profondi sentimenti di vuoto e solitudine, può agganciare ad essi il senso della terapia.

Il terapeuta gradualmente aiuta il paziente a capire che i problemi contingenti sono una conseguenza dei suoi atteggiamenti di superiorità, controllo ed evitamento, che lo isolano, perpetuando la sua situazione di profonda solitudine. Così facendo, la leva della terapia si sposta da eventi contingenti verso il vuoto interiore, valorizzando il suo diritto a una vita più autentica.

Immagino quanto sia difficile per lei non sentirsi forte, venire qui e parlare del suo lato più emotivo, impegnarsi a mostrarmi le sue fragilità. Conoscendo come l'hanno fatta sentire i suoi genitori a questo proposito, posso capire se le può apparire spiacevole e forse addirittura spaventoso. Ma questo non significa che non sia quello di cui ha realmente bisogno per stare bene. Non ci è abituato, ma può imparare ad affrontare le sue sofferenze e trovare un'intimità nel rapporto con gli altri, colmando quel senso di solitudine che si porta dietro da sempre. Lei ha diritto a una vita piena e autentica.

Quando la relazione terapeutica diventa sufficientemente positiva, il terapeuta può avvalersi anche di questa per motivarlo, comunicando apertamente il desiderio che cambino certe sue modalità di relazione, perché altrimenti continuerebbe a non ricevere quello di cui ha davvero bisogno.

Sa, mi rattrista pensare a quel bambino che chiedeva di sentirsi amato e che invece è cresciuto sentendosi solo. E mi dispiace che ancora una parte dentro di lei sia convinta di non andare bene, e che i rapporti nella sua vita

siano così superficiali e che lei non senta realmente vicino le persone. Mi dispiacerebbe se lei continuasse a gestire la sua vita ignorando tutto ciò, e cercando di essere il migliore, dimenticando quella parte che si sente sola. Io voglio aiutare questa parte, ed è importante che io la raggiunga; ho bisogno che lei venga in terapia per poterlo fare, o non riceverà mai l'aiuto di cui ha veramente bisogno.

È fondamentale indurre il paziente narcisista a raggiungere e mantenere un certo contatto emotivo con i suoi problemi e le sue tematiche di sofferenza antiche e quelle attuali.

Ma nel chiedere al narcisista di far affiorare in terapia il suo senso di debolezza per poter far leva sui suoi disagi, il clinico deve proporsi come alleato e assicurarsi di fornirgli un adeguato senso di sicurezza, in modo da aiutarlo a rinunciare al rassicurante controllo e dominio che egli comprensibilmente desidera ritrovare. Il terapeuta deve essere in grado di interagire dunque con le sue modalità di sopravvivenza senza farlo sentire giudicato per esse, anzi comprendendole come parte di una terapia orientata alla soddisfazione dei bisogni sottostanti.

Il limited reparenting nella relazione terapeutica

Il terapeuta deve essere in grado di offrire un'esperienza emotiva correttiva (Alexander & Franch, 1946) rispetto agli schemi disfunzionali del paziente. Young e colleghi (2003) definiscono il limited reparenting come l'appagamento, entro adeguati limiti professionali, dei bisogni primari frustrati del paziente. Si ritiene che il narcisista come tutti gli altri pazienti, sia difficilmente in grado di far fronte da solo ai bisogni emotivi perché non ha vissuto esperienze soddisfacenti in tal senso. L'obiettivo della Schema Therapy è far vivere al paziente le esperienze emotive capaci di appagare i suoi bisogni ignorati e frustrati, creando allo stesso tempo una condizione di apprendimento per il suo lato adulto, che diventa quindi gradualmente autonomo nell'adempiere a queste funzioni adattive.

Al terapeuta viene richiesto di avere uno stile adatto a stabilire e mantenere una vicinanza emotiva tra lui e il paziente avvalendosi del canale verbale e non verbale, ponendosi in modo caloroso, empatico, genuino, compassionevole e validante verso la parte bambina del paziente e offrendo un coinvolgimento attivo nella relazione.

A queste caratteristiche si aggiunge una spiccata flessibilità, che permette di offrire al paziente un legame costantemente sintonizzato sui suoi bisogni emotivi. È fondamentale dunque conoscere i tipici bisogni del paziente narcisista, che risulta uno dei pazienti più fortemente difeso con cui tentare un approccio emotivamente profondo.

Data la sua abitudine alla solitudine affettiva e alla mancanza di riconoscimento emotivo, quello clinico deve essere un contesto particolarmente validante e non giudicante. Creare un adeguato senso di sicurezza e fiducia con lui può richiedere molto tempo, perché egli risulta molto sensibile alla critica, intimamente convinto che avere delle fragilità sia squalificante e che mostrarle significhi venire schiacciato, svalutato, manipolato, o abbandonato emotivamente.

Nei rapporti interpersonali il narcisista attinge alla radicata aspettativa che l'altro sia potenzialmente pericoloso e che vada neutralizzato prima possibile, e il terapeuta inizialmente non fa eccezione. Anche con lui infatti può mostrarsi dominante, eccezionale, o estremamente distaccato allo scopo di difendere il suo nucleo fragile da potenziali attacchi o perdite di valore. Presto o tardi, nella relazione si manifestano dei segnali che il terapeuta percepisce immediatamente, come: gesti che rivelano presunzione, competizione, ambizione, giudizi negativi verso gli altri (Young, Klosko, & Weishaar, 2003), il narcisista potrebbe non rispettare gli accordi, gli orari, disdire all'ultimo momento, aspettarsi un trattamento speciale, vantarsi dei successi, idealizzare il terapeuta e successivamente svalutarlo, essere sfidante, svalutante, seduttivo, correggerlo di continuo, e in generale mancargli di rispetto.

Quando il terapeuta si imbatte in queste manifestazioni, ricorda a se stesso che il nucleo vulnerabile del paziente narcisista, accuratamente nascosto, riflette un bambino che si sente solo e umiliato, inferiore e rifiutato, che non è riuscito a sviluppare empatia nei confronti degli altri in quanto non l'ha ricevuta da piccolo, o che spesso per trascuratezza è stato viziato e non aiutato ad accettare le regole.

Nell'impostare e mantenere una relazione con lui, il terapeuta cerca dunque di porre il paziente nella condizione di ricevere la soddisfazione di particolari bisogni:

- accettazione, riconoscimento e apprezzamento per le sue caratteristiche umane;
- validazione delle sue emozioni, bisogni e del diritto di esprimere autenticità senza venir giudicato;
- limiti giusti e regole di reciprocità nei comportamenti interpersonali.

Appendice A

1. IMAGERY DIAGNOSTICA

1. Notare un momento in seduta o durante la settimana in cui il paziente ha sperimentato emozioni negative o ha affrontato una situazione che lo ha scosso più di quanto riterrebbe abituale.
2. Far chiudere gli occhi al paziente e chiedergli di descrivere l'episodio «come se fosse lì» focalizzando l'attenzione sulla componente emotiva («Cosa prova? Che sensazioni fisiche ha?»).
3. Chiedere al paziente di concentrarsi su queste sensazioni e lasciar sfumare le immagini dell'episodio provando a tornare indietro nel tempo alla ricerca di un momento in cui ha provato sensazioni ed emozioni simili nel passato. Il terapeuta specifica al paziente che basta lasciar vagare la mente aspettando che essa proponga delle immagini.
4. Quando il paziente propone un ricordo, il terapeuta stimola ancora il paziente ad andare ulteriormente indietro.
5. Una volta individuato il ricordo, il terapeuta chiede al paziente di descriverlo «come se fosse lì».
6. Il terapeuta ascolta attentamente il paziente. Chiede al paziente quanti anni ha, la dinamica degli eventi e individua le figure reali (o la loro assenza) coinvolte nell'episodio.
7. Il terapeuta esplora le emozioni e le sensazioni fisiche presenti nel paziente mentre ricorda. Particolare attenzione è posta alle reazioni fisiche del paziente durante l'immaginazione dal momento che potrebbero essere indicative di stati emotivi non riconosciuti dal paziente.
8. Il terapeuta accoglie tali emozioni e, riferendosi al ricordo, chiede al paziente di cosa ha bisogno in quel momento («Provi molta paura perché senti i passi di mamma in

corridoio e sai che verrà a sgridarti perché è in una delle sue giornate *no*. Di cosa hai bisogno in questo momento?»).

9. Il terapeuta cerca di individuare il bisogno relazionale del paziente (ad esempio, essere protetto, ricevere affetto, sentirsi al sicuro).
10. Il terapeuta chiede al paziente di lasciar sfumare le immagini e mantenere l'attenzione sulle emozioni provate. Una volta riaperti gli occhi terapeuta e paziente discutono quanto emerso. Può essere necessario un po' di tempo al paziente per ridurre l'attivazione emotiva, in tal caso il terapeuta lo aiuta a regolare lo stato emotivo.

2. POSTO SICURO

Questo tipo di intervento ha la funzione di creare una risorsa per il paziente. Attraverso la creazione immaginaria di un posto sicuro, il paziente acquisisce uno strumento per lasciarsi andare a uno stato di rilassamento, calma e sentire un senso di protezione. È importante che il posto sicuro immaginato sia davvero fonte solamente di emozioni positive; a questo proposito, il luogo può essere anche un posto immaginario e non reale, purché possa suggerire le caratteristiche richieste. Il terapeuta invita il paziente a praticare durante la settimana questo esercizio allo scopo di apprenderlo e di poterlo usare quando necessario.

Siedi in una posizione comoda e in un posto dove sai che non sarai disturbato per almeno una decina di minuti. Prova ad assumere un ritmo respiratorio rilassante allungando leggermente il tempo di espirazione rispetto a quello di inspirazione.

Ora cerca di immaginare di essere in un luogo che ti trasmette calma e sicurezza. Questo posto può essere una spiaggia, una foresta o qualsiasi altro luogo che ti infonda un senso di sicurezza.

Questo posto può essere un posto reale, come ad esempio una stanza di casa tua, oppure può essere un posto immaginario, come ad esempio una spiaggia.

Una volta individuato il posto, porta la tua attenzione sulle sensazioni fisiche. Cerca di immaginare i suoni di quel luogo, ad esempio il vento tra le foglie, il rumore delle onde, il crepitio del focolare. Porta la tua attenzione su quello che vedi, i colori che ti circondano, i giochi di luce che il sole genera passando tra le foglie o colpendo le onde. Immagina le sensazioni tattili come il tronco di un albero, la sabbia che ti scorre tra le mani o il vento che ti accarezza il volto. Senti gli odori di quel luogo; l'aria salmastra, il profumo dei fiori o l'odore della pioggia. Questi sono solo alcuni esempi, cerca di coinvolgere tutti i sensi in questa pratica immaginativa.

Ora che sei nel tuo luogo sicuro prova a immaginare di percepire la gioia che quel posto prova per il fatto che tu sia lì. Immagina che quel luogo ti conosca da sempre e conosca ogni particolare della tua vita e delle tue difficoltà. Proprio perché ti conosce, non giudica le tue scelte, i tuoi comportamenti o le tue emozioni, è solo molto felice che tu sia lì e desidera che tu stia bene, ti senta accolto e al sicuro.

Puoi restare tutto il tempo che desideri in quel posto e tornarci tutte le volte che ne avrai bisogno.