

SCHEMI INTERPERSONALI NEL DISTURBO NARCISISTICO DI PERSONALITÀ: LA CENTRALITÀ DELLA SCARSA AGENTIVITÀ E DELLA DIPENDENZA. IMPLICAZIONI PER LA RELAZIONE TERAPEUTICA

Giampaolo Salvatore*, Antonino Carcione**, Giancarlo Dimaggio*

*Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale - Roma

**Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva – Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC), Roma.

Corrispondenza: Giampaolo Salvatore, c/o Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale – Piazza Martiri di Belfiore 4, 00195 Roma. Email: giampaolosalvatore@virgilio.it.

Riassunto

In questo lavoro descriviamo gli schemi interpersonali disfunzionali correlati con due aspetti problematici strettamente interconnessi e spesso co-presenti nel disturbo narcisistico di personalità: *dipendenza disfunzionale* e *scarsa agentività*. Questi problemi non sono contemplati dalla nosografia, e la letteratura recente sul narcisismo non li analizza sistematicamente. Nella nostra analisi presentiamo alcuni frammenti di seduta di due diversi pazienti che rispondono ai criteri del disturbo narcisistico di personalità e ne studiamo gli schemi interpersonali utilizzando come griglia di lettura il CCRT, che individua una serie di elementi strutturali che compongono gli schemi stessi: 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*. Alla luce di questa analisi descriviamo il ruolo che il terapeuta può acquisire agli occhi del paziente sulla base degli schemi che guidano la sua costruzione del mondo, ossia quali sono le *rappresentazioni dell'altro* che egli può incarnare per il paziente, e le potenziali azioni negative per il trattamento che egli può compiere di conseguenza, soprattutto nelle fasi iniziali della terapia. Infine forniamo alcune indicazioni sulle operazioni interiori e sugli interventi che il terapeuta deve compiere per facilitare nel paziente la strutturazione di schemi più adattativi.

Parole chiave: disturbo narcisistico di personalità, dipendenza, schemi interpersonali.

INTERPERSONAL SCHEMAS IN NARCISSISTIC PERSONALITY DISORDERS: THE ROLE OF POOR AGENCY AND DEPENDENCE. IMPLICATIONS FOR THE THERAPEUTIC RELATIONSHIP

Abstract

In this paper we describe the dysfunctional interpersonal schemata connected to two distinct but interrelated problems: *dysfunctional dependency* and *lack of agentivity*. These problems are not included in DSM and the recent scientific literature on narcissistic personality disorder does not systematically analyze them. In our study we present some fragments of psychotherapy sessions with two patient meeting the criteria for narcissistic personality disorder, and we analyze their interpersonal schemata through

the CCRT, which emphasize some structural elements of these schemata: a *Wish*, a *Self-Representation*, a *Representation of Other's Responses to the Wish*, and a *Representation of the Self's Response to the Other's responses*. On the basis of our analysis we describe the role played by the therapist in the patient's schemata, namely what could be the *representation of the other* embodied by the therapist, and the possible anti-therapeutic actions that the therapist can make as a consequence, most of all in the initial phase of the therapy. Finally, we offer some indications about the inner discipline and interventions the therapist should operate in order to create the conditions for more adaptive schemata in the patient.

Key words: narcissistic personality disorder, dependency, interpersonal schemata.

Introduzione

I pazienti con Disturbo Narcisistico di Personalità (DNP) sono guidati, come tipicamente avviene nei disturbi di personalità, da un ventaglio di schemi interpersonali che costituiscono uno degli aspetti centrali della patologia narcisistica. Gli schemi guidano l'azione, portano il soggetto a prevedere come gli altri reagiranno in risposta ai suoi desideri e che strategie potrà mettere in atto se essi non vengono soddisfatti. Nelle diverse situazioni interpersonali, in base alla percezione del significato degli eventi e al comportamento dell'altro, l'attivazione dell'uno o dell'altro schema determina il tono edonico e la qualità degli stati mentali che il soggetto sperimenta, nonché il livello di autostima. Tali schemi, usati in modo stereotipato e semi-automatico nella gran parte delle relazioni, plasmano inoltre il modo in cui il paziente costruirà il terapeuta fin dal primo momento. Ne consegue che una ricostruzione dettagliata su quali possano essere tali schemi fornisce al clinico un'euristica per prevedere rapidamente quali aspettative negative il paziente avrà sul modo in cui il terapeuta risponderà alle sue azioni e aspettative in determinate circostanze, e sulla terapia in generale. Tale conoscenza può quindi aiutare il terapeuta ad utilizzare strategie pronte ed efficaci per evitare gli effetti tossici di tali costruzioni disfunzionali anticipatorie sul processo terapeutico.

Coerentemente con alcune nostre rassegne della letteratura (Dimaggio et al. 2006; Dimaggio et al. 2007), abbiamo riassunto nel modo seguente gli schemi interpersonali principali del DNP:

1) *Sé superiore/altro inferiore* (Kernberg 1975, 1998). In accordo con questo schema, i narcisisti attribuiscono a se stessi un elevato valore personale, mentre gli altri vengono descritti come incompetenti o inetti (Akthar e Thomson 1982). Il sé è *sprezzante* vs l'altro *disprezzato* (Gabbard 1998; Ryle e Kerr 2002). Questo schema può anche assumere una connotazione di *dominanza/sottomissione*, laddove il sé è *tirannico* vs un altro *schivo* (Modell 1990). Si può verificare un'inversione dei ruoli: quando il narcisista esperisce uno stato di fragilità, è assalito dal timore che l'altro possa soggiogarlo, escluderlo dal gruppo elitario, o punirlo per qualcosa che egli teme di aver fatto. Questo può innescare nel soggetto fantasie dissociate di aggressione o preoccupazioni ipocondriache, stati così spiacevoli che il loro accesso alla coscienza viene contrastato mediante la permanenza nello stato grandioso-sprezzante e/o l'anestizzazione delle emozioni (Dimaggio et al. 2002; Horowitz 1987; Young et al. 2003).

2) *Sé cerca attenzione/altro rifiutante o minaccioso*. Quando il narcisista vive una situazione difficile, sperimenta un arousal sgradevole, che automaticamente lo conduce a cercare la prossimità e la protezione di una figura significativa di attaccamento (Bowlby 1988). Nei soggetti normali l'attivazione del sistema di attaccamento si manifesta a livello cosciente sotto

forma di stati cognitivo-emotivi appropriati, e.g. senso di debolezza e bisogno di consolazione. Diversamente il narcisista, con l'attivazione dell'attaccamento, può apparire freddo, distaccato ed autosufficiente, e non è consapevole delle emozioni connesse con il bisogno di attenzione e accudimento (Bowlby 1988; Jellema 2000). Lo schema che si attiva più facilmente è *Sé autosufficiente/altro distante e indifferente* (Dimaggio et al. 2002). Gabbard (1998) nota come l'analista reagisca frequentemente con noia quando percepisce come inutile il proprio ruolo a fronte di un paziente che ostenta autosufficienza. Modell (1984) osserva che questi pazienti sono "chiusi in un bozzolo" e si proteggono dallo stress psicologico non entrando in relazione.

3) *Idealizzazione e riconoscimento reciproci*, una sorta di convivenza ideale che amplifica il senso di valore personale e di onnipotenza sia del sé che dell'altro (Kohut 1971, 1977; Ornstein 1998). Ryle e Kerr (2002) definiscono questo schema *sé ammirato vs altro che fornisce ammirazione*. Il sé si sente ammirato dall'altro; questo assicura un senso di coesione e consolida l'idea che il sé sia eccezionale. Il sé è abile nel fornire ammirazione all'altro, che assume la funzione di un mentore ideale che aiuterà il sé nel perseguire un obiettivo grandioso. In una fase iniziale quindi il sé ammira l'altro e gli attribuisce uno status speciale, e l'altro può restituire questa ammirazione. Un insegnante può per esempio accogliere questa ammirazione da parte di un allievo che a sua volta si convince di essere il discepolo preferito. Kohut (1971) e Benjamin (1996) notano che l'esigenza di ammirazione e riconoscimento speciale che il paziente mostra può spingere il terapeuta a creare con il paziente un clima di mutuo plauso e di critica nei confronti del resto del mondo.

Quelli descritti sono gli schemi interpersonali maggiormente enfatizzati dalla letteratura. Coerentemente con l'esperienza clinica, è però possibile delineare un'altra serie di schemi che ci sembrano in genere sottovalutati, o che, se pur descritti con diverse terminologie, necessitano di maggiore attenzione e di un'analisi sistematica. Si tratta di schemi che rientrano in due aree problematiche complesse, strettamente interconnesse, che denominiamo *dipendenza disfunzionale* e *scarsa agentività*. La dimensione della *dipendenza disfunzionale* non compare affatto nella descrizione del DSM (2000), che enfatizza invece la pervasività di caratteristiche di grandiosità e disprezzo. I pazienti narcisisti sono spesso descritti come bisognosi di ammirazione, indipendenti, incapaci di stabilire legami di attaccamento, e nel complesso non bisognosi di aiuto quando sottoposti a stress (Kernberg 1975). Al contrario, Kohut (1971, 1977) vede alle radici nella grandiosità ed ipervitalità del narcisista una bassa autostima, un profondo senso di indegnità, il timore del rifiuto ed un'incessante ricerca di riscontro, che denota un bruciante desiderio di rassicurazione e un senso di devitalizzazione e passività. Kohut descrive un individuo vulnerabile, che tende a frammentarsi a causa della mancanza di risposte empatiche alle proprie esigenze affettive nelle fasi precoci dello sviluppo. Nella descrizione di Kohut quindi, l'investimento nel sé grandioso rappresenta una reazione adattativa al fallimento del processo di sviluppo di una forma funzionale di dipendenza. L'osservazione clinica sembra confermare questa linea (Salvatore et al. in stampa), suggerendo che il paziente narcisista tende a sperimentare stati di frammentazione (Kohut 1971, 1977) dissociazione o rabbia (Dimaggio et al. 2008) quando percepisce che l'altro non sostiene i suoi piani o si sente rifiutato.

Con *scarsa agentività* intendiamo che le azioni e le scelte della vita quotidiana non sono associate alla sensazione di essere internamente generate. Diversamente dai pazienti schizofrenici, cui può venir meno la percezione preconsocia che i loro pensieri siano generati nella loro mente e le azioni che intraprendono siano sotto il loro controllo conscio (Frith 1992; Lafargue et al. 2006), i pazienti narcisisti non lamentano la presenza di forze aliene che controllano le loro

idee o i loro corpi. Hanno comunque una compromissione di quello che è stato denominato *senso di agentività di ordine complesso* (Dimaggio et al. 2009) corrispondente a un senso di agentività esistenziale evidenziabile nelle ricostruzioni narrative che la persona fa della propria esperienza (Gallagher 2003; in stampa). Per esempio, un paziente riconosce che nella propria mente esistono l'idea e lo stimolo di compiacere sua moglie, ma può essere incapace di cogliere coscientemente l'origine interna di questo desiderio e che esso non nasce dal ruolo astratto e imprescindibile di "buon marito".

Dipendenza disfunzionale e scarsa agentività sembrano strettamente interconnesse. Se il supporto dell'altro viene a mancare, il narcisista tende a divenire passivo oppure si isola, e diviene nel contempo incapace di perseguire i propri scopi di vita (Robins e Beer 2001). Da questo consegue che molti aspetti della patologia narcisistica possono essere ritradotti come una forma di dipendenza patologica e scarsa agentività, e che, una volta che gli aspetti più strettamente legati alla grandiosità del sé o all'autostima sono stati trattati con successo, lo scopo principale della terapia dovrebbe essere quello di promuovere l'autonomia ed un senso più solido di agentività personale (Dimaggio in stampa).

In questo lavoro descriveremo nel dettaglio gli schemi interpersonali attinenti a queste dimensioni problematiche attraverso l'analisi di frammenti di sedute con due diversi pazienti che rispondono ai criteri per il DNP. Nella nostra analisi faremo riferimento al Tema Relazionale Conflittuale Centrale (Core Conflictual Relationship Theme; CCRT; Luborsky e Crits-Christoph 1998), uno strumento di ricerca costruito per rilevare i pattern interpersonali specifici nelle narrazioni dei pazienti in psicoterapia individuale. 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*. Nelle nostre ricostruzioni di schema includeremo le procedure per il raggiungimento degli scopi nella transazione interpersonale (Ryle e Kerr 2002).

Infine descriveremo le implicazioni della nostra analisi per la relazione terapeutica, soffermandoci in particolare sulle previsioni che il terapeuta può fare riguardo alla rappresentazione che il paziente – sulla base dei suoi schemi attivi – avrà del terapeuta stesso. Mostriamo come tali previsioni possono essere di ausilio per evitare interventi che confermano lo schema ed in generale per illuminare l'agire clinico.

Il caso di Paolo

Paolo ha 36 anni e risponde ai criteri per il DNP. Ha conseguito un dottorato post-laurea e desidera continuare la carriera universitaria. Ricerca la terapia a causa di frequenti attacchi di panico e di un cronico senso di vuoto. Nelle prime fasi della terapia le sue narrazioni – caratterizzate dal tipico stile narrativo del narcisista, distaccato ed intellettualizzante (Dimaggio et al. 2007, 2010) – vertono interamente sul suo rapporto con una ex-allieva (per un breve periodo Paolo ha insegnato Italiano in una scuola di lingue per studenti stranieri), con cui il rapporto si è recentemente interrotto. La dinamica della relazione è peculiare: Paolo ricerca l'altra mostrando un'immagine di sé disinteressata e amichevole; quando l'altra lo accetta di instaurare la relazione su questa base, Paolo ricerca maggiore esclusività e intimità, e diviene rabbioso e rivendicativo quando lei non soddisfa le sue richieste affettive; a questo punto l'altra si disingaggia dalla relazione e Paolo la ricerca in uno stato di agitazione, che esita nuovamente nell'offerta di un aiuto disinteressato. Il ciclo ricomincia.

Da questa descrizione si evincono alcuni dei comportamenti tipici della dipendenza patologica

(Bornstein 1993, 1998, 2005; Carcione e Conti 2007; Salvatore et al. in stampa), come l'intenso desiderio di supporto, le strategie relazionali di presentazione di sé tese a rafforzare il legame con gli altri significativi, e la ricerca dell'altro operata in uno stato di urgenza e spesso di rabbia rivendicativa quando si configura la minaccia di abbandono.

Seduta n. 5

Pz.: [...] giovedì la professoressa dell'università [...] mi dice qui ci sono dei fondi... ti interessa? E certo che sì. [...] All'università mi vedo al mio posto. La scuola la considero il rifugio dei falliti.

T.: uhm! Che ha provato quando la professoressa le ha ventilato questa possibilità?

Pz.: eh, non so... comunque la prima cosa che ho fatto, ho chiamato Chiara

T.: e che sentiva e che pensava mentre le parlava di questa prospettiva?

Pz.: ero contento [...] anche considerando il fatto che Chiara è stato un fattore fondamentale per il mio autoriconoscimento

Lo schema evidenziabile in questo estratto può essere così ricostruito: *sé desidera provare un senso elevato di valore personale e sentirsi ammirato* e – probabilmente in mancanza di figure interiorizzate che validino le sue azioni e supportino un senso personale di autostima stabile - cerca supporto da un *altro rappresentato come disposto a fornire ammirazione*; in risposta il *sé si sente efficace*. La rilevanza affettiva dell'altro è pertanto regolata dall'intenso bisogno che l'altro riconosca il valore personale. Il sé grandioso ricerca attivamente un'amplificazione attraverso il riconoscimento ricevuto dall'altro. Il prosieguo della seduta permette di approfondire la nostra analisi:

Pz.: perché nel momento in cui io mi sento riconosciuto in ciò che voglio fare, cioè l'università, forse Chiara acquista meno importanza.

T.: ma lei Paolo effettivamente percepisce un senso di maggiore distacco da Chiara in questo momento?

Pz.: io, sì, ma semplicemente perché mi sono stancato. [...] Cioè prima non mi ponevo più la domanda chi è questa persona, adesso me la pongo di nuovo. Ed è lo stesso stato d'animo che io vivevo un anno fa cioè appena ci conoscevamo.

È possibile ipotizzare che in Paolo vi siano due scopi paralleli: essere autonomo nel perseguire il proprio desiderio, anche connotato grandiosamente, e percepire un senso di autostima elevata. Il primo scopo è ostacolato dalla mancanza di *agentività* personale, ossia la capacità di raccogliere degli indicatori interni (emozioni, desideri, punti di vista, previsioni ecc.) e utilizzarli come guida nell'azione, in modo da rendere l'azione stessa sistematica e costante e da affrontare funzionalmente gli ostacoli allo scopo stesso. L'ammirazione dell'altro (Chiara era una sua studentessa) permette di perseguire il secondo scopo anche in assenza del perseguimento del primo. Essa vicaria la mancata capacità di persistere nel perseguire i propri scopi anche a fronte di frustrazioni e sostiene così autostima su livelli elevati. In questo ultimo frammento di seduta è possibile notare come Paolo, raggiunti entrambi gli scopi (il primo grazie ad un evento esterno, il secondo perché attivamente perseguito), non percepisce più il bisogno dell'altro: il desiderio di provare un senso elevato di valore personale viene soddisfatto dal nuovo status e ben presto questo desiderio non necessita più di un sostegno esterno di natura relazionale. Può anche osservare l'altro sotto una luce sprezzante. Il distacco – anche improvviso – dalla relazione è l'esito più probabile. Nel seguito della seduta il terapeuta riassume e riformula lo schema in un

modo che il paziente trova appropriato.

T.: quando lei si trovava in una posizione di diciamo di riferimento, cioè era il suo insegnante...

Pz.: ero ancora nel dottorato, e non ero nel pieno della crisi... (pausa) sì su questo ci ho riflettuto cioè vuoi vedere che questa posizione di forza per la notizia dell'università mi ha riportato in quella stessa...

T.: e infatti questo io volevo capire...

Pz.: no, ma il pensiero è brutto non mi è piaciuto, però è come se fin quando ero un insegnante di scuola, cerco Chiara...

T.: uhm!

Pz.: ... nel momento in cui sono un insegnante universitario sorge la domanda "perché devo cercare Chiara!?". È una cosa brutta (ride), è strano che mi venga sta cosa perché non è un discorso classista assolutamente...

T.: diciamo se ho capito bene Chiara diventa meno importante per lei nel momento in cui lei sente di essere più vicino ad una posizione di forza, di prestigio. In questo dobbiamo anche inserire che lei ha avuto un impulso forte a far sapere a Chiara che stava riprendendo questa posizione di prestigio. Poi subito dopo lei sentiva di muoversi più liberamente nella relazione, tanto che faceva anche riflessioni più critiche sul rapporto [...], sugli aspetti negativi di Chiara. Quindi forse [...] un impulso fondamentale nel suo rapporto con Chiara si può pensare che è anche quello di farsi riconoscere, avere la sensazione che l'altro percepisce il suo valore...

Pz.: (pausa) Sì, può essere... (pausa) e in questo c'entra pure il fatto di mio padre? perché una volta osservavo... che quando non mi sento riconosciuto divento come un bambino [...].

In sintesi quindi lo schema descritto di dipendenza dall'altro assume la valenza di una procedura di coping interno rispetto a un senso basilico di bassa autostima e scarsa agentività. Questo schema assume sfumature diversificate in linea con le oscillazioni dell'autostima, a loro volta dipendenti dagli eventi esterni. Nelle fasi in cui predomina una bassa autostima (come all'inizio della terapia e subito prima di ricevere la notizia della prospettiva di incarico universitario), Paolo esperisce uno stato depressivo (Dimaggio et al. 2007), in cui è pervaso dalla consapevolezza del collasso della propria immagine grandiosa. In questo frangente la presenza dell'*altro che fornisce ammirazione* acquisisce la funzione di escludere dalla coscienza la rappresentazione temuta di sé-fallimentare. In questo contesto Paolo tende a ricercare pressantemente l'altro (in realtà della sua attenzione esclusiva ed ammirante) e a diventare rabbioso e rivendicativo se l'altro si sottrae dalla relazione confermando così la percezione negativa di sé. Questa rabbia rappresenta uno stato mentale di transizione (Dimaggio et al. 2002), che si attiva quando l'altro esprime rifiuto o ostacola i suoi scopi, ed ha la funzione nell'economia mentale di evitare lo shift verso lo stato depressivo, in cui, invece di biasimare l'altro, il narcisista collassa sotto la percezione personale di scarso valore personale. Nelle fasi di rabbia la mancata risposta dell'altro al desiderio di ammirazione o di attenzione speciale, specialmente quando un successo sperato si fa attendere, rende possibile la repressione della minaccia dello stato depressivo attraverso un'attribuzione delle cause di sofferenza all'esterno, ossia al comportamento rifiutante dell'altro. Il disingaggio dell'altro dalla relazione viene quindi letto dal soggetto come un'ingiustizia, un riconoscimento negato al proprio valore speciale, che non è molto diverso dal mancato riconoscimento del proprio valore superiore da parte del mondo. In questo caso è facile che si attivi lo schema temuto, ossia *sé inefficace e fallimentare vs altro che nega attenzione e ammirazione confermando il fallimento*.

Il caso di Federico

Federico è un giovane e brillante manager di 27 anni che risponde ai criteri del DNP e del Disturbo ossessivo compulsivo di personalità. A complicare il quadro clinico vi sono inoltre significativi tratti paranoidi. Il motivo per cui ricerca la terapia è a primo acchito difficile da decifrare. Secondo la sua opinione non c'è quasi nulla che non vada. Ha successo nel suo lavoro, ha una relazione da nove anni con una donna che ama e rispetta, ma che ha insistito molto affinché Federico intraprenda una terapia. In realtà Federico è un narcisista con standard perfezionistici ed un bisogno cronico di controllo. Quando crede che il suo operato non corrisponde ai suoi elevati standard personali, egli tende a disprezzare moralmente se stesso. Descrive i suoi problemi in modo astratto e teorizzante, mostrando una difficoltà a fornire episodi autobiografici a supporto. Lamenta un generico senso di disagio che ascrive al fatto che i suoi “conflitti interiori” stanno emergendo in superficie ora perché la sua vita è meno frenetica e avventurosa rispetto al passato, grazie alla stabilità raggiunta nel suo rapporto sentimentale e nel suo lavoro. Misura ogni parola che dice e mantiene un costante controllo delle proprie emozioni, che vive come disturbanti e difficili da identificare. Teme costantemente che se agisce spontaneamente ne avrà un danno a causa della ritorsione degli altri. Questo ha determinato una significativa coartazione nella sua espressione emozionale ed una mancanza di spontaneità.

Questi problemi configurano una forma significativa di disfunzione dell'agentività, consistente nel fatto che le azioni generate internamente sono represses o evitate. Nell'esempio che segue emerge un episodio prototipico che spiega come l'agentività sia stata, durante la storia di sviluppo, attivamente soppressa in quanto implicava conseguenze pericolose in termini interpersonali (si veda Dimaggio et al. 2010 per una descrizione dettagliata della terapia di Federico).

Seduta n. 7

F: “Avevo avuto i voti migliori di tutto il liceo. Quando li ho visti ero entusiasta. Ho telefonato a mio padre e gli ho detto: “Forse potrei fare una bella vacanza”. Mio padre ha reagito come se fossi pazzo: “E sì. Mandiamo tutto all'aria. E adesso è tutto permesso, saltano tutte le regole, vero?” [...] Era così anche con i miei genitori. Finché ero spontaneo era un casino totale. Quando mi sono detto: “facciamola funzionare” le cose sono cominciate ad andare meglio.” [...] “Mia madre interiorizza tutto e poi... esplose... una volta mi ha tirato una scarpa mentre ero piccolo e giocavo in cucina e... ha rotto la finestra [...] “Mio padre aveva... più autocontrollo... ma era molto più minaccioso... nella nostra casa lo scarico del bagno non funzionava... un minuto dopo arriva mio padre e mi dà uno schiaffo. Mia madre ha detto: “No, non funziona. Ho provato prima io”. Sento di essere stato ferito ingiustamente... e ho soggezione per lui”.

In una fase successiva della terapia Federico, rievocando il medesimo episodio, riconosce come dietro la rabbia del padre si celasse una profonda paura legata al senso imminente di un caos pericoloso e senza controllo, e che nell'episodio appena descritto si era sentito in colpa per la richiesta di fare la vacanza e aveva quasi perso il desiderio di farla.

In termini di CCRT, a guidare Federico nel mondo sembrano esservi quindi due schemi sensibilmente differenti, che hanno uguale esito negativo sull'agentività. Il primo si può così definire: *il sé ha desiderio di autonomia ed esplorazione* ma sa che se mostra spontaneamente le sue emozioni e propensioni *l'altro si mostra critico, aggressivo e nega il supporto invalidandolo*; in risposta *il sé prova paura e soggezione e controlla emozioni e comportamento, rinunciando all'esplorazione e bloccando i piani spontanei autogenerati*. Il secondo schema si può invece così

definire: *il sé ha desiderio di autonomia ed esplorazione* ma sa che se mostra entusiasticamente le sue emozioni e propensioni *l'altro si spaventerà e soffrirà*; in risposta *il sé prova colpa e perde convinzione nel desiderio, rinunciando all'esplorazione e bloccando i piani spontanei autogenerati*. L'esito finale comune a entrambi gli schemi sarà l'inibizione dell'agentività e dell'autonomia personale.

Alcune sedute dopo Federico racconta di attraversare un momento di tensione con la sua ragazza. Le ha detto entusiasticamente che ha ricevuto un'offerta di lavoro all'estero in uno studio leader del settore. Lei ha verbalmente supportato il suo progetto, ma è gli è sembrata triste a causa della separazione. Sulla base di questa impressione, Federico l'ha accusata rabbiosamente di ridurre la sua libertà personale. L'esplorazione successiva mostrerà come Federico si sia sentito in colpa a causa della sofferenza percepita nella fidanzata e abbia vissuto il senso di colpa come un ostacolo all'idea, a lui cara, di raggiungere il lavoro dei suoi sogni. Nel lavoro successivo in seduta, Federico e il terapeuta associano questo episodio alla paura del padre nel momento in cui Federico aveva manifestato l'idea di fare una vacanza dopo avere avuto un brillante successo scolastico. Negli episodi successivi Federico riconoscerà, in prossimità dei colloqui di selezione, il supporto ricevuto dalla ragazza e le sarà grato.

Implicazioni per la psicoterapia: la posizione emotiva del terapeuta

Riteniamo che la dipendenza disfunzionale costituisca un pericolo per la terapia già (e soprattutto) dalle prime fasi, se il terapeuta reagisce al bisogno di ammirazione e attenzione speciale del paziente con un atteggiamento distaccato, distanziante o addirittura competitivo. Con Paolo, il terapeuta sperimenta una forte sollecitazione interna a esprimere la propria disapprovazione per il comportamento del paziente verso Chiara e a "smascherare" la tendenza di Paolo a trattare un rapporto umano come strumento di alimentazione della propria autostima. Il terapeuta prova inoltre in diverse occasioni una forte irritazione per lo stile narrativo di Paolo, così astratto e teorizzante, per l'impressione che il paziente monopolizzi il dialogo col fine di presentare all'interlocutore una versione romanzata ed epica della sua vita. Se il terapeuta costruisse la sua azione sulla base di questo assetto cognitivo-emotivo, finirebbe probabilmente per mascherare un'intenzione comunicativa ostile e giudicante dietro interventi apparentemente corretti sul piano formale (e.g., sollecitazione a comprendere lo stato mentale di Chiara in risposta alle sue azioni, interpretazione della bassa autostima che muove il bisogno di ammirazione da parte dell'altro, interpretazione dello stile narrativo enfatico e teorizzante come bisogno di ricevere ammirazione da parte del terapeuta, ecc) ma iatrogeni per l'intemperatività della loro somministrazione. Intervenendo in questo modo il terapeuta non farebbe altro che incarnare *l'altro che nega attenzione e ammirazione confermando il fallimento ad un sé inefficace e fallimentare*. La conseguenza più probabile è che il paziente entrerebbe in uno stato rabbioso funzionale a sovraregolare lo stato depressivo incombente per il viraggio negativo dell'autostima. Il drop-out in un clima altamente competitivo sarebbe l'esito più ovvio. Al contrario, alla luce di queste considerazioni ed in linea con Kohut (1971), riteniamo che il terapeuta debba riuscire ad incarnare nella relazione con il paziente, soprattutto nelle fasi iniziali della terapia, *l'altro disposto a fornire ammirazione*, favorendo quello che all'inizio del nostro lavoro abbiamo definito come schema di *idealizzazione e riconoscimento reciproci*. Ciò, oltre a facilitare l'alleanza terapeutica, costituisce l'unica via attraverso cui inizialmente il paziente può stabilire una relazione di cura che si avvicini ad un clima paritetico. Questo non significa

che il terapeuta debba inibire le sue emozioni negative verso il paziente e simulare ammirazione. Riteniamo che il terapeuta debba invece rileggere la propria posizione emotiva alla luce degli schemi attivi nel paziente. Il terapeuta di Paolo dapprima disciplina la sua disposizione negativa verso il paziente, evitando interventi invalidanti e potenzialmente iatrogeni (Safran e Segal 1990; Safran e Muran 2000; Semerari 1999); riconduce poi tale disposizione allo schema del paziente e alla tendenza ad assumere il ruolo complementare al sé del paziente nello schema negativo. Orienta quindi la sua disposizione interna per favorire l'attivazione dello schema positivo del paziente; dapprima ricerca un'area di comune interesse, e poi esprime una sincera curiosità per gli studi umanistici di Paolo, dedicando ampi spazi di alcune sedute alla discussione piacevole di temi condivisi. Queste operazioni del terapeuta permettono a Paolo di muoversi su un terreno emotivo sicuro e consolidano la relazione, permettendo in seguito a Paolo di riflettere costruttivamente sul significato della sua dipendenza, come si evince dall'ultimo brano di seduta da noi presentato.

Rispetto alla scarsa agentività, una delle tendenze iatrogene in cui il terapeuta può incorrere è quella di misconoscere lo schema ed invalidare la domanda implicita del paziente di ricevere un riconoscimento della propria autonomia. Il passaggio in cui Federico racconta l'episodio della proposta di lavoro e della reazione apparentemente negativa della fidanzata è molto delicato. Il terapeuta coglie la rilevanza dello stato di distacco e rabbia che Federico manifesta verso la fidanzata, Monica, colpevole di aver reagito con tristezza al suo entusiasmo per la nuova prospettiva di lavoro. Il terapeuta coglie la propria tendenza immediata a prendere le parti di Monica. Capisce che Federico non ha saputo leggere obiettivamente la mente dell'altro e vorrebbe stimolarlo a comprendere meglio il punto di vista di Monica: la tristezza di Monica è comprensibile e molto probabilmente non implica la volontà di ostacolare i progetti di Federico. Mentre queste valutazioni si declinano rapidamente nella mente del terapeuta, egli nota anche che l'atteggiamento di Federico in seduta è inspiegabilmente teso e controllato. Il terapeuta intuisce che questo è un momento in cui la relazione terapeutica è seriamente a rischio. Se egli modellasse i suoi interventi sulle tendenze all'azione che ha colto nel suo animo, Federico lo percepirebbe come incapace di comprendere il suo punto di vista o addirittura ostile. Il terapeuta incarnerebbe probabilmente agli occhi di Federico *l'altro che reagisce in modo critico e invalidante e/o nega il suo supporto al sé che mostra un desiderio di autonomia ed esplorazione*.

Questo riprodurrebbe lo schema disfunzionale esemplificato dall'episodio con il padre, e riattivato nella relazione con la fidanzata. Con l'attivazione di questo schema probabilmente il paziente sperimenterebbe rabbia e senso di colpa nella relazione terapeutica e percepirebbe il terapeuta come ostile. L'alleanza terapeutica subirebbe una frattura. Come nel caso di Paolo, il terapeuta attua invece le procedure di disciplina interiore evitando di assecondare la propria tendenza a prendere le parti di Monica, e rilette sulla propria posizione emotiva alla luce degli schemi attivi nel paziente. Si concentra quindi sul bisogno ricorrente di supporto e approvazione di Federico, sulla sua difficoltà ad auto-validare i suoi stessi piani in assenza di ammirazione ed entusiasmo da parte dell'altro e sulla sua idea per cui se agirà spontaneamente – in questo caso perseguendo un desiderio – l'altro significativo ne soffrirà irrimediabilmente.

Il terapeuta valida poi il desiderio di Federico di perseguire mete importanti nel suo lavoro e commenta come egli sia dominato sia dall'idea di non aver diritto di perseguire tali mete, sia dalla rabbia che si attiva quando percepisce che gli altri lo stiano ostacolando, sia dal senso di colpa che si attiva quando sente che i suoi progetti di vita creano sofferenza all'altro. Federico è d'accordo. Il terapeuta esprime quindi l'ipotesi che non sia stata la sofferenza reale di Monica a causare la rabbia e il distacco di Federico, ma il riprodursi di uno schema in cui Federico

si confronta con una figura affettivamente significativa che soffre (il padre, la fidanzata), o si mostra ostile (il padre) in risposta al bisogno di autonomia di Federico.

Nel complesso, il terapeuta non evita semplicemente di incarnare il ruolo dell'altro invalidante e critico rispetto al bisogno di autonomia del sé, ma assume attivamente il ruolo inverso di *altro che valida il bisogno di autonomia personale e promuove il senso di agentività*. Federico sembra trarre notevole sollievo da questa posizione del terapeuta. Egli comprende che il vero problema non sta negli ostacoli relazionali che i suoi progetti di vita incontrano, ma nella sua tendenza, radicata nella storia di sviluppo, a provare senso di colpa e quindi rabbia se non esplicitamente supportato nel suo bisogno di autonomia. Ben presto realizza quanto in realtà la sua relazione con Monica sia solida e quanto lei non sia intenzionata a negargli il suo supporto. Accetta la proposta di lavoro.

Conclusioni

In questo lavoro, attraverso l'analisi di due casi clinici, abbiamo descritto gli schemi interpersonali disfunzionali correlati con due aspetti problematici strettamente interconnessi e spesso co-presenti nel disturbo narcisistico di personalità: dipendenza disfunzionale (Salvatore et al. in stampa) e scarsa agentività. Questi problemi non sono contemplati dalla nosografia, e la letteratura recente sul narcisismo non li analizza sistematicamente, e comunque molto meno rispetto alla grandiosità. Abbiamo effettuato la nostra analisi utilizzando come griglia di lettura il CCRT, che individua una serie di elementi strutturali che compongono gli schemi stessi: 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*. Nel lavoro su queste due aree problematiche, il terapeuta deve prestare una particolare attenzione al ruolo che può acquisire agli occhi del paziente sulla base degli schemi che guidano la sua costruzione del mondo. Questa regola ha un carattere generale. In altre parole, il terapeuta dovrebbe chiedersi sistematicamente, soprattutto nelle fasi iniziali della terapia, quali sono le *rappresentazioni dell'altro* che egli può incarnare per il paziente, e le potenziali azioni negative per il trattamento che egli può di conseguenza compiere. Deve quindi assumere attivamente una posizione alternativa che non sia *schema confirming* ma tenda al contrario a porre il paziente in relazione con un *altro* che accoglie il suo bisogno implicito, gettando le basi per la costruzione di uno schema funzionale alternativo.

Riteniamo il motto di Bromberg (1998) "*Chi sta parlando con chi?*" molto utile nel guidare l'azione terapeutica. Durante il flusso del dialogo, il clinico può chiedersi quale rappresentazione di sé del paziente sta parlando con quale rappresentazione di sé del terapeuta. È sulla scena un bambino bisognoso dell'attenzione di un adulto che sovraccarico e rabbioso? È sulla scena un sé che per ottenere attenzione diviene seduttivo verso un altro che a sua volta ha bisogno di esser gratificato per il suo valore speciale? La relazione terapeutica assume quindi l'aspetto di una danza complessa in cui differenti partner si incontrano, danzano insieme per un po', e poi si separano. Alcune "coppie" funzionano bene, altre si rivelano problematiche, in quanto i partner non riescono a cooperare per rendere armoniosa la danza.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM*, 4th ed. Text Revision. APA, Washington, DC.
- Akhtar S, Thomson JA (1982). Overview: Narcissistic Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry* 139, 1, 20-41
- Benjamin LS (1996). *Interpersonal Diagnosis and Treatment of Personality Disorders*, 2nd edition. Guilford, New York.
- Bornstein RF (1993). *The dependent personality*. Guilford, New York.
- Bornstein RF (1998). Dependency in the personality disorders: Intensity, insight, expression, and defense. *Journal of Clinical Psychology* 54, 175-189.
- Bornstein RF (2005). *The Dependent Patient: A Practitioner's Guide*. American Psychological Association, Washington, DC.
- Bowlby J (1988). *A Secure Base*. Routledge, London. Tr. it. *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1989.
- Bromberg PM (1998). *Standing in the spaces: Essays on clinical process, trauma and dissociation*. Analytic Press, New Jersey.
- Carcione A, Conti L (2007). Dependent personality disorder: model and treatment. In G Dimaggio, A Semerari, A Carcione, G Nicolò, M Procacci (Eds) *Psychotherapy of Personality Disorders. Metacognition, States of Mind and Interpersonal Cycles*, pp. 116-152. Brunner/Routledge, London.
- Dimaggio G (in stampa). Assessment of dysfunctional interpersonal schemas, avoidance of intimacy and lack of agency as key issues for treating narcissism: A commentary on Ronningstam's "Narcissistic Personality Disorder". *Personality and Mental Health*
- 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 model of Narcissism. *Journal of Psychotherapy Integration* 12, 421-451.
- Dimaggio G, Fiore D, Lysaker PH, 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, Semerari A, Carcione A, Nicolò G, Procacci M (2007). *Psychotherapy of Personality Disorders: Metacognition, States of Mind and Interpersonal Cycles*. Routledge, London.
- 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, Vanheule S, Lysaker PH, Carcione A, Nicolò G (2009). Impaired self reflection 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, Salvatore G, Nicolò G, Fiore D, Procacci M (2010). Enhancing mental state understanding in the over-constricted personality disorder with Metacognitive Interpersonal Therapy. In G Dimaggio, PH Lysaker (eds) *Metacognition and severe adult mental disorders: From basic research to treatment*, pp. 247-268. Routledge, London.
- Frith CD (1992). *The cognitive neuropsychology of schizophrenia*. Hove, UK, Erlbaum. Tr. it. *Neuropsicologia cognitiva della schizofrenia*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1995.
- Gabbard GO (1998). Transference and countertransference in the treatment of narcissistic patients. In EF Ronningstam (Ed), *Disorders of narcissism: Diagnostic, clinical, and empirical implications*, pp. 125-145. American Psychiatric Press, New York.

- Gallagher S (2003) Self narrative in schizophrenia. In T Kirshner, A David (eds) *The self in neuroscience and neuropsychiatry*, pp. 336-353. Cambridge University Press, Cambridge.
- Gallagher S (in stampa). *Multiple aspects in the sense of agency. New Ideas in Psychology*.
- Jellema A (2000). Insecure Attachment States: Their Relationship to Borderline and Narcissistic Personality Disorders and Treatment Process in Cognitive Analytic Therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 7, 138-154.
- Horowitz MJ (1987). *States of mind. Configurational analysis of individual psychology 2nd edition*. Plenum Press, New York.
- Kernberg OF (1975). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. Jason Aaronson, New York.
- Kernberg OF (1998). Pathological narcissism and narcissistic personality disorder: Theoretical Background and diagnostic classification. In EF Ronningstam (ed) *Disorders of narcissism: Diagnostic, clinical, and empirical implications*, pp.29-51. American Psychiatric Press, New York.
- Kohut H (1971). *The analysis of the self*. International University Press, New York. Tr. it. *Narcisismo e analisi del Sè*. Bollati Boringhieri, Torino 1977.
- Kohut H (1977). *The restoration of the self*. International University Press, New York. Tr. it. *La guarigione del Sè*. Bollati Boringhieri, Torino 1980.
- Lafargue G, Franck N, Sirigu A (2006). Sense of motor effort in patients with schizophrenia. *Cortex* 42, 711-719.
- Luborsky L, Crits-Christoph P (1990). (Eds.). *Understanding transference: The CCRT Method*. Basic Books, New York. Tr. it. *Capire il transfert*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1993.
- Modell AH (1984). *Psychoanalysis in a New Context*. International University Press, Inc, New York. Tr. it. *Psicoanalisi in un nuovo contesto*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1990.
- Ornstein PH (1998). Psychoanalysis of Patients with primary self-disorder. In EF Ronningstam (Ed.), *Disorders of narcissism: Diagnostic, clinical, and empirical implications*, pp. 147-169. American Psychiatric Press, New York.
- Robins RW, Beer J (2001). Positive illusions about the self: Short term benefits and long-term costs. *Journal of Personality and Social Psychology* 80, 340-352.
- Ryle A, Kerr I (2002). *Introducing cognitive analytic therapy. Principles and practice*. Wiley, Chichester.
- Safran JD, Segal ZV (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. Basic Books, New York. Tr. it. *I processi interpersonali nella terapia cognitiva*. Feltrinelli, Milano 1993.
- Safran JD, Muran JC (2000). *Negotiating the therapeutic alliance. A relational treatment guide*. Guilford, New York. Tr. it. *Teoria e pratica dell'alleanza terapeutica*. Laterza, Bari 2003.
- Salvatore G, Carcione A, Dimaggio G (2011). The dependent self in Narcissistic Personality Disorder: a dialogical analysis. *International Journal of Dialogical Science* (in stampa).
- Semerari A (1999). *Psicoterapia del paziente difficile*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Young JE, Klosko JS, Weishaar ME (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford, New York.