

L'intervento fatto Cynthia Shilkret al convegno internazionale sulla Control - Mastery Theory, organizzato a Savoca (Sicilia) nell'Ottobre del 2019<sup>1</sup> dal Control-Mastery Theory – Italian Group (CMT-IG) e dal San Francisco Psychotherapy Research Group (SFPRG)

## Il Trattamento dei Pazienti Narcisistici

Oggi vi parlerò del trattamento delle persone con significative vulnerabilità narcisistiche. La CMT ha sempre sottolineato l'importanza del senso di sicurezza nella relazione terapeutica. Ma sentirsi al sicuro è particolarmente difficile per i pazienti con patologia narcisistica. A causa delle loro passate esperienze di umiliazione, questi pazienti vedono la psicoterapia (e le relazioni intime) come situazioni in cui potrebbero essere umiliati. E, più in particolare, avvertono il pericolo di essere umiliati dalle interpretazioni fatte dal terapeuta perché le vivono come una prova del loro essere vergognosamente difettosi in quanto gli comunicano qualcosa su se stessi che non loro sanno già.

La patologia narcisistica può essere collocata lungo un continuum. I pazienti con patologia narcisistica meno grave spesso sono in grado di contrastare i loro sentimenti di umiliazione, e per questa ragione riescono a tollerare le interpretazioni. Inizierò descrivendo dei brevi esempi di pazienti che avevano modi diversi dimostrare che sapevano qualcosa che il terapeuta non sapeva per contrastare la vergogna che provavano per il fatto che gli venivano dette cose su di sé che non sapevano già.

**Max.** Max era un insegnante di mezza età. Sua madre era stata ammalata per la maggior parte della sua infanzia ed era morta quando lui aveva dodici anni. Suo padre, sia a causa di questo lutto sia a causa di una pre-esistente patologia del carattere, apparentemente non riusciva ad affrontare i problemi della vita, era ritirato, trascurava fisicamente Max e ridicolizzava i suoi tentativi di

---

<sup>1</sup> Questo intervento, come in genere accadeva con gli interventi di Cynthia, in realtà è stato più lungo perché spesso lei si interrompeva e forniva ulteriori esempi e dettagli clinici che non aveva messo per iscritto.

sviluppare un rapporto intimo con lui, facendolo sentire solo, umiliato e pieno di vergogna per i suoi desideri.

Max era un “bravo” paziente (era già stato in analisi e sapeva ciò che ci si aspettava da lui). Non aveva difficoltà a parlare e a rispondere ai miei commenti, ma io non potevo dire nulla sui suoi sogni perché se li interpretava da solo e non voleva che io dicessi nulla di più né di diverso rispetto alla sua interpretazione.

**Cristopher.** Cristopher era un prete cattolico di mezza età che aveva iniziato la terapia perché era un incidente che si era verificato alcuni anni prima lo aveva sconvolto. Era stato violentato da un altro prete, una persona che considerava un suo mentore. Lo aveva raccontato a un superiore del suo stesso ordine ma gli era stato detto di dimenticare l'accaduto (era chiaro che l'ordine già sapeva del comportamento predatorio che questo prete aveva nei confronti dei seminaristi). Tra le altre cose, questo incidente aveva riattivato in lui il ricordo di episodi infantili in cui era stato una vittima impotente di intrusioni corporee e sentimenti di vergogna dovuti al fatto che era nato con un problema ortopedico congenito per il quale si era dovuto sottoporre a complesse operazioni chirurgiche nel corso dell'infanzia e dell'adolescenza.

Il modo in cui Cristopher contrastava il pericolo di sentirsi vergognosamente mancante in terapia era farmi piccole lezioni sulle differenze tra i vari ordini di preti. Mentre discutevano di alcuni aspetti della sua vita, iniziava a spiegarmi la storia e gli atteggiamenti dei Domenicani, dei Paolisti, dei Francescani, dei Gesuiti ecc. (era chiaramente un esperto in quest'area, mentre io non lo sono). Quando il suo equilibrio narcisistico si ristabiliva, allora poteva tornare agli elementi dolorosi della sua vita, ai sentimenti di vergogna per la sua omosessualità e alla solitudine schiacciante che avvertiva.

Max and Christopher sono esempi di pazienti che riuscivano a tollerare le interpretazioni nella misura in cui aveva aree di expertise a cui potevano fare appello per contrastare i sentimenti di umiliazione che gli provocava il fatto di essere in terapia. Ma ci sono pazienti più gravi che spesso

non hanno questa capacità. Con loro spesso bisogna affidarsi a quello che Weiss e Sampson hanno chiamato “trattamento per mezzo dell’atteggiamento”. Quando tratta pazienti che non possono tollerare le interpretazioni, il terapeuta deve adottare un atteggiamento che disconferma le credenze patologiche inconsce del paziente senza interpretazione al paziente quali possano essere queste credenze.

Il terapeuta viene testato nelle interazioni quotidiane che si verificano tra lui e il paziente mentre il paziente osserva ogni interazione per capire quale sia l’atteggiamento che il terapeuta ha verso di lui. Poiché la loro assoluta priorità è proteggersi da qualsiasi esperienza di umiliazione, i pazienti con gravi vulnerabilità narcisistiche sono sempre allerta rispetto a qualsiasi segno di critica e sono pronti a iper-reagire a qualsiasi cosa vivano come potenzialmente umiliante. Questo è vero sia nella vita quotidiana sia in terapia.

Così, il terapeuta può trovarsi al cospetto di numerosi esempi del fatto che il paziente si comporta male (ad esempio è maleducato, fastidioso o si sabotava) ma non può esplorarli in modo utile. Data la gravità della patologia narcisistica, la fragilità del paziente e l’incapacità del terapeuta di utilizzare le usuali tecniche di esplorazione e interpretazione, queste terapie progrediscono in modo molto lento. Perciò, un trattamento che si basi prevalentemente sull’atteggiamento va preso in considerazione solo dopo che è diventato del tutto evidente che il paziente reagisce male alle interpretazioni.

**Mary.** Mary aveva iniziato la terapia tra i quaranta e i cinquant’anni lamentando numerose ragioni di insoddisfazioni nella sua vita. Si era laureata in un college prestigioso ma faceva un lavoro di basso livello. Era sovrappeso, ma si sentiva incapace di controllarsi con il cibo. Si sentiva insoddisfatta in ogni area della sua vita, ma non era in grado di modificare nulla. Mary veniva da una famiglia in cui tutti sembravano troppo deboli per far fronte alla vita. Sua madre era davvero malata, il padre non aveva successo nel suo lavoro (cosa che la suocera ricordava spesso) e Mary era considerata troppo fragile per poter giocare con gli altri bambini e si vergognava di se stessa e della sua famiglia. Nel tentativo di affermare se stessa aveva cercato di entrare nell’esercito, ma la sua famiglia si era opposta. La madre era morta poco tempo dopo e suo padre sosteneva che fosse morta di crepacuore.

La difesa che Mary utilizzava contro il suo sentirsi debole in modo umiliante era sentirsi indignata quando qualcuno (il capo, il fidanzato, il padrone di casa) la maltrattava e di conseguenza diventare aggressiva e insultare le persone. Nulla di tutto ciò poteva diventare oggetto di indagine perché Mary finiva per sentirsi anche peggio. Né io potevo empatizzare con lei ed esplorare quanto si sentisse insoddisfatta di sé, perché Mary si sentiva ancora di più una perdente e reagiva diventando incapace di pensare in seduta. Tutto quello che potevo fare era mantenere un atteggiamento positivo per il quale tutte le sue difficoltà potevano essere risolte, cosa che contraddiceva l'atteggiamento di impotenza della famiglia. Nel corso di molti anni di terapia (circa 30) Mary è riuscita a utilizzare il mio atteggiamento per il quale avere dei problemi non era nulla di cui vergognarsi. E questo le ha permesso di rivelarmi questi problemi in modo più dettagliato e anche di chiedermi dei consigli su come relazionarsi agli altri. Mary è diventata sempre più capace di riconoscere il proprio ruolo nel creare le difficoltà che incontrava con le altre persone.

Ma il "trattamento per mezzo dell'atteggiamento" non implica solo il tipo di atteggiamento positivo, supportivo che noi in genere associamo alla terapia.

**Dolores**—Dolores aveva bisogno di un atteggiamento insolito, caratterizzato da una mia mancanza di preoccupazione rispetto a qualsiasi problema presentasse. Aveva iniziato la terapia quando aveva poco più di quarant'anni perché si sentiva un fallimento. Non riusciva né a sostenere una relazione né a conservare un lavoro. Era la più giovane di due sorelle, e quella maggiore era un avvocato di successo, sposata e con figli – in breve, tutto ciò che Dolores non era, come spesso sottolineavano i genitori. La madre e il padre erano estremamente critici e incapaci di apprezzare i suoi successi. Dolores era un'insegnante di scuola elementare che cambiava spesso lavoro. Sembrava una brava insegnante ma cambiava lavoro in modo impulsivo quando veniva criticata o pensava che potesse esserlo. Le sue relazioni intime erano ugualmente caotiche. La terapia di Dolores consisteva nel fatto che lei era estremamente preoccupata e si lamentava di continuo, prima delle altre persone e poi di me, prevalentemente perché secondo lei non capivo i suoi problemi e per questo non le ero utile. A differenza di quanto accadeva nel mio lavoro con Mary, un atteggiamento positivo, supportivo con Dolores non era di aiuto. Mi ci è voluto molto tempo per capire che per lei l'empatia era un segno umiliante del fatto che lei era difettosa, e che i miei tentativi di indagare le sue lamentele, specialmente quelle che mi riguardavano, per lei significavano che io mi stavo preoccupando, e che dunque c'era qualcosa di profondamente sbagliato in lei. A

partire da quel momento ho capito anche che entrambi i genitori erano stati estremamente critici con lei, cosa che aveva contribuito al suoi sentirsi difettosa in modo umiliante.

L'unica cosa che potevo fare era dimostrarle che non ero minimamente toccata dalle sue preoccupazioni e dalle sue critiche. Allora iniziava a calmarsi in seduta e successivamente a essere meno angosciata e impulsiva nella sua vita al di fuori della terapia (a volte mi chiedo cosa direbbero gli esponenti dell'Ordine degli Psicologi se sapessero che la mia paziente poteva venire in seduta e dirmi che voleva uccidersi e la mia unica risposta era "uh huh."). Alla fine riuscì a riconoscere che le critiche della madre avevano contribuito al fatto che si sentiva vergognosamente mancante. E, dopo anni di terapia, mi ha rivelato che la madre, oltre a essere critica, aveva anche episodi di panico estremo, che poi negava. Da piccola Dolores non sapeva come poter restare calma al cospetto dell'agitazione della madre. Ma poi era lentamente riuscita a identificarsi con la mia calma.

È stato estremamente difficile lavorare con questi pazienti e la loro terapia è ha proceduto in modo molto lento. Ma se si tiene a mente l'idea della sicurezza, è possibile comprendere che il paziente fa quello che fa per sentirsi al sicuro e che il nostro atteggiamento può facilitare questo processo.

Un commento conclusivo: questo approccio, con alcune modifiche, può essere utile anche quando supervisionano terapeuti con problemi narcisistici. Per esempio, "la supervisione per mezzo dell'atteggiamento" dovrebbe venirvi in mente se la persona che supervisionate spesso risponde ai vostri commenti dicendo "Lo sapevo già". Ovviamente, non potete non dire nulla e condurre tutta una supervisione servendovi del vostro atteggiamento. Ma assumere un atteggiamento supportivo e inquadrare i vostri commenti come aggiunte piuttosto che come critiche può ridurre l'umiliazione dell'essere supervisionati.

*Traduzione di Francesco Gazzillo*