

# Tratando el aislamiento social y la desregulación emocional en el trastorno de la personalidad narcisista con Terapia Interpersonal Metacognitiva: Un estudio de Caso

Giancarlo Dimaggio, Raffaele Popolo, Giampaolo Salvatore and Sonia, A. Sofia

El trastorno de la personalidad narcisista (TPN) se caracteriza, entre sus aspectos psicopatológicos centrales, por esquemas maladaptativos, deterioro en la percepción de los estados mentales del sí mismo y de los otros, y desregulación emocional. Con el fin de tratarlo con éxito y obtener resultados estables, la psicoterapia debe enfocarse a estos elementos. La Terapia Interpersonal Metacognitiva es un tratamiento de tercera generación (third wave) especializado en trastornos de la personalidad, el cual adopta procedimientos manualizados para ayudar a las personas que sufren TPN a reconocer su estado interior, a tomar conciencia de que ellos son impulsados por esquemas maladaptativos y a utilizar este conocimiento para mejorar la regulación emocional y actuar de acuerdo a sus deseos más íntimos en el ámbito social. Para ilustrar cómo funciona la MIT (por sus siglas en inglés, Metacognitive Interpersonal Therapy), describimos el caso de una mujer a comienzo de sus 20 años quien estaba severamente aislada. El resultado fue bueno, con un cambio clínico confiable en las medidas de evaluación adoptadas y la recuperación de un proyecto de vida.

*Palabras clave: trastornos de la personalidad narcisista; psicoterapia; aislamiento social; metacognición; desregulación emocional.*

## Introducción

<sup>Ψ</sup>El trastorno de la personalidad narcisista (TPN) es una condición debilitadora y difícil de tratar, que con frecuencia es subdiagnosticada. Aunque es susceptible de tratamiento, puede ser difícil de tratar. Además, si el problema relacional no se aborda de la manera adecuada, es probable que haya abandonos de la terapia, siendo la grandiosidad un predictor de la terminación prematura de la misma (Ellison et al., 2013). El TPN, tanto en sus aspectos grandiosos como vulnerables, se asocia con deficiencias significativas tanto en el trabajo como en las relaciones románticas;

los pacientes reportan síntomas y problemas con menos frecuencia que en otras condiciones, pero esto puede deberse a un sesgo para ignorar sus propias vulnerabilidades o para la presentación de una imagen grandiosa socialmente deseable. Sin embargo, los trastornos del estado de ánimo, de hecho, se presentan simultáneamente a menudo, especialmente desde la edad adulta temprana. La comorbilidad de abuso de sustancias y alcohol (Agrawal et al., 2013) y de los trastornos alimenticios también son frecuentes. En el TP narcisista, la tristeza y la vergüenza desreguladas están probablemente en la raíz del riesgo incrementado de suicidio y depresión, en particular en etapas posteriores de la vida (Roningstam, 2009).

Las personas que sufren de TPN ocultan sus sentimientos de indignidad y anticipan la

---

<sup>Ψ</sup> Traducción de Wilson Gallego Hoyos



falta de apoyo de otros; se imaginan que serán rechazados, criticados o marginados de modo que, como consecuencia, se sienten solos. Cuando su status se ve amenazado o temen el rechazo, se auto-refuerzan, atacan, se vuelven menos recíprocos o más aislados socialmente, todos los comportamientos que amenazan seriamente su vida social. Por otra parte, cuando no están buscando grandiosidad o cuando están percibiendo que sus objetivos están lejos de ser alcanzados, pierden la esperanza, se sienten incapaces de comprometerse a cualquier acción que se requiera y eventualmente se sienten desvitalizados y vacíos. Además, el perfeccionismo es una estrategia reguladora prominente para la autoestima de TPN. Los individuos con TPN tienen estándares implacables para mantener un sentido de valía personal y estos estándares también se establecen para otros, quienes luego son derogados cuando no logran satisfacer estas expectativas (Dimaggio et al, 2002). Dado que la perfección es casi la única medida usada para medir su valor, asignan valor a logros seleccionados los cuales si son logrados les garantiza sentir que el yo real y el grandioso coinciden. Esto nunca dura mucho tiempo, debido a que retrocesos mínimos los hieren y reactivan una sensación de inutilidad. Entonces, se eleva el nivel de perfección por alcanzar y el objetivo alcanzado es percibido como inferior al del nuevo ideal (Dimaggio et al., 2002).

Principalmente como resultado de su presentación comportamental, estar en el consultorio con un paciente con TPN es un reto. La relación terapéutica es problemática; el paciente y el terapeuta a menudo entran en ciclos en los que luchan para proteger su propia autoestima contra los ataques percibidos por parte del otro, entran en luchas de poder o se aíslan el uno del otro. Estos patrones interpersonales ponen el tratamiento en riesgo y hacen que el éxito sea difícil de alcanzar. El tratamiento del TPN requiere, por lo tanto, una comprensión precisa de los mecanismos pato-

lógicos subyacentes, de modo que los procedimientos de tratamiento puedan ajustarse a necesidades precisas. Sin embargo, si el terapeuta es consciente de los problemas típicos de esta población clínica y es capaz de manejar con tacto temas relacionales, entonces el tratamiento puede ser cooperativo y exitoso y estas personas pueden ser ayudadas a llevar una vida más satisfactoria. Una vez que se han evitado o tramitado de forma adecuada los peligros en la relación terapéutica, estos pacientes suelen mostrar humor, reconocer las habilidades y cualidades humanas de su terapeuta y sentirse agradecidos por haber sido ayudados.

Tratar el narcisismo puede ayudar a reducir los síntomas y la angustia mientras se promueve una vida adaptada y satisfactoria. La terapia interpersonal metacognitiva (MIT) para TPN es una forma integradora de terapia cognitiva. La MIT adopta procedimientos formalizados para tratar la psicopatología narcisista. Es de notar que la patología narcisista se asocia a menudo a otros trastornos de la personalidad, como se ilustrará a través de nuestra referencia de caso único, y esos trastornos también requieren ser abordados para que el tratamiento sea eficaz.

### **Patología Nuclear del Trastorno de la Personalidad Narcisista**

Las características clave de la patología narcisista son: (a) estilo narrativo intelectualizador; (b) un sentido de agencia perturbado, con oscilaciones entre la falta de agencia y la hiper-agencia cuando busca la grandiosidad; (c) disfunciones metacognitivas, es decir, dificultades para dar sentido a los estados mentales; hay problemas sustanciales en el reconocimiento de estados internos no relacionados con la grandiosidad y la comprensión de desencadenantes emocionales; problemas en tomar la perspectiva de los demás y en ser empáticos; (d) esquemas interpersonales mala-



daptativos en el dominio del rango social, del apego y de la autonomía; (e) desregulación emocional. En un estudio reciente con 478 pacientes, quienes fueron evaluados para la presencia de síntomas, problemas interpersonales y desregulación emocional, el TP narcisista fue asociado con problemas interpersonales y la dimensión Impulsiva de la Escala DERS (Dimaggio et al., 2017a). El narcisismo incluye estrategias de regulación maladaptativas, en particular el perfeccionismo; la autoestima es vulnerable (Dimaggio 2012a, Ronningstam 2009).

### Estilo Narrativo Intelectualizador

Los pacientes con TPN recurren a declaraciones abstractas y aparentemente teóricas al comunicar sus problemas (Dimaggio 2011, Dimaggio et al., 2012b, 2015). Con muy poca frecuencia se centran en memorias autobiográficas específicas y, en cambio, intelectualizan y hablan como si presentaran un discurso a una audiencia. Ofrecen teorías sobre las relaciones humanas y el comportamiento de los demás que les angustian, y sobre los problemas causados por la incompetencia, la ignorancia o la negligencia. No proporcionan episodios narrativos que podrían ayudar a su clínico a entender lo que otros han hecho en respuesta a sus peticiones para provocar sus estados problemáticos en la experiencia de su sí-mismo.

### Agencia disminuida, Híper-Agencia y problemas en el establecimiento de metas

El impulso para actuar se ve disminuido en TPN, a pesar de parecer contra intuitivo, debido a que estas personas son descritas como arrogantes y egoístas. Cuando se requiere persistencia, el rendimiento tiende a disminuir con el tiempo (Robins y Beer 2001). Cuando no están luchando por la grandiosidad o combatiendo en contra de tiranos, los pacientes con narcisismo carecen de acceso a

los deseos más íntimos que podrían hacerlos sentir vivos, su agencia existencial disminuye (Kohut 1977, Modell 1984, Dimaggio et al., 2007a). Como consecuencia, su interés se dirige hacia los otros (Bender 2012) y tienen una sensación constante de ausencia de propósito en la vida. En otros momentos, por otro lado, cuando se esfuerzan por la grandiosidad o sentimientos que amenazan su estatus, se vuelven híper-agentes<sup>1</sup> (Roche et al., 2012) e imparables, sin preocupaciones por el impacto que su comportamiento tiene en los demás.

### Esquemas Interpersonales Maladaptativos

El TPN es impulsado por esquemas maladaptativos de sí-mismo-otros, un sello distintivo de todos los trastornos de la personalidad, lo que reduce la anticipación de los pacientes de cómo los demás reaccionarán a sus deseos. Los esquemas incluyen un conjunto de respuestas emocionales y de estrategias de afrontamiento utilizadas para hacer frente a la reacción anticipada de los demás. La MIT adopta una formulación de los esquemas basada en el modelo de Relación Conflictiva Nuclear<sup>2</sup> (Luborsky y Crits-Christoph 1990) e incluye procedimientos para evocar la respuesta deseada del otro y tramitarla una vez que haya sido recibida. Por lo tanto, un esquema se compone de: (a) un deseo; (b) un procedimiento de "si ... entonces ..." para suscitar lo esperado (c) la respuesta de los otros; (d) una respuesta del sí-mismo a la respuesta del otro. El esquema también incluye la auto-imagen nuclear subyacente a la búsqueda de lo deseado. Tal formulación es en gran parte consistente con el método de análisis del plan (Caspar y Ecker 2008, Kramer et al., 2014). Los principales motivos que guían las acciones

<sup>1</sup> N del T: "Hyper-agentic" en el original.

<sup>2</sup> Core Conflictual Relationship, en el original.



son el rango social / antagonismo, y la búsqueda de admiración y reconocimiento. Los pacientes con TPN por lo general quieren ser reconocidos o admirados por otros (deseo) y buscan aprobación mostrando sus cualidades ("si ... entonces ..." procedimiento). A su vez, el Otro es descrito como dominador, crítico o controlador, o como que no está dispuesto a prestar atención y apoyo (respuesta del Otro). A continuación, tienden a reaccionar contratacando o recurriendo al ostracismo social (respuesta del sí-mismo a la respuesta del otro). Cuando el motivo de apego está activo, se prevé que el otro esté rechazando o sufriendo a su vez, lo que conduce al paciente hacia estrategias compulsivas para calmarse a sí mismo y de negación de necesidades de apego o hacia la ansiedad por la respuesta del otro, con tendencia a reaccionar con estrategias de control (Kealy et al., 2013). Como consecuencia de la falta de cuidado anticipado, ocultan el sí-mismo vulnerable. La experiencia subjetiva se centra principalmente en el rango social, mientras que el apego se pasa por alto (Dimaggio 2012a). La falta de autonomía también es relevante, la implacabilidad del TPN es generalmente una reacción frente a la anticipación de que, al tratar de cumplir objetivos, los otros serán más un obstáculo en lugar de ser una ayuda.

#### Deterioro de la metacognición y de la empatía

La metacognición es la capacidad de reconocer y reflexionar sobre los estados mentales, tanto de uno mismo como de los demás, así como la capacidad de utilizar el conocimiento mentalista para afrontar las dificultades de la vida social (Dimaggio et al., 2007). La pobreza en las capacidades metacognitivas es evidente en TPN (Dimaggio et al., 2007b; Dimaggio, 2012b); los pacientes suelen carecer de conciencia de los desencadenantes interpersonales para sus reacciones emocionales; por ejemplo, no se dan cuenta de la conexión

entre un "no" de una chica que les interesa y su tristeza al día siguiente. El lenguaje emocional se empobrece y se pasan por alto las emociones a favor de la teorización. Quienes sufren de TPN también tienen dificultades para cuestionar sus propias representaciones rígidas y e impulsadas por esquemas de su sí mismo y del otro, a las que llamamos diferenciación metacognitiva pobre. Su capacidad para comprender los afectos de los demás, ponerse en los zapatos de los demás y reaccionar empáticamente está obstaculizada, y no son conscientes de su disfunción en la empatía (Fan et al., 2011; Ritter et al., 2011).

#### **MIT para TPN**

La MIT adopta procedimientos "paso-a-paso" formalizados para tratar el TPN (Dimaggio et al., 2012c, 2015) en el contexto de la regulación continua de la relación terapéutica para minimizar las rupturas y los malentendidos -realizado en gran medida alrededor del modelo para detectar y reparar las rupturas en la alianza terapéutica desarrollada por Safran y Muran (2000)- y prevenir los distanciamientos y las deserciones. La MIT sugiere que los terapeutas validen la experiencia subjetiva de los pacientes y monitoreen su propia tendencia a ser dominantes. Los terapeutas deben estar alertas para detectar cualquier marcador relacional negativo, y asumir siempre que pueden estar contribuyendo a cualquier problema emergente (Safran y Muran 2000). En particular, los terapeutas deben tratar de no reaccionar ante la tendencia narcisista a subestimarlos, a calmarlos y a utilizarlos como audiencia, privándolos de su rol como terapeutas. En cambio, los terapeutas deben invitar a los pacientes a ser activos y reflexionar conjuntamente sobre cualquier problema que se produzca en la terapia con el fin de encontrarles sentido y reparar las rupturas en la alianza. Los procedimientos se dividen en 1):



formulación compartida del funcionamiento; 2) promover el cambio.

Los pasos básicos de cada una de estas dos partes son: Formulación Compartida del Funcionamiento a) suscitar episodios autobiográficos detallados en lugar de recurrir a intelectualizaciones; los terapeutas deben buscar memorias autobiográficas específicas y preguntar dónde y cuándo ocurrieron, quiénes fueron las personas involucradas y qué tipo de diálogo se desarrolló; b) promover la capacidad de los pacientes para reconocer los estados mentales que anidan en sus narrativas; en particular, los pacientes deben ser ayudados a identificar y nombrar los sentimientos y luego comprender los desencadenantes emocionales subyacentes; c) promover el reconocimiento de patrones relacionales cristalizados. Para ayudar a los pacientes a comprender que el sufrimiento proviene de las representaciones internalizadas y maladaptativas de los eventos interpersonales, los terapeutas deben pedir a los pacientes que vinculen múltiples recuerdos autobiográficos, recuperados de diferentes momentos de sus vidas y al interactuar con diferentes personas. Una vez que se hayan narrado múltiples episodios, el terapeuta y el paciente tratan de reconstruir juntos la estructura interpersonal común subyacente a todos los episodios. Este tipo de trabajo ayuda a los pacientes a pasar de una narrativa que suena como: "Yo soy especial y mis colegas son estúpidos. Ellos pasan por alto mis cualidades y no me dejan trabajar con todo mi potencial, lo que me molesta mucho" a uno que suena como: "Me doy cuenta de que en mi historia siempre me ha sido difícil encontrar personas que me apoyaran cuando yo tenía algunas metas personales, por lo que ahora soy demasiado sensible a los menosprecios y a las personas que no estén dispuestas a compartir mis ideas y a ayudarme a alcanzarlas". Por lo tanto, es importante hacer que los pacientes de TPN sepan que esperan que otros les hagan daño, desprecien o descuiden y que estas ex-

pectativas los hacen demasiado sensibles a la crítica o pasivos cuando faltan la admiración y el elogio que necesitan.

En este punto, los pacientes con TPN han comenzado a lograr esta visión general sobre sus esquemas interpersonales maladaptativos y empiezan a entender que hay una estructura subyacente a sus encuentros interpersonales, pero aún no son capaces de alcanzar una distancia crítica para decir: "Sufro porque espero que otros obstaculicen mis esfuerzos y no porque estén en realidad en mi contra y, aunque no son aliados, soy menos sensible porque sé que debo ser una fuente de apoyo para mí mismo". Esta toma de conciencia suele ser el primer paso de la parte promotora del Cambio.

#### Promoción del cambio

d) El primer aspecto del cambio en la personalidad consiste en tomar una distancia crítica de los patrones interpersonales maladaptativos, es decir, darse cuenta de que sus expectativas de cómo reaccionarán los demás son guiadas por esquemas y no reflejan la realidad. Esta habilidad generalmente se logra en el interior de la sesión, pero los pacientes son incapaces de mantenerla en su mente entre sesiones o usar diferentes perspectivas sobre interacciones sociales para planificar acciones adaptativas; e) una vez que han tenido acceso a los sentimientos negativos provenientes de la percepción de que los demás les están criticando, menospreciando, humillando, abandonando u obstaculizándolos, el clínico se centra en las reacciones emocionales negativas que se producen y les proporciona estrategias reguladoras más adaptativas; f) formar nuevas representaciones de encuentros interpersonales y buscar una vida en la que alcancen sus deseos más íntimos, basados, en la medida de lo posible en su agencia y en el reconocimiento mutuo, son los objetivos de la segunda parte de la psicoterapia; g) fomen-



tar la agencia y promover la conciencia de deseos experimentados profundamente los cuales no están relacionados con la búsqueda de grandiosidad. Los pacientes necesitan entender que tienen pasiones o intereses a los cuales no les están dando un lugar, y que, una vez alcanzados, podría otorgarles por el contrario un sentido de plenitud y dignidad; h) acceder a deseos autodefinidos y luego sostener la acción guiada por ellos; esto debe suceder después de crear un significado compartido de que luchar por la grandeza es una necesidad humana normal, pero no puede ser el único motivo en la vida; i) más tarde en la terapia, promover una comprensión más matizada de cómo la gente piensa, siente y se comporta. Por último, los pacientes deben ser conscientes de cómo sus comportamientos contribuyen a los problemas y los conflictos, junto con un sentido de la empatía hacia los demás.

### Ilustración de caso

#### Descripción de la cliente y motivo de consulta

Rita tiene 20 años y vive en aislamiento desde hace 3 años. Abandonó la escuela secundaria cuando tenía 16 años y decidió vivir en su habitación, dedicando su tiempo a videojuegos en línea, a chats y a ver dibujos animados. Duerme durante el día y se queda despierta toda la noche. A pesar de los intentos de su madre, Rita nunca cambió de opinión. Su familia tiene problemas económicos y su padre, tiránico y violento también tiene antecedentes penales. Ella dice que él es incapaz de comunicarse con ella. Además del diagnóstico de TPN, el cuadro es similar al síndrome llamado "Hikikomori", es decir, que se está aislando de la vida social y vive en reclusión espontánea (Saito, 1998). Antes de la primera consulta de Rita, su madre llamó por teléfono en estado de ansiedad. Se disculpó porque su hija había cambiado de opinión y se

negó a ir a la consulta. La terapeuta pidió hablar directamente con Rita, quien le explicó que no podía venir porque descubrió que su maquillaje favorito estaba pasado de moda y que no tenía tiempo suficiente para comprar otros nuevos. La psicoterapeuta, una mujer (S.A.S.) respondió que podía esperar y que en cualquier caso ella, también, podría no ponerse su maquillaje. Rita respondió: "¡Voy a ir, entonces!".

Rita pronto le explicó que siempre llegaba tarde, algo que irritaba a la gente: "Siempre he sido expulsada, despreciada por pares, primos y por la familia de mi padre porque soy diferente ... gorda, sin un diploma, sin amigos, sin recuerdos. Cuando me doy cuenta de que ésta es mi verdadera vida, preferiría morir. *"A veces pienso en el suicidio, pero esto no es lo que quiero sentir. Luego está internet, con vínculos sin tristeza ni profundidad. Puedo elegir a mis amigos y mi identidad. Me da una motivación, un objetivo. Tengo que alcanzar el siguiente nivel de League of Legends y estoy a punto de convertirme en campeona. La vida es inútil, ese juego es un mar que me lleva y no me detengo. Afuera, me temo que la vida está llena de fracasos."* Ella le explicó a la terapeuta las reglas de League of Legends, un juego en línea en equipos, y en el que pasa hasta 10 horas al día. Usaba Xanax para dormir. "Cuando estás demasiado emocionado ya no puedes dormir. Estoy en el nivel diamante y debo llegar a maestro que es sólo la sala de espera para re-tador, prácticamente ya eres un campeón. Necesito alcanzar ese nivel, será una manera de responderle a mi padre, a mi escuela, a mis primos ... nadie pensará en mí como una extra, una maniquí, un fantasma. Porque eso es lo que soy ahora, en casa finalmente han entendido que no deben ir a buscarme, antes me insistían para comer con ellos, pero yo no voy y tampoco los dejo entrar en mi habitación. A la única que dejo entrar es a mi hermana pequeña (6 años), reconozco su toque suave en la puerta. Abro la puerta un poco y me asomo



sin hablar. Ella no me pregunta nada y ella no me juzga. Sólo me acaricia el pelo. Ves, esto es amor Absoluto».

### Formulación del caso y diagnóstico

Las pruebas psicométricas realizadas al inicio del tratamiento de Rita presentaron el siguiente cuadro clínico (Tabla. 1). De acuerdo con la Entrevista Clínica Estructurada II (SCID-II<sup>3</sup>, First et al., 1997) Rita sufría de trastornos de la personalidad narcisista, paranoide y evitativa. El Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo para Jóvenes (State-Trait Anxiety Inventory-Y; STAI-Y, Spielberg et al., 1983) demostró que sufría de ansiedad generalizada; por otra parte, fue evidente la desregulación emocional con impulsividad prominente de acuerdo con la prueba Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS Gratz et al., 2004). Los esquemas interpersonales maladaptativos emergieron con el Young Schema Questionnaire (Young et al., 2003), en particular esquemas de abuso, privación afectiva, incompetencia y vergüenza, sensación de fracaso, grandiosidad, dependencia de la opinión de los demás, pesimismo, perfeccionismo y una tendencia a culparse a sí misma. Rita, quien era extremadamente brillante, declaró fácilmente [que tenía] fobia y aislamiento social. Ella tendía a ignorar cualquier sentimiento excepto la ira.

### Relación terapéutica y formulación del contrato terapéutico

Los primeros pasos fueron difíciles, Rita quería establecer las reglas de la terapia y dijo que no tenía tiempo para desperdiciar. Dijo que sabía que tenía problemas, pero que nadie podía ayudarla: «Hace algún tiempo mi madre me llevó a un psicólogo quien inmediatamente

te trató de detener mi uso de Internet y yo abandoné la sesión. Tiene que haber reglas, aquí contigo también, lo mismo que en línea: nadie debe tocar mi computadora y luego cuando te pida que dejes de mirarme es importante que me escuches. Ya no estoy acostumbrada a tener dos ojos mirándome. Vengo a consulta porque tengo problemas de ira. Me convierto en una mala persona. Pierdo el control".

La regulación de la ira, por lo tanto, se convierte en la primera meta terapéutica. De acuerdo con los procedimientos de la MIT, la terapeuta preguntó por episodios narrativos en donde la ira era el sentimiento dominante y Rita respondió: «Ayer, charlando con mi amigo Gaetano. Su madre está enferma y le pidió que pasara menos tiempo en línea porque tenía que cuidarla. Él estuvo de acuerdo, yo perdí el control... Ves, esto es egoísmo. Él no debió haber aceptado. Mostró que no tiene pelotas, prefirió someterse a su madre en lugar de jugar conmigo, su compañera de juego. Comencé a insultarlo y él trató de calmarme, me pidió que tratara de entenderlo y después no hizo nada. Empecé a sentir lástima por él. Me sentí culpable y apagué la computadora. Me acosté en la cama sin moverme, infinitamente triste por en lo que me he convertido. No noté el paso del tiempo. Soy una mala persona. Reflexioné sobre el hecho de que traté muy mal a mi leal compañero de juego. Él es mi compañero en League of Legends».

Su necesidad de admiración era fuerte y tenía ataques de temperamento, por ejemplo, contra Gaetano, porque tendía a percibir al otro como hostil, como un obstáculo, estúpido y responsable de sus propias pérdidas. Después de la ira, viene la culpa, la cual trató de controlar con el uso de Xanax. Gracias a una regulación con tacto de la relación terapéutica, ella sintió que la terapeuta era una aliada y no alguien quien obstaculizaba sus metas o la menospreciaba o la controlaba. Gracias al buen vínculo [con el terapeuta] ella

<sup>3</sup> Nota del traductor: por sus siglas en inglés: Structured Clinical Interview II.



narró episodios, tanto en la familia como en la escuela, en que fue rechazada y sus necesidades no fueron atendidas.

La formulación compartida de los esquemas sonaba así: Rita tiene un deseo de ser apreciada pero cuando ella va a algún lugar, los demás la desprecian y luego la abandonan. Primero se siente triste y sola y luego enojada porque siente que la crítica es inmerecida. Luego se siente culpable por sentirse enojada. Para protegerse del juicio negativo, ella evita las relaciones sociales. Además, con el aislamiento, ella hace frente a la autoimagen negativa, recurriendo a fantasías grandiosas, sobre todo concernientes a ganar premios en League of Legends. Gracias a la reconstrucción de los episodios, Rita comprende que las fantasías grandiosas no son necesarias y que sólo le gustaría ser aceptada.

### Curso de Tratamiento

Durante el primer mes de la terapia, la terapeuta planeó un "tiempo de Hikikomori para dos". Se trataba de compartir los intereses de Rita, los juegos, los cómics, los dibujos que hacía y así sucesivamente. Gracias a esta experiencia de compartir sus intereses y a la exploración de más episodios, Rita entró en contacto con la experiencia de la vergüenza. Paralelamente, los aspectos saludables del sí mismo comenzaron a surgir: durante la interacción en línea ella era capaz de respetar y dar apoyo a los compañeros que pedían consejos en línea sobre asuntos de la vida. Rita era muy hábil en muchos idiomas, incluyendo japonés el cual ella misma se enseñó. El interés de la terapeuta por sus libros de historietas y mangas<sup>4</sup> era muy importante: «Cuando mi padre vio mis cómics de manga, le dijo a mi madre que era hora de empezar a hacer el papeleo

para declarar a su hija loca y obtener su pensión, de esta forma él podría usarme, al menos, para ganar dinero porque yo no era buena para nada más. En cambio, tú estás interesada en mis cómics y no me dices que estoy loca. Incluso me das crédito por mis habilidades en Internet. Estoy empezando a sentir una sensación positiva en mi cuerpo y no quiero que se vaya. Así que a veces no quiero que estas sesiones terminen nunca y esto es una sensación positiva. Creo que me gustaría caminar a casa para que esta sensación positiva dure más tiempo, en cambio en el auto llego a casa rápidamente y todo es igual que antes. Pero anhelo volver aquí».

Rita estaba cada vez más en contacto con las raíces de su sensibilidad al rechazo: «[...] siempre fui rechazada, incluso cuando era pequeña, en fiestas de cumpleaños, en grupos ... nadie me invitó ni siquiera en la escuela primaria. Entonces mi madre intervino, siempre tan amable con todas las demás mamás, y logró llevarme a las fiestas. Me sentí doblemente humillada. Fue lo mismo en la escuela secundaria, nunca nadie me miró y elegían a las chicas más hermosas. Además, no podía soportar el aburrimiento total de las conversaciones de mis compañeros ... porque en la vida real los demás no tienen los mismos intereses que yo y me siento diferente y rechazada. Esto no sucede en Team Speak<sup>5</sup>. Allí estoy en control, cuando quiero parar una conversación bloqueo el contacto, lo cancelo para siempre. En cualquier caso, cuando te promueven (League of Legends) no puedes jugar con los incompetentes que te arrastran a la derrota, puedo perder a todos mis amigos para ganar. No es un problema, he estado sola por mucho tiempo. Hay algo más que me preocupa de lo que no he hablado con nadie.

<sup>4</sup> N. del T.: Cómics de origen japonés.

<sup>5</sup> N. del T.: Modalidad de conversación en línea utilizada en videojuegos.

No he tenido un período en 3 años, no desde que cerré esa puerta detrás de mí y no dejé que nadie más entrara. Es como si ni siquiera fuera ya una mujer más. También estoy cambiando físicamente. Tengo un apodo masculino y manejo un equipo de hombres, pero no soy un hombre y me gustan los hombres. Incluso si por el momento no quiero relaciones íntimas y nunca quiero una familia.... pero me pregunto si alguna vez voy a ser presentable, si seré capaz de obtener mi apariencia y mi vida de vuelta, porque ahora mismo soy realmente horrible! ".

A pesar de la experiencia emocional correctiva en la sesión, Rita todavía temía al mundo exterior, lo percibía como una amenaza. Mostrando sus sentimientos más profundos, trajo fantasías de un otro duro, humillante y obstaculizador. Además, la ausencia de relaciones sociales en los últimos tres años la había privado de habilidades sociales, por lo que tuvo muchas dificultades para planear su exposición social. La terapeuta y Rita acordaron que Rita podría comenzar compartiendo comidas con sus padres. También logró ir al cine para ver una película por primera vez en años. Debido a sus tendencias auto-despectivas, había decidido someterse a una cirugía bariátrica para perder peso. Gracias a la construcción progresiva durante la terapia de una auto-imagen más benevolente, ella se cuestionó la urgencia de la cirugía y se expuso a más interacciones sociales: «Me gustaría conocer a Gaetano en la feria de cómics de Lucca en octubre, sería maravilloso para conocer a todos mis amigos de la web y compartir nuestras pasiones juntos.... Pero siempre he tenido reglas en línea y siempre he hecho todo para respetarlas. No puedo permitirme enamorarme o confundir la vida real con la realidad virtual. ¡Sólo soy un maniquí!». La terapeuta abordó el "maniquí" de esta manera:

T: «Este tema de títeres que me traes se alimenta usando un apodo y perfiles virtuales, ¿hasta qué punto sigue siendo esencial usar un

apodo? En tu opinión, ¿qué pasos debemos tomar ahora para recuperar tu nombre? Tú eres quien puede indicar las opciones que te sientes capaz de hacer».

Rita faltó a la próxima sesión y sólo apareció una semana después, enojada con la terapeuta: «Todo fue fácil para ti ... te dejaron estudiar, te amaron, te alentaron. Ahora te has hecho un lugar para ti misma. Eres buena, pero ¿quién está detrás de todo esto? En tus antecedentes hay amor, ¿no? Y cuando hay amor, todo es fácil. ¿De verdad crees que no amaba la escuela? La escuela fue lo mejor que me pudo pasar, me encanta leer, estudiar, entender y ayudar a otros a entender. Pero cuando tu rostro está siempre cubierto de heridas es difícil mostrarte en la escuela (Rita llora). Mi padre masacró a mi madre y luego a mí porque traté de defenderla. No tenía piedad de nadie, ni siquiera cuando ella estaba embarazada. Siempre terminaba con la cara hinchada y la humillación de ir a la escuela pareciendo un maniquí. Busqué un hogar de cuidado<sup>6</sup>, pero me encontré a un viejo amigo quien me dijo que me fuera a casa inmediatamente porque ese no era un lugar para vivir. No sabía a quién pedir ayuda, así que cerré mi puerta para siempre y dejé de creer en la vida. Fue una protesta, abandoné lo que más amaba, la escuela... en otra ocasión, yo había ido a recoger a mi hermana a la guardería, antes de ir a casa, decidí llamar desde el supermercado porque ella me pidió que le comprara algo dulce, pensé que sería rápido y no les hice saber en casa que volvería tarde. Mi padre vino al supermercado, me humilló y me golpeó delante de todo el mundo, diciéndome que era una idiota irresponsable y que nunca me dejaría cuidar de mi hermana pequeña de nuevo. Fui a la Internet para recuperar la ligereza que era indispensable a mi edad y porque

---

<sup>6</sup> N. del T: Care home.



nada peligroso me podía pasar allí. No más humillación. Pero ahora me ves, me crees... Ya no soy una máscara. Pero es tan difícil hacerlo afuera también y tengo tanto miedo... Te estoy suplicando que te quedes conmigo. Quiero que me sostengas la mano mientras me muestras al mundo exterior...»

Este fue un momento muy delicado en la relación terapéutica, el cual la terapeuta manejó utilizando cuidadosamente la auto-revelación (Dimaggio et al., 2015, Safran y Muran, 2000). Ella relató momentos en los que se sentía como Rita y dijo que nada era realmente fácil para ella tampoco. Rita se sintió comprendida, aceptada y no más sola.

Los siguientes pasos de su exposición social hicieron surgir recuerdos en que los otros eran dominantes, violentos e hirientes, sobre todo su padre. Ella sentía puro terror, pero también culpa por no haber protegido a su madre y a su hermana pequeña. También estaba avergonzada por su apariencia después de haber sido golpeada. Esta era la raíz de su actitud desafiante hacia su padre y de su necesidad de grandiosidad, era un escudo contra sentimientos de miedo e impotencia. Gracias a esta comprensión, Rita llegó a planificar un nuevo estilo de vida y ellas convinieron en tratar de actuar de acuerdo a aspectos del self que no se hallaban relacionados con el miedo y la grandiosidad, siempre en el modo de lucha-fuga. Rita trató de acceder también a las necesidades de apego, en particular cuando el problema de salud pasó a primer plano. Rita no tenía un ciclo regular desde hacía años. La terapeuta la obligó a ver a un especialista, pero la visita no fue buena:

P: «Este doctor me miró como si yo fuera una extraterrestre, me preguntó, 'pero ¿cómo llegaste a ponerte así? ¿Desde hace cuánto tiempo que no sales de la casa? ¿Sabe tu psicóloga que tu situación es seria?' mientras tanto los doctores más jóvenes, quienes estaban sentados alrededor de una mesa enorme, me miraban fijamente a mí y a mi madre y se

reían. Quería escapar, regresar a casa a la computadora... era la oportuna e inevitable confirmación de que la gente era agresiva y despiadada. En el auto, mi madre lloró desesperadamente porque el endocrinólogo había dicho que no había esperanza ni futuro (¡tus ovarios no producen nada y seguirán sin producir nada si continúas así!), estaba furiosa, particularmente contigo. No deberías haberme expuesto tan pronto a un episodio que sería traumático para mí». En este episodio, el enojo desregulado se dirigía principalmente hacia su terapeuta, lo que requería una regulación con tacto de la relación terapéutica para restablecer la regulación óptima de las emociones.

Después de supervisión, la terapeuta reconoció que tenía que disculparse porque remitirla a la consulta médica no era coherente con los deseos de Rita y, además, ella aún no podía renunciar a la evitación cuando la intimidad estaba en juego. Después de la reparación de la ruptura de la alianza Rita dio un paso más en la conciencia de sí misma: «Ahora que lo pienso, fue un episodio útil para mí. Me hizo hacer algunas distinciones, tú te equivocaste debido al amor excesivo, el médico era probablemente demasiado presuntuoso. La gente no es igual ni peligrosa. Pero están motivados por su experiencia. Y cada uno de ustedes mostró su manera de ser doctor sobre la base de su experiencia. Esto significa que tampoco puedo borrar al endocrinólogo. Él podría darme consejo para sacarme de esta situación. Mientras que tú eres mi psicoterapeuta y por lo tanto contigo puedo abrir mi corazón. Mirado de esta forma, puedo seguir viendo al endocrinólogo y no creo que su tono crítico pesado me afectará demasiado». En general, la reflexión compartida del episodio fue una herramienta poderosa para tomar una distancia crítica de sus creencias enraizadas en esquemas interpersonales maladaptativos, y ayudó a lograr una buena regulación emocional.



P: «La ira ha desaparecido de la red también.... y la impulsividad, así como así, de un día para otro. Puedo regularlos y respetar a la gente y las relaciones, en resumen, ya no termina [la interacción en línea] con insultos si me engañan porque ya no tengo miedo a la soledad, no estoy sola, enojada, ofendida y humillada. Puedo reflexionar sobre mi estado mental, sobre el hecho de que vale la pena continuar con esas relaciones, de entendernos mutuamente, de conocernos. Vale la pena... Así como vale la pena levantarse por la mañana, la lucidez mental que la luz te da es inimaginable. Reflexiono mejor cuando estoy activa todo el día y hago ejercicio. Aquellos tiempos me estaban matando, mi cerebro estaba borroso debido a que los días eran todos iguales y a la certeza de que, si por un lado me protegía nada más me podría pasar, por otro lado me estaba matando. No tengo grandes problemas para dormir, no más Xanax, voy a dormir leyendo los poemas de Bukowski, mi favorito.

Rita tomó conciencia de su rasgo perfeccionista y dio con una solución espontánea:

P: «Dejo grupos (en línea) tan pronto como se ponen demasiado íntimos. Siempre he tenido la regla en la computadora "amiga de todo el mundo y amiga de nadie", porque no dejo que nadie toque mi corazón. Y entonces pienso que quiero ser amada por la persona perfecta. Vamos, merezco ser amada por la persona perfecta, quiero lo mejor para mí.... sólo hasta ahora creo que esto tiene algo que ver con otra historia de mi pasado. En efecto, cuando tenía unos 16 años tuve mi primer novio. Yo esperaba mucho de él. Que me defendería de que mi padre me golpeará, que me consolaría, me acariciaría.... En pocas palabras, me amaría. Pero él continuamente quería y esperaba algo, tenía sus propios problemas y siempre tenía que estar allí para él. Un día dije que no estaba preparada para escucharlo y me respondió que mi padre tenía razón al golpearme. Ésa es otra de mis histo-

rias. Por eso busco la perfección porque espero que me proteja de los engaños realmente dolorosos. Siempre espero que la otra persona haga cosas que él/ella no hacen, por eso me exaspero buscando la perfección. Apenas he entendido que las relaciones en línea sólo exasperan mi patrón, mi búsqueda obsesiva de reglas, las relaciones fugaces que se detienen si empiezan a acercarse demasiado... en resumen, son inútiles. Tomé la valiente decisión de desconectar la conexión ADSL en casa, estoy muy asustada, especialmente sobre League of Legends, pero mi familia me está ayudando, mi padre estaba feliz por mi decisión y me felicitó. ¡La primera vez en mi vida!»

Con la activación del comportamiento planificado, que es otro ingrediente terapéutico relevante en la MIT (Dimaggio et al., 2013, 2015, Dimaggio y Shahar, 2017b, Gordon-King et al., 2017) Rita planeó buscar un trabajo y comenzó a trabajar durante el verano en una panadería: «He empezado a ahorrar un poco de dinero para poder reunirme con mis amigos en Lucca, ¿recuerdas, la feria de cómics? He decidido pagar por el viaje yo misma. Obviamente, en septiembre voy a empezar la escuela, quiero terminar los años que quedan para poder ir a la universidad. Ya sabes lo que me gustaría hacer, me gustaría ayudar a todos aquellos chicos que son prisioneros de Internet y de sus miedos, explicarles los pasos que tomé, ayudarles a entender que están destruyendo sus vidas. Hablé con ellos, hay muchos de ellos y entiendo lo que están sintiendo. Encontraré el trabajo más original para alcanzarlos y devolverles la esperanza y la voluntad de vivir. Mi cabeza está llena de sueños».

«¿Te acuerdas de la foto que te envié cuando estaba aislada en la habitación? Bueno, ese era mi hogar. Mi habitación, en la oscuridad. El fuego era la computadora, un falso calor, un intento de protegerme de las trampas de la noche oscura. Realmente, vi la



OSCURIDAD, para mí no había otra manera que encontrar todos los medios posibles para sobrevivir la noche y no me di cuenta de que estaba usando pedazos de la escalera para defenderme. Yo estaba usando mis recursos contra mí misma. Entonces oí tu voz detrás de la pared, era cálida... era verdaderamente cálida. Y fue entonces cuando noté la luz, la posibilidad de trepar por la pared. Es muy difícil, es agotador y tengo miedo de caer.... pero me llamaste. En resumen, subí, nos las arreglamos para saltar. Estoy putamente asustada. Sí, puedo caer también... no importa. Lo cierto es que una vez que hayas analizado los patrones en una relación terapéutica no te encontrarás solo, en la oscuridad... en una habitación. La otra noche tuve un momento de pánico. Recibí un mensaje en Facebook, un viejo amigo de League of Legends me dijo que finalmente había alcanzado el nivel de master, me sobrecogió una vieja emoción llena de los mismos viejos pensamientos. Pensé: aquí está otra persona que me venció mientras que todavía soy la misma nadie de antes. Gracias a Dios que el desánimo duró sólo unos segundos... luego miré a mi alrededor y me emocionó el placer de amasar la masa, ensuciar mis manos con los ingredientes, poner pasteles y galletas en el horno y esperar a que se cocinen a la perfección, disfrutando de los aromas que llenan la tienda y de los colores de las decoraciones que me invento todos los días. Todo ha cambiado, dentro y fuera de mí. Creo que mi valor personal no está vinculado al nivel alcanzado en el juego, que las personas cercanas a mí no me quieren porque soy una campeona, sino sólo porque soy Rita, la que no tiene maquillaje.

El próximo septiembre Rita empezó de nuevo la escuela secundaria para obtener su título e ir a la Universidad. La terapeuta y Rita anticiparon las potenciales experiencias de exposición social. Ella imaginó que sus nuevos compañeros de escuela reaccionarían como: « ¡Aquí estamos, como de costumbre, nuestra

clase recibe la bruja! ¿No podría inscribirse una chica bien parecida este año?». Este tipo de exposición, como era predecible, reactivó sus patrones mal adaptativos. Podía despertarse y ponerse su maquillaje, pero durante 2 semanas no pudo ir a la escuela debido al rechazo, el desprecio y la humillación anticipados. La terapeuta la hizo consciente de los esquemas interpersonales e invitó a Rita a practicar algunos ejercicios de mindfulness para alejarse de estos esquemas y regular las emociones asociadas (Ottavi et al., 2016). Rita practicaba con regularidad y fue capaz de no ser impulsada por los esquemas y, entonces, pudo regresar a la escuela. Después de un mes tuvo muy buenos vínculos personales con muchos compañeros de escuela. Después de un año y medio ella todavía iba a la escuela y consiguió un novio. Ella cambió de opinión acerca de proyectos futuros: «Siempre te dije que me gustaría graduarme en psicología para ayudar a otros que tienen problemas. En verdad, tal vez ese no es mi verdadero deseo. Siempre te he visto como una heroína feminista cariñosa, pero si escucho mis deseos más profundos... tengo que decirte que he empezado a dibujar de nuevo... Me gustaría ser una arquitecta y viajar por el mundo .... y no ser un terapeuta como tú ... en cualquier caso puedo ayudar a otros de otras maneras también».

### Resultado y pronóstico

Después de un año y medio de terapia semanal, el SCID-II muestra que la paciente todavía sufre de trastorno de la personalidad narcisista, aunque con valores más bajos, pero ya no cumple los criterios de trastornos de personalidad paranoide y evitativa. Las puntuaciones del DERS estaban ahora en el rango no clínico. Según la prueba STAY, ya no sufre de ansiedad, mientras que con respecto a la prueba YSQ-3, la puntuación de Rita descendió de la inicial de 840 a 710 con sólo 3 escalas



fuera del umbral (autocontrol, dependencia de la opinión de los demás y perfeccionismo) (Tab. 1).

Tabla 1. Comparaciones de medidas de trastornos generales de la personalidad, síntomas y desregulación emocional.

	Valoración	Después del Tratamiento	RCI	St. Error
SCID	20	6	10,54***	0,94
STAY	56	40	2,78*	4,07
DERS	100	54	3,69*	8,82
YSQ-3	840	710	5.47**	13.44

RCI: Relativo a la comparación pre -test/post-test

Significado del RCI: \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$ .



### Referencias seleccionadas y lecturas recomendadas:

- Agrawal, A., Narayanan, G., & Oltmanns, T. F. (2013). Personality pathology and alcohol dependence at midlife in a community sample. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*, 4, 55–61.
- Bender, D. S. (2012). Mirror, mirror on the wall: reflecting on narcissism. *Journal of Clinical Psychology: In-Session*, 68, 877–885.
- Caspar, F., & Ecker, S. (2008). Treatment of an avoidant patient with comorbid psychopathology: A plan analysis perspective. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 64(2), 139–153.
- Dimaggio, G. (2011). Impoverished self-narrative and impaired self-reflection as targets for the psychotherapy of personality disorders. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 41, 165–174. doi:10.1007/s10879-010-9170-0.
- Dimaggio, G. (2012b). Narcissistic personality disorder: Rethinking what we know. *Psychiatric Times*, 29, 17–25.
- Dimaggio, G., & Attinà, G. (2012a). Metacognitive interpersonal therapy for narcissistic personality disorders with perfectionistic features: The case of Leonardo. *Journal of Clinical Psychology: In-Session*, 68, 922–934.
- Dimaggio, G., & Lysaker, P. H. (Eds.). (2010). *Metacognition and severe adult mental disorders: From basic research to treatment*. London: Routledge.
- Dimaggio, G., Montano, A., Popolo, R. & Salvatore, G. (2015). *Metacognitive interpersonal therapy for personality disorders*. London: Routledge.
- Dimaggio, G., Procacci, M., Nicolò, G., Popolo, R., Semerari, A., Carcione, A., et al. (2007a). Poor metacognition in narcissistic and avoidant personality disorders: Analysis of four psychotherapy patients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 386–401.
- Dimaggio, G., Salvatore, G., Fiore, D., Carcione, A., Nicolò, G., & Semerari, A. (2012c). General principles for treating the over-constricted personality disorder. Toward operationalizing technique. *Journal of Personality Disorders*, 26, 63–83.
- Dimaggio, G., Semerari, A., Carcione, A., Nicolò, G., & Procacci, M. (2007b). Psychotherapy of personality disorders: Metacognition, states of mind and interpersonal cycles. London: Routledge.
- Dimaggio, G., Semerari, A., Falcone, M., Nicolò, G., Carcione, A., & Procacci, M. (2002). Metacognition, states of mind, cognitive biases, and interpersonal cycles: Proposal for an integrated narcissism model. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12, 421–451.
- Dimaggio, G., Popolo, R., Montano, A., Velotti, P., Perrini, F., Buonocore, L., Garofalo, C., D'Aguzzo, M., Salvatore, G.. (2017a). Emotion dysregulation, symptoms, and interpersonal problems as independent predictors of a broad range of personality disorders in an outpatient sample. *Psychol Psychother*. 2017 Jun 6. doi: 10.1111/papt.12126
- Dimaggio G, Shahar G. (2017b). Behavioral Activation as a Common Mechanism of Change Across Different Orientations and Disorders. *Psychotherapy* doi: 10.1037/pst0000117.
- Ellison, W. D., Levy, K. N., Cain, N. M., Ansell, E. B., & Pincus, A. L. (2013). The impact of pathological narcissism on psychotherapy utilization, initial symptom severity, and early-treatment symptom change: a naturalistic investigation. *Journal of Personality Assessment*, 95, 291–300.
- Fan, Y., Wonneberger, C., Enzi, B., de Greck, M., Ulrich, C., Tempelmann, C., et al. (2011). The narcissistic self and its psychological and neural correlates: an exploratory fMRI study. *Psychological Medicine*, 41, 1641–1650.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L, Williams, J. B. W., & Benjamin, L. S. (1997). *Structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders, (SCID-II)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.
- Gratz KL, Roemer L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *J Psychopathol Behav Assess*. 26(1):41–54. doi:10.1023/B:Joba.0000007455.08539.94
- Gordon-King, K., Schweitzer R.D., Dimaggio G., (2017). Behavioural activation in the treatment of metacognitive dysfunction in inhibited-type personality disorders: a case study. *Psychotherapy*



- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12–19.
- Kealy, D., Ogradniczuck, J.S., Joyce, A.S., Steinberg, P.I. & Piper, W.E. (2013). Narcissism and relational representations among psychiatric outpatients. *Journal of Personality Disorders*. doi:10.1521/pedi\_2013\_27\_084.
- Kohut, H. (1977). *The Restoration of the Self*. New York: International Universities Press.
- Kramer, U., Berthoud, L., Keller, S. & Caspar, F. (2014). Motive- Oriented Psychotherapeutic Relationship facing a Patient presenting with Narcissistic Personality Disorder: A Case Study. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 44. doi:10.1007/s10879-013-9249-5.
- Luborsky, L., & Crits-Christoph, P. (1990). Understanding transference: The core conflictual relationship theme method. New York: Basic Books.
- Marissen, M. A., Deen, M. L., & Franken, I. H. (2012). Disturbed emotion recognition in patients with narcissistic personality disorder. *Psychiatry Research*, 198, 269–273.
- Modell, A. H. (1984). *Psychoanalysis in a new context*. New York: International University Press.
- Ottavi, P., Passarella, T., Pasinetti, M., Salvatore, G. & Dimaggio, G. (2016). Adapting mindfulness for treating personality disorders. In W.J. Livesley, G. Dimaggio & J.F. Clarkin (Eds), *Integrated modular treatment for personality disorders*. New York: Guilford.
- Ritter, K., Dziobek, I., Preißler, S., Rüter, A., Vater, A., Fydrich, T., et al. (2011). Lack of empathy in patients with narcissistic personality disorder. *Psychiatry Research*, 187, 241–247.
- Robins, R. W., & Beer, J. (2001). Positive illusions about the self: Short term benefits and long-term costs. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 340–352.
- Roche, M.J., Pincus, A.L., Conroy, D.E., Hyde, A.L. & Ram, N. (2012). Pathological narcissism and interpersonal behavior in daily life. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. doi:10.1037/a0030798.
- Ronningstam, E. (2009). Narcissistic personality disorder: Facing DSM-V. *Psychiatric Annals*, 39, 111–121.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford.
- Saito, T. (1998). *Shakaiteki Hikikomori: Owaranai shishunki*. PHP Kenkyuujo, Tokyo.
- Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Nicolò, G., & Procacci, M. (2007). Understanding minds, different functions and different disorders? The contribution of psychotherapeutic research. *Psychotherapy Research*, 17, 106–119.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Wink, P. (1991). Two faces of narcissism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 590–597.
- Young, J.E., Brown, G., (2003) *Young Schema Questionnaire: Short Form*. New York.

