

## Don Chisciotte: il dramma della non esistenza

Barbara Masciopinto<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale, Bari e Conversano

### **Riassunto**

Il presente caso mostra quanto la diagnosi categoriale può limitare la completa comprensione del funzionamento clinico del paziente. Soggetti con tratti di personalità patologici, tendono a creare in terapia cicli interpersonali che facilmente degenerano in rotture o flessioni dell'alleanza. L'intervento ha avuto l'obiettivo di migliorare le capacità metacognitive del paziente e promuovere il cambiamento attraverso il lavoro sulla relazione terapeutica.

*Parole chiave:* Disturbo della personalità, Alleanza terapeutica, Terapia metacognitiva interpersonale

### **Summary**

This clinical case shows that categorical diagnosis can limit the full understanding of patient's clinical functioning. Subjects with pathological personality traits attempt to create interpersonal cycles that easily degenerate into breaks or flexions of the alliance. The intervention's therapy aimed to an improving of the patient's metacognitive capabilities by promoting the personality change of the patient throughout the work on the therapeutic relationship.

*Key words:* Personality disorder, Therapeutic alliance, Metacognitive interpersonal therapy

### **Analisi della richiesta e presentazione del caso**

Filippo ha 51 anni, è sposato da circa 20 anni e ha due figlie (9 e 10 anni). La moglie lavora a tempo pieno, mentre egli svolge occasionalmente lavori di assistenza. La relazione coniugale è descritta come conflittuale, motivo per cui la coppia decide di contattare il servizio. I coniugi interrompono il subito il percorso e Filippo si presenterà circa un mese dopo, con la richiesta di trattamento per riferiti "attacchi di panico".

Il paziente mostra aspetto adeguato ma uno stile di eloquio frammentato, caratterizzato da una molteplicità di temi narrativi presentati senza alcuna organizzazione gerarchica e temporale. Le

Barbara Masciopinto, "Don Chisciotte: il dramma della non esistenza" - Il caso di Filippo, *N. 18, 2016, pp. 31-42.*

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC e SPC. Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su [www.psicoterapeutiinformazione.it](http://www.psicoterapeutiinformazione.it)

parole del paziente e la sua espressione facciale, sono privi di tono emotivo e non riesce ad identificare pensieri, stati mentali ed emozioni. Il paziente cerca di curare l'aspetto linguistico e non mantiene il contatto oculare con il terapeuta. Filippo mostra difficoltà ad accettare l'asimmetria della relazione: chiede la possibilità di darci del "tu" ma mantiene un atteggiamento di superiorità, accompagnato da frequenti adulazioni. Nell'insieme Filippo lascia una sensazione di falsa compiacenza e ricerca forzata di intimità.

### **Descrizione del problema**

Il paziente chiede un intervento per sintomi ansiosi presenti dall'età di 18 anni: in fase di addormentamento egli avverte tachicardia e difficoltà respiratorie che lo inducono a distrarsi con attività. Da quanto riferito, la sintomatologia sembra assente durante il periodo in cui era disoccupato. Per tali sintomi non ha effettuato alcuna psicoterapia, ma riporta due precedenti interventi di coppia: il primo interrotto in quanto si era instaurato con la psichiatra un rapporto di amicizia che comportava la frequentazione al di fuori del contesto terapeutico, il secondo per riferita incompatibilità tra la terapeuta e la moglie del paziente. In concomitanza della prima vacanza di famiglia, i sintomi si sono presentati con un'intensità e una frequenza più alta, tali da poter essere classificati come Attacco di panico (DSM V). Attualmente il paziente assume una terapia combinata di Paroxetina e benzodiazepine. Dalla somministrazione del test SCID-II, emerge un quadro borderline di personalità (7/5) e altri punteggi al di sotto del cut-off: evitante (3/4); schizoide (3/4); passivo-aggressivo (3/4); depressione (3/5). La complessità del paziente è tale da rendere riduttiva la diagnosi categoriale; la presenza di un disturbo del sé e delle relazioni interpersonali, denotano un disturbo della personalità.

### **Profilo interno del disturbo**

Un tema dominante nella vita di Filippo è il senso di non condivisione: gli altri sono descritti come distaccati, ostili, "diversi". Questa "diversità" manca di una connotazione concreta a causa del deficit di monitoraggio. Questa sensazione è presente in diverse esperienze di vita; in particolare, quando Filippo prova un certo senso di inadeguatezza, sposta questa all'esterno, descrivendo ambienti e persone come inadeguati e ostili. Nello specifico, il contesto del militare è connotato negativamente fino a quando il paziente aveva un compito da egli giudicato troppo difficile; in corrispondenza di un incarico più leggero, la stessa esperienza si connota di qualità positive. Anche nel contesto lavorativo, lo stesso ambiente positivo, diventa ostile quando Filippo viene licenziato.

A	B	C
Licenziamento	<p style="text-align: center;">Non è giusto che licenzino proprio me che sono lì da anni e quindi sarei dovuto essere immune!</p> <p style="text-align: center;">Però finalmente mi libero da questo ambiente di critiche ostili!</p>	<p style="text-align: center;">Rabbia</p> <p style="text-align: center;">Sollievo, + Autostima</p>

*Figura 1. Abc di un episodio di rabbia nel quale il paziente sposta l'inadeguatezza sul contesto lavorativo, alterando il rapporto con la realtà (deficit differenziazione) e proteggendo la sua autostima.*

Nei confronti del terapeuta, Filippo segue uno schema relazionale dominante, generalizzabile ai suoi rapporti interpersonali; lo stato mentale che lo caratterizza è stato identificato dal paziente come Don Chisciotte. Quest'ultimo è caratterizzato da teorie moralizzanti sul mondo, sui rapporti umani, presentati in modo del tutto slegato dalla propria esperienza personale. Questo stato mentale motiva il paziente nello sforzo di elaborare pensieri da conferire ad alta voce, in contesti come riunioni e altre situazioni simili. In contesti relazionali più ristretti, Filippo non tollera il silenzio perché non sa cosa l'altro sta pensando di lui. Don Chisciotte, in questi casi, ha il compito di proteggere il paziente dalla paura di "non esistere". Quest'ultimo stato mentale, identificato come "sé trasparente", si manifesta ogniqualvolta non riceve un feedback da parte degli altri. A tal proposito, Filippo ha mostrato anche condotte esibizioniste, parlando con molta disinibizione di prostituzione, di rapporti sessuali e di masturbazioni in pubblico. L'atteggiamento e il linguaggio del paziente, sembrano in questi casi, voler manipolare l'attenzione del terapeuta. Durante una delle prime sedute, Filippo ha condotto la masturbazione durante tutto l'arco di tempo. Dal momento che il paziente ha mantenuto l'attenzione consapevole al compito di monitoraggio su un episodio non inerente all'argomento sessuale, è ipotizzabile che abbia avuto un episodio dissociativo. L'esibizionismo potrebbe rientrare in un tentativo primitivo di manipolare l'attenzione dell'altro; già in passato Filippo ha utilizzato questa strategia di coping con la stessa finalità. Tuttavia la masturbazione è un'altra modalità utilizzata per alleviare l'angoscia di non esistenza: la stimolazione sessuale e il piacere che ne deriva, confermano a Filippo di esistere. Questa attività, pur comportando la frequentazione di luoghi che offrono tali prestazioni sessuali, non genera sensi di colpa rispetto alla relazione coniugale; tuttavia conferma al paziente di avere un sé con aspetti disgustosi e degni di critica. Attività di volontariato e frequentare la chiesa hanno per Filippo un ruolo espiatorio rispetto a questa condotta.

Quando riceve critiche, il paziente avverte una forte rabbia e una grande distanza interpersonale; il Don Chisciotte interviene per difendersi dalla critica e spesso ciò comporta un allontanamento dalla situazione reale (deficit differenziazione) e un atteggiamento giudicante rabbioso.

A	B	C
Una parente dell'assistito sorprende Filippo mentre dorme sul lavoro	Non è giusto che il mio posto di lavoro mi faccia fare due turni di seguito! La signora sta esagerando, è troppo apprensiva, non dovrebbe reagire così, non è successo nulla di grave.	Rabbia  Autostima (sorride con superiorità)

*Figura 2. Abc di un episodio di rabbia nel quale il paziente sposta la sua inadeguatezza volgendo critiche all'altro, alterando il rapporto con la realtà (deficit differenziazione) e proteggendo la sua autostima.*

A	B	C
La coniuge di un conoscente ha atteggiamenti accudenti nei confronti del proprio partner	Sicuramente sono atteggiamenti falsi, è una bugiarda! Non è giusto!  Non è giusto che io non abbia tali attenzioni (non riferito)	Critica e sdegno nei confronti della donna  Rabbia (la rabbia maschera la tristezza relativa al mancato soddisfacimento del bisogno di ricevere accudimento)

*Figura 3. Abc di un episodio di rabbia nel quale il paziente critica l'atteggiamento di cura di una donna verso il proprio coniuge, al fine di ridurre l'invidia e la tristezza provata per non ricevere le stesse attenzioni da sua moglie.*

La grande distanza interpersonale legata alla percezione della critica attiva in Filippo la sensazione di non appartenenza, la quale si accompagna alla paura di entrare in contatto con il “sé trasparente”: il Don Chisciotte impedisce questo.

Probabilmente Filippo, allo scopo di avvertire un minimo di condivisione con l'altro, ha iniziato ad assorbire gusti e preferenze degli altri, atteggiati senza una reale partecipazione personale. L'attivazione massiccia di questo processo ha comportato che il paziente non fosse più in grado di riconoscere cosa realmente incontrasse il suo gusto. Questa modalità frammentata di ricercare condivisione ha progressivamente fatto disperdere il sé del paziente, al punto che il non ricevere il feedback lo fa sentire trasparente. Quindi “l'altro” è diventato sempre più fondamentale per Filippo in quanto funzionale alla sua identità; questo potrebbe aver determinato l'attenuazione dei tratti evitanti in favore della comparsa dei tratti istrionici. *Don Chisciotte presenta dei tratti istrionici, nella misura in cui cerca di manipolare l'attenzione dell'altro per ottenere la prova della sua*

*esistenza: la ricerca di qualcosa di non concreto e slegato dai propri desideri e valori, indebolisce ulteriormente il sé del paziente.*

A	B	C
Filippo partecipa ad una riunione con diverse persone che sono in silenzio	Devo trovare qualcosa da dire, (è terrificante questa situazione, sento che non esisto)	(Angoscia) elaborazione di contenuti moralizzanti da conferire al pubblico

*Figura 4. Abc di un episodio di angoscia durante il quale egli percepisce di non esistere poiché non riceve le attenzioni dal prossimo.*

Quando Filippo percepisce una certa “sintonia” con l’altro, in quanto riceve attenzione, subentra un altro stato caratterizzato dalla paura di perdere tale sintonia. Ciò è legato alla paura dell’abbandono: se il paziente riconosce di esistere solo in relazione all’altro, risulta comprensibile quanto l’altro sia indispensabile per lui e quindi quanta paura abbia di perdere la sintonia trovata. La paura dell’abbandono non è stata direttamente espressa dal paziente; il quale, per preservare la relazione, predilige uno stile passivo-aggressivo: Filippo ritiene che esprimere in forma diretta determinati contenuti possa determinare la fine della relazione, di conseguenza utilizza strategie quali ritardi, mancati appuntamenti e attribuzione delle proprie critiche a terzi.

A	B	C
Al termine della seduta il paziente realizza che il terapeuta non potrà seguirlo oltre il termine delle sue ore di tirocinio presso il servizio	La relazione con il terapeuta finirà, questo è terribile, perderò questa sintonia (non direttamente riferite)	Angoscia, tristezza (non direttamente riferite)  Alla seduta successiva Filippo non si presenta, se non alla fine dell’ora, per scusarsi dell’imprevisto

*Figura 5. Abc di un episodio di angoscia nel quale il paziente, in previsione della fine della terapia, emette una condotta finalizzata a dimostrare al terapeuta che lui non ha bisogno di queste “chiacchierate”. Inoltre anche la motivazione fornita era tale da non giustificare l’accaduto.*

A	B	C
Il terapeuta riferisce al paziente dell’episodio sopra descritto, facendogli prendere coscienza del suo timore dell’abbandono	Essere soli è terribile	Ansia e disperazione

*Figura 6. Abc di un episodio di ansia e disperazione nel quale il paziente, dopo lo svelamento dei pensieri del terapeuta, prende consapevolezza del suo timore di abbandono e delle motivazioni alla base del suo comportamento nella seduta precedente. È ipotizzabile che il paziente ritenga che la fine della relazione comporti smettere di esistere.*

In definitiva, la relazione con l'altro è vissuta in termini prestazionali da Filippo, il quale con atteggiamento compiacente cerca di "recitare" il ruolo che crede che l'altro si aspetti da lui. Questo avviene anche nella relazione con il terapeuta: egli pensa a cosa dovrebbe dire da bravo paziente e quando la seduta finisce, prova liberazione e riduzione della pressione. È possibile che avere un determinato ruolo da recitare gli renda più facile identificarsi con alcuni attributi di personalità, i quali eliminano il timore di essere trasparente. Recitare corrisponde a far propria l'identità di un personaggio e contemporaneamente mantenere una certa protezione dal giudizio degli altri.

A	B	C
Recitare un personaggio	È bellissimo, posso essere quello che voglio (quindi esisto)	Gioia, serenità

*Figura 7. Abc di un episodio di gioia nel quale il paziente ricorda il benessere provato quando recitava di essere qualcuno in presenza di un pubblico intento a prestare attenzione. In tali momenti l'attenzione dell'altro fa sentire Filippo visibile.*

### **Fattori e processi di mantenimento**

Dal momento che le teorie e le intellettualizzazioni del Don Chisciotte sono slegate dal sé, esse risultano vuote e prive di riferimenti soggettivi. Questo comporta che in relazione all'altro, Filippo venga giudicato falso e ciò fa avvertire al paziente il senso di non appartenenza, il quale riattiva lo stato del Don Chisciotte. Quest'ultimo lo protegge dalla critica spostando gli attributi negativi su chi rivolge la critica e questo comporta un ulteriore dispersione del sé. Don Chisciotte in questo modo allontana Filippo dalla realtà, però riesce a non farlo sentire trasparente. Ciò rinforza e mantiene lo stato Don Chisciotte.

Inoltre la moglie del paziente, potrebbe assolvere per mezzo di critiche continue, al compito di confermare a Filippo di non essere trasparente.

### **Scompenso**

Il paziente riporta di aver subito, all'età di sei anni, diversi episodi di abuso da parte di un ragazzo di 15 anni. Il vissuto di umiliazione unito al senso di colpa nei confronti di sé stesso non hanno ricevuto alcuna elaborazione nel contesto familiare.

Riporta, nello stesso periodo, che una delle amichette insisteva per guardare il suo pene mentre orinava per strada. L'episodio è probabile che abbia fatto scoprire in modo casuale al paziente il piacere della pratica esibizionista, condotta prevalentemente sul balcone di casa al fine di ricevere

l'attenzione dell'altro. Il feedback negativo che tale pratica ha avuto, è possibile che abbia spinto il paziente a ricercare una modalità più matura, quale il Don Chisciotte. Infatti il paziente sospetta che i vicini abbiano riferito ai suoi genitori delle sue attività masturbatorie e che il padre abbia, per tale motivo, proposto lui di frequentare una prostituta. Ancora una volta la mancanza di risorse genitoriali, impedisce l'acquisizione di modalità adeguate per gestire le sue emozioni e le sue paure.

### **Storia di vita e vulnerabilità storica**

Filippo descrive un padre succube di una madre fredda, non accudente e ipercritica; quest'ultima probabilmente ha ostacolato il processo di costruzione dell'identità per mezzo dell'identificazione con attributi buoni. L'esperienza di abuso è stata comprensibilmente nascosta dal paziente il quale però, non avendo le risorse per elaborare e gestire i pensanti vissuti di vergogna e sensi di colpa, ha subito pesanti conseguenze traumatiche. È possibile che attributi negativi e umilianti fossero inaccettabili e l'attribuzione di tali caratteristiche all'altro potrebbe essere stata l'unica modalità per permettere al paziente una forma di adattamento.

A scuola sopportava con molta fatica le critiche che le maestre gli rivolgevano circa il suo andamento, il quale risulta costantemente mediocre. Il paziente iniziò a frequentare l'oratorio e il corso di teatro, esperienza descritta come molto positiva, perché sul recitare sul palco gli permetteva di essere quello che voleva.

Fino ai 35 il paziente, nonostante diverse corteggiatrici, preferisce pagare prostitute o dedicarsi alla masturbazione. Queste condotte permettono di evitare il corteggiamento, durante il quale avrebbe potuto deludere le aspettative. Riporta difficoltà di concentrazione nello studio legate alla ruminazione su strategie per racimolare i soldi necessari per le prestazioni sessuali, dalle quali spesso cercava il lato sentimentale e affettivo. A 35 anni conosce l'attuale moglie, tale scelta è descritta come "obbligata" dal fatto di volersi mettere in regola e costruire una famiglia come tutti gli altri.

Gli episodi di ansia generalizzata coincidono con la partenza al militare: Filippo durante i primi viaggi preferiva farsi accompagnare da suo padre; percepiva tutti gli altri come estranei e giudicanti e viveva malissimo la lontananza da casa. Grazie al padre, ottenne un incarico giudicato più vicino alle sue capacità e la sua esperienza militare si connota di aspetti positivi.

Ottiene un posto di lavoro fisso presso un magazzino ma dopo aver rifiutato una riduzione a part-time, Filippo è licenziato e per i successivi due anni finge una depressione per ottenere la pensione e occuparsi delle faccende domestiche. Successivamente, spronato dalle critiche della

moglie, decide di cercare lavoro e da circa cinque anni presta occasionalmente servizio per un'associazione.

### **Vulnerabilità Attuale**

Filippo non ha costruito nulla di significativo, quindi mancano dei riferimenti concreti che permettano di far diminuire l'importanza del feedback degli altri. Inoltre i rapporti con la famiglia non sono in grado di fornire alcuna risorsa. Le continue critiche della moglie impediscono a Filippo di trovare attributi positivi con i quali ricompattare il proprio sé. Infine, gli schemi interpersonali del paziente creano difficoltà nel costruire e mantenere un'alleanza in terapia.

### **Terapia**

Strategie e obiettivi sono stati discussi durante tutto il corso della terapia al fine di sostenere l'alleanza attraverso l'empirismo collaborativo. Interventi psicoeducazionali volti alla spiegazione dei sintomi ansiosi hanno avuto lo scopo di non trascurare la richiesta del paziente dal momento che la terapia farmacologica e i deficit metacognitivi hanno reso impossibile un lavoro su di essi. Inoltre, i deficit di integrazione e monitoraggio hanno generato confusione e opacità nella mente del terapeuta.

Ho discusso con il paziente gli item critici della SCID II, soffermandomi sulle caratteristiche del funzionamento, dato il particolare assetto relazionale. L'atteggiamento compiacente di Filippo ha permesso una parziale condivisione dell'obiettivo di riduzione della confusione mentale. La prima fase dell'intervento si è quindi focalizzata sul potenziamento delle capacità metacognitive del paziente; in particolare, per favorire le capacità integrative, ho svolto interventi di sintesi volti a conferire ai suoi contenuti un filo logico e un'organizzazione gerarchica. Le domande poste hanno condotto Filippo a mettere ordine nella sua confusione, facendolo confrontare con la conflittualità delle rappresentazioni (tecniche di chiarificazione e confronto). A conclusione di ogni seduta ho fatto insieme al paziente delle sintesi, elaborando promemoria al fine di rafforzare la memoria tra le sedute e per aiutarlo a fruire dell'intervento, aumentando la sua capacità di mentalizzare i contenuti della terapia. Per le difficoltà di monitoraggio, gli episodi critici sono stati analizzati utilizzando lo schema degli A-B-C, prescrivendo la stessa attività durante degli episodi di ansia notturna ma evitando di dare la definizione di compito, data la forte vulnerabilità al giudizio. Il paziente non ha collaborato e ciò è stata un'occasione per dedicare la seduta alla ricostruzione delle sue emozioni e pensieri in corrispondenza di una richiesta "prestazionale". Le capacità di monitoraggio, parzialmente acquisite, erano accessibili per indagare il primo degli stati mentali di Filippo: il



timore del giudizio. Ho validato il paziente e ho ammesso la mia responsabilità rispetto al non aver chiarito il senso dell'attività di monitoraggio; ho inoltre normalizzato l'esperienza di non sentirsi all'altezza rispetto ad una situazione nuova. L'intervento sulla relazione ha permesso che il paziente riconoscesse che il suo pensiero fosse assorbito da cosa avrebbe dovuto dirmi nell'intento di aderire alle mie aspettative. Filippo è stato guidato a riconoscere lo stato mentale nelle sue relazioni e insieme abbiamo dato un nome ad esso per costruire una condivisa consapevolezza. Il timore del giudizio è stato collegato alla sua relazione con una madre fredda e ipercritica. Ho invitato il paziente a riflettere sui costi di questa condotta, utilizzando il noi universale al fine di promuovere l'accettazione all'interno di un clima non giudicante. Attraverso il lavoro sulla relazione terapeutica Filippo ha preso consapevolezza di questa sua modalità di essere in relazione: grazie agli interventi di svelamento, egli ha confrontato la sua lettura della mente con la realtà, sperimentando una relazione non giudicante e migliorando le sue capacità di decentramento.

Affrontare l'analisi di questo primo stato mentale con il paziente ha rappresentato un'occasione per sentirsi inadeguato; questo ha fatto emergere superiorità, distacco e atteggiamenti passivo-aggressivi di attacco alla terapia. Esplorando emozioni e pensieri successivi alle critiche, abbiamo quindi riconosciuto lo stato mentale chiamato Don Chisciotte. L'attacco alla terapia è stato il seguente: *“Mia moglie dice che è inutile che vengo qui, tanto alla fine facciamo una chiacchierata”*. Ho scelto di rispondere con il seguente intervento: *“Comprendo che lei ritenga che questa terapia possa non essere utile, tuttavia potremmo vedere insieme su quali obiettivi muoverci in modo da poter successivamente verificare se c'è stato o meno un progresso”*. Quest'ultima scelta ha avuto un duplice obiettivo: ho attribuito la critica al paziente, facendogli sperimentare un terapeuta che lo vede; inoltre, validando e riconoscendo le emozioni del paziente ho mostrato che le critiche non sono distruttive sulla relazione.

Attraverso la tecnica del Laddering, partendo dalle emozioni relative alla critica ricevuta, è stato identificato il significato negativo temuto, il quale ha richiamato un altro stato mentale: il sé trasparente. Esplorare questi contenuti ha favorito l'emergere in seduta di quest'ultimo, quindi ho introdotto un nuovo obiettivo: *“Comprendo che deve essere terribile sentirsi trasparente, tuttavia quando lei si sente così il suo viso cambia, mi guarda più spesso negli occhi,(...). Io la riesco a vedere molto bene. Le andrebbe se aiutassi anche lei a vedersi?”*. Descrivendo al paziente le caratteristiche fisiche che si accompagnano al suo sentirsi trasparente, ho voluto fargli fare esperienza di quanto fosse visibile, aiutandolo a differenziare tra stato mentale e realtà. Ho esplorato con il paziente le sue relazioni ricostruendo l'instaurarsi della condotta masturbatoria come mezzo

per alleviare l'angoscia di non esistere e pertanto non mossa da un desiderio sessuale. Filippo ha riconosciuto i sentimenti di vergogna e indegnità elicitati dal fatto di essere stato al centro massaggio e l'analisi dei costi e dei benefici ha promosso la volontà di implementare modalità differenti per gestire questo stato mentale. In questi momenti egli utilizzava un promemoria che riportava: il carattere transitorio dello stato mentale, le sue origini e una breve descrizione del sé, mediante attributi della personalità precedentemente identificati attraverso l'analisi dei momenti di benessere (estrapolando preferenze e desideri).

In questa fase della terapia il paziente ha compiuto un'esperienza correttiva: provare vergogna senza la protezione del don Chisciotte, accompagnata dallo svelamento dei miei pensieri, non ha confermato l'aspettativa di essere degno di disprezzo.

Esplorando nuovamente lo stato mentale del Don Chisciotte, ho mostrato a Filippo che esso risulta un'evoluzione dell'esibizionismo adolescenziale, più adattivo in quanto efficace nel promuovere una certa sintonia interpersonale, anche se con conseguenze sull'integrità del sé. Lo stato mentale del Don Chisciotte è stato esplorato per identificare le funzioni al quale assolve; stimolando il monitoraggio del paziente, sono state anche riconosciute le dinamiche responsabili della sua attivazione. Ho ritenuto opportuno riportare l'intervento sulla relazione terapeutica, rispetto alla quale il paziente ha adeguatamente riconosciuto la presenza di questo stato mentale. Ho quindi metacomunicato circa l'impatto del Don Chisciotte su di me, utilizzando il "noi" universale: se affermiamo concetti e teorie esprimendoli senza dei riferimenti personali, daremo all'altro un'impressione di falsità e ne eliceremo una critica. Ho inoltre validato e riconosciuto il ruolo adattivo che questo stato mentale ha per il paziente; infatti esso è molto importante nel garantire un certo suo equilibrio, quindi ho ritenuto opportuno correggerlo, attraverso una maggiore personalizzazione dei contenuti. A tale scopo ho invitato il paziente a riprodurre nei momenti di disagio relazionale, un Don Chisciotte meno critico e più aderente ai propri desideri, in modo da condurre una scoperta guidata.

Per favorire l'integrazione e la consapevolezza del carattere transitorio degli stati mentali, questi sono stati inseriti all'interno di un diagramma, costruito insieme al paziente e utilizzato per descrivere gli episodi relazionali. La ricostruzione degli stati mentali problematici all'interno della storia di vita del paziente, ha contribuito a notevoli insight da parte di Filippo e la costruzione di una conoscenza mentalistica condivisa degli eventi vissuti ha dato più coerenza e integrità al sé. Filippo ha riletto la sua esperienza attuale come organica e dotata di senso, nonostante l'emergere di tratti depressivi.

Successivamente ho indirizzato l'attenzione di Filippo sulla sua tendenza a parlare di sé descrivendosi in relazione alla moglie, analizzando come questa modalità contribuisca all'impoverimento della sua identità. Abbiamo privilegiato una forma di discorso che mettesse al centro i bisogni e le emozioni di Filippo, lavorando sull'elaborazione di alternative spiegazioni al comportamento della moglie, al fine di migliorare il decentramento. Lo stesso lavoro è stato fatto su altri episodi al fine di migliorare la capacità metacognitiva di differenziazione, promuovendo una lettura basata sull'esperienza tangibile, separandola dalle speculazioni su di essa. Gli elementi della realtà sono stati costantemente presi in esame con molta enfasi per migliorare il più possibile l'adesione ad essi.

Ho progressivamente validato i progressi fatti da Filippo; tuttavia ciò riattivava uno stato mentale collegato alla prestazione e al giudizio: ho optato per un giusto equilibrio tra validazione e atteggiamento più neutrale, stimolando il paziente a riconoscere lo stato mentale.

Al fine di promuovere il decentramento e una tolleranza del senso di non condivisione, ho spiegato al paziente come la sintonia con l'altro non sia una caratteristica stabile e ho normalizzato l'esperienza di oscillazione. Ho attualizzato questo nella relazione terapeutica, prendendo in considerazione un tema rispetto al quale avessimo posizioni simili e non, invitando Filippo a monitorare le proprie sensazioni durante la conversazione. Ho ricordato al paziente anche le sensazioni sperimentate durante gli insight e l'ho invitato a cogliere i diversi gradi di sintonia sperimentata.

Ho promosso una conversazione che si spostasse dai toni critici a quelli esplorativi rispetto alle intenzioni degli altri. L'intervento sulle capacità di decentramento del paziente su un episodio ha elicitato il riconoscimento di un suo bisogno fondamentale. Il paziente ha preso consapevolezza della immotivata rabbia nei confronti di una persona e sulle modalità con le quali essa è stata agita. Ho promosso una lettura più profonda dell'episodio, spiegando al paziente come spesso, per ridurre l'invidia verso qualcosa che desideriamo, la criticiamo per abbassarne il valore. Filippo ha preso consapevolezza del suo bisogno di ricevere cure e della tristezza elicitata dall'atteggiamento critico della moglie grazie all'utilizzo di una tecnica immaginativa. Questo ha permesso di "vedersi di più" e ha promosso l'emergere della consapevolezza che il timore di essere abbandonato, perché non degno di ricevere cure, è legato alla sua esperienza con la madre. Alla validazione ed elaborazione di tali vissuti è seguita un'analisi degli effetti di questa memoria traumatica nelle difficoltà relazionali attuali con la moglie, la quale è stata associata dal paziente, alla madre. Sono emersi

atteggiamenti più aggressivi nei confronti di quest'ultima; ho legittimato la rabbia del paziente e ho lavorato sull'accettazione.

Le ultime fasi hanno previsto il consolidamento delle abilità metacognitive e la ricostruzione della storia delle problematiche del paziente. Analizzando i contenuti che si accompagnavano alla vicina chiusura della terapia, sono riemersi i vissuti di abbandono del paziente, il quale la seduta successiva ha saltato l'incontro. Abbiamo analizzato insieme questa condotta ed un intervento utile è stato quello di svelare al paziente il mio stato mentale e l'emozione; l'intervento ha suscitato una forte commozione nel paziente e ha aperto uno spazio per validare empaticamente il suo vissuto. Per far acquisire al paziente una modalità gestione di questo sentimento ho utilizzato la sua rappresentazione del padre: le sue qualità di buon padre sono in qualche modo una traccia del genitore, il quale anche se defunto, continua a rivivere in questa forma. Ho spiegato al paziente che l'obiettivo del lavoro insieme è quello di fornire degli strumenti per renderlo più efficace e autonomo: Filippo ha gestito la perdita attraverso la comprensione più ampia del fine della terapia.

#### **Valutazione di esito**

Il miglioramento delle capacità metacognitive è stato dedotto dai seguenti fattori: riduzione della sensazione soggettiva di confusione mentale, fluidità del dialogo clinico, narrazione più realistica di episodi critici e decremento dei conflitti coniugali. Il monitoraggio della relazione terapeutica ha permesso di valutare i miglioramenti relazionali del paziente, considerando la scomparsa di atteggiamenti seduttivi e svalutanti. L'efficacia di molti interventi è stata potenziata dall'attuazione di essi in vivo nella relazione terapeutica.

L'intervento è stato limitato dal tempo disponibile; sarebbe stato opportuno implementare le abilità sociali attraverso l'inserimento in un gruppo. Inoltre, in considerazione delle numerose difficoltà nella modulazione della relazione terapeutica, sarebbe stato il caso di delegare il problema sessuale ad un co-terapeuta.

**Barbara Masciopinto**  
**Psicologa – Psicoterapeuta, Bari e Conversano**  
**Specializzata a Lecce, Training Semerari-Mosticoni**  
**E mail: [b.masciopinto@virgilio.it](mailto:b.masciopinto@virgilio.it)**

*Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista: [psicoterapeutiinformazione@apc.it](mailto:psicoterapeutiinformazione@apc.it)*

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su [www.psicoterapeutiinformazione.it](http://www.psicoterapeutiinformazione.it)