

## ***Mamma, sei Mary Poppins o una strega?*** **Il caso di Elisabetta**

Chiara Riso<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale, Roma

### *Riassunto*

Il presente lavoro descrive il trattamento di una donna con Disturbo Borderline di Personalità che chiede aiuto per trovare delle strategie utili ad essere maggiormente equilibrata nel suo ruolo di mamma. Particolare rilievo viene dato alla descrizione del funzionamento del problema, ovvero all'oscillazione della percezione di sé tra oppressa, cattiva e perfetta, e al diverso bisogno di riconoscimento da parte dell'altro, della figlia in particolare, a seconda dello stato mentale in cui si trova. La terapia ha l'obiettivo di ridurre la disregolazione emotiva e stabilizzare l'idea di sé.

### *Summary*

This clinical case describes the treatment of a woman with Borderline Personality Disorder who asks for help to find strategies to be more balanced in her parenting role. Particular emphasis is given to the description of the workings of the issue, specifically the oscillation of self-perception between oppressed, bad and perfect mother, and the variable needs for recognition by the others, especially the daughter, depending on the state of mind she is in. The therapy aims to reduce the emotional dysregulation and stabilize the self-concept.

### **Presentazione del caso**

Elisabetta lavora come impiegata, è sposata e ha due figli, Michela di 6 anni e Nicola di 4. E' una donna piacente e curata. Educata e ossequiosa, è evidente una certa tendenza all'autocritica e alla colpevolizzazione.

Seguo la paziente privatamente, con colloqui regolari a cadenza settimanale, da novembre 2011. In prima seduta manifesta le sue perplessità all'idea di iniziare un percorso con me; pensa infatti di non riuscire a fidarsi, vista la giovane età. Specifica inoltre che ci sono degli aspetti

Chiara Riso, "Mamma, sei Mary Poppins o una strega?" Il caso di Elisabetta, *N. 10, 2012, pp. 83-95*

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)

della sua storia personale che ha già affrontato nelle precedenti terapie e che non ha intenzione di ritrattare nuovamente.

### **Descrizione dei problemi della paziente**

Elisabetta si descrive come una madre *indegna* e chiede aiuto per trovare delle strategie che la aiutino ad essere più equilibrata con i figli, in particolare con Michela. Nello specifico, la paziente riferisce di provare spesso (una volta ogni uno/due giorni) una intensa ostilità verso la bambina e di essere verbalmente violenta nei suoi confronti, senza riuscire a rassicurarla e a starle vicina, neppure se la vede spaventata. E' preoccupata per l'imprevedibilità dei propri comportamenti (*mia figlia mi chiede se sono Mary Poppins o una strega*) e si sente responsabile di essere la causa di un *danno irrimediabile* per la crescita della figlia.

Elisabetta pensa inoltre che le tensioni con il marito aggravino le sue reazioni nei confronti dei bambini. Lui è spesso fuori città per lavoro e, anche quando c'è, viene descritto come critico e invalidante con lei (*non fai niente di diverso da tutti i genitori!*), poco presente e deresponsabilizzato verso i figli; il suo comportamento le provoca un'intensa rabbia, alimentata *dall'idea di essere una persona con un disperato bisogno di avere qualcuno accanto che mi capisca e che mi dica che non sono una visionaria .. che vado bene così come sono e*, secondariamente, vissuti di solitudine. Tra la coppia si verifica, più o meno, un importante litigio al mese, che si risolve (generalmente dopo una o due settimane) quando lui *“mi dimostra che mi ama ... mi riconosce che valgo”*.

La paziente ha alle spalle tre precedenti terapie, l'ultima terminata otto anni fa, poco prima del matrimonio. Ritene che i percorsi passati, iniziati per elaborare il proprio *passato traumatico*, siano stati dannosi, perché *mi hanno fatto venir fuori tanta rabbia verso i miei genitori senza sapere cosa farci*.

A marzo 2009 chiede un aiuto farmacologico a causa di una marcata reattività dell'umore e ostilità eccessiva, verso i figli, il marito e i familiari. Lo psichiatra le prescrive una terapia a base di efexor, sospesa poco prima dell'inizio dell'attuale percorso psicoterapico.

In base ai colloqui di assessment è possibile ipotizzare che Elisabetta soddisfi i criteri diagnostici per il Disturbo Borderline di Personalità (APA, 2000). Nello specifico, si riscontrano alterazione dell'identità, instabilità affettiva dovuta a marcata reattività dell'umore (episodica intensa disforia, irritabilità o ansia, che di solito durano poche ore), sentimenti cronici di vuoto, rabbia immotivata e intensa o difficoltà a controllarla, sintomi dissociativi transitori. Le relazioni interpersonali instabili sono circoscritte a quelle intime, caratterizzate dall'alternanza tra gli

estremi di iperidealizzazione e svalutazione e da sforzi disperati di evitare un abbandono. Non vi sono mai stati tentativi di suicidio.

Il livello di funzionamento psicologico, sociale e lavorativo della paziente all'inizio della terapia, valutato attraverso la VGF, si colloca su un punteggio di 68.

### Profilo interno del disturbo

Quello che segue è un ABC esemplificativo di come si manifesti la sofferenza della paziente e di quali siano le circostanze a cui essa si lega.

A	B	C
E' sera e sto leggendo un libro. Michela viene da me, piange perché non riesce a dormire e mi dice che ha paura.	<i>Che vuoi da me? Sei un peso, mi dai fastidio. Mi fai sempre richieste! Mi costringi a capirti .. Vorrei sentirmi libera!</i>	Rabbia <i>Di cosa hai paura? non vali niente ... ti lascio in collegio.. sei la peggior figlia che mi potesse capitare ... ti odio, ti detesto!</i>
C/A'	B'	C'
Rabbia <i>Di cosa hai paura? Non vali niente</i>	<i>Sto costruendo male il rapporto con lei. Sono distante nei suoi confronti. Le sto facendo del male, sono una mamma indegna.</i>	Colpa  Tristezza

Gli eventi attivanti sono connessi principalmente alle situazioni in cui la bambina ricerca l'accudimento della mamma, perché ha paura o è in difficoltà. Elisabetta percepisce queste richieste come un torto a sé, sentendosi una vittima, costretta a comprendere e rispondere ai bisogni della figlia e ad agire contro la propria intenzione. Vede limitata la propria libertà e prova ostilità nei suoi confronti, reagendo con accuse verbalmente violente e denigranti. La rabbia della paziente è alimentata dal comportamento *lamentoso e isterico (piange disperata e si butta per terra)* della bambina, che viene, da un lato, letto come intenzionalmente provocatorio (*sa che mi fa arrabbiare ancora di più così, lo fa apposta! Si comporta come un'adolescente!*), dall'altro, sovrapposto al suo modo, vano, di chiedere aiuto ai genitori quando lei stessa era bambina e si trovava in difficoltà (*potevo dare i segnali più eclatanti ma non c'era mai nessuno!*). Il marito, in queste situazioni, invalida il suo stato emotivo (*qual è il problema? Sei tu ad esserti comportata male. Esageri sempre!*).

Il problema secondario si caratterizza per il fatto che il suo comportamento minaccia lo scopo di essere una *buona madre*, intesa come una persona *capace di capire di cosa hanno bisogno i*

*figli e di rassicurarli* e le conferma la sua indegnità, non solo come persona, ma anche come genitore. La colpa sperimentata attiva la tendenza a riparare e la predispone ad impegnarsi nell'essere un genitore *perfetto e giusto*, concentrato esclusivamente sui suoi doveri. Può, ad esempio, dare ai figli molte attenzioni, giocare con loro, prepararargli torte e i cibi preferiti, organizzare feste e giornate divertenti, comprar loro buste di vestiti.

Inoltre, poiché l'amabilità e l'accudimento degli altri sono strumentali al raggiungimento del valore personale, evita le critiche, mostrandosi disponibile nei loro confronti, senza definire e considerare i propri desideri, quello che vuole, come si sente. Dedica, ad esempio, attenzioni e tempo a persone che non stima, o pur non avendone interesse, con l'obiettivo di ottenere gratitudine e approvazione da parte dei familiari. Il bisogno di riconoscimento non è tuttavia costante: è infatti meno intenso mentre sta espiando la colpa (sono sbagliata, la mia preoccupazione principale è impegnarmi al meglio e dimostrare a me e agli altri di essere degna), fino a che, di solito a seguito di una critica del marito (legata o meno alle competenze genitoriali) o di una richiesta dei figli che non tiene conto di sé, cambia stato mentale, iniziando a sentirsi stanca, vittima e *compiacente* (ovvero l'opposto di *essere libera*, che vuol dire *non preoccuparsi degli altri, dire anche cose che non fanno piacere*), percezione che innesca una nuova reazione di rabbia (*mi impegno tanto, ma nessuno vede come sto né quello che faccio! E così da una vita! Come ti permetti! Non me lo merito!*).

La critica, in particolare, è ritenuta da Elisabetta una minaccia da evitare, pena lo smascheramento della sua indegnità profonda e il rischio di essere abbandonata. Successivamente alla rabbia infatti la paziente sperimenta anche tristezza (*se mio marito pensa che non sono in grado di essere una buona mamma e una buona moglie vuol dire che sono davvero un vuoto a perdere .. mi lascerà sola*), apatia (dorme molto, evita di stare con i bambini, delega ogni responsabilità di ordine pratico) e depersonalizzazione (*cammino da sola e mi sento un automa .. come se fossi fuori dalla realtà di tutti i giorni*). Il marito generalmente le si riavvicina quando lei è in questo stato mentale e si rappresenta estremamente fragile, incapace, bisognosa e dipendente (*mi dice ti amo solo quando sto così*).

La percezione di non essere riconosciuta nei suoi diritti e bisogni è drammatica perché equivale a sentirsi schiacciata e a non contare nulla.

Inoltre, la difficoltà nel comprendere e nel gestire i propri intensi stati interni, vissuti come incontrollabili (*quando mi arrabbio sono fuori di me, non so cosa accade ma so che non posso fare diversamente*), amplifica la confusione e lo spavento e compromette la capacità di previsione su di sé, dandole conferma della propria indegnità. La messa in atto di comportamenti

riparatori è quindi finalizzata ad evitare la solitudine e l'abbandono, nonché al tentativo di riavvicinarsi ai figli/al marito, allo scopo di essere una buona mamma/moglie.

Nel suo funzionamento, l'altro è l'unico a garantirle la possibilità di mantenere una sufficiente costanza di identità, la capacità di gestire le proprie emozioni e di risoluzione delle situazioni problematiche. Diventa quindi estremamente importante per Elisabetta che le figure per lei significative si dimostrino sensibili e rispettose dei suoi bisogni e diritti, pena non sapere chi è, sentirsi una strega e sperimentare stati di rabbia e disperazione incontenibili. L'oscillazione dell'immagine di sé e degli altri e il disorientamento rispetto ai suoi obiettivi dipendono quindi molto dalla vicinanza e dalla disponibilità di chi le è accanto. Se Michela, verosimilmente spaventata, incontra la nonna e le racconta cosa è avvenuto durante un litigio con la mamma, Elisabetta interpreta le sue parole come segnale di rifiuto e tradimento (*mia figlia è distante da me .. vorrebbe la nonna come mamma. Mi ha tradito!*), sentendosi sola e molto arrabbiata.

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

- L'autorappresentazione della paziente è organizzata intorno all'idea di sé come mamma e persona irrimediabilmente spregevole e vulnerabile (*distruggo la vita dei miei figli e non sono capace di rimediare*). In considerazione del disprezzo rivolto a sé e su un umore di base disforico, il *mood congruity effect* facilita l'accesso al ricordo di fallimenti e difficoltà legati alla genitorialità, al cui interno difetti e limiti, più o meno reali, vengono ingigantiti e riportati come prove evidenti della propria indegnità, mantenendo quindi l'idea negativa di sé. Inoltre, la difficoltà di regolazione emotiva facilita valutazioni orientate da un'emozione di intensità crescente, dove si smarriscono le sfumature, fino a rappresentazioni estreme dipendenti dall'emozione in corso;
- La rabbia è mantenuta dall'idea che non adirarsi equivalga ad avallare il comportamento dell'altro, *che mi schiaccia*;
- I comportamenti impulsivi, sebbene nell'immediato le diano un senso di libertà (vs costrizione), non permettono a Elisabetta di sperimentare che può gestire gli stati emotivi negativi, e mantengono il senso di indegnità e vulnerabilità. Ancora, la conseguente tendenza a riparare, mantiene la rabbia (Michela mi sta facendo anche sentire in colpa) e l'oscillazione dell'idea di sé e degli altri, che facilita il sentirsi nuovamente vittima e la seguente reazione ostile;

- Le condotte della figlia sono spesso interpretate come intenzionalmente provocatorie. Il *bias nel controllo delle ipotesi* rende più disponibili le prove a favore di tale lettura e mantiene la rabbia. Inoltre, il non riconoscimento dei propri bisogni, da parte di Michela, ma anche del marito, viene letto come rifiuto a lei, mantenendo l'idea di sé come vittima;
- L'iperfocalizzazione e l'attenzione selettiva sugli aspetti di deprivazione emotiva e abuso, appartenenti alla sua storia di vita, e la lettura di ciò che accade nel rapporto con la figlia in termini di *a me le attenzioni sono mancate*, alimentano e mantengono la rabbia (*mia figlia vuole la nonna! Mia mamma è gentile con lei, ma con me non ha avuto tutte queste premure!*).

#### *Fattori interpersonali*

- La presenza di un partner invalidante ed emotivamente indisponibile va a confermare il senso di indegnità della paziente e a mantenere la credenza *l'unico modo che ho per essere amata è essere perfetta*;
- I commenti dei genitori e dei parenti alle sue difficoltà di regolazione emotiva invalidano il suo vissuto (*non dovresti arrabbiarti! Controllati!*) e mantengono la rappresentazione negativa di sé;
- Più in generale, i riscontri positivi che Elisabetta ha dalle persone intorno a lei, quando si comporta da "Mary Poppins", mantengono la dicotomia tra comportamenti giusti e sbagliati, nonché l'idea che l'amabilità e l'accudimento da parte degli altri possano essere ottenuti solo mostrandosi accondiscendente e disponibile.

#### **Scompenso**

La richiesta iniziale di terapia avviene circa 15 anni fa, successivamente alla comunicazione ad una conoscente degli abusi intrafamiliari subiti. Davanti alla sua reazione *spaventata*, la paziente sente di *crollare* (*avevo fatto finta di niente per tanti anni ... non ne avevo più parlato con nessuno perché avevo capito che era inutile. Mi facevo schifo ma lo sapevo solo io ... lei è stata la prima ad avermi detto che era accaduta una cosa gravissima*) e segue il suo consiglio di rivolgersi ad uno psicoterapeuta *per affrontare il passato traumatico*. Durante gli anni successivi cambia tre terapeuti. Nel frattempo conosce il suo attuale marito e, in coincidenza con il matrimonio, nonché, verosimilmente, con un aumento della percezione di essere amabile e di valore, interrompe il trattamento.

Come già anticipato, Elisabetta considera dannose le passate esperienze, a causa di quello che ritiene un aumento della rabbia verso la sua famiglia d'origine che non ha saputo come gestire. Il rapporto con i genitori si incrina in quel periodo, a causa di una maggior irritabilità nei loro

confronti (*loro mi davano della pazza*), per riequilibrarsi poi con la nascita di Michela. Elisabetta vede nell'essere una buona mamma l'unico modo per poter dare un senso alla sua vita e per dimenticare il suo doloroso passato di figlia. Quando rimane incinta del secondo figlio, si trova ad affrontare una gravidanza e un parto complessi. In tale situazione ritiene di non aver potuto contare né sull'aiuto del marito (*il lavoro veniva prima di tutto, io ero sempre sola*) né su quello della madre (*io non ero una priorità per lei*). E' verosimile che i problemi a cui dover far fronte, la percezione di vulnerabilità e i vissuti di solitudine, abbiano compromesso l'idea di poter essere un buon genitore, portandola anche a strutturare un'ideazione paranoide transitoria, verosimilmente legata allo stress e alla coincidenza dell'età della figlia con quella in cui erano iniziati gli abusi quando lei era bambina (*pensavo che qualcuno stesse abusando di mia figlia*). Dopo poco la nascita di Nicola chiede quindi un aiuto farmacologico e poi, successivamente, di cominciare una psicoterapia.

### **Vulnerabilità**

La ricostruzione della storia di vita ha permesso di individuare alcuni eventi che hanno favorito l'acquisizione di specifiche sensibilità, credenze e vulnerabilità al problema presentato.

Elisabetta ha subito ripetuti abusi sessuali da parte di uno zio materno, di cui, riferisce, ricercava le attenzioni (*non penso a me né come vittima né come abusata*). Ad alimentare l'idea di essere stata sua complice, contribuisce il ricordo di quando, quasi adolescente, si è opposta per la prima volta ad un suo avvicinamento, mettendo così fine ai maltrattamenti. Questo ha verosimilmente aggravato l'idea che per tutti quegli anni lei avesse voluto rimanere in quella situazione (*è bastato che io dicessi no perché lui smettesse*).

La maggior parte delle immagini che ha di sé da bambina sono legate ai tentativi di comunicare a chi le era vicino quanto le stesse accadendo. Durante le scuole elementari mette in atto comportamenti sessuali inappropriati per l'età e condotte autolesionistiche, piangendo e buttandosi per terra (come fa oggi la figlia). Il ricordo di Elisabetta è che nessuno le ha mai domandato come mai si comportasse così (*nessuno mi ha mai vista ... come se non fossi degna neppure di una parola*), rimandandole invece che era un'esagerata e che doveva farla finita di fare la pazza. Decide quindi di comportarsi come "*tutti mi volevano vedere, buona, brava, espansiva, perfetta*".

Ricorda anche l'imprevedibilità delle reazioni del padre, a volte estremamente vicino e complice, mentre altre, senza che lei potesse comprenderne il motivo, ostile e distante (*mi diceva*

– *Non sei più mia figlia! Non ti azzardare a rivolgermi la parola perché non ti parlo più per un mese!*).

Quando è adolescente, la mamma le dice di essere stata vittima di abusi intrafamiliari. La paziente pensa di poter essere finalmente capita e le confida di aver vissuto anche lei degli episodi simili. Elisabetta ricorda un'intensa delusione, rabbia e solitudine per la reazione della madre, *era come se non le avessi detto nulla*, e decide di non parlarne più, rimanendo con l'idea che quello che le era accaduto fosse qualcosa di cui vergognarsi, che poteva solo *sprofondare sempre più in fondo dentro di me*.

### **La terapia**

#### *Contratto e scopi del trattamento*

La terapia è tutt'ora in corso. Successivamente alla valutazione del funzionamento delle problematiche della paziente, sono stati condivisi i seguenti obiettivi di trattamento:

- dare un senso ai suoi comportamenti nei confronti della figlia e del marito;
- costruire delle strategie utili a gestire l'emozione di rabbia in modo più funzionale, orientate verso il valore di essere una buona mamma.

Si prevede inoltre il raggiungimento dei seguenti obiettivi impliciti:

- ridurre la disregolazione emotiva
- stabilizzare l'idea di sé e diminuire l'oscillazione rispetto alla percezione della propria identità.

#### *Razionale, strategie, tecniche di cambiamento e descrizione della terapia*

Il primo obiettivo è stato quello di dare senso e comprensibilità alle risposte comportamentali della paziente, partendo dal presupposto per cui ogni pensiero, sentimento o azione, anche quelli disfunzionali, fossero comprensibili nell'ottica della propria storia di vita e delle personali esperienze attuali.

Ho ritenuto che l'utilizzo delle strategie di validazione potesse aiutarla a capire meglio la sua esperienza e a sviluppare la capacità di osservarsi senza emettere giudizi, descrivendo le emozioni provate e distinguendole dai fatti che le precedevano. Utilizzando gli ABC costruiti in seduta e rielaborando quelli che la paziente faceva a casa, l'ho aiutata a descrivere i pensieri e le sue interpretazioni della realtà, a individuare i desideri e le intenzioni che accompagnavano gli stati emotivi e ad inquadrare le emozioni e le sensazioni corporee.

Un intervento di psicoeducazione sulla rabbia ha favorito la sua interpretazione come un processo che si svolge attraverso alcune fasi prevedibili (inizio, picco, attenuazione), cui si



accompagnano modificazioni fisiologiche, comportamentali e cognitive, chiarendone e riconoscendone gli elementi. La rabbia non è quindi prova del suo essere *matta o indegna*, quanto piuttosto un segnale di allarme che segue la percezione di essere vittima di un'ingiustizia e l'interpretazione di un evento come provocatorio, come un ostacolo al raggiungimento di uno scopo per lei importante.

E' stato utile esplicitare ripetutamente alla paziente di avere tutto il diritto di irritarsi, e che il nostro obiettivo non sarebbe stato eliminare o cancellare la rabbia, quanto piuttosto costruire delle strategie per agirla meno, al fine, da un lato, di proteggere la figlia, dall'altro, di non far entrare lei nello stato mentale di colpa successivo (interrompendo quindi il circolo vizioso che contribuiva ad incrementare la rabbia). Per comprendere questa seconda intenzione abbiamo ricostruito e discusso insieme più volte lo schema del problema, mettendo in evidenza il circolo vizioso. Le ho fornito un modello da portare a casa, con l'obiettivo di tenere a mente quanto condiviso in seduta, di familiarizzare con esso e (ri)conoscerlo nel quotidiano. Ciò le ha permesso di prendere consapevolezza dell'oscillazione tra l'idea di sé come sfruttata/cattivissima/perfetta e della diversa percezione del bisogno di riconoscimento e di conferma da parte dell'altro, a seconda dello stato mentale in cui si trova.

Questi interventi hanno migliorato la partecipazione emotiva durante i colloqui, dato alla paziente maggior prevedibilità rispetto alle sue azioni e favorito un iniziale contenimento della rabbia.

Diversi eventi stressanti ravvicinati hanno però portato, sebbene avessimo previsto il rischio, ad un aumento dell'intensità e della frequenza dei comportamenti maltrattanti nei confronti della figlia. Abbiamo quindi ripreso e approfondito il lavoro fatto precedentemente, sottolineando come l'intensità e la durata della rabbia aumentino quando ci accorgiamo di avere pochi strumenti per fronteggiare le situazioni attivanti. Ci siamo soffermate sulle conseguenze delle sue azioni e riflettuto su quali scopi stesse raggiungendo e quali stesse compromettendo, riconoscendo che delle risposte differenti alle richieste della bambina potessero essere maggiormente efficaci per il raggiungimento dei suoi obiettivi a lungo termine. Abbiamo visto che si arrabbiava non tanto perché la figlia le facesse un torto, ma perché, in generale, tende a sentirsi oppressa quando le vengono fatte delle richieste e perché si identifica con lei (*Michela si comporta come me ... nessuno si è mai preoccupato di chiedermi cosa avessi*).

I pensieri che Elisabetta fa quando si sente vittima e schiacciata dalle richieste della figlia rappresentano una barriera che le impedisce di comportarsi come desidera, perché sono per la paziente veri (*sono veri, ho ragione! sono sempre stata trasparente per tutti, anche per i miei*

genitori!) e percepiti come capaci di controllare le sue azioni (*io non posso fare niente di diverso!*). Le ho quindi proposto delle tecniche finalizzate ad apprendere e favorire il processo di defusione, ovvero a distanziarsi dai pensieri, imparando a guardarli come utili o meno, piuttosto che come veri o falsi. Per prima cosa li abbiamo scritti su un foglio, che la paziente ha portato poi molto vicino al viso. Dopo avermi detto come si sentisse (*molto confusa*) e aver notato quanto fosse difficile per lei stare in relazione con me mentre era così *dentro e vicina a questi pensieri*, abbiamo riflettuto sul fatto che questo accade anche con Michela, cosa che la porta ragionevolmente ad essere molto lontana dalla figlia e da quello che succede nel presente, rendendo difficile il raggiungimento di ciò che per lei è importante. La paziente ha poi portato il foglio sulle sue gambe, notando uno spazio maggiore di coinvolgimento. A partire da questo esercizio introduttivo, che ha fatto molto riflettere Elisabetta, abbiamo visto insieme alcune tecniche di defusione: Sto avendo il pensiero che ..., Canto e voci sciocche, Lo schermo del computer. Abbiamo poi scritto sul retro del foglio un titolo adeguato per i pensieri problematici (*Eccola! Elisabetta, la storia del vuoto a perdere*), che la paziente ha portato con sé e letto in diversi momenti delle giornate. Questo lavoro ha facilitato la comprensione esperienziale dell'influenza delle valutazioni sui suoi comportamenti e della conseguenza lontananza emotiva nella relazione con la figlia.

Successivamente abbiamo realizzato uno schema per gestire l'ondata emotiva, su cui si è esercitata, prima in seduta con me, attraverso il ricorso alla tecnica del role playing, e poi a casa (avendo con sé una versione semplificata dello schema).

Riporto i punti principali del modello:

- La rabbia è un'onda, ne riconosco i segnali cognitivi, fisiologici e comportamentali. Li guardo e aspetto che passino
- Ho il diritto di provare rabbia. Provare rabbia non vuol dire agirla
- Visualizzo su uno schermo mentale l'azione che avrei voglia di compiere o le parole che avrei desiderio di urlarle
- Se l'impulso ad agire è troppo forte mi allontano fisicamente e sto con la rabbia aspettando che decresca
- Rifletto sulla motivazione per cui mi sono arrabbiata. Cosa ho pensato quando Michela ha detto/ mi ha chiesto ...? Provo quest'emozione perché mi sono costruita in modo che una richiesta mi fa sentire schiacciata ... mi identifico con Michela .... Non ce l'ho davvero così tanto con lei, non mi sta opprimendo.

- Quando sento che l'onda sta decrescendo mi concentro sulla bambina. Che bisogno ha? Che mi ha chiesto?

Questo intervento ha portato ad una miglior percezione di autoefficacia nella gestione emotiva, ad una progressiva diminuzione dei comportamenti disregolati e alla conseguente diminuzione della colpa. Tutti questi aspetti hanno contribuito a contenere le oscillazioni rispetto all'idea di sé.

Una volta migliorate le capacità di gestione dell'ondata emotiva, ho proposto alla paziente alcune tecniche volte a costruire una comunicazione maggiormente assertiva e accogliente con la figlia. Per la paziente è stata inizialmente difficoltosa l'individuazione del comportamento problematico specifico della bambina (quando tu ...) e la formulazione di richieste di comportamento che sospendessero il giudizio di valore e fossero circoscritte nel qui ed ora della relazione (ti chiedo di ...). Anche in questo caso abbiamo sintetizzato i passaggi principali su un foglio (flash card) e abbiamo effettuato dei role playing in seduta lavorando sugli ABC recenti.

Nel tempo la bambina, meno esposta all'imprevedibilità dei comportamenti materni, avendo verosimilmente più possibilità di integrare "le due mamme", ha iniziato ad avvicinarsi di più ad Elisabetta.

In seguito, attraverso la ristrutturazione cognitiva, abbiamo discusso alcune credenze irrealistiche che potevano favorire aspettative esageratamente distorte nei confronti della bambina (attribuzione di consapevolezza, lettura della mente dell'altro), aumentando la probabilità di incorrere in delusioni e rendendo più complicata la riduzione della rabbia. E' stato utile fare un intervento di psicoeducazione sullo sviluppo evolutivo, per individuare cosa potersi aspettare da una bambina di sei anni.

Una volta che la paziente ha raggiunto un adeguato miglioramento delle abilità comportamentali e una sufficiente stabilizzazione della loro messa in atto a prescindere dallo stato emotivo, abbiamo iniziato lavorare sulle sue pregresse esperienze infantili traumatiche correlate alle attuali risposte problematiche nell'area della genitorialità. Siamo partite da diverse situazioni critiche del presente, mettendo a fuoco le sue emozioni e creando poi un collegamento tra gli stati mentali attuali e uno o più eventi del passato (ad esempio: episodio recente → la figlia la *tradisce* raccontando al padre di una reazione di rabbia della madre; episodio passato → racconta alla madre di esser stata vittima di abusi e la sua reazione la fa sentire tradita). Ho proposto quindi alla paziente l'utilizzo dell'imagery with rescripting, con l'obiettivo di favorire la scoperta del fatto che sono state sbagliate le situazioni in cui si è trovata, non lei stessa, e modificare il significato connesso alle esperienze dolorose. La mia ipotesi era che il lavoro con

l'imagery potesse aiutarci anche a ridurre la distanza emotiva dalla bambina e ad un aumento delle capacità di vedere i suoi bisogni.

L'intervento ha promosso un maggior senso di fiducia in sé, costituendo una valida opportunità per sentire i propri stati d'animo e le proprie convinzioni non come radicalmente sbagliate, ma appropriate alle circostanze di sviluppo e non generalizzabili ad altri contesti interattivi (*"sono stata" vittima allora .. adesso "mi sento" così*). E' aumentata la capacità della paziente di comprendere il senso dei propri comportamenti problematici attuali e la tolleranza alla loro ripetizione, senza rimanerne travolta ogni volta. Elisabetta ha inoltre fatto esperienza di cosa volesse dire *sentirsi distante* da sé bambina (paragonandolo a quando le succede con la figlia) e poi *protetta e considerata* dalla sé adulta (*c'è qualcuno che affronta le cose con lei, non al suo posto.. ma con lei. - Cosa pensa Elisabetta bambina di Elisabetta adulta? - Che è una persona forte, che vorrebbe una mamma così*).

#### *Valutazione di esito*

La terapia è tutt'ora in corso. Negli ultimi due mesi si sono verificati due episodi problematici connessi al rapporto con la figlia (all'inizio della terapia erano quasi quotidiani), uno affrontato autonomamente, l'altro telefonandomi durante la crisi.

La gestione del rapporto con il marito resta l'aspetto tutt'oggi critico e le discussioni con lui rischiano di attivarla tanto da essere pericolose per la relazione con Michela (cosa che è avvenuta quando ha avuto bisogno di chiamarmi). L'obiettivo è ora quello di generalizzare le strategie apprese con la bambina e di mettere in discussione la rappresentazione di sé come fragile, incapace, bisognosa e dipendente, nonché l'idea che il valore personale dipenda dal riconoscimento e dalla vicinanza emotiva del marito. Pensavo di continuare a lavorare con l'imagery, rispetto ad alcuni episodi di invalidazione con il padre in cui la paziente ha sentito di essere *abbandonata da lui, sbagliata e persa, senza la sua complicità*.

#### *Relazione terapeutica*

Nonostante l'attacco iniziale della paziente, la relazione terapeutica non ha presentato particolari sfide. Elisabetta si è mostrata infatti molto collaborativa e disponibile alla terapia.

E' verosimile che la mia risposta alle sue osservazioni circa il mio non essere la terapeuta perfetta, improntata al riconoscimento dei limiti e dei possibili errori, senza che ciò andasse ad intaccare il senso del mio valore personale, abbia messo le basi per la costruzione di una modalità più costruttiva di gestione delle difficoltà relazionali e di una buona alleanza (*ha ragione, non sono la terapeuta perfetta. Potrò sicuramente fare degli errori ... ma vediamo se*

*posso essere una buona terapeuta per lei e fare un buon lavoro insieme ... faremo attenzione a riconoscere i nostri limiti e le mancanze, accettandoli, correggendoli, senza per questo sentirci profondamente sbagliate). L'intensa richiesta di validazione, ha portato la paziente a percepirmi in alcuni momenti come totalmente positiva. Ho ritenuto che questo aspetto la esponesse al rischio di sentirsi, in un secondo tempo, compiacente e delusa.*

E' stato importante riflettere sulla preoccupazione che queste aspettative idealizzanti mi provocavano per dare un senso alla tentazione di sottrarmi ad una responsabilità che percepivo come eccessiva. Ho adottato quindi una strategia che favorisse il passaggio dagli aspetti idealizzati ad una fiducia più realistica, basata su dati di realtà, che tenesse conto del mio impegno e dei miei limiti, esplicitando a Elisabetta i pericoli di questo ciclo e le possibili conseguenze.

**Chiara Riso**

**Psicologa – Psicoterapeuta, Roma**

**Specializzata a Grosseto, Training Gragnani-Perdighe**

**E mail: [chiarariso@yahoo.it](mailto:chiarariso@yahoo.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)