

Sara, un'identità negata

Francesca Solito¹

¹Studio Psicoterapia, Scuola di Psicoterapia Cognitiva Grosseto

Riassunto

Nel presente articolo si descrive il trattamento cognitivo comportamentale di Sara, una paziente di 50 anni giunta in terapia perché sofferente a causa di sintomi acuti dovuti ad un Disturbo di Depersonalizzazione. La paziente evidenzia una personalità caratterizzata da tratti pervasivi e inflessibili che hanno confermato una diagnosi di Disturbo di Personalità Non Altrimenti Specificato. Dopo aver messo in luce la sofferenza di Sara per la sintomatologia presentata, si è cercato di ricostruire gli eventi e le relative reazioni emotive, attivanti gli episodi dissociativi, al fine di ridurli. Il lavoro è stato mirato alla ristrutturazione cognitiva della credenza di essere trasparente e non riconosciuta dai familiari nel suo ruolo di madre e moglie. Tale intervento ha avuto come obiettivo quello di modificare pensieri e comportamenti disfunzionali ed ha permesso alla paziente di gestire in modo più efficace episodi conflittuali ed i suoi stessi stati emotivi. Nella terapia è stata data particolare rilevanza all'accettazione di un passato caratterizzato da maltrattamenti e abusi con il fine di produrre nella paziente un cambiamento nella percezione di sé.

Summary

In this article the treatment of the cognitive behaviour of Sara is described. Sara is 50 years old with a diagnosis of Depersonalization Disorder (PD). The patient highlights a personality characterized by pervading and inflexible features which confirm the following diagnosis: Not Specific Personality Disorder. After analyzing the symptoms and the suffering of Sara, we both tried to recreate the events and the connected emotional reactions in order to reduce her dissociative events episodes. After highlighting the suffering patient due to the symptoms of her illness, an attempt was made to recreate the events and the relative emotional reactions of the dissociative episodes in order to reduce them. The aim of the work done was a cognitive restructuring of the belief of being inexistant and not being recognised by her family members in her role of mother and wife. The target of this intervention was to modify her thought and her dysfunctional behaviours and to allow her to efficiently deal with the conflicting episodes and her own emotional state. During this therapy particular attention has been given to the acceptance of her own past characterised by abuse and ill-treatment with the aim to change her perception of herself.

Francesca Solito, Sara, un'identità negata., N. 10, 2012, pp. 96-113

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

Analisi della richiesta e presentazione del caso

Sara ha 50 anni, è sposata e ha un figlio di 25 anni e una figlia di 15 anni che soffre fin da quando era piccolina di un problema alimentare (sta seguendo una Terapia Psicodinamica da circa 4 anni). Vive con la sua famiglia nella casa dove ha trascorso la sua infanzia, ereditata dai genitori e il figlio abita in un appartamento accanto al loro. Attualmente lavora come assistente in una casa di riposo. Il marito ha smesso di lavorare in seguito ad un intervento subito per un carcinoma.

La paziente è seguita da un neurologo, il quale oltre alla terapia farmacologica, iniziata un anno e mezzo fa, (Xanax: 1 mg la mattina e 2 mg la sera; Depachin: 300 mg la mattina e 500 mg la sera; Effexor: 150 mg al dì) ha consigliato una psicoterapia. Sara si rivolge prima all'usl dove le dicono che i tempi per iniziare una psicoterapia sono molto lunghi e al massimo potrà essere inserita in un gruppo. A causa dei suoi problemi economici afferma di aver aspettato e di essersi rivolta a me solo adesso perché sente di non poter più andare avanti così, ha bisogno di mettere se stessa in primo piano.

La paziente si presenta in prima seduta molto semplice nell'abbigliamento, non truccata ma in ordine, si mostra molto sofferente per quello che le accade, dice che è una cosa terribile e che lei deve assolutamente risolvere i suoi problemi. Parla senza difficoltà e appare motivata e ben disposta.

Descrizione dei problemi della paziente negli aspetti quantitativi e qualitativi

La paziente, un anno e mezzo fa, ha iniziato a soffrire di episodi in cui sviluppa sintomi di depersonalizzazione, ha allucinazioni visive e uditive: vede 4 o 5 persone in piedi disposte in cerchio, sono persone giovani di età compresa fra i 20 e i 40 anni, l'immagine che vede è molto nitida, distingue i loro volti e i colori dei vestiti, inoltre sente il sottofondo delle loro voci, sono impegnate in un dialogo dai toni pacati.

Sara quando torna alla realtà ha la sensazione di aver assistito ad un "episodio televisivo", senza avere alcuna percezione di quanto è accaduto intorno a lei. Questi episodi sembrano essere anticipati da un forte mal di testa, da una sensazione di nausea e sono accompagnati da perdita di urina, più o meno consistenti.

Si evidenzia un'alterazione della percezione del tempo, la paziente non sa dire quanto durano questi momenti: "Per me un'eternità", il marito dice di accorgersene perché il volto di Sara: "Diventa di pietra", secondo lui durano pochi secondi.

Questi episodi, all'inizio della sintomatologia, avevano una frequenza che oscillava da 1 volta a 5-6 volte il giorno, ma non le capitavano tutti i giorni, potevano passare anche 1-3 giorni senza

sviluppare i sintomi. Iniziata la terapia farmacologica gli episodi sono diventati molto meno frequenti, 1 volta ogni due settimane circa.

Avere questa sintomatologia fa sentire Sara spaventata, ha paura per quello che le sta accadendo e per quello che potrebbe succederle. Sara dice che prima era molto più impaurita, adesso cerca di farsi coraggio dicendo a se stessa “non deve succedere, devo trovare la soluzione perché non accada più”. Trova conforto nella fede: “Nel vangelo Gesù dice non devi avere paura e io ogni volta che sento il terrore che mi assale mi ripeto queste parole”.

Sara non riesce più, da quando è sopraggiunta la sintomatologia, a stare sola a casa quindi mette in atto una serie di comportamenti protettivi: si informa su cosa faranno i suoi familiari durante la giornata e cerca di organizzarsi per evitare di stare sola a casa, se per qualche motivo si ritrova a casa da sola è sempre per poco tempo e a quel punto cerca di distrarsi accendendo la televisione.

La paziente riferisce che da circa un anno e mezzo, subito dopo che è emersa la sintomatologia, non riesce più ad avere rapporti sessuali (è ben disposta al contatto fisico ma non all’atto sessuale).

Le chiedo se riesce a fare una supposizione riguardo al motivo, lei risponde: “Sono stata molestata da piccola, da mia mamma e mio zio”.

Sara riferisce di aver iniziato a ricordare gli abusi subiti, solo dopo l’inizio della sua sintomatologia, durante una visita con un neurologo (a cui lei si era rivolta per capire la natura dei suoi problemi), quando il dottore le ha detto: “E’ probabile signora che lei abbia subito un abuso da piccola”.

Da allora, secondo la paziente i ricordi hanno iniziato ad affiorare ogni giorno di più nella sua mente e questo le provoca molto dolore, ha continui rimuginii su quanto le è accaduto.

Un altro problema della paziente è il fatto di sentirsi trasparente, attualmente si vede come una moglie e una madre che accudisce la propria famiglia senza essere riconosciuta per questo. Inoltre ha la sensazione di aver vissuto una vita che in realtà non corrisponde a quella che lei avrebbe voluto, adeguandosi alle scelte degli altri e assecondando i loro desideri, sia rispetto alla famiglia che si è costruita, sia per quanto riguarda la famiglia di origine. Ha molti rimpianti riguardo al passato, sente di non esser riuscita a ribellarsi alle violenze e al controllo della madre che le ha imposto il suo volere, limitandola nelle sue scelte di vita, soprattutto in campo professionale.

La paziente si sente “vuota dentro”: crede di aver perso la propria identità o meglio di non averla mai avuta.

Formulazione di una diagnosi secondo il DSM-IV-TR: la sintomatologia riportata dalla paziente è compatibile con un Disturbo Dissociativo in quanto la caratteristica principale è la sconnessione delle funzioni, solitamente integrate della coscienza, della memoria, dell’identità o della percezione.

Il problema sembra soddisfare i criteri del Disturbo di Depersonalizzazione (Asse I) in quanto la paziente ha episodi persistenti o ricorrenti di depersonalizzazione, caratterizzati da sentimenti di distacco o di estraneità a se stessi (Criterio A); Sara si sente come se stesse vivendo in un film, quindi emerge la sensazione di essere un osservatore esterno dei propri processi mentali, del proprio corpo o di parti di esso. Sembra mantenere intatto il test di realtà (la consapevolezza che si tratta solo di una sensazione, e che non è davvero un automa) (Criterio B); i sintomi risultano sufficientemente gravi da causare marcato disagio o menomazione nel funzionamento (Criterio C), in quanto la paziente è stata costretta a cambiare lavoro perché troppo pericoloso nel caso in cui avesse sviluppato i sintomi, lavorava in un'azienda come operaia e utilizzava macchinari specifici per svolgere la sua attività. I sintomi le causano notevole disagio, in particolare la perdita di urina.

Il funzionamento della personalità della paziente non soddisfa i criteri per poter fare diagnosi di un Disturbo di Personalità specifico, ma soddisfa alcuni criteri sull'Asse II, relativi a due Disturbi di Personalità del Cluster B (Disturbo Borderline e Istrionico).

Per quanto riguarda il Disturbo Borderline risultano soddisfatti i seguenti tre criteri:

- ricorrenti gesti, minacce e comportamenti suicidari o automutilanti;
- instabilità affettiva dovuta ad una marcata reattività dell'umore (ad esempio: intensi episodi di ansia che si protraggono per alcune ore);
- manifesta ideazione paranoide o gravi sintomi dissociativi transitori e legati a stress.

Per il Disturbo Istrionico di Personalità sono soddisfatti due criteri:

- mostra autodrammatizzazione, teatralità ed esprime in modo esagerato le proprie emozioni;
- è suggestionabile (si lascia facilmente influenzare dagli altri o dalle circostanze).

E' possibile dunque, fare diagnosi di una "personalità mista", di un Disturbo di Personalità Non Altrimenti specificato. Infatti le alterazioni del funzionamento della personalità della paziente, soddisfano i criteri diagnostici generali per i Disturbi di Personalità:

- A. un modello abituale di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente rispetto alle aspettative della cultura dell'individuo. Questo modello si manifesta in due aree:
 1. cognitività (cioè modi percepire e interpretare se stessi, gli altri e gli avvenimenti);
 2. affettività (cioè, la varietà, intensità, labilità e adeguatezza della risposta emotiva);
- B. il modello abituale risulta inflessibile e pervasivo in una varietà di situazioni personali e sociali;

- C. il modello abituale determina un disagio clinicamente significativo e compromissione del funzionamento sociale, lavorativo e di altre aree importanti;
- D. il modello è stabile e di lunga durata, e l'esordio può essere fatto risalire alla prima età adulta;
- E. il modello abituale non risulta meglio giustificato come manifestazione o conseguenza di un altro disturbo mentale;
- F. il modello abituale non risulta collegato agli effetti fisiologici diretti una sostanza (per es., una droga o un farmaco) o di una condizione medica generale (per es., trauma cranico).

Valutazione del funzionamento globale: il codice è 60-51, sintomi moderati, moderate difficoltà nel funzionamento sociale e lavorativo.

Non ha effettuato precedenti trattamenti psicoterapici. Il trattamento farmacologico è iniziato un anno e mezzo fa.

Profilo interno del disturbo

Il problema che porta la paziente è la sofferenza per i sintomi sperimentati, ovvero: mal di testa, sensazione di nausea, allucinazioni uditive e visive, perdita di urina.

Dalla ricostruzione emerge che i sintomi sono preceduti da eventi che attivano nella paziente le emozioni di rabbia e di tristezza (vedi tabella 1 e 2). Sperimentare rabbia porta Sara a temere di perdere il controllo e di mettere in atto comportamenti aggressivi come faceva sua madre, arrivare quindi a picchiare il marito o i figli. In base agli eventi raccontati dalla paziente si evidenzia che nel momento in cui sperimenta rabbia e riesce a comunicare agli altri il suo disappunto, il suo malessere e disagio, non fa esperienza della sua sintomatologia e non arriva all'episodio di depersonalizzazione (vedi tabella 4).

Nelle situazioni in cui subisce la rabbia, senza esprimerla sul piano verbale difendendo i propri diritti, tale emozione attiva una serie di pensieri sul torto subito, che alimentano i sintomi di rabbia aumentando la sensazione di non riuscire più a contenerla. Sara sente di essere in preda all'impeto rabbioso e percepisce l'urgenza di manifestare la rabbia aggredendo verbalmente e fisicamente.

La paziente si spaventa di tali sensazioni temendo di stare per perdere il controllo, ha paura di arrivare a compiere atti fuori dalla sua razionalità. Gli stessi eventi fanno provare alla paziente un'emozione di tristezza, provocata da pensieri in cui Sara si valuta come trasparente agli occhi dei propri familiari, non riconosciuta nei suoi ruoli di madre e moglie e per quanto fa per loro. Si valuta incapace di esprimere e far valere i propri diritti, si ritiene una persona da calpestare perché lo ha sempre permesso agli altri. Nel momento in cui tali pensieri passano per la mente della paziente, le

fanno provare tristezza, tale emozione associata alla rabbia (non espressa), attiva i sintomi dissociativi.

Una seconda classe di eventi attivanti i sintomi, sono associati alla sensazione di stanchezza: Sara racconta una serie di episodi, che le capitano maggiormente di sera, quando si sente particolarmente stanca fisicamente. Se la paziente si sente stanca, infatti, riferisce di temere di essere meno presente a se stessa e da qui parte la sua paura di poter picchiare qualcuno, di poter perdere il controllo come faceva sua madre: “Quando mia madre era stanca era più cattiva”. Quando Sara si percepisce stanca fisicamente, con maggiore frequenza sviluppa la sua sintomatologia (vedi tabella 5).

Il timore ultimo della paziente sembra essere, in entrambe le situazioni, quello di assomigliare alla madre, che definisce una “cattiva madre”. A causa di questo Sara mette in atto un iperinvestimento nell’essere una buona madre.

La paziente crede di non poter essere una buona madre con i suoi figli perché ha subito maltrattamenti e abusi, questo la fa stare continuamente in allerta sul fatto che da un momento all’altro potrebbe arrivare a picchiarli: “Si legge sui giornali, lo dicono anche gli psicologi che di solito chi violenta a sua volta è stato violentato. Io non ho mai picchiato i miei figli ma quello che mia madre ha fatto a me, mi ha sicuramente fatto fare qualcosa di sbagliato con loro. Io ho sempre avuto paura di tutto questo, si dice ha subito una violenza ed ha fatto una violenza, la paura della mia vita è questa, far del male ai miei figli”.

A	B	C
Sto cucinando da sola il pollo impanato; come preferiscono i miei familiari; Penso al fatto che loro sono seduti in salotto	Non è giusto! Sono tutti tranquilli a leggere in poltrona e ad aspettare la cena come se fossimo al ristorante. Basterebbe un po' di collaborazione da parte loro. Sanno che non sto bene e che oggi ho lavorato tutto il giorno.	Rabbia (non manifestata) mal di testa, sensazione di nausea, allucinazioni uditive e visive, perdita di urina.
	Per loro non esisto, sono trasparente. Non hanno mai una parola gentile per me. Non mi dicono neppure grazie.	Tristezza mal di testa, sensazione di nausea, allucinazioni uditive e visive, perdita di urina.
C'/A'	B'	C'
Rabbia	Potrei perdere il controllo,	Paura

mal di testa, sensazione di nausea, allucinazioni uditive e visive, perdita di urina.	potrei fare del male a qualcuno, potrei arrivare a picchiare qualcuno e diventare come mia madre	
---	--	--

Tabella 1: ABC esemplificativi in cui la paziente sperimenta i sintomi dissociativi.

A	B	C
Mentre discuto con mia figlia lei mi dice “lo sai perché metto le cuffie? Perché mi rompi i...”	Non ci si rivolge così male ad una mamma, non è rispettoso. Mi manchi di rispetto	Rabbia (non espressa) mal di testa, sensazione di nausea, allucinazioni uditive e visive, perdita di urina.
	A me risponde sempre male mentre con suo padre non ci prova perché sa che lui con non lui non ci si deve provare. Sono io che non sono capace.	Tristezza, sentimenti di svalutazione verso se stessa. mal di testa, sensazione di nausea, allucinazioni uditive e visive, perdita di urina.
A'	B'	C'
Rabbia mal di testa, sensazione di nausea, allucinazioni uditive e visive, perdita di urina.	Sento di stare per perdere il controllo, potrei fare del male a mia figlia, potrei arrivare a picchiarla e diventare come mia madre	Paura

Tabella 2: ABC esemplificativi in cui la paziente sperimenta i sintomi dissociativi.

A	B	C
Al supermercato prendo il sapone per i piatti, il Sole, perché costa veramente poco e mi incammino verso la cassa	Questa confezione mi è familiare, anche mia mamma lo usava (si rivede piccolina in casa con la mamma)	Angoscia mal di testa, sensazione di nausea, allucinazioni uditive e visive, perdita di urina (minore rispetto agli altri episodi).
C'/A'	B'	C'
Perdita di urina	Gli altri vedranno cosa mi sta succedendo, penseranno che sono strana	Imbarazzo

Tabella 3: ABC in cui un ricordo legato all'infanzia attiva la sintomatologia della paziente.

A	B	C
A tavola mio marito mi dice “sapevi che nostra figlia domani	Ma si sta scherzando? Si incolpa me? Un padre avrebbe	Rabbia (espressa) Sbatacchio il piatto con

sarebbe partita per la gita, almeno questa sera potevi cucinare qualcosa per cui lei potesse mangiare. Dovevi accertarti che la carne fosse petto e non fettina”.	dovuto dire: “Se tua madre ha cucinato questo, si mangia questo!”. Mi sono sbagliata ma sono cose che possono succedere. Non può incolpare me del fatto che mia figlia non mangia.	aggressività, prendo la patente ed esco di casa sbattendo la porta.
	E' sempre colpa mia secondo lui. Quando mio marito mi tratta così mi fa tanto male, non mi sento né una madre, né una moglie ma una serva!	Tristezza
A'	B'	C'
Sbatacchio il piatto con aggressività	Avrei potuto comportarmi come mia madre, avrei potuto perdere il controllo e picchiare mio marito proprio come mia madre picchiava mio padre.	Paura

Tabella 4: ABC esemplificativo del fatto che la rabbia espressa non attiva la sintomatologia della paziente.

A	B	C
Mentre finisco di sistemare le cose in casa mi sento stanca fisicamente.	Sono meno presente a me stessa potrei arrivare a picchiare i miei figli e mio marito come faceva mia mamma, quando era stanca era più cattiva.	Paura di perdere il controllo. Mal di testa, allucinazioni uditive e visive.

Tabella 5. Esempio di ABC in cui la sensazione di stanchezza fa temere alla paziente di perdere il controllo.

A	B	C
Mio marito mi dice che non avrei dovuto chiedere a nostra figlia il motivo per cui stesse piangendo: “Adesso non ci dirà più nulla, non si farà più vedere piangere”	Ho fatto male a mia figlia, lei smetterà di nuovo di mangiare a causa mia. Se mia figlia sta male a causa mia, significa che sono una cattiva madre.	Senso di colpa, paura. Mi sono detta: “Non ricominciamo, non voglio tornare a perdere l'urina”, telefono alla psicologa di mia figlia per sapere se mi sono comportata male.

Tabella 6: esempio di ABC in cui la paziente mette in atto un tentativo di soluzione che la porta a non sperimentare i sintomi dissociativi.

Come si può osservare nella tabella 6, la paziente dopo una critica mossa dal marito, mette in dubbio il suo comportamento e teme di aver fatto male a sua figlia, il suo scopo di essere una buona madre è compromesso e inizia a sentire la paura, il terrore che solitamente la porta a sperimentare i

sintomi. Sara mette in atto una strategia: telefona alla psicologa di sua figlia, la quale la tranquillizza dicendole che ha fatto la cosa migliore, immediatamente la paziente esce dal circolo.

Fattori e processi di mantenimento

Fattori di mantenimento interpersonali che alimentano la convinzione della paziente di essere una cattiva madre:

- le continue critiche sprezzanti da parte del marito e dei figli fanno rimanere la paziente focalizzata su tutti i segnali negativi che la portano a pensare di essere una cattiva madre. La paziente fa una valutazione di questo tipo: “Se i miei familiari mi criticano significa che non sono una madre valida, significa che non mi comporto come una madre dovrebbe”.

Le critiche alimentano la sua paura più grande, quella di essere come sua madre.

Fattori di mantenimento intrapsichici che mantengono la credenza della paziente di essere una cattiva madre:

- stato mentale. L’attenzione selettiva, aumenta le occasioni che attivano alcune valutazioni e credenze, la paziente teme di essere una cattiva madre e tiene continuamente sotto controllo i segnali, finisce per vederne un numero maggiore, rafforzando la sua convinzione.
- problema secondario. Le valutazioni secondarie sul problema hanno l’effetto di amplificare le assunzioni sul problema primario: nel momento in cui Sara non riesce a gestire le emozioni, soprattutto l’emozione di rabbia e di tristezza, sperimenta la sintomatologia di depersonalizzazione, che interpreta come un momento di perdita di controllo dove potrebbe danneggiare i suoi figli e non essere una buona madre.
- circolo interpersonale. Sara iperinveste nello scopo di essere una buona madre adoperandosi per soddisfare le esigenze della famiglia, nel momento in cui si accorge che l’altro non le riconosce i suoi sforzi si arrabbia percependosi come una cattiva madre. Per eludere la minaccia temuta, Sara impegna nuovamente le sue energie per dimostrarsi di essere una buona madre finendo per provare di nuovo rabbia, alimentando così il circolo vizioso.

Scompenso

L’aggravarsi delle problematiche della figlia e la credenza di esserne responsabile sembra aver favorito l’esordio del problema della paziente.

A quel tempo Sara lavorava molte ore e il marito faceva delle terapie per il suo problema di salute, questo li portava ad assentarsi per buona parte della giornata.

In alcuni giorni della settimana la figlia andava a scuola con la bicicletta e al suo ritorno mangiava a casa da sola, ciò che la madre le aveva preparato il giorno prima.

Sara riferisce che dopo un po' di tempo il cane si è ammalato e hanno così scoperto che la figlia non consumava il pranzo, ma che lo dava al cane.

La paziente si sente in colpa per non essersi accorta tempestivamente del disagio della figlia: “Una buona madre se ne sarebbe accorta, avrebbe capito che la figlia stava soffrendo, se mia figlia avesse avuto un buon rapporto con me, mi avrebbe parlato del suo disagio, raccontandomi le sue difficoltà, evidentemente non sono riuscita a stabilire con lei un legame solido basato sulla comunicazione e sulla fiducia”.

Sara si recrimina di aver lasciato la figlia sola a casa sottovalutando il disagio che questa situazione avrebbe potuto crearle. In una successiva conversazione, dopo che è stato scoperto l'accaduto, la figlia ha detto alla madre che lei non stava volentieri a casa da sola, perché abitando in un posto isolato aveva paura dei ladri. La paziente si colpevolizza per aver imposto alla figlia una situazione senza averle dato modo di scegliere e senza aver facilitato in lei la possibilità di esternare la sua difficoltà.

Sara sente di aver fallito come madre: “Mia figlia non mangia e non mi racconta il suo problema, questo significa che ho fallito come mia madre, non sono riuscita a trasmettere a mia figlia che su di me lei può sempre contare”.

Inoltre in quel periodo la paziente era molto preoccupata per il suo lavoro, l'azienda in cui lavorava doveva fare dei tagli e Sara rischiava di esser licenziata.

La paziente riferisce di essersi trovata molto bene in quell'azienda, di aver legato con molti colleghi e rinunciare a questo lavoro significava perdere una parte di sé perché senza lavoro lei non riesce a vedersi.

Non avere più un lavoro significava anche dover fare sacrifici economici, fare dei tagli alle spese, dal momento che in quel periodo era solo lei a lavorare. Il pensiero che tormentava Sara era: “Come farò ad aiutare i miei figli? Come farò a mantenerli negli studi? Ho 50 anni, alla mia età non è facile trovare lavoro”.

Vulnerabilità storica

Sara ha trascorso la sua infanzia e adolescenza nella casa dove vive ancora oggi, è figlia unica ma prima della sua nascita, la madre ha perso due figli, uno durante la gravidanza e l'altro durante l'allattamento. Sara ricorda la madre sempre arrabbiata e spesso le diceva: “Perché non hai fatto la fine dei tuoi fratelli?”.

Sara ha fatto esperienza di una madre molto autoritaria e lunatica che cambiava facilmente idea da un momento all'altro, una madre imprevedibile che arrivava spesso a picchiare sia lei che il padre, “picchiava mio padre anche se giocavano a carte”.

La paziente ricorda che la madre comprava dall'ambulante che passava casa per casa, una bottiglia di cognac a settimana, racconta di non aver mai visto sua madre bere ma lei crede che probabilmente lo facesse di nascosto. Fin da quando Sara era piccola, già all'età di 4-5 anni, la madre le delegava delle faccende da sbrigare mentre lei andava a lavorare nelle vigne, se al suo ritorno le faccende non erano state fatte e soprattutto se non erano state fatte secondo i suoi criteri, Sara veniva picchiata.

La paziente ricorda che il pomeriggio la madre andava al letto e spesso commissionava alla figlia di fare il pane: "Quando si svegliava, se il pane non era venuto bene, prendeva un pezzo di legno e mi picchiava, come poteva venirmi bene? Avevo solo 5 anni".

Solitamente la madre picchiava la figlia quando il padre non era in casa e la colpiva sulla testa o sulla schiena in modo che il padre non potesse accorgersi di nulla.

Da quanto riferisce la paziente solo una volta il padre, tornando a casa prima del previsto, ha visto sua moglie picchiare la figlia e in quell'occasione si arrabbiò tanto finendo per litigare con la moglie.

Sara ricorda il padre come un uomo che non si è mai ribellato alla moglie, lei lo picchiava e lui non reagiva, la paziente lo definisce un uomo molto buono, amato da tutti nel paese: "Era una persona meravigliosa, bravissimo, dolce e premuroso con me". Potremmo supporre che la paziente, poiché ha fatto esperienza di una madre autoritaria che prendeva qualsiasi decisione per lei e un padre molto remissivo che non l'ha mai protetta concretamente, abbia imparato nella sua infanzia a non esprimere i propri bisogni, le proprie emozioni perché tanto a nessuno interessavano.

La paziente racconta che quando era piccola la madre e lo zio materno la baciavano sulla bocca, Sara fa tutta una descrizione dettagliata dove emerge una chiara emozione di disgusto dovuta al sentire la lingua della madre e dello zio nella sua bocca: "Quando mia madre e mio zio mi baciavano era come se sentissi un serpente viscido nella mia bocca che si avvolgeva tutto, subito dopo correvo in bagno e mi lavavo ripetutamente i denti".

Lo zio baciava Sara anche davanti alla madre e la madre non diceva niente, continuava a fare le sue cose come se nulla fosse successo. Questa violenza che la paziente ha subito dalla madre e anche dallo zio ha fatto sì che sviluppasse tutta una serie di paure riguardo al fatto di avere attenzioni sessuali nei confronti dei suoi figli, soprattutto sulla figlia: "Avevo paura di abbracciarla, lei infatti è stata meno coccolata rispetto a mio figlio, sicuramente le saranno mancati abbracci e coccole, anche oggi alle volte mi si avvicina sul divano, mi mette la testa sulla spalla, io ho sempre tanta paura, mi dico ma se non lo voglio fare non lo farò.... perché devo essere come la mia mamma?!"

Questa esperienza traumatica spiega anche l'inibizione sessuale della paziente, il suo pudore di spogliarsi davanti al marito, il fatto di evitare di baciarlo e di farlo solo se è lui che si avvicina a lei.

A partire dalle interazioni traumatiche la paziente si è formata un'idea di sé che corrisponde ad essere una persona deplorable che si è meritata di essere maltrattata, per il fatto di non essersi mai ribellata: “Non ho lottato quando ero piccola per le attenzioni pedofile, non ho lottato per staccarmi da una madre violenta, non ho lottato per avere un lavoro migliore, non ho lottato per fare quel viaggio che vorrei tanto fare dal periodo delle superiori, quando mia madre mi negò la gita...la vera colpevole sono io per aver accettato e non essere stata capace di ribellarmi ad una madre dispotica e violenta come la mia, incapace di amare e accudire un figlio”.

Terapia

Contratto e scopi del trattamento: Sara è giunta in terapia perché ha necessità di darsi una spiegazione riguardo la sua sintomatologia, la definisce “una cosa terribile” e vuole trovare una soluzione al suo problema. In più la paziente si trova in un momento di grande sconvolgimento emotivo dovuto all'intrusione di ricordi traumatici della sua infanzia.

Gli obiettivi del contratto terapeutico, concordati all'inizio della terapia, sono stati i seguenti:

- diminuire l'intensità e la frequenza degli episodi in cui Sara sperimenta i sintomi;
 1. riconoscere gli eventi attivanti;
 2. cercare di trovarsi con minore probabilità in episodi che possono attivare l'emozione di rabbia e la percezione di perdita di controllo;
 3. apprendere modalità di gestione e fronteggiamento delle proprie emozioni (rabbia e tristezza);
- disinvestire sullo scopo di cercare di non sentirsi una cattiva madre;
 1. cercare di capire che cosa significa per la paziente essere una buona madre;
 2. definire bene cosa può fare concretamente per essere una buona madre.

Inoltre, al fine di raggiungere i suoi obiettivi, mi sono proposta di conseguire, senza esplicitarlo nella prima fase della terapia, un incremento della:

- capacità di integrazione delle rappresentazioni dell'altro. Durante l'*assessment* e i primi mesi di terapia ho avuto modo di osservare nella paziente che la sua rappresentazione dell'altro si modificava in base a quanto accadeva. Ho cercato di aiutare la paziente ad avere giudizi più articolati integrando meglio le diverse rappresentazioni, in modo da contrastare le polarizzazioni;
- capacità di riconoscere le proprie emozioni e bisogni e comunicarli agli altri mantenendo una relazione positiva;

- migliorare i rapporti con i familiari;
- migliorare la qualità di vita della paziente.

Razionale, strategie e tecniche di cambiamento: all'inizio della terapia è stato consegnato alla paziente un diario dei sintomi dove doveva scrivere l'evento attivante, esterno (fatto, comportamento, notizie, persone, oggetto) o interno (sensazione, pensiero) che accadeva subito prima di sperimentare i sintomi.

Grazie al diario sono stati individuati come problematici, in quanto attivatori della sua sintomatologia, eventi che portavano la paziente a provare l'emozione di rabbia, la sensazione di perdita di controllo e l'emozione di tristezza. Attraverso l'analisi degli ABC risulta evidente che ciò che faceva arrabbiare Sara erano alcuni atteggiamenti dei familiari che lei interpretava come una mancanza di rispetto nei propri confronti, spesso si sentiva "trasparente", non riconosciuta per quanto faceva per loro.

Per raggiungere l'obiettivo di apprendere modalità di fronteggiamento della rabbia è stata fatta una psicoeducazione su questa emozione, in modo che Sara potesse riconoscerla ed è stata utilizzata la tecnica del *problem solving* per sviluppare strategie nuove e più funzionali alle situazioni critiche individuate. Attraverso il *role playing* si è cercato di aiutare la paziente a comunicare ai suoi familiari e soprattutto al marito, i propri bisogni con l'obiettivo di renderla maggiormente capace di esprimere i propri desideri e necessità senza aspettarsi dall'altro gesti o atteggiamenti particolari.

Questi interventi hanno avuto come fine specifico quello di far sì che la paziente si arrabbiasse con minore frequenza e intensità, incrementando le sue capacità di fronteggiamento di eventi critici per diminuire eventi dissociativi.

Per quanto riguarda la paura di perdita di controllo che si attivava nei momenti di stanchezza fisica e mentale, ho concordato con la paziente l'obiettivo di ritagliarsi dei momenti durante la settimana per riposarsi e fare qualcosa di piacevole. In base agli impegni lavorativi della paziente sono stati individuati degli spazi liberi dove poter staccare dai lavori domestici per dedicarsi a delle attività che Sara aveva accantonato e trascurato da tempo, ma che aveva molto desiderio e interesse a coltivarle nuovamente.

Fin dalle prime sedute è emerso l'iperinvestimento della paziente nello scopo di non essere una cattiva madre, abbiamo elaborato una sorta di lista contenente tutte le caratteristiche in positivo che secondo la paziente deve avere una buona madre (carattere, temperamento, comportamento, abitudini...).

Attraverso il dialogo socratico ho cercato di discutere le sue convinzioni mettendole in discussione, riporto qui di seguito le parole della paziente dove sono evidenti le sue credenze:

“Secondo me una buona madre é una mamma che sa farsi rispettare e capire, che sa parlare con i suoi figli creando un buon dialogo. La buona madre si accorge se c'è un problema, si avvicina al figlio quando questo torna da lavorare, lo guarda negli occhi e capisce se ha un problema. Una brava madre deve essere coerente, se dice una cosa poi deve essere quella, non deve avere ripensamenti e non deve contraddirsi. La buona madre deve lavorare, il lavoro è obbligatorio altrimenti non riesce a mantenere i figli negli studi garantendo loro l'università. Deve dare educazione e ricevere in cambio educazione”.

Ho cercato di portare la paziente a riflettere sull'esistenza o meno della madre perfetta, Sara mi ha portato alcuni esempi di persone da lei conosciute e ritenute ottime madri, con lo scopo di far emergere qualche difetto che potesse andare a falsificare la sua credenza. Una volta riconosciuta l'inesistenza della madre perfetta Sara ha potuto rivalutare alcuni suoi atteggiamenti o scelte agite sui figli in modo da potersi dare una spiegazione diversa. Riguardo alla paura della paziente di poter commettere violenza e abusi sui figli, soprattutto sulla figlia femmina, ho cercato di verificare la sua credenza centrale, secondo la quale esisteva una sorta di legge matematica tra l'aver subito violenza e fare violenza: “Se ho subito una violenza da piccola sicuramente diventerò io il carnefice, farò violenza ai miei figli”. La paziente sosteneva di aver letto questo su alcuni libri di psicologia, allora abbiamo provato a leggere questi scritti cercando di comprenderne bene il significato, abbiamo approfondito l'argomento su internet e abbiamo provato a pensare a personaggi famosi che hanno subito violenze nella loro infanzia e che sono riusciti a costruirsi una vita rispettabile senza commettere a loro volta violenze. Abbiamo provato anche a ricercare tramite internet l'infanzia di personaggi noti che invece hanno commesso omicidi o violenze psicologiche e sessuali senza aver avuto un'infanzia caratterizzata da abusi e violenze fisiche.

E' stata condotta un'analisi della storia di vita in modo che Sara potesse mettere ordine ai suoi ricordi. La paziente ha avuto modo di raccontare la sua sofferenza dovuta ad un passato di abusi e maltrattamenti. E' stata utilizzata l'*imagery with rescripting* con l'obiettivo di produrre nella paziente un cambiamento nella percezione di sé che si era formata nelle esperienze critiche. La paziente si riteneva meritevole di maltrattamenti, si sentiva in colpa per non aver reagito. L'*imagery* è servita per cercare di disconfermare la sua ipotesi, lo scopo è stato quello di far rivivere un ricordo traumatico in modo che Sara potesse percepirsi come indifesa, in quanto bambina picchiata e abusata dalla sua stessa madre. Tale tecnica è stata utilizzata per aiutare la paziente a formarsi una regola nuova: meritavo di essere protetta. L'effetto dell'*imagery* è stato quello di permettere alla paziente di sperimentarsi come una bambina meritevole di protezione e non colpevole, era troppo piccola per allontanarsi e scappare alle violenze della madre. Il sé adulto ha preso in braccio la

bambina e l'ha portata via dalla casa dove viveva con la madre sottraendola ai soprusi. L'*imegery* ha aiutato la paziente a percepirsi come individuo che può chiedere e ricevere protezione.

Durante l'*assessment* la paziente ha esternato la sua paura relativa al fatto che il marito potesse non comprendere la violenza subita dallo zio e dalla madre. Si è cercato di capire che cosa temesse valutando le sue idee a riguardo. Durante la terapia ha esternato il desiderio di voler raccontare quanto le era accaduto al marito e abbiamo concordato la situazione migliore per affrontare l'argomento, in modo che lei potesse sentirsi più tranquilla possibile. Ho cercato di facilitare la comunicazione tra Sara e il marito in modo che lei potesse spiegare la sua difficoltà nel rapporto sessuale, dovuta a quel momento. I timori della paziente si sono rivelati infondati, il marito aveva sospettato quanto fosse successo alla moglie durante l'infanzia e ha manifestato comprensione nei suoi confronti.

Descrizione della terapia: la terapia si è svolta con sedute settimanali per la durata di 18 mesi, è tutt'ora in atto con sedute mensili da circa 5 mesi. La paziente ha esplicitato la volontà di diminuire la frequenza della terapia perché sente di aver risolto molte difficoltà e di aver appreso modalità di gestione dei momenti di stress. Questo le ha inoltre permesso di dare a sua figlia, la possibilità di iniziare a sua volta una psicoterapia.

Fin dalle prime sedute è stato possibile costruire un buon rapporto terapeutico grazie ad un atteggiamento disponibile, collaborativo e ben disposto a trovare una soluzione ai suoi problemi. Durante il trattamento non si sono manifestate problematiche nella relazione terapeutica.

Nel corso della terapia, si sono verificati due episodi particolari che hanno ostacolato il raggiungimento degli obiettivi e hanno reso necessaria una riformulazione del contratto.

Dopo 4 mesi di terapia, la paziente, in seguito ad una lite con il marito, si è tagliata l'avambraccio con un taglierino (la ferita è stata lieve e non ha necessitato di cure mediche). La paziente ha compiuto tale atto con l'obiettivo di punirsi, per aver permesso ancora una volta a qualcuno, in questo caso al marito, di scaricare sopra di sé la sua rabbia. Le urla del marito, il rumore degli utensili da lui sbattuti le hanno ricordato il fare minaccioso della madre e hanno riattivato tutta una serie di ricordi traumatici. Quando Sara è arrivata in seduta, dopo questo evento, mi ha sottolineato che il lato buono di questa situazione era stato il fatto che non avesse fatto male a nessuno dei suoi familiari ma solo a stessa, "la vera colpevole". Ancora un volta è emersa la sua paura di poter perdere il controllo e arrivare a picchiare qualcuno, Sara si sentiva rassicurata pensando al fatto che aveva vissuto un momento di sconvolgimento emotivo in cui comunque non aveva commesso atti violenti sui propri figli ma solo su di sé.

Si è reso necessario spiegare alla paziente la funzione del tagliarsi ed è stato formulato il seguente contratto:

1. impegnarsi a telefonarmi prima di tagliarsi, appena percepiva l'impulso a farlo;
2. mettere per iscritto le emozioni provate durante l'episodio, nel caso in cui io non avessi risposto tempestivamente al telefono (la paziente trovava beneficio nello scrivermi, raccontandomi il suo vissuto). Questo ci è servito a far sì che l'emozione diminuisse la sua intensità.

Durante questa fase della terapia sono stati concordati tali obiettivi:

- modulazione delle risposte emotive;
 - incrementando la capacità di limitare l'intensità degli stimoli emotivamente rilevanti per inibire le risposte emotive disfunzionali;
 - inibendo le reazioni comportamentali disadattive (atti autolesionisti) conseguenti ad emozioni intense;
- incrementare la capacità di gestione dei conflitti senza lasciarsi sopraffare da essi.

Al fine di raggiungere tali obiettivi si è cercato di elaborare un intervento di accettazione del proprio passato, facendo riflettere la paziente sull'utilità di questo per migliorare la qualità della sua vita piuttosto che continuare a punirsi.

Cercando di aumentare le abilità di gestione dei conflitti, in modo che la paziente si potesse percepire come capace di difendere i propri diritti e non sentirsi alla mercè degli altri, è stato utilizzato il *problem solving*, il *social skills training* e un *training assertivo*.

Mentre il trattamento si stava svolgendo, circa dopo 8 mesi dall'inizio della terapia, la paziente ha preso 14 pasticche di Xanax dopo aver subito un ricatto morale da parte del marito. Il suo è stato un atto impulsivo, non premeditato, in cui non ha tenuto conto delle conseguenze. Il suo intento non era quello di uccidersi ma percependosi come non in grado di risolvere la situazione non è riuscita a tollerare l'intensità della sua emozione. La paziente si trovava a casa con il marito quando hanno iniziato a discutere riguardo all'omosessualità del figlio (i genitori ne sono a conoscenza da anni, conoscono anche il compagno, Sara lo ha accettato da sempre mentre il padre no). Il marito ha iniziato a recriminare a Sara di aver invitato a cena il compagno del figlio, dopo un'accesa discussione è uscito di casa con il fucile in mano e ha minacciato la paziente di andare ad uccidersi.

Sara, stanca di dover sempre mediare tra lui e il figlio, si è percepita come incapace di risolvere la situazione, incapace di reagire al ricatto del marito, ha provato a telefonarmi, non avendo avuto risposta ha preso le pasticche d'impulso.

In seguito all'accaduto la paziente ha riferito che gli attacchi d'ira del marito sono sempre stati frequenti durante il loro matrimonio ma adesso sentiva di non riuscire più ad accettarli: "Forse sono io che sto cambiando, prima li accettavo adesso no, se ad esempio si rompe la televisione, lui inizia ad arrabbiarsi, a sbatacchiare, a bestemmiare, io non tollero più questo suo modo di fare, prima lo accettavo, non mi ribellavo ma adesso no!".

Rispetto al fatto che la paziente abbia iniziato a tollerare meno, si potrebbe supporre che sia stato un effetto della terapia, tale conclusione è stata condivisa con la paziente ed è stato rinforzato come positivo il fatto che adesso sia meno disposta ad accettare soprusi. Ho sottolineato alla paziente il fatto che se il marito ha sempre fatto così, era necessario aiutare anche lui a cambiare.

Dopo quanto è accaduto, il marito ha accettato di iniziare una sua psicoterapia. Con la paziente ho condiviso l'importanza di dare del tempo al marito, sottolineando il fatto che adesso aveva un suo spazio per risolvere i suoi problemi.

L'obiettivo della terapia è stato quello di aiutare la paziente a non reagire agli attacchi di rabbia del marito, per la gestione del momento e del suo impulso a rispondere alle sue provocazioni, sono state utilizzate delle procedure di defusione ACT (esempio: "immagina di indossare un impermeabile e fatti scivolare addosso le parole che dice tuo marito come se fossero delle goccioline di pioggia). Abbiamo condiviso la possibilità di avvicinarsi al marito successivamente, dopo l'impeto rabbioso, in modo da poter dialogare con lui per riuscire a farlo ragionare e far valere le idee della paziente, tale obiettivo è stato raggiunto attraverso *role playing* svolti in seduta, con il fine di migliorare la comunicazione e la relazione con il marito.

E' stato necessario rinnovare il contratto terapeutico con la paziente: impegnarsi a non mettere in atto tentativi di suicidio prima di avermi raggiunto telefonicamente.

Ho riflettuto con la paziente sulla sua modalità di gestire la situazione che si era creata con il marito e le ho fatto notare che uccidersi non rappresenta un buon modo per risolvere i problemi di famiglia ma porta a conseguenze negative sui figli. Inoltre abbiamo riflettuto sul fatto che questa storia in fondo ci ha dimostrato che lei è una buona mamma perché ha sempre lottato per il bene del figlio cercando di far accettare al padre la sua omosessualità. Attraverso il dialogo socratico ho cercato di farla arrivare alla conclusione che spesso essere buone mamme e mogli significa anche avere funzioni di mediazione. Vista l'impossibilità che la paziente si sottraesse del tutto dai problemi tra il marito e il figlio, ho aiutato Sara a facilitare la comunicazione tra i due in modo che il loro rapporto fosse più diretto.

Valutazione di esito

L'intervento terapeutico ha avuto i seguenti esiti:

- a) risoluzione dei sintomi dissociativi. Attualmente la paziente riferisce sintomi d'ansia che si manifestano con una frequenza media di una volta ogni due mesi. Sara riesce a riconoscere gli eventi attivanti, i propri stati mentali gestendo in modo funzionale tali situazioni che non sfociano più in sintomi dissociativi. Da specificare che la paziente è giunta in terapia compensata da farmaci che avevano ridotto la frequenza degli episodi dissociativi (da un massimo di 5-6 volte al giorno a una volta ogni dieci giorni). Si può ipotizzare che la completa remissione dei sintomi dissociativi sia dovuta agli interventi terapeutici mirati alla gestione degli stati mentali attivanti i sintomi e all'intervento mirato alla riduzione del problema secondario. La paziente conoscendo la sua sintomatologia riesce ad affrontare le situazioni di rabbia/stressanti in modo più funzionale (terapia farmacologica attuale: Depachin, 300 mg e Faxine, 150 mg la sera).
- b) riduzione della sofferenza emotiva dovuta ad una maggiore accettazione del proprio passato traumatico;
- c) il problema sessuale con il marito ha avuto una risoluzione quando Sara ha condiviso le sue problematiche e la sua sofferenza riguardo ai ricordi infantili;
- d) la relazione coniugale è migliorata in quanto la paziente ha acquisito competenze che le permettono di gestire le "sfuriate" del marito, che si sono comunque ridotte grazie alla sua terapia. Inoltre Sara partecipa ad alcune sedute del marito.
- e) miglioramento delle relazioni sociali, in quanto basate su una comunicazione diretta e assertiva, la paziente è maggiormente capace di esprimere i propri bisogni e necessità ai familiari e tale abilità le ha permesso di beneficiarne anche sul lavoro;
- f) la paziente mette meno in dubbio il suo ruolo materno, i rapporti con i figli sono migliorati e i litigi si sono ridotti;
- g) Sara attualmente è in grado di ritagliarsi momenti per sé, dove si dedica ad attività particolari come la ristrutturazione di mobili antichi, rimettere a posto la casa dove viveva il figlio secondo il suo gusto personale, cucire tende e sistemare abiti.

Francesca Solito

Scuola di Psicoterapia Cognitiva Grosseto

Specializzata a Grosseto, Training A. Gragnani e C. Perdighe

e-mail: francesca.solito@libero.it

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:

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