

Rosa: Disturbo di Somatizzazione in un Disturbo Passivo Aggressivo di Personalità

Marianna Pacciolla

Dati anagrafici e condizioni attuali di vita

Rosa è una donna di 40 anni, ha conseguito il diploma di Scuola Media Superiore. Svolge ripetizioni private, ma non ama questo tipo di lavoro; avrebbe voluto frequentare l'università per fare l'interprete.

La paziente è sposata da 18 anni con G., ha un figlio di 17 che dall'età di 5 vive con i genitori di Rosa a pochi chilometri di distanza.

Due anni fa, alla settima settimana di gravidanza, la signora ha avuto un aborto spontaneo. Mi riferisce questo evento come drammatico: la paziente sperava che questo figlio "rappresentasse per lei una seconda occasione per essere una buona madre", dato che con il primo figlio ha un rapporto molto conflittuale.

Rosa si presenta con un aspetto trascurato, per nulla curato.

La signora mi chiede personalmente d'intraprendere una psicoterapia. Già al telefono si mostra estremamente agitata per il problema che presenta.

Anamnesi familiare ed individuale con particolare riferimento agli elementi rilevanti nella patogenesi della sofferenza

Il padre di Rosa ha 72 anni, pensionato, è descritto come severo e privo di sentimenti.

La paziente si sente molto criticata dal padre per ogni suo comportamento.

E' molto arrabbiata con lui perché ha ostacolato i due fidanzamenti di Rosa precedenti al matrimonio, "a tal punto da determinarne la fine". A proposito di questi fidanzamenti, Rosa mi racconta: "Mio padre ha fatto sì che in un caso io fossi lasciata perché ha minacciato il mio fidanzato, e in altro ha preteso che io lo lasciassi, altrimenti mi avrebbe reso la vita un inferno". La signora dice di aver vissuto queste due esperienze con sentimenti di rabbia nei confronti del padre e con un forte senso di umiliazione. Mi dice

che in entrambi i casi non le erano chiari i motivi di tanta avversione da parte del padre, che era contrario anche al matrimonio con G.. In questo caso, Rosa racconta di essersi “opposta al padre pur di uscire di casa”.

La paziente ricorda che quando era piccola non era possibile prevedere il comportamento del padre che spesso la picchiava o la rimproverava aspramente senza una ragione apparente. Talvolta, il padre la costringeva a restare fuori casa in punizione (senza saperne le motivazioni), per diverse ore, col fratellino più piccolo.

Rosa era terrorizzata all’idea di rientrare a casa da scuola e di non sapere in che modo il padre si sarebbe comportato con lei.

Per paura che il padre la picchiasse, Rosa diceva delle bugie o falsificava i voti a scuola.

La madre di Rosa, casalinga, ha 65 anni. E’ descritta come una donna “tendenzialmente depressa”, molto paziente, succube del marito e poco affettuosa. La paziente riferisce di non essersi mai sentita protetta dalla madre rispetto ai comportamenti aggressivi ed imprevedibili del padre. Per questo e per il fatto che si sente continuamente criticata dalla madre nutre emozioni di rabbia intensa nei suoi confronti.

Rosa ha un fratello più piccolo di due anni che vive coi genitori. La paziente lo descrive come “depresso e bulimico...non esce mai di casa...pensa solo a mangiare...”.

La paziente ha sempre avuto comportamenti protettivi nei confronti del fratello: “Quando eravamo piccoli cercavo di difenderlo da papà”. Secondo Rosa anche il fratello non ha un buon rapporto coi genitori.

Rosa ha una sorella più piccola di undici anni con cui non va assolutamente d’accordo. La sorella convive con un compagno ed è in buoni rapporti coi genitori. “E’ priva di sentimenti come papà”.

Il marito della signora ha 45 anni. E’ in cura farmacologia per un presunto DOC. Da circa due anni la paziente riferisce che il loro rapporto, già difficile, si è “incrinato” ulteriormente a causa di un litigio con la sorella del marito. Rosa dice di essere stata aggredita verbalmente e fisicamente dalla cognata per ragioni di eredità e di essere “furiosamente arrabbiata” col marito che non l’ha mai difesa, “ma anzi, ha continuato ad intrattenere rapporti civili con lei e con il resto della famiglia”.

Dal canto suo, il marito si dice arrabbiato con la moglie per le sue continue lamentele fisiche e colpevolizza Rosa dei propri problemi. “Mi dice che è colpa mia se lui deve prendere gli psicofarmaci”. Litigano quotidianamente e si picchiano spesso.

Il figlio di Rosa, G., ha 17 anni. Vive coi nonni materni dall’età di cinque anni. La signora decise di portarlo dai nonni perché lei aveva somatizzato dei problemi alla vista che non le consentivano di prendersi cura del figlio. “Non potevo neanche accompagnarlo a scuola perché gli occhi s’incrociavano...le macchine mi venivano addosso...”. In quel periodo, la signora aveva 28 anni ed era molto insoddisfatta della sua posizione lavorativa e del suo rapporto col marito. Non ricorda in che modo

e quando precisamente abbiano avuto inizio questi problemi alla vista. Mi riferisce che si manifestavano soprattutto fuori casa (e questo la costringeva a rientrare immediatamente) e che non c'erano fattori scatenanti. I familiari ed il marito non facevano altro che criticarla per questi problemi, dicendole sempre "tu non ci stai con la testa!".

Per questi disturbi la signora ha intrapreso una psicoterapia durata 2 anni, terminata a causa di riferite "avances" da parte del terapeuta. La paziente mi riferisce che comunque la psicoterapia "in qualche modo" le era stata utile per l'estinzione dei sintomi.

Oggi la paziente si sente in colpa nei confronti del figlio per averlo "consegnato" ai suoi genitori e si dispiace di avere un rapporto inesistente con lui: "Non mi considera la madre...mi tratta sempre male...non vuole stare con me!".

Rosa dice di fare dei tentativi per avvicinarsi al figlio che, tuttavia, appare sempre molto freddo nei suoi confronti.

Definizione del problema secondo la paziente: sintomatologia

Rosa dice di essere disperata perché affetta da "colon pazzo" che non le permette una vita normale. Alterna giorni di stipsi a giorni di diarrea.

A causa della diarrea non può uscire di casa e ogni volta che ha la diarrea le viene un attacco di panico.

Ha consultato vari medici che le hanno diagnosticato una sindrome da intestino irritabile. Il suo medico di base le ripete sempre che può guarire solo con la psicoterapia. La paziente ritiene che, in realtà, le abbiano sbagliato la diagnosi e che lei soffra di "megacolon". Nel riferirmi la sua sintomatologia utilizza spiegazioni organicistiche e un linguaggio medico molto accurato. La paziente naviga in internet per fare ricerche sul suo disturbo.

Rosa lamenta anche dei rapporti familiari difficili, in particolare con il marito e con la sua famiglia, ma anche con i propri genitori e con il figlio.

Sintesi dei problemi presentati dalla paziente:

Legati al Disturbo di Somatizzazione:

- Disperazione / Tristezza / Rabbia per l'"impossibilità" di condurre una vita normale a causa della sua sintomatologia.
- Rabbia e senso di solitudine per le critiche che il marito le muove continuamente per il suo disturbo e per il fatto che non le sia vicino nei momenti di difficoltà ("Quando io sto male, mio marito mi dice sempre: io non c'entro niente con i tuoi disturbi...la testa non ti funziona...è comodo fare come fai tu...lasciami in pace").

Legati a preoccupazioni ipocondriache:

- Ansia e Timore di avere una malattia organica (ad esempio, tumore al colon, diverticolite)

A	B	C
<p>Stipsi da quattro giorni. Mio marito se ne è andato dicendo che non mi sopporta più.</p>	<p>Non ce la faccio più! Sono arrivata al limite...non sopporto più la mia vita! Come si permette mio marito di lasciarmi in questo stato?</p> <p>Quando andrò in bagno sentirò troppo dolore!</p> <p>Dopo la stipsi segue sempre la diarrea...come posso evitarlo?</p> <p>Non posso confidarmi con nessuno!</p> <p>E se questi sintomi dipendessero da un tumore al colon?</p>	<p>Disperazione Rabbia Aggredisce il marito quando rientra</p> <p>Paura</p> <p>Ansia intensa</p> <p>Senso di solitudine</p> <p>Ansia intensa Visite mediche Controlla le feci</p>

A	B	C
<p>Sintomi fisici: dolore alla schiena o al basso ventre, "gorgorii", sensazione di dover andare in bagno</p>	<p>E se fosse la diarrea? Cosa faccio? Non posso chiedere aiuto a nessuno! Se trattengo le feci, forse, si induriscono.</p>	<p>Ansia / Rimuginio Va sul divano e si dondola ↓ Trattiene le feci ↓ Aumento dei sintomi ↓ Va in bagno</p>
C/A'	B'	C'

“	<p>Il mio intestino mi ha soggiogato di nuovo! Non sono vigile! Morirò disidratata sul bagno! Ho fallito nel tentativo di non cedere alla diarrea!</p>	<p>Disperazione Piange Grida Guardandosi allo specchio si insulta</p>
C'/A''	B''	C''
“	<p>Ho dato di matto! Se gridassi così per strada, mi internerebbero!</p>	<p>Tristezza Sensazione di sfinimento</p>

A	B	C
<p>Evita di uscire a causa del timore dell'incontinenza</p>	<p>Questa non è una vita normale!! Sarebbe meglio farla finita! Non riesco a vivere come tutte le persone!</p>	<p>Tristezza Rabbia verso di sé</p>

Legati ai rapporti familiari:

- Rabbia nei confronti del marito che la incolpa dei propri disturbi psicologici (un presunto DOC trattato farmacologicamente) e che non la difenda con i suoi parenti, con cui Rosa ha litigato (“i parenti di mio marito mi hanno malmenato, continuano a farmi stalking e mio marito intrattiene ancora rapporti con loro, senza difendermi”).
- Rabbia nei confronti dei genitori che la fanno sentire sempre inadeguata.
- Rabbia e senso di colpa nei confronti del figlio che è sempre arrabbiato con lei.

A	B	C
<p>Mio marito e mia cognata parlano</p>	<p>Perché non mi difende? Come fa a parlare con lei che mi ha picchiato?</p>	<p>Rabbia ↓ Insulta o picchia il marito Dolori fisici e intestinali (“botta allo stomaco”)</p>
C/A'	B'	C'

“	<p>E' colpa di mio marito se sto così!</p> <p>Vorrei che si sentisse in colpa per come mi ha ridotto!</p> <p>Questa non è una vita normale!</p>	<p>Rabbia+++</p> <p>Tristezza</p>
---	---	-----------------------------------

A	B	C
<p>Mio figlio e mia madre parlano tra di loro</p>	<p>Ma perché non mi includono mai nei loro discorsi?</p> <p>Non mi reputano all'altezza</p> <p>Mio figlio non mi considera sua madre, ma ha ragione perché lo ha affidato ai nonni quando era piccolo</p>	<p>Rabbia</p> <p>Sensazione di essere inadeguata</p> <p>Tristezza</p> <p>Senso di colpa</p>

Diagnosi secondo il DSM IV

I criteri soddisfatti del Disturbo di Somatizzazione sono:

A. Una storia di molteplici lamentele fisiche, cominciata prima dei 30 anni, che si manifestano lungo un periodo di numerosi anni, e che conducono alla ricerca di trattamento o portano a significative menomazioni nel funzionamento sociale, lavorativo, o in altre aree importanti.

B. Tutti i criteri seguenti sono riscontrabili, nel senso che i singoli sintomi compaiono in qualche momento nel corso del disturbo:

sintomi dolorosi: addome, schiena, retto, dolori mestruali, dolore nel rapporto sessuale;

2) sintomi gastro-intestinali: nausea, meteorismo, vomito al di fuori della gravidanza, diarrea, intolleranza a numerosi cibi diversi;

sintomi sessuali: indifferenza sessuale, cicli mestruali irregolari, eccessivo sanguinamento mestruale, vomito durante la gravidanza;

4) un sintomo pseudo-neurologico: diplopia, cecità.

C.

1) dopo le appropriate indagini, ciascuno dei sintomi del Criterio B non può essere esaurientemente spiegato con una condizione medica generale conosciuta o con gli effetti diretti di una sostanza;

2) quando vi è una condizione medica generale collegata, le lamentele fisiche o la menomazione sociale o lavorativa che ne deriva risultano sproporzionate rispetto a quanto ci si dovrebbe aspettare dalla storia, dall'esame fisico e dai reperti di laboratorio.

I criteri soddisfatti del Disturbo Passivo Aggressivo di Personalità sono:

- si lamenta di essere poco capito e poco apprezzato dagli altri
- è maldisposto e litigioso
- manifesta invidia e risentimento verso le persone apparentemente più fortunate
- esprime lamentele persistenti ed esagerate circa le sue personali sfortune

La diagnosi è confermata dalla valutazione testologica tramite SCID II.

Definizione del problema secondo il terapeuta

La rabbia e la tristezza vissute da Rosa sono generate, a mio parere, prevalentemente dalla delegittimazione da parte del marito e dei familiari della sofferenza provata dalla paziente a causa della sintomatologia intestinale e del ritiro sociale connesso.

L'idea che Rosa ha di sé è di non essere compresa, né accudita dagli altri significativi, bensì di essere aspramente criticata e squalificata per le difficoltà che presenta, di non essere una buona figlia, moglie e madre.

Questo vissuto d'inadeguatezza fa spesso sperimentare a Rosa il profondo senso di solitudine di cui si lamenta, soprattutto nelle situazioni in cui si manifestano i sintomi intestinali.

La percezione di mancato riconoscimento contribuisce alla difficoltà ad uscire dal problema presentato, in quanto sostiene una credenza patogena del tipo "Se mio marito continua a farmi torti e io sto male per lui, i miei sintomi non passeranno mai ed è inutile impegnarmi...", che fa sì che Rosa non sperimenti la possibilità di avere un ruolo attivo per gestire il suo stato di sofferenza.

Anche all'interno della coppia, la paziente assume una posizione "down", sostenuta dall'idea che sia il marito a determinare la sua patologia. Tale credenza, dunque, attiva tentativi di attribuire a lui la possibilità di "guarigione" e chiari meccanismi di colpevolizzazione. Per tali ragioni, la paziente assume nei confronti del marito atteggiamenti lamentosi e rabbiosi.

Rispetto al Disturbo di Somatizzazione, nel corso dei sette colloqui, non è stato possibile mettere a fuoco il nocciolo profondo dei motivi, del senso per cui per la signora cedere alla diarrea sia così negativo e fonte di autocritica. La mia ipotesi è che alla base vi sia un sentimento di umiliazione (data anche l'esperienza sensibilizzante nella storia della paziente che descriverò nella vulnerabilità) ed emozioni di disvalore, vergogna e diversità legate ad una credenza patogena del tipo "tutti controllano la diarrea e io non ci riesco... non riesco neanche a controllare il mio corpo, valgo davvero poco".

Meccanismi di mantenimento

Fattore di mantenimento	Modalità di mantenimento implicata
Evitamenti e Comportamenti protettivi (Es: trattiene le feci, posticipa il momento in cui deve andare in bagno, tenta di controllare il corpo, esclude molti alimenti dalla dieta, beve molti caffè per non sentire la fame...)	Gli evitamenti e i comportamenti protettivi prevengono, secondo Rosa, il rischio di avere i sintomi intestinali. Tuttavia, predispongono di più la pz all'emersione dei sintomi stessi, peggiorandone lo stato fisico
Attenzione selettiva ai segnali corporei	Aumenta i livelli di ansia e di attivazione stessa. Non consente alla pz di testare ipotesi alternative rispetto a quella patogena e determina una maggiore disponibilità di dati compatibili con essa
Funzione interpersonale dei sintomi intestinali: colpevolizzare ed allontanare il marito attribuire al marito la responsabilità dei suoi sintomi (credenza patogena sottostante: "Se mio marito continua a farmi torti e io sto male per lui, i miei sintomi non passeranno mai ed è inutile impegnarmi...")	Ne deriva una percezione di sé come "impotente" rispetto alla possibilità di avere un ruolo attivo e responsabile nella gestione della sintomatologia presentata, un'idea di bassa efficacia e di inadeguatezza
Ruminazioni	Determinano focalizzazione sulla catastroficità dell'evento temuto, impedendole di costruire delle strategie di problem solving
Tristezza (problema secondario)	Reitera il rimuginio rispetto all'idea di inadeguatezza e disvalore personale

Scompenso

Lo scompenso del Disturbo di Somatizzazione risale a dodici fa (anno 1997), al periodo in cui una zia materna a cui Rosa è molto legata viene operata d'urgenza per un tumore al colon.

Rosa inizia ad avere questi pensieri: "Mia zia stava bene...non aveva sintomi intestinali...e invece poteva morire. Io soffro di stipsi, ma non ho mai controllato il mio intestino...". Da quel momento la paziente comincia a focalizzarsi sui propri segnali corporei ed intestinali ed insorge il Disturbo di Somatizzazione.

Fase di peggioramento del disturbo

Il Disturbo di Somatizzazione si aggrava nel 2000, quando la paziente subisce un intervento chirurgico "dolorosissimo" per un fecaloma. Il medico le dice: "Potevi morire per blocco intestinale". Da allora la paziente si preoccupa maggiormente per la propria salute e il sintomo della diarrea diventa sempre più invalidante. Rispetto ad esso, la signora ha una spiegazione organicistica (ritiene che sia una conseguenza dell'intervento che ha subito che le avrebbe "allargato l'ampolla rettale").

Vulnerabilità

Dai colloqui condotti non sono emersi i fattori di vulnerabilità al Disturbo di Somatizzazione.

Rosa mi riferisce, tuttavia, un'importante esperienza sensibilizzante al disturbo, che ricorda perfettamente: all'età di circa 10 anni era fuori con i genitori per comprare un cappotto e doveva andare in bagno. Benché ci volesse ancora molto tempo, i genitori le chiesero di aspettare il rientro a casa. La paziente trattenne le feci per circa tre ore, ma giunta nel portone di casa non ci riuscì più. Ricorda di aver vissuto tale episodio con un'intensa emozione di vergogna, associata al senso di colpa (i genitori le dissero: "Ma come? Non potevi aspettare qualche altro minuto?").

Attualmente, a ridosso dei sintomi intestinali, la paziente ricorda questo episodio rivivendone sensazioni ed emozioni.

Psicoterapie precedenti

12 anni fa: psicoterapia per i disturbi alla vista. Estinzione dei sintomi dopo due anni di trattamento, ma Rosa sospende la terapia per presunte avances da parte dello psicologo. Peggiorano i sintomi intestinali.

3 anni fa: terapia farmacologica per sintomi intestinali (Elopram, En, Zoloft, Lexotan). La sospende dopo un anno perché non riscontra alcun miglioramento.

1 anno fa: psicoterapia per sintomi intestinali. Dopo 4 mesi, si verifica drop out perché "la psicologa voleva farmi accettare l'idea di avere un tumore al colon".

Psicoterapia

La psicoterapia ha avuto inizio nell'aprile 2009 e si è conclusa nel settembre 2009 con un drop out.

Ho visto la paziente sette volte perché spesso ha disdetto le sedute evitando di uscire, per la paura dell'incontinenza per strada.

Nella prima fase abbiamo ricostruito e distinto (oltre alle difficoltà coniugali e familiari) i due problemi presentati:

- 1) Timori ipocondriaci (la paziente teme di avere tumore al colon, morbo di Chron, diverticolite...)
- 2) Evitamenti sociali dovuti alla preoccupazione per i sintomi intestinali.

Le tecniche utilizzate sono state:

- ABC
- "Diario intestinale"

Ho concordato con la paziente di lavorare inizialmente sul secondo problema e sulle difficoltà relazionali col marito.

Gli scopi concordati all'inizio della terapia sono stati:

- Ridurre la preoccupazione per i sintomi intestinali
- Esporsi a brevi tragitti di strada
- Ridurre la rabbia nei confronti del marito

Per ridurre la preoccupazione per i sintomi intestinali, da cui derivavano gli evitamenti sociali, le tecniche utilizzate sono state:

- Dialogo socratico e Ristrutturazione cognitiva rispetto agli aspetti più temuti della diarrea:
 - imprevedibilità → credenza patogena: “Mi verrà all’improvviso...”
 - dolorosità→ credenza patogena: “Il dolore non finirà mai!”
 - solitudine→credenza patogena: “Non è condivisibile, gli altri non la avvertono come un problema!”

A tal proposito, non è stato possibile mettere a fuoco il nocciolo profondo dei motivi, del senso per cui per la signora cedere alla diarrea sia così negativo e fonte di autocritica.

Ipotesi del terapeuta: sentimento di umiliazione (data anche l’esperienza sensibilizzante nella storia della paziente) ed emozioni di disvalore, vergogna e diversità legate ad una credenza tipo “tutti controllano la diarrea e io non ci riesco”.

- Condivisione circa la disfunzionalità dei comportamenti protettivi (Es: trattiene le feci, posticipa il momento in cui deve andare in bagno, tenta di controllare il corpo, beve molti caffè per evitare di mangiare) che in realtà la espongono di più alla minaccia.
- Analisi dei costi degli evitamenti sociali.
- Esposizione immaginativa: fare dei piccoli tragitti, magari inizialmente utilizzando delle precauzioni (es. pannolini).

A settembre, la paziente ritorna dicendomi che sta decisamente meglio, che da due mesi riesce ad uscire, ha ripreso una vita normale, “convive” con l’idea della diarrea, anche se non ne ha sofferto (“Dott.ssa, ho fatto le esposizioni!”).

Mi racconta di essere riuscita ad accettare di più il rischio dell’incontinenza fuori casa, considerando che i costi degli evitamenti sociali erano maggiori e più dolorosi (risultato parzialmente raggiunto). Ha recuperato anche delle amicizie che da tempo aveva trascurato e il tono dell’umore è buono.

Tuttavia, mi riferisce che col marito la situazione è precipitata a causa di ulteriori litigi coi cognati. E’ uscita soprattutto per non stare con lui: il marito ha reagito “molto male” a questi suoi comportamenti. In particolare, l’avrebbe rimproverata aspramente, arrabbiandosi ed invitandola “caldamente” a restare in casa. Rosa mi racconta di essersi ribellata e di essere uscita, nonostante il disappunto del marito, che la paziente reputava “incomprensibile”.

Tra i coniugi si sono verificati litigi violenti.

A questo punto, la paziente mi chiede di visitare il marito perché vuole sapere “se è cattivo o pazzo”. Mi dice che se fosse cattivo lo lascerebbe, se fosse pazzo lo perdonerebbe.

Le rispondo che non posso aiutarla in questa richiesta e provo a ridefinirla, cercando di approfondire il bisogno della paziente di trovare motivazioni “lecite” per lasciare il marito.

Sollecito la signora rispetto al fatto che, anche senza conoscere le cause per le quali il marito si comporta in un certo modo, potremmo comunque lavorare sulla sofferenza legata al suo rapporto matrimoniale e, dunque, esplorare lo scenario della separazione, e sulla sua sensibilità ai torti. Rinnovo, poi, l'idea di continuare a lavorare sugli obiettivi concordati, rispetto al Disturbo di Somatizzazione, anche se, in parte, raggiunti.

La paziente mi dice che ci avrebbe pensato e che mi avrebbe fatto sapere. Si verifica drop out.

Autovalutazione critica del terapeuta ed ipotesi sul drop out

Tra le ragioni che hanno potuto causare il drop out, ipotizzo che la funzione interpersonale del sintomo abbia avuto un ruolo determinante. La credenza patogena di Rosa secondo la quale la sua sintomatologia non sarebbe passata finché il marito avrebbe continuato a farle dei torti aveva posto la paziente in uno stato di "passività" rispetto alla gestione dei sintomi stessi ("è inutile impegnarmi, tanto i sintomi non passeranno finché mio marito continuerà a trattarmi male").

L'atteggiamento "passivo" della paziente rispetto alla possibilità di poter intervenire sulla sua sintomatologia era evidente anche all'interno della relazione terapeutica. La signora utilizzava un fare lamentoso e, ritenendo di avere poche risorse personali per affrontare il suo problema, spesso cercava di attribuire a me il potere di "guarigione", chiedendomi soluzioni pratiche e risposte immediate. La paziente mi aveva anche chiesto, dopo varie sedute "mancate" (a causa degli evitamenti ad uscire) di fare delle visite domiciliari.

Dopo averle spiegato le ragioni per le quali non ero d'accordo con questa idea, avevamo concordato insieme la possibilità di considerare proprio le sedute come un'occasione per esporsi ai sintomi temuti e alla preoccupazione dell'incontinenza per strada.

La percezione d'"impotenza" della paziente rispetto ai disturbi intestinali ha fatto sì che Rosa sentisse di non avere un ruolo attivo rispetto al suo problema, ma bensì che ne accusasse il marito, e l'ha posta in una posizione "down" all'interno della relazione coniugale.

La remissione parziale dei sintomi e la riduzione massiccia degli evitamenti sociali hanno consentito a Rosa di percepirsi come più "agente", non solo rispetto al suo problema, ma anche all'interno della coppia. Il marito ha reagito con estrema rabbia ad una posizione più "up" della moglie, tentando di ripristinare la situazione precedente.

Ipotizzo che la richiesta di Rosa di visitare il marito fosse un modo per legittimarsi la possibilità di lasciarlo, sulla base di una presunta "cattiveria" da me "certificata".

Il fatto che io non abbia risposto a questa richiesta, pur cercando di ridefinirla, può essere un motivo a spiegazione del drop out.

Infatti, nonostante si fosse instaurata una buona alleanza terapeutica, credo che la paziente si sia sentita poco compresa da me rispetto alle conflittualità col marito. Probabilmente, si sarebbe sentita più accolta,

se le avessi mostrato più comprensione rispetto al bisogno di sapere se il marito fosse cattivo o pazzo, perché questo l'avrebbe aiutata a fare chiarezza sullo scenario della separazione e quindi a rendere meno difficile la scelta.

Il mio obiettivo terapeutico sarebbe stato quello di aiutare la paziente a trovare parametri “leciti” per separarsi dal marito (ad es. anche solo per il fatto che insieme a lui stesse male), a prescindere dalla “attestazione” della sua cattiveria. Avrei cercato, inoltre, di aiutare Rosa a capire come pianificare la sua vita senza il marito, non solo da un punto di vista sentimentale, ma anche pratico, lavorativo ed organizzativo.

Autore Marianna Pacciolla
Specializzata a Roma, training Mancini (SPC)
e-mail: mariannapacciolla@virgilio.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