

Il trattamento psicoterapeutico psicodinamico nella Sindrome di Tourette in età evolutiva

*Antonella Anichini**, *Fabrizio Ansaldi°*, *Elena D'Alfio°*, *Tiziana Geuna°*, *Chiara Sirianni**, *Pia Massaglia**

*Neuropsichiatra Infantile – Psicoterapeuta A.S.A.R.N.I.A.

°Psicologo/a – Psicoterapeuta A.S.A.R.N.I.A.

Il testo rappresenta una rielaborazione del contributo “L'intervento di psicoterapia psicodinamica. Illustrazione di casi clinici” presentato nella Sessione “Aspetti riabilitativi nei disturbi da Tic e nella Sindrome di Tourette”, nell'ambito del Convegno “I disturbi da Tic e la Sindrome di Tourette: nuove prospettive eziopatogenetiche e terapeutiche”, Torino, 23-24 settembre 2010.

Introduzione

La Sindrome di Tourette (TS), patologia a cavallo fra la neurologia e la psichiatria, è caratterizzata dalla compresenza di tic motori multipli e di uno o più tic vocali che possono essere presenti simultaneamente o in periodi diversi nel corso della malattia. I tic si manifestano molte volte al giorno, in modo ricorrente, per un periodo di tempo superiore ad un anno, con eventuali intervalli liberi inferiori a tre mesi consecutivi.⁽¹⁾ L'esordio della sindrome si colloca nell'80-95% dei casi entro il decimo anno di età con un picco tra i 5-7 anni e un range tra 2-14 anni⁽²⁾: in generale in età evolutiva sono colpiti 5-30 soggetti su 10000, con interessamento dei soggetti di sesso maschile quattro volte superiore rispetto a quelli di sesso femminile.

E' frequente l'associazione con altri disturbi psicopatologici, come il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC), disturbi d'ansia, di personalità, disturbi da deficit di attenzione e iperattività e comportamenti etero e/o auto-aggressivi.⁽¹⁾ Come espresso da F. Muratori nell'introduzione al libro di P. Kernberg, uno dei maggiori rischi della psichiatria del 21° secolo, è il riduzionismo di chi cerca di creare una nuova dicotomia tra disturbi ‘psicologicamente determinati’ da curare con la psicoterapia e disturbi ‘biologicamente determinati’ da curare con i farmaci.⁽³⁾ Al contrario, la presa in carico dei soggetti affetti da tale sindrome necessita di un approccio integrato: interventi farmacologici, psichiatrici, psicoterapeutici, ambientali, e, non ultimo, interventi di ospedalizzazione (in caso di agiti non diversamente contenibili).

Nel presente contributo illustriamo l'andamento di tre esperienze di psicoterapia individuale ad orientamento psicodinamico, svolte con setting non intenso (1-2 sedute settimanali) con 2 bambini in età scolare (caso 1 e 2) e 1 adolescente (caso 3), avviate dopo un'approfondita valutazione sul piano organico, emotivo-relazionale e cognitivo, e inserite in un programma di trattamento integrato.

Presentazione delle esperienze psicoterapeutiche

Caso 1: Claudio, anni 6 ½, TS, DOC, disturbo del controllo degli impulsi.

L'intervento psicoterapeutico, svolto per 4 anni a cadenza settimanale, è stato affiancato da un trattamento psicofarmacologico e da un lavoro di sostegno alla funzione genitoriale a cadenza quindicinale.

Fin dalla prima seduta si delinea lo scenario emotivo di Claudio, che appare inibito e resta a lungo in silenzio, poi prende gli animali, li mette in un recinto, li fa lottare con grande violenza finché muoiono tutti, infine disegna un robot, con il suo nome. Il bambino presenta emozioni molto primitive e violente che non riescono ad essere gestite ed espresse tramite il canale verbale (o con modalità meno distruttive), per cui o vengono tenute sotto controllo all'interno di un blocco inibitorio (ben rappresentato dall'armatura rigida del robot), o diventano esplosive e devastanti, come Claudio esprime rispetto al disegno di un razzo con il fuoco e due missili: *“l'extraterrestre che lo guidava a un certo punto ha schiacciato il pulsante ed ha iniziato a volare velocissimo... dopodiché il razzo è esploso e tutto si è distrutto”*.

Per diverse settimane Claudio rappresenta lotte tra mostri arrabbiati, agisce scontri di macchinine tra colpi, esplosioni e palle di energia, in un crescendo in cui si toglie le scarpe, si sdraia a terra, urla, sbatte gli oggetti contro il muro, escludendo completamente la terapeuta.

Accanto all'isolamento e alla distruttività, emergono le difficoltà ad affrontare la separazione e la mancanza, con un conseguente bisogno di controllare, di esercitare aspetti onnipotenti (attraverso personaggi invincibili), disprezzando elementi infantili (*“il bambolotto via, ingombra solo”*). La mescolanza di sentimenti e di emozioni, senza nome, quindi indefinite, è ben espressa tramite il pongo, spesso mischiato fino a perdere la distinzione originaria dei vari colori.

La funzione psicoterapeutica è esercitata, offrendo disponibilità emotiva e cercando di nominare e di differenziare i frammenti di emozioni e sensazioni via via emergenti; inoltre si compie lo sforzo di resistere ai rituali privi di contenuti affettivi, nonché all'isolamento e alla svalutazione.

E' così possibile nel secondo anno assistere alla comparsa di aspetti fragili e bisognosi, rappresentati da due molluschi fatti con il pongo (lumaca con il guscio e polipetto), che introducono alla nascita di un abbozzo di relazione, progressivamente divenuta maggiormente collaborativa. Quando Claudio inizia a pensare prima di agire e riduce le difese onnipotenti, manifesta tratti depressivi con autosvalutazione (*“fallo tu, tanto io non sono capace”*). La terapeuta cerca di sostenerlo e di incoraggiarlo a mettersi in gioco e provare, trasmettendogli l'immagine di un oggetto che va bene anche se non è perfetto e aiutandolo a tenere a bada gli aspetti distruttivi: Claudio arriva a dire *“si...non lo straccio...va bene anche così...anche se la riga non è proprio dritta”*.

La caduta delle difese ossessive lascia emergere la fantasia e la creatività: nasce un album delle figurine con personaggi di fantasia (per la prima volta non mostri) da fare un po' per seduta. Nel corso del terzo anno compaiono nei disegni paesaggi con fiori e animali; in uno è presente una casetta in lontananza in cui vive un pescatore con la moglie e il figlio, in un altro un nido. Claudio prepara anche un libricino per dettare alla terapeuta brevi storie; accenna anche a raccontare di sé (della scuola, del trasloco, del papà): sperimenta un nuovo modo di stare insieme. Nel quarto anno esprime il bisogno di essere aiutato e assegna alla terapeuta la funzione di prendersi cura di lui : rispetto ad un personaggio caduto, dice che *“ora va all'ospedale...dove lo mettono a posto...”* . Il gioco spontaneo, la comunicazione e lo scambio verbale vengono sostenuti sempre più a lungo. Alla conclusione sono notevolmente diminuiti i sintomi fobici e ossessivi, gli atteggiamenti di controllo, parallelamente è migliorata la qualità delle relazioni e più sostenibili le esperienze di socializzazione (gruppo scout). I tic sono ridotti.

Caso 2: Roberto, 9 anni, TS, DOC, Disturbo di Personalità Evitante.

L'intervento psicoterapeutico, durato tre anni, si è svolto nei primi due anni a cadenza bisettimanale mentre nell'ultimo a cadenza settimanale.

La situazione iniziale del bambino, che perdura per tutto il primo anno di trattamento, è connotata da un atteggiamento di controllo paralizzante, che realizza un totale evitamento del contatto emotivo e della relazione. Roberto disegna con velocità, precisione ed ossessività, senza distogliere un attimo lo sguardo dal foglio. Il suo primo disegno è intitolato “Uova di Pasqua” e rappresenta una fabbrica al cui interno si trova la “Gallina dalle uova di cioccolato” (posta accanto al margine superiore del foglio), che è all'origine del ciclo di produzione delle uova, poi convogliate su una vera e propria “catena di montaggio”, cui lavorano una serie di omini, ognuno con una funzione precisa. Come in questo complesso ingranaggio, anche le sue attività ludiche e grafiche restano a lungo ripetitive, senza significato comunicativo. Il suo “fare” ha come obiettivo la paralisi mentale. Anche rispetto ad un personaggio di nome Caps, eroe di ripetute battaglie, non riesce tanto a narrare le gesta, ma solo a scrivere elenchi ossessivi di abilità. Il lavoro psicoterapeutico è orientato a mantenere un'attenzione partecipe, cercando di consolidare un'atmosfera favorevole alla nascita di una possibilità di incontro e di sviluppo.

Nella fase intermedia si passa gradualmente dalla catena di montaggio alle esplorazioni. In un primo periodo attraverso disegni di piste snodabili, contrassegnate da pericoli mortali, che non prevedono compagnie o guide, ma solo meccanismi, Roberto esprime l'angoscia della sua esperienza di vita e illustra un percorso di crescita implacabilmente stritolante. Quindi compare una trasformazione attraverso l'introduzione di un paesaggio, sempre devitalizzato, ma con ostacoli superabili (tipo pozzanghere d'acqua) e una maggiore possibilità di movimento. Parallelamente si avvia la relazione con il terapeuta, in modo primario, attraverso la comunicazione non verbale:

sguardo, sorriso, mimica. In seguito si delinea una possibilità esplorativa dei territori dei Buoni e dei Cattivi, distinti e percorribili, quindi conoscibili e anche nominabili. Lenti ma costanti movimenti di integrazione consentono a Roberto di giungere ad una diversificazione dei territori con la comparsa di (zone glaciali, torride, temperate, e di rilievi, depressioni e deserti) e dei loro abitanti (buoni, cattivi ed anche neutrali). I disegni e le associate descrizioni appaiono sempre più come una mappa di un mondo (interno ed esterno) vasto, popolato e diversificato. Roberto è ora in grado di esprimere i propri vissuti emotivi (gioie, tristezze, conflitti), compresa la gratitudine per l'aiuto ricevuto.

La sintomatologia ticcosa si è gradualmente ridotta fino a scomparire.

Caso 3: Matteo, 15 anni, TS

L'intervento psicoterapeutico, durato tre anni, si svolge a cadenza settimanale ed è affiancato da un trattamento psicofarmacologico.

All'inizio Matteo sembra tentare di cancellare ogni traccia di emotività e presenta una realtà edulcorata e priva di vita: spiaggia vuota e mare piatto, come illustra nel suo primo disegno.

Egli stesso pare non avere una vita mentale, ma solo un corpo che si esprime in attività sportive e soprattutto nei tics, in questa fase intensi e causa di molte difficoltà.

Sulla spinta del timore di un insuccesso scolastico, alterna atteggiamenti di ritiro depressivo (apatia, sonnolenza) ad irritabilità e condotte a rischio (cammina sul cornicione di piani elevati). Quindi entra in una fase maniacale, manifestando interesse verso gli scoppi (prima pistole e botti, poi fuochi d'artificio). E' possibile esplorare alcuni aspetti legati all'esplosività: i tic, come piccole esplosioni, sono avvertiti come un eccesso di energia che va espulsa, non soltanto quando si sente sotto pressione, ma anche in momenti positivi. Riaffiorano i ricordi di quando da bambino, prima della comparsa dei tic, sentiva il bisogno di non fermarsi mai. Ancora oggi è così: avverte un continuo bisogno di misurarsi con il suo fisico e competere con gli altri. Lentamente questi aspetti di esplosività cominciano a mostrarsi come una difesa per contrastare un pericolo interno, rappresentato da angosce profonde rispetto alla malattia mentale e alla paralisi emotiva: *“A volte non mi sento né di fare qualcosa né di non fare niente. E' terribile da provare questa sensazione!”*.

Tuttavia non ci sono solo i razzi e le esplosioni, i fuochi d'artificio sono anche belli e colorati, possono segnalare potenzialità evolutive: infatti, malgrado la propensione per le armi da fuoco, Matteo comincia a manifestare spirito critico rispetto alle situazioni, appare in grado di valutare, lasciandosi alle spalle l'immagine di piccolo sconsiderato che si butta nel pericolo. Si dimostra alla ricerca di una mappa mentale, che gli dia la direzione sia in senso metaforico che concreto: è molto preoccupato nel percorrere strade nuove e trovare luoghi dove non è mai stato. Si impegna nel recupero scolastico, mantiene la speranza.

Nell'ultimo anno Matteo appare cambiato: le tendenze ad agire in modo esplosivo sono contenute; i tic permangono, ma *“non sono più così irritanti”*; emerge una consapevolezza dei limiti e la

richiesta di aiuto per avviarsi su nuove strade, metafora di un percorso di sviluppo; dimostra riconoscenza per le persone (familiari e curanti), che riescono a fornirgli esperienze positive.

Modificazioni osservate nei casi descritti

Sul piano clinico nei tre soggetti si sono compiuti importanti passi avanti nella crescita individuale e nell'adattamento, attraverso una relazione terapeutica, quale quella psicomica, attenta non al sintomo, ma alla persona, ed orientata a favorire la maggiore conoscenza ed integrazione delle esperienze emotive.

In due casi (1 e 3) è stato anche possibile somministrare il test di Rorschach sia all'inizio sia dopo la conclusione del trattamento. Il confronto dei protocolli ha evidenziato che i cambiamenti positivi riguardano maggiormente gli indici:

- F+% (rapporto tra le risposte formali di qualità positiva e il totale di risposte a determinante unicamente formale), considerato indicativo di un buon controllo delle emozioni e delle situazioni nuove, di intelligenza (ricchezza del pensiero e buon funzionamento dei processi associativi), di adeguato esame di realtà e di capacità di distinguere tra sé e l'oggetto;
- H% (rapporto tra le risposte a contenuto umano intero o parziale e il numero complessivo di risposte), considerato indicativo delle capacità relazionali e del livello di integrazione del sé.

Conclusioni

Nella descrizione del caso di Ray dei mille tic, O. Sacks afferma che la Sindrome di Tourette fu riconosciuta e documentata a fine ottocento, "perché allora fioriva una neurologia di ampio respiro che non esitava a collegare l'organico con lo psichico". Quindi prosegue: "Charcot e i suoi allievi, tra i quali, oltre a Tourette, c'erano Freud e Babinski, furono tra gli ultimi della loro professione ad avere una visione unitaria di «corpo» e «anima», di «esso» e «io», di neurologia e psichiatria. Con la frattura, prodottasi alla fine del secolo, fra una neurologia senz'anima e una psicologia senza corpo, scomparve ogni possibilità di comprendere la sindrome di Tourette." ⁽⁴⁾

Oggi si rischia un'ulteriore frammentazione, dato che la psicologia (e la psicoterapia) tende ad occuparsi in modo settoriale del tic come sintomo da analizzare e ridurre con strategie di tipo cognitivo-comportamentale.

Riteniamo che, in particolare in età evolutiva, sia necessario guardare oltre il sintomo per incontrare il bambino/ragazzo, che ne è portatore, in modo da accompagnarlo nel suo processo di crescita e di inserimento sociale, sostenendone la consapevolezza e l'integrazione emotiva.

Bibliografia

1. Cassano G. et al.: *Sindrome di Gilles de la Tourette*, Trattato italiano di psichiatria. Masson, Milano, 1999 ; 3, 55: 1857-868.

- 2.** Cardona F., Camillo E., Casini M.P., Luchetti A., Muscetta A.: *Il disturbo ticcoso in età evolutiva: studio catamnestic.* Neuropsych. Età Evol. 1997; 17, 2 : 113-119.
- 3.** P. Kernberg et al.: *I disturbi di personalità nei bambini e negli adolescenti.* Giovanni Fioriti, Roma, 2000: VII- XIII.
- 4.** O. Sacks: *L'uomo che scambiò sua moglie per un cappello.* Adelphi, Milano, 1986: 129-131.