

Il ladro dei sogni: un caso di retto colite ulcerosa

Sandro Elisei, Laura Ferranti

Parlare oggi di malattie psicosomatiche a decenni dalle teorie di pionieri come Alexander e Groddeck, presenta dei rischi: con l'enorme letteratura esistente, un rischio è quello di dire cose ampiamente conosciute o scontate.

Non aspettatevi perciò un'approfondita review magari degli aspetti psicodinamici della retto colite ulcerosa, ma solo il racconto di un viaggio iniziato alcuni mesi fa ed ancora in corso, nel mondo esterno ed interno di una persona.

In questo percorso i sintomi hanno sempre richiesto (a volte preteso) una grande attenzione, ma abbiamo sempre cercato di non cadere nella errata abitudine di coniugare il disturbo con la malattia; su questa strada abbiamo trovato validi aiuti: il pensiero, la fantasia e in un orecchio capace di ascoltare i sottintesi delle parole.

Carla è una signora di 39 anni, altezza media, corporatura robusta, un bel viso rotondo con grandi occhi castano chiari, capelli corti, castani, ben curati.

Si presenta nei nostri ambulatori accompagnata dalla madre, una signora minuta di circa sessantacinque anni.

La richiesta di un aiuto specialistico psichiatrico, cioè sul polo "psico" del suo disturbo psicosomatico è arrivata dopo che Carla aveva effettuato molte visite sul versante "somatico".

Infatti, sulla spinta di sintomi dolorosi e fortemente limitativi, Carla aveva eseguito in varie occasioni tutti i possibili esami clinici, anche i più invasivi, vere e proprie torture nel tentativo di rendere oggettivo questo o quel sintomo, nella speranza di dare un volto certo alla malattia.

In questo prevalente atteggiamento diretto alla cura del corpo, si continuava a ripetere e perpetuare, usando le parole di Freud, *un'estraniazione tra somatico e psichico*.

Al primo dei due/tre incontri che abbiamo dedicato per l'inquadramento diagnostico, Carla ha un'espressione stanca, gli occhi sono quasi assenti, parla lentamente e si muove con lentezza, rallentata.

Presenta un quadro clinico caratterizzato da una riduzione del tono dell'umore, un notevole stato ansioso; riferisce stanchezza, riduzione dell'appetito, difficoltà di addormentamento, sentimenti di svalutazione, problemi familiari "...*tutto dovuto alla mia malattia*".

La "sua" malattia è una retto colite ulcerosa, diagnosticata 15 anni fa circa, che nel corso degli anni ha avuto un andamento cronico ricorrente, con l'alternanza di episodi anche piuttosto lunghi di remissione ed altri di riacutizzazione durante i quali era sottoposta a diversi trattamenti farmacologici.

Primogenita, Carla nasce in Germania da una coppia di emigrati italiani con parto regolare, come regolari essere state le prime tappe del suo sviluppo psicofisico; ha un fratello più giovane di due anni.

La paziente ricorda relazioni tormentate tra i genitori fin da piccola, con frequenti litigi; il padre, dedito al gioco e all'alcool, rimaneva spesso fuori casa tutta la notte.

All'età di 4 anni la paziente ricorda un episodio importante: il padre, mentre si era fermato ad un distributore per far benzina, lasciatala sola in auto, si avvicinava alla pompa di servizio fumando; gettata la sigaretta vicino all'auto, questa fu immediatamente avvolta dalle fiamme.

Il padre allontanò subito la figlia dall'auto avvolta in coperte fino all'arrivo dell'ambulanza.

Venne ricoverata in ospedale con di ustioni di terzo e quarto grado su molte parti del corpo.

Ancora oggi sono visibili alcune piccole cicatrici sul collo e sul mento e sulla superficie anteriore delle cosce.

Del periodo trascorso all'estero, ricorda spontaneamente l'abbandono del padre dalla famiglia quando lei aveva sei anni *"...se ne andò di nascosto, portandosi via l'incasso di una sera della trattoria che gestiva insieme alla mamma..."*.

I temi che Carla porta in riferimento al successivo rientro in Italia avvenuto perché *"...mia madre non riusciva a far fronte ai creditori di mio padre..."*, ruotano soprattutto intorno a ricordi di quando rimaneva sola in casa dovendo prendersi cura della casa e anche del fratello più piccolo (per esigenze di lavoro la madre restava spesso fuori casa tutto il giorno).

All'età di 14 anni, *"...ho ricevuto improvvisamente"* la notizia di una prossima convivenza della madre con un vicino di casa.

Fino a quel momento non solo non si era accorta di nulla, ma non *"...immaginavo neanche che la mamma avrebbe potuto avere una relazione"*.

Dalla convivenza nasce Francesca con la quale Carla sembra avere un buon rapporto nonostante la differenza di età.

Nel corso dei successivi colloqui la paziente non parla quasi mai dell'attuale compagno della madre, né del padre, che sa comunque essere rientrato in Italia e che abita a pochi chilometri di distanza da loro.

Carla comincia a lavorare molto presto come operaia; si sposa giovane con l'attuale marito, che descrive come una persona concreta, gran lavoratore *"...per il lavoro rimane spesso fuori tutta la settimana..."* Dal matrimonio nascono due figli, attualmente di 19 anni e 16 anni.

In famiglia è lei che gestisce la casa, le spese, che prende decisioni importanti anche sugli aspetti economici e concreti della vita quotidiana.

Da otto anni ad oggi lavora come cuoca in una scuola; ha un contratto precario che le viene riconfermato di anno in anno. In questo contesto lavorativo c'è perciò un frequente cambio di personale; questo per lei è fonte continua di un clima di tensione; a suo dire ad es. non le viene riconosciuto il ruolo lavorativo di più anziana e afferma che spesso “...mi sono trovata tra due fuochi...”.

In uno di questi momenti, Carla riferisce un particolare episodio: una mattina improvvisamente si è ritrovata incapace di parlare con un forte senso di oppressione retrosternale.

Il marito l'ha accompagnata al pronto soccorso dove le viene fatta diagnosi di “adduzione paradossa delle corde vocali”; segue un periodo di riabilitazione presso una foniatra con un rapido recupero della voce.

Significativo un altro episodio: al termine di un'animata discussione con la figlia minore le ha dato uno schiaffo; la sera al rientro in casa vorrebbe scusarsi ma la figlia non la fa entrare in camera. D'improvviso avverte tensione ai muscoli del collo, questi diventano visibilmente contratti, “...sento che la lingua che si avvolge su se stessa in tutta la sua lunghezza...”.

Il marito si spaventa, vorrebbe portarla in ospedale; lei non riesce a parlare ma scrive al marito su un foglietto di aspettare almeno un po' prima di portarla al PS.; il marito rimane seduto accanto a lei sul divano a lungo senza allontanarsi; lentamente la “...muscolatura mi si rilassa” e il giorno dopo gradualmente riprende a parlare.

In quei giorni Carla riferisce la ripresa di una sintomatologia dolorosa addominale con episodi brevi di coliche, frequenti scariche diarroiche senza sanguinamento.

La maggiore reattività emotiva di quel periodo, la notevole sintomatologia ansiosa latente e somatizzata unita all'evidente calo dell'umore, avevano indotto il medico curante a richiedere una “visita psichiatrica per ansia e depressione” “...il mio medico di famiglia la conosce e mi ha parlato bene di lei...altrimenti non so se sarei venuta!”

E' in questa occasione che ho conosciuto Carla.

Dopo la fase diagnostica iniziale, illustro alla paziente il nostro progetto terapeutico: affiancare alla terapia farmacologica (antidepressivo SSRI e benzodiazepina a medio/lunga emivita) un percorso terapeutico ad orientamento analitico inserito in una cornice temporale e metodologica.

Accetta la proposta; le comunico allora sia i tempi: incontri di quaranta minuti circa, frequenza settimanale per sei mesi con possibilità di continuare il ciclo, sia la metodologia: a differenza di quanto accaduto durante la raccolta anamnestica, le dico che non le avrei fatto molte domande, ma a sentirsi libera di parlare di qualsiasi aspetto della sua vita, compresi i sogni.

Avremmo commentato tutto all'interno dei nostri incontri, senza nessuna interferenza esterna.

E' a questo punto che Carla mi sorprende con una affermazione tanto rapida quanto "profonda" per le indicazioni che mi stava fin da subito offrendo: *"...ormai non ricordo più gli anni da quando non sogno più...a proposito mi sa dire chi ha rubato i miei sogni!?"*.

La paziente viene regolarmente agli incontri, puntuale, a volte in anticipo, le prime volte accompagnata dalla madre, ora da sola; concluso i primi 6 mesi di terapia circa un mese fa, abbiamo concordato un ulteriore periodo.

Prima del commento finale, vorrei segnalare due avvenimenti significativi.

Dopo circa cinque mesi dall'inizio della nostra terapia, una mattina presto Carla mi chiama in ambulatorio, mi dice che è ricoverata in ospedale e che vorrebbe parlarmi. Poco dopo dal reparto di ricovero mi giunge una richiesta per una consulenza psichiatrica.

Mi dice che il giorno precedente, mentre era in casa con la famiglia, improvvisamente si sente cedere le gambe; cade a terra, viene portata al PS e da qui ricoverata nel reparto di Neurofisiopatologia.

Al momento della consulenza Carla ha già ripreso a muovere lentamente le gambe.

Gli accertamenti condotti durante il ricovero escludono una causa organica.

"...glielo avrei detto al prossimo incontro..." apprendo così che in quei giorni stava vivendo un momento di tensione con il marito dopo che questi aveva scoperto che la paziente si scambiava messaggi e telefonate con un uomo conosciuto ad un corso di informatica.

La reazione del marito era stata violenta, le aveva dato anche uno schiaffo; forti tensioni c'erano state anche con la figlia minore che da quando aveva saputo di questi contatti telefonici, non le aveva più rivolto la parola.

Durante il ricovero la paziente si riconcilia con il marito e la figlia e i loro rapporti sono adesso *"...abbastanza sereni..."*.

Al successivo colloquio, su mia richiesta mi dice che ha fatto un sogno *"...anzi no...più che un sogno mi sembrano incubi...mi è successo più di una volta...mi sembra di vedere sul soffitto tanti insetti...più che altro ragni e soprattutto scarafaggi..."* .

Attualmente Carla è in remissione sintomatologia per quanto riguarda la rettocolite ulcerosa; il tono dell'umore è sufficientemente stabile, permane una discreta componente di ansia generalizzata, ciò ha reso possibile la diminuzione delle benzodiazepine.

Commento

Nella fase iniziale della psicoterapia colpisce la scarsa espressività del volto di Carla e la sua difficoltà a discriminare i confini tra gli stati emotivi e le sensazioni corporee.

Carla è la fotografia della concretezza: preoccupata di descrivermi fin nei minimi particolari gli interminabili disturbi fisici e i dettagli degli avvenimenti esterni; rimane sempre aderente alla realtà con un pensiero estremamente utilitaristico, incapace di produrre immaginazione e fantasia.

Le parole si susseguono con una cadenza monotona e razionale; è palese la sua difficoltà ad esprimermi emozioni, a descrivere ciò che prova anche quando un pianto, a volte incontrollato, accompagna alcuni ricordi, soprattutto quelli con chiari contenuti di abbandono.

E' evidente che anche per Carla il problema psicologico centrale da cui nasce il suo disturbo psicosomatico, è rappresentato e sostanzialmente dominato dal "pensiero operatorio", da un pensiero cioè di tipo concreto, materiale, che non le permette di accedere a quella capacità di simbolizzazione, elemento essenziale e cuore di un sano funzionamento dell'apparato psichico.

Carla ha notevoli difficoltà ad esprimere il vissuto degli avvenimenti significativi della sua vita, anche perché è interrotta la strada maestra del sogno: *chi ha rubato i miei sogni?*

Dalla letteratura sappiamo che la possibilità di simbolizzazione negata nell'infanzia, è il terreno fertile per una struttura psichica autolimitata e autolimitante, che può indurre la persona a "scegliere" la via e i canali del corpo, cioè l'espressione corporea dei disturbi.

Chiozza ci dice che una malattia che colpisce un determinato organo, può essere interpretata solo quando si riesce a mettere a fuoco la capacità di questo organo di rappresentare simbolicamente la fantasia che rimane inconscia.

E' noto che nel corso dello sviluppo, si possono presentare eventi traumatici che determinano una fissazione alle modalità di soddisfacimento proprie di una specifica fase di sviluppo, a cui il paziente può regredire in particolari circostanze della propria vita.

I sintomi somatici possono essere l'espressione del compromesso tra un desiderio rimosso e le difese messe in atto dall'Io per proteggersi; sul piano simbolico perciò, rappresentano un conflitto inconscio.

La scelta d'organo e il sintomo è espressione del significato erogeno che quella zona ha assunto nel corso dello sviluppo della persona, in funzione delle vicende biografiche e in particolare delle persone significative della sua vita.

Carla ha vissuto i primissimi momenti della sua esistenza in un clima estremamente conflittuale: prima di abbandonarla definitivamente, un padre alcolista, probabilmente violento, assente, distratto, responsabile di un grave trauma con esiti ancora visibili, una madre concreta, probabilmente depressa, portatrice anche lei di elementi abbandonaci.

La sintomatologia fisica, la manifestazione corporea del disagio interiore di Carla, può essere intesa perciò come l'espressione di richieste orali-ricettive cronicamente deluse, in quanto privata dei necessari aiuti e bisogni narcisistici; il risultato della pressione cronica di spinte emotive a carattere ritentivo o eliminatorio a cui il suo organismo è stato sottoposto fin dalla nascita.

Sappiamo che i processi d'incorporazione del cibo, l'assimilazione ed evacuazione, rappresentano le prime forme di relazione e di introiezione di esperienze relazionali; quando sono disturbate, preannunciano la presenza di arcaici meccanismi di difesa.

Fenichel afferma che il conflitto tra tendenze eliminatorie e ritentive può essere determinato da cause differenti: ad es. possono rappresentare oggetti o imago introiettate che si desidera ambivalentemente preservare o liberarsene, oppure un semplice conflitto tra eccitazione sessuale (anale) e paura.

Il prolungarsi di una pressione cronica a carattere eliminatorio o ritentivo, influenza i muscoli lisci del tratto intestinale; questo indice di fissazione ad una tale fase dello sviluppo psicosessuale, ha come risultato la disposizione a reagire ai diversi stimoli, sia con la costipazione sia con la diarrea o con entrambe.

Indipendentemente da quale stimolo abbia determinato l'eccitamento, l'esecuzione è intestinale.

L'autore afferma che i disturbi del tratto intestinale, possono essere anche un sintomo di un'aggressività continua e repressa oppure come una vendetta per delusioni orali.

La funzione escretoria inoltre, ha un significato simbolico legato anche al poter "fare da sé", all'autonomia: l'individuo adulto può esprimere con le scariche diarroiche o il suo disappunto o il suo desiderio di liberarsi in modo rapido e violento di un oggetto cattivo.

La frequenza delle scariche può determinare comportamenti imbarazzanti dal punto di vista sociale con conseguente riduzione della capacità di controllo sulla propria vita e sull'autostima.

Nella nostra paziente le riacutizzazioni della malattia si presentano sempre in periodi in cui si sente particolarmente stressata, con tendenza all'occasione alla somatizzazione dell'ansia e ad una sua focalizzazione sul versante depressivo.

La massima espressione della difficoltà di Carla ad esprimere con parole non solo i conflitti ma anche i sentimenti come dolore, frustrazione, rabbia, gelosia, si può decodificare dai due episodi con clamorosi disturbi somatici: l'adduzione paradossa delle corde vocali riscontrata al P.S. e "l'attorcigliamento della lingua" che in un altro momento critico le impedisce di parlare.

Tutto è bloccato, come cristallizzato, la mente sembra non avere libero accesso alle parole, le sole che potrebbero consentire alla paziente di esprimere il volto delle proprie emozioni.

In quelle occasioni, è come se le parole fossero prive della carica affettiva e simbolica che normalmente le caratterizza e di conseguenza i sentimenti sono privati della possibilità di liberazione e rappresentazione.

Le parole, svuotate del loro contenuto affettivo, perdono il significato simbolico e vengono trattate come cose, non riescono a contenere l'energia psichica che invece di essere rimossa si esprime in sintomi somatici: Carla regredendo ad un livello in cui la parola non era ancora un suo patrimonio psichico, ritrova l'antico linguaggio corporeo e agisce il proprio rapporto con il mondo come un bambino prima della conquista del linguaggio verbale.

Forse constatando che in certe situazioni la parola si era rivelata inutile o pericolosa, il ricorso ad un sintomo-comunicazione doloroso e ambiguo (il sintomo rivela e nasconde contemporaneamente) offre maggiore garanzie di equilibrio psichico.

Recenti studi clinici su soggetti con retto colite ulcerosa mediante test di Rorschach e della Figura umana, evidenziano profonde alterazioni sia riguardo i vissuti del corpo, sia riguardo l'immagine corporea.

L'effetto destabilizzante sulle percezioni e vissuti corporei, non sembra riguardare una singola funzione o una particolare zona del corpo, ma viene interessato diffusamente il concetto globale di schema corporeo.

Ricordiamo come Carla, fin dall'età di 4 anni presenta esiti cicatriziali sul collo e mento di una grave ustione, una grave ferita narcisistica già di per se destrutturate l'immagine corporea.

Infine alcune commenti sul sogno di Carla. Volutamente ho lasciato per ultimo queste riflessioni, perché per me rappresentano forse il filo conduttore più significativo del mio viaggio con lei.

Già all'inizio, nonostante che il suo mondo interiore fosse senza emozioni, senza fantasia, completamente negato, rimosso e somatizzato, mi aveva chiesto chi le aveva rubato i sogni.

Il ricorso ad un pensiero operatorio e a caratteristiche alessitimiche, aveva contribuito a interrompere il collegamento tra la mente e il corpo, tra la realtà cosciente e l'inconscio.

La malattia psicosomatica era la ladra dei suoi sogni.

In accordo con la letteratura, il viaggio proposto andava dunque nella direzione di una psicoterapia che non neghi il corpo e i suoi sintomi, che tenda a stimolare i ricordi, le fantasie, i sogni, all'interno di una relazione non asimmetrica o suggestiva.

Una relazione dinamica piena di emozioni che circolano nella mente "reciproca" e dove un interlocutore parla attraverso il sintomo e l'altro rimanda verso un allargamento del suo significato.

Una relazione che Agresta definisce come un rilassamento analitico, un "corpo a corpo" senza il quale non è possibile trovare quell'indispensabile unione tra mente e corpo; in questo contesto il

lo “spazio del sogno”, intrecciato con il transfert e con l’aiuto della memoria, può essere il “trait d’union” tra i diversi livelli di realtà, tra il passato e il presente.

In questo ambiente, dopo 6 mesi circa Carla porta come un incubo le immagini ricorrenti di ragni e soprattutto scarafaggi.

“...una mattina Gregorio Samsa destatosi da sogni inquieti, si trovo mutato in un insetto mostruoso...era disteso sul dorso e alzando un poco il capo poteva vedere il suo ventre bruno convesso solcato da nervature arcuate...una quantità di gambe sottili in confronto alla sua mole si agitava dinanzi agli occhi...”

Così inizia la *Metamorfosi*, uno dei capolavori di Kafka, dove il personaggio scopre che durante il sonno è avvenuta la sua trasformazione.

Nella realtà interna Carla vive come un incubo un sogno ricorrente, quello spazio che sappiamo essere una possibile cerniera inconscia ma dinamica tra la mente e il corpo, forse il segnale di una possibile trasformazione vissuta ancora con sentimenti di angoscia.

Nella realtà esterna in questo stesso periodo Carla per la prima volta si sente contenta quando invia sms o telefona di nascosto ad un suo collega di corso perché *“...mi sento capita...”* rischiando di essere scoperta.

Attualmente nel complesso dice di vivere un momento di relativo benessere.

Vorrei concludere con le parole di Jung: “il coordinamento dei processi psichici e di quelli fisici nell’essere umano, andrebbe inteso come un fenomeno sincronistico anziché solo come una relazione causale”

Queste parole esprimono molto bene in quale direzione dovrebbe andare qualsiasi intervento diretto alla cura della malattia psicosomatica: *il superamento dell’antinomia mente corpo, verso la sincronicità dei significati*