

Ipocondria e somatizzazione

Essere eletti dai pazienti come principale riferimento per i loro disturbi è spesso faticoso, soprattutto se ci si trova di fronte a soggetti ipocondriaci e somatizzatori. Alcuni indicatori possono però aiutare il medico di famiglia a rendere meno oneroso ma anche più gratificante l'aspetto relazionale del rapporto medico-paziente

In alcuni momenti della vita la malattia può svolgere un ruolo protettivo da un punto di vista psichico: riposarsi da periodi stressanti o porsi al riparo da eventi indesiderati. Quando si è stanchi e nervosi il sistema immunitario è meno efficace, rende più vulnerabili agli agenti patogeni esterni e maggiormente predisposti a sviluppare disturbi negli organi o apparati che hanno un substrato biologico "debole". La malattia legittima a fermarsi, al non fare, costringe a prendersi cura di sé, permette di godersi le premure di chi sta vicino e un ambiente esterno più indulgente e tollerante. Tutto ciò consente di ritemperarsi per poi proseguire nelle attività della vita quotidiana. Si potrebbe affermare che la "malattia sana" è funzionale al vivere, un segnale che il corpo invia e come tale è da accogliere e ascoltare.

Diverso è per quei soggetti che utilizzano il corpo per manifestare emozioni e disagi che invece di essere vissuti e pensati sono "scaricati" nel soma. Questi pazienti, che sembrano distribuiti equamente sia da un punto di vista territoriale sia socioeconomico, si possono suddividere in tre grandi tipologie:

- ▶ gli ipocondriaci;
- ▶ i somatizzatori mobili: quelli che presentano un malessere generalizzato con un quadro clinico variegato;
- ▶ i somatizzatori stabili: coloro che si avvalgono di un organo o di un apparato specifico come catalizzatore del malessere psicologico.

Ipocondriaci

Il soggetto ipocondriaco non somatizza, esprime il disagio psichico con continui stati d'ansia riguardanti lo stato del corpo (essere preoccupati per la propria salute legittima in buona parte a non pensare ad altro). Più che essere ammalati, questi soggetti vivono nell'ansia di avere contratto o di potere contrarre ogni sorta di patologie ed è facilmente intuibile il genere d'insofferenze che possono ingenerare nel medico di famiglia che si sente quasi costretto alla prescrizione di esami improbabili ed è continuamente sottoposto a richieste di visite e indagini di ogni tipo. Questi soggetti sono ben disposti a sottoporre il proprio corpo a test clinici anche invasivi e stressanti (contraddizione da fare loro notare nel momento in cui li si ritiene sufficientemente ricettivi). Sono individui che data la loro scarsa credibilità non sono presi troppo seriamente dal loro ambiente circostante quando enunciano i vari sintomi ed esprimono la paura di cosa questi possano sottendere. È bene che si sentano presi sul serio dal proprio medico, che una volta inquadrato il soggetto tenderà di spostare l'attenzione dalle ipotetiche malattie allo stato d'ansia che permanentemente accompagna il paziente.

Una volta che questi si è in parte reso conto dell'incongruenza dei suoi continui timori, si potrà consigliare una terapia farmacologica atta a lenire l'ansia e/o una psicoterapia che promuova nel paziente un diverso approccio alla vita e lo

aiuti a utilizzare al meglio l'energia ormai svincolata da ansie e paure. Naturalmente la propensione all'ipocondria varia d'intensità da soggetto a soggetto, ma la qualità di vita di tali pazienti è in genere discreta in quanto l'ansia, se ostacola in parte il "pensare", non impedisce di "fare".

Somatizzatori mobili

I somatizzatori mobili tendono a scaricare la sofferenza psichica laddove il soma si presta meglio a rappresentarla in quel dato momento, spesso sono persone piuttosto "lagnose" che si autopercepiscono come sfortunate, tendono a scaricare sul medico la responsabilità del loro stare male e delle loro mancate o parziali guarigioni, ne sfidano le competenze e possono tentare di colpevolizzarlo.

Hanno una soglia di dolore piuttosto bassa e pongono un'attenzione esagerata ai sintomi; risultano più frustranti degli ipocondriaci e mettono a dura prova la pazienza del curante, però sono anche pazienti più disposti ad accettare un aiuto non solo medicalizzato in quanto percepiscono "la fatica di vivere".

L'umore è spesso orientato al versante depressivo, le capacità relazionali e affettive appaiono ridotte, dispongono di una scarsa rete sociale, hanno in genere una vita insoddisfacente e la tendenza a dipendere dagli altri (coniuge in primis). Utilizzano la malattia un po' come impedimento alle loro eventuali realizzazioni. È bene che questi pazienti si sentano accolti, ascol-

tati e al momento giusto inviati anche altrove. Renderli in parte consapevoli che i loro mali possono avere una componente psicologica è ciò che il medico può fare per aiutarli ancora di più di quanto stia già facendo.

■ Somatizzatori stabili

I somatizzatori stabili tendono a eleggere una parte o una funzione del soma come rappresentante del disagio psichico. Sono i meno identificabili, in quanto presentano una patologia chiara e definita, l'organo è davvero compromesso, la parte colpita tende ad indebolirsi e cronicizzarsi (emicranie, mal di schiena, dolori di stomaco, ecc). Questi individui conducono generalmente una vita normale, con relazioni sociali e affettive sufficientemente stabili e in campo lavorativo mantengono continuità e coerenza.

Estremizzando si può immaginare un soggetto a cui vada tutto bene, con un buon quadro clinico, ma dove quel tale disturbo è perennemente presente.

Se non è facile identificarli, ancora più improbabile è che un paziente che chiede di essere seguito e curato per emicrania sia propenso ad accettare di avere bisogno dello psicologo. Da una prospettiva psicoanalitica questi soggetti negano tutto ciò che potrebbe disturbare il loro equilibrio e lo evacuano nella parte del soma che si presta meglio a rappresentarlo (sia da un punto di vista biologico sia mentale). Se nasce il sospetto che qualcuno di questi pazienti possa beneficiare di una consultazione psicologica è bene avvicinarli a questa prospettiva con particolare cautela.

■ Riflessioni

La sofferenza psicofisica è parte della condizione umana e come tale dovrebbe essere riconosciuta, ascoltata e tollerata.

Se è vero che l'essere umano è un'unità inscindibile tra psiche e soma,

inevitabilmente ci sarà un'area in cui le due dimensioni si sovrappongono e nella quale intervenire è un compito arduo, inoltre le frustrazioni possono rivelarsi maggiori delle soddisfazioni.

Essere eletti come riferimento da singoli individui o da intere famiglie risulta sovente faticoso. Il medico di famiglia è preposto principalmente alla cura del corpo, ma non si esime dal confrontarsi con gli altri aspetti dell'interlocutore: psichico, culturale, socioeconomico, ambientale, ecc. È utile uno sguardo a largo spettro per cui non necessitano strumenti di sofisticata tecnologia, ma un atteggiamento professionale che non escluda uno spazio d'ascolto emotivo per entrambi: porre attenzione ai movimenti transferali e controtransferali, poiché ciò che il paziente fa risuonare o evoca si rivela spesso fonte di preziose informazioni.

Il medico di famiglia fa molto di più che curare malattie. Per certi pazienti assume un ruolo di supporto, per alcuni è un confidente con cui ogni tanto ci si può sfogare. Se una persona sta attraversando un periodo difficile o doloroso e sentirà l'umore depresso, andrà dal proprio medico a chiedere aiuto con tutto il suo bagaglio emotivo; l'attenzione e il sostegno del curante tranquillizzano e leniscono al momento la sofferenza e possono aiutare a superare il momento critico.

L'anziano che si presenta in studio puntuale almeno una volta al mese con qualche piccolo pretesto, chiacchiera qualche minuto e se va soddisfatto, ha bisogno proprio di quel che trova: una manciata di tempo, rassicurazioni e una stretta di mano; ci saranno quelli simpatici, i più difficili da contenere, i più spinosi, ma sono persone che fondamentalmente hanno bisogno di pazienza e disponibilità; in questi casi, un aspetto secondario della malattia è proprio il medico: se incontrarlo fa bene, la scusa la si trova. Inoltre accade che il medico di famiglia sia coinvolto in si-

tuazioni drammatiche (per esempio i lutti) e per quanto siano gli specialisti ad affannarsi intorno al paziente, il carico emotivo della famiglia è appannaggio del curante: queste esperienze non sono indolori.

Questi semplici esempi testimoniano che alcuni interventi hanno un palese risvolto psicologico: il medico cura il soma avvalendosi anche di strumenti psicoterapeutici.

Conclusioni

Se è vero che il corpo è il teatro delle emozioni, inevitabilmente il medico si trova a doverci fare i conti. Per rendere meno oneroso e sempre più gratificante l'aspetto relazionale sarebbe bene mantenere un approccio che preveda:

- una linea ideale di confine, oltre la quale non si è disposti a farsi coinvolgere;
- proposte da discutere col paziente circa l'eventualità di un intervento altro;
- il rimando al paziente della sua parte di responsabilità, soprattutto nei casi in cui questi tende a passivizzarsi assumendo l'atteggiamento di chi si aspetta che sia l'altro a risolvere tutto.

Non è facile valutare il limite oltre cui l'intervento psicologico non compete più solo al medico di famiglia, ma alcuni indicatori possono aiutare a individuare il paziente che necessita di interventi più specifici inerenti la sfera psichica:

- le richieste e la frequenza con cui si presenta in studio;
- come percepisce la sua esistenza e il tipo di vita che conduce;
- la presenza o meno di particolari eventi traumatici recenti o passati;
- il controtransfert: se un assistito risulta particolarmente pesante, impegnativo, fastidioso o altro e ci si ritrova a pensare "non ne posso più, non sono anche psicoterapeuta", probabilmente è proprio quello che inconsapevolmente il paziente sta chiedendo.