

Un caso di fobia causata da rapporti lavorativi

Leonardo Trentadue

Medico di medicina generale
Ferrandina (MT)

Una assistita di 55 anni, single, impiegata statale, si presenta in ambulatorio in preda a leggera confusione e in evidente stato ansioso. Riferisce che poco prima, mentre si recava in automobile sul posto di lavoro, nell'affrontare una lunga discesa si è dovuta fermare improvvisamente, a causa di un'indicibile angoscia e paura. Fortunatamente non seguivano altre auto e si sono evitati incidenti; alcuni automobilisti di passaggio l'hanno soccorsa e accompagnata al mio studio.

Storia clinica

► **Anamnesi:** cervico-uncoartrosi diffusa con riduzione di ampiezza di alcuni spessori intersomatici, in particolare da C4 a C7. Anche la colonna lombosacrale mostra segni diffusi di spondiloartrosi con riduzione di ampiezza degli spessori intersomatici che vanno da L4 a S1 come per discopatia, con mega-apofisi trasversa in L5 con emiscralizzazione del processo trasverso.

Il fatto degno di nota è però che nel tempo si è evidenziato un habitus a sfondo meteoropatico, con accentuazione di alcune patologie o insorgenza di nuove, in coincidenza di bruschi cambiamenti climatici.

Infatti, da alcuni mesi la paziente mi richiedeva con una certa frequenza brevi certificati di malattia (1 o 2 giorni) per i problemi spondiloartrosici. La richiesta cominciava a diventare sospetta, con le prime avvisaglie dell'inevitabile conflitto medico-paziente e fantasmi brunettiani nell'atmosfera ambulatoriale.

Sembrava quasi che la paziente fosse "costretta" a mettersi in malattia, perché risultava impermeabile alla valutazione critica, ma, nello stesso tempo, del tutto aliena alla tipologia del "fannullone".

In precedenza non si era quasi mai assentata dal lavoro e aveva mostrato sempre attaccamento allo stesso e soddisfazione personale.

Rapporto Mmg-paziente

Questo andamento di certificazione ai confini della patologia, che avrebbe inevitabilmente portato al disfacimento definitivo del rapporto di fiducia medico-paziente, si è interrotto proprio

quando la paziente ha subito il blocco in automobile e mi ha richiesto aiuto. Ho cercato di capire cosa si potesse nascondere dietro questa acuzie comportamentale, al di là del facile sospetto che si trattasse di un attacco di panico.

La paziente ha voluto contattare un neurologo fuori dalla nostra Regione ed è successivamente ritornata nel mio studio con una ricetta bianca, priva di diagnosi, ma con la prescrizione di duloxetina e alprazolam. A detta della paziente, lo specialista ha sostenuto che i sintomi sono da riferirsi a "solo un po' d'ansia"... però ha prescritto una terapia tipica del disturbo da attacco di panico. Essendo un buon rapporto comunicativo con la paziente, ho cercato di creare le condizioni perché si aprisse un po' di più nel racconto del suo vissuto.

Dopo alcuni preliminari della paziente non molto pertinenti e lungaggini in dettagli insignificanti (evidenti spie di disagio personale e meccanismo di difesa), lentamente emerge un'intricata storia di pettegolezzi a sfondo sessuale, che coinvolge altre donne e il personale del posto di lavoro. L'esasperazione di questi rapporti è sfociata in calunnie, che hanno portato i vari contendenti sul terreno penale, con querele e interventi di avvocati.

La situazione psicologica della paziente comincia a schiarirsi, le nebbie impenetrabili che avvolgevano i suoi recenti disturbi cominciano a fendersi e lampeggia qualche spiraglio di luce. La paziente, a ciglio bagnato, confessa che per lei il luogo fisico del posto di lavoro è diventato insopportabile e fonte di un'angoscia così dirompente che vorrebbe non mettersi più piede. Si comincia così a capire il perché dell'aumento progressivo di frequen-

za dei certificati di malattia, dell'incremento dei disturbi patologici in coincidenza o non con le condizioni meteorologiche, fino all'impossibilità fisica di recarsi in automobile sul posto di lavoro, bloccando la macchina in discesa, simbolo metaforico di scivolamento verso l'abisso.

Dopo quell'episodio di blocco, la paziente ne ha sperimentati altri, anche percorrendo diverse strade, con altre discese che non necessariamente portassero al luogo del lavoro. Un'amplificazione, quindi, della fobia da un luogo specifico a situazioni di equivalenti generatori di fobie e accentuazione dei disturbi. L'esplicazione motivazionale della storia personale produce catarticamente un sollievo momentaneo alla paziente, che apparentemente sembra sollevata e più disposta ad affrontare gli sviluppi della vicenda.

Conclusioni

La paziente ha voluto iniziare comunque, anche se con una buona dose di scetticismo antifarmacologico - anche questo su base fobico-iatrogena - a seguire sedute di psicoterapia.

Il follow-up è quindi in corso d'opera e non so come potrebbe evolvere il quadro sintomatologico. Forse, al di là degli interventi terapeutici pur necessari, sarebbe utile una cosa molto semplice: il trasferimento della paziente a un altro luogo di lavoro.

Il caso clinico evidenzia ancora una volta il ruolo polimorfo e pleiotropico del Mmg, che, anche adoperando minimalisticamente alcuni strumenti psicoanalitici, potrebbe inserirsi efficacemente nel percorso diagnostico-terapeutico, senza cogentemente delegare agli specialisti la risoluzione dei casi.