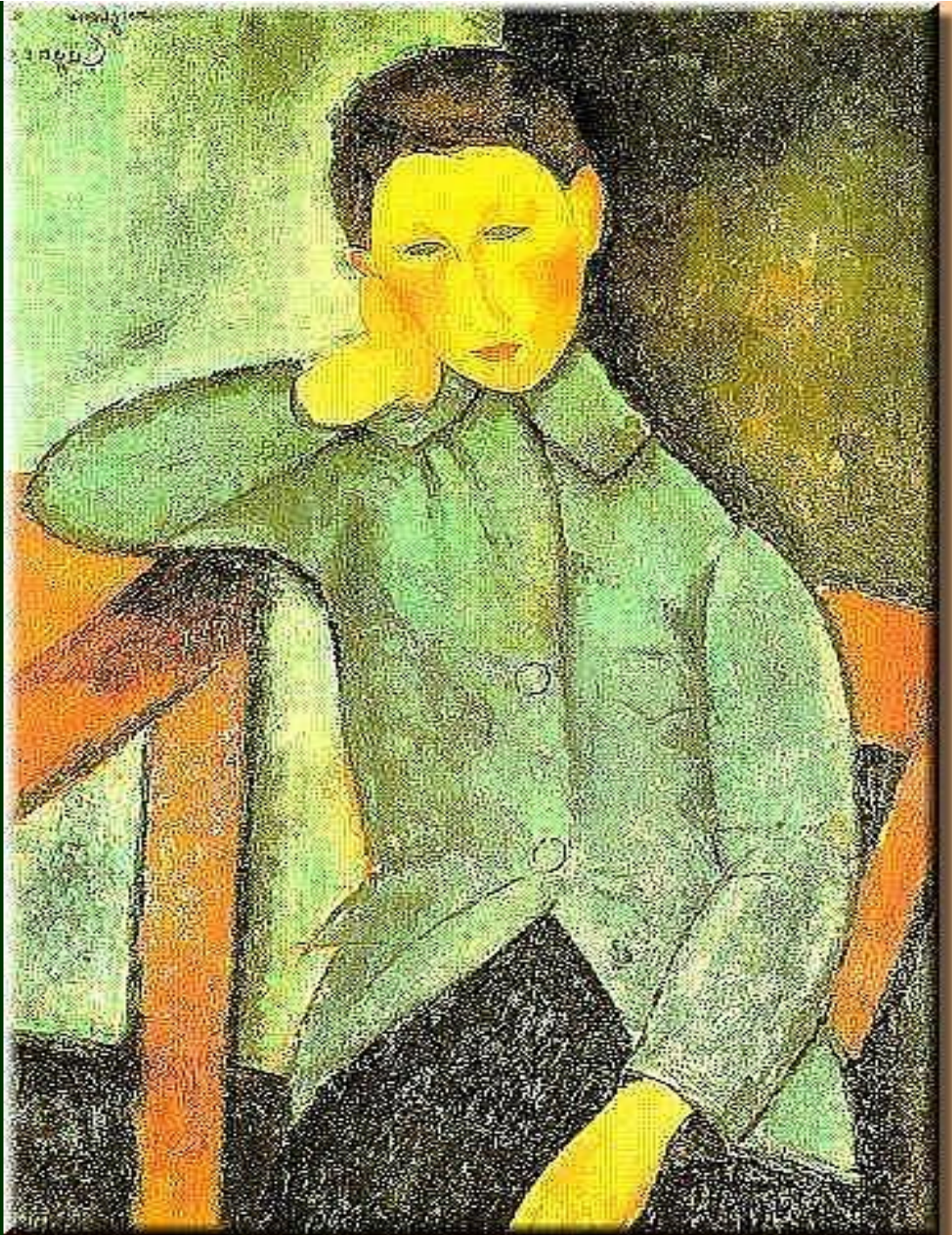


**L'approccio al
paziente
con
Sintomi
Fisici
non
giustificati**

***Dott. Riccardo
De Gobbi***

*“Ed io rimango
in forse, che no
e si nel capo mi
tenciona”*

**Dante Alighieri:
Divina Commedia,
Inferno, Canto VIII**



L'APPROCCIO AL PAZIENTE CON MALESSERE INDEFINITO

Definizione:

per malessere indefinito intendiamo uno stato di sofferenza non riconducibile ad una precisa entità clinica o ad una chiara alterazione fisiopatologica.

La maggior parte dei pazienti con malessere indefinito soffre di disturbi da somatizzazione. Generalmente la diagnosi di disturbo "Psico-Somatico" è una diagnosi per esclusione: assenza di altra malattia

I DISTURBI SOMATOFORMI SECONDO IL DSM IV

- **Disturbo da conversione**
- **Ipocondria**
- **Disturbo algico**
- **Disturbo da dismorfismo corporeo**
- **Disturbo somatoforme/da somatizzazione**
- **Disturbo fittizio/da simulazione**

**(Le Tabelle successive sono tratte da DSM IV-TR
Edizione per la Medicina Generale- Masson 2003)**

Disturbo da Conversione

Caratteristiche:

- l Sono presenti uno o più sintomi riguardanti funzioni motorie o sensitive, non giustificabili da una condizione medica riconosciuta***
- l Esiste una relazione temporale tra i fattori psicologici e l'esordio o la esacerbazione dei sintomi***
- l Il Sintomo od il Deficit non sono prodotti intenzionalmente***

Ipocondria

Caratteristiche:

- l E' presente preoccupazione legata alla paura od alla convinzione di avere una grave malattia, nonostante la valutazione e la rassicurazione medica***
- l La preoccupazione non risulta di intensità delirante, ma causa disagio clinicamente significativo***
- l La durata della alterazione è di almeno sei mesi***

Disturbo Algico

Caratteristiche:

- l E' presente dolore significativo in uno o più distretti anatomici, non giustificabile dal punto di vista medico***
- l Il dolore causa disagio e compromissione del funzionamento sociale e lavorativo***
- l L'esordio e/o il mantenimento del dolore sono correlabili a qualche fattore psicologico***

Disturbo da Dismorfismo Corporeo

Caratteristiche:

- | Preoccupazione per un supposto difetto nell'aspetto fisico. Se è presente una piccola anomalia la sua importanza viene molto accentuata***
- | La preoccupazione causa disagio e compromissione del funzionamento sociale e lavorativo***

Disturbo somatoforme e da somatizzazione

Caratteristiche:

- Una o più lamentele fisiche (astenia, perdita appetito) non giustificate, per almeno sei mesi
- Somatoforme -***
- Otto o più lamentele fisiche, con esordio prima dei 30 anni, che perdurano per più anni e che richiedono indagini e terapie
- da Somatizzazione-***
- Tali sintomi causano menomazione nel funzionamento sociale e lavorativo***

Disturbo Fittizio e da Simulazione

Caratteristiche:

- I Sintomi fisici sono prodotti intenzionalmente in assenza di incentivi esterni, solo per il vantaggio di essere malati -Fittizio- (es. Sdr. Di Mùnychhausen)***
- I Sintomi fisici sono prodotti o simulati intenzionalmente con l'obiettivo di ottenere un vantaggio o di evitare una punizione -da Simulazione-***

I PRINCIPALI PIANI DI SOMATIZZAZIONE

1. Tensione muscolare striata

(fibromialgia, cefalea tensiva, precordialgia, “respiro corto” ecc.)

2. Contrazione della muscolatura liscia

(colon irritabile, gerd, broncospasmo, ecc.)

3. Disturbi percettivi-cognitivi

(capogiri, appannamento visivo, parestesie, episodi di disorientamento, perdita memoria, ecc.)

4. Disturbi da conversione

(“svenimenti”, afonie, paresi)

COME IL PAZIENTE SI DIFENDE DALLA SOFFERENZA PSICOLOGICA?

Difese che favoriscono la somatizzazione

Repressione/rimozione/negazione

- I Il paziente istintivamente ed inconsciamente non permette alle proprie emozioni di esprimersi ma le estingue indirizzando sul proprio corpo la scarica neuro-vegetativa che originariamente accompagnava l'emozione.**

- **Isolamento - razionalizzazione**
intellettualizzazione
- Il paziente è intellettualmente consapevole della emozione ma quest'ultima viene isolata dal contesto e dal paziente stesso.
Il paziente è come diviso in una mente che vorrebbe controllare tutto ed in un corpo che segue comunque leggi che la mente potrà forse comprendere ma non controllare.
La mente isola, controlla, fornisce una spiegazione.
Il corpo subisce la carica delle emozioni.
- Sono questi i pazienti più difficili da trattare.

La relazione con il proprio corpo

Un approccio fenomenologico

- **Il Corpo che Sono/il Corpo che Vivo:**
è il corpo al tempo stesso percepito e vissuto : Lieb per gli autori tedeschi -
- **Il Corpo che Ho/il Corpo che Osservo:**
è il Corpo che si lascia indagare, misurare, giudicare: Korper per gli autori tedeschi -

**Nell'individuo normale, o meglio
modicamente nevrotico, vi è un
equilibrio ed una alternanza tra la
percezione del corpo vissuto e
quella del corpo osservato ed usato.**

In alcune malattie psichiche tale equilibrio è sovvertito.

Nella IPOCONDRIA, ad esempio, prevale nettamente il “corpo che ho” nei DISTURBI DA CONVERSIONE , al contrario, il paziente parla con il corpo: prevale dunque il “corpo che è”.

A. Tatossian: “La maladie depressive” 1984



La relazione con il proprio corpo

Un approccio Psicodinamico

- **Nel carattere Isterico (da Conversione) domina l'aspetto simbolico dell'investimento corporeo : è il Corpo che parla**
- **Nel carattere Ipocondriaco il corpo viene trattato come un vero oggetto: il Soggetto parla al Corpo come parlerebbe ad un amico**
- **Nel carattere Psicosomatico il soggetto ha difficoltà ad elaborare mentalmente le proprie emozioni: il Soggetto parla con il suo corpo**

**(da Bergeret: "La personalità normale e patologica"
Cortina ed.1988)**

ESPLORIAMO LE EMOZIONI CON LA TECNICA DI INDAGINE CENTRATA SUL PAZIENTE

(Tratto da: "Somatization: Diagnosing it sooner through emotion-focused interviewing" A. Abbas, J. Fam. Practice, marzo 2005)

- 1) Osservazione >> Cogliere ogni segno fisico di tensione**
- 2) Domande sulle Emozioni >> Es.: Può descrivere una situazione in cui il sintomo si manifesta?"**
Oppure: "Come sente il suo corpo quando è arrabbiato?"

3) Osservare le reazioni fisiche e comportamentali del paziente quando il sistema emozionale è attivato.

4) Rivedere con il paziente le varie fasi dell'indagine.

5) Concordare insieme il programma terapeutico.

INTERPRETAZIONE DELLE RISPOSTE IN UN COLLOQUIO DIRETTO A SUSCITARE LE EMOZIONI PATOGENE

A) I sintomi compaiono allorché si suscitano le emozioni e migliorano quando ci si allontana dal contesto emozionale

>>> La somatizzazione è probabile

B) I sintomi migliorano dopo che il paziente ha potuto esprimere verbalmente, per un intervallo di tempo adeguato, i propri problemi

>>> La Somatizzazione è probabile

C) Non si notano variazioni nei sintomi dopo almeno due colloqui condotti con questa medotica

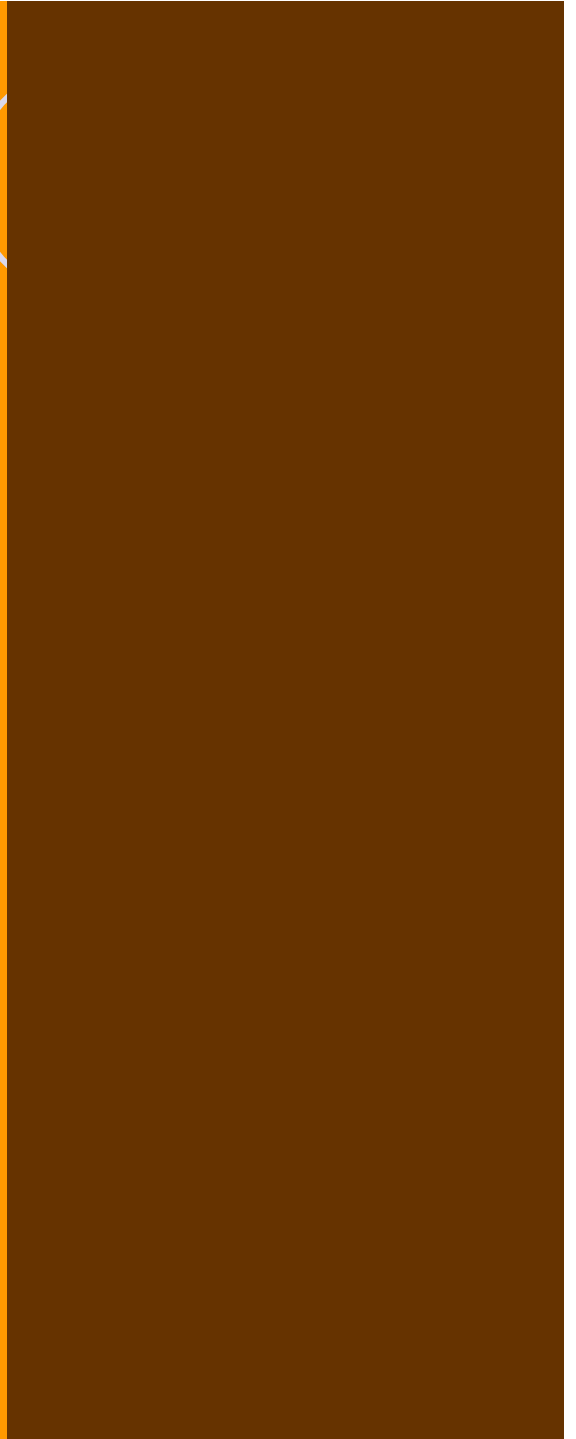
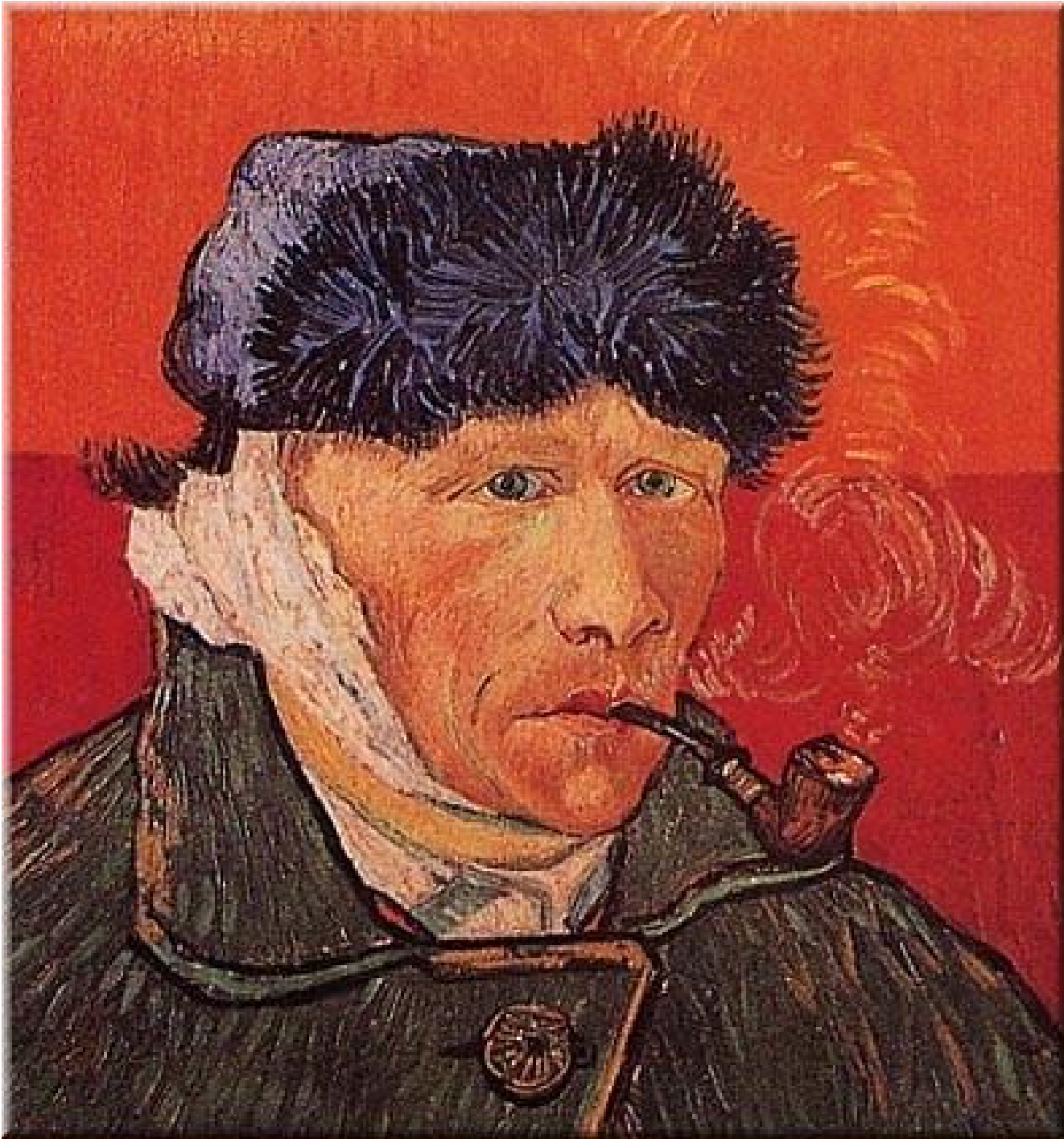
>>> La Somatizzazione è improbabile oppure il paziente attiva forti resistenze.

La somatizzazione spesso può essere ridotta, o talora del tutto eliminata, aiutando il paziente ad essere consapevole delle proprie emozioni, ad esprimerle verbalmente, a scaricare le proprie tensioni con modalità che non arrecchino sofferenza o danno.

Un ascolto attento e consapevole, da parte del medico, può svolgere in queste situazioni una funzione terapeutica...

“Ci sono tuttavia dei mali che non bisogna cercar di guarire perché sono i soli a proteggerci contro altri più gravi mali...”

Marcel Proust: “ Alla ricerca del tempo perduto”





© bernard bischoff