

C.Ruini: Un caso di somatizzazione multipla persistente

Verrà illustrato un caso clinico che riguarda una paziente di 29 anni (R.) che si presenta per una consulenza psicologica in seguito a un periodo di forte stress sul lavoro. La paziente lavora come giornalista televisiva presso una emittente locale. Riferisce di amare molto il suo lavoro, ma di sentirsi costantemente sotto pressione, in quanto molto impegnata e in forte competizione con i colleghi. Lamenta infatti che le condizioni di precariato a cui sono costretti sia lei che i colleghi alimentano un senso di insicurezza rispetto al futuro e non favoriscono il lavoro di squadra con i colleghi. Riferisce infatti di lavorare ogni giorno circa dieci ore, di rientrare spesso a casa alla sera non prima delle 21.30 e di fare spesso gli straordinari senza che essi vengano retribuiti. La paziente riferisce di rendersi conto di essere troppo “stressata” ma di non poter uscire da questi ritmi, altrimenti verrebbe tagliata fuori dai colleghi e presto perderebbe il lavoro. Questi ritmi lavorativi hanno poi ripercussioni anche nella sfera privata in quanto la paziente trascura il fidanzato con cui vive da un anno e nel week-end cerca disperatamente di occuparsi della casa, riordinare, pulire, ect...non riuscendo perciò mai a riposarsi veramente.

La paziente al colloquio riporta una serie di sintomi ascrivibili alla sfera ansiosa (DSM-IV) come preoccupazioni costanti, tensione muscolare, tachicardia, irritabilità, difficoltà nel sonno, sintomi agorafobici ecc...) e labilità emotiva. Solo verso la fase finale del colloquio R. riferisce di avere frequenti episodi di emicrania e problemi a carico dell'apparato gastrointestinale. Questi ultimi sono presenti ormai da una decina di anni: dopo numerosi accertamenti internistici è stata diagnosticata una sindrome del colon irritabile, trattata con farmaci antispastici. La paziente riferisce che è soprattutto la sindrome del colon irritabile a peggiorare significativamente la qualità della sua vita: interferisce con il lavoro e con la vita sociale in quanto il dolore addominale è molto frequente (quasi tutti i giorni) e così forte che le impedisce di fare qualsiasi cosa. R. chiede aiuto per “sistemare se stessa e la sua vita” in vista del matrimonio programmato per l'anno seguente.

Gli obiettivi iniziali del percorso terapeutico sono stati la gestione dello stress e la graduale modificazione degli stili di vita. E' stato spiegato alla paziente che un ritmo di vita frenetico e un carico di lavoro eccessivo, prolungati nel tempo, possono avere un effetto deleterio sulla salute fisica e psichica di una persona. La paziente fatica infatti a collegare i suoi “mal di pancia” con lo stress lavorativo, insistendo sul fatto che sono ormai una decina d'anni che sono presenti, cioè anche quando ancora studiava, comunque ammette che si sono esacerbati proprio in concomitanza con la compilazione e discussione della tesi di laurea. Insieme alla paziente si è pertanto deciso di

analizzare nello specifico lo stile di vita quotidiana per individuare impegni e “stressor” eliminabili o rimandabili. In particolare sono state ridotte le ore di lavoro straordinarie e si è cercato di ritagliare nei week-end dei momenti di relax e riposo. In questa fase della terapia sono emerse altre problematiche di R.: l'eccessivo perfezionismo (sia sul lavoro che nella gestione della casa) e i disturbi dell'alimentazione e dell'immagine corporea. La prima porta R a spendere eccessive energie in tutte le attività della vita quotidiana e a non essere mai completamente soddisfatta dei risultati ottenuti. La seconda problematica (alimentazione e immagine corporea) è strettamente connessa con la sindrome del colon irritabile che ha gradualmente influenzato la dieta di R. nel corso degli anni, innescando un progressivo evitamento di un numero sempre più elevato di cibi. Questi cibi non solo possono “provocare i mal di pancia” ma possono anche interferire con il metabolismo e farla ingrassare. Emerge inoltre che per mantenersi in forma e anche scaricare lo stress lavorativo R. fa molta attività fisica: nuoto, jogging e palestra sia nei weekend che durante la settimana (es. nella pause pranzo). Quando viene evidenziato che queste attività si aggiungono ad una agenda già così fitta di impegni, R. sottolinea che non vi può rinunciare perché almeno così riesce a “sfogarsi”.

Chiedendo a R. di modificare il suo stile di vita ed in particolare il suo carico lavorativo emergono anche le scarse capacità assertive della paziente: scontrandosi con i colleghi e discutendo con loro si sente spesso in difficoltà, non sa difendere se stessa e i suoi punti di vista e finisce per cedere alle richieste esterne o a diventare particolarmente aggressiva. Viene intrapreso quindi un lavoro terapeutico di training all'assertività per aiutare R. nella gestione dello stress. Inoltre viene proposto a R. di diminuire sensibilmente e gradualmente l'attività fisica (es. mezz'ora di nuoto anziché la solita ora, ora e mezza).

Dopo qualche mese con ritmi meno frenetici R. riferisce di sentirsi meno stanca e un po' più rilassata, tuttavia lamenta ancora i frequenti mal di pancia ed emicranie. A questo punto alla paziente è stato illustrato il legame tra vissuti emotivi e attivazione fisiologica: ogni emozione, anche se possiamo non esserne consapevoli, comporta una attivazione di determinati organi fisiologici, attraverso il Sistema Nervoso autonomo. Emerge in questa fase del lavoro terapeutico che R. ha sviluppato una sorta di ossessione nei confronti delle sue sommatizzazioni: “Di cosa soffrirò oggi? Avrò mal di testa? Avrò mal di pancia? Riuscirò a portare a termine tutte le cose che devo fare oggi? O dovrò come al solito correre a casa e chiudermi in camera affinché i dolori passino?” Questa aspettativa costante dei dolori crea un circolo vizioso perché mette R. in uno stato di tensione che naturalmente favorisce la comparsa e il persistere dei sintomi. Viene spiegato alla paziente questo meccanismo di “attenzione e percezione selettiva” dei segnali inviati dal corpo e

affrontato con specifiche tecniche cognitivo-comportamentali (distrazione, spostamento dell'attenzione, rilassamento progressivo etc..)

Questo lavoro si sviluppa in una ristrutturazione cognitiva più ampia, che riguarda anche gli atteggiamenti perfezionistici, la scarsa accettazione di se e del proprio corpo, la rigidità nei confronti di se stessa.

Infine, dopo circa un anno di lavoro terapeutico, in cui sono stati rielaborati gli episodi più significativi della vita della paziente, è emerso un abuso subito durante l'infanzia, che sembra essere all'origine della sua sofferenza. R. riferisce di essere stata molestata dal fidanzato della sorella maggiore quando aveva 8 anni (la sorella è più grande di dieci anni). R. ricorda di aver raccontato in lacrime l'episodio sia alla madre che alla sorella, che però non le hanno creduto e hanno cercato di minimizzare l'accaduto. Da allora i rapporti in famiglia si sono gradualmente deteriorati e, anche se non sono mai giunte discussioni o rotture definitive, R. si è sempre più chiusa in se stessa e allontanata dal resto della famiglia. R. riferisce di non aver mai detto a nessuno di questo episodio, nemmeno al fidanzato, e non intende farlo. Viene discusso con R. il dato clinico documentato in letteratura secondo cui la maggior parte di persone che hanno sviluppato in età adulta somatizzazioni e in particolare disturbi a carico dell'apparato gastrointestinale, riportano una storia di abusi subiti nell'infanzia.

R. riferisce di sentirsi più serena con se stessa e di aver capito molte cose grazie al percorso terapeutico. Si concorda quindi di interrompere la terapia anche in vista dell'imminente matrimonio e degli impegni ad esso connessi. Dopo circa sei mesi, ad una visita di follow-up. R. comunica di non avere più avuto episodi di "mal di pancia", e che il solo problema della sua pancia ora è che comincerà a crescere in seguito a una desiderata gravidanza.

Bibliografia:

- Fava GA, Mangelli L, Ruini C. Assessment of psychological distress in the setting of medical disease. *Psychother Psychosom.* 2001;70(4):171-5
- Hertig VL, Cain KC, Jarrett ME, Burr RL, Heitkemper MM Daily stress and gastrointestinal symptoms in women with irritable bowel syndrome. *Nurs Res.* 2007;56(6):399-406.
- Porcelli P, Todarello O. Psychological factors affecting functional gastrointestinal disorders. *Adv Psychosom Med.* 2007;28:34-56.
- Romans S, Belaise C, Martin J, Morris E, Raffi A. Childhood abuse and later medical disorders in women. An epidemiological study. *Psychother Psychosom.* 2002;71(3):141-50
- Romans S, Cohen M. Unexplained and underpowered: the relationship between psychosomatic disorders and interpersonal abuse -- a critical review. *Harv Rev Psychiatry.* 2008;16(1):35-54.
- Ross CA. Childhood sexual abuse and psychosomatic symptoms in irritable bowel syndrome. *J Child Sex Abus.* 2005;14(1):27-38
- Walker EA, Katon WJ, Roy-Byrne PP, Jemelka RP, Russo J. Histories of sexual victimization in patients with irritable bowel syndrome or inflammatory bowel disease. *Am J Psychiatry.* 1993;150(10):1502-6.