

Dal *Trattato di ostetricia-ginecologia psicosomatica*

APPROCCIO PSICOSOMATICO IN OSTETRICIA GINECOLOGIA

Specificità dell'approccio psicosomatico di S. Mimoun

La ginecologia si occupa della pelvi, del perineo e dei seni, cioè di ambiti in cui la tonalità affettiva, sessuale ed emotiva sono in primo piano. La ginecologia verte anche sui temi della vita, della sessualità, della morte, della generazione, che la psicanalisi ha insegnato costitutivi della psiche umana. Si tratta cioè di un terreno privilegiato per l'approccio psicosomatico.

La psicosomatica lascia raramente il medico indifferente: lo spaventa o lo attira; alcuni vogliono vederne solo l'aspetto di incertezza, la non obiettività e la respingono in blocco; altri sono affascinati dal mistero che circonda la psiche e sperano, "venendo a contatto" con la psicosomatica, di accedere a dei poteri quasi magici; sono attirati dalla chimera dell'onnipotenza. E' infine abbastanza frequente incontrare dei colleghi che pensano che ogni medico sia in realtà uno specialista di psicosomatica a sua insaputa e che basti essere capaci di un po' di "ascolto" per essere un medico "psicologo".

La psicosomatica non è una nuova specialità medica. Se la si considerasse tale, il suo ambito sarebbe definito da nozioni specifiche ad esclusione di altre.

"Rinchiudere" la psicosomatica entro dei limiti molto stretti consente di presentare una concezione semplice e rassicurante dei rapporti corpo-mente ma falsata, in quanto fondata su un sistema di relazioni lineari e a senso unico. L'approccio psicosomatico in ginecologia è una tendenza, un orientamento, un modo di essere, una modalità di lavoro che cerca di comprendere la ginecologia nella sua globalità. Quando una paziente si presenta con un problema ginecologico, si mescolano tra loro elementi che si riferiscono alla sua storia (infanzia, vita professionale, coniugale e sessuale, lutti, rapporti coi figli ecc.) con i dati che dell'anamnesi che il medico è solito ricercare. Prendere in considerazione la "GINECOLOGIA PSICOSOMATICA" significa sforzarsi di superare la distinzione tra organico e psichico. L'ambito degli scambi corpo-mente fa sempre parte dell'ambito psicosomatico, tanto più che queste influenze reciproche possono formare un circolo chiuso in cui lo stato psicologico del malato influenza a sua volta il decorso della malattia.

1. Unità soma-psiche

Secondo Serge Bonfil, l'uomo è costituito di tre elementi: soma, psiche e le interferenze soma-psiche. Per noi, la psicosomatica è l'unità permanente e in continua produzione delle interazioni mente-corpo. La maggioranza degli autori ammette oggi che non ci sono malati né malattie psicosomatiche, ma un approccio psicosomatico, cioè un atteggiamento, un ascolto, un modo di lavorare "psicosomatico". L'esame clinico può aiutare la paziente a diventare "soggetto" della sua domanda, cioè a esprimere a suo nome le sue difficoltà anziché parlare del proprio corpo e della propria malattia come di un "oggetto" esterno. In ambito ginecologico, con questo approccio psicosomatico, possiamo incontrare pazienti che presentano qualunque disturbo ginecologico, indipendentemente dalla specificità del sintomo. Questo approccio è poi particolarmente utile quando i disturbi tendono a diventare cronici o quando sono associati a un vissuto ansioso e/o depressivo, a meno che quest'ultimo non sia indotto proprio da tali disturbi. L'approccio psicosomatico si fonda sulla relazione medico-malato ed è in grado di influenzare il decorso della malattia e il suo trattamento.

Prendere in considerazione il sintomo

Le pazienti ginecologiche sono generalmente preoccupate dal loro sintomo somatico; ed è proprio partendo dal sintomo che la relazione medico-paziente può prendere l'avvio, ma bisogna essere consapevoli che talvolta la domanda reale del malato non coincide necessariamente con il sintomo che presenta.

La patologia emotiva, accanto a quella organica, ha spesso delle ripercussioni sulla vita femminile che possono manifestarsi con un'alterazione del ciclo e delle mestruazioni o con crisi di spasmofilia, di angoscia, di dolore, ecc. E' importante cominciare a vedere questi disturbi come conflitti che toccano la paziente o che hanno un senso per essa. Così, ai fini della terapia della paziente, è importante utilizzare terapie mediche specifiche senza chiudere la porta a quanto cerca di esprimersi emotivamente.

La diagnosi eziologica resta essenziale nella gestione psicosomatica, sia che si tratti, per esempio, di una endometriosi occulta e/o di un profondo conflitto psicologico. Non si tratta, certo, di etichettare le pazienti emotivamente fragili o quelle con una vita piena di conflitti sepolti per separarle dalle "vere" malate organiche, per affidarle a specialisti che operano fuori dall'ambito medico. Queste pazienti hanno bisogno di tutte le risorse della medicina senza mai dimenticare l'importanza della parola. E' attraverso la relazione che si stabilisce tra il medico e la malata che l'articolazione tra la soggettività espressa dalla paziente e l'oggettività espressa dal medico potrà realizzarsi, vale a dire che, malgrado la sua ricerca di segni oggettivi che lo aiutino a fare la diagnosi, il medico non si barricherà dietro a tale ricerca. Egli deve cercare di essere all'unisono con la soggettività della paziente, di comprendere in che misura le sue parole e i suoi atti non ostacolano ciò che la paziente cerca di esprimere: lo scopo è evitare il dialogo tra sordi o l'instaurarsi di una relazione illusoria fondata sull'aspetto magico e la suggestione.

Storia della malata

La storia della malata, ciò che essa dice, pensa, sente in quanto persona, in quanto soggetto, sono essenziali tanto quanto ciò che viene messo in luce dall'esame medico. Il medico preparato all'approccio psicosomatico cerca di prendere in considerazione il corpo, quale viene definito dalla medicina e al tempo stesso il corpo, quale viene vissuto e espresso dalla malata. "Anche se ascoltare ciò che dice la paziente richiede un atteggiamento mentale ben diverso da quello che esige l'esame strettamente limitato di un organo, questo modo di fare non si contrappone affatto alla medicina scientifica"; al contrario, ne è un logico prolungamento e esprime lo stesso interesse alla comprensione dei fenomeni, anche se è meno attaccato a una spiegazione causale diretta.

L'ottica psicosomatica getta quindi una nuova luce sulla malattia, tanto per i medici quanto per i pazienti. Lo "spirito" psicosomatico ci sembra auspicabile in ogni medico a cui stia a cuore curare l'essere umano che gli sta di fronte. In questo modo, si potrà forse dire, con Lucien Israel, che la psicosomatica, che è stata in parte asfissata dall'inflazione teorica che ha suscitato, ritroverà la sua funzione inventiva.

Si scoprirà così che ogni atto medico dovrebbe comportare "coscientemente" una modalità di relazione col malato che sia psicoterapeutica. "In questo coscientemente sta tutta la differenza tra l'aspetto che si vuole scientifico e l'aspetto magico."

2. Incontro medico-malato

Qualunque siano le teorie che sottendono l'approccio psicosomatico, il denominatore comune a tutti i vari metodi e il motore del possibile cambiamento è sempre il "colloquio individuale" tra malato e medico.

Sembrerebbe evidente dire che un paziente, con un disturbo cronico che ha resistito a tutte le terapie, forse si aspetti di ricevere in cambio della sua sofferenza qualcosa di diverso da una nuova ricetta. Tuttavia spesso succede che, più o meno coscientemente, il medico si protegga dietro richieste di esami o atti tecnici e, quindi se non fa attenzione, metta della distanza tra sé e il malato.

Bisogna essere coscienti d'altra parte che l'assioma maggiore di ogni insegnamento medico è non passare a lato di una malattia organica.

La tappa diagnostica, utile e capitale in medicina, attraverso la ricerca dei segni oggettivi e la valutazione degli esami è essenziale, ma ciò non vuol dire che ci si debba limitare a questo stadio.

Quando tutti gli esami clinici e paraclinici sono negativi, si evoca frequentemente la malattia immaginaria. Si dice allora al malato che non ha "niente", cioè che non ha niente di visibile a livello dell'insieme degli organi che costituiscono il suo corpo, a torto considerato come la totalità del suo essere.

Nell'incontro medico-malato invece, si può aprire la strada a un dialogo tra lamento e sapere e piano piano, attraverso il racconto spontaneo, le risposte alle domande, l'inchiesta familiare e le informazioni sullo stato civile, emerge una persona.

A partire dalla mimica dell'interlocutore, diventa possibile dare un'interpretazione delle frasi e dei silenzi, che va ben al di là delle parole pronunciate.

Ricchezza della soggettività

L'organismo umano è dotato di una vita mentale che è parte integrante della persona che si presenta alla visita medica. Lamentare un disturbo, soprattutto quando è ricorrente, può essere una sofferenza fisica, ma talvolta non fa che manifestare un mal-essere esistenziale o relazionale. Se ci si limita all'aspetto razionale, logico, a un modo di pensare di tipo cartesiano, si polarizza la tecnica medica sul corpo del paziente e si elimina tutto ciò che appartiene all'ambito del soggettivo.

Quando un malato "offre" al curante la lista dei suoi sintomi, non sempre viene espressa la domanda reale alla base della visita, non sempre compare il vero motivo della sofferenza. Anche se il paziente è cosciente del motivo reale della sua sofferenza, non sempre osa dirlo né esprimere che ha bisogno innanzitutto di essere rassicurato, sollevato dai suoi dubbi, di essere aiutato nei conflitti con le persone o l'ambiente che lo circondano. Per lui e per gli altri (medico compreso) è più accettabile avere una malattia: gli permette di parlare più facilmente delle sue preoccupazioni o delle sue angosce. In questi casi la scelta del sintomo conta poco, tutti possono "fare al caso", ciò che conta è che dietro a quest'offerta di un sintomo, la parola possa essere ritrovata dal medico e possa esprimersi nuovamente.

Come individuare il vero motivo del lamento del paziente

Non ci sono ricette; ogni paziente è un soggetto unico e questa è anche la ricchezza e l'interesse della relazione medico-malato. Con l'esperienza, un certo numero di situazioni possono essere riconosciute e gestite più facilmente. ma non si tratta mai di reazioni automatiche né obbligatorie. Quando si è instaurata la relazione medico-malato, il medico stesso assume il valore di un farmaco (Balint) e agisce in quanto tale. E' un farmaco duttile e stabile ma spesso difficile da regolare. In effetti, le parole del medico possono guarire o rendere malati: se il medico tenta con impazienza di spingere il malato a parlare, generalmente ottiene solo un irrigidimento della posizione di difesa. Ci sono discorsi che non dicono niente e silenzi che "la dicono lunga". Il comportamento del paziente può variare anche in funzione dell'atteggiamento del medico. E' una relazione a due.

Nella relazione medico-malato, ciò che esprime maggiormente la personalità del medico è il modo di condurre l'anamnesi. Quando l'interrogatorio si riduce all'uso sistematico di una serie di domande senza che vi siano mai deviazioni né commenti, non rimane molto spazio per la parola spontanea del malato e perché la sua domanda possa esprimersi "al di fuori del sintomo".

Ciò è ancor più vero quando il medico è impaziente o sicuro di quello che deve fare davanti a un certo sintomo, non aspetta neanche le risposte e le dà lui stesso. In questo caso la parola del soggetto non ha nessuno spazio e il malato può persino rimanere "paralizzato".

Uno spazio necessario

Anche se certi sintomi sono patognomonici, se non si lascia al paziente uno spazio di espressione, questi può sentirsi schiacciato, soffocato, aggredito e in questo modo l'intervento terapeutico, anche se è giustificato, rischia di fallire. Sappiamo che non sempre i pazienti desiderano e non sempre sono pronti a prendere lo spazio di parola che viene loro offerto. Ci sembra comunque importante essere attenti a ciò che essi cercano di esprimere. Il ruolo del medico è quello di occuparsi del corpo dei pazienti; se ha un buon possesso della metodologia clinica ne curerà parecchi, ma se "si apre" alla percezione dei fenomeni relazionali, ciò rinforzerà sicuramente il metodo clinico e l'approccio terapeutico. La consapevolezza delle manifestazioni psicologiche che caratterizzano il paziente può essere un ulteriore elemento positivo da aggiungere al bagaglio diagnostico e terapeutico del medico.

E' vero che questa apertura mette il medico a contatto con la propria vita emotiva. In effetti, le sue reazioni di fronte

alla nascita, alla nudità, al dolore, alla sessualità possono venire di volta in volta provocate, riattivate e "messe in luce".

Il transfert in medicina

Sulla scia dei lavori di Michael Balint, sappiamo a che punto le problematiche preconsce o inconscie dei medici possono costituire un freno alla comprensione della storia dei malati. La consapevolezza di queste problematiche è necessaria, se il medico vuole avere la possibilità di utilizzare il *transfert* che il paziente proietta su di lui. Tale *transfert* è in effetti il vero e proprio motore del cambiamento della sofferenza del paziente. Ci sono certe differenze notevoli tra il *transfert medico* e il *transfert* psicoterapeutico. La parola *transfert* è un termine psicanalitico che designa la relazione forte e fantasmatica che va dall'analizzante verso l'analista. La particolarità del *transfert* in psicoterapia è che quanto viene proiettato fantasmaticamente, immaginariamente sullo psicoterapeuta può e deve essere analizzato e interpretato. Nella relazione medico-malato quest'analisi e quest'interpretazione sono difficili da realizzarsi, perché è difficile mobilitare nello stesso tempo il fantasma psicoterapico e la realtà medica. Il *transfert* rimane spesso piuttosto oscuro per la paziente. Tuttavia, col passare del tempo e con il ripetersi delle visite, un certo chiarimento può essere possibile e può consentire di "mobilitare" la paziente. Certe volte, però, il *transfert* è immediato e non dipende dalla relazione di fiducia medico-malato. Esso pone persino qualche problema quando passa inosservato non solo per la paziente ma anche per il medico. E' spesso grazie a questo tipo di *transfert* che si verificano certe guarigioni magiche. Come ha sottolineato L. Israel si tratta in realtà dello stesso fenomeno del colpo di fulmine. Il malato viene con una certa richiesta e trova nel medico qualcosa che gli rievoca (inconsiamente) qualcuno o una situazione passata. Questa rievocazione può basarsi semplicemente su un gesto, un odore, un nome ecc., e questo basta perché il malato investa subito il medico di questo *transfert* immediato e fragile. Il medico diventa nella realtà ciò che il malato "aspettava" e questo immaginario può bastare a far sparire rapidamente e magicamente il sintomo. Purtroppo queste "guarigioni" rischiano talvolta di essere fugaci e incomprensibili tanto per il medico che per il malato. Infatti il *transfert* inconscio per il malato (e per il medico) può venir meno molto velocemente, soprattutto quando a un primo sintomo guarito ne succede un altro più resistente. Il malato non capirà perché il medico non "voglia" più guarirlo come la prima volta. Comincia il "malinteso", e perfino l'assillo, del malato nei confronti del medico. Questo fatto evidenzia quanto sia importante capire la posta in gioco nella relazione medico-malato, consciamente da una parte e, per quanto è possibile, inconsiamente dall'altra parte, perché ci si possa servire vantaggiosamente di ciò che avviene tra malato e medico.

L'incontro psicologico medico-malato non è un umanesimo ideale, ma una realtà, una necessità pratica tanto più essenziale in quanto l'ipertecnicismo della medicina attuale induce una spersonalizzazione del rapporto medico-malato. Il compito del medico consiste nel guarire il malato e non la malattia, donde la necessità di andare oltre a quello che potrebbe essere buon senso e belle parole per arricchire il suo bagaglio professionale di solide conoscenze psicologiche che dovrebbero di fatto diventare parte integrante della personalità del medico.

3. Il disturbo funzionale

La clinica ginecologica di tutti i giorni è piena di disturbi cosiddetti funzionali. Le pazienti che accusano questo tipo di disturbi sono sbalottate tra diversi medici organici che cercano disperatamente di circoscrivere la loro malattia. Se non si trova "niente", esse sono allora respinte o mandate, senza alcuna preparazione, dallo psicoterapeuta o perfino dallo psichiatra, a volte dopo essere state definite pazienti funzionali o anche isteriche. Da parte sua lo psichiatra riceve una paziente che non chiede niente se non un sollievo ai suoi sintomi fisici e che non accetta che non si creda al suo disturbo o che la si prenda per "pazza". Da parte sua, lo psichiatra non è sempre pronto o preparato a ricevere questo tipo di paziente.

Per queste pazienti, la formazione e l'esperienza nell'approccio psicosomatico in ginecologia ci sembra utile e specifico.

Ruoli del medico

Si può essere psichiatri, psicologi, psicoterapeuti di formazione psicanalitica o no: quello che conta è affrontare il disturbo psicosomatico. Quanto al ginecologo formato all'approccio psicosomatico, ci sembra che egli abbia un posto privilegiato in quanto si colloca in campo somatico per la sua funzione di medico e, per la sua formazione, dispone di una capacità di sostegno nel senso della *holding* di Winnicott. Così la paziente può recuperare un equilibrio fisico nel corso della terapia medica e un equilibrio psichico nel corso della relazione medico-paziente. Questo tipo di presa in carico può darsi solo degli obiettivi modesti, benché importantissimi, a breve termine, aiutando la paziente a sdrammatizzare la situazione, a ridurre le sue angosce e a sentirsi meno sopraffatta dalla malattia. Questa "psicoterapia" informale ascolta la domanda che si colloca spesso tra il corpo e le emozioni, all'incrocio tra la realtà e l'immaginario. Questa presa in carico permette alla paziente di passare, di visita in visita, dal sintomo funzionale alla parola strutturante e, quando la sofferenza ridiventa tollerabile, la malata preferisce talvolta fermarsi lì per cicatrizzare piuttosto che spingersi oltre nell'introspezione.

D'altronde, il ginecologo psicosomatico ha qui un ruolo di accompagnatore: ha la possibilità di informare, di consigliare, di decidere contrariamente allo psicoterapeuta-psicanalista. Può dunque, come ogni medico, avere un'azione "orizzontale", ma anche andare in "profondità" se ha ben chiari i limiti da rispettare, dove il rischio, è quello di cadere nell'onnipotenza. Il ruolo del ginecologo psicosomatico si limita a volte ad aiutare la malata a cambiare il registro del suo lamento e a permetterle di accedere a una domanda di psicoterapia più introspettiva, che spesso ha bisogno di essere preparata.

Abbiamo capito che la malattia della relazione che si esprime attraverso una sofferenza fisica - come Michel Sapiro definisce il disturbo funzionale - può trarre vantaggio dall'approccio psicosomatico in ginecologia. La paziente funzionale richiede implicitamente che venga riconosciuta la verità della sua sofferenza così come il suo desiderio e la sua paura del cambiamento; nel disturbo funzionale bisogna considerare non soltanto l'organo incriminato, ma anche le parole che vengono dette - parole che cambiano in funzione di chi ascolta. Pensiamo che il paziente funzionale voglia stare meglio, senza dover pagare troppo caro il cambiamento (sul piano dell'energia psichica). E' quindi importante seguire

i ritmi della paziente.

Una posizione specifica

Pensiamo che il ginecologo formato alla "relazione" abbia un posto privilegiato per le pazienti funzionali, sia rispetto al medico somatico "puro e duro" che vuole credere solo alle lesioni che vede, sia rispetto allo psicoterapeuta, per il quale il sintomo non è che un albero che nasconde una foresta. Accanto alla cura sintomatica attraverso le risorse della medicina attuale, sembra possibile analizzare gli scambi verbali e infraverbali attuando una giusta distanza terapeutica: impietosirsi o piangere con la paziente non le sarà di aiuto, poiché il medico divenuto complice o amico è sprovvisto di potere terapeutico. In compenso, l'indifferenza o la fredda tecnica, foss'anche psicologica, non è mai stata di sostegno a chi chiede di essere riconosciuto nella sua sofferenza.

Con la relazione medico-malato, con lo strumento della prescrizione dei farmaci, la paziente può essere anche aiutata a superare una fase difficile e, se la domanda nevrotica persiste, può essere aiutata a chiarirla.

L'esistenza stessa del dialogo offre al medico e al paziente delle possibilità supplementari:

- riuscire a ridurre le angosce del paziente offrendogli delle possibilità di esprimersi secondo la sua sensibilità;
- permettergli di raggiungere un optimum di qualità di vita orientandolo e sostenendolo nell'adeguarsi alle sue condizioni fisiche;
- autorizzarlo a servirsi del medico stesso come agente terapeutico (il che non si riconduce unicamente a un effetto placebo) grazie a un atteggiamento di ascolto e di comprensione;
- far sì che il paziente aderisca alla terapia e la segua;
- esplorare il vissuto dei fattori eziologici ambientali del paziente per determinare quelli su cui è possibile agire.