

Guarire con le parole: il dolore “senza causa”

LEOPOLDO PERATONER

UO di Pediatria, Azienda Ospedaliera “S. Maria degli Angeli”, Pordenone

La fibromialgia, la sindrome tensione-stanchezza, le cefalee, i dolori addominali ricorrenti sono disturbi che non guariscono mai, o che guariscono da soli, curati dalla vita. Il pediatra è parte della vita che cura (o aggrava) questi disturbi. La terapia cognitiva fa parte del bagaglio occulto di ogni buon medico.

L'International Association for study of pain, nel 1993, dava una definizione del dolore di questo tipo: «esperienza sensitiva ed emozionale spiacevole associata a un danno tessutale in atto o potenziale, o in questo modo descritto». Definizione del tutto accettabile e che porta soprattutto a galla la complessità della cosa di cui stiamo parlando.

È vero che il dolore è uno dei sintomi che tutti, più o meno, sperimentiamo ogni giorno. Ovvietà, però... Se ci pensiamo bene, sappiamo anche che si tratta di uno dei principali meccanismi di difesa a nostra disposizione, con un lato quindi positivo, anche se non ben percepito e pensato nel momento in cui ci capita.

Il passaggio dal dolore come evento positivo, un “bene” usando categorie morali (anche se solo utilitaristiche), al dolore come evento negativo, cioè “male”, è spesso sfumato, variamente interpretato, con molta soggettività al suo interno. Gran parte di questa variabilità è legata alla nostra percezione del dolore stesso. E questa è inevitabilmente la componente fondamentale nel condizionare la nostra sopportabilità, o meno, del sintomo. Uno stesso stimolo nocicettivo può provocare grande sofferenza, anche prima che sia avvenuta la lesione tessutale che ne co-

TREATING WITH WORDS: THE PAIN WITH NO APPARENT CAUSE

(Medico e Bambino 2003;22:657-662)

Key words

Non organic pain, Cognitive-behavioral psychotherapy

Summary

The Author offers an overview of the problem of pain with no apparent cause in children and adolescents. Two such cases, the first of fibromyalgia and the second of headache, are reported. In such cases the quality of the communication with the family and the patient is crucial and treatment is based on a cognitive-behavioural approach.

stituisce la causa e la partenza, o in altri casi essere sopportato perché percepito come tollerabile appunto, in persone diverse o anche nella stessa persona, in situazioni psichiche e contestuali diverse.

La percezione del dolore non è più un fatto oscuro (come è sempre stato considerato quanto riguarda la psiche), ma, come tutte le manifestazioni cliniche (fisiologiche o patologiche), è spiegato da meccanismi (fisiopatologici appunto) molto concreti: le sostanze chimiche, i cosiddetti “mediatori”, buona parte dei quali ci sono ben noti, le vie di trasmissione neurologica, i meccanismi di modulazione. Ma non è di questo aspetto che parlerò, altri l'hanno trattato con molta più cognizione di causa della mia^{1,2}. Il compito che ho è quello di dare alcune indicazioni utiliz-

zabili possibilmente nella nostra pratica quotidiana di pediatri, e questo cercherò di fare.

IL DOLORE SENZA CAUSA

Ovviamente non esiste dolore senza causa, ma si tratta di intendersi su questo significato: parliamo di quando non ci sono manifestazioni obiettive, come possono essere tumefazioni, masse, anamnesi di trauma, altri sintomi di accompagnamento come febbre o altro; ma anche in questi casi i sintomi stessi possono essere rilevati senza che esista un substrato organico di tipo infettivo, infiammatorio o neoplastico. E sappiamo, per contro, che ci sono alcune di queste patologie organiche che, almeno in una fase iniziale, posso-

no dare come unico sintomo un dolore. E qui le cose si fanno complesse e intriganti.

Il chiamare “psicosomatiche” queste manifestazioni, se siano sintomi o malattia poco importa, è un modo di banalizzare in qualche maniera il problema, ben sapendo che in tutta la patologia l'interazione tra soma e psiche è inevitabilmente presente, con una predominanza dell'uno o dell'altra a seconda dei casi.

Ancora è molto comune l'atteggiamento caratterizzato dal considerare il bambino con un dolore non obiettivabile un poco di buono, da smascherare e da dimettere dalle nostre cure («ai miei tempi una buona dose di sculacciate avrebbe risolto il problema...»). Quello che mi preme sottolineare è che deve essere diverso l'atteggiamento di fondo di fronte al bambino, come all'adulto del resto, sofferente per una sintomatologia dolorosa; questo possiede una sua dignità clinica, che necessita di un approccio prima diagnostico (non fidarsi del tutto del nostro intuito nell'escludere patologie organiche) e poi terapeutico.

Ma forse proprio questo, secondo per la maggior parte di noi, è il punto dolente: non siamo preparati ad affrontare, per curarli, questi bambini, e siamo quasi sempre pronti a delegare il problema ad altri (la richiesta di visita psicologica...); senza contare che nella maggior parte dei casi questo approccio richiede tempo e attitudini che non fanno tradizionalmente parte del nostro mestiere. Riprenderò successivamente questo tema.

Mi limiterò a esemplificare due tipi di sindrome dolorosa; una perché relativamente nuova, almeno per noi pediatri, la fibromialgia, l'altra perché molto comune nei nostri ambulatori, la cefalea.

LA FIBROMIALGIA

In questo campo ritroviamo una situazione abbastanza paradigmatica, che sembra in questi ultimi anni un po' di moda, la fibromialgia: nell'adulto è oggetto di numerosissime pubblicazioni, mentre è ancora un po' sconosciuta nell'ambito pediatrico.

Si tratta di un quadro clinico ora ben definito, che non risparmia l'età pediatrica, anche se probabilmente c'è ancora un po' di inerzia a farla entrare nel nostro pensare clinico. Tutti abbiamo avuto a che fare con qualche bambino di questo tipo, ma li abbiamo verosimilmente classificati sotto nomi diversi, sindrome tensione-fatica, sindrome somatoforme, dolori senza causa, appunto.

È una situazione clinica abbastanza frequente anche nell'età evolutiva, mostrando secondo alcuni Autori una prevalenza fino al 6%^{3,4}, anche se questo non è certamente in linea con la nostra esperienza; probabilmente la differenza è dovuta al nostro considerare tuttora abbastanza comune che qualche piccolo dolore faccia parte della normalità, mentre in società più sensibili, o più edonistiche, della nostra tutto questo viene considerato un problema medico. L'adolescenza è il periodo più a rischio per la sua insorgenza, ma in una minoranza dei casi insorgono prima, quasi sempre tuttavia dopo i 7 anni.

È caratterizzata da dolori muscoloscheletrici in diverse sedi, spontanei o provocati dalla pressione in punti abbastanza tipici, che sono poi punti di inserzioni tendinee. Oltre al dolore, necessario per la diagnosi, anche nell'età pediatrica sono stati segnalati altri sintomi di accompagnamento, come parestesie, gonfiore alle mani, stanchezza, alterazioni dell'umore e disturbi del sonno; come del resto altre sedi di dolore: cefalea con o senza vertigine (rilevato nel 50% dei casi), meno frequentemente dolori addominali e toracici.

Risulta evidente da questi sintomi una certa sovrapposizione con quadri clinici che fanno già parte delle nostre conoscenze: i quadri di depressione e la sindrome da affaticamento cronico o sindrome tensione-fatica. Certamente tutto questo fa parte della grande famiglia dei disturbi somatoformi. Studi sociologici⁵ riportano in questi bambini una maggior frequenza di problemi psico-sociali, problemi di rendimento e di frequenza a scuola, come un uso nettamente più elevato dei servizi sanitari.

Fattori predisponenti noti sono l'iperlassità legamentosa costituzionale (rilevabile nel 60% dei casi), il sesso

femminile e probabilmente anche l'atopia. Alcuni considerano tra questi fattori anche la bassa soglia e lo scarso adattamento al dolore, ma mi sembra ovvio che questa è quasi una tautologia, tenendo anche conto di quanto ho detto all'inizio. La stessa considerazione vale anche per alcuni fattori predisponenti estrinseci riportati, come il modello genitoriale per il dolore e l'aver subito precedenti esperienze dolorose o di abuso.

Va da sé che non ci sono marker biologici “semplici” di questa situazione clinica: il ricercare indici di flogosi, una carenza marziale o gli indicatori di autoimmunità servirà solo a rafforzarsi (quando siano normali) nella convinzione che di questa sindrome si tratti.

Ci sono infine dati per avere un atteggiamento abbastanza ottimistico nei confronti di questa situazione quando si manifesta nell'età evolutiva: indipendentemente dal tipo di approccio terapeutico il 73% dei bambini all'uscita dall'età adolescenziale saranno “guariti”⁶. Questo fatto va naturalmente utilizzato ed enfatizzato nel momento terapeutico. L'approccio più indicato da chi si è occupato a fondo dell'argomento, o almeno quello più numerosamente citato nella letteratura degli ultimi anni, è quello cognitivo-comportamentale, di cui accennerò poi.

LA CEFALEA

Quando non fa parte del quadro precedente o per lo meno non è associata ad altri sintomi di possibile natura funzionale (dolori addominali o muscoloscheletrici, disturbi del sonno ecc.), diventa un sintomo per il quale il nostro primo dovere è quello di escludere con la maggior certezza possibile una sua origine organica. Mi riferisco, in particolare, al rischio che questo sia il primo sintomo di una neoplasia endocranica.

Per questo possiamo basarci su una serie di sintomi di allarme, riportati nella *Tabella I*.

La presenza di almeno uno di questi sintomi o segni, soprattutto quelli più “forti”, fa salire il rischio di tumore dallo 0,01% (rischio per una cefalea iso-

lata) allo 0,4%; se poi si aggiunge più di un segno sospetto o la presenza di qualche alterazione dell'obiettività neurologica, il rischio è 10 volte più elevato⁷. In quest'ultimo caso è d'obbligo l'esecuzione di accertamenti neuroradiologici, RMN, se possibile in prima battuta. Invece questi vanno risparmiati nella prima situazione (la cefalea isolata e con obiettività neurologica negativa), soprattutto se questa non è ingravesciente e persiste da almeno 6 mesi. Nei casi intermedi, o quando la cefalea sia di recente insorgenza, può essere di qualche aiuto l'esecuzione di una visita oculistica, che in ogni caso non bisogna dimenticare di fare, anche se la sua sensibilità non è elevata: il fundus è alterato se il tumore provoca una ipertensione endocranica, ma la sua normalità di per sé non esclude l'ipotesi neoplastica.

Ancora, prima di definire come "funzionale" una cefalea bisogna pensare, e possibilmente escludere altre cause di questo sintomo: le cefalee secondarie di origine oculare (più nell'adulto che nel bambino), dentaria, infettiva (a varia localizzazione, dai seni paranasali alle meningi e alle strutture ossee).

Fatto questo, entriamo nel campo delle cefalee primarie, siano definibili come emicraniche o meno. Non voglio addentrarmi nella trattazione di questo argomento, ma mi limito a notare ancora una volta come i limiti tra organico e funzionale siano assolutamente labili: la differenziazione tra emicrania = malattia organica (perché c'è un'alterazione vasomotoria) e cefalea muscolo-tensiva = malattia funzionale o psichica è spesso difficile. Talvolta i quadri si sovrappongono; ma soprattutto in tutti e due è sempre presente una componente psico-emotiva e contemporaneamente... c'è qualcosa di concreto, chimicamente e anatomicamente palpabile (serotonina, dopamina, gioco di vasocostrizione, ischemia e poi vasodilatazione), se valesse la pena di andare a cercarlo.

Entrambe le situazioni cliniche rientrano a buona ragione nel nostro argomento, i dolori senza causa.

Nel bambino oltretutto alcune delle caratteristiche che fanno la differenza spesso mancano: l'aura, l'andamento a

ELEMENTI CLINICI SOSPETTI PER ORGANICITÀ NEI BAMBINI CON CEFALEA

Segni e sintomi "forti"

- Ingravescenza delle crisi (per frequenza e intensità)
- Vomito mattutino
- Dolore prevalente al mattino o presente anche di notte
- Sede occipitale del dolore
- Sede costante del dolore
- Anormalità dell'obiettività neurologica e/o oculistica
- Recente cambiamento di umore

Segni e sintomi meno "forti"

- Inefficacia dei farmaci
- Assenza di familiarità per emicrania
- Anamnesi negativa per altri disturbi "funzionali"
- Età inferiore ai 5 anni
- Accentuazione del dolore col cambio di posizione

Tabella 1

IL MAL DI TESTA DI LORENA

Lorena ha 14 anni. Da quasi 2 anni (grosso modo nel periodo del menarca) compare cefalea.

Un mal di testa che definisce "normale", quasi continuo, e con il quale convive senza grande fatica apparentemente (il suo medico l'aveva definito "da tensione").

Ma nell'ultimo anno è comparso, e si è fatto più frequente negli ultimi 3-4 mesi, un mal di testa che definisce "grave", che insorge di colpo, sia a scuola che a casa, che si attenua dopo alcune ore; per scelta (paura del farmaco?) prende raramente qualche antidolorifico, che le viene offerto dalla madre, che pure ha spesso cefalea.

Il curante aveva proposto di mandarla dallo psicologo, ma questo approccio è stato rifiutato dalla ragazza.

Prima visita

- Spiegazione dei meccanismi del dolore (mediatori, soglia di sensibilità, fattori genetici ecc.)
- Invito a non aver paura del farmaco e ad assumerlo all'inizio delle crisi "gravi" spiegandole il perché farlo
- Proposto diario dei sintomi (orario, sede, durata, intensità)
- Proposta di annotare i possibili eventi scatenanti e i farmaci antidolorifici eventualmente assunti

Controllo a 1 e 2 mesi

- Le crisi "gravi" sono in riduzione di frequenza e più sopportabili
- Ha annotato una relazione delle crisi "gravi" con avvenimenti scolastici, con l'aver preso alcuni alimenti (forse), con la mestruazione
- La cefalea "normale" sembra più accettabile di prima, in certi momenti non la sente più

Commento

Mi pare che "viva meglio" i suoi sintomi, sicuramente l'umore, il modo con cui ne parla sono diversi.

Forse perché li conosce meglio?

Forse perché ha scacciato l'idea di essere "un po' fuori"?

Forse è solo che il conoscere meglio questi sintomi, il conoscersi in definitiva, rende più facile la loro accettazione.

grappolo ecc. È poco utile sforzarsi di separare i due quadri clinici, apparentemente molto definiti; come nel caso di Lorena (*vedi box*), dal punto di vista pratico l'approccio terapeutico non farmacologico non è molto diverso.

Vanno in ogni caso cercati possibili fattori scatenanti: stress, fatica fisica, mestruazioni o assunzione di contraccettivi orali e, non da ultimo, l'assunzione di alcuni alimenti possibilmente in gioco, quelli ricchi o liberatori di istamina (principalmente formaggi stagionati, cioccolato, pomodori, cibi con conservanti o coloranti). Questo anche se poi, eccetto che per le eventuali indicazioni dietetiche, le possibilità di modificare questi fattori sono più teoriche che reali.

Anche nei bambini con questa sintomatologia l'approccio non farmacologico più citato in letteratura, almeno negli ultimi anni, è quello cognitivo-comportamentale, di cui dirò qualcosa nei paragrafi successivi.

UN MODELLO INTERPRETATIVO BIO-PSICO-SOCIALE PER IL DOLORE SENZA CAUSA

Un atteggiamento tradizionale nei confronti del bambino con dolore, come già detto, tendeva a negare il sintomo se non si trovava una causa "organica" dello stesso, o per lo meno a inquadralo apertamente come un problema "psic...". Secondo invece questo modello interpretativo, che fa parte di un approccio più umanistico (nel senso anglosassone di "humanities") che tecnico al problema, al centro viene messo il soggetto sofferente da una parte e viene sottolineato dall'altra il ruolo del contesto ambientale, senza perdere peraltro di vista i meccanismi fisiopatologici di trasmissione neurologica del dolore e quelli di inibizione dello stesso. Hamilton⁸ descrive in modo convincente questo sistema di interpretazione per le coliche del lattante legate al reflusso gastro-esofageo (*Figura 1*).

I fattori ambientali in grado di modulare la percezione del dolore sono ben descritti e sintetizzati.

1. La relazione (affettivo-emotiva) tra il bambino e la madre, o in ogni caso con

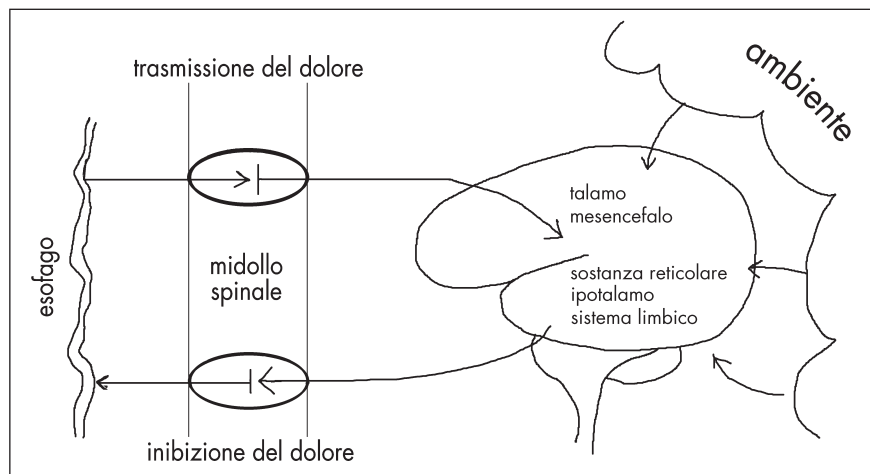


Figura 1. Schematizzazione dell'interpretazione bio-psico-sociale della sensazione dolorosa: l'esempio della "colica" da reflusso gastro-esofageo nel lattante.

chi in quel momento si prende cura del bambino stesso.

2. Il temperamento del bambino, fatto di caratteristiche costituzionali, genetiche, ma anche di equilibri tra stimolazione e inibizione, che in fondo sono gli elementi in grado di condizionare il livello di soglia del dolore stesso.

3. La risposta comportamentale del bambino in relazione al dolore, ovvero la facoltà di memorizzare ripetute esperienze dolorose, accentuando la percezione del dolore (esofageo) rispetto quella del piacere abituale (per esempio la poppata); il dolore "sconosciuto" provoca reazioni di ansia e paura, che si esprimono in pianto inconsolabile, se il bambino non è capace di autoconsolarsi.

4. Il comportamento del caregiver, solitamente la madre, condizionato dalla tolleranza nei confronti del sintomo espresso dal bambino (il pianto); il condizionamento del sintomo dolore è fortemente dipendente dall'atteggiamento di chi se ne occupa, quando lui non riesce a farlo da solo. Il bambino in qualche modo impara dalla madre cosa può fare e la capacità di autoconsolarsi è in relazione con l'intervento materno, che non deve essere troppo intrusivo, ma neppure distratto.

La madre che ha una scarsa tolleranza per il pianto del suo bambino tenderà a considerarlo un bambino "difficile", a cercare a ogni costo una causa organica del sintomo, e questo chiuderà un circolo vizioso di accentuazio-

ne del dolore e diminuzione della tolleranza da parte della madre e poi del bambino stesso. In altre parole tutti questi fattori sono tra loro correlati, e il pianto e la reazione al pianto sono alla fine determinati sia da caratteristiche individuali che culturali.

È ovvio che in questo contesto ambientale non ci sono solo la madre, ma anche le altre persone, parenti e non, che a loro volta, con le loro abitudini e retaggi culturali, contribuiscono a creare un clima in grado di influenzare il comportamento del bambino. E anche di questo si deve tener conto.

L'APPROCCIO TERAPEUTICO COGNITIVO-COMPORTAMENTALE A PORTATA DEL PEDIATRA

La terapia cognitivo-comportamentale⁹⁻¹¹ è qualcosa di ben più complesso e difficile di quanto possiamo, in modo molto "ruspante", mettere in pratica noi pediatri senza una preparazione specifica in queste tecniche: metodologie come il *problem-solving* con il bambino, e ancora di più come l'*ipnosi* o il *biofeed-back*, sono difficilmente alla nostra portata. Ma ci sono alcune cose che invece possiamo facilmente fare, a patto di avere tempo e soprattutto disponibilità mentale per queste cose; e questo non è un problema di attitudine innata, perché penso che tutti noi abbiamo, o possiamo potenziare, questa capacità. Queste sono:

- razionalizzare i rapporti tra il dolore e lo stress psicosociale;
- registrare i sintomi e le strategie utilizzate per fronteggiarli: l'utilizzazione cioè di diari o calendari dei sintomi, per tempi abbastanza lunghi per rendere possibile una maggior conoscenza (auto-acquisita) di se stessi;
- imparare a riconoscere alcuni pensieri come "negativi" e il cercare di sostituirli con altri più "positivi", senza che questo voglia dire entrare in ideologie tipo new-age;
- imparare strategie di contenzione dei sintomi, come la distrazione, per esempio.

Il pediatra ha in mano due strumenti terapeutici importanti quando ha a che fare con bambini con problematiche di questo tipo, ma non solo di questo tipo: da una parte la parola e dall'altra qualcosa che sembra esattamente il contrario, l'ascolto, ma che in realtà non è altro che il necessario aspetto complementare della parola. La parola senza una reciprocità di comunicazione, che è data essenzialmente dal saper ascoltare l'altro, avrà ben poche possibilità di essere utile.

E proprio da questa posizione parte tradizionalmente la consultazione: con l'anamnesi inizia un processo di comunicazione che sarà per il pediatra il primo strumento di conoscenza del bambino o dei suoi genitori, ma anche di auto-conoscenza o di presa di coscienza dei propri sintomi da parte del paziente; se poi il pediatra sarà capace di interagire, assumendo un ruolo di "facilitatore" del processo, in questa fase i sintomi possono già cominciare a decantarsi, qualche volta a... sciogliersi.

Il secondo momento fondamentale è quello in cui invece il pediatra diventa protagonista, parla. È il tempo di dare una spiegazione patogenetica dei sintomi, usando un linguaggio nello stesso tempo scientifico e comprensibile per chi gli sta di fronte. I sintomi vanno interpretati; ne va affermata la loro realtà, evitando assolutamente motivazioni colpevolizzanti e, quando possibile, come lo è quasi sempre per la patologia di cui stiamo parlando, si deve cercare la rassicurazione sulla benignità degli stessi.

Il terzo passaggio è quello che tra-

dizionalmente chiamiamo terapia, che è il momento forse più difficile, perché si corre il rischio di diventare prescrittori, non di farmaci ma di consigli, di comportamenti.

I consigli che potremmo definire "positivi" hanno alcune caratteristiche:

- evitano i giudizi, spesso impliciti, per esempio nel sottolineare la problematiche relazionali familiari;
- valorizzano aspetti che favoriscano l'autonomia e l'autostima del bambino;
- rafforzano la fiducia dei genitori nella capacità di gestire la sintomatologia dolorosa del bambino;
- valorizzano i successi, anche minimi, ottenuti (cosiddetto "rinforzo positivo");
- offrono vie di uscita, non mettono il bambino o i genitori nell'angolo;
- non sono, come dicevo sopra, prescrizioni, ma devono essere modulati sulle capacità e sulle reazioni del bambino e dei suoi genitori, e soprattutto devono essere concordati con loro; se possibile, dovrebbe essere il bambino stesso ad auto-consigliarsi.

Ci sono atteggiamenti, nella consultazione cognitivo-comportamentale,

che sono presi a prestito dalle regole del counselling. Mi pare utile richiamarne alcuni¹², perché facilitano la comprensione e l'accettazione dei consigli dati dal pediatra per cercare di modificare i comportamenti del bambino.

1. I sintomi non solo non vanno negati, come già detto, ma non vanno neppure minimizzati. Si può quasi sempre valorizzarli, dare loro una motivazione e in questo modo utilizzarli nel processo terapeutico.

2. Si deve cercare di soffermarsi, di fare domande, sugli aspetti che più preoccupano i genitori, non per girare il coltello nella ferita, ma per chiarire, per portare allo scoperto le cose che stanno sotto, per prevenire successive facili reazioni di negazione e di rifiuto.

3. Le spiegazioni semplicistiche, ingenuie, talora incredibili, date dal bambino o dai genitori, non devono essere negate a priori o derise; ci si può ragionare sopra, evitando inutili contrasti.

4. Se non sono necessarie, le spiegazioni complicate, non comprensibili per il bambino e la sua famiglia, vanno

evitate. Questo sembra contraddire quanto dicevo poco sopra sulla necessità di essere scientifici, ma in realtà la nostra capacità professionale deve essere in grado di capire quello che quel bambino e quei genitori sono in grado di comprendere; e in ogni caso spiegazioni incomprensibili mettono una barriera insormontabile tra il pediatra e chi è lì per essere curato.

Va da sé che l'interlocutore privilegiato, e talora l'unico, del pediatra nella consultazione è il bambino e non i genitori: dopo i primi anni di vita e soprattutto in età adolescenziale o immediatamente pre-, il colloquio deve essere con il bambino. I genitori devono essere coinvolti nella conoscenza del problema, ma devono anche essere invitati a facilitare l'autonomia del bambino nella gestione dei propri sintomi.

MESSAGGI CHIAVE

Cosa conoscevamo dell'argomento

- La sintomatologia dolorosa in età pediatrica e adolescenziale non riferibile a una causa organica è un problema rilevante da un punto di vista epidemiologico
- Nella pratica corrente molto spesso gli approcci diagnostici e terapeutici seguiti risultano inadeguati, in quanto il pediatra di famiglia non conosce perfettamente gli strumenti di comunicazione e di approccio al problema

Cosa aggiunge questo articolo

- La conoscenza dei presunti meccanismi che stanno alla base della sintomatologia dolorosa, rispetto alle specifiche patologie senza causa organica (cefalea, fibromialgia, dolori addominali), è il primo passo fondamentale per una adeguata conoscenza e spiegazione del problema
- La presa in carico del paziente e della famiglia ha come obiettivo principale quello di favorire una presa di coscienza "positiva" del problema
- L'adozione di alcune semplici regole terapeutiche di tipo cognitivo-comportamentale rappresenta uno strumento utile, basato su dimostrate prove di efficacia, che è alla portata, per lo meno conoscitiva, del pediatra di famiglia e ospedaliero che si occupa di questi problemi

CONCLUSIONI

Le cose che ho cercato di trasmettere con questo intervento non hanno la pretesa di dare indicazioni tecnicamente corrette su una metodologia di approccio psicologico che non fa parte della mia formazione; so, cioè, di correre il rischio di essere velleitario e semplicistico allo stesso tempo. Ma è certo che tra tutte le tecniche psicoterapeutiche, quella cognitivo-comportamentale è l'unica che sembra alla nostra portata. È vero che forse è anche quella che va meno delle altre al nocciolo del problema. Mi sembra tuttavia difficile che il risolvere un sintomo disturbante come il dolore (ma la stessa cosa possiamo dirla per altri problemi, basti pensare alla stipsi, all'encopresi e all'enuresi), o almeno l'aiutare le persone a convivere con questi, possa essere considerato un fatto globalmente poco incisivo nella qualità della vita di un bambino.

Nella filosofia di questo approccio mi pare di aver capito che è fondamentale aiutare il paziente a "*imparare ad ascoltare il proprio corpo*", perché questo può portare a una maggiore capacità di controllo sulle funzioni viscerali, controllo che parte ovviamente dalle funzioni neurologiche superiori (corticali, mesencefaliche, del sistema limbico ecc.); ma soprattutto perché il conoscersi e il riconoscersi aiutano a contenere la "normale" paura di sé, danno un maggior significato all'esistere. Questa potrebbe essere una delle parole d'ordine, per concludere così sintetizzando quanto finora detto.

L'altra potrebbe essere il "*dare parole al dolore*", il fare la scelta di portarlo allo scoperto piuttosto che quella di scotomizzarlo: l'uscire dal circolo vizioso "sofferenza - autocolpevolizzazione - isolamento - aumento della sofferenza" per entrare in un circolo virtuoso "sofferenza - informazione - presa di coscienza - attenuazione della sofferenza".

La terza e ultima potrebbe essere il "*vedere le cose con gli occhi dell'altro*", proprio perché le emozioni da una parte e le conoscenze, anche se spesso sbagliate, dall'altra sono molto diverse tra chi cura e chi deve essere curato,

fonte spesso di conflitto; mentre possono diventare, se messe sul tappeto, discusse e alla fine condivise, veri strumenti terapeutici.

Tutto questo, almeno per me, ha radici lontane, di quando ancora non sapevo cos'era l'approccio cognitivo-comportamentale e forse si cominciava a parlare di counselling. E mi piace concludere citando (e non è la prima volta che mi capita di farlo) alcuni di quelli che considero dei maestri per le cose di cui ho parlato. Mi riferisco a Franco Basaglia, Giulio Maccacaro e Ivan Illich, per parlare solo di quelli che non ci sono più. Perché i loro insegnamenti e la loro attività avevano come fine ultimo quello di aumentare il potere (ma il concetto è meglio espresso dal termine inglese "*empowerment*") dei pazienti; e mi pare che questo non sia molto diverso dalla cose che ho finora cercato di esprimere.

Bibliografia

1. Loeser JD, Melzack R. Pain: an overview. *Lancet* 1999;353:1607-9.
2. Besson JM. The neurobiology of pain. *Lancet* 1999;353:1610-5.
3. Clark P, Vargas RB, L'Egamis A, Medina C, Orozco JA. Prevalence of musculoskeletal pain syndromes in children. *J Rheumatol* 1995;(suppl)38:1100.
4. Buskila D. Fibromyalgia in children. Lesson from assessing nonarticular tenderness. *J Rheumatol* 199;23:2017-8.
5. Campo JV, Comer DM, Jansen-McWilliams L, Gardner W, Kelleher KJ. Recurrent pain, emotional distress, and health service use in childhood. *J Pediatr* 2002;141:76-83.
6. Buskila D, Neumann P, Herschman E, Gedalia A, Press J, Sukenik S. Fibromyalgia syndrome in children. An outcome study. *J Rheumatol* 1995;22:525-8.
7. Medina LS, Kuntz KM, Pomeroy S. Children with headache suspected of having a brain tumor: a cost-effectiveness analysis of diagnostic strategies. *Pediatrics* 2001;108:255-63.
8. Hamilton AB, Zeltzer LK. Visceral pain in infants. *J Pediatr* 1994;125:S 95-102.
9. Chen E, Joseph MH, Zeltzer LK. Behavioral and cognitive interventions in the treatment of pain in children. *Pediatr Clin N Amer* 2000;47:315-25.
10. McGrath PJ, Goodman JE. Pain in children. In: Graham P (ed). *Cognitive-behaviour therapy for children and families*. Cambridge Univ Press, 1998:143-154.
11. Benini F, Trapanotto M, Callegaro L. Non-pharmacological interventions for the treatment of pain in children. *Ital J Pediatr* 2002; 28:201-6.
12. Gangemi M, Quadrino S. *Il counselling in pediatria di famiglia*. Milano: UTET Periodici, 2001.