

NEUROPSICHIATRIA QUOTIDIANA PER IL PEDIATRA DI FAMIGLIA

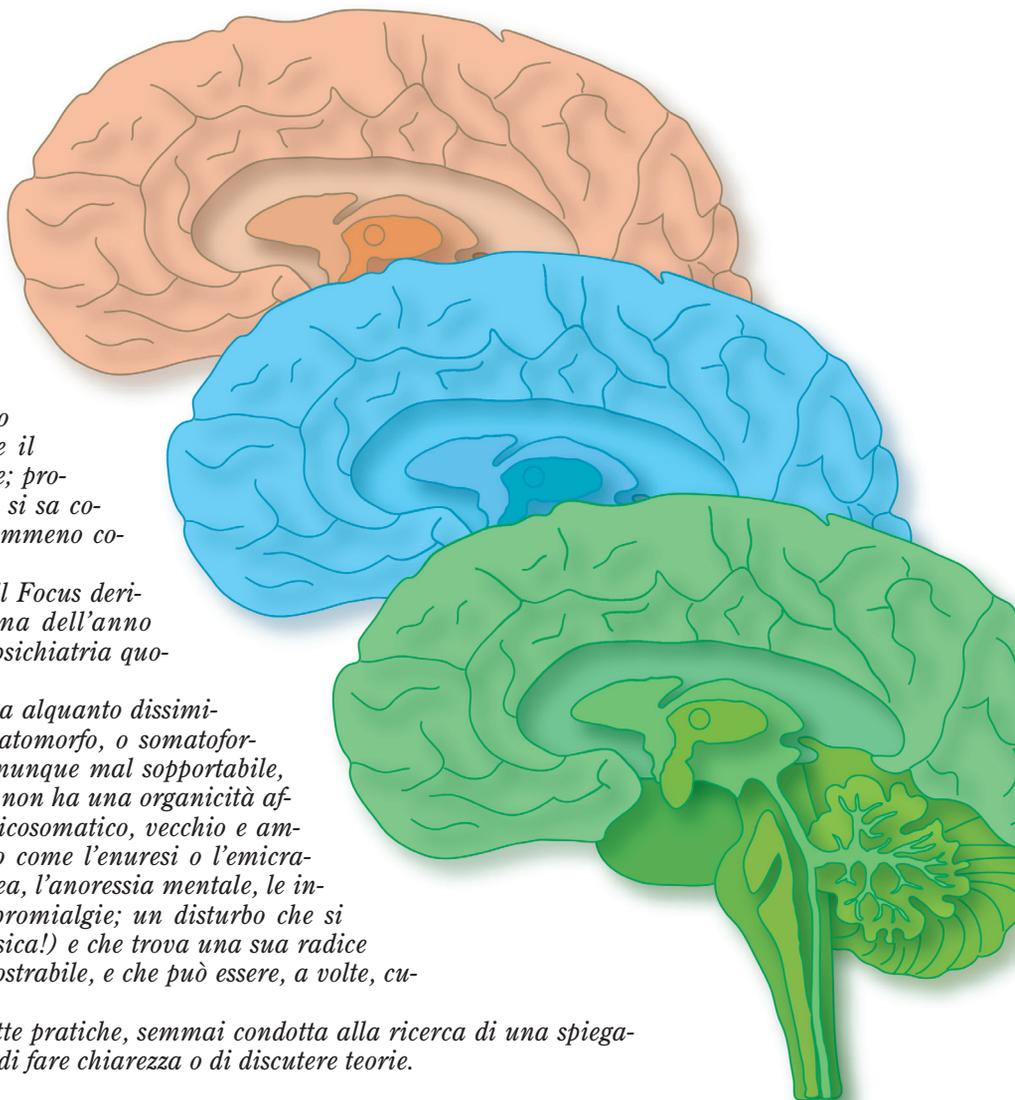
Il disturbo somatoforme e la patologia psicosomatica

Questo Focus è dedicato alla parte più sfuggente e meno inquadrabile della neuropsichiatria quotidiana d'ambulatorio; problemi dai confini sfumati, in cui il modo di sentire o di costruire la malattia passa attraverso le storie e i sentimenti, e in cui la persona, che fa parte sempre dello spartito della malattia, vi assume il ruolo di protagonista, anzi di autore; problemi di cui si parla ma in cui non si sa come muoversi, e a volte non si sa nemmeno come intendersi.

I tre contributi che costituiscono il Focus derivano ancora dal congresso di Roma dell'anno scorso, dedicato appunto alla neuropsichiatria quotidiana.

Affrontano due temi confinanti ma alquanto dissimili: da una parte c'è il disturbo somatomorfo, o somatoforme, un disturbo spesso doloroso, comunque mal sopportabile, che invade la vita del soggetto, e che non ha una organicità afferrabile; dall'altra c'è il disturbo psicosomatico, vecchio e ambiguo termine, un disturbo organico come l'enuresi o l'emicrania o il difetto di crescita, l'amenorrea, l'anoressia mentale, le infezioni respiratorie ricorrenti, le fibromialgie; un disturbo che si può quasi toccare o vedere (l'anorressica!) e che trova una sua radice nella mente, non fantastica ma dimostrabile, e che può essere, a volte, curato agendo sulla mente.

È una scrittura-lettura senza ricette pratiche, semmai condotta alla ricerca di una spiegazione dei fatti e ispirata al tentativo di fare chiarezza o di discutere teorie.



PSICOSOMATICA: MOLECOLE, STRUTTURE, INTERPRETAZIONI

FRANCO PANIZON

Professore Emerito, Dipartimento di Scienze della Riproduzione e dello Sviluppo,
Università di Trieste

PSYCHOSOMATIC DISORDER: MOLECULAR BASIS AND INTERPRETATION
(*Medico e Bambino* 2004;23:368-373)

Key words

Psychosomatics, Psychotherapy, Child

Summary

The relationship between physiological responses to stressful stimuli and the onset of psychosomatic illnesses has been an area of intense interest for many years. Subtle dysregulations of the hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis have been proposed as an underlying pathophysiological mechanism for some psychosomatic disorders. Links between the gut and the brain, involving neuroendocrine associations of the enteric nervous system and its connections with the spinal, autonomic and central nervous systems, are well documented. The characterising feature of psychosomatic disorders is the possibility to treat them with psychotherapy. The following diseases are included among those having a psychosomatic component: fibromyalgia, migraine, recurrent abdominal pain, chronic fatigue and, maybe, irritable bowel syndrome. It has been shown that also tumoral, infective and autoimmune diseases have a psychosomatic component, which, in some cases, may influence their prognosis.

LE PAROLE E LA STORIA DELLE IDEE

Il termine "psicosomatico", ormai desueto e troppo carico di significati negativi o ambigui, è stato coniato da Groddeck, il padre spirituale di Freud e dell'inconscio, che dà alla sofferenza psicosomatica una connotazione francamente materialistica, anche se si lascia sfuggire l'aggettivo "simbolico": «*Non c'è separazione tra psiche e soma. Fattori psichici modificano la funzione di singoli organi. Questo serve la causa del paziente per via diretta o simbolica*».

Freud riprende il tema con sfumature diverse e con una interpretazione già francamente psicanalitica: «*Lo psicologico inconsciente si scarica dalla sfera emotiva alla sfera psichica (abreazione). I sintomi hanno un valore simbolico e costituiscono un "guadagno secondario"*». Nemich va ancora oltre, stigmatizzando i sintomi somatici, che non sono altro che la rozza espressione di chi non sa analizzare consapevolmente, esprimere (mentalizzare) e non sa superare le cause del conflitto: «*I soggetti con somatizza-*

zione sono alexitimici (non hanno parole per esprimere i loro sentimenti); difetti di verbalizzazione e di mentalizzazione; espressione con sintomi corporei».

Infine Spitz parla esplicitamente dei bambini, anzi dei lattanti, estendendo a loro il concetto di disturbo psicosomatico; la malattia psicosomatica del bambino nasce in epoca preverbale, ed è espressione di un disturbo della comunicazione tra madre e figlio: «*La dermatite atopica è l'espressione di una estrema suscettibilità cutanea combinata con l'incapacità della madre di soddisfare i bisogni cutaneo-tattili del bambino*».

Come si comprende, una certa strada è segnata. Esiste un evento di vita, o meglio una sofferenza cronica, o ancora un conflitto irrisolto (nell'uomo con se stesso; nel lattante, essere diadico, con la madre). Ma è una strada che, senza essere necessariamente sbagliata (anche se certamente forzata oltre i limiti oggi accettabili), non porta lontano, perché «la scienza è un gioco linguistico dove è proibito usare termini finalistici». Oppure, per dirla col solito Popper, può

aspirare a essere considerato scientifico solo ciò che può essere confutato (o come dice lui, falsificato). La strada da battere sembra essere quella che porta dall'utilizzo del "perché" all'utilizzo del "come", e che va dalla psicosomatica alla psico-neuro-endocrino-immunologia.

Questa strada è stata aperta (forse perché un predecessore lo si trova sempre) da Laborit, all'inizio degli anni Settanta: «Abbiamo potuto dimostrare recentemente (Laborit 1974) che il sistema inibitore dell'azione permette quello che si suole chiamare "evitamento passivo", dà luogo alla reazione endocrina di stress (Selye 1936) e alla reazione simpatica di attesa dell'azione. La reazione adrenalinica, che invece è di dilatazione della circolazione polmonare, muscolare e cerebrale, è la reazione di fuga o di lotta. È la reazione d'allarme che permette di realizzare l'azione. Da questo schema risulta che tutto ciò che si oppone a una azione gratificante, quella che soddisfa il bisogno innato o acquisito, scatena una reazione endocrino-simpatica pregiudizievole, se prolungata, al funzionamento degli organi periferici. Provoca il senso di angoscia e dà origine ad affezioni psicosomatiche».

La strada è aperta: si parla di molecole e di fenomeni misurabili; si può immaginare una sperimentazione sull'animale; si può dare razionalità e misurabilità alla cenestesi, all'intervento farmacologico e, perché no, all'intervento psicoterapeutico. Si entra nella dimensione cognitiva.

Cominciamo dall'angoscia. L'angoscia, come la paura (Henry James), non è una dimensione della mente, ma è il prodotto somato-sensoriale del conflitto: il "disturbo fisico" avvertito dal corpo quando la mente si fa cogliere dalla paura e si smarrisce, e che viene percepito come effetto delle alterazioni cardiocircolatorie, viscerali, secretorie, neuro-endocrine. Il conflitto è sempre tra dovere, potere e volere; è scatenato da situazioni o eventi come l'insuccesso, o la sopraffazione, o l'umiliazione, o il rimorso, o l'impotenza; si gioca tra la corteccia prefrontale, l'amigdala e l'ippocampo, e ha come strumenti il sistema antinocicettivo, il sistema nervoso autonomo, il sistema neuroendocrino ipotalamo-ipofisi e le sue agenzie periferiche (surrene, tiroide, gonadi, fegato), il sistema immunitario (cortisolo, beta-endorfine, citochine). Se l'angoscia, più o meno controllata, o nascosta, o subita, o in qualche modo tollerata e compensata, si protrae nel tempo, ne deriva un danno so-

matico, o quanto meno una sofferenza.

Il danno organico, a vero dire, non ha dimostrazioni incontrovertibili in patologia umana, e probabilmente non esiste nessuna patologia organica "intrinsecamente psicosomatica". Ma esistono ragionevoli evidenze di disfunzioni dannose, dalle sindromi dolorose ai disturbi di crescita, ai disturbi del sonno, dell'appetito, della sfera sessuale e dell'immunità, che disturbano la vita e che possono concorrere a modificare la storia naturale di malattie con una propria e specifica radice eziopatogenetica autonoma (infezione, forse autoimmunità, forse tumore), sempre che qualcosa di veramente autonomo esista nell'organismo umano.

È possibile che, per sfuggire alla situazione di paralisi indotta dal sistema della inibizione dell'azione, e al malessere "fisico" che ne deriva, la persona scelga la fuga, in quella che chiameremo la patologia ambigua, somatoforme o fittizia, che è "quasi un'azione" (la patologia psicosomatica secondo l'accezione Minouchin); oppure la fuga nel comportamento antisociale, che è una azione maldiretta, destinata a perpetuare lo stress, trasformandone la forma e il contesto.

Certamente questo non è tutto, ma è più o meno il riassunto di tutto quello che oggi si può dire, come certo, probabile, possibile.

LE COSE CERTE (O QUASI)

Le cose certe, che testimoniano la capacità della "mente" di parlare al "corpo", non sono poche.

Sono, innanzitutto, i *fenomeni psicosomatici*, cioè le reazioni, il rossore pudico, la tachicardia emozionale, il pallore, la sudorazione e la bocca secca indotte dall'emozione, l'aumento del sodio nella secrezione sudorale registrabile alla macchina della verità.

L'effetto placebo, valutato sul sintoma dolore, vede una scomparsa o una significativa attenuazione del dolore (ma anche di altri disturbi) nel 25% dei casi: è forse un effetto modesto, ma che dimostra incontestabilmente la possibilità di un "controllo del dolore" da parte dei centri superiori. Cosa concorre a questo effetto sui cancelli del dolore? Prima di tutto la convinzione autentica, o quanto meno l'alto livello di credibilità del medico che prescrive il "placebo": poi, la sensazione che l'assunzione del placebo (o di un farmaco prescritto da un medico a cui si dà comunque fiducia) porti il

paziente a sentirsi parte di un universo conoscitivo e affettivo condiviso. In sostanza, un sentimento di confidenza.

Ma l'effetto placebo si può produrre anche nell'animale. Se il metotrexate cura o previene l'insorgere delle nefrite lupica nei topi geneticamente predisposti, e se si coindiziona l'animale a uno stimolo gradito (la somministrazione di saccarina) in concomitanza con la somministrazione della prima dose di metotrexate, basta poi continuare con la sola saccarina per ottenere degli effetti terapeutici.

C'è poi l'effetto dello stress sperimentale sull'animale. Il ratto, sottoposto a stress cronico (scossa elettrica "inevitabile"), va incontro a ipertensione. Se lo stress è, in qualche modo "evitabile", l'ipertensione non si verifica.

È poi possibile valutare l'effetto dello stress sull'uomo sottoposto a una situazione nociva standardizzabile. Questa è certamente la sperimentazione più certa dell'effetto dello stress sulla risposta immune. In volontari, a cui viene somministrata una dose identica di virus respiratori di vario genere (rhinovirus, virus influenzali e parainfluenzali, adenovirus) la percentuale di attecchimento e di malattia è circa doppia nei soggetti che, in precedenza, avevano dato risposte a un questionario indicative di uno stato di stress cronico.

I MESSAGGI, LE MOLECOLE E LE VIE CHE VANNO DAL CERVELLO AL CORPO E VICEVERSA

Ci sono almeno cinque diversi linguaggi con i quali il cervello parla al corpo.

Procedendo in senso caudo-rostrale, il **primo tipo di colloquio tra mente e corpo** è quello della modulazione del dolore.

Il dolore è per sua natura il linguaggio con il quale il corpo parla al cervello, comunicandogli le sofferenze e gli allarmi, ma il cervello sa bloccare il dolore, o anche rafforzarlo. La principale molecola del dolore è un neuropeptide a breve vita, la sostanza P, alla quale il cervello risponde, a livello dell'interneurone, tra il ganglio spinale e il corno posteriore del midollo, con un'altra molecola a brevissima vita, la encefalina. A sua volta, la liberazione di encefalina è regolata da vie discendenti talamo-spinali. Questa via parte da neuroni eccitatori adrenergici, provenienti dal nucleo del tegumento laterale, e da neuroni eccitatori serotoni-

nergici, provenienti dal nucleo magno del rafe, a loro volta innervati da cellule della sostanza grigia periacqueduttale. I rispettivi assoni talamo-spinali attivano o inibiscono gli interneuroni inibitori encefalinergerici a livello spinale, aprendo o chiudendo i cancelli del dolore.

A questo sistema antinocicettivo discendente va attribuito l'effetto anestetico della emozione positiva (l'impegno agonistico, la lotta) o la modulazione del dolore dovuta a meccanismi consolatori (suzione, zucchero, contenimento), a interazioni o convenzioni sociali (svalorizzazione del dolore) o a moti affettivi (paura) o a suggestione (placebo).

La **seconda via** mediante la quale il cervello parla al corpo e si esprime attraverso il corpo è quella del sistema nervoso autonomo.

I messaggi che passano per questa via maestra, costituita dai sistemi simpatico e parasimpatico, sono con larga prevalenza la noradrenalina e l'acetilcolina (ma anche altre sostanze neurotrasmettitoriali vengono secrete). Queste vie e queste molecole attivano organi che a loro volta liberano molecole bioattive, come l'adrenalina (il surrene), il glucagone e l'insulina (il pancreas), l'ossido d'azoto (l'endotelio vasale), i neuropeptidi (epitelio intestinale), che sono poi gli effettori terminali dello stimolo neurovegetativo e le molecole con cui il corpo risponde al cervello.

Gli effetti psicosomatici di questo sistema sono (attraverso l'adrenalina) la vasodilatazione a livello del muscolo, del cervello, del polmone, la sudorazione, la liberazione di glucosio e di insulina, l'attenzione, l'arresto della motilità viscerale: tutto ciò che occorre per essere nelle migliori situazioni di risposta.

Questi fenomeni riflessi corrispondono alla trasformazione dell'allarme in azione (*eustress*). Ma se le due soluzioni non sono possibili, lo stress diventa subacuto (attesa dell'azione) e all'attività adrenergica segue quella noradrenergica (vasocostrizione, pallore, aumento della pressione arteriosa).

A questo sistema sono da attribuire i riflessi psicosomatici "normali": il rossore pudico, la tachicardia emozionale, ma anche l'enuresi, la stipsi e l'encopresi, il vomito dello scolaro, forse anche il vomito ciclico, e certamente, per l'adulto, alcune crisi di angina pectoris.

Ma il vero asse di questa risposta funzionale d'allarme, e specialmente della successiva risposta disfunzionale all'allarme protratto, al conflitto, al distress, è la **terza via**, quella dell'asse ipotalamo-

ipofisi-corticosurrene (Figura 1).

È una via a feedback negativo: allarme → attivazione dell'amigdala → stimolazione dell'ipotalamo e dell'ipofisi → produzione di ACTH → liberazione massiva di cortisolo → effetto inibitorio del cortisolo, in parte mediato dall'ippocampo, sulla produzione di CRH e di ACTH → chiusura del ciclo. Ma se lo stress si mantiene e se l'amigdala continua a mandare segnali d'allarme, e se questi sono così forti da superare i segnali moderatori dell'ippocampo, l'ipercortisolemia diventa cronica e lesiva (*distress*).

Il cortisolo a moderata concentrazione, che si lega ai recettori cerebrali ad alta affinità (di primo ordine), rappresenta infatti un potente attivatore dell'attenzione nel sistema nervoso centrale, mentre il cortisolo a elevata concentrazione (recettori di 2° ordine, a bassa affinità) ha un effetto neuroinibitorio, e perfino lesionale. I neuroni ippocampali del ratto sottoposto a stress cronico sono molto più poveri di dendriti dei controlli. Le lesioni ippocampali da stress nelle donne che hanno subito ripetute violenze sessuali sono "materialmente visibili".

A questo sistema "disfunzionale", che squilibra la risposta degli altri sistemi, possiamo attribuire, almeno in via non specifica e concausale, la maggior parte dei disturbi (da stress "cronico") del sonno, dell'alimentazione, dell'attenzione; quelli dell'immunità; forse i disturbi della regolazione pressoria ortostatica e, per l'adulto, i disturbi cronici del controllo pressorio e della secrezione gastrica, compresa l'ulcera.

Contemporaneamente e parallelamente alla via dell'ACTH si attiva la **quarta via**, quella dei peptidi neurotrasmettitoriali: sostanze a vita biologica relativamente lunga, prodotte e messe in circolo dal nucleo arcuato dell'ipotalamo, lo stesso che produce la sostanza Y, uno dei controllori dell'appetito.

Il nucleo arcuato produce, tra le altre molecole, una molecola complessa, la pro-opio-melano-cortina POMC. È una molecola filogeneticamente molto antica, che si trova, tale e quale, nell'emocito del *Planorbis carmarinus*, una specie di lumaca. È, anche a livello cellulare, la molecola dello stress, nella quale si ritrovano, in sequenza, l'ormone melanoforo o MSH, l'ormone corticotropo o ACTH e la beta-endorfina. Nella neuroipofisi, questa molecola viene "tagliata" in tre pezzi da enzimi proteolitici, le beta-endorfine, come altri neuropeptidi, vengono prodotte anche dai linfociti (co-

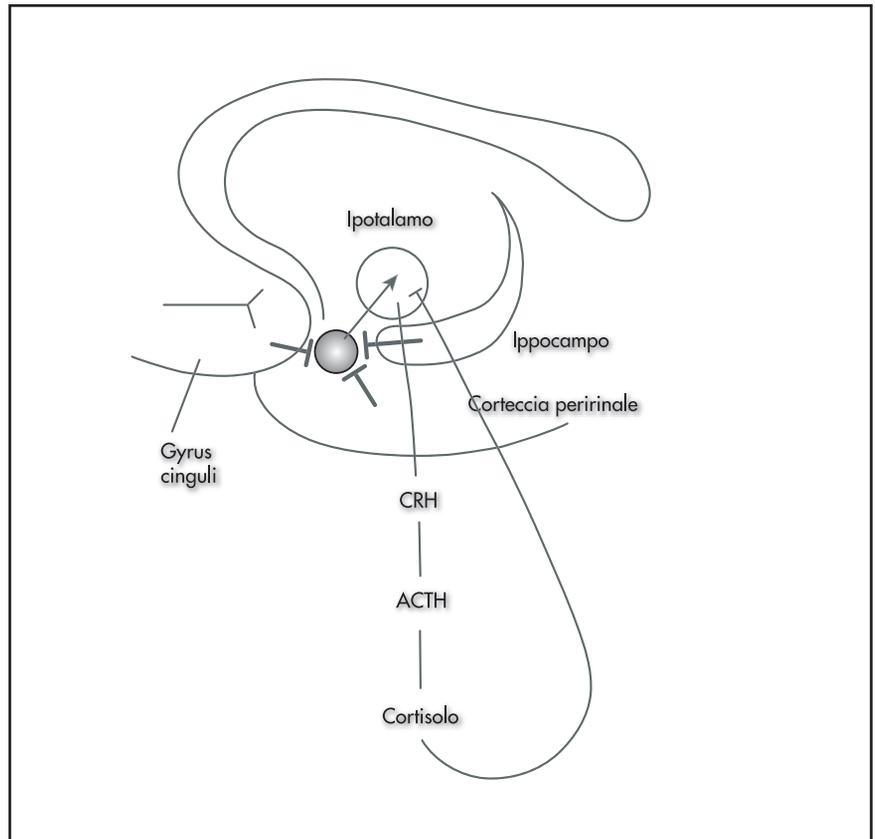


Figura 1. La via della risposta funzionale di allarme.

me dal loro progenitore, l'emocito del *Planorbis*), e sulla membrana linfocitaria trovano dei recettori a cui legarsi. Queste endorfine, oltre ad avere un ruolo positivo sulla cenestesi, euforizzante, consolatorio, anestetizzante, alla fine della fatica, o nella malattia, o nell'agonia, nella cenestesi (la "sindrome del maratoneta", la "sindrome del buon samaritano", la "miglioria della morte"), hanno un effetto immunomodulatore e tendenzialmente immuno-inibitore: ecco l'effetto negativo-positivo (che sembra quasi studiato apposta dalla Divina Provvidenza) dello stress sulla risposta immune (e sull'appetito).

Ai disordini di questo sistema, a loro volta indotti dallo stress, possiamo attribuire gli effetti dello stress sulla risposta immune, almeno parte di quelli sul sonno e sull'appetito, sull'umore, sulla tolleranza al dolore; forse, con molta cautela, alcuni disordini della autoimmunità, almeno quelli più tradizionalmente attribuiti allo stress, come l'alopecia areata, la colite ulcerosa, la malattia di Crohn.

La **quinta via** è la più semplice da intendere, e al tempo stesso la più com-

plexa: è la via endocrina, guidata, ancora una volta, dall'ipotalamo e dall'ipofisi; la secrezione di tireotropina, di gonadotropine, di somatotropina, di prolattina, di vasopressina-adiuretica.

Sono evidentemente attribuibili a disturbi in questa sfera l'amenorrea secondaria, compresa quella che accompagna la anoressia mentale, l'agalattia, l'impotenza "psicogena", la frigidity, i disturbi "psicogeni" della crescita, come la NOFTT (*Non Organic Failure To Thrive*) e il nanismo da difetto di stimolazioni affettive.

LA SCATOLA NERA DELLA PSICANALISI: L'EQUILIBRIO TRA LE CIRCONVOLUZIONI, LA MANDORLA E IL CAVALLUCCIO MARINO

La sede delle pulsioni, delle gratificazioni, dei conflitti, che sono al centro della patologia psicosomatica, assieme con gli strumenti attraverso i quali questi parlano al corpo, è in una piccola scatola di 5 x 5 x 5 cm, posta nella parte ventrale e più interna dell'encefalo. Comprende il lobo limbico, collocato

nella parte ventrale delle facce mediali dei due emisferi e in particolare il giro cingolato, il giro paraippocampale, l'ippocampo (con la forma che ricorda il cavalluccio marino), poi l'ipotalamo e specialmente il nucleo amigdaloideo (con la forma della mandorla), e infine la parte ventrale del lobo frontale cioè la corteccia peririnale e la corteccia entorinale.

Il triangolo delle forze corteccia, amigdala, ippocampo o, meglio, il quadrilatero corteccia prefrontale, corteccia limbica, ippocampo, amigdala, è mantenuto in equilibrio da forze complementari. L'amigdala è la sede della memoria atemporale, istintiva, inconsapevole, il campanello che suona quando c'è un evento inatteso o un'associazione mentale, oppure una situazione ambientale che genera turbamento.

L'ippocampo è sede della memoria esplicita, dichiarativa, e in qualche modo corregge l'oscurità degli allarmi amigdaloidei. Se l'amigdala è quella che apre la porta al cortisolo, l'ippocampo è quello che cerca di chiuderlo. Da una parte, la corteccia limbica, sede delle motivazioni e degli affetti, dall'altra, la corteccia prefrontale, sede della progettualità, della consapevolezza, della ragione, influiscono con vettori e sfumature diverse.

Questi organi "maturano" in maniera

asincronica: prima l'amigdala (il timore immotivato), poi l'ippocampo (il sentimento di sé e l'autocontrollo del timore), poi la corteccia limbica, (gli affetti e le motivazioni), poi l'ippocampo (il ricordo esplicito e la coscienza di sé), poi la corteccia prefrontale, la volontà e il ragionamento.

Si intravede abbastanza bene come sia teoricamente possibile influire farmacologicamente o in via psicoterapica su queste strutture così vicine e così interagenti: con la terapia cognitivo-comportamentale (sull'ippocampo) o con la psicoterapia (sulla corteccia prefrontale) oppure con le benzodiazepine, attive sui GABA-recettori nell'amigdala.

I DISTURBI RICONOSCIUTI COME PSICOSOMATICI

Sfogliando il DSM IV, non troviamo la parola psicosomatico; vi si parla di disturbi somatoformi, che appartengono a due categorie: i disturbi da conversione (isteria), che possono comprendere anche disturbi dolorosi ma che non possono limitarsi a questi, e i disturbi caratterizzati invece da dolore, o lamentele per il dolore, non giustificati da una causa organica o quanto meno largamente esagerati rispetto a questa. Troviamo

poi, a parte, i disturbi del sonno (insonnia, dissonnie) e i disturbi dell'appetito (anoressia, bulimia, obesità). Più oltre, ne parleremo separatamente; troviamo i disturbi che chiameremo "ambigui" e che comprendono le malattie fittizie.

Nessuno di questi disturbi corrisponde perfettamente alla definizione di Kreisler, che presume un vero danno al corpo, causato da una sofferenza della dimensione affettiva. Personalmente, in effetti, pur non condividendo quasi nulla del pensiero di Kreisler sulla clinica psicosomatica, credo che anche altri tipi di sofferenza possano rientrare nella definizione che lui propone, e possano quindi essere considerati autenticamente psicosomatici.

Prendete la lista dei disturbi che seguono, e che io ritengo possano rientrare nel concetto di patologia psicosomatica, con beneficio di inventario. Potete essere d'accordo o non esserlo: la cosa è assolutamente questionabile. Ho sottoposto un questionario comprendente, tra l'altro, la domanda standard, ripetuta per ogni singolo disturbo, se il rispondente lo considerasse o meno "psicosomatico". Le risposte dimostrano una cauta apertura, assieme a una ragionevole diffidenza nei riguardi dell'aggettivo "psicosomatico", in parte dovuto al carattere equivoco del termine e ai diversi significati che gli si possono attribuire (Tabella 1).

Considerando anche l'opinione che mi è stata data allora dai colleghi, e sempre facendo riferimento alla definizione rigida di Kreisler, che considera "autenticamente" psicosomatici quei disturbi che, avendo un'origine rigorosamente mentale, o affettiva, o relazionale (termini che senza essere identici significano poi, per quel che ci interessa, sempre la stessa cosa) producono un'effettiva sofferenza somatica, io sarei giunto alla conclusione che si possano accettare come disturbi a patogenesi almeno in parte psicosomatica le malattie che seguono. Nella Figura 2 è riportata la possibile sede di origine dei disturbi riconosciuti psicosomatici.

Nel lattante

- Le *coliche gassose*, in realtà espressione primaria di un dolore vero, probabilmente legato a una risposta mucosale ad allergeni alimentari, ma anche, quasi altrettanto sicuramente, a una ipersensibilità condivisa e al tempo stesso conflittuale, tra la madre e il bambino

GIUDIZIO DEI PEDIATRI SUI DISTURBI "PSICOSOMATICI"

Considerate psicosomatiche:

	SI	NO	NON SO
Le malattie con dolore senza organicità	75	18	7
L'emicrania	36	60	4
Le malattie inventate	31	31	28
Anche altre malattie?	90	0	10

Considerate che esista una larga componente psichica nelle seguenti malattie?

	SI	NO	NON SO
Le coliche del lattante	51	39	10
L'enuresi	58	30	12
I dolori addominali ricorrenti	92	6	2
L'alopecia	61	33	6
L'eczema	30	66	4
L'asma	12	80	8

Più in generale, considerate che la componente eziopatogenetica della mente sulla comparsa e sulla evoluzione delle malattie organiche sia:

	Considerevole	Modesta	Irrilevante
	39	51	10

Nota: i valori sono riportati in percentuale.

Tabella 1

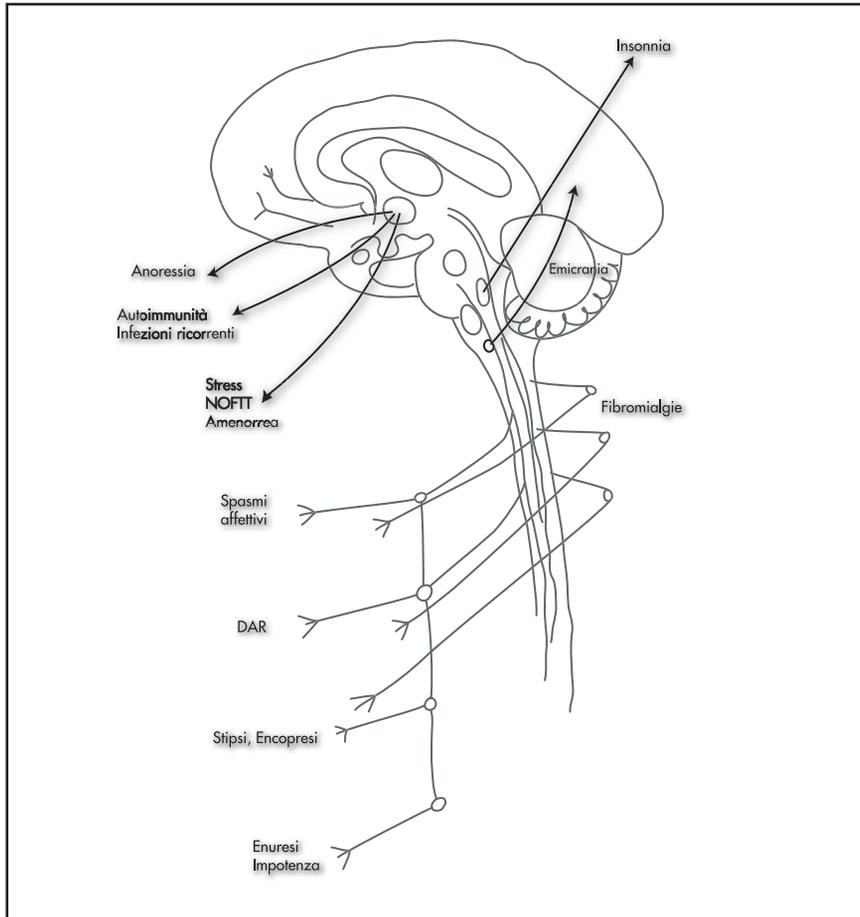


Figura 2. Possibile sede di origine dei disturbi riconosciuti come psicosomatici.

- I disturbi del ciclo del sonno, in parte fisiologici, in parte acquisiti come espressione di una disarmonia relazionale madre-figlio
- I periodi di *inappetenza* non spiegata
- la NOFTT, cioè il difetto di crescita non organico (*Non Organic Failure To Thrive*), di cui fa parte anche il cosiddetto nanismo da difetto di stimoli affettivi

Quest'ultimo, in realtà, è così raro da lasciare qualche dubbio sulla sua stessa esistenza, ed è stato attribuito alla incompletezza del sonno, dal difetto del sonno profondo (fase IV) e quindi del difetto dei "pulse" di increzione di GH. La NOFTT, che riguarda i bambini del primo anno di vita, è (a giudizio, criticabile, dell'Autore) una combinazione di fattori organici (che vanno dal difetto di assorbimento al difetto di cibo, a fattori socio-culturali ed economici (è una malattia del povero), in cui ha comunque sicura rilevanza, probabilmente secon-

daria, una componente affettiva, relazionale, forse secondaria alla perdita di voglia di vivere da parte del bambino, o forse precoce, quasi inseparabile dal contesto (paragonabile all'abbandono, del cucciolo meno vitale, che non riesce ad attaccarsi al capezzolo per la concorrenza dei fratelli più robusti, e che la madre lascia morire senza rimorsi).

Nel bambino in età prescolare

- Le infezioni respiratorie ricorrenti (forse);
- I disturbi del sonno

Nel bambino in età scolare

- La patologia dolorosa (DAR, cefalea, fibromialgie)
- Enuresi
- Encopresi
- Il vomito dello scolaro
- I disturbi del sonno
- Il cosiddetto nanismo da insufficiente stimolazione affettiva; quest'ultimo è la variante della NOFTT nel bambino

creciuto, ed è così raro da lasciare quasi dubbiosi sulla sua reale esistenza, se non esistessero le testimonianze recenti e impressionanti del disturbo di crescita (e di insufficienza del linguaggio e della capacità di relazione) che ha colpito, quasi come un'epidemia, i bambini dei brefotrofi dei Paesi dell'Est dove, durante la crisi della caduta del muro, e prima, venivano accatastati i bambini abbandonati o orfani.

MESSAGGI CHIAVE

□ Quella patologia che veniva chiamata col nome ambiguo di psicosomatica è in realtà una patologia "vera", che ha la sua origine principale nella mente e che è mediata attraverso il sistema nervoso autonomo, il sistema endocrino e il sistema immunitario. Per questo motivo a tale patologia è stata attribuita la denominazione (più recente e meno fortunata) di psico-neuro-immuno-endocrino-patologia.

□ Le vie patogenetiche individuate hanno il loro carrefour nell'ipotalamo, a sua volta interagente con le strutture del lobo limbico, e coinvolgono in genere le vie dello stress.

□ In realtà, non c'è probabilmente nessuna malattia completamente riferibile a questa condizione, ma molti o moltissimi disturbi hanno una componente psicosomatica dimostrabile, sulla base di dati epidemiologici, fisiopatologici o sperimentali.

□ Il criterio maggiore per definire utilmente "psicosomatico" un disturbo risiede nella possibilità di trattare il disturbo con interventi di tipo psicoterapeutico, anche se una componente psico-neuro-immuno-endocrina misurabile esiste all'interno di patologie autoimmuni, infettive e tumorali: è dimostrata l'importanza di "eventi di vita" nel condizionare le ricadute della sclerosi a placche, la mortalità per tumore e la facilità ad andare incontro a malattie infettive.

□ Tra i disturbi ammissibili in questa categoria si possono collocare tentativamente le fibromialgie, l'emicrania, la cefalea da tensione, i dolori addominali ricorrenti, la sindrome tensione-stanchezza post-infettiva, l'anorexia mentale, l'amenorrea, l'impotenza, l'enuresi, e, probabilmente, anche la sindrome dell'intestino irritabile, le sincope, le coliche gassose.

Nell'adolescente e nel giovane adulto

- Anoressia nervosa
- Bulimia
- Obesità
- Amenorrea
- Agalattia
- Impotenza
- Insonnia

LE MALATTIE FITTIZIE E LA PATOLOGIA AMBIGUA

L'accezione kreisleriana di disturbo psicosomatico non è universale. L'accezione di un altro grande psicoterapeuta, Minouchin, è alquanto diversa: per lui, il disturbo psicosomatico non ha bisogno di una espressione somatica lesionale o almeno nociva alla cenestesi del paziente, ma si può esprimere con quei comportamenti almeno in parte "fittizi" che interessano più il comportamento che il corpo, anche se sempre attraverso il corpo si esprimono. Minouchin, più che l'individuo in sofferenza, rivolge la sua attenzione alla famiglia "psicosomatica", cioè quella famiglia patogena, disfunzionale, che costringe il paziente, capro espiatorio, a trovare una malattia attraverso cui esprimere il disagio: la famiglia "rigida", in cui i ruoli sono troppo fissi, e la famiglia "caotica", in cui i ruoli non esistono o sono troppo deboli, in contrasto con la famiglia "equilibrata" o "funzionale", che invece protegge dalle condizioni di stress, quello che dobbiamo comunque continuare a considerare come l'elemento patogeno per eccellenza.

Se continuiamo a usare il concetto di stress = conflitto, possiamo aggiungere alle condizioni autenticamente psicosomatiche, anche le malattie fittizie, come espressione di una azione "recitata", una "quasi azione" per fuggire al conflitto (allo stress), oppure di una azione veramente "agita", quali sono il disturbo della condotta o del comportamento, la dipendenza, il suicidio.

CONCLUSIONE

Il termine "psicosomatico" non è un sinonimo del termine "somatoforme". Comprende disturbi organici, concreti, che in qualche caso possono essere anche controllati agendo sulla sfera cognitivo-affettiva (psicoterapia, tranquillizzazione, training): dai disturbi della crescita alle coliche del lattante, dalla enu-

resi alle infezioni respiratorie ricorrenti, dall'anoressia mentale all'insonnia.

Bibliografia di riferimento

- Groddeck G. The meaning of illness. Intern University Press Inc. NY, 1977.
 Groddeck G. Der Seelensucker. Ein psychosomatischer Roman. Limes Verlag Wiesbaden, 1971.
 Freud S. Introduzione alla psicanalisi. Torino: Boringhieri, 1978.
 Freud S. Die Traumdeutung. Leipzig: Franck Deutigen, 1900.
 Spitz RA. Il primo anno di vita del bambino. Roma: Armando, 1973.

- Laborit H. Elogio della fuga. Milano: Mondadori, 1982.
 Laborit H. La colomba assassinata. Milano: Mondadori, 1985.
 Kreisler L. L'approccio psicosomatico in Pediatria. Medico e Bambino 1985;4:21.
 Kreisler L. La Clinica psicosomatica. Milano: Cortina Editore, 1986.
 Swartz M. Stress and the common cold. N Engl J Med 1991;325:654.
 Panizon F. Il placebo. Medico e Bambino 1984;3:164.
 Panizon F. Difetto non organico della crescita, deprivazione materna, fatti e fantasie. Medico e Bambino 1992;11:279.
 Panizon F. Dalla psicosomatica alla psiconeuro-immuno-endocrinologia. Medico e Bambino 1993;12:566.

I DISTURBI SOMATOFORMI

Un protocollo di azione comune tra pediatra e neuropsichiatra infantile

RENATA ALIVERTI

Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile, IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

SOMATOFORM DISORDERS: THE NEED FOR COLLABORATION BETWEEN PAEDIATRICIANS AND MENTAL HEALTH PROFESSIONALS

(Medico e Bambino 2004;23:373-376)

Key words

Somatofarm disorders, Adolescent, Assessment, Rehabilitative approach

Summary

Our current understanding of somatoform disorders and their consequences is limited. The article defines the concept of paediatric and adolescent somatoform disorder and presents a model for case management based on the collaboration between mental health professionals and primary health care professionals. The need for careful assessment, precise criteria for diagnosis and cognitive-behavioral rehabilitative approach are emphasised. Better understanding of these disorders can promote early diagnosis and timely treatment, improve the quality of life and prevent unfavourable outcomes.

I disturbi somatoformi coincidono solo in parte con quelli usualmente, o in passato, definiti come psicosomatici. A volte sono facilmente individuabili come patologia psichiatrica (i disturbi da conversione); altre volte sono difficili da distinguere da disturbi organici ai quali "vogliono" somigliare (per esempio i disturbi con dolore). Sono i più difficili da trattare, perché non possono prescindere da una presa in carico della famiglia, eppure il pediatra ne ha continuamente a che fare.

I DISTURBI SOMATOFORMI SECONDO IL DSM-IV

La caratteristica comune di questi disturbi è la presenza di disturbi fisici che fanno pensare a una condizione medica generale, da cui il termine, e che non sono invece giustificati da una condizione medica generale o dagli effetti diretti di una sostanza o da un altro disturbo mentale.

I disturbi somatoformi sono situazioni rare prima degli 11-12 anni, che ri-

chiedono un'accurata indagine somatica per escludere patologie organiche. Diamo di seguito una breve descrizione dei principali disturbi somatoformi.

Disturbo di somatizzazione

Il disturbo di somatizzazione è collegato storicamente all'isteria, ed è caratterizzato da dolore, sintomi gastrointestinali e pseudo-neurologici. Storia di sintomi dolorosi di conversione, dissociativi e ricorrenti, lamentele fisiche multiple.

È presente una storia di dolore riferito ad almeno 4 localizzazioni o funzioni e un sintomo che suggerisce una condizione neurologica (sintomi di conversione come deficit della coordinazione, dell'equilibrio, paralisi, ipostenia localizzata, difficoltà di deglutizione o nodo alla gola, afonia, ritenzione urinaria, allucinazioni, perdita della sensibilità tattile o dolorifica, diplopia, cecità, convulsioni, sintomi dissociativi come amnesia, perdite della coscienza). I sintomi non sono intenzionalmente prodotti e variano con il tipo di cultura.

Sono pazienti che portano sempre una ricca documentazione clinica, senza lo sviluppo di segni fisici e anomalie strutturali e senza alterazioni di laboratorio, che sono caratteristiche delle condizioni mediche ipotizzate.

La presenza di qualche sintomo fittizio o simulato, mescolato a sintomi non intenzionali, non è rara.

Altra caratteristica è il persistente rifiuto di accettare il responso medico che non vi è un'adeguata causa somatica dei sintomi.

Disturbo di conversione

Il disturbo di conversione è caratterizzato da deficit delle funzioni motorie volontarie e sensitive, che potrebbero far pensare a una condizione neurologica o medica generale.

Fattori psicologici e situazioni di stress appaiono collegati con i sintomi o con il loro esordio (coordinazione, equilibrio, paralisi, astenia localizzata, afonia, deglutizione, nodo alla gola, ritenzione urinaria, perdita della sensibilità tattile e dolorifica, cecità, diplopia, sordità, allucinazioni, convulsioni).

In genere i sintomi sono autolimitanti e non portano a menomazioni o modificazioni fisiche. Inizia spesso nella tarda fanciullezza, raro prima dei dieci anni. L'esordio è generalmente acuto, ma può diventare gradualmente ingravescente.

I sintomi prodotti assomigliano a

quelli osservati in qualcun altro o in se stessi, e spesso sono incoerenti. I sintomi di paralisi, afonia e cecità sono associati a una prognosi migliore rispetto al tremore e a quelli epilettiformi. Le allucinazioni presentano di solito una coscienza intatta di malattia, spesso coinvolgono più di un'area sensoriale e hanno contenuti semplici, fantastici e infantili.

Possono mostrare una "belle indifferença" o presentare una modalità drammatica e istrionica.

Disturbo somatoforme indifferenziato

Il disturbo somatoforme indifferenziato è caratterizzato da lamentele fisiche circoscritte o multiple (stanchezza, perdita di appetito, disturbi gastrointestinali, genito-urinari) che non raggiungono la soglia della somatizzazione e che persistono per 6 mesi o più.

Linguaggio di disagio culturalmente determinato (ex neuroastenia).

La diagnosi differenziale va posta con un possibile disturbo dell'adattamento.

Disturbo algico

Il disturbo algico è caratterizzato dal dolore come punto focale principale. Il fattore psicologico ha un ruolo importante nell'esordio, gravità, esacerbazione e mantenimento. Il dolore diviene la preoccupazione principale della vita del soggetto.

UN MODELLO DI INTERPRETAZIONE PSICO-ANALITICO

Nel nostro lavoro accade con una certa frequenza di visitare ragazzi e ragazze, in età puberale, che lamentano sintomi somatici inquadrabili come somatoformi (cecità, cefalea, dolori gastrointestinali, astenia, febbre, disturbi dell'apparato locomotore e della sensibilità, sintomi epilettiformi).

In questo periodo della vita, il corpo si trasforma in un luogo di forze incontrollabili e con conseguenze inattese. I ragazzi devono superare lo smarrimento di fronte al proprio corpo sessuale; si sentono aggrediti da forze su cui non esercitano alcun controllo e devono ricostruire una nuova immagine di sé.

Anche in situazione di normalità, l'immagine corporea, come rappresentazione simbolica (tra il fantasmatico e l'elaborazione secondaria) di un confine, perde la sua funzione stabilizzante e protettiva. La possibilità soggettiva di te-

stimoniarsi attraverso il linguaggio è ancora incompleta. Ed essi non riescono a organizzare una propria identità e dar vita a un proprio idioma.

Avviene che cerchino, anche attraverso il corpo, di articolare e organizzare ciò che è dentro di loro.

Con il tempo, se il ragazzo sarà relativamente libero di stabilire il proprio modo di essere e di relazionarsi attraverso ciò che gli fornisce l'ambiente, modellerà e darà forma al proprio mondo in modo originale. Troverà individui più interessanti di altri, attività reali (romanzi, svaghi, interessi) che lo interesseranno più di altre; costruirà nel corso della vita un mondo che, sebbene contenga oggetti che sono in comune con altri, sarà modellato in una forma che è unica e irripetibile.

"Normale significa ampiamente combattuto o temporaneamente malato in così tanti modi che il sé è libero di articolare il proprio modo d'essere e di relazionarsi".

In questo periodo della vita la distinzione fra sintomo psicosomatico, lamentele ipocondriache, conversione isterica e tendenza alla simulazione, è spesso incerta.

Qualunque sia la caratteristica sintomatologica prevalente, si deve tenere presente che i ragazzi di quest'età si servono del corpo e dei sintomi somatici, sia come forma d'espressione delle loro difficoltà sia come mezzo di relazione.

A uno sguardo iniziale, al di là del sintomo presentato, apparirà un soggetto con una sclerosi dell'espressione verbale. Una storia opaca e angustamente realistica, una vita quotidiana senza storia, con zone d'ombra che si percepiscono come interruzioni.

Se gli chiederete di descrivere la sua vita quotidiana, vi presenterà una realtà angusta e fossilizzata, uniforme e priva d'orizzonte.

Il quadro può essere complicato da una compiacenza familiare o da un'ansia eccessiva verso lo stato di salute del ragazzo, con conseguenti sostanziosi benefici secondari.

Oppure il sintomo può manifestarsi sotto forma di un'intensa urgenza che annulla la possibilità imminente di uno spazio di dialogo e mette in scena, attraverso un'abile modalità di rappresentazione, gli eventi del passato.

Le interazioni quotidiane, i rituali familiari si depositano nella memoria procedurale come conoscenze relazionali implicite.

Queste conoscenze relazionali impli-

cite continuano a essere attive nelle successive fasi di sviluppo e non diventano un pensiero cosciente, ma parallelo. Spesso hanno una funzione adattiva, ma possono essere altamente disadattivi in contesti successivi. Se i genitori, per diversi motivi, rinunciano alla funzione di contenere il Sé del proprio figlio ed esigono invece che egli abbia per loro questo compito, scaricando la loro vita interiore su di lui, stabiliscono una legge di famiglia che sostituisce gli *acting out* alla comunicazione e trasforma gli stati mentali in scene in cui il figlio si trasforma in testimone confuso. Il figlio testimone è solitamente ridotto al silenzio fino all'adolescenza, quando anche egli può a sua volta usare il processo di gruppo come una alternativa a quello intrapsichico, trasformando il Sé in un evento che influisce sui membri del gruppo.

Questi ragazzi hanno la sensazione di aver contenuto gli aspetti vulnerabili del Sé dei genitori.

In questo senso i sintomi differiscono sia dall'isteria che dalla patologia psicosomatica. Il ruolo delle relazioni effettivamente presenti e la ricerca di un mezzo di pressione immediata sull'ambiente collocano questi sintomi al di qua dell'isteria (dato che il conflitto isterico è inizialmente e prima di tutto un conflitto interno), ma il lavoro di simbolizzazione, la sofferenza psichica collocano questi al di là della patologia psicosomatica (dato che quest'ultima si sostituisce interamente all'elaborazione psichica ed è caratterizzata principalmente da un pensiero operatorio).

Il legame tra sintomi da conversione e una struttura psichica non è univoco. Il disturbo somatoforme può manifestarsi, in pubertà, come forma particolare di deficit di sviluppo o come espressione di un pensiero molto arcaico o come crisi evolutiva normale.

LA PRESA IN CARICO

I ragazzi con questi sintomi possono presentare strutture nevrotiche o psicotiche o borderline di personalità.

Nel caso di una struttura più di tipo nevrotico si può affermare che i sintomi possono essere passeggeri e transitori; sono più generalmente acuti che cronici; possono non alterare l'autonomia sociale, pur comportando un aumento di dipendenza. Nei soggetti ospedalizzati la remissione avviene nel giro di 2 settimane. Possono esserci recidive in un

quinto o in un quarto dei soggetti entro un anno.

I fattori associati con una buona prognosi comprendono un esordio acuto, presenza di fattori stressanti chiaramente identificabili, un intervallo breve fra l'esordio e il trattamento e una buona intelligenza.

Nella pratica clinica osserviamo con frequenza episodi di somatizzazioni, riconducibili a patologia narcisistica a vari livelli di gravità e che attualmente è più frequente rispetto alle categorie nosologiche classiche (nevrosi e psicosi).

Sempre più spesso, nelle nostre consulenze neuropsichiatriche, ci troviamo di fronte ad adolescenti che, al di là del sintomo manifesto, soffrono della loro difficoltà di esistere. Non riescono ad auto-rappresentarsi e a sentirsi soggetti, percependo un vuoto interno che trascende le normali vicissitudini esistenziali dell'adolescenza. Tale vuoto è sotteso da una povertà di simbolizzazione e da una carenza di identità che testimoniano un fallimento dell'adolescenza in quanto tale (processo di soggettivazione, differenziazione, costruzione di una propria visione del mondo e della propria identità). Il lavoro che richiedono è quello di accoglierli e accompagnarli nel percorso trasformativo delle loro menti e dei loro corpi, facilitando la mobilità del pensiero e fluidificando la tendenza alla rigidità rappresentazionale.

Nelle situazioni borderline o psicotiche i freni alla vita sociale sono più importanti e duraturi. Il ragazzo utilizza il suo corpo fisico per mantenere a distanza la sessualità e lo scompiglio che ne deriva.

Comunque sia la struttura di personalità, la diagnosi clinica di somatizzazione, conversione isterica o simulazione è vissuta più come un attacco aggressivo, un giudizio morale negativo da parte del medico che come una realtà clinica. I ragazzi si sentono fraintesi, non ascoltati e rischiano di rimanere drammaticamente intrappolati fra un destino di malato immaginario (rischio d'organizzazione ipocondriaca) e il bisogno di negare la vergogna della simulazione.

Che cosa si deve tenere presente?

- ❑ Far coincidere una fase evolutiva della vita con un quadro nosografico definito
- ❑ Nell'età evolutiva il sintomo non ha mai carattere statico (dipende dal particolare momento evolutivo, dai mezzi espressivi e cognitivi che mutano con lo sviluppo)

- ❑ Differenziare il sintomo e il comportamento (anche se clamoroso) dal soggetto e dal funzionamento mentale nel suo complesso
- ❑ Gli aspetti relazionali e costruttivi del sintomo (il corpo come strumento d'espressione di una difficoltà e di richiesta di relazione)
- ❑ Il sintomo crea degli impedimenti al funzionamento psichico nel suo complesso
- ❑ Il sintomo disorganizza il funzionamento sociale e di relazione
- ❑ Esistono degli investimenti non conflittuali che sono indenni (potenzialità interne, ambientali e disponibilità alla cura)

A questo scopo è fondamentale un'attenta valutazione del tempo, del luogo e dei mezzi di intervento e della loro durata (cura farmacologica, psicoterapia, ricovero, consulenza). Il nostro lavoro ha un confine che è rappresentato dalle nostre conoscenze, dal paziente nella sua realtà e dall'istituzione in cui operiamo.

È opportuno incontrare il paziente al di là dell'esperienza acquisita e degli schemi precostituiti, là dove si trova e non dove dovrebbe essere secondo la nostra esperienza. Non sempre è possibile un movimento empatico di fondo con un adolescente (non è un elemento sufficiente a determinare un'iniziale "scambio relazionale"). Si può favorire uno scambio chiarificatore che può divenire un atto terapeutico e un presupposto per una futura sua partecipazione alla cura.

I ragazzi con disturbi somatoformi sfidano gli adulti (siano essi i genitori o i medici) a porre fine a questa follia, comprendendo la caricatura. Ma la risoluzione della follia non consiste né nel vietare in termini morali il sintomo, né nell'analizzare tutti i possibili significati di esso, bensì nel dare un idioma al processo (nell'analizzare il processo) e avviare un lavoro di ricontestualizzazione e differenziazione.

Le verbalizzazioni iniziali si limiteranno a descrizioni e discriminazioni superficiali della realtà quotidiana, ricollegabili a urgenze immediate e pratiche.

Insieme s'inizia a costruire una nuova storia che diventa restituzione per il ragazzo e conoscenza per il medico.

Il principio che guida il colloquio deriva direttamente dal lasciare al paziente la massima libertà d'espressione, sulla linea di un'anamnesi associativa.

Il rapporto psichiatra-pediatra-paziente può essere, nei disturbi somatoformi,

MESSAGGI CHIAVE

□ La patologia somatoforme è rappresentata da disturbi fisici che fanno pensare a una condizione medica generale. Un franco disturbo somatoforme è raro prima degli 11-12 anni.

□ Sono inclusi in questa definizione il disturbo di somatizzazione (dolori, sintomi gastrointestinali, sintomi pseudo-neurologici), il disturbo di conversione (deficit di funzioni motorie o sensitive che potrebbero far pensare a una patologia neurologica), il disturbo somatoforme indifferenziato (sostanzialmente una forma meno espressa, che non raggiunge un punteggio definito) e il disturbo algico, in cui il dolore è la preoccupazione principale della vita del paziente.

□ I ragazzi di questa età si servono del corpo per esprimere le difficoltà e il loro linguaggio è povero.

□ La diagnosi clinica di somatizzazione è vissuta da loro come giudizio morale negativo e i soggetti si sentono fraintesi e non ascoltati.

□ I ragazzi con disturbi somatoformi sfidano gli adulti a porre fine alla loro follia. Ma la risoluzione consiste solo nel dare un idioma al processo. Si può favorire uno scambio chiarificatore, che può diventare un atto terapeutico.

□ È difficile che questo si possa realizzare al di fuori di un tessuto di competenze specifico ed è necessaria per questo un'alleanza intelligente tra pediatra e neuropsichiatra.

un problema delicato. Potrebbe essere epistemologicamente falso sostenere un'estraneità a priori del pediatra o dello psichiatra sulla base dell'attribuzione a questo o quel reparto o a quella disciplina (un'attribuzione biologica dell'uno o psicologica dell'altro), perché il ricovero ha in sé entrambi i significati (*Tabella 1*).

I SIGNIFICATI E GLI OBIETTIVI DI UN RICOVERO BREVE NEI DISTURBI SOMATOFORMI

- Un contenimento dell'angoscia dell'adolescente della sua famiglia e un aiuto a elaborarla
- Una funzione protettiva nei confronti dell'adolescente e della sua famiglia
- Un tentativo di arginare il caos e di riequilibrare la situazione
- Un momento di tregua per l'adolescente nei confronti dei suoi conflitti e un aiuto a favorirne l'elaborazione
- Un aiuto a decodificare il significato del sintomo, riportandolo all'interno del suo sviluppo psichico
- L'avvio di una definizione della problematica e della qualità delle interazioni
- La valutazione della possibilità di costruire un progetto terapeutico condiviso
- Tra i fattori che possono rendere efficace il ricovero, non possono essere trascurati i farmaci, correttamente usati
- Questo richiama l'importanza di una corretta diagnosi differenziale

Tabella 1

Dipende esclusivamente dai co-protagonisti della cura sviluppare ed elaborare il giusto significato. Il ricovero può favorire una relazione psicoterapeutica come un parametro temporaneo a significato transizionale. In questo caso l'ambiente internistico è un elemento utile perché gli si affida temporaneamente "quel non detto, quel per ora non pensato", che può esporre se troppo esplicito a rischio, l'adolescente e la relazione con lo psichiatra. Ma la trasformazione del ricovero internistico in alleanza psico-terapeutica è fondamentale e dipenderà dalla capacità di trasformare "il non pensato e il non detto" in elementi significativi. Il ricovero e il disturbo "somatico" entrano così nella relazione psicoterapeutica, e ciò vuol dire comprendere in questa relazione tutto quel lavoro mentale (conscio e inconscio) che lo psicoterapeuta, il pediatra e l'adolescente fanno rispetto al sintomo.

Il paziente presenta il corpo come un oggetto che richiede accudimento, ciò significa che è alla ricerca di un altro che lo accudisce e che considera il cor-

po come un oggetto afflitto e bisognoso di un continuo ristabilimento.

La denigrazione dell'adolescente con un falso disturbo fisico, perché spreca il tempo del medico, è male indirizzata: usare il corpo come un'occasione per manifestare la propria sofferenza e ricevere in cambio cure e attenzione sarebbe un uso sorprendentemente preciso del medico. Il diritto di ciascuno a dichiarare se stesso.

Bibliografia di riferimento

- Ammaniti M. Manuale di psicopatologia dell'adolescenza. Milano: R. Cortina ed, 2001.
 Bolas C. Isteria. Milano, R. Cortina ed, 2002.
 Marty P, Muzan M, David C. L'indagine psicosomatica. Torino: Boringhieri, 1971.
 Marcelli D, Braconnier A. Adolescenza e psicopatologia. Milano: Biblioteca Masson, 1999.
 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-IV). Milano: Masson, 1995.

IL DISTURBO SOMATOFORME E FITTIZIO

La storia di 4 casi

FEDERICO MARCHETTI*, MARZIA LAZZERINI*, RENATA ALIVERTI^o,
ALESSANDRO VENTURA*

*Clinica Pediatrica, IRCCS "Burlo Garofolo", Università di Trieste

^oUnità Operativa di Neuropsichiatria Infantile, IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

SOMATOFORM DISORDERS AND FACTITIOUS ILLNESS: THE CLINICAL PRESENTATION OF FOUR CASES (Medico e Bambino 2004;23:377-381)

Key words

Somatiform disorders, Factitious illness, Children, Adolescents

Summary

Somatiform disorders are common among children and adolescents. The authors describes the clinical history of 4 out of 8 cases with somatiform or factitious disorders referred to the Hospital during a period of one year (total number of admission: 130). Abnormal psychosocial situations were found to be associated with onset and course of the disorders in all cases. The level of school absenteeism in adolescents with somatiform disorder is remarkably higher than that reported in other chronic diseases. In some cases, physicians and the health care system play a significant role in reinforcing somatisation by patients. It is recommended that paediatricians include illness falsification by the child and adolescent patients in the differential diagnosis of persistent and unexplained medical condition, along with somatisation and malingering by proxy.

Questa lettura è complementare alle altre due del Focus; anzi ne è parte integrante, in quanto definisce la connotazione dei disturbi descritti a partire da quattro storie diverse, ma che hanno un elemento comune: quella del bambino, anzi più frequentemente dell'adolescente, che non ha un problema inquadrabile in una diagnosi di "organicità". Ma di fronte a un adolescente che finge o che ha un disturbo somatiforme, molto spesso definire il problema semplicemente come non organico può essere sbagliato e fuorviante. È noto che curare un adolescente con una patologia riconducibile nell'ambito del disturbo somatiforme è spesso molto più difficile che affrontare una patologia che ha chiari sintomi ed esami di laboratorio di conforto all'ipotesi di organicità. Saper affrontare un disturbo che ha a che fare con il "malingering" (termine improprio, che connota in modo generico "il male di vivere") presuppone innanzitutto una adeguata conoscenza e classificazione del problema (Tabella I)^{1,2}, a cui deve seguire l'adozione di "un progetto"

da esplicitare al paziente e alla famiglia. L'atteggiamento opposto, quello di mancato riconoscimento o al contrario di banalizzazione del problema, rischia di mantenere in piedi un vissuto di malattia che non trova risposte, con il conseguente ricorso al doctor-shopping o a tentativi in soluzioni artificiose e controproducenti (ulteriori esami, terapie improprie ecc).

L'EPIDEMIOLOGIA DEI PROBLEMI

È poco conosciuta. Basti pensare che una recente revisione del problema sulle malattie fittizie³ riporta in letteratura la descrizione di solo 42 casi, con una età media di 13,9 anni (range 8-18 anni), di cui 7 casi su 10 di sesso femminile. I problemi più frequentemente riportati sono la febbre, la chetoacidosi, la porpora, le infezioni. Il confine tra un quadro prodotto o simulato intenzionalmente al fine di assumere un ruolo di malato è spesso sfumato rispetto al ruolo attivo svolto da persone esterne (di solito i genitori), producendo in questo caso la connotazione di una "sindrome di Munchausen per procura". La durata media della falsificazione risultava essere di 16 mesi.

Poche informazioni sono disponibili sulla reale rilevanza epidemiologica dei disturbi somatiformi.

DISTURBI SOMATOFORMI

- **Disturbo di somatizzazione** (storicamente collegato all'isteria o sindrome di Briquet)
È un disturbo polisintomatico che inizia prima dei 30 anni, dura almeno alcuni anni, ed è caratterizzato dalla coesistenza nella storia di sintomi dolorosi (ad almeno quattro localizzazioni), disturbi gastrointestinali (almeno due diversi dal dolore), sessuali o riproduttivi (almeno uno diverso dal dolore), e neurologici (almeno uno diverso dal dolore)
- **Disturbo somatiforme indifferenziato**
È caratterizzato da lamentele fisiche non giustificate e dura almeno 6 mesi, ma non raggiunge la soglia per la diagnosi di disturbo di somatizzazione
- **Disturbo di conversione**
Comporta sintomi ingiustificati di deficit riguardanti le funzioni motorie volontarie o sensitive; fattori psicologici appaiono collegati con i sintomi o i deficit
- **Disturbo algico**
È caratterizzato da dolore come sintomo principale
- **Ipocondria**
È la preoccupazione o la convinzione di avere una grave malattia, basata su un'erronea interpretazione di sintomi o funzioni corporee
- **Disturbo del dimorfismo corporeo**
È la preoccupazione riguardante un difetto presunto o sopravvalutato dell'aspetto fisico.
- **Disturbo somatiforme non altrimenti specificato**
Incluso per registrare i disturbi con sintomi altrimenti non classificabili in nessuno dei disturbi somatiformi specifici

Tabella I

CRITERI DIAGNOSTICI SECONDO IL DSM-IV PER IL DISTURBO SOMATOFORME INDIFFERENZIATO

- A. Una o più lamentele fisiche: stanchezza, perdita di appetito, sintomi gastrointestinali (ad es. meteorismo, nausea, vomito, intolleranze alimentari), sintomi urinari (ad es. disturbi alla minzione), dolore
- B. O l'uno o l'altro di 1 e 2
 - 1. Dopo le appropriate indagini i sintomi non possono essere spiegati con una condizione medica conosciuta o con gli effetti diretti di una sostanza (ad es. droga o medicinale)
 - 2. Quando c'è una condizione medica associata le lamentele fisiche e la menomazione sociale o lavorativa conseguente sono sproporzionate rispetto a quanto ci si dovrebbe aspettare dalla storia, dall'esame fisico o dai reperti di laboratorio
- C. I sintomi causano disagio clinicamente significativo o menomazione del funzionamento sociale, lavorativo o altre importanti aree
- D. La durata del disturbo è di almeno 6 mesi
- E. L'alterazione non risulta meglio spiegabile con un altro disturbo mentale
- F. I sintomi non sono prodotti o simulati intenzionalmente (disturbo fittizio o simulazione)

Tabella II

Nella esperienza della Clinica Pediatrica di Trieste, durante un periodo di un anno, sono stati ricoverati 130 pazienti, di cui 8 (6%) con un disturbo fittizio o somatoforme⁴.

Anche la storia naturale di questi disturbi è poco conosciuta: di solito è di lunga durata, con un decorso dei singoli sintomi spesso imprevedibile.

Il disturbo somatoforme: il caso di Gloria (Tabella II)

Gloria è un ragazza di 15 anni. La sua storia inizia circa 5 mesi prima del 1° ricovero ed era caratterizzata da: a) una *sintomatologia algica* con localizzazioni diverse: addominale, di solito in fossa iliaca sx, con carattere di ricorrenza; alla testa, tipo muscolotensiva, insorta qualche anno prima, per la quale ha eseguito diverse terapie (era in trattamento in quel momento con vitamine del complesso B, *oxitriptano*, *metergolina*); alla schiena, al torace, ai muscoli, con carattere migrante a volte puntorio; b) *sintomatologia gastrointestinale*: in aggiunta al dolore, con vomito (riferiva di chiudersi in bagno per vomitare); c) *sintomi riferibili alla sfera sessuale*: con mestruazioni irregolari e quando presenti molto dolorose con importante sanguinamento; d) *sintomi pseudo-neurologici*, con ftofobia, visione offuscata, stanchezza, a volte disturbi nella deglutizione.

Per la sintomatologia riferita la ragazza stava frequentando molto poco la scuola ed era stata bocciata l'anno pre-

cedente. La storia clinica e la negatività di semplici esami eseguiti in passato e in occasione del ricovero (indici di flogosi, ecografia addominale e pelvica, fundus oculi) erano fortemente orientative per una diagnosi di disturbo somatoforme indifferenziato. Durante il breve ricovero, Gloria ha riferito dolori addominali di breve durata che si sono risolti con la somministrazione del placebo.

La valutazione neuropsichiatrica aveva confermato la diagnosi. Dal colloquio con la ragazza e con la mamma erano emersi elementi di insoddisfazione riguardo all'accettazione del proprio corpo e alle relazioni con gli amici. Era presente inoltre una importante conflittualità tra Gloria e la madre.

Il programma intrapreso era stato quello di esplicitare con Gloria e con i genitori i termini del problema (di che cosa si tratta, necessità di chiudere con una ipotesi di organicità dei disturbi riferiti) e di adottare un approccio inizialmente individuale di supporto psicologico da parte dei servizi competenti nel luogo di residenza della ragazza. Di questo abbiamo parlato con il medico di famiglia e con i servizi territoriali.

Il programma definitivo era stato iniziato ma con risultati parziali. Gli ostacoli erano di due tipi: a) una mancata accettazione da parte della ragazza del programma intrapreso (colloquio con la psicologa); b) una non completa consapevolezza da parte della madre della diagnosi formulata, con il ricorso a una

nuova valutazione ginecologica.

La ragazza è stata di nuovo ricoverata (su insistenza della madre) dopo sei mesi.

Dal precedente ricovero Gloria era stata decisamente meglio per quanto riguarda la sintomatologia addominale (non ha più riferito dolori). Come sintomo nuovo venivano riferiti dolori agli arti, in particolare alle caviglie, a livello della cresta iliaca dx. I dolori erano fugaci e non associati a una chiara dimostrazione di segni di artrite. I dolori avevano per sede, modalità di presentazione (a fitte), un carattere di assoluta atipicità. Persistevano inoltre il vomito e la cefalea, senza evidenza che si trattasse di emicrania.

Il programma intrapreso in occasione del precedente ricovero è stato ribadito come "unica soluzione" al problema. Il grado di consapevolezza da parte della ragazza e dei genitori ci era sembrato decisamente migliore, in quanto alcuni risultati "si erano visti". A distanza di tempo abbiamo saputo che Gloria riesce a sopportare meglio i suoi disturbi, e che vuole iniziare a lavorare, distaccandosi per un certo periodo dai genitori (desiderio di andare a lavorare all'estero dagli zii).

Commento: la storia di Gloria è esemplificativa del disturbo somatoforme, rientrando nei criteri diagnostici del DSM-IV e anche in quelli, leggermente differenti, dell'ICD 10. La distinzione è più semantica che in termini di implicazioni pratiche. Il disturbo somatoforme indifferenziato si distingue dal disturbo di somatizzazione per il fatto che questo richiede una molteplicità di sintomi per la durata di alcuni anni. Nella diagnosi differenziale che ha implicazioni pratiche vanno considerati gli altri disturbi che includono lamentele fisiche e in particolare i disturbi depressivi, i disturbi d'ansia ed i disturbi dell'adattamento. Al contrario del disturbo somatoforme indifferenziato, i sintomi fisici dei disturbi fittizi e della simulazione sono prodotti o simulati intenzionalmente.

Il riconoscimento è il primo passo fondamentale per poter rendere esplicito un programma di comprensione del problema e di supporto terapeutico. Il disturbo somatoforme ha a volte una lunga durata, con sintomi che si modificano nella loro connotazione e grado di espressività. Il programma (difficile a volte) che deve essere intrapreso consiste in una presa in carico competente da parte di figure professionalmente ade-

guate. Gli approcci possono essere di supporto psicologico individuale, familiare, di terapia cognitivo-comportamentale^{5,6}.

Il disturbo fittizio: il caso di Lorenzo (Tabella III)

Lorenzo è un ragazzo di 13 anni che frequentava la II media, senza precedenti anamnestici di rilievo. I sintomi clinici che hanno consigliato il ricovero erano comparsi 2 mesi prima, con febbre alta, rinite, tosse secca e poi catarrale. L'episodio descritto era durato circa 7 giorni. In seguito c'era stato un episodio di gastroenterite di 3-4 giorni con vomito e diarrea.

A breve distanza da questi episodi veniva riferita la comparsa di febbre, con andamento capriccioso, senza chiari segni di localizzazione. Era stata indicata terapia con azitromicina, senza risposta clinica. Erano poi comparsi dolori al fianco dx, alla radice della coscia, con a volte formicolio alle mani. Per la presenza della febbre Lorenzo non frequentava la scuola nell'ultimo periodo. Venivano riferite difficoltà scolastiche che preoccupavano abbastanza il ragazzo. Da un punto di vista obiettivo non vi erano elementi di rilievo indicativi di patologia organica. Gli esami di laboratorio eseguiti (indici di flogosi, emocromo, Mantoux ed ecografia addominale) erano risultati nella norma. La febbre (presente il giorno antecedente il ricovero) non è stata riscontrata durante la breve degenza. La storia clinica di per sé non sembrava orientativa per una patologia organica: questo per il carattere capriccioso della febbre, la durata da circa un mese con condizioni cliniche di benessere, i sintomi associati. Abbiamo parlato con il ragazzo e con la madre sulla necessità di chiudere definitivamente l'ipotesi di organicità.

Il consiglio è stato quello di "resistere" a qualsiasi tentazione di utilizzare di nuovo il termometro. I problemi che Lorenzo stava vivendo sono stati meglio definiti ed esplicitati con il ragazzo e i genitori dopo un colloquio neuropsichiatrico; vi era una componente ansiosa dovuta in parte alle difficoltà scolastiche. Il progetto è stato quello di parlare con gli insegnanti per cercare di definire i margini di soluzione del problema. Nel caso in cui non vi fosse stato un miglioramento della sintomatologia riferita sarebbe stato necessario ricorrere a un supporto psicologico strutturato. Il pediatra di famiglia ha condiviso il programma concordato e a distanza di qual-

CRITERI DIAGNOSTICI SECONDO IL DSM-IV PER IL DISTURBO FITTIZIO

- A. Produzione o simulazione intenzionale di segni o sintomi fisici o psichici.
- B. La motivazione di tale comportamento è di assumere il ruolo di malato
- C. Sono assenti incentivi esterni (vantaggio economico, sfuggire a responsabilità legali, come nella Simulazione).

Si distinguono tre forme: sintomi psichici predominanti, sintomi fisici predominanti, combinate.

Tabella III

che mese ci ha informato che le cose andavano decisamente meglio (a volte erano presenti dolori addominali, non più febbre).

Il disturbo fittizio: il caso di Stefania (Tabella III)

Stefania, quando viene ricoverata la prima volta, aveva 17 anni. La sua storia può essere così riassunta. Due anni prima, per circa 6 mesi, episodi di febbre della durata di 10-12 giorni, senza altra sintomatologia associata. Dopo un periodo di benessere di alcuni mesi, la sintomatologia febbrile si era ripresentata, sempre alternata a periodi di completo benessere. Recentemente erano comparsi vaghi dolori addominali, riferiti come una "puntura di spillo", localizzati all'emicolon dx. Per questa sintomatologia era stata ricoverata in due occasioni presso altro presidio ospedaliero: aveva eseguito una EGDS e colonscopia (nella norma), esami ematochimici negativi; in entrambe le occasioni la febbre era "scomparsa" dopo l'ingresso in ospedale. Durante la degenza vi sono alcuni elementi che ci colpiscono. Il primo riguarda la ragazza. Stefania è una bella ragazza, che pur non frequentando la scuola durante i periodi di febbre, dice di avere un ottimo profitto. Aveva una vita relazionale riferita molto intensa, con tanti interessi, con un legame sentimentale con un ragazzo di alcuni anni più grande di lei. Non sapeva spiegarsi i motivi dei sintomi che riferiva, ma diceva di non essere preoccupata, e sfidava chiunque a capirne la natura ("tanto non si capirà mai"). I genitori avevano un ruolo molto diverso: a) la madre riportava nel dettaglio i sintomi che la figlia presentava, con una ricca documentazione; b) il padre era silenzioso e quasi "marginale" nelle dinamiche tra madre e figlia.

Ci siamo dati un tempo di osservazione assicurando sulla natura non organica del problema. Nella lettera di dimis-

sione si riportava: «...esistono delle febbri ricorrenti (o presunte tali) che, per quanto uno voglia cercare, non danno segni di sé, non danno segni di malattia come comunemente siamo abituati a pensare. Sono le febbri che improvvisamente spariscono, che impediscono di andare a scuola, che hanno esami negativi. Noi pensiamo che Stefania abbia questo tipo di febbre. Questa è una patologia non convenzionale, ma che rappresenta un problema per la ragazza in primo luogo, ma anche per la famiglia e i medici che di volta in volta vengono consultati. Di fronte ad una situazione come questa i consigli che possono essere dati sono semplici, ma occorre crederci. Occorre in primo luogo che Stefania ci creda e abbia la forza per farlo. I consigli sono di non misurare più la febbre, di convivere con i disturbi che inizialmente continuerà ad avere, di affidarsi per la sua salute a se stessa (è sufficientemente grande per farlo), di continuare ad andare a scuola nonostante ci sia qualcosa che sia contrario a questa possibilità.

Qualunque altra strada è per noi rischiosa, in quanto può innescare meccanismi dai quali è difficile uscire. Stando così le cose (dopo aver pensato a tutte le cause organiche possibile spiegazione della febbre di Stefania), la presente lettera vuole avere un carattere conclusivo, ed è coraggioso e doveroso porsi in questa prospettiva; altrimenti si rischia l'ulteriore ricorso a strutture mediche e a tutto quanto di controproducente potrebbe venirne. Con Stefania possiamo mantenere un filo diretto che può aiutarla a risolvere i dubbi e le difficoltà che dovesse presentare. Nel caso in cui insieme non trovassimo la strada di risoluzione del problema l'aiuto dovrebbe venire da persone in grado di andare meglio a fondo nelle dinamiche che abbiamo cercato di riportare nella presente lettera. Delle cose dette abbia-

mo parlato con Stefania in primis e anche con la madre. Le strategie operative univoche e di “vero ottimismo” (fuori dalla malattia) possono essere un primo passo decisivo per la soluzione del problema».

Rivediamo Stefania a distanza di circa 15 giorni dal ricovero, per la presenza di due episodi isolati di emottisi: il primo verificatosi durante il sonno, il secondo a scuola dopo un colpo di tosse. Escluso in entrambe le occasioni che vi fossero dei sanguinamenti in atto a livello nasale o a livello orofaringeo.

All'ingresso Stefania era in buone condizioni generali; non evidenza di sanguinamento in atto o di esiti a livello orofaringeo, nasale o auricolare. Nulla da segnalare a carico di cuore, torace e addome. Non aveva tosse. Escludiamo quindi che vi possa essere un coinvolgimento respiratorio, con un Rx torace che risulta nella norma. Negativa la visita ORL. Anche gli esami ematochimici tranquillizzano ancora una volta sulla benignità di tale quadro (emocromo, indici di flogosi, coagulazione: tutti nella norma). Mantoux negativa.

L'atteggiamento di Stefania e della madre era cambiato. Era un atteggiamento di sfida, del tipo: non abbiamo creduto alle vostre parole e ora questo evento drammatico che è successo è la conferma di qualcosa di grave (ma Stefania continuava a essere non preoccupata). Qualsiasi “aggancio” risultava essere difficile. Il medico di famiglia e l'Ospedale di riferimento erano consapevoli delle nostre conclusioni (erano anche le loro), ma si sentivano “invischiati” da una dinamica relazionale con la famiglia difficile. Prima della dimissione, la madre di Stefania ci ha annunciato che aveva contattato un Primario di fama che era disponibile, nel caso in cui il problema si fosse ripresentato, a ripetere una EGDS (ed eventualmente una broncoscopia).

Commento: si tratta di due casi di disturbi fittizi molto diversi. Il primo è quello più comune da incontrare. Si tratta di ragazzi in epoca adolescenziale o preadolescenziale che producono intenzionalmente un sintomo (di solito la febbre) che non ha una causa organica. Di solito segue un episodio “vero” infettivo. La storia di questi disturbi è variabile ed in alcuni casi autolimitante (come nel caso di Lorenzo), ma può assumere anche un andamento cronico/recidivante. Si distingue dal disturbo somatoforme in quanto in questa situazione i sintomi

non vengono prodotti intenzionalmente.

Nel secondo caso il disturbo fittizio assume delle connotazioni di gravità, in quanto la famiglia ha rifiutato qualsiasi spiegazione, rimanendo “chiusa” in un modello di finzione che trova, come succede spesso, molti ambiti di incomprensione. Di fronte a questi casi spesso ci si trova di fronte a una complicità (più o meno esplicita) tra il ragazzo/a e uno dei componenti familiari, configurando un modello di sindrome di Munchausen per procura.

Il disturbo fittizio per procura: il caso di Andrea (Tabella IV)

Andrea è un bambino di 4 anni, terzogenito. I suoi problemi iniziano all'età di due anni, quando compaiono sulle gambe dei noduli sottocutanei in sede pretibiale, dapprima a sx e successivamente anche a dx. Dopo un mese le lesioni regrediscono con esiti in macchie iperpigmentate. Le lesioni non sono dolenti né pruriginose. Successivamente compaiono a livello degli avambracci e del dorso. Queste lesioni con aspetto contusiforme (mai viste, con carattere eritematoso) recidivano con andamento capriccioso e rapida risoluzione. Esisteva a riguardo una dettagliata documentazione fotografica eseguita dai genitori.

Dopo sei mesi Andrea inizia a presentare episodi febbrili con temperatura variabile da 37,5 a 38°C, accompagnati a volte da artralgie con impotenza funzionale riferita, della durata estremamente breve di 3-4 ore (non si faceva in tempo a far vedere il problema al medico per la fugacità delle manifestazioni). Gli episodi febbrili erano documentati da grafici dettagliati riportati dalla madre.

Successivamente, si verifica comparso di mioclonie, dapprima riferite solo alle cosce e in seguito generalizzate (soprattutto notturne). I diversi EEG eseguiti (anche durante il sonno) hanno dato esito negativo.

Per questi problemi ha eseguito alcuni ricoveri, nei quali non è stato possibile arrivare a una conclusione diagnostica in termini di organicità.

Il giorno antecedente al ricovero, Andrea avrebbe avuto febbre. Obiettività nella norma, fatta eccezione per la presenza di lesioni, tipo lividi, a livello tibiale sia di dx che di sx. Tappe dello sviluppo perfettamente adeguate per l'età del bambino. Non segni di artrite né di limitazione funzionale (il bambino corre ed è vivace).

Durante il ricovero la febbre non è stata più documentata e gli indici di flogosi (che ci attendevamo positivi) sono risultati perfettamente nella norma. Nella norma l'emocromo, negativo il TAS, negativa la Mantoux (pensando a un eritema nodoso). Negativa l'ecografia addominale, in particolare rivolta a escludere un ispessimento delle anse intestinali (indicative per MICI).

La lunga storia, la negatività degli esami più volte ripetuti, ci ponevano nella condizione di escludere una causa organica dei disturbi riferiti. Di questo abbiamo parlato apertamente con i genitori. La reazione della madre è stata di pianto e di dichiarazione di una totale incomprensione da parte dei medici (“nessuno mi crede”). Abbiamo segnalato il caso ai servizi di competenza del luogo di residenza che ci avevano inviato il bambino per una “conferma” dei loro sospetti. Prima di una formale segnalazione del caso all'Autorità giudiziaria, il programma è stato quello di prendersi carico della madre (in una prospettiva rivolta a capire le problematiche e le possibilità di “recupero”), che era la persona che in modo più o meno deliberato riferiva sintomi inesistenti o produceva al bambino segni interpretati come di malattia (le ecchimosi).

Commento: il caso descritto rientra nella sindrome di Munchausen per procura, configurando una condizione di mal-

CRITERI DIAGNOSTICI SECONDO IL DSM-IV PER IL DISTURBO FITTIZIO PER PROCURA

- A. Produzione intenzionale o simulazione di segni o sintomi fisici o psichici in un'altra persona che è affidata alle cure del soggetto.
- B. La motivazione per il comportamento del soggetto responsabile è quella di assumere per interposta persona il ruolo del malato
- C. Sono assenti incentivi esterni
- D. Il comportamento non risulta meglio attribuibile a qualche altro disturbo mentale

Tabella IV

trattamento^{7,8}. I perpetratori possono mostrare menzogna patologica (o pseudologia fantastica) quando descrivono le esperienze quotidiane o richiedono cure mediche per la vittima. Essi hanno spesso notevole esperienza nel campo della salute (la madre di Andrea era una operatrice sanitaria). Spesso solo il distacco del bambino dalla famiglia è in grado di risolvere il problema, iniziando in questo modo un vero programma di aiuto per tutta la famiglia (a riguardo vedi la letteratura specifica)⁹.

CONCLUSIONI

Di fronte a un bambino o adolescente che ha un disturbo non inquadrabile in una causa organica, il primo passo fondamentale da parte del pediatra di famiglia è quello di chiudere il problema per quanto riguarda gli accertamenti e le cure mediche che spesso inutilmente vengono riproposte e perpetuate⁵.

La formalizzazione della diagnosi richiede a volte il supporto dell'Ospedale di riferimento (in un programma concordato), durante un breve ricovero che ha la funzione di capire meglio e interrompere un circolo vizioso.

Molto spesso il confine tra un distur-

bo fittizio e un disturbo psicosomatico somatoforme è sfumato, difficile da percepire in prima istanza. Una funzione fondamentale, in alcuni casi, è quella svolta del neuropsichiatra, la cui figura deve essere presentata al paziente ed alla famiglia come di "competenza specifica" per la cura del problema, in alcuni casi prendendo come riferimento un sintomo guida (ad esempio la cefalea) per un aggancio che non crei un possibile rifiuto.

L'attenzione al ruolo svolto dalla famiglia nelle dinamiche che stanno alla base del disturbo è fondamentale per la formalizzazione del programma terapeutico, che tuttavia non trova in letteratura delle evidenze forti in termini di risultati basati su studi clinici controllati.

Le frustrazioni nella cura di questi pazienti sono spesso la regola. Il rifiuto di una presa in carico responsabile è d'altra parte una delle cause di un girovagare delle famiglie: senza comprensione, senza un margine vero di aiuto.

Bibliografia

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition (DSM-IV). Washington DC,

APA, 1994 (trad. it. basata sulla "Versione internazionale con i codici dell'ICD-10 del 1995: DSM IV. Manuale diagnostico statistico dei disturbi mentali, 4° edizione. Milano: Masson, 1995).

2. World Health Organization. Pocket guide to the ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders-Churchill Livingstone, 1994 (trad. it. ICD 10. Classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali. Descrizioni cliniche e direttive diagnostiche -CDCG. Criteri diagnostici per la ricerca -DCR. Milano: Masson, 1997).

3. Libow JA. Child and adolescent illness falsification. *Pediatrics* 2000;105 (2):336-42.

4. Cerchio R, Brondello C, Lenhardt A, Gagliardo A, Barbi E, Aliverti R, Marchetti F. Il malingering come causa di ricovero ospedaliero. *Medico e Bambino* 2002;6:391; pag. elettroniche: www.medicoebambino.com

5. Campo JV, Fritz G. Management model for pediatric somatization. *Psychosomatics* 2001;42(6):467-76.

6. Di Pietro M. La psicoterapia cognitivo-comportamentale in età evolutiva. *Medico e Bambino* 2003; 22(suppl. 1):40-5.

7. Thomas K. Munchausen syndrome by proxy: identification and diagnosis. *J Pediatr Nurs* 2003;18(3):174-80.

8. Gushurst CA. Child abuse: behavioral aspects and other associated problems. *Pediatr Clin North Am* 2003;50(4):919-38.

9. Marchetti F, D'Andrea N, D'Eramo A. L'abuso intrafamiliare all'infanzia. *Quaderni acp* 1997;1:26-30.

MeB

CASI INDIMENTICABILI IN PEDIATRIA AMBULATORIALE

Vicenza, venerdì 11 febbraio 2005 - Hotel Jolly Tiepolo

- 9.00** **Prima sessione** (8 casi)
Moderatori: A. Ventura, L. Zancan
- 11.00** *Coffee-break*
- 11.30** **Seconda sessione** (8 casi)
Moderatori: G. Longo, G. Maggiore
- 13.30** *Colazione di lavoro*
- 14.30** **Terza sessione** (8 casi)
Moderatori: M. Rabusin, F. Marchetti
- 16.30** *Coffee-break*
- 17.00** **4 casi ambulatoriali visti dagli specialisti**
Moderatori: F. Fusco, D. Sambugaro
di Pronto Soccorso (A. Lambertini)
di Reumatologia (L. Lepore)
di Nefrourologia (M. Pennesi)
di Chirurgia pediatrica (J. Schleef)

COMITATO SCIENTIFICO

Isabella Giuseppin
Giorgio Longo (longog@burlo.trieste.it)
Alessandro Ventura (ventura@burlo.trieste.it)
Istituto per l'Infanzia IRCCS "Burlo Garofolo"
Via dell'Istria 65/1 - 34137 Trieste
Tel. 040 3785361 fax 040 3785362
Fabrizio Fusco (fuscosam1@tin.it)
Daniela Sambugaro, ARP - Vicenza

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Quickline Traduzioni&Congressi
via S. Caterina da Siena, 3 - 34122 Trieste
Tel. 040 773737-363586 fax 040 7606590
e-mail: congressi@quickline.it www.quickline.it



PER QUESTO CONGRESSO SARANNO RICHiesti I CREDITI FORMATIVI (ECM)