

Il sintomo somatico di natura non organica

PAOLA COSTA, CATERINA ZANUS

SCO di Neuropsichiatria Infantile e Neurologia Pediatrica, IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

Una bella lettura: il contraltare, anzi il completamento, in chiave relazionale, rispetto all'approccio medico, sia pure rivolto all'esclusione dell'organico, del lavoro di Primavera e Magazzù, sui criteri di Roma III pubblicato su questo numero a pag. 289. Entrambi i testi hanno strettamente e quotidianamente a che fare con la pratica professionale e vanno letti con attenzione e partecipazione.

... Quando una costellazione di sintomi o la loro intensità appaiono al pediatra eccessive rispetto a ciò che potrebbe essere spiegato da una condizione medica induce a pensare a fattori emotivi sottostanti...

Alcuni bambini giungono all'attenzione del pediatra con sintomi o con intense e persistenti lamentele somatiche (tipicamente sintomi intestinali, dolori addominali, cefalea, astenia), la cui intensità o la cui costellazione sono eccessive, non spiegabili da una condizione medica. Il pediatra sospetta che la condizione rifletta fattori emotivi sottostanti. Se essa è passeggera, si risolve e non si ripresenta, non ci si preoccupa. Molto spesso fortunatamente è così.

La cronicizzazione o la ripetizione di sintomi e/o di lamentele che non trovano una spiegazione eziologica organica spesso condizionano le normali attività quotidiane del bambino, in senso restrittivo e qualitativo, e assumono quindi rapidamente la condizione di "malattia".

L'approccio a questa condizione varia considerevolmente. Quando un medico con un orientamento fortemente "biologico" (*biomedical approach*) non trova evidenza di patologia organica, rassicura i genitori sull'assenza di malattia; può consigliare una valutazione psichiatrica, con l'implicazione che ciò

PHYSICAL SYMPTOMS WITHOUT EVIDENCE OF SOMATIC AETIOLOGY

(*Medico e Bambino* 2011;30:296-300)

Key words

Psychosomatics, Development, Doctor-patient relationship, Children, Adolescence

Summary

Physical symptoms without evidence of somatic aetiology are common events in children and adolescents; sometimes they may be challenging for the paediatrician. The diagnosis usually comes when an organic pathology has been excluded and must be reinforced looking for the presence of some "key findings". Moreover, like in other medical illnesses, in this context it is very important to consider the interplay of symptoms and child development. The relationship among school attendance, learning and psychiatric problems (particularly anxiety and depression) must be precociously delineated because the level of derived functional impairment influences the prognosis. The presence of more than one symptom, their persistence, the association with school and social impairment often constitute a severe situation for the child, the family and the paediatrician. A very long history of multiple medical opinions, diagnostic tests and hospitalization contribute to the child distress and limitations. In presence of physical symptoms without evidence of somatic aetiology, the relationship among child, the family and paediatrician has a central role in the communication of the diagnosis and can be the first therapeutic action.

che non è malattia del corpo è malattia della mente¹.

Raramente questa comunicazione risponde alle aspettative: non ricevere una diagnosi di malattia, in presenza di una condizione che spesso è funzionalmente invalidante, quindi impegnativa da affrontare quotidianamente, può determinare sorpresa, incertezza, senso di abbandono e quindi maggiore preoccupazione.

Il riferimento a un approfondimento psichiatrico, con l'implicazione che i sintomi riportati per il medico non sono "reali", può determinare la sensazione di non essere stati capiti, di non

essere creduti se non feriti, scontento e infine rifiuto. Con queste difficoltà di incontro iniziale spesso comincia una storia - che può diventare anche molto lunga - di visite, di esami, a volte di ricoveri che, rincorrendo una spiegazione medica alla quale diventa progressivamente più difficile rinunciare, peggiorano le limitazioni del bambino, facendolo sentire sempre più malato.

La relazione con il medico, soprattutto per questo tipo di pazienti, è tuttavia un punto centrale e non consapevole: la comunicazione della diagnosi assume quindi la connotazione di primo atto terapeutico.

QUANDO PENSARE A UN SINTOMO SOMATICO DI NATURA NON ORGANICA

La diagnosi si pone abitualmente al termine del processo di esclusione di una malattia organica; essa può essere rinforzata dalla presenza di alcuni elementi "chiave", che - va ricordato - possono essere singolarmente associati a malattie fisiche²:

- una relazione temporale con un evento stressante (perdita o morte di un componente della famiglia, conflitto di coppia nei genitori, separazioni familiari);
- la presenza di comorbidità per una malattia psichiatrica (ansia, depressione);
- una storia familiare in cui sono presenti disturbi di somatizzazione;
- l'evidenza di un rinforzo familiare o sociale del sintomo;
- il non rispetto da parte del sintomo di regole anatomiche e fisiologiche;
- la risposta al trattamento psicologico, alla suggestione, al placebo.

La presenza di difficoltà scolastiche può essere un elemento clinico molto rilevante, e queste vanno sempre ricercate da fonti di informazioni diverse (genitori ma anche personale della scuola)². La presenza di un disturbo dell'apprendimento può rinforzare l'assenza da scuola³.

La somatizzazione può avere la funzione di fornire un'ovvia spiegazione del perché il bambino non è in grado di "funzionare", secondo le aspettative⁴.

C'è una certa variabilità nel grado di preoccupazione espressa dal bambino e dalla sua famiglia; alcuni bambini appaiono esplicitamente spaventati dal fatto che si possa non riconoscere una malattia fisica, altri chiedono una soluzione ai loro sintomi per ritornare a una vita normale (Tabella I).

Sono comuni la presenza di difficoltà di separazione e un atteggiamento di iperprotettività da parte dei familiari.

I rapporti tra disturbi somatici di origine non organica, frequenza scolastica, problemi psichiatrici (in particolare ansia, depressione) vanno delineati precocemente, poiché il grado di im-

"IL BAMBINO CON DISTURBO PSICOSOMATICO" SECONDO IL MANUALE DIAGNOSTICO PSICODINAMICO

Lo stato affettivo ... il bambino ha un aspetto stressato e sofferente	I pensieri ... sono focalizzati sul sintomo (preoccupazioni più o meno specifiche ed elaborate a seconda dell'età)
Le relazioni ... possono essere "ragionevolmente intatte" o dimostrare gravi caratteristiche regressive	Lo stato somatico ... può anche coesistere una patologia medica non diagnosticata

Tabella I

pairment che ne deriva è variabile ed esso influenza la prognosi.

L'assenza da scuola può avere conseguenze negative dal punto di vista sociale, con perdita delle relazioni tra coetanei, isolamento e difficoltà accademiche⁵.

LA TEORIA

Le teorie che hanno affrontato il problema dei sintomi somatici di natura non organica sono numerose; esse si sono modificate nel tempo, alcune sono diventate delle discipline a sé in ambito medico (la psicanalisi, la medicina psicosomatica, la psiconeuroendocrinologia)⁶.

Le condizioni cliniche in cui il soma partecipa a una sofferenza psichica includono disturbi diversi (sintomi di conversione, disturbi somatoformi, disturbi psicosomatici, disturbi fittizi), classificati in modo diverso in relazione al modello di riferimento e in cui il nome della malattia viene talora identificato con il presunto processo che la determina ("somatizzazione", "conversione").

La distinzione tra sintomi somatici funzionali, disturbo somatoforme, disturbo di conversione, disturbo psicosomatico è complessa e in diversi punti poco chiara. Essa segue in genere a un approfondimento psicologico/psicodiagnostico; ipotizzata dal pediatra di base, la diagnosi differenziale del tipo di disturbo avviene spesso in ambito specialistico.

Il DSM IV⁷, manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali che li classifica e li definisce in quanto forme molto ricche e soprattutto strutturate (escludendo però i disturbi psicoso-

matici), è difficilmente applicabile in età infantile, in quanto non tiene conto del fattore evolutivo che condiziona l'espressione, la durata e l'andamento dei sintomi, soprattutto se si manifestano nel bambino più piccolo.

Inoltre, quando ci si trova davanti a un bambino e a sintomi non ancora fortemente strutturati, ci si può chiedere se può essere più utile un approccio diagnostico dimensionale e non categoriale, collocando i sintomi stessi in un *continuum* di gravità e di compromissione funzionale piuttosto che in entità nosografiche differenziate.

"Development is an important lens through which a childhood medical illness can be seen"⁸.

Quale sia il modello teorico di riferimento (Tabella II) può essere utile considerare il problema del disturbo somatico di natura non organica in una prospettiva evolutiva⁹. Maturano infatti le aree cerebrali specifiche preposte a percepire e rispondere agli stimoli nocicettivi e si modificano le loro connessioni con aree cerebrali più evolute. Si sviluppano le funzioni cognitive alla base della progressiva integrazione delle sensazioni somatiche e della capacità di dare loro un significato. Emerge la capacità di affrontarle positivamente (*coping*).

Contemporaneamente, lo sviluppo relazionale facilita l'acquisizione di strumenti di comunicazione adeguati (dalla comunicazione con il corpo alla comunicazione emotiva).

Il corpo occupa un posto privilegiato nel vasto campo delle interazioni con l'ambiente, e le funzioni "fisiologiche" rappresentano il punto di partenza di ogni comunicazione. L'ambiente (nelle prime fasi rappresentato dalla figura materna) aiuta il bambino a realizzare

I PRINCIPALI MODELLI TEORICI NELL'AMBITO DELLA PSICOSOMATICA

<i>Teoria psicodinamica</i>	Il sintomo rappresenta una difesa contro emozioni, pensieri, impulsi repressi o inconsci e quindi non esprimibili altrimenti
<i>Teoria dell'attaccamento</i>	Il sintomo è il modo con cui il bambino può mantenere e conservare la vicinanza della figura di attaccamento; permette di ottenere cure e attenzioni
<i>Teoria sistemico-familiare</i>	Il sintomo ha una funzione di comunicazione, diretta ai membri della famiglia, e di omeostasi, stabilizzando il ruolo di ogni membro ed evitando qualsiasi conflitto/cambiamento
<i>Teoria dell'apprendimento sociale</i>	La somatizzazione fa parte di una serie di comportamenti sociali "appresi" ovvero "rinforzati" dalle risposte dell'ambiente
<i>Teoria cognitiva</i>	La somatizzazione è il risultato dell'amplificazione e di una alterata interpretazione di sensazioni e stimoli corporei
<i>Coping and stress response</i>	Il sintomo somatico, e soprattutto la sua cronicizzazione, dipendono dall'inefficacia delle risposte cognitive e comportamentali che il bambino mette in atto di fronte agli eventi stressanti
<i>"Masked depression"</i>	La somatizzazione è un sintomo psichiatrico, nell'ambito dei disturbi d'ansia-depressione

Nota. Sono elencati i principali modelli teorici di riferimento nell'ambito della psicosomatica. Per quanto riguarda l'infanzia e l'adolescenza, la tendenza attuale è quella che incorpora i diversi approcci teorici in una prospettiva evolutiva.

Tabella II

un'adeguata "integrazione psicosomatica" che permetta di acquisire la "capacità della psiche di abitare nel corpo"¹⁰. L'interazione fra fattori costituzionali/genetici e ambientali si ripropone durante tutto lo sviluppo a determinare le caratteristiche del rapporto tra corpo e mente.

L'evoluzione dei disturbi somatici di natura non organica è condizionata dalla loro persistenza e dalla presenza di comorbidità con disturbi psichiatrici, più alta per i disturbi d'ansia e per la depressione^{11,12}.

Anche se isolati, i disturbi somatici hanno importanti conseguenze sulla vita sociale e su quella scolastica. Sono associati a prolungate assenze scolastiche e ciò può causare la perdita delle relazioni con i coetanei, l'isolamento sociale, difficoltà scolastiche.

Per l'evoluzione generale sono nell'insieme considerati importanti l'*impairment* sociale e scolastico, l'entità del dolore riportato, la comorbidità con un disturbo psichiatrico, in particolare la depressione.

Sono considerati fattori di rischio di cronicità il genere femminile, l'esordio precoce di un disturbo dell'umore, un'alta intensità del dolore, una scarsa capacità di *coping*⁹.

LA PRATICA

Nell'incontro con il bambino e con la sua famiglia possono essere riconosciuti alcuni elementi (*Tabella I*)¹³.

Nelle famiglie si possono trovare fattori predisponenti o di vulnerabilità, tra cui una comunicazione verbale nella quale la descrizione dei sintomi somatici si sostituisce all'espressione di aspetti emotivi e di eventuali conflitti. Vi è spesso una storia familiare di disturbi somatoformi e/o di ansia e di depressione. Soprattutto se la situazione perdura da un certo tempo, i genitori si sono sinceramente convinti o adattati al fatto che il bambino abbia una malattia fisica e rinforzano la tendenza del bambino a comunicare attraverso i sintomi fisici¹⁴.

I tratti familiari descritti più frequentemente sono quelli dell'ansia, dell'iperprotettività, della depressione. Ansia e depressione sono le caratteristiche più spesso associate ai sintomi somatici nel bambino stesso^{11,12}.

I fattori di vulnerabilità si combinano talora con fattori scatenanti riconoscibili. Essi sono variabili; tuttavia quelli maggiormente descritti sono una malattia fisica, problemi di relazione con i coetanei, difficoltà scolastiche e il per-

durare di eventi stressanti nel contesto familiare⁹.

LA COMUNICAZIONE DELLA DIAGNOSI

Secondo Kreisler, perché si verifichi un fisiologico processo di integrazione tra soma e psiche sono fondamentali alcuni aspetti della relazione: la permanenza e la coerenza, la ricchezza degli scambi affettivi, la flessibilità degli adattamenti reciproci, la stabilità¹⁵. Si può pensare che questi stessi aspetti siano importanti nel costituire la relazione medico e paziente soprattutto in questo ambito di patologia.

Non è sufficiente comunicare che gli accertamenti medici sono negativi. La constatazione che fattori psicologici influenzino la presentazione somatica è spesso in contrasto con la comprensione dell'eziologia del problema da parte dei genitori e del bambino. Spesso infatti entrambi sono iperimpegnati ad attuare esaurienti accertamenti medici che dimostrino una condizione puramente medica, una malattia, preferibilmente con un nome, e non c'è consapevolezza dei fattori emotivi sottostanti.

Genitori e bambino sono sinceramente convinti che devono essere fatti tutti gli accertamenti medici, anche quelli più invasivi, per escludere una malattia.

Quando il medico a orientamento "biologico" ritiene di aver finito il suo compito, che consiste nell'esclusione di una malattia fisica, può proporre subito una consultazione psichiatrica. Tuttavia trova spesso un'immediata resistenza, perché tale richiesta viene ritenuta la prova del fatto che il medico non crede che i sintomi o la malattia siano reali, o di una mancata volontà di effettuare accertamenti medici. È quindi comune che i genitori, insoddisfatti, ricerchino multiple opinioni, scelgano gli specialisti più "aggressivi", quelli cioè che prescrivono più esami o più farmaci⁸.

La permanenza. Cambiare medico rende quindi impossibile la permanenza di una stabile figura di riferimento e comporta, tra gli altri, il rischio fondamentale di ricominciare ogni volta l'iter dia-

Box 1 - IL CASO DI MARCO

Marco (nome di fantasia) ha 12 anni, è ricoverato in Ortopedia. Lamenta dolore alla schiena; l'entità del sintomo non è coerente con i risultati di tutte le indagini effettuate. La spondilolistesi di 1° grado, a livello di L5-S1, viene detto, non può spiegare tanto dolore. Accanto al pensiero, sempre più forte, che "non c'è nulla" si fa sentire la disturbante preoccupazione di "perdersi qualcosa". Viene visitato dal chirurgo e dal pediatra oncologo che escludono la presenza di altre patologie. Viene coinvolto il neuropsichiatra (per il dubbio di una patologia neurologica? con la richiesta di un intervento psichiatrico per un disturbo somatoforme o fittizio?).

Marco è immobile a letto, pallido, sudato, silenzioso, con un'espressione triste, sofferente ma anche incerta sul volto. La terapia antidolorifica (tramadolo) viene effettuata in continuo per ev. Al bisogno, viene alternato un altro antidolorifico con un antinfiammatorio; vengono somministrati subito dopo una visita o una mobilitazione. La madre racconta che il figlio stava tanto male, è arrivato in Ospedale con il 118: in PS hanno subito dato una terapia "forte" ma poi, dopo il trasferimento in Ortopedia, avvenuto di sera, non è stata programmata alcuna ulteriore terapia antidolorifica e durante la notte il dolore è ricominciato. "Marco è stato lasciato soffrire per 4 ore, alla fine urlava e non riusciva a respirare, dopo tanto tempo è intervenuto l'anestesista prima impegnato con un'altra urgenza". La madre dice di conoscere alla perfezione tutti i sintomi del figlio perché il papà, dopo un incidente accaduto più di 15 anni prima, ha subito interventi alla schiena e porta tuttora le conseguenze fisiche del trauma.

Dopo una settimana dall'ingresso in Ospedale e una consulenza esterna con un neurochirurgo, gli ortopedici ribadiscono: la spondilolistesi c'è, ma non spiega la sintomatologia. Marco continua a lamentare dolore acuto e chiede farmaci. Si decide il trasferimento in Pediatria. Proprio prima del trasferimento il ragazzo ha un'altra intensa crisi di dolore; la madre teme che il solo passaggio dal letto alla barella - e viceversa - peggiori la situazione.

Come in Ortopedia, anche in Pediatria Marco e la mamma arrivano solo alla sera; tuttavia qui vengono accolti e affrontati subito con un atteggiamento fermo, sicuro e ottimista. A Marco viene chiesto di muoversi, a dimostrazione che non si temono le conseguenze del movimento. Si stabilisce di ridurre e poi togliere gli antidolorifici; viene prescritto, esplicitando grande fiducia sulla sua efficacia, un prodotto vitaminico, al bisogno. Le cose cambiano subito: la madre per la prima volta dorme bene, tanto che al mattino non sa dire se il ragazzo è stato male o no durante la notte. Cambia l'espressione di Marco che diventa sicura e per gran parte del tempo sorridente, cambia il suo atteggiamento posturale che si fa sciolto e rilassato. Nei giorni seguenti, con un punto di riferimento costante e disponibile (sono sempre gli stessi pediatri a occuparsi del caso), si stabilisce che

non saranno necessari gli accertamenti richiesti dal neurochirurgo. Marco si lamenta sempre meno, si alza, comincia a camminare in reparto senza difficoltà, e i genitori cominciano a fare - e farsi - domande che vanno oltre la richiesta di prevenire il dolore o di sedarlo immediatamente e di un esame strumentale per obiettarne la causa.

Dall'anamnesi si rileva una storia di dolori, prima alle ginocchia e poi alla schiena, che dura ormai da qualche mese, che ha reso necessaria l'interruzione dello sport (che veniva fatto con grandi soddisfazioni in termini di risultati) e discontinua la frequenza scolastica; la risposta iniziale è stata una proposta di gesso o di busto per 5 mesi, è stata iniziata una terapia con TENS, senza alcun beneficio. Si apprende che la madre è appena tornata a casa dopo un anno di lavoro all'estero. Emerge, pur nella evidente difficoltà nel parlare di emozioni, la paura di entrambi i genitori, l'impossibilità di astrarre, il dover rimanere ancorati al dato concreto (e per il padre anche fisicamente sperimentato) e l'impossibilità del ragazzo di esprimersi se non attraverso un sintomo fisico.

In questo caso, oltre a quegli elementi caratteristici del bambino e della famiglia spesso presenti nell'ambito di sintomi o di lamentele somatiche di intensità eccessiva e non spiegabili da una condizione medica, a posteriori è possibile riconoscere alcuni elementi critici della risposta. È difficile correlare un dato obiettivo (una radiografia) con un sintomo soggettivo, e persino i numeri ottenuti con le scale del dolore richiedono una contestualizzazione e un'interpretazione che può essere discutibile, modificabile di momento in momento, fino al punto da risultare incoerente. Proprio per questo motivo, essa andrebbe condivisa, soprattutto nei casi in cui emergono altri elementi critici, come un trasferimento, il cambiamento del personale medico e paramedico di riferimento, l'intervento di consulenze esterne. È disorientante per un bambino e per i suoi genitori avere la sensazione di non essere creduti e al tempo stesso vedersi soddisfare, forse con una condiscendenza che nasconde la voglia di non occuparsi del problema, o di allontanare il pensiero che "si sta perdendo qualcosa", con un agito attuato senza convinzione, la propria richiesta di una massiccia e irrazionale terapia antidolorifica. L'ascolto un po' affrettato degli aspetti clinici oggettivi e soggettivi, in confronto alla valorizzazione applicata ai dati obiettivi e di laboratorio, e la discontinuità di personale che si verifica necessariamente soprattutto nei reparti chirurgici, rendono talvolta impossibile mantenere la stabilità e il grado di coerenza interpretativa necessari. In particolare, se si tratta sintomi o lamentele somatiche eccessive e non spiegabili, anche le frequenti e banali contraddizioni nel comportamento medico, di solito senza conseguenze, diventano intollerabili per i pazienti e possono contribuire a costruire situazioni di estrema complessità.

agnostico, ripetendo o moltiplicando esami inutili.

La coerenza. Cedendo alla richiesta dei genitori di agire, per cercare di ridurre l'ansia del bambino e dei genitori stessi, vengono ripetuti esami diagnostici, nonostante si sottolinei l'assenza di una malattia fisica. Oltre ad apparire un comportamento incoerente ciò comporta il rischio che i genitori sopravvalutino risultati positivi di esami poco significativi, rivendicando la loro convinzione che esiste una patologia medica non riconosciuta.

Il pediatra ha il ruolo essenziale di visitare regolarmente il bambino, di rassicurare il bambino e i genitori che non ci sono nuovi elementi preoccupanti attraverso una *relazione ricca di scambi* informativi, ma di rimanere coerente, non cedendo alla richiesta di nuovi esami (*stabilità*). Nel discutere la diagnosi, è utile riconsiderare il numero e il tipo di sintomi fisici e il loro decorso nel tempo; leggere con attenzione le eventuali documentazioni mediche precedenti. Quando si ottiene un'alleanza con il bambino e con i ge-

nitrici, basata su una buona comunicazione, è altrettanto importante mantenere *flessibilità* e poter decidere di accettare o proporre nuovi accertamenti di fronte a nuove informazioni cliniche, trovando un equilibrio tra l'importanza di ridurre al minimo la propria ansia di lasciarsi sfuggire una malattia, l'ansia del paziente e dei familiari, il rischio connesso con gli esami medici e il costo degli stessi.

Una buona alleanza, basata sulla natura collaborativa del processo terapeutico, con la delimitazione dei ruoli e

MESSAGGI CHIAVE

□ L'approccio a un bambino (e a una famiglia) con un disturbo apparentemente organico (ma negato essere tale sia dalla clinica sia eventualmente da esami) è difficile: a cominciare dalla comunicazione della "non diagnosi", e richiede conoscenza e comprensione della storia e delle interazioni familiari.

□ Sono comuni difficoltà di separazione e atteggiamenti iperprotettivi genitoriali; spesso si ritrovano, nei familiari, ansia o depressione, o disturbi somatoformi; spesso sono in gioco problemi con i compagni, difficoltà scolastiche, oppure eventi stressanti, persistenti, in famiglia. Il problema dell'assenza da scuola può essere centrale.

□ I modelli teorici di riferimento sono numerosi e diversi, anche se non si escludono; ma può essere conveniente conoscerli e superarli, e considerare che stanno maturando aree corticali specifiche per rispondere agli stimoli nocicettivi e si modificano le loro connessioni con aree cognitive più evolute: emerge dunque la capacità di affrontare positivamente i disturbi (*coping*).

□ La figura di riferimento del pediatra di famiglia può essere centrale, garantendo continuità e coerenza e rinforzando o correggendo gli aspetti deboli o critici del sistema.

delle responsabilità dei singoli soggetti (del bambino, della famiglia, del medico) con enfasi sulla comunicazione e sul "lavorare insieme", determinando obiettivi funzionali condivisibili, diventa molto più produttiva di una terapia "equivoca"¹⁶.

LA TERAPIA

La rassicurazione è indispensabile ma non è mai sufficiente. Essa ha la funzione di ridurre l'ansia che interferisce con il processo terapeutico.

Quando il pediatra ritiene necessaria la figura del neuropsichiatra, esso può essere presentato al paziente e alla famiglia come di "competenza specifi-

ca" 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 rifiuto¹⁷. Non va qualificato in ogni caso come chi si occuperà dei problemi della mente (problemi di cui può non esserci alcuna consapevolezza) in contrapposizione con quelli somatici "ingiustificati" da una malattia (ma pur così presenti e così disturbanti) ma come chi sosterrà il bambino nel difficile compito di raggiungere la condizione di affrontare i suoi sintomi che interferiscono con la scuola, con le attività con i coetanei, con la vita familiare.

Il neuropsichiatra avrà anche il compito di convincere i genitori che è parte del processo terapeutico aspettarsi che il bambino sia in grado di svolgere le sue attività nonostante la sua condizione di malattia.

In situazioni particolarmente impegnative, quando si rende necessario un ricovero, questo può essere visto come un'importante opportunità di pianificare e coordinare un approccio integrato agli aspetti fisici e a quelli psicologici⁸.

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, la relazione con lo psichiatra.

Ma la trasformazione del ricovero internistico in alleanza psicoterapeutica è fondamentale e dipenderà dalla capacità di trasformare "il non pensato e il non detto" in elementi significativi¹⁸.

*"The rehabilitative approach helps reframe the problem confronting the patient and family from finding a "cure" to finding a way to cope with and overcome a distressing physical problem"*²².

È essenziale ricordare che esistono situazioni realmente non spiegabili dal punto di vista medico, non rappresentative di una malattia psichiatrica o di una sindrome funzionale somatica: la valutazione deve essere quindi sempre condotta a mente aperta².

Indirizzo per corrispondenza:

Paola Costa

e-mail: costa@burlo.trieste.it

Bibliografia

1. Williams SE, Smith CA, Bruehl SP, Gigante J, Walker LS. Medical evaluation of children with chronic abdominal pain: Impact of diagnosis, physician orientation, and maternal trait anxiety on mothers' response to the evaluation. *Pain* 2009;146:283-92.
2. Campo JV, Fritz G. A Management Model for Pediatric Somatization. *Psychosomatics* 2001;42:467-76.
3. Silver LB. Conversion disorders with pseudoseizures in adolescence: a stress reaction to unrecognized and untreated learning disabilities. *J Am Acad Child Psychiatry* 1982;5:508-12.
4. Walker LS, Garber J, Van Slyke DA. Do parents excuse the misbehavior of children with physical or emotional symptoms? An investigation of the pediatric sick role. *J Pediatr Psychol* 1995;20:329-45.
5. Bernstein GA, Massie ED, Thuras PD, Perwien AR, Borchardt CM, Crosby RD. Somatic symptoms in anxious-depressed school refusers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:661-8.
6. Panizon F. Psicomatica: molecole, strutture, interpretazioni. *Medico e Bambino* 2004;23:368-73.
7. American Psychiatric Association. *Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali (DSM-IV)*. Trad. it. Milano: Masson, 1995.
8. Abrams AN, Rauch PK. Pediatric consultation. In: Rutter M, Bishop D, Pine D, et al. (Eds). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. 5th Edition. Thapar 2008;70:1143-55.
9. Beck JE. A developmental perspective on functional somatic symptoms. *J Pediatr Psychol* 2008;33:547-62.
10. Ciocca A. Rappresentazione di anima e di corpo. *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria* 1995;23:189-204.
11. Egger HL, Costello EJ, Erkanli A, Angold A. Somatic complaints and psychopathology in children and adolescents: stomach aches, muscular-skeletal pains and headaches. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:852-60.
12. Eminson DM. Somatizing in children and adolescents. 1. Clinical presentations and aetiological factors. *Adv Psychiatr Treat* 2001;7:266-74.
13. *Manuale Diagnostico Psicodinamico*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2008.
14. Sandberg S, Stevenson J. Psychiatric aspect of somatic disease. Physical symptoms without evidence of somatic etiology. In: Rutter M, Bishop D, Pine D, et al. (Eds). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. 5th Edition. Thapar 2008;57:938.
15. Kreisler L, Fain M, Soulé M. Il bambino e il suo corpo. Trad. it. Roma: Astrolabio, 1976.
16. Kellner R. Psychosomatic syndrome and somatic symptoms. Washington DC: American Psychiatric Press, 1991.
17. Marchetti F, Lazzarini M, Aliverti R, Ventura A. Il disturbo somatoforme e fittizio. La storia di 4 casi. *Medico e Bambino* 2004;23:377-81.
18. Aliverti R. I disturbi somatoformi. Un protocollo di azione comune tra pediatra e neuropsichiatra infantile. *Medico e Bambino* 2004;23:373-6.