

L'ESPRESSIONE SOMATICA NELLA PSICOPATOLOGIA DEL BAMBINO

Prima parte

ANNAMARIA MOSCHETTI

Pediatra di famiglia, Palagianello (Taranto)

Il lavoro quotidiano del pediatra di famiglia lo porta spessissimo a confrontarsi con quadri patologici funzionali o lesionali riferiti al corpo, che nella loro origine e nella loro evoluzione riconoscono una prevalente partecipazione psicologica. Si dice che l'infanzia sia l'età "d'oro" della patologia cosiddetta psicosomatica: si stima che una percentuale variabile tra il 13% e il 24% dei pazienti che si rivolgono a studi pediatrici soffra di disturbi psicosomatici; per effetto di problemi affettivi e relazionali in età pediatrica si può morire (anoressia mentale); si può divenire vulnerabili agli agenti infettivi (immunodepressione legata al lutto e agli stati depressivi); si può vedere compromesso lo sviluppo somatico (nanismo da deprivazione affettiva).

La circolarità mente e corpo

Il neonato si relaziona e si esprime principalmente con il corpo, ed è solo nel tempo, con l'acquisizione progressiva di una funzione mentale matura, che la mente prende in carico completamente e compiutamente la gestione delle funzioni più propriamente definite "psichiche". Questa evoluzione maturativa avviene anche tramite l'azione facilitatrice della madre che, nel rapporto empatico con il figlio, desomatizza i vissuti mentalizzandoli tramite una "traduzione". Questa traduzione è tanto più corretta quanto maggiori sono le capacità empatiche della madre, e quanto maggiori sono i rinforzi positivi che il lattante, intervenendo attivamente nel rapporto, dà alla madre in termini di risposta al suo accudimento.

La mente matura è autonoma nella decodifica dei dati della realtà, nell'elaborazione di significati e nella produzione di strategie di comportamento utili. Il soma raccoglie i dati dall'ambiente convogliandoli alla mente. Il soma inoltre correda le esperienze con le sensazioni connesse alle reazioni emozionali e affettive, consentendo una lettura delle esperienze stesse, e concorrendo alla costru-



zione del significato da proporre all'elaborazione mentale.

Il soma a sua volta è oggetto di esperienza, dato di realtà. I dati provenienti dal soma, di concerto con le "definizioni" provenienti dall'ambiente, costruiscono l'"immagine di sé", continuamente rielaborata e rivestita di significati, e anche questo spiega gli effetti psicologici delle malattie organiche.

È vero, dunque, che nell'individuo maturo gli aspetti somatici e mentali rappresentano aree funzionali distinte, con competenze diverse, ma funzionalmente collegate.

Ha senso quindi, nella patologia umana, parlare di disturbi prevalentemente somatici e disturbi prevalentemente psichici, non esistendo in realtà nessuna malattia organica che non abbia un correlato psicologico, e nessuna patologia psichica che non abbia un correlato somatico.

I disturbi somatoformi

Esiste, però, un campo particolare della patologia psicologica, quello dei disturbi somatoformi, in cui l'espressione del disturbo psicologico è prevalentemente somatica.

Queste patologie, che si presentano come somatiche, affluiscono all'ambulatorio del pediatra imponendo un notevole impegno diagnostico.

Nell'ambito dell'espressione somatica dei disturbi psicopatologici, o disturbi somatoformi (psicosomatici in senso lato), il DSM IV distingue i disturbi da conversione e i disturbi da somatizzazione:

- I disturbi da conversione (o "isterici") sono essenzialmente funzionali e non dolorosi (o non solo dolorosi): ne è un esempio l'incapacità a deglutire (o nodo isterico), la paralisi isterica, l'afonia isterica;
- I disturbi da somatizzazione (o psicosomatici in senso stretto) sono quelli che inducono un disturbo organico reale, e che spesso sono caratterizzati dalla presenza di dolore.

Si può adottare questa distinzione anche se, soprattutto nell'infanzia, i criteri diagnostici dettati dal DSM IV non sono sempre applicabili. Secondo una classica definizione si dice che: «L'isterico parla attraverso il suo corpo, il malato psicosomatico soffre nel proprio corpo; per l'isterico il corpo è uno

strumento, per il secondo una vittima».

In nessun caso il paziente è consapevole dell'origine psichica del sintomo né simula.

Per una presentazione dei disturbi da somatizzazione nel bambino è utile adottare lo schema proposto da L. Kreisler (*Tabella I*).

Non trascurare i vissuti psicologici, riconoscere le manifestazioni fisiche di un disagio psichico

Nel corso delle visite periodiche per i bilanci di salute il pediatra dovrà porre attenzione ai segnali di uno sviluppo psichico e affettivo armonioso. Dovranno essere osservate le relazioni del bambino con la madre e con le figure per lui significative, per come appaiono dispiegarsi nel corso della visita. Dovranno essere raccolte informazioni sulla sua vita: i giochi, l'inserimento e la resa scolastica, l'organizzazione della sua giornata, i rapporti con adulti e coetanei, il suo temperamento come è visto dai suoi genitori. Dovrà porsi la dovuta attenzione al sonno, all'alimentazione, alle funzioni di evacuazione, allo sviluppo generale somatico, come sensibili indicatori di buono stato di salute psichica.

Durante le visite per patologia dovrà essere sempre tenuta presente la possibilità di un disturbo somatoforme.

La medicalizzazione di un disturbo somatoforme è patogena a sua volta, in quanto respinge e trattiene nel soma un disturbo che è tale in quanto non trova una possibile espressione mentale. È fin troppo ovvio dire che, per contro, l'esclusione di un disturbo di natura prettamente organica è prioritario e fondamentale. Il pediatra dovrà sapere discriminare le patologie più gravi che richiedono l'intervento dello specialista neuropsichiatra infantile, e individuare sul suo territorio un professionista, o meglio una équipe, di riferimento. Dovrà, però, fornirsi di qualche strumento per potere affrontare nel suo ambulatorio le patologie più lievi, che sono le più frequenti.

Quando sia stato sospettato o diagnosticato un disturbo somatoforme, un intervento dovrà essere tentato, senza contare che una consultazione medica ben condotta ha in se stessa un valore terapeutico:

«L'azione psicoterapeutica del pediatra può essere ampia ed efficace. La definizione chiara di un problema ha di per sé un valore curativo. Fare una diagnosi di laringospasmi elimina il dramma dell'epilessia, e colloca nel tempo stesso il disturbo nella sua dimensione psicologica e conflittuale. La pazienza nell'ascoltare e sentire, l'empatia dimostrata da una parola o da un atteggiamento, la rassicurazione su un disturbo o una particolarità vissuta come un'anomalia sono spesso sufficienti a capovolgere alcune condotte e a fare scomparire il disturbo stesso. L'efficacia di questa azione può essere spiegata dalla relazione di tipo trasferale da cui nessuna situazione medica è esente. Anche l'accesso al corpo del bambino esaminato nudo, palpato, "affidato" al medico, ha incidenze psicologiche non meno profonde, attraverso la qualità dei contatti diretti, l'accettazione del corpo nei suoi aspetti particolari, la libertà nel manipolarlo, che

DISTURBI DA SOMATIZZAZIONE NEL BAMBINO (nomenclatura medica)*

Disturbi a espressione nervosa

Disturbi del sonno: insonnia, ipersonnia, attacchi di angoscia notturna

Deviazioni alimentari

Anoressia: selezioni alimentari
Inadeguatezza motoria: assenza di masticazione, persistenza della deglutizione primaria
Ingestioni alimentari aberranti: coprofagia, geofagia, tricofagia, pica
Bulimia
Potomania

Disordini digestivi

Vomiti, mericismo, sindrome dei vomiti ciclici
Coliche del primo trimestre, dolori addominali
Coliti, rettocoliti
Ulcera gastroduodenale

Disturbi dell'eliminazione

Stipsi
Megacolon psicogeno
Diarrea

Disturbi respiratori

Asma
Laringospasmi

Disturbi cutanei

Eczema, orticaria, alopecia, psoriasi

Sindromi generali

Disturbi della crescita (nanismo psicogeno), malnutrizione
Obesità
Malattie allergiche
Infezioni ripetute

* Tratto da: *Trattato di psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza* di S. Lebovici, R. Diaktime, M. Soulé.

Tabella I

smentiscono il fantasma del bambino anormale o fragile» (L. Kreisler. *La clinica psicosomatica del bambino*).

L'empatia

In questa citazione ecco ricomparire la parola "empatia", che già avevamo trovato a proposito delle funzioni materne di accudimento. Strumento proprio della madre, ma non solo, di un periodo particolare della vita, ma non solo, riemerge come strumento efficace della relazione terapeutica di aiuto. Non a caso si dice che la relazione madre-bambino è in gran parte una relazione di aiuto (Marguire, 1987).

Il dispiegamento per fini diagnostici e terapeutici dell'ascolto empatico consente al pediatra di affrontare e tentare di risolvere le più comuni problematiche di natura psicologica che si presentano nella sua attività. Per ascolto empatico si intende quella disposizione della mente a sentire il modo personale del paziente "come se" fosse il nostro. Carl Rogers ebbe l'intuizione che in una relazione di aiuto "comprendere sia sufficiente": una comprensione rivolta ai vissuti più che ai fatti raccontati, ai dati soggettivi più che a quelli oggettivi, consente al paziente di autoesplorarsi tranquillamente, e di cercare autonomamente le sue soluzioni. L'autoesplorazione è facilitata dalla riformulazione, che consiste nella restituzione dei contenuti del messaggio ripetendo le stesse parole o con parole diverse, riassumendo l'esposizione, sottolineando i sentimenti collegati al racconto.

Questa posizione evita i giudizi personali, le interpretazioni, non indica soluzioni né orienta il percorso di autoesplorazione. L'ascolto attivo che si avvale del rispecchiamento empatico in una relazione di aiuto è denominato *counselling*.

Esula dai propositi di questa trattazione scendere nel dettaglio di una tecnica che, per la sua efficacia e indubbia utilità, dovrebbe entrare nel bagaglio delle competenze del pediatra di famiglia. Presentiamo invece qui di seguito (e nel prossimo numero) dei casi clinici, per mostrare più in concreto i problemi a cui abbiamo rapidamente accennato.

CASI CLINICI 1 e 2

Anoressia del lattante

La *Figura 1* si riferisce alla curva di crescita di Domenico. Il bambino è allattato esclusivamente al seno. La sua crescita è stata esuberante fino ai 2 mesi; poi una flessione improvvisa, non spiegata da fattori organici. Alla domanda diretta rivolta alla madre: «Che cosa sta succedendo?» la donna ha rivelato che, in corrispondenza della deflessione di crescita, suo marito è stato arrestato.

La *Figura 2* si riferisce alla curva di crescita di Lucia. La bambina riceve un allattamento al seno esclusivo. Il primo punto di flessione della curva corrisponde all'esordio di un'importante tumefazione al testicolo di suo fratello, rivelatasi essere una cisti del funicolo. Il secondo punto di flessione della curva corrisponde al ricovero in Ospedale di suo fratello per l'intervento chirurgico.

Questi due casi rivelano l'impatto dei fattori ambientali sul lattante, o meglio, sull'unità madre-lattante. Possono spiegarsi con il turbamento dello stato affettivo della madre che può aver determinato una ipogalattia da stress, e da un'anoressia depressiva del lattante dovuta al disinvestimento del lattante da parte della madre. La madre, nel primo caso, era ripiegata su se stessa per l'elaborazione del lutto dovuto alla separazione dal marito e, nel secondo caso, aveva massicciamente spostato la sua attenzione sul figlio ammalato.

Al piccolo Domenico, quando la madre si allontanava per le visite al carcere, veniva proposto il latte adattato che il bambino accettava, ma assumeva in scarsi quantitativi.

CASO CLINICO 3

Vomiti psicogeni

Questa è la storia di Luigi. Il bambino ha 1 anno e nove mesi all'epoca dei fatti. È secondogenito. I genitori lavorano entrambi e lui, quando la madre lavora, viene affidato a una baby sitter.

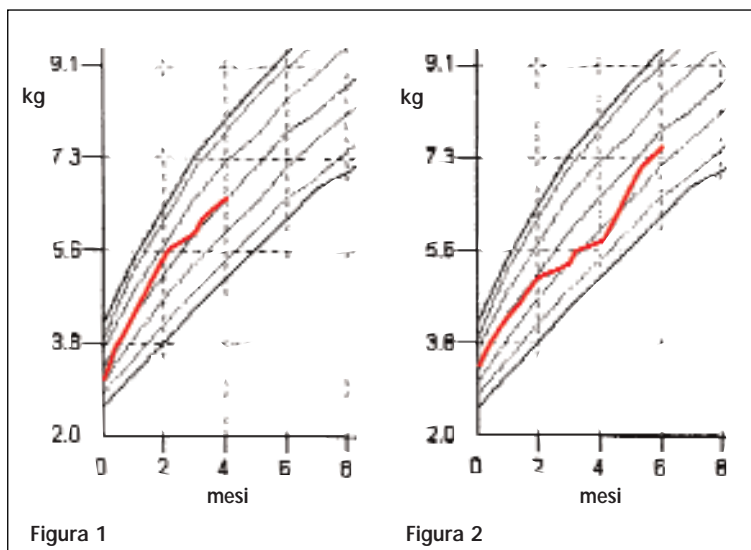
Quando l'ha conosciuto, all'età di 1 mese, assumeva già esclusivamente latte adattato. Aveva avuto un allattamento misto sin dalla nascita e, all'età di 7 giorni, la madre aveva deciso di passare all'allattamento artificiale esclusivo «perché di latte materno non ce n'era più».

È sempre venuto puntualmente ai controlli. Non sono mai stati segnalati problemi. La madre alla visita dei 3 mesi riferisce che il latte, da quando è stato cambiato, non gli piace più. Questo scarso gradimento per il latte viene segnalato fino all'età di 1 anno, poi non più.

La madre riferisce che il bambino ha accettato bene lo svezzamento, effettuato all'età di 5 mesi e mezzo, e che le pappe gli piacciono.

La crescita è sempre stata buona. In cartella è segnalato come un bimbo "tranquillo". Con il senno di poi noto che i miei stessi appunti sulle visite di controllo sono, in maniera assolutamente insolita, scarni e privi di dati. Si limitano a un "tutto ok".

Un giorno, proprio in un periodo in cui nel paese c'era un'epidemia di gastroenterite virale, la madre mi telefona dicendo che da 4 giorni il bambino vomita ripetutamente nella giornata. Vomita tutte le



volte che mangia. Vomita quando lo fa mangiare la baby sitter e quando lo fa mangiare lei. Vomita subito dopo il pasto, ma anche a una certa distanza dal pasto. Vomita se ha mangiato poco o se ha mangiato molto. Non ha diarrea né febbre. La cosa strana, però, dice la madre, è che prima di vomitare si concentra su se stesso, diventa rosso e si sforza ripetutamente come se il vomito se lo inducesse lui. Sono le 13 e il bimbo ha appena vomitato il pasto che aveva finito poco prima di consumare.

Decido di vederlo subito.

La madre dopo 15 minuti è in ambulatorio, con il bambino e la baby sitter. Si siedono di fronte a me. La madre con il bimbo in braccio a destra e la baby sitter a sinistra. Il bimbo è trofico, colorito, e non ha affatto l'aria di un bimbo malato. Al suo solito, se ne sta tranquillo in braccio. Non è attivo, non cerca di toccare nulla sulla scrivania per tutta la durata del colloquio, ma ha uno sguardo presente. La madre appare decisamente preoccupata, l'atteggiamento ansioso come di chi si aspetta da un momento all'altro un cataclisma. La baby sitter è una ragazzotta di paese con l'aria posata, è concentrata e attenta, forse un minimo giù di tono. La madre pone subito in rilievo il fatto che il vomito, secondo lei, il bambino se lo autoprocure facendo per lunghi minuti degli intensi sforzi, ma non capisce perché. Si dilunga sulla descrizione del contenuto gastrico vomitato.

Chiedo se il bambino venga forzato a mangiare e le due donne lo escludono in modo categorico: il bambino mangia volentieri tutto.

Certo, dice la ragazza, a volte quando vede il piatto piange, ma subito si calma e mangia tutto tranquillamente. Anzi, a ben pensarci, a volte basta che gli si metta il bavaglino e inizia a piangere, ma solo per un po'. Fa un'espressione perplessa, come di chi non riesca a darsi una spiegazione.

Mi soffermo con interesse su questa ultima informazione chiedendo che mi venga spiegato meglio, e noto che questo mio interesse sottolinea ai loro occhi l'importanza di quanto detto. Come se per la prima volta, guardando la scena attraverso i miei occhi, le dessero un valore (...ma perché è importante?).

La madre racconta che questa storia dei vomiti non è nuova. Si è solo accentuata negli ultimi giorni. In realtà lo ha sempre fatto. Tutto è incominciato al terzo mese, quando il latte ha iniziato a non piacergli più e lei, per farlo mangiare, ha iniziato a somministrarlo con il cucchiaino invece che con il biberon. Allora lui ha iniziato ad avere conati di vo-

mito durante la somministrazione del pasto.

Poi il latte ha iniziato a piacergli, e anche le pappe.

Mangia tutto, anche la carne a pezzettini. Lei gliela dà prima della minestrina. Le chiedo perché, e mi spiega che così è sicura

che la mangi, perché se la dà dopo il primo, il bambino fa dei conati di vomito

e così vomita sia il primo che il secondo. Mentre questo non capita se inverte l'ordine delle portate.

Chiedo se il bambino cerca di farsi capire quando non vuole mangiare.

Rispondono che lui fa di no con la

testa, a volte, ma loro comunque propon-

gono il pasto perché lui, poi, mangia senza protestare e finisce tutto.

Alla fine del racconto appare evidente la sistematica negazione del valore della comunicazione del bambino, e con questa il misconoscimento delle sue competenze mentali.

Non a caso l'esordio dei sintomi risale all'età di 3 mesi, epoca in cui gli studiosi datano il comparire del senso del sé individuale. Il bambino è stato trattato come un tubo digerente da riempire, adottando le opportune strategie per superare gli eventuali ostacoli, non come un essere umano capace di sentire e comunicare il suo senso della fame e della sazietà.

Per contro, l'attenzione materna è rimasta fissata alla lettura dei segni del corpo che, con il tempo, si sono naturalmente selezionati come l'unica forma di comunicazione possibile, perché l'unica accettata.

Una madre, questa, che non ha favorito la desomatizzazione del suo bambino lattante e lo sviluppo della sua vita psichica attribuendo significato alle sue comunicazioni, anzi ha agito al contrario, fissando la comunicazione sul piano somatico.

Quello che appare evidente, e che peraltro è significativo, è che la madre mostra di ignorare il significato del vomito. Mi ha portato questo strano sintomo in un bambino che mangia, peraltro, tutto "volentieri".

Spiego alle due donne che il bambino cerca con il vomito di fare capire che è sazio o che non vuole mangiare. Dico che lui, evidentemente, non riesce a farsi capire in altro modo. Chiedo se loro si sentano in grado di tentare una comprensione diversa. Dicono di sì.

Propongo di chiedere sempre al bambino in maniera verbale esplicita, prima del pasto, se vuole mangiare, e di rispettare la sua decisione. È venerdì: do loro tre giorni di tempo per tentare e per riuscire a bloccare i vomiti.

La madre ascolta assorta, mi segue, sento che sta capendo. Dice: «Sa dottoressa, lui prima, quando uscivo, mi diceva ciao. Adesso fa solo il gesto con la manina». Non è proprio così, ma ha capito, deve valorizzare nel loro rapporto la comunicazione ver-





bale.
 Guardo le curve di crescita e le mostro alla madre. La curva della velocità di crescita mostra nell'ultimo periodo un'"esplosione" oltre il 97° percentile. È come se ci sia stato un progressivo cedimento delle difese del bambino, e che questo abbia prodotto un rimpinzamento abnorme, al quale il bimbo abbia saputo rispondere solo con un incremento parallelo, ma vano, del numero e della intensità dei vomiti.
 Non del tutto vano, però, se ha portato alla consultazione pediatrica e alla desomatizzazione del sintomo tramite la sua "traduzione" in un significato. È anche possibile, nell'interpretazione di questo caso, pensare che fattori organici siano intervenuti. Si può pensare che l'inappetenza per il latte sia stata causata da una lieve intolleranza per le pro-

teine del latte vaccino, insorta nei primi mesi. Che il rifiuto del bambino non sia stato valorizzato dalla madre, che ne ha negato il significato a causa della sua ansia. Che questo abbia innescato il problema che poi si è generalizzato ed è persistito anche quando, verso l'età di 1 anno, è stata acquisita la tolleranza al latte vaccino. È possibile pensare che l'accentuazione dei vomiti, dovuta a una infezione gastroenterica lieve (non c'è però mai stata alterazione dell'alvo), superando la soglia di tolleranza del sintomo da parte della madre, ha potuto portare il bambino in consultazione.

Vanno via, ma il lunedì la madre non mi telefona. Muoio dalla voglia di sapere. Mi trattengo fino al giovedì successivo e poi telefono. La signora si scusa, non aveva capito che doveva telefonare. Dico che forse non mi sono spiegata bene io. «No, dottoressa, lei si è spiegata benissimo! Il bimbo adesso non vomita più. Lo ha fatto solo una volta al giorno nei primi tre giorni e poi non più».

La madre ha rivoluzionato il modo di farlo mangiare. Gli dà solo il primo o il secondo e, visto che il latte non gli piace, una volta al giorno gli dà lo yogurt, che lui gradisce di più. Anzi, un giorno, per la prima volta, ha chiesto di mangiare dicendo: «Mamma, pappa».

Aggiunge: «Ma sa cosa penso, dottoressa, che forse tutti quei vomiti di quei giorni siano stati di natura ansiosa. Sa, le feste di Natale, tutta quella confusione!»

«Sì, - rispondo, - ha ragione signora, dice bene, un problema psicologico. Lei è proprio una mamma in gamba!».

(segue)

LE GIORNATE DI MEDICO E BAMBINO

Pisa, 3-4 maggio 2002 - Palazzo dei Congressi

Venerdì 3 maggio

modera *P. Macchia*
 Malattie che aumentano (o quasi): la malattia di Crohn tra genetica e ambiente (*A. Ventura*)
 Malattie che cambiano (o quasi): la dieta nell'allergia alimentare. Più danni che benefici? (*G. Longo*)

modera *G. Longo*
FOCUS: Che cosa dobbiamo sapere di questa medicina molecolare?
 La medicina molecolare nella vita di tutti i giorni (*F. Panizon*)
 Immunologia, dalla clinica alla medicina molecolare: andata e ritorno (ovvero Difetti dell'immunità: non solo infezioni) (*L. Notarangelo*)

modera *G. Maggiore*
EDITORIALE Uno sguardo sugli adolescenti (*G. Tamburlini*)
 La ginnastica vescicale (*L. Peratoner*)
 Rubrica iconografica, ovvero: il caso del dott. Massei (*F. Massei*)

modera *G. Tamburlini*
LA PAGINA GIALLA Novità dalla letteratura (*A. Ventura*)
 L'articolo dell'anno letto dall'autore: pane e autoanticorpi (*R. Marzari*)

modera *F. Panizon*
PROBLEMI CORRENTI Paure, conformismo e... buon senso in pediatria. Chiarimenti in dieci minuti...

Allergia e vaccinazioni (*F. Poli*)
 Diggiuno ed esami prima di interventi chirurgici (*A. Messineo*)
 Rx e trauma cranico (*D. Baronciani*)
 Sedazione in corsia per diagnostica invasiva (*E. Barbi*)
 Idratare e alimentare col sondino (*M. Fontana*)
 La cortisonofobia (*M. Rabusin*)

modera *F. Panizon*
OLTRE LO SPECCHIO

TAVOLA ROTONDA Il bambino e la città
 (*G. Tamburlini, pediatra; F. Tonucci, psicologo; G. Paba, urbanista; B. Storchi, assessore alla Pubblica Istruzione*)

Sabato 4 maggio
 modera *A. Ventura*
EDITORIALE Autismo infantile: tra genetica e ambiente (*G. Cioni*)

COMMENTO AI POSTER
 I Poster degli specializzandi commentati dal prof. *G. Bartolozzi*

Transaminasi elevate: "classificazione" e proposta per un approccio ragionato (*G. Maggiore*)

L'EDITORIALE di *F. Panizon*

ASSEMBLEA DEI SOCI

SEDE
Palazzo dei Congressi
 Via Matteotti, 1 - 56100 Pisa - Tel. 050 598213

QUOTA DI ISCRIZIONE
 Entro il 2 aprile 2002 Euro 156 (IVA compresa)
 Dopo il 2 aprile 2002 Euro 180 (IVA compresa)

SEGRETERIA SCIENTIFICA
 Il Comitato Scientifico di *Medico e Bambino*
 Franco Panizon, Giorgio Longo, Paola Rodari, Giorgio Tamburlini, Alessandro Ventura

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
QUICKLINE CONGRESSI
 via S. Caterina da Siena n. 3 - 34122 TRIESTE
 Tel. 040 773737-363586; cell. 333 5223519
 Fax 040 7606590; e-mail: info@quickline.it