

Siamo abituati a distinguere i casi che incontriamo nella nostra pratica in "organici" o "funzionali". Una visione a volte troppo limitata e limitante per capire bene le cose, per mettersi in una condizione di ascolto, per fare emergere il vero vissuto che appartiene al bambino, ai genitori e alla loro relazione.

PICCOLO PROUST

Andrea Skabar

Neuropsichiatria, IRCCS Pediatrico "Burlo Garofolo", Trieste

La mia sola consolazione, quando salivo a coricarmi, era che la mamma venisse a darmi un bacio quando sarei stato a letto. Ma quel saluto durava così poco, lei scendeva così presto, che il momento in cui la sentivo salire, e l'attimo dopo, in cui il fruscio leggero del suo abito (...) passava attraverso la porta del corridoio, era per me un momento doloroso. Annunciava quello che l'avrebbe seguito, il momento in cui mi avrebbe lasciato, in cui sarebbe ridiscesa. Così arrivavo ad augurarmi che quel saluto giungesse il più tardi possibile...

M. Proust - Dalla parte di Swann

M. ha 6 anni quando viene a visita per la prima volta per cefalea. Il sintomo si presenta addirittura da quando aveva 3 anni, a periodi. Il dolore è solitamente frontale e ha caratteristiche aspecifiche, forse si accentua con le preoccupazioni, non interferisce con alcuna delle attività di svago (ad esempio il bambino può guardare la TV), non è accompagnato da altri sintomi. Praticamente non sono mai stati assunti farmaci antidolorifici. Quando, raramente, la cefalea è intensa e può durare alcune ore, il disturbo passa con il sonno. Sorprendentemente, nei due mesi di attesa per l'appuntamento dal neurologo il disturbo è scomparso (cosa che accade anche per lunghi periodi dell'anno). Nell'anamnesi familiare viene dichiarato che una zia paterna soffre di emicrania e che il bambino sarebbe atipico. L'esame obiettivo e quello del fundus oculi sono normali. Si conclude per una possibile origine emicranica di alcuni (la minoranza) degli episodi, si consiglia di tenere un diario della cefalea e di verificare l'eventuale effetto scatenante dei cibi assunti nelle ore immediatamente precedenti le crisi.

Dopo 6 mesi, un giorno in cui sono a un corso di formazione, vengo informato che il bambino (sul cui mal di testa ero stato rassicurante) è stato sottoposto a TC del cranio per il sospetto di una sinusite e che ha un "vasto tumore cerebrale". Mi precipito a vedere le immagini e, insieme al radiologo, concludiamo che si tratta di una vasta cisti aracnoidea in sede temporale sinistra. La famiglia è gentile e per nulla rivendicativa. Si riprende in mano il caso e si contatta il neurochirurgo al quale si spiegano le caratteristiche del mal di testa e si fanno vedere le immagini (l'esame neurologico e quello del fundus continuano a essere normali). Il chirurgo decide di operare. Afferma che si tratta di una "cisti sottopressione". All'intervento seguono alcune complicazioni (raccolta liquorale sottocutanea che deve essere aspirata). Durante il follow-up viene dichiarato che la cefalea si manifesta un paio di volte al mese, che non dura mai più di un'ora e che passa con il paracetamolo. Spontaneamente il bambino dice che la scuola gli fa venire i "giramenti di testa" ma non viene dato peso alla cosa, dato che è tra i più bravi della classe e ha recuperato il programma del suo periodo di assenza per malattia. Dopo alcuni mesi viene effettuata una RMN di controllo che esclude problemi.

All'età di 8 anni (a circa due anni dalla prima visita e a oltre un anno dall'intervento) il bambino viene riportato a visita (d'urgenza) perché dopo un lungo periodo di benessere, dal mese di settembre la cefalea è ritornata ed è diventata quotidiana. Ora il sintomo si associa a "giramenti di testa" e pare non reagire a 750 mg di paracetamolo. In altra sede è stato prescritto un farmaco a base di triptofano + magnesio + niacina senza effetto. La famiglia riferisce che il medico curante ha parlato di "ipertensione endocranica" e ha suggerito comunque una RMN (che risulterà poi normale). Il bambino ha paura di andare a scuola e dopo essere rimasto a casa per qualche giorno per un episodio influenzale ha iniziato a manifestare varie paure. Per esempio una sera aveva l'ossessione che la madre potesse avere una malattia mortale e che potesse morire. Solo toccando la madre l'avrebbe salvata, anche se in questo caso avrebbe preso lui la malattia. Si sarebbe arrabbiato con il padre che non gli permetteva di toccare compulsivamente la madre. La madre racconta questo episodio, di cui M. si vergogna e non vorrebbe che emergesse, sorridente ma un po' preoccupata. Inizia una valutazione psicologica seguita da un intervento psicoterapeutico nell'ipotesi di un disturbo d'ansia.

In questa fase della vita di M. si parla di paure, di difficoltà di addormentamento, di incubi. Il bambino teorizza addirittura che da grande farà l'agente segreto in modo da poter restare "solitario", circondato solo da collaboratori fidati. Ha paura della maestra, poi paura di morire, paura degli incidenti, preoccupazione che possa succedere qualcosa a entrambi i genitori, paura che si rida di lui... La cefalea, in questo, periodo non c'è oppure è "leggerina" e passa se il bambino riesce a distrarsi. Nonostante tutto la frequenza scolastica è regolare e il ragazzino si relaziona in maniera apparentemente adeguata con i coetanei. Dopo alcuni mesi di terapia psicologica le abilità sociali sono evolute positivamente. La madre racconta che M. le ha confidato di aver sognato di una bambina che gli piace tanto che nel sogno faceva la doccia. Anche in questa occasione il ragazzino le ha raccontato la cosa vergognandosi molto. Ora, a tre anni dal primo accesso alla nostra struttura, non sa se da grande farà l'agente segreto o "quello che guida il camioncino del latte". Considerata l'evoluzione e la presa in carico psicologica, M. viene dimesso. Ai genitori si propone una lettura "normalizzante" della situazione, suggerendo che il bambino sta seguendo un proprio percorso di crescita interiore con una sintomatologia molto accentuata...

Dopo un anno M. viene portato d'urgenza in ospedale per un'intensa cefalea (VAS= 9/10), aggravatasi nel corso delle prime settimane di frequenza scolastica, non responsiva alla terapia antidolorifica (anche questa volta non sono presente in reparto). Nell'arco di poche ore viene sottoposto a RMN che risulta invariata e a EEG che risulta del tutto normale. Nonostante dichiarare una cefalea insopportabile, il bambino gioca tranquillamente, ma è molto sensibile all'impressione che può dare agli adulti e quindi, in alcu-

ne occasioni, si mostra repentinamente sofferente. I genitori sono preoccupati. All'ennesimo colloquio emerge la vera preoccupazione della madre: lei stessa ha avuto alcuni periodi di lieve depressione mentre in famiglia ci sono stati parenti con situazioni depressive gravi con esiti drammatici. La paura reale, quella più profonda e mai confessata fino a questo momento, ben peggiore di quella del tumore cerebrale, è che il bambino possa avere una grave malattia psichiatrica. Si affrontano esplicitamente queste preoccupazioni e, nonostante la sintomatologia, il bambino viene dimesso con il fermo consiglio di riprendere i colloqui psicologici. A casa il sintomo "persiste" ma i genitori tengono duro. Alla psicologa, M. confessa che il mal di testa che lo ha portato al recente ricovero era "inventato". I genitori, a questo punto sollevati, cambiano registro, interpretano in modo nuovo tutta una serie di sintomi dichiarati dal bambino nel periodo precedente e, dopo una sana arrabbiatura, diventano più assertivi. L'incantesimo di un attacco insicuro pare essersi spezzato.

Da allora il bambino ha ridotto le proprie manifestazioni d'ansia: sempre più spesso contraddice la madre e vuole fare le proprie esperienze da solo. Resta un bambino particolare, con alcuni interessi diversi da quelli dei coetanei: è molto creativo e gli piace molto inventare racconti. Ma questa è un'altra storia...

Tre commenti

1. La medicina non è una scienza infallibile ma di fronte a una sintomatologia iniziale come questa, priva di qualsiasi segnale di allarme, che interessa migliaia e migliaia di bambini, i reperti neuroradiologici sono stati assolutamente casuali.
2. Attribuire, con una forzatura, i sintomi a un reperto casuale non è un'operazione innocente. Le conseguenze non sono soltanto fisiche.
3. Il vissuto dei genitori, che viene immediatamente percepito dal bambino, non va mai trascurato. Se non emerge chiaramente, bisognerebbe farlo esplicitare.

Per la tua formazione continua...

Provider Nazionale n.2512



Quickline

Traduzioni & Congressi

Via Santa Caterina da Siena, 3 / 34122 Trieste

tel 040 773737 / 040 363586

fax 040 7606590

congressi@quickline.it

www.quickline.it