

Questo è un ABC un po' diverso dai soliti: meno esantemi, meno bronchiti e più "relazionale". È anche un ABC senza ricette terapeutiche, il che sembra quasi un non senso; sarebbe come dire un ABC poco pratico. E tuttavia ci sembra che sillabare le lettere dell'alfabeto sia opportuno anche per alcune cose che non sono né infezione né allergia ma solo disturbo esistenziale, se si voglia tentare di capirlo.

### Perché parlarne?

Sillabare le lettere vorrà dire, in questo caso, saper usare le parole giuste, saper collocare nelle caselle giuste (o almeno in quelle che oggi sembrano tali) alcuni disturbi esistenziali e del comportamento. Intendersi sulle parole è il primo passo. L'operazione che abbiamo cercato di fare è molto semplice: estrarre dal manuale universale della psichiatria, il DSM, manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali arrivato ormai alla sua quarta stesura, caratterizzato da una obiettività granitica, il massimo della obiettività che la psichiatria consenta, alcune voci, ed esporne sinteticamente il significato e l'applicabilità in pediatria. Un'operazione semantica, se la parola non produce troppi anticorpi.

### Che cosa si intende per disturbo somatoforme?

Il DSM colloca nel capitolo dei disturbi somatoformi, cioè dei disturbi che si esprimono in veste di malattie somatiche (mentre sono disturbi mentali), alcuni gruppi di manifestazioni che suggeriscono malattie fisiche di vario tipo, ma che mancano di ogni dimostrabilità diagnostica e che, in genere, non sono coerenti con meccanismi eziopatogenetici noti. Tra i disturbi somatoformi non vengono naturalmente collocati quelli in cui il paziente provoca o dichiara intenzionalmente i suoi sintomi, sapendo che non sono veri (li ritroveremo alla voce malattie fittizie e da simulazione).

Il DSM distingue queste manifestazioni somatoformi in due gruppi principali: da una parte quelle non dolorose o non solo dolorose, ma prevalentemente funzionali; dall'altra quelle in cui il dolore è il sintomo prevalente o esclusivo. Il primo gruppo è quello dei disturbi da conversione, il secondo quello dei disturbi da somatizzazione.

Questi sono considerati, dal DSM, disturbi propri dell'adolescente e dell'adulto;

## I disturbi somatoformi

FRANCO PANIZON

Clinica Pediatrica dell'Università di Trieste, IRCCS "Burlo Garofolo"

in realtà, sia pure in misura e con aspetti più sfumati, meno chiari, meno gravi, meno "strutturati", più facili dunque da "smontare", si osservano anche nel bambino dell'età scolare; e conservano, anche o proprio perché si manifestano già in quest'età, e a dispetto della loro bizzarra, del loro apparire, a volte, quasi giocosi, una connotazione prognostica non felice. Esprimono infatti, comunque, una personalità fragile, e il loro follow-up a distanza comprende un certo numero di suicidi in età adolescenziale e adulta.

Va detto anche che, per la loro frequenza (specie per quanto riguarda il disturbo da conversione, un po' meno per quanto riguarda il disturbo da dolore somatoforme), si tratta di fenomeni meno comuni di un tempo. Questo, che è molto vero per l'adulto (un'età in cui le manifestazioni isteriche teatrali erano al principio del secolo, e nelle Regioni più povere, di osservazione assolutamente frequente), è vero anche per il bambino. È come se questi disturbi esprimessero anche una "non conoscenza" del corpo e dei suoi fenomeni, che fossero l'espressione di una percezione del mistero e/o di una non percezione della realtà; un atteggiamento mentale che la diffusione della cultura, più o meno approfondita ma certamente diffusa, ha in qualche modo spazzato via, anche dal territorio pediatrico.

Così anche l'isteria si è addomesticata; si è fatta meno ingenua, si è forse mascherata, si è trasformata in qualcosa di meno spettacolare.

È certo che oggi, volendo, è molto più facile che nei tempi andati "smascherare" il malato per così dire immaginario (in realtà è un vero, anche se solo in erba, malato mentale); poiché non esistono malattie somatiche così nascoste da poter restare davvero irricognoscibili; solo che anche l'idea di "mascherare" è stata superata; si tratta, per l'appunto, di

prenderci carico di un malato vero, non di sbugiardare un impostore.

### Cos'è il disturbo da conversione?

Tradizionalmente (ma verosimilmente) la conversione, termine freudiano, indica un'operazione inconsapevole di dirottamento di una sofferenza mentale "inagibile", insopportabile, di una situazione non risolvibile di conflitto, che viene trasformata (*ab-reagita*) in un evento palese, di solito un fenomeno incapacitante. Come abbiamo detto, il disturbo da conversione è essenzialmente un disturbo funzionale (della sensibilità o della motricità), non simulato, senza causa organica (non solo dimostrabile ma nemmeno immaginabile), per il quale si presuppone l'esistenza di un guadagno inconsapevole.

I criteri diagnostici riportati nel DSM per il disturbo da conversione sono:

- perdita o alterazione del funzionamento fisico, che suggerisce, a prima vista, un disturbo fisico;
- la ragionevole possibilità che fattori psicologici siano etimologicamente correlati al sintomo a causa di una relazione temporale tra uno stress psicosociale, che è apparentemente legato a un bisogno di conflitto psicologico, e l'inizio o l'esacerbazione della sintomatologia;
- il soggetto non appare consapevole di produrre intenzionalmente il sintomo;
- il sintomo non rappresenta una modalità di reazione comprensibile secondo le conoscenze attuali, né si può, dopo appropriati accertamenti, spiegarlo con un disturbo fisico noto;
- la sintomatologia non è limitata a dolore.

### Quali sono le manifestazioni cliniche che possono essere etichettate come disturbo da conversione?

Appartengono a questa categoria essenzialmente manifestazioni motorie: le co-

siddette "paralisi isteriche" (oggi il termine "isterico", negativamente connotato e concettualmente sbagliato, giustamente non si adopera più, ma lo utilizziamo egualmente, e solo ora, per la sua espressività "universale"), le "convulsioni isteriche", l'incapacità a deglutire ("nodo isterico"), l'incapacità a stare in piedi e a camminare (astasia-abasia), a parlare (afonia); oppure alcune alterazioni della sensibilità ("anestesia a guanto," o "a calza", "cecità isterica", "sordità isterica"). L'interpretazione comunemente accettata di questo tipo di fenomeni è che il paziente riceva, inconsapevolmente, un guadagno da questi eventi: un "guadagno primario" (mettersi fuori da una situazione conflittuale, per esempio tra i genitori, o col fratello, o con un amico, o con se stesso) attraverso un'impedimento, come l'afonia o la paralisi, o un autocancellamento, come la cecità; oppure un "guadagno secondario" (evitare, sempre con lo stesso mezzo, un compito pericoloso o sgradito come una partenza, o una battaglia, o un incontro sportivo, o la scuola).

#### Che cos'è il disturbo di somatizzazione?

Per fare la diagnosi di "disturbo di somatizzazione" occorrono almeno 13 sintomi di un lungo elenco che comprende disturbi gastrointestinali (dolore, nausea, vomito, aerofagia, diarrea), sintomi dolorosi (alla schiena, alle articolazioni, alla minzione, altrove, esclusa la cefalea), sintomi cardio-polmonari (respiro corto, palpitazioni, dolore toracico, mancamenti), sintomi pseudoneurologici (quelli che abbiamo già visto nel disturbo da conversione), disturbi della sfera sessuale e del ciclo mestruale. Occorre che questi disturbi non siano attribuibili a patologia organica, e che siano abbastanza insistenti da costringere il paziente a ricorrere a farmaci e a medicine, e che persistano per almeno 3 anni.

#### Esiste il disturbo di somatizzazione nel bambino? E se no, a cosa possiamo fare riferimento, parlando di somatizzazione?

Non crediamo che un disturbo somatoforme così ricco e compiutamente strutturato si verifichi nell'età pediatrica: certamente si possono verificare disturbi minori e meno strutturali, come il "disturbo da dolore somatoforme" (cioè uno stato di preoccupazione riguardante sintomi dolorosi, in assenza di reperti fisici ade-

guati che siano in grado di spiegarli, e che perduri da almeno 6 mesi); e crediamo anche che si possa verificare il "disturbo somatoforme indifferenziato", in cui i sintomi somatici sono singoli, isolati o poco numerosi, o poco specifici, come inappetenza, affaticamento, problemi gastrointestinali, che peraltro duri da almeno 6 mesi, e che si accompagni alla preoccupazione che spinge il paziente (non solo il genitore) a cercare una diagnosi e/o ad assumere farmaci.

Forse i 6 mesi richiesti per una diagnosi formale nell'adulto, in pediatria, vanno ridotti alquanto, anche a causa dei tempi di preoccupazione parentale, che amplifica ed esplicita la preoccupazione del bambino e lo conduce più rapidamente dal medico. Anche per il dolore somatoforme, o il disturbo somatoforme indifferenziato, è quasi implicita l'esistenza, non sempre riconoscibile, di un guadagno primario o secondario, che trova quasi sempre il suo motivo nella famiglia, nella scuola, o anche nella competizione sportiva.

Sebbene sia sempre possibile che un sintomo doloroso o neurovegetativo abbia una causa organica occulta, è oggi assai difficile che questa causa sfugga all'indagine tecnologica, a un'indagine di laboratorio e d'immagine anche semplice (emocromo, VES, PCR), a un'indagine radiodiagnostica elementare (ecografia addominale, scintigrafia ossea) oppure, se i sintomi sono davvero preoccupanti, anche a un'indagine approfondita. Può essere considerata una buona e semplice regola considerare l'ipotesi psicodinamica (o psichiatrica) solo dopo che la diagnosi organica sia stata ragionevolmente (non ossessivamente) esclusa.

#### Quali disturbi pediatrici possiamo elencare sotto l'etichetta di dolore somatoforme o di disturbo somatoforme indifferenziato?

È chiaro che al disturbo da dolore somatoforme possiamo attribuire, anche solo, nel bambino, come "equivalente minore", o come possibile "pre-stadio", una parte (forse piccola) dei dolori addominali ricorrenti, alcuni dolori "ortopedici" (dolore di schiena senza base organica riconoscibile); e che al disturbo somatoforme indifferenziato possiamo forse attribuire alcune febbri ricorrenti senza causa con assenza ostinata da scuola; la maggior parte delle cosiddette sindromi da tensione-stanchezza post-infettive (e for-

se da allergia alimentare), probabilmente lo stesso "vomito dello scolaro", e forse anche alcune manifestazioni coatte come la tosse e lo stertorio psicogeno, oltre che alcuni disturbi del ciclo mestruale.

#### Che cosa hanno a che fare il dolore somatoforme e il disturbo somatoforme indifferenziato con la cosiddetta patologia psicosomatica?

A nostro modo di vedere, i rapporti tra mente e corpo attraversano tutta la patologia; e un cofattore emotivo è dimostrabilmente alla base, per esempio, delle infezioni respiratorie, o delle malattie autoimmuni, e dell'evoluzione, se non dell'insorgenza, delle malattie tumorali. La disciplina che si occupa di questi rapporti ha un nome composto, psico-neuro-immuno-endocrino-logia, che riassume i meccanismi fisiopatologici attraverso cui questi rapporti si realizzano. Questa non è però "patologia psicosomatica", anche se meccanismi psicosomatici vi giocano un ruolo.

Nell'accezione corrente, invece, il termine "psicosomatico" indica quella patologia mentale che si esprime direttamente ed esclusivamente attraverso una sofferenza del corpo. È chiaro allora che una parte dei disturbi neurovegetativi elencati possono essere considerati come "autenticamente psicosomatici", nel senso che si tratta di disturbi in cui (a differenza che nel disturbo da conversione) il soma "autenticamente" soffre per un conflitto irrisolto, attraverso meccanismi fisiopatologici facili da identificare, che trovano le loro centrali operative nell'ipotalamo e le loro vie d'azione nell'ipofisi e nel sistema nervoso autonomo. Ed è chiaro anche che, di fronte a questi disturbi, dobbiamo avere la stessa considerazione comprensiva e rispettosa che abbiamo per il disturbo da conversione, e più in generale per la sofferenza.

#### Ma non è che anche questa sofferenza è, in qualche modo, inventata? Che cosa ha a che fare il disturbo somatoforme con l'inganno?

Sulla carta, non hanno a che fare assolutamente niente. Il punto è distinguerli oggettivamente, su una materia dove la soggettività è tutto. Comunque, e torniamo al DSM, «la simulazione è la produzione volontaria di sintomi fisici o psichici falsi o grossolanamente esagerati, motivata da scopi esterni, come evitare la leva o qualche altro obbligo, evitare il

lavoro, ottenere risarcimenti» ecc.; quanto ai disturbi fittizi, si tratta ancora di «sintomi fisici o psichici che sono intenzionalmente prodotti o finti dal soggetto»; «tuttavia questi atti hanno una qualità compulsiva, nel senso che il soggetto è incapace di astenersi da questo particolare comportamento, persino se gli sono noti i rischi connessi». In altre parole «nei disturbi fittizi, il comportamento cosciente è utilizzato per il raggiungimento di obiettivi inconsci».

È chiaro inoltre che, specialmente nel bambino, che deve ancora costruirsi il confine tra il reale e l'immaginario, il confine tra simulazione, disturbo fittizio e disturbo somatoforme è sottile; e che per il medico può essere ancora più difficile disegnarlo.

#### Dunque, che fare?

C'è un "che fare" totalmente condiviso, su questo tipo di faccende? Non ci sembra. Tuttavia il pediatra generalista si trova davanti a questi problemi, armato sì del suo sapere medico e degli strumenti che gli consentono, quasi sempre, di riconoscere la malattia organica, quando c'è; ma già da subito dovrà far ricorso anche alla sua esperienza umana, alla sua sensibilità e all'empatia. La prima fase di indagine gli compete, e non può delegarla; ed è importante che in questa prima fase non comprometta gli esiti di una possibile, successiva cura "psichiatrica". Sicché, se anche avesse fin dall'inizio un dubbio sulla natura organica o funzionale del disturbo, non solo è bene che non la espliciti, ma non

se ne faccia condizionare; e dopo, una volta escluso ragionevolmente l'organico, se il disturbo persiste, non lo trascuri né lo denunci come simulazione (che potrebbe anche essere, ma che si può scoraggiare anche senza smascherare); e se pensa invece che esprima un disturbo più profondo, o se comunque il sintomo non si scioglie, se percepisce la sua propria inadeguatezza, ha davanti a sé una strada semplice: delegare il problema ad altro professionista (il neuropsichiatra infantile). Delegare è una brutta parola; e spesso non si può, e qualche volta non si deve. Ma sarebbe un'eccessiva superficialità pretendere di parlarne, anche per grandi linee, in uno spazio così ristretto. Semmai, lo rifaremo, più distesamente, in un'altra occasione.

## Digest

### DEVELOPMENT OF ALLERGEN-SPECIFIC T-CELL MEMORY IN ATOPIC AND NORMAL CHILDREN

PRESCOTT SL, MACAUBAS C, SMALLACOMBE T, ET AL.  
*Lancet* 353, 196, 1999

Il lavoro che viene recensito in questo "Digest" ha, ci sembra, una rilevanza molto particolare per ciò che riguarda lo sviluppo della personalità immunologica (e in particolare la "costituzione atopica") nel corso del primo anno di vita, l'esistenza di una "fase sensibile", nel corso della quale si possa o non si possa produrre un fenomeno di "imprinting", e infine la deriva epidemiologica che nell'ultimo ventennio sembra essersi verificata nella popolazione pediatrica.

La ricerca è assai fine e complessa, e riguarda (perciò) un numero non alto di neonati, di cui 18 ad alto rischio genetico per atopia, che presenteranno effettivamente, entro i primi 2 anni di vita, segni clinici di malattie atopiche, e 13 "normali" (successivamente asintomatici), controllati ogni 6 mesi fino ai 2 anni.

In questi due gruppi è stata studiata in vitro la risposta T (proliferazione e produzione di specifiche citochine) di fronte allo stimolo immunologico specifico da parte di alcuni allergeni (acaro, ovalbumina, gatto) e del tossoide tetanico.

La cosa più notevole è che, alla nascita, sia negli atopici che nei non atopici la risposta è sempre TH2 orientata: bassa produzione di gamma-interferone (IFN-gamma), alta produzione di interleuchina-4 (IL-4). Paradossalmente, i non atopici mostrano una produzione di IL-4 (ma anche di IL-6 e 10) maggiore degli atopici: in altre parole, i non atopici sembrano più francamente orientati, alla nascita, in senso TH2.

Già nel corso del primo anno di vita l'orientamento della risposta vira: nei non atopici diminuiscono la risposta IL-4 e la risposta IL-13 (che aumentano invece negli atopici); aumenta (in entrambi i gruppi, ma significativamente di più nei non atopici) la risposta IFN-gamma.

La risposta linfoproliferativa T-linfocitaria allo stimolo immunologico, poco diversa tra due gruppi, alla nascita, si differenzia in se-

guito per una risposta molto più netta negli atopici verso i pneumoallergeni (acaro e gatto). È interessante che in questo primo anno si assiste, sia negli atopici che nei non atopici, alla acquisizione di tolleranza verso i trofoallergeni.

In sintesi, la risposta dei T-linfociti alla nascita è fortemente TH2 orientata. Nei non atopici, nel corso del primo anno, si svilupperà una sensibilità ai pneumoallergeni che negli atopici è più intensa e TH2 orientata, nei non atopici è meno intensa e TH1-orientata. La differenza più netta tra atopici e non atopici riguarda la produzione di IFN-gamma. Una bassa risposta in IFN-gamma è comune a tutti i neonati, ma nel corso del primo anno di vita i non atopici montano una forte capacità di risposta IFN-gamma, mentre negli atopici questa risposta, pur migliore che nel neonato, rimane deficitaria.

La scarsa risposta INF-gamma dei neonati, a sua volta, è funzionale alla difesa della placenta (nei riguardi della quale lo IFN-gamma è tossico), ma anche all'evitamento di un rigetto o di una GVH madre-figlio (un profilo meno TH2-orientato si associa ad alta abortività). Sia atopici che non atopici mostrano una capacità di immuno-risposta specifica già alla nascita, verso trofoallergeni e verso pneumoallergeni (sensibilizzazione in utero?), e che nel corso del primo anno di vita sia atopici che non atopici conseguono una tolleranza verso i trofoallergeni nella grande maggioranza dei casi. Alcune osservazioni suggeriscono che un ruolo di primo piano nell'acquisizione di tale tolleranza, e più in generale nell'orientare il tipo di risposta T, risieda nella qualità della microflora intestinale (lattobacilli, clostridi).

#### Commento

*Questo studio ci dice che in qualche modo i lattanti sono tutti (TH2 orientati) e che la definitiva personalità immunologica si stabilisce entro il primo anno. Il possibile "imprinting" non sembra direttamente correlato al carico trofoallergenico, semmai a quello da pneumoallergeni. La debole produzione di IFN-gamma e l'entità della risposta ai pneumoallergeni perenni (in parte connatale, in parte acquisita dopo la nascita) sono i marker più tipici di costituzione atopica.*