

# Il bambino che non ha niente, ovvero della paura di avere qualcosa

FRANCO PANIZON

Clinica Pediatrica, IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

*Il bambino che simula non è molto diverso dal bambino che soffre "autenticamente" di problemi psicosomatici, e questo, a sua volta, non è molto diverso dal bambino sano che vive in una società troppo protetta per non soffrire della paura di malattie.*

Esistono diversi tipi di "bambino che non ha niente".

**1.** Prima di tutto c'è il bambino che non ha niente per davvero; che la mamma e il papà non portano dal dottore perché sta proprio bene, o al massimo lo portano perché credono che si tratti di un dovere civile. È una varietà rara.

**2.** Poi ci sarebbe il bambino che sembra non avere niente e che invece è malato. Questa è una varietà ancora più rara, perché le malattie sono oggettivamente rare, e ancora più rare sono quelle che non si lasciano vedere.



Tuttavia, il fantasma di questa varietà di bambino sostiene virtualmente tutte le altre varietà; dietro ogni "bambino che non ha niente" c'è il timore (anche del medico) che ci possa essere qualcosa di invisibile; in questo timore dell'invisibile mette radici la nostra incertezza.

**3.** Poi c'è l'ampia categoria dei "bambini che non hanno niente", ma i cui genitori pensano che potrebbero avere qualcosa. Questa categoria (in apparente contrasto

## THE CHILD WITH NO DISEASE (ABOUT THE FEAR OF DISEASE)

(Medico e Bambino 19, 571-575, 2000)

### Key words

Fear, Neuropsychology, Psychosomatics, Counseling, Child

### Summary

Moving from a description of a variety of "no disease" syndromes, all frequently encountered in the paediatric practice, the Author provides an overview of the neuropsychology and physiology of fear, and suggests to incorporate this knowledge to provide a more sensible approach to the management of these complaints based on appropriate counseling. Once ruled out with appropriate investigations any organic disease, the approach should include allowing parents to express their fears, accepting the parents' worries, providing rational explanations and finally reinforcing self-esteem. Paediatricians are recommended to build parents' self-esteem self-confidence and understanding of the underlying mechanisms of fear also as a preventive strategy.

ontologico con l'assioma che la mamma non sbaglia mai) è la categoria più estesa. A questa insicurezza il medico si sente spesso costretto a rispondere, affidandosi a esami che spesso aumentano l'insicurezza. È l'espressione più evidente della malattia da insicurezza che ha colpito la nostra società.

Il tema del bambino che non ha niente potrebbe essere dunque trattato come il tema dell'insicurezza. La malattia è un evento tanto raro che il medico nei suoi confronti ha perso familiarità; e da una parte ha paura di riconoscerla, e dall'altra paura di non saperla riconoscere, malgrado i mezzi sofisticati a disposizione. D'altra parte, l'intera società è stranamente (ma non tanto) malata di insicurezza. Questo è dovuto al fatto che la vita

è protetta in maniera quasi assoluta, che la morte e la malattia sono eventi lontanissimi dal quotidiano.

La sicurezza genera bisogno di sempre maggiore sicurezza, così come la ricchezza genera bisogno di sempre maggiore ricchezza, e la longevità bisogno di immortalità.

**4.** Procedendo nella strada del sempre peggio, incontriamo la varietà del "bambino che non ha niente", ma che tuttavia sta male. La sua malattia è il male di vivere. Anche questa categoria è all'insegna della paura.

Una parte di questi bambini ha semplicemente introiettato l'insicurezza dei genitori (fatta della paura della malattia, ma anche della paura di non essere all'altezza, della paura di sbagliare come

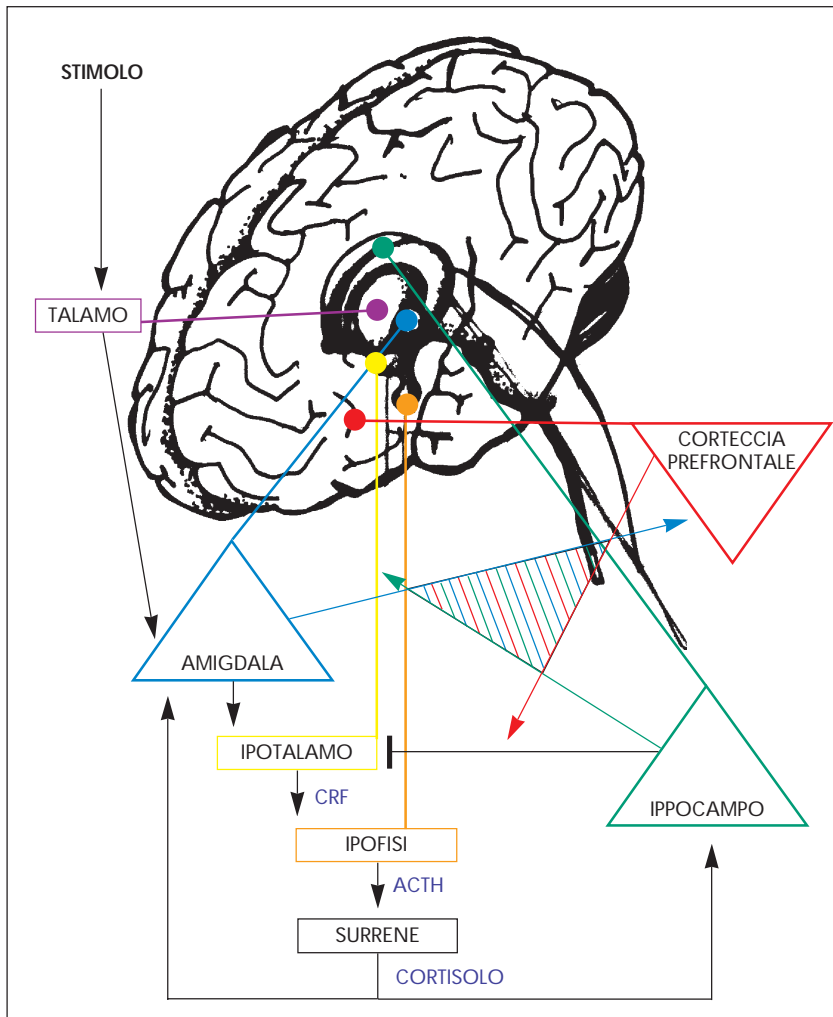


Figura 1. I protagonisti dei conflitti esistenziali (amigdala, ippocampo, corteccia), la loro interazione (il triangolo delle forze) e i loro effetti sulla catena dello stress, attivata dall'amigdala, inibita dall'ippocampo e controllata dalla corteccia.

educatori, dell'incapacità di imporre al bambino le proprie certezze, che non hanno, e i propri valori, di cui dubitano). Gli altri hanno paura della vita: del giudizio scolastico o della competizione sportiva, o dei compagni; o della instabilità della loro propria famiglia, che percepiscono; o di qualcosa di più tragico che è il cosiddetto "abuso" domestico, nelle sue varie forme. È quella che si chiamava una volta "malattia psicosomatica"; ed è il bambino che ha più bisogno di noi medici, e i cui problemi siamo così poco preparati a risolvere.

5. Infine, c'è "il bambino che non ha niente", ma che fa in modo di sembrare malato: la malattia fittizia, la febbre simulata, il mal di schiena che non c'è, la tosse psicogena. Questo bambino non sta

necessariamente meglio del precedente. Se c'è qualcosa che lo spinge a giocare il ruolo di malato, anche se il gioco è strumentale, più o meno consapevolmente finalizzato, non necessariamente si tratta di un impulso malandrino (cito spesso il bambino "neglect", che con ripetute autolesioni riesce finalmente ad attirare l'attenzione dei servizi sociali; o la ragazzina "abused" che, attraverso una laparotomia per falsa peritonite, si è liberata dalle attenzioni del patrigno).

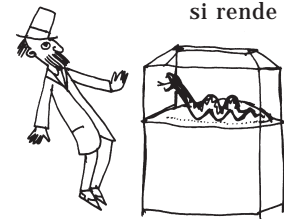
Anche qui dunque ci sono l'impotenza, il conflitto, la paura.

Vediamo dunque di analizzare, prima di tutto, questo comune denominatore, la paura, nelle sue basi fisiologiche, nei suoi effetti, nelle sue capacità di radicarsi e di eradicarsi dalla mente.

## LE BASI NEUROPSICOLOGICHE E FISILOGICHE DELLA PAURA

La paura è una sensazione, non sempre consapevole, irrazionale. Come nel celebre esperimento di William James, lo scatto di un serpente dietro il vetro di un rettilario produce una prontissima reazione di allarme, il riflesso di trasalimento, che, almeno per una frazione di secondo, è fuori della coscienza: non si sa in che cosa consista ed è senza perché. Questa reazione è fatta di adrenalina, e della percezione di tutto questo che (dopo!) arriva al cervello e che il cervello (dopo!) chiama "paura".

Se lo stimolo si esaurisce (perché ci si rende conto che il



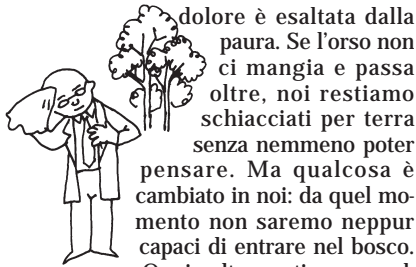
serpente è chiuso nella sua scatola trasparente), di tutto questo non rimane niente,

se non la sua razionalizzazione; e se il serpente si avventasse due o tre volte, alla terza non faremmo più nemmeno il salto indietro. Abbiamo imparato a non aver paura, ci siamo desensibilizzati (se invece il serpente ci avesse morso, e se magari fosse stato velenoso, la paura non sarebbe forse più andata via: ci saremmo sensibilizzati).

Se lo stimolo persiste (non si tratta di un serpente ma di un orso che ci insegue), la paura viene cancellata dall'azione (reazione di fuga), sostenuta dalla adrenalina, ma anche dal cortisolo,



dall'aumento della glicemia e dell'efficienza muscolare, a cui si accompagna la perdita della percezione del dolore. La paura torna a farsi sentire se ci accorgiamo che l'orso corre più di noi. Allora diventa terrore, panico, disperazione; può indurci a una risposta finalizzata, come gridare (per spaventare l'orso, per chiamare aiuto), oppure può indurci alla resa all'orso (ci buttiamo a terra e un po' aspettiamo che ci finisca, un po' speriamo che passi oltre). La paura ha cambiato carattere; sudiamo freddo, ci tremano le gambe, non siamo più capaci di connettere, magari ce la facciamo addosso; la sensibilità al più piccolo



dolore è esaltata dalla paura. Se l'orso non ci mangia e passa oltre, noi restiamo schiacciati per terra senza nemmeno poter pensare. Ma qualcosa è cambiato in noi: da quel momento non saremo neppure capaci di entrare nel bosco. Ogni volta, sentiremo quella sensazione di allarme, di chiusura dello stomaco, di "malessere neurovegetativo". Abbiamo imparato ad avere paura.

E se dovessimo, purtroppo, vivere nel bosco, vivremmo in una situazione di timore cronico, di allarme continuo, sempre pronti a scappare, sempre con il cuore in gola, come il capriolo o come la lepre. Spesso, la paura ha radici lontane, sconosciute; ma l'ansia che ne deriva si esprime con un "malessere neurovegetativo" senza nome. Il centro attraverso il quale passa tutto questo si trova nell'amigdala.



All'amigdala arrivano tutte le sensazioni di "cambiamento", sonore, visive, olfattive, tattili, prima di arrivare al cervello. Dall'amigdala partono le risposte **motorie** (soprassalto), **neuronali** (attenzione, attivazione del sistema reticolare), **neurovegetative** (vago-simpatico), **ormonali**, che costituiscono la risposta di allarme (ACTH-cortisolo-adrenalina) (Figura 1 e 2) e da cui derivano le reazioni positive di difesa, come le reazioni negative di paura e di panico; e, assieme, le risposte di analgesia, nella fase del combattimento, e di iperestesia, nella fase postuma della paura.

Nell'amigdala, come sempre quando si attraversa un'esperienza significativa, cambia qualcosa: il ricordo si stampa nei neuroni, e vi costruisce un circuito, una via preferenziale, tendenzialmente ma non necessariamente utile, che resterà tale fino a che altre esperienze e altre memorie non la modificheranno sensibilmente, fino a permetterci di raggiungere un diverso, più utile, e in genere più stabile, equilibrio. Questi cambiamenti, che abbiamo chiamato sensibilizzazione e desensibilizzazione alla paura, sono qualcosa di reale. Sono l'espressione della legge di Hebb, per cui, quando due neuroni si eccitano assieme, le relative sinapsi si rinforzano, e le successive

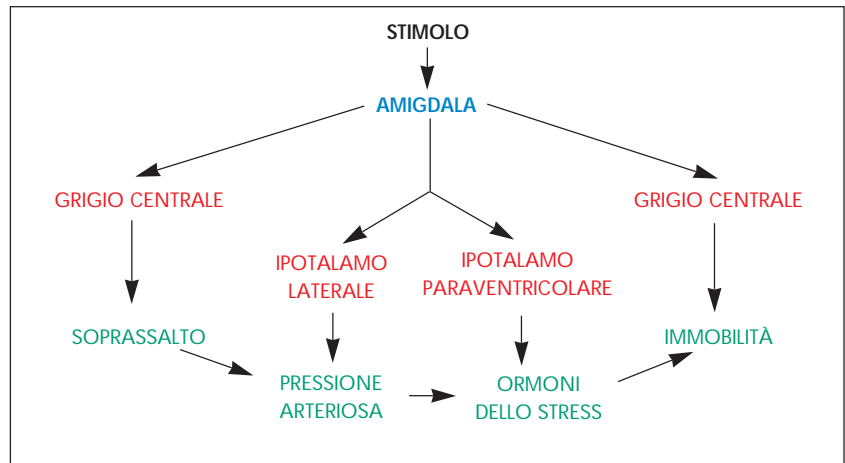


Figura 2. Le risposte dell'amigdala all'allarme: soprassalto, ipertensione, stress, immobilità.

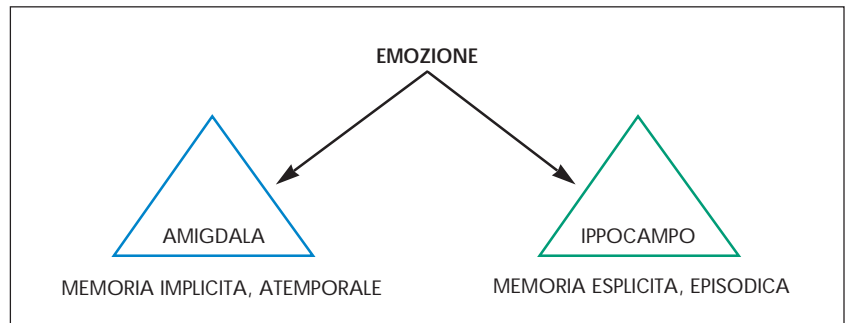


Figura 3. I due diversi tipi di memorizzazione dell'amigdala e dell'ippocampo.

co-eccitazioni sono facilitate. Si costruiscono, materialmente, i sentieri della memoria; di una memoria inconsapevole, "implicita", perché la memoria dell'amigdala è una memoria senza tempo.

Il controllo della paura (e dello stress) è un controllo complesso. Se l'amigdala è il campanello d'allarme, l'ippocampo, la cui memoria (Figura 3), a differenza di quella dell'amigdala, è temporizzata, consapevole, esplicita, aneddotica (sa dirci con precisione quando e come un evento è entrato nella nostra memoria), è il pompiere che spegne l'incendio. Se l'amigdala attiva gli ormoni dello stress, agendo sull'ipotalamo, l'ippocampo, per un meccanismo di feedback (attivato dallo stesso cortisolo che l'amigdala aveva fatto liberare), blocca, sempre agendo sull'ipotalamo, la liberazione di ACTH e chiude il circolo (Figura 1).

Se, per il persistere della causa della paura, o comunque per il prevalere dell'azione di una amigdala ipersensibile, il cortisolo rimane alto, ne deriva una situazione di stress cronico, patologico.

Il cortisolo danneggia (a volte irrimediabilmente) quegli stessi neuroni dell'at-

tenzione che, durante lo stress acuto, ha utilmente stimolato. Il soggetto sta male, di un male oscuro. Questo è lo stress, che è una condizione di paura e di conflitto da cui non si sa uscire, e di cui spesso chi ne soffre non sa più riconoscere le cause.

Qui entra in gioco l'altro controllore della paura: la corteccia (entorinale e prefrontale, strettamente connesse col sistema amigdala-ippocampo). L'emozione rinforza e colora il ricordo sia a livello di amigdala (allarme, ansia) che di ippocampo (controllo) che di corteccia (elaborazione) (Figura 4). La corteccia, assieme all'ippocampo, elabora i vissuti, ne dipana i grovigli, aiuta a uscire dalla trappola. È il lavoro dello psicoterapeuta, dello psicanalista, dell'amico, del medico, della stessa esperienza di vita.

#### CAPIRE PER CURARE

Per farlo, dobbiamo accettare l'assoma che la paura, nel bambino che non ha niente, è in se stessa una malattia.

È un dato acquisito, dalla psicologia

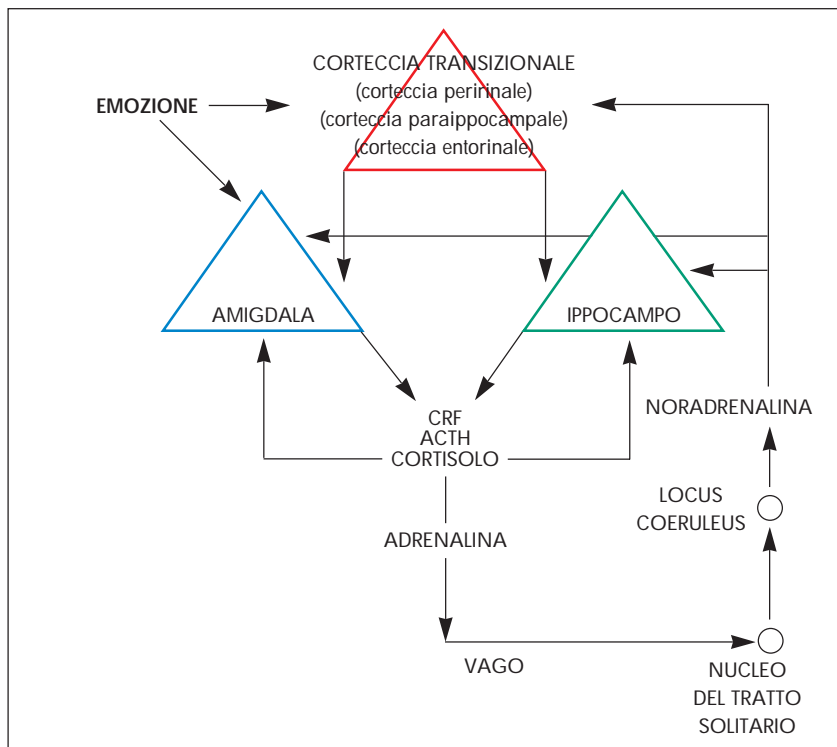


Figura 4. Il rinforzo dell'emozione sulla memoria: lo stimolo emotivo attiva la catena dello stress; l'adrenalina, attraverso il vago e il nucleo del tratto solitario, stimola il locus coeruleus a produrre noradrenalina all'interno dell'encefalo, che rinforza il ricordo ai tre diversi livelli della corteccia transizionale, dell'amigdala e dell'ippocampo, in ciascuno con la sua specifica connotazione.

sperimentale ma anche dalla specifica esperienza di ciascuno, che la memoria venga continuamente plasmata (il condizionamento hebbiano); e che, per quanto concerne specificamente la paura, il decondizionamento dalla paura sia possibile e a volte anche facile, tanto più facile quanto prima si agisce.

Sappiamo anche, o crediamo di sapere, che la paura può costruirsi un percorso utilitaristico: quello dell'uso strumentale, inconsapevole, del malessere. Il pianto, il dolore, la ricerca di consolazione, il rifugiarsi nella malattia, anche nella malattia immaginaria, anche nella malattia inventata, rappresentano delle vie di fuga che possono essere utilizzate inconsapevolmente (la malattia psicosomatica) o consapevolmente (la malattia fittizia).

Questa è una strada malata; da questa strada dobbiamo cercare di far uscire il bambino e la famiglia; e, nei limiti delle nostre possibilità, dovremmo fare in modo che nemmeno vi entrino.

Ma, per essere convinti di doverlo e di poterlo fare, dobbiamo anche capire. Capire, innanzi tutto, che, come abbia-

mo visto nel paragrafo precedente, anche queste non-malattie, queste malattie non-organiche, hanno in realtà una loro organicità, e un tipo particolare ma non sempre effimero di lesione. Sono dunque "medicina".

#### RICONOSCERE LE CAUSE

Questo paragrafo è certamente superfluo, e anche molto velleitario (come riassumere in poche righe una delle funzioni più delicate del medico?); ma mi serve per tornare a parlare con un linguaggio "nostro", per dare palpabilità, concretezza e quotidianità al discorso.

I disturbi (veri? falsi? immaginati?) per i quali ci arriva il "bambino che non ha niente" li conosciamo: l'inappetenza; l'astenia, compresa la stanchezza cronica post-infettiva; l'incapacità a concentrarsi; la scarsa resa scolastica; una sindrome dolorosa (dolori di crescita, mal di pancia, cefalea, dolore toracico); sintomi disfunzionali (sindrome dell'intestino irritabile, amenorrea secondaria); la febbre innocente (Figura 5). Vanno

resi quanto più obiettivi possibile; vanno, come si dice, prima di tutto quantificati. E poi, se passano l'esame di significatività, vanno compresi.

Le cause possono essere organiche. Non è necessariamente la prima cosa a cui pensiamo, ma è il sospetto per il quale il bambino ci viene portato in visita. L'esclusione delle cause organiche è dunque un tempo obbligatorio. Va fatta in prima battuta, nell'anamnesi e durante la inevitabile visita, seguendo le indicazioni delle "bandierine rosse" (ricordate? per la cefalea la progressione rapida del sintomo; il risveglio notturno, la presenza del vomito fuori crisi, la continuità o subcontinuità del fenomeno, la coesistenza di segni neurologici anche lievi, di disturbi della crescita e dello sviluppo sessuale; per i dolori addominali, la localizzazione asimmetrica, l'intensità, la compresenza di segni d'organo, ecc).

Al di fuori di queste indicazioni, e per i disturbi più generici, vanno richiesti degli esami? Dipende, naturalmente; il buon senso ci farà da guida. Comunque pochi e, semmai, subito.

Emocromo, VES e PCR costituiscono la triade degli esami più sensibili, sufficienti quasi in ogni caso: per riconoscere o sospettare una anemia, una malattia flogistica, anche una malignità. Se c'è febbre, una Mantoux potrà essere aggiunta. Se concomita qualche segno (ricordate? sideropenia, dolori addominali, bassa statura, magrezza, stipsi o diarrea, denti, orticaria ecc.), si potranno aggiungere anche gli EMA. Basta.

Se dall'anamnesi, dalla visita, ed eventualmente dai pochi esami si ricava la ragionevole sicurezza che non c'è organicità, andranno cercati fattori obiettivi di disagio relazionale: nella vita di famiglia (disarmonia familiare, rischio di separazione, debolezza dell'impianto educativo, insicurezza genitoriale, violenza in famiglia, gelosia di fratello); nella vita scolastica (perfezionismo, timore di non farcela, persecuzione di un insegnante, bullismo dei compagni, stigmatizzazione, solitudine); nello sport (tensione competitiva).

Non c'è bisogno che noi facciamo gli psicanalisti (non sappiamo farlo), ma aiutare il bambino e la famiglia a esplicitare, quasi da soli, le cause del malessere, senza con questo negare la verità del disturbo, questo lo possiamo fare, anche con domande dirette. Avremo compiuto il primo passo, quello diagnostico, all'interno del paziente, facendo prevalere la memoria esplicita (l'ippocampo) su quella implicita (l'amigdala).

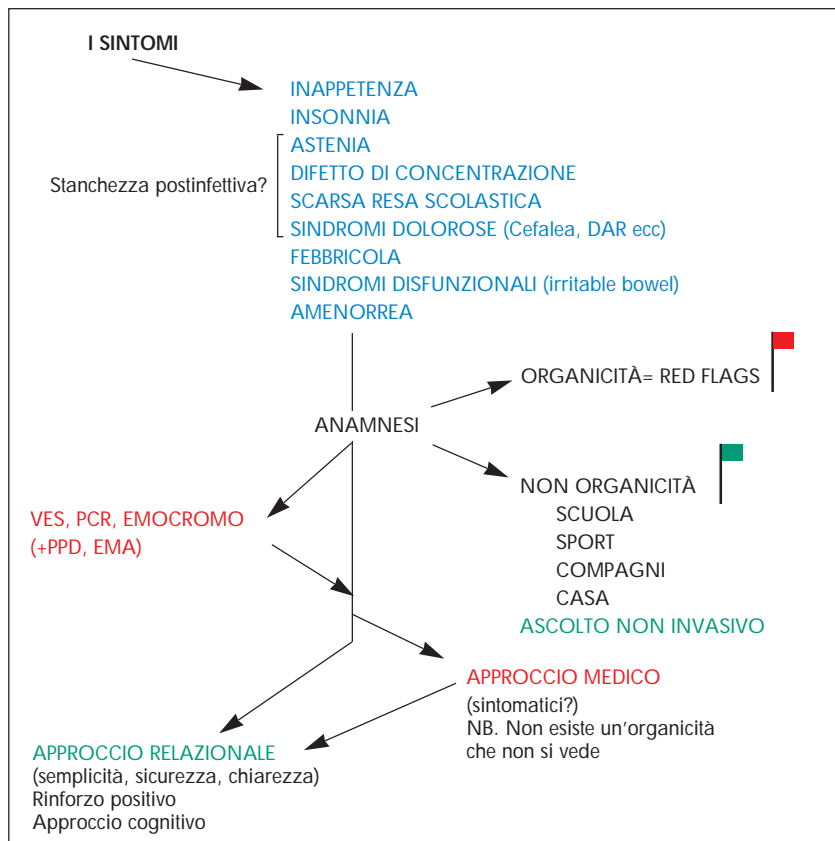


Figura 5. Diagramma di flusso per un approccio integrato al bambino che non ha niente.

### CURARE: L'APPROCCIO COGNITIVO

Contemporaneamente, possiamo compiere un altro passo, questo già riabilitativo.

La psicanalisi, ma anche l'approccio comportamentista, o quello sistemico, e le altre forme di psicoterapia, agiscono, più o meno oscuramente, sulla parte più antica, più profonda, cioè meno consapevole della mente, e ricostituiscono l'equilibrio amigdala-ippocampo-corteccia partendo dal fondo, dall'amigdala.

Noi medici "semplici" abbiamo un unico approccio alla nostra portata, l'approccio cognitivo, che scende all'amigdala dalla corteccia.

L'approccio cognitivo è quello basato sulla comprensione delle cose; è l'approccio che, istintivamente, la maggior parte di noi insegue, quando si preoccupa di fornire alla famiglia e al paziente non solo la spiegazione delle cose (dei sintomi, dei meccanismi di funzionamento, dei farmaci e del loro miglior uso, dei comportamenti indicati), ma anche per permettere loro di affrontare,

autonomamente e consapevolmente, gli eventi, quando cerchiamo di rendere autosufficienti il bambino e la famiglia, di ricollocare al loro interno il "locus of control". L'approccio cognitivo ha dietro di sé una filosofia, delle tecniche, alcuni accorgimenti, che dovrebbero, io credo, essere appresi come strumento del mestiere, ma anche come strumento di auto-formazione. Non si tratta solo di una tecnica, ma anche di un modo di essere.

Nel caso del bambino che non ha niente, ma che sta male, si tratta di aiutarlo a capire e a uscire dalle sue pastoie.

### PER USCIRE DALLA TRAPPOLA: PREVENIRE

Che cosa si può fare, per uscire dalla trappola? Le risposte sono solo teoriche.

Tuttavia, ci sono pochi dubbi che noi medici abbiamo le nostre responsabilità nella "deriva" della medicina, che ha portato alla dipendenza e all'insicurezza attraverso l'eccesso di offerta, l'eccesso di garanzia, la suggestione di onnipoten-

za della medicina. Se abbiamo delle responsabilità, vuol dire che abbiamo un potere; e questo potere dovremmo imparare a usarlo meglio di quanto abbiamo sinora fatto. Non so se ci riusciremo, o se prevarrà, in noi, la spinta del potere. Ma se non riusciremo, sarà male anche per noi; e avremo tradito il nostro ruolo.

Il pediatra ha una possibilità (e un dovere) in più, rispetto agli altri medici. Il pediatra sta accanto alla famiglia che cresce. A lui spetta, anche se in piccola parte, il compito di aiutarla nella crescita; a conquistare un'autonomia; ad assumere coscienza del potere-dovere dei genitori nei riguardi dei figli, e delle proprie capacità. Rinforzando l'autostima.

### RINFORZARE L'AUTOSTIMA

Non so se nulla di quanto ho detto sinora potrà mai essere utile ai colleghi che avranno avuto la pazienza di leggere. Ma quest'ultima cosa sì. Mi sembra anzi che il messaggio contenuto in questo titolo, "rinforzare l'autostima", che mi ha illuminato nel corso di una bellissima conferenza del professor Roche, e che io ora, fraternamente, vi ritrasmetto, possa dare un senso a tutto il mio articolo, e possa anche fare da lume a ciascuno nel cammino professionale. La trappola in cui siamo caduti tutti quanti deriva proprio dal non aver seguito questo principio comunicativo.

Per non produrre dipendenza, per produrre autonomia, per dare le gambe alla famiglia che deve camminare, per comunicare "qualcosa" (e non solo il nostro potere) a chi si rivolge a noi, per educare "positivamente" (il bambino, la famiglia, il paziente), bisogna fare in modo che il nostro messaggio, qualunque messaggio, possa aumentare l'autostima della persona a cui è diretto.

