

I DISTURBI PSICOSOMATICI IN ETA' EVOLUTIVA

Studio clinico

Notari,



Gandione M, Tocchet A, Galli dela Mantica M, Longo E, Notari D, Davico C, Larosa P,
Gerardi S, Bartolotti I, Pagana L, Ruffino C



Dipartimento di Scienze Pediatriche e
dell'Adolescenza
dell'Università degli Studi di Torino
Sezione di Neuropsichiatria Infantile



BAMBINI DI VETRO

Bambini
«TRASPARENTI»

Non riconosciuti nei loro bisogni,
«trasparenti» ... non tanto nel senso di
accessibili, «limpidi» ... ma «non visti»:
bambini che per essere ascoltati e compresi nei
loro bisogni devono inviare messaggi forti,
attraverso una via di comunicazione diversa:
il linguaggio del corpo!



TRASPARENZA ... E FRAGILITA'

La «trasparenza» di questi bambini di vetro si associa al concetto di ...

FRAGILITA'

... che interessa non solo il bambino ma anche gli adulti: genitori, educatori e operatori sanitari, che di fronte alle complesse modalità espressive di questi bambini si trovano spesso in difficoltà, impotenti e privi degli strumenti emotivi adeguati.

DISTURBI PSICOSOMATICI:

Espressione somatica di un disagio emotivo

- Funzione comunicativa
- Linguaggio del corpo ... un canale comunicativo privilegiato
- Segnali inviati attraverso il corpo sono gli unici ad essere accolti



diversa modalità per
chiedere aiuto ...
**primo linguaggio
del bambino: il
corpo!**

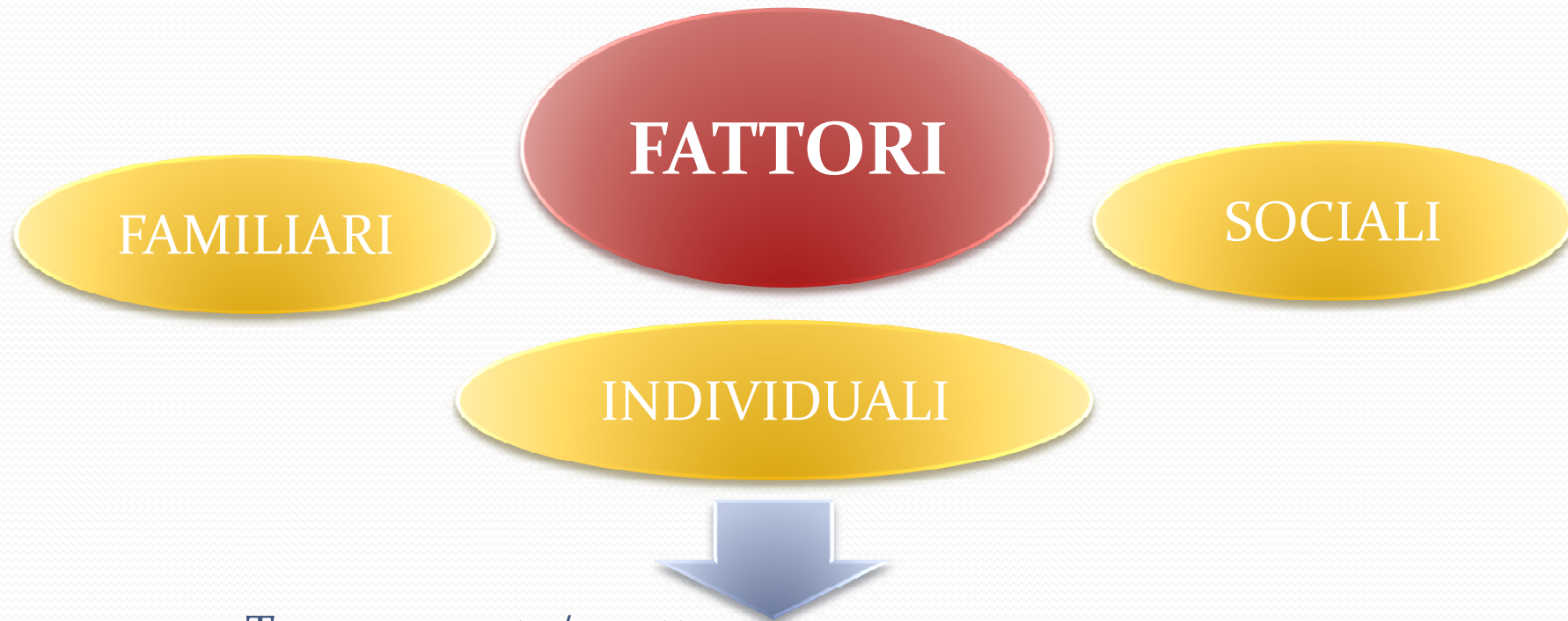


SINTOMO FISICO



Difesa da una
sofferenza emotiva,
che non può essere
accolta, accettata ed
elaborata in altro
modo!

QUALI SONO LE CAUSE?



- Temperamento/carattere
- Eventi traumatici, esperienze di separazione e/o perdita
- Maggiore preoccupazione e sensibilità alle sensazioni fisiche
- Alterata soglia di percezione somatosensoriale
- Patologia organica/psichica associata

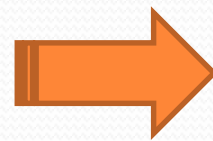
«PROFILO» del bambino a rischio di disturbi psicosomatici:

- Tratti di personalità: sensibile, coscienzioso insicuro e ansioso
- Elevate aspettative in ogni ambito, si pone obiettivi molto elevati, è teso al raggiungimento dei migliori risultati scolastici (risposta agli investimenti genitoriali)
- E' vissuto dai genitori come un bambino molto «buono», adeguato

Fattori familiari:

LA FAMIGLIA «PSICOSOMATICA»

- Sintomo esprime la disfunzione del nucleo familiare, è «funzionale» al mantenimento degli equilibri interni
- Pensiero concreto, povertà espressiva degli affetti, relazione poco comunicativa
- Maggiore possibilità di prendersi cura dei sintomi fisici, incapacità di riconoscerne il significato emotivo



il bambino «parla» il linguaggio familiare!

...ALTRE CARATTERISTICHE GENERALI

- E' un disturbo poco conosciuto, riconosciuto, studiato (problemi classificativi e diagnostici nell'età evolutiva)
- E' frequente (prevalenza molto variabile, dal 2 al 14%)
- Manifestazioni cliniche molto eterogenee: da forme lievi a quadri di rilevante gravità
- Disturbo «subdolo», diagnosi difficile



DD con PATOLOGIA ORGANICA!!!

- Tende a cronicizzare

STUDIO CLINICO condotto presso il D.U. di NPI di Torino

- 126 pazienti
- Età < 14 aa
- 2007-2011
- Valutazione delle caratteristiche cliniche, anamnestiche, familiari e individuali

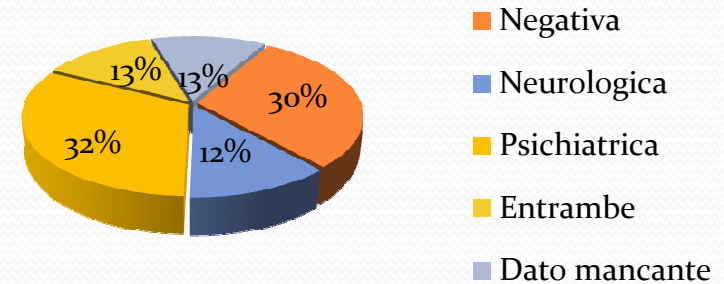


RISULTATI: CARATTERISTICHE DEL CAMPIONE

- F:M=2:1
- 12-14 aa
- Né primogeniti né figli unici
- 30% conflitti familiari
- 38% presenta comorbidità, di cui 70% di tipo psichiatrico (soprattutto disturbo d'Ansia)

Familiarità per patologie neurologiche/psichiatriche

- Familiarità positiva per malattie psichiatriche e neurologiche: 50%

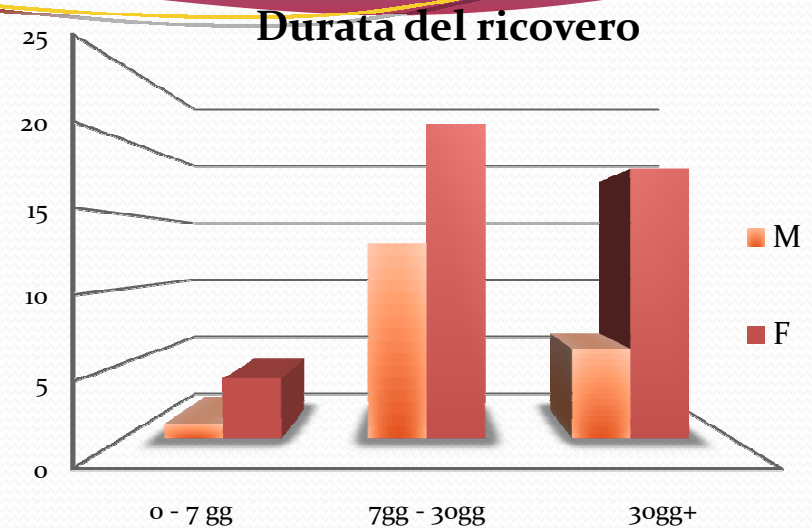


- Esperienze di separazione e perdita e/o esperienze traumatiche: 1 su 3

esperienze di separazione e/o perdita e/o traumatiche	numero casi	N (%) n=126	N (%) n=45
Nucleo familiare disgregato	19	15%	42,2%
Cambiamento ambientale	17	13,5%	37,7%
Rottura del nucleo familiare	15	12%	33,3%
Problematiche scolastiche	8	6,3%	17,7%
Evento	8	6,3%	17,7%
Malattia cronica di un genitore	7	5,5%	15,5%
Lutto indiretto	7	5,5%	15,5%
Lutto diretto	3	2,3%	6,6%
Adozione	2	1,6%	4,4%
Abuso sessuale	1	0,8%	2,2%

- Nella maggior parte dei casi numerosi accessi in DEA in anamnesi

- 1/3 ha una durata dei sintomi maggiore di 15 mesi (carattere di cronicità)



- 74,6% pregressa sintomatologia somatica ...
- Nella metà dei casi il sintomo d'esordio viene mantenuto nell'evoluzione della patologia



raramente viene posta diagnosi al sintomo d'esordio!

Caratteristiche individuali e familiari ricorrenti

**CAMPANELLI
D'ALLARME!!**

Attenzione del curante, collaborazione multidisciplinare, invio allo specialista

**DIAGNOSI PRECOCE, AFFINCHE' IL
DISTURBO PSICOSOMATICO NON SI
TRASFORMI IN PATOLOGIA !**

**PREDISPOSIZIONE
CARATTERIALE
DEL BAMBINO**

**PARTICOLARI
MODALITÀ
RELAZIONALI
INTRAFAMILIARI**

**ESPERIENZE
DI
SEPARAZIONE
E/O PERDITA**

**DISAGIO
EMOTIVO NON
RICONOSCIUTO**

**CAMPANELLI
D'ALLARME!!**

**CONTESTO
AMBIENTALE**

**NUMEROSI
ACCESSI IN DEA
E VISITE DAL
CURANTE**

SESSO FEMMINILE

**ASSENZA DI
PATOLOGIA
ORGANICA**

Difficoltà del bambino e dei genitori ad attribuire al sintomo un significato emotivo



RIFIUTO A PROSEGUIRE/PORTARE A TERMINE LE INDICAZIONI MEDICHE

18⁰%

DISTURBO SOMATOFORME

3⁰%

ALTRA PATOLOGIA
NPI

NEGAZIONE DELLA SOFFERENZA EMOTIVA IMPLICITA NEL SINTOMO SOMATICO

Difficoltà a riconoscere e accettare la natura
non organica del disturbo → rifiuto della
presa in carico NPI



- La comunicazione della diagnosi avviene attraverso un PERCORSO, al fine di poter attribuire i reali e diversi significati al sintomo
- E' necessario presentare il problema in modo che sia tollerabile
- Interventi inadeguati/intempestivi precludono la possibilità di cura
- E' necessario trovare i tempi giusti per rendere la diagnosi accettabile

TERAPIA: INTERVENTO MULTIDISCIPLINARE !

- PEDIATRA
- SPECIALISTA NPI
- EDUCATORI
- INSEGNANTI
- PSICOLOGI

La presa in carico NPI è integrata e globale e prevede sedute di osservazione psicodiagnostica, psicoterapia individuale e sostegno psicologico alla coppia genitoriale.

**Una buona alleanza terapeutica aumenta
le possibilità di successo!**