



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia Generale

Corso di Laurea in Psicologia Clinica

Tesi di Laurea Magistrale

**"Quando un disagio diventa un sintomo:
studio del sintomo somatico funzionale nella
popolazione pediatrica ospedaliera"**

**"When a discomfort becomes a symptom:
study of functional somatic symptom in pediatric hospital population"**

Relatrice

Prof.ssa Sabrina Bonichini

Co- Relatrice

Dott.ssa Giuseppina Sequi

Laureanda: Arianna Bulla

Matricola: 2016648

Anno Accademico 2021/2022

Sommario:

INTRODUZIONE.....	3
1 CAP. 1: Sintomi somatici in età evolutiva.....	6
1.1 Integrazione mente – corpo in età evolutiva.....	7
1.2 DSM – 5: disturbi somatoformi in età evolutiva.....	11
1.3 Diverse etichette diagnostiche.....	16
1.3.1 <i>Disturbo fittizio</i>	18
1.3.2 <i>Simulazione</i>	19
1.3.3 <i>Conversione</i>	20
1.3.4 <i>Somatizzazione</i>	21
2 CAP. 2: Le parti coinvolte: i giovani pazienti e le loro famiglie.....	24
2.1 Caratteristiche del paziente bambino.....	26
2.2 Caratteristiche del paziente adolescente.....	33
2.3 I genitori dei pazienti con FSS.....	37
3 CAP. 3: La ricerca.....	44
3.1 Il contesto della Clinica Pediatrica dell’Azienda Ospedaliera di Padova.....	45
3.2 Obiettivi della ricerca.....	48
3.3 Metodo prima parte della ricerca.....	50
3.3.1 <i>Partecipanti</i>	50
3.3.2 <i>Procedura</i>	57
3.3.3 <i>Strumenti</i>	58
3.3.4 <i>Analisi dei dati</i>	59
3.3.5 <i>Risultati</i>	59
<i>YSR-sport, YSR-gruppi, YSR-amici</i>	60
3.4 Metodo seconda parte della ricerca.....	61
3.4.1 <i>Partecipanti</i>	61

3.4.2	<i>Procedura</i>	62
3.4.3	<i>Strumenti</i>	63
3.4.4	<i>Analisi dei dati</i>	64
3.4.5	<i>Risultati</i>	64
4	CAP. 4: Discussione dei dati e conclusioni	72
4.1	Discussione.....	72
4.1.1	<i>Discussione prima parte della ricerca</i>	73
4.1.2	<i>Discussione seconda parte della ricerca</i>	80
4.2	Limiti dello studio e possibile proposte	90
4.3	Prospettive future	92
4.4	Conclusioni	93
	Bibliografia	98
	APPENDICE	109
	RINGRAZIAMENTI	114

INTRODUZIONE

I disturbi somatoformi in età evolutiva sono particolarmente frequenti: sia bambini che adolescenti presentano diverse difficoltà nell'esprimere il proprio mondo interiore, tramite il linguaggio tendono ad utilizzare il corpo come mero strumento privilegiato per manifestare il proprio disagio e trasmettere importanti significati.

Se un bambino sta male, i sintomi manifestati e le cause di questo dolore possono essere varie: un'indigestione per aver mangiato troppo la sera prima, un virus intestinale, una brutta caduta o la semplice paura di dover andare a scuola il giorno dell'interrogazione.

I sintomi, e le cause dietro ad essi, possono essere molto diversi tra loro. Generalmente, nonostante la condizione di malattia del figlio, i genitori non si allarmano più del dovuto.

Se però il malessere si protrae per svariato tempo, la situazione cambia radicalmente: pensiamo ad un bambino che per giorni, mesi, se non addirittura anni, lamenta un dolore forte e continuo che non gli permette più di correre, giocare, passare del tempo con i suoi amici, un dolore che non gli consente più di vivere al sua vita come gli altri.

Il primo pensiero di un genitore è quello che ci sia qualcosa che non funziona più correttamente nel *corpo* di suo figlio, che questo sintomo sia un campanello di allarme per qualcosa di più grave, una terribile malattia che solo numerosi esami organici potranno rivelare.

Paura, preoccupazione, incertezza e sfiducia aumentano quando il medico riferisce loro che nonostante tutti gli esami non è emerso nulla, che non è stato possibile trovare alcun riscontro biologico: guardando gli esami svolti, il loro figlio non ha alcuna malattia organica.

Questo quadro rientra nel cosiddetto modello biomedico: dove la malattia è vista solo ed esclusivamente come una deviazione dalla norma avente necessariamente una causa anatomica, fisiologicamente misurabile. Fortunatamente, da parte di tutto il

sistema sanitario, c'è il tentativo di passare oltre questo modello di medicina, per abbracciare una visione più ampia di malattia: il modello biopsicosociale. Secondo il modello biopsicosociale per spiegare il fenomeno di malattia, e le sue ripercussioni sulla vita dell'individuo, non è sufficiente soffermare la propria attenzione sul sintomo presentato qui ed ora, ma è indispensabile indagare tre diverse dimensioni: una biologica, una psicologica e una sociale. Solamente considerando l'insieme è possibile giungere ad un quadro completo della situazione di malattia e individuarne la possibile causa e cura.

Proprio in quest'ottica di multidimensionalità emerge il problema della malattia psicomatrica: una malattia che non riguarda solo il corpo, ma che coinvolge tutte e tre le componenti sopra citate. Le caratteristiche proprie di ogni bambino, la sua personalità, il suo modo di reagire alle situazioni, gli ambienti di vita in cui deve destreggiarsi, il nucleo familiare, la diade genitore-figlio, etc. sono tutte variabili che devono essere prese in considerazione nel delicato processo di cura del disturbo psicosomatico.

In questo contesto emerge la figura dello psicologo, un personaggio troppo spesso di margine nel panorama della sanità italiana che si trova a dover fronteggiare un bambino che sta male, una famiglia preoccupata e la mancanza di riscontri organici. Questa è una malattia "invisibile" colpisce bambini, giovani e adulti, una malattia a cui spesso è difficile credere perché priva di prove organiche, priva di esami strumentali che possano soddisfare le richieste di risposte concrete del paziente, una malattia che colpisce il corpo come espressione di un disagio più profondo, una sofferenza intrinseca nell'animo e nella mente delle persone: una malattia di origine psicosomatica.

Il seguente lavoro di tesi tratta, come argomento cardine, i disturbi somatoformi in età pediatrica. Il gruppo dei partecipanti alla ricerca comprende 339 casi di pazienti accolti presso la Clinica Pediatrica dell'Azienda Ospedaliera di Padova a cui è stata posta una diagnosi di disturbo psicosomatico tra gennaio 2014 e giugno 2022. Lo studio svolto si è posto innanzitutto l'obiettivo di esplorare caratteristiche sociodemografiche e cliniche come ad esempio età, genere, tipo di sintomatologia in ingresso, etc. e, in seconda analisi, di indagare, attraverso la somministrazione ai

genitori di un'intervista telefonica, l'attuale stato di benessere e qualità di vita del bambino/adolescente, i benefici e le criticità rispetto all'esperienza vissuta in ospedale e, infine, le credenze sviluppate in riferimento all'ipotesi di una possibile origine psicologica dei sintomi presentati. Con l'intervista si è voluto verificare l'attuale funzionamento quotidiano, il benessere e la qualità di vita del giovane paziente per poter andare a riscontrare se vi è stata ripresa delle attività congrue per l'età.

I risultati raccolti sono stati poi descritti, analizzati e confrontati con le informazioni tratte dalla letteratura.

1 CAP. 1: Sintomi somatici in età evolutiva

L'unità mente – corpo è l'inscindibile essenza primaria dell'uomo. Corpo e mente non sono entità separate ma sono parte l'uno dell'altra, aspetti diversi di una sola totalità.

Il corpo è in costante mutamento, le percezioni rispetto ad esso cambiano in continuazione, non sembra mai lo stesso: sono le esperienze vissute, le emozioni provate che determinano queste ricorrenti trasformazioni. Ma il nostro corpo ci comunica questi cambiamenti attraverso un linguaggio non verbale può confermare e/o negare tutto quanto viene trasmesso con le parole. Il corpo ha un ruolo fondamentale nella comunicazione.

Il concetto di corpo non è disgiunto da quello di mente.

Ogni malessere di natura psicologica viene espresso attraverso l'organismo, si ripercuote su di esso; viceversa, anche le malattie organiche comportano delle alterazioni della sfera psicologica, delle ripercussioni sulla mente: emozioni molto intense possono determinare tachicardia, palpitazioni, un disturbo organico fastidioso può ripercuotersi sull'umore (determinando per esempio irritazione o sconforto), e ancora, intense preoccupazioni emotive possono provocare, in alcuni individui, malattie di tipo organico (come ad esempio l'ipertensione o l'ulcera). Questa visione di reciprocità e unità definisce, di conseguenza, un modo nuovo di concepire l'uomo malato, una nuova visione della malattia: non viene più considerato esclusivamente l'organo malato da "curare", ma la globalità psichica, sociale e culturale dell'essere umano in cui l'organo rappresenta solo l'espressione ultima del disturbo.

I disturbi psicosomatici si sviluppano proprio in questo contesto: un corpo comunica un disagio, un disturbo che non nasce a livello organico, ma a livello psichico. La presenza di sintomi fisici non coerenti con una chiara malattia fisica è solitamente definita come somatizzazione (Thomson, Randall, Ibeziako, & Bujoreanu, Somaform disorders and trauma in medically admitted children,

adolescents and young adults: prevalence rates and psychosocial characteristics, 2014; Eminson D. , 2001).

La tradizione bio-medica separa nettamente la vita psichica e la malattia, essendo quest'ultima considerata sempre di origine biologica, dovuta cioè alla lesione di qualche parte del corpo; ma di fronte a questi disturbi privi di spiegazioni organiche emerge la necessità di un approccio multidimensionale alla cura del malato: un approccio bio-psico-sociale.

L'uomo è carne, soma e materia, ma è anche mente, psiche e idea; queste due dimensioni coesistono in lui e si integrano tra loro definendone l'essenza. L'approccio psicosomatico è un tentativo di vedere le persone nella loro interezza senza mai dimenticare questo indissolubile legame che unisce lo psichico e il corporeo: è lo studio dei rapporti intercorrenti tra mente e corpo. Fattori psichici ed emotivi che svolgono un ruolo determinante nello sviluppo delle malattie organiche.

1.1 Integrazione mente - corpo in età evolutiva

Alcuni essere umani hanno sempre mostrato un certo grado di problematicità nel canalizzare tensioni e distress emotivi verso una libera espressione idiomantica; in particolare modo, questa difficoltà emerge nel momento in cui il linguaggio, la comunicazione, la potenza della parola vengono sempre più messe da parte, a favore di interpretazioni lampo e sterili. Questo ancor di più in un bambino o un adolescente, che talvolta non possiede gli strumenti utili per elaborare quello che avviene dentro di sé. Quando mancano gli strumenti per una corretta e funzionale espressione linguistica è il corpo a dar voce al “non detto”, a tutto ciò che risulta difficile pensare e portare alla luce. Un corpo che parla, comunica, che, trova una via per far defluire all'esterno ciò che non può più essere contenuto all'interno. Emerge l'incapacità di trovare un'altra via di espressione se non quella della

corporeità. Il corpo è, per il bambino, lo strumento, il solo o quasi, prima del linguaggio, attraverso cui esprime una sofferenza psicologica (Kreisler, 1985).

È proprio nell'intersezione tra il corpo, la mente e l'ambiente in cui si vive, che viene alla luce il fenomeno dei sintomi somatici funzionali (*Functional Somatic Symptoms*). La definizione *Functional Somatic Symptoms (FSS)* è comunemente utilizzata per rappresentare una sintomatologia fisica senza che vi sia una causa organica sottostante. Viene adottato questo termine, "somatici" per sottolineare che questi disturbi si presentano come comuni alterazioni a livello corporeo; il termine "funzionale", invece, precisa come non vengano accompagnati da un'alterazione anatomica tracciando un netto verdetto: l'assenza di una causa riscontrabile alla loro origine. Gli FSS vengono anche definiti M.U.S. (*Medical Unexplained Symptoms*), termine recentemente introdotto anche nella letteratura riguardante l'età evolutiva. L'insieme di questi disturbi, privi di base organica ed interpretabili esclusivamente dal punto di vista emotivo, prende il nome di "Disturbi Psicomatici" (Engel, 1977).

Nella manifestazione e decorso di questi disturbi determinante è la componente affettiva, cognitiva e comportamentale dell'individuo che li sperimenta. Diversi fattori possono contribuire alla loro insorgenza: la vulnerabilità genetica e biologica, precoci esperienze traumatiche (violenza, abuso, deprivazione), esperienze sfavorevoli di attaccamento e di apprendimento, nonché norme culturali / sociali che svalutano e stigmatizzano la sofferenza psicologica rispetto alle sofferenze fisiche (American Psychiatric Association, 2013). I "disturbi da sintomi somatici e correlati" sono, dunque, il risultato di una complessa interazione tra fattori biologici, psicologici e sociali.

I sintomi fisici inspiegabili sono comuni nella popolazione pediatrica (Tekkalaki, Chate, Patil, & Patil, 2017). Il comportamento del bambino si trova lungo un continuum che va dalla normalità alla anormalità. Sarà l'interazione tra i fattori di rischio e quelli di protezione che determinerà la traiettoria di sviluppo e la posizione all'interno di questo continuum. Come già accennato in precedenza, i bambini e spesso anche i ragazzi si servono del corpo per esprimere le proprie difficoltà: il loro linguaggio verbale è povero e la corporeità è l'unico mezzo di espressione che

hanno a disposizione. Alcuni studi si sono concentrati sull'età adolescenziale e hanno riscontrato che la difficoltà a verbalizzare i propri vissuti emotivi in questo delicato periodo della vita costituisce un fattore di rischio associato alla presenza di lamentele somatiche / disturbi somatoformi (Gatta, et al., 2011). Sono i bisogni e le emozioni repressi nel bambino e nell'adolescente a causare il sintomo: questo, infatti, funge da difesa consentendo l'espressione della tensione e del distress senza che ciò che scatena realmente il sintomo venga alla luce. L'esposizione ripetuta allo stress nella prima infanzia altera lo sviluppo del sistema di stress dell'organismo in modo tale da promuovere una risposta allo stress prolungata (McEwen, Gray, & Nasca, 2015). Le evidenti inadeguate abilità di coping portano il bambino a non riuscire a regolare le sue emozioni, i suoi pensieri, il comportamento, la fisiologia e l'ambiente in risposta agli stressor, in risposta all'esperienza traumatica: l'unica modalità che conosce, e che è un grado di mettere in atto, è quella di utilizzo del corpo per parlare, per comunicare la sua sofferenza, il suo disagio interiore. Il bambino in questo modo può deviare il conflitto. Ciò però allo stesso tempo contribuisce al mantenimento del sintomo e al costituirsi di un circolo vizioso. Si definisce, così, una maggiore attenzione al corpo e alle valutazioni dei sintomi legati alla malattia con conseguente aumento della percezione dei sintomi (Klaus, Rief, Brähler, Martin, Glaesmer, & Mewes, 2015; Wollburg, Voigt, Braukhaus, Herzog, & Löwe, 2013; Weck, Neng, Richtberg, & Stangier, 2012).

In particolar modo, Bizzi (2019) afferma che i sintomi somatici costituiscono l'espressione diretta del disagio sperimentato nel contesto di attaccamento, che viene poi convertito come processo difensivo attraverso sintomi fisici. Il disagio psichico può essere visto proprio come l'espressione di un fallimento ambientale o genitoriale, che impedisce la normale sintonizzazione e allineamento emotivo tra il bambino e il suo ambiente di sostegno (Cavanna, 2011): ci si riferisce a quegli stati di malessere psicologico conseguenti ad un mismatching della comprensione relazionale, nei quali la consapevolezza «di non essere riconosciuti» facilita lo scivolamento sul corpo di questo senso di non essere veramente compresi sul piano psichico (Guiducci, Bizzi, Ferro, & Cavanna, 2018). Le reazioni somatizzanti si svilupperebbero, dunque, come adattamenti alle minacce ricorrenti all'interno di relazioni intime, percepite come potenziale fonte di ansia e pericolo (Bizzi, La

qualità dell'attaccamento nei bambini con disturbi da Sintomi Somatici e disturbi correlati, 2019). Il bambino non impara, all'interno della relazione di attaccamento, ad affrontare pensieri, sentimenti e stati corporei angoscianti in modo tale da risolvere l'angoscia e da abbassare il sistema di stress dell'organismo (Ratnamohan & Kozłowska, 2017), ma, fin da piccolo, avrà dovuto gestire livelli più elevati di eccitazione, angoscia e disagio corporeo con livelli inferiori di sostegno da parte delle figure di attaccamento (Ratnamohan & Kozłowska, 2017). Il sintomo somatico funzionale rappresenterebbe la modalità che il bambino utilizza al fine di mantenere un certo grado di vicinanza con la figura di attaccamento e quindi ricevere le sue attenzioni.

Il modo in cui un bambino affronta il dolore predice il livello di disabilità correlata al dolore e il benessere emotivo (Claar, Baber, Simons, Logan, & Walker, 2008).

Riebel et al. (2013) hanno riscontrato che le persone con un disturbo somatoforme hanno un'autoconcezione implicita di debolezza fisica più forte rispetto a un gruppo di controllo sano. Gli schemi e le rappresentazioni di sé legati alla malattia (ad esempio, il concetto di sé di essere malato o debole) non sono sempre accessibili in modo consapevole (esplicito), ma sono spesso attivati automaticamente come rappresentazioni implicite (Orbell & Henderson, 2016; Riebel, Egloff, & Witthöft, 2013); suggerendo che è possibile innescare automaticamente o involontariamente ulteriori cognizioni disfunzionali (per esempio, "devo stare a casa e riposare, altrimenti mi ammalerò") o comportamenti di malattia (ad esempio, comportamenti di evitamento) (Jungmann & Witthoft, 2020).

Kreipe (2006) sostiene che l'affidamento ai test diagnostici, in particolare alla risonanza magnetica e altri strumenti tecnologicamente avanzati, per esplorare sintomi riferiti promuove una concettualizzazione dualistica del corpo. Kreipe (2006) afferma che questo dualismo non sia utile per il giovane, per la sua famiglia e per l'operatore sanitario, in quanto promuove la nozione che il corpo e la mente siano entità distinte e non collegate, quando la salute fisica e psicologica possono essere strettamente collegate. Di conseguenza, le famiglie possono sentirsi frustrate dalla mancanza di progressi nell'individuazione di una causa fisica, mentre resistono alle spiegazioni psicologiche dei sintomi (Hinton & Kirk, 2016). La nozione di base

per poter indagare, comprendere e sanare i disturbi da sintomi somatici è l' "unità mente-corpo": è necessario oltrepassare la concezione dualistica per poter abbracciare una visione più unitaria basata sull'assunzione che mente e corpo sono due entità non sono separate tra di loro, ma in costante dialogo, pronte ad influenzarsi vicendevolmente.

1.2 DSM – 5: disturbi somatoformi in età evolutiva

Il Manuale Diagnostico Statistico dei disturbi mentali (e dei problemi correlati ad essi) è stato redatto dall'American Psychiatric Association per la prima volta nel 1952 (DSM – 1). Il DSM è uno dei sistemi nosografici e a-teorici per i disturbi mentali e psicopatologici più utilizzati da psichiatri, psicologi e medici di tutto il mondo: è utilizzato sia nella pratica clinica sia nell'ambito della ricerca. Il suo scopo primario è quello di assistere gli specialisti della salute nella diagnosi dei disturbi mentali come parte di una valutazione della formulazione del caso clinico che porta alla definizione di un piano di trattamento costruito sulla base di tutte le informazioni disponibili per ciascun individuo (DSM-5, 2013). Ricorrere al DSM ha il chiaro vantaggio di creare un linguaggio comune tra i clinici relativo alla diagnosi dei disturbi (DSM-5, 2013). Alla prima edizione del DSM ne seguono altre con lo scopo di aumentarne l'utilità clinica come guida alla diagnosi dei disturbi mentali. La revisione attuale (DSM – 5), pubblicata nel 2013, tiene in considerazione l'attuale sviluppo e i risultati della ricerca psicologica e psichiatrica in numerosi campi, modificando e introducendo nuove definizioni di disturbi mentali: accoglie un numero di patologie (circa 370) tre volte maggiore della prima edizione (Enciclopedia Treccani).

I sintomi, all'interno del DSM sono raggruppati sulla base di criteri statistici, cioè a seconda della loro frequenza nelle patologie. Il DSM si basa su una classificazione di tipo categoriale: suddivide i disturbi in categorie distinte utilizzando insiemi di

criteri di tipo descrittivo. I pazienti sono classificati in base al grado di conformità rispetto ai sintomi proposti in una determinata categoria. Per fare diagnosi, non si richiede che siano presenti tutti i criteri elencati, ma solo un numero prefissato di essi. Questi confini marcati e definiti tra i disturbi mentali, questa visione categoriale della malattia non è rappresentativa né del reale rapporto che c'è tra le differenti condizioni patologiche, né della relazione tra una situazione di malattia e una di salute. Con il DSM – 5 viene riconosciuta la necessità di utilizzare il manuale in maniera flessibile: viene riconosciuta la necessità di cogliere l'ampia condivisione di sintomi e di fattori di rischio da parte di molti disturbi in modo da non perdere le possibilità di riconoscere le situazioni di comorbidità. Nell'utilizzo del manuale è necessario, quindi, tenere presente la natura dimensionale del costrutto di malattia. In particolar modo, includere la componente affettiva, cognitiva e comportamentale tra i criteri relativi ai vari disturbi offre l'opportunità di un'analisi più completa e accurata del quadro clinico, rispetto a quanto avviene valutando esclusivamente i sintomi fisici (DSM-5, 2013).

L'ultima versione del DSM (DSM – 5), è stata sottoposta ad alcune modifiche rispetto alla precedente. La categoria diagnostica che verrà trattata in questo elaborato di tesi ha subito dei cambiamenti rilevanti a partire dalla nomenclatura: nel DSM – 5, i “*disturbi somatoformi*” (nome diagnostico del DSM – IV), vengono definiti come “*disturbi da sintomi somatici e correlati*”. La classificazione del DSM – 5 riduce il numero di tali disturbi ridefinendone i confini. Le precedenti diagnosi di disturbo da somatizzazione, algico e somatoforme indifferenziato sono state unite sotto la categoria diagnostica di “*disturbo da sintomi somatici*”. La diagnosi di ipocondria, invece, è stata sostituita con quella di “*disturbo da ansia di malattia*”. Le modifiche apportate alla nuova edizione vengono proposte anche per consentire, rispetto a quelle delle precedenti edizioni, una maggiore applicabilità della diagnosi (con particolare riferimento alla diagnosi di disturbo da sintomi somatici) alla fascia d'età dell'infanzia e dell'adolescenza (Schulte & Petermann, 2011). Questi nuovi criteri sembrano essere più in linea con i risultati di precedenti studi sull'età evolutiva (Cerruti, Spensieri, Valastro, Presaghi, Canitano, & Guidetti, 2017)

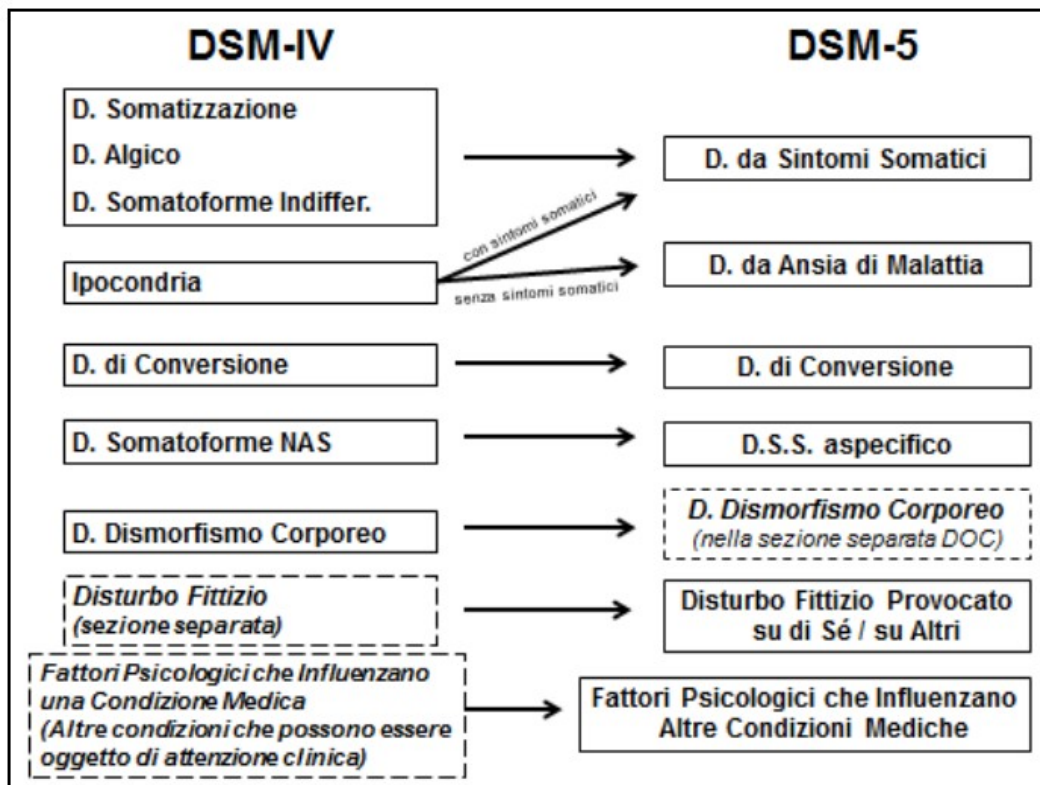


Figura 1: modifiche DSM - 5 rispetto alla versione precedente

La sezione II del DSM – 5 suddivide i disturbi in 20 categorie ufficiali sulla base dei criteri diagnostici. Ogni classe di disturbi al suo interno racchiude numerose categorie diagnostiche seguiti dal rispettivo codice dell'ICD – 10 – CM. In questo manuale diagnostico i disturbi somatoformi vengono racchiusi all'interno del capitolo: “*Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati*” (DSM-5, 2013). Tutti i disturbi di questo capitolo hanno una caratteristica comune: la rilevanza dei sintomi somatici (SS) associata a disagio o ad una disfunzione significativi. Tali disturbi sono legati a fattori psicosociali che possono essere considerati come fattori che iniziano, aggravano e perpetuano tali sintomi (DSM-5, 2013; Schulte & Petermann, 2011).

La principale diagnosi di questa classe diagnostica è quella di “*Disturbo da sintomi somatici*”. La diagnosi di disturbo da sintomi somatici dà particolare rilievo a come i sintomi somatici (accompagnati da pensieri, sentimenti e comportamenti associati a preoccupazioni relative alla salute) procurino disagio, portino ad alterazioni significative della vita quotidiana del paziente, piuttosto che all’assenza di una spiegazione medica per i suddetti sintomi (DSM-5, 2013). Il decorso del disturbo è cronico e fluttuante, frequentemente associato ad una compromissione del comportamento sociale, interpersonale e familiare. Sebbene possa non essere presente in modo continuativo alcuno dei sintomi, è necessario, per fare diagnosi, che la condizione sintomatica sia persistentemente presente per un arco di tempo tipicamente superiore a 6 mesi (DSM-5, 2013). Per quanto riguarda questa categoria diagnostica è fondamentale prestare attenzione e dare rilievo non tanto ai sintomi somatici in quanto tali, quanto piuttosto al modo in cui gli individui li presentano e interpretano (DSM-5, 2013). La possibilità di includere la componente affettiva, cognitiva e comportamentale fra i criteri relativi alla diagnosi di disturbo da sintomi somatici consente più facilmente di condividere con la persona una concettualizzazione più comprensiva della problematica, avendo presenti le varie componenti della stessa: stili di pensiero, strategie di coping, stress, fattori familiari e ambientali (Ricca & Sequi, 2019). Secondo il DSM – 5, gli individui possono manifestare uno o una combinazione di sintomi fisici per i quali che può essere trovata una causa organica e sintomi per i quali non c'è una spiegazione medica sottostanti (DSM-5, 2013). La sofferenza dell’individuo (a prescindere dalla presenza o meno di una causa organica) è autentica nonostante non sia direttamente determinata da una condizione medica (DSM-5, 2013). Generalmente i soggetti che ricevono la diagnosi di disturbo da sintomi somatici mostrano un’angoscia sproporzionata per la loro condizione di malattia: valutano i propri sintomi come estremamente gravi, dannosi e nocivi per la loro salute. Anche quando, nonostante i numerosi esami a cui vengono generalmente sottoposti mostrino il contrario, alcuni pazienti continuano a preoccuparsi, a ritenersi in una condizione di pericolo. Questi pensieri assumono un ruolo centrale nella vita dell’individuo portandolo ad un ripetuto controllo del corpo alla ricerca di malattie (DSM-5, 2013). Vi è dunque una continua richiesta di consultazioni di tipo medico e un elevato utilizzo delle cure:

ricorrono con frequenza a numerosi esami, anche invasivi, per trovare una spiegazione, una diagnosi organica, alla loro condizione. Spesso, di fronte ad una diagnosi di disturbo da sintomi somatici, i pazienti rifiutano di accettare le spiegazioni secondo cui non vi è una causa fisica alla base dei sintomi negando la valutazione medica e definendo come inadeguato il trattamento a cui sono stati sottoposti (DSM-5, 2013).

I sintomi somatici funzionali sono comuni in età evolutiva. All'interno della popolazione generale, una rilevante percentuale di bambini e adolescenti (tra il 10% e il 15%) lamenta sintomi somatici funzionali (Garralda, 2010). Questa categoria di pazienti, generalmente, appare indifferente al sintomo, ma se ne lamentano molto, non verbalizzano preoccupazione alcuna (Ricca & Sequi, 2019). Tuttavia, le manifestazioni del sintomo sono evidenti. Lo stato affettivo è caratterizzato da ansia e bisogni di accudimento: il bambino appare come sofferente e stressato, può non sentirsi creduto e reagire con proteste e rabbia. I suoi pensieri, in ugual modo come avviene negli adulti, sono focalizzati sul sintomo e i suoi interessi appaiono ristretti rispetto ai bambini della sua età. Bisogna non sottovalutare il dolore e l'angoscia del bambino al fine di non aggravarne la sintomatologia. Considerando questa particolare tipologia di diagnosi in relazione all'età pediatrica è necessario sottolineare l'influenza e la rilevanza che riveste la figura del care-giver: i giovani pazienti che si rivolgono allo specialista sono accompagnati, in tutto il percorso di cura (dalla diagnosi al trattamento, fino al momento di remissione del sintomo) dai genitori. Spesso è possibile riscontrare un eccessivo interesse o preoccupazione del genitore rispetto ai sintomi del figlio: diversi studi hanno riscontrato, infatti, come un significativo predittore dell'uso futuro delle cure sanitarie sia la preoccupazione materna (Little, Somerville, Williamson, Warner, Moore, & al., 2001). I genitori appaiono completamente focalizzati sul sintomo organico e richiestivi di esami strumentali per andare ad indagarlo (Ricca & Sequi, 2019). Dalla letteratura emerge come i disturbi somatoformi, in bambini e adolescenti, spesso si tramutino poi in disturbi d'ansia in età adulta (Deshpande, Ganapathy, & Bendre, 2015). Emerge, inoltre, come esista una significativa correlazione positiva tra i sintomi somatoformi e i disturbi depressivi nella popolazione adolescenziale in entrambi i sessi: tanto più

gli adolescenti riportano dolori fisici, tanto più essi presentano disturbi di tipo depressivo (Emison, 2007).

I contributi finora esaminati sono sicuramente d'aiuto nella comprensione dei sintomi somatici funzionali in età evolutiva, ma costituiscono ancora un punto di partenza che necessita di ulteriori approfondimenti e adattamenti al fine di poter mettere in luce le peculiarità e le sfaccettature di queste manifestazioni della delicata fase dello sviluppo.

1.3 Diverse etichette diagnostiche

Curare un bambino o un adolescente con una patologia di natura somatoforme è molto più complesso che affrontare un disturbo con chiari sintomi medici ed esami di laboratorio che ne accertino la provenienza organica. Spesso da parte dei pazienti (anche da parte dei genitori degli stessi) c'è un atteggiamento di mancato riconoscimento o al contrario (anche se meno frequente) di banalizzazione della problematicità. Queste due risposte disfunzionali alla diagnosi di patologia somatica rischiano di favorire il perpetuarsi di un vissuto di malattia. I vissuti di questa particolare tipologia di pazienti sono caratterizzati da sintomi somatici che suggeriscono, ma non possono essere pienamente spiegati da una condizione medica di base o dall'effetto di una sostanza (Preis, Golm, Kröner-Herwiget, & Barke, 2017). A causa di questa incessante attenzione al sintomo fisico, queste persone fanno tipicamente ricorso ai servizi di medicina generale. Raramente si rivolgono spontaneamente ad uno specialista della salute mentale, anzi, spesso questo suggerimento viene colto con riluttanza o persino con un aperto rifiuto. Questi vissuti di malattia sono associati ad una significativa compromissione dello stato di salute: la sofferenza dell'individuo è autentica, reale, nonostante essa non sia necessariamente associata ad una compromissione dal punto di vista medico.

L'esacerbazione di sintomi somatici spesso è favorita da alcuni fattori di rischio come fattori temperamentali, ambientali, genetici e fisiologici. In particolar modo è stato dimostrato che i giovani affetti da DSS presentano una serie di fattori di rischio biopsicosociali la cui individuazione è fondamentale per una corretta identificazione, valutazione e gestione del disturbo (Malas, Ortiz-Aguayo, Giles, & Ibeziako, 2017). Fattori di rischio specifici per lo sviluppo di disturbi somatoformi potrebbero essere le esperienze infantili di con somatizzazioni dei genitori e l'esposizione a malattie fisiche croniche o gravi nella famiglia più stretta (Schulte & Petermann, 2011). Inoltre, i fattori di rischio non specifici, come i traumi infantili, sono comuni tra i pazienti con disturbi somatoformi (McCall-Hosenfeld J. , Winter, Heeren, & Liebschutz, 2014). La presenza o meno di alcuni di questi fattori di rischio può determinare un'insorgenza, uno sviluppo e un decorso di malattia più o meno favorevole. Grazie ad alcune evidenze empiriche è stato dimostrato come uno stile di attaccamento insicuro, eventi di vita traumatici, in particolare le avversità della prima infanzia, giochino un ruolo importante nello sviluppo, nel mantenimento e nella progressione di disturbi mentali e funzionali nel corso della vita (Scott, et al., 2011; Chen, et al., 2010).

Il 10% - 25% dei bambini e dei giovani riferisce disturbi somatici cronici, ma solo una piccola percentuale di questi sintomi ha una causa medica reale, identificabile (Carson, Lewis, Tsou, & al., 2011); per questa ragione è necessario, attraverso una ricerca sistematica e puntuale, andare ad indagare questi disturbi e le loro implicazioni a livello psicologico non solo negli adulti (fetta di popolazione su cui si concentrano maggiormente gli studi in quest'ambito), ma anche nei più giovani.

I disturbi caratterizzati da somatizzazione si estendono lungo un continuum in cui i sintomi possono manifestarsi in maniera inconscia e involontaria oppure essere prodotti in modo consapevole e volontario. Questo continuum comprende:

- Il disturbo fittizio;
- La simulazione;
- La conversione;
- La somatizzazione.

Agli estremi di questo continuum vi sono le diagnosi cliniche (*disturbo fittizio* e *somatizzazione*) di maggiori gravità perché connesse all'assenza di consapevolezza da parte dell'individuo.

Di seguito verrà esposta una breve sintesi di ciascuna etichetta diagnostica sopra citata.

1.3.1 Disturbo fittizio

L'ICD – 10 (1992) definisce il disturbo fittizio come una “produzione intenzionale o simulazione di sintomi o invalidità fisica o psicologica” in cui il paziente imita pedissequamente certi sintomi senza una ragione apparente. Nei casi più gravi il paziente, per produrre i sintomi di malattia, può arrivare anche ad autoinfliggersi delle lesioni. I pazienti spesso conoscono molti sintomi e le caratteristiche del disturbo che stanno fingendo. Le motivazioni che lo spingono a compiere queste azioni sono delle *motivazioni di tipo interno* (non immediatamente conoscibili) strettamente associate alla volontà di assumere il ruolo di malato. L'individuo può esagerare, inventare, indurre o emulare i sintomi della malattia per portare con l'inganno gli altri a considerarlo come infermo o più menomato di quanto in realtà non sia. In alcuni casi il soggetto può arrivare ad una vera e propria contraffazione, falsificazione di test e cartelle cliniche per suggerire la presenza di una situazione di malattia oppure l'induzione di un determinato risultato di laboratorio attraverso l'ingerimento di una sostanza o il procurarsi lesioni e ferite (DSM-5, 2013). I sintomi possono essere acuti, drammatici, e convincenti. I casi più comuni che ricadono sotto questa etichetta diagnostica riguardano una sintomatologia di tipo reumatoide (difficoltà di deambulazione e febbri di origine inspiegabile), di tipo gastroenterico (nausea e vomito), mancamenti e perdite di coscienza (Ricca & Sequi, 2019).

I disturbi fittizi si distinguono in due sottotipi: provocato da sé e provocato da altri. Questo seconda categoria prende il nome di *Sindrome di Munchausen per Procura*

e generalmente si verifica da parte di un curante nei confronti della persona di cui si occupa. La Sindrome di Munchausen per Procura è molto comune nella dinamica relazionale caregiver – bambino e si manifesta attraverso comportamenti di abuso e maltrattamento. La persona che assiste il giovane paziente falsifica l'anamnesi e può fare del male al bambino con farmaci / sostanze o aggiungere sangue e contaminanti batterici ai campioni urinari, al fine di simulare una malattia. La persona richiede cure mediche per il bambino e si mostra profondamente preoccupata e protettiva. Tipicamente la storia clinica del piccolo è caratterizzata da una ricca cartella clinica, frequenti ospedalizzazioni e una totale mancanza di diagnosi. Talvolta, come conseguenza di questi comportamenti da parte del caregiver, i bambini poi possono sviluppare realmente gravi malattie. La motivazione del comportamento del soggetto responsabile è quella di assumere, per interposta persona, il ruolo del malato (Marchetti, Lazzerini, Aliverti, & Ventura, 2004).

I disturbi fittizi si distinguono dai simulatori in quanto, nonostante gli inganni e le simulazioni siano coscienti e volontari, non ci sono evidenti incentivi esterni per il loro comportamento.

1.3.2 Simulazione

La simulazione implica la produzione intenzionale e la falsificazione di sintomi e/o segni fisici o psicologici. Si distingue dal disturbo fittizio, in quanto è un comportamento attuato in conseguenza a un incentivo e/o una *motivazione esterna* (diversamente dal disturbo fittizio che nasce da motivazioni interne al soggetto) (Ricca & Sequi, 2019). Il paziente è consapevole del “sintomo” ed è in grado di interrompere i “sintomi” quando questi non sono più necessari (Ricca & Sequi, 2019). Secondo Thomas Stephen Szasz (1961) la simulazione può essere letta come una sorta di *protolinguaggio* dettato dal fatto che, quando determinate circostanze rendono difficile (o addirittura impossibile) per il soggetto la diretta espressione verbale del suo malessere, l'individuo, per comunicare, non ha altra possibilità che

rincorrere una forma di espressione somatica. La simulazione può essere quindi definita come una *mutamento linguistico* (Galimberti, 2018; Szasz, 1961).

La motivazione di tale comportamento è sempre quella di assumere il ruolo di malato per aumentare o proteggere la propria autostima.

1.3.3 Conversione

Il disturbo di conversione (o isteria di conversione) è un disturbo somatoforme che consiste nella presenza di sintomi causati da un conflitto psichico o emozionale, e convertiti inconsciamente in sintomi con caratteristiche simili a quelle di una malattia neurologica (Amato & Zipoli, 2004). Si parla di conversione in quanto il paziente converte il conflitto psicologico in un malessere fisico, con perdita di funzioni motorie o sensitive. La conversione è la trasformazione di un conflitto psichico in un sintomo somatico, dove si esprime simbolicamente un vissuto non elaborato del paziente. Questi sintomi somatici rappresentano la modalità di coping che il paziente mette in atto come compromesso tra un desiderio inaccettabile e la difesa nei confronti dello stesso (Ricca & Sequi, 2019). I sintomi possono essere transitori o persistenti; i più comuni vanno dai disturbi riguardanti la sfera motoria (algia, paralisi, etc.), a quelli di natura più prettamente sensoriale (sordità, cecità, etc.) (Galimberti, 2018). Il disturbo di conversione è spesso associato a sintomi dissociativi, come depressione, derealizzazione e amnesia dissociativa, in particolare all'insorgenza dei sintomi o durante attacchi (DSM-5, 2013). I sintomi possono essere la simulazione di quelli che hanno avuto modo di osservare in contesti di malattia organica (di altri o anche di sé stessi) oppure raffigurano l'idea del paziente di come dovrebbe manifestarsi una certa malattia fisica, per questo sono spesso instabili, mutevoli e incoerenti. Fattori psicologici e situazioni di stress appaiono collegati con i sintomi e con il loro esordio. Le indagini mediche non mostrano alcuna causa organica: gli esami, gli approfondimenti, non rivelano un sottostante disturbo fisico o neurologico. Nessun disturbo fisico può spiegare la natura di questi sintomi e il grado di compromissione che ne consegue può variare

anche a seconda della situazione, del contesto, dallo stato emotivo in cui si trova il paziente. Si presume, dunque, che tali disturbi abbiano un'origine psicogena come un recente evento stressante, problemi o difficoltà di tipo relazionale. Per Freud (1894) la conversione può essere totale o parziale e si realizza a carico di quella innervazione motoria o sensoria che risulta più o meno strettamente connessa con l'esperienza traumatica. Mentre Pierre Janet la conversione era strettamente legata alla dissociazione: veniva identificata come “*una parziale o completa perdita della normale integrazione tra i ricordi del passato, la consapevolezza della propria identità, delle sensazioni immediate e del controllo dei movimenti corporei*” (ICD-10, 1992).

Al disturbo di conversione è stato associato il fenomeno del *la belle indifférence*: la mancanza di preoccupazione rispetto alla natura e alle implicazioni del sintomo (DSM-5, 2013). Alcuni pazienti possono mostrare una calma apparente e una mancanza di preoccupazione in relazione alla gravità dei sintomi esperiti.

Il disturbo di conversione si sviluppa tipicamente tra la giovane e la media età adulta (Feinstein, 2011), mentre nei bambini è molto raro che si presenti prima dei 10 anni di età. In età infantile la maggior parte dei sintomi va in remissione; spesso questi sintomi sofferti sono gli stessi manifestati da un adulto, sono gli stessi sintomi di una figura importante all'interno della vita del bambino (Ani, Reading, Lynn, Forlee, & Garralda, 2013). La prognosi può essere migliore nei bambini più piccoli rispetto ad adolescenti ed adulti (DSM-5, 2013).

1.3.4 Somatizzazione

La somatizzazione è una patologia di natura psichiatrica caratterizzata da vari disturbi fisici a carattere ricorrente dei quali non è possibile caratterizzare la natura (Enciclopedia Treccani). La somatizzazione è contraddistinta da un'incapacità ad esprimere affetti ed emozioni. Il soggetto psicosomatico presenta un'insufficienza di processi di metallizzazione, di elaborazione psichica dell'emozione attraverso il

pensiero (Galimberti, 2018): il sintomo somatico diventa, dunque, l'unica modalità possibile per il manifestare il disagio provato. Nella somatizzazione, a differenza delle situazioni precedenti, si riscontra una compromissione organica funzionale, definita come *eziologia psicogena* (Ricca & Sequi, 2019). Tipica è l'esagerazione nella descrizione dei sintomi che vengono riferiti con grande partecipazione emotiva (Enciclopedia Treccani): il soggetto manifesta pensieri sproporzionatamente eccessivi e persistenti circa la loro gravità associati ad un livello di ansia costantemente elevato riguardo alla propria salute. I sintomi non sono prodotti intenzionalmente o simulati e possono essere o meno associati ad un'altra condizione medica nota: la diagnosi di disturbo da sintomi somatici e quella di una concomitante malattia organica non si escludono vicendevolmente (DSM-5, 2013). I fastidi lamentati dalla persona con disturbo di somatizzazione variano e riguardano generalmente dolori, disturbi della digestione, sintomi gastrointestinali, modificazioni del comportamento sessuale e sintomi neurologici (Enciclopedia Treccani). Il complesso dei sintomi è variegato e sostanzialmente può riguardare qualsiasi parte del corpo. Il sintomo più comune all'interno di questa etichetta è il dolore, ma in generale possono essere specifici (per esempio un dolore localizzato) o relativamente aspecifici (spossatezza) (DSM-5, 2013).

La vita del paziente, diversamente da quella dei soggetti con una diagnosi di disturbo di conversione, è caratterizzata da eccessivi tempo ed energie spesi nei confronti dei sintomi o delle preoccupazioni per il loro stato di salute: sopravvalutano i propri sintomi come eccessivamente minacciosi o dannosi. Questa situazione sconvolge la vita quotidiana del soggetto portandolo, nei casi più gravi, a sviluppare un disturbo depressivo. I pazienti non sono di solito consapevoli dei loro problemi mentali sottostanti, credono di avere disturbi fisici; pertanto, continuano a fare richieste di nuove indagini e trattamenti, nonostante gli esiti negati e le rassicurazioni dei medici rispetto all'impossibilità di trovare una qualche anomalia di tipo organico. Essendo spesso insoddisfatti delle cure mediche che ricevono, essi passano tipicamente da un medico all'altro o si rivolgono a diversi medici contemporaneamente. Le preoccupazioni per la salute spesso assumono un ruolo centrale nella vita di un paziente e, talvolta, ne diventano la priorità assoluta.

Il decorso del disturbo è generalmente cronico e altalenante, spesso associato ad una rilevante compromissione del funzionamento sociale, interpersonale e familiare. La somatizzazione ha generalmente origine prima dei 30 anni, l'età di comparsa è in genere l'adolescenza, e dura almeno alcuni anni (Marchetti, Lazzerini, Aliverti, & Ventura, 2004).

2 CAP. 2: Le parti coinvolte: i giovani pazienti e le loro famiglie

Il dolore psicosomatico è comune nell'adolescenza e nell'infanzia. I DSS sono comuni nei bambini in età scolare, con circa il 25% dei bambini che sperimentano dolore cronico o ricorrente (ad esempio, mal di testa, dolore addominale e dolori muscolari) e il 10% riferisce di affaticamento cronico (Arruda, Guidetti, Galli, Albuquerque, & Bigal, 2010; Klineberg, Rushworth, Bibby, Bennett, Steinbeck, & Towns, 2014).

Le caratteristiche peculiari riscontrate nella popolazione presa in considerazione all'interno di questo elaborato di tesi, costituita da bambini e adolescenti, consentono di stilare un profilo prototipico che permette anche un più facile riconoscimento di questi casi.

Nell'infanzia e nell'adolescenza, i sintomi fisici accompagnati da un disagio emotivo rappresentano un fenomeno complesso e multideterminato da affrontare nella pratica clinica e possono portare a una notevole compromissione della vita del bambino, influenzando lo sviluppo, la frequenza e il rendimento scolastico e l'adattamento sociale (Cerutti, Presaghi, Spensieri, Valastro, & Guidetti, 2016). Per avere un quadro più completo riguardo il fenomeno dei sintomi somatici funzionali in età evolutiva, è necessario considerare le caratteristiche peculiari di questi disturbi e l'insieme di condizioni che aumentano la probabilità che il bambino o l'adolescente manifesti in tal modo il proprio disagio psichico.

Per alcuni bambini, questi sintomi sono di breve durata e non hanno un impatto negativo a lungo termine sul funzionamento quotidiano o sul decorso dello sviluppo. Tuttavia, la maggior parte di questi sintomi è associata a disabilità funzionale, disagio emotivo, richieste di cure mediche e assenteismo scolastico (Schulte & Petermann, 2011; Bisht, Sankhyan, Kaushal, Sharmi, & Grover, 2007; Imran, Ani, Mahmood, Hassan, & Bhatti, 2014), oltre che a un minor numero di hobby, compromissione della vita quotidiana, del tempo libero e delle attività sportive (Bellini, et al., 2013).

Le comorbidità psichiatriche sono molto comuni in questi bambini (Campo, 2012). I dati suggeriscono anche che i bambini con sintomi somatici funzionali continuano ad avere morbilità psichiatrica anche nell'adolescenza (Tekkalaki, Chate, Patil, & Patil, 2017).

L'indagine sui MUS è molto delicata. Spesso i genitori (che accompagnano i giovani pazienti lungo tutto il percorso) e i bambini/ragazzi sono eccessivamente concentrati sulla manifestazione fisica dei sintomi, tanto da farli diventare punto nevralgico della propria vita, vita che viene in qualche modo bloccata. Nel momento in cui il bambino blocca la sua vita, costringe il genitore a fare altrettanto.

I pazienti non sono di solito consapevoli dei loro problemi mentali sottostanti, credono di avere disturbi fisici, pertanto in genere continuano a fare pressioni sui medici per sottoporsi a nuovi esami e trattamenti o ripetere quelli già effettuati, anche dopo che un accurato esame clinico è risultato negativo. L'esecuzione di una batteria di test per cercare ed escludere la patologia fisica è sconsigliata per evitare danni iatrogeni e l'eccessiva medicalizzazione dei sintomi che, a sua volta, potrebbe inavvertitamente incoraggiare ulteriormente le famiglie a cercare una spiegazione organica (Geist, Weinstein, Walker, & Campo, *Medically unexplained symptoms in young people: The doctor's dilemma*, 2008). Vista la forte riluttanza da parte dei bambini/ragazzi e dei genitori a considerare le spiegazioni psicosociali dei sintomi fisici (Geist, Weinstein, Walker, & Campo, *Medically unexplained symptoms in young people: The doctor's dilemma*, 2008), gli operatori sanitari devono trovare il modo di lavorare in collaborazione con genitori e i giovani (Gabe, Olumide, & Bury, 2004) per raccogliere dei sintomi del bambino, in particolare se il bambino non è in grado di ricordare o articolare i sintomi (Taylor, Szatmari, Boyle, & Offord, 1996), identificare i fattori contestuali che hanno influenzato l'insorgenza dei sintomi (Dell & Campo, *Somatoform disorders in children and adolescents*, 2011) e incoraggiare le famiglie a partecipare a terapie psicologiche (Kozłowska, English, & Savage, 2013).

2.1 Caratteristiche del paziente bambino

Il disturbo da sintomi somatici e i disturbi correlati sono caratterizzati da sintomi fisici persistenti associati a pensieri eccessivi o disadattivi, sentimenti e comportamenti in risposta a questi sintomi e conseguenti preoccupazioni per la salute. Questi disturbi sono fonte di stress e spesso compromettono il funzionamento. Nel disturbo da sintomi somatici, e i disturbi ad esso correlati, il bambino è concentrato sulla propria salute e/o sui sintomi: può manifestare una risposta estremamente intensa ai sintomi fisici, pensare esageratamente ad essi, preoccuparsi smisuratamente, usare eccessivamente le cure mediche e lasciare che i problemi di salute diventino il centro della propria vita. Tuttavia, talvolta i bambini possono mostrare una sorta di indifferenza nei confronti del sintomo: non appaiono preoccupati delle limitazioni che esso comporta e dimostrano un buon adattamento alla vita ospedaliera. Nonostante le evidenti limitazioni che la loro situazione di malattia implica, ci sono alcuni pazienti che possono arrivare a rispondere di non soffrire di alcuna malattia, nonostante si siano recati in ospedale per ricevere le cure mediche necessarie. Molto frequentemente, prima dell'arrivo in ospedale, vi è già stato un passato di visite ed esami presso il medico di base, diversi medici specialisti e/o il pronto-soccorso. Il bambino può avere o non avere un altro disturbo.

L'intensità e la persistenza dei sintomi possono riflettere il forte desiderio di essere assistiti. I sintomi possono aiutare i pazienti a evitare le responsabilità, ma anche impedirne i piaceri e fungere da punizione, il che suggerisce la presenza di una sensazione latente di non sentirsi all'altezza o di sensi di colpa.

Nonostante i sintomi fisici si sviluppino inconsciamente, in risposta a uno stress psicologico o a un problema, essi sono percepiti realmente dal soggetto malato. I sintomi sono spesso scatenati da fattori mentali, come conflitti o altri stress.

I bambini con questi disturbi possono presentare una serie di sintomi, tra i quali dolore, difficoltà di respirazione e debolezza. Spesso il bambino sviluppa sintomi fisici se un altro membro della famiglia è gravemente malato. A volte i sintomi sono normali sensazioni fisiche o disagio, che vengono male interpretati; altre volte il

bambino può avere un braccio o una gamba paralizzata, diventare sordo o cieco, o avere tremori che assomigliano alla crisi convulsiva.

Nel corso degli anni, grazie a numerose ricerche, è stato dimostrato che i giovani con DSS presentano una serie di fattori di rischio biopsicosociali che sono fondamentali per una corretta identificazione, valutazione e gestione del disturbo (Malas, Ortiz-Aguayo, Giles, & Ibeziako, 2017). I fattori di rischio possono essere legati al bambino come singolo, al suo temperamento, specialmente se ansioso o particolarmente sensibile allo stress, ad una difficoltà di socializzazione con i pari d'età, ad una pregressa esperienza di patologia fisica, etc. Di seguito vengono esaminati alcuni fattori di rischio importanti per la valutazione e la cura dei giovani con DSS:

- Temperamento infantile e stile di coping

I bambini con DSS risultano inclini a preoccuparsi e a temere situazioni nuove ed eventuali separazioni, utilizzano strategie di coping maladattive, meno efficaci rispetto a quelle comunemente utilizzate dai pari (Andresen, et al., 2011; Allen & Woolfolk, 2010), raggiungono elevati livelli di stress emotivo che ne influenzano il loro adattamento psicologico (Liu, Cohen, Schulz, & Waldinger, 2011) e spesso presentano una frequente sintomatologia ansiosa e depressiva (Schulte & Petermann, 2011; Akhtar, Shah, & Zaman, 2015). Inoltre, sperimentando una storia di ripetuti rifiuti, questi bambini possono essere più inclini alla rabbia. Tuttavia, il timore che l'espressione della rabbia possa renderli meno amabili e allontanare la figura di riferimento, può indurli a reprimere i sentimenti di rabbia al fine di mantenere il legame con l'altro e questo può richiedere un focus compensativo sulle sensazioni corporee (Liu, Cohen, Schulz, & Waldinger, 2011). I comportamenti di coping influenzano la regolazione emotiva e l'adattamento allo stress. I giovani con DSS sono stati descritti come insicuri, internalizzanti, perfezionisti e coscienti (Thomson, Randall, Ibeziako, & Bujoreanu, Somatoform disorders and trauma in medically admitted children, adolescents, and young adults: prevalence rates and psychosocial characteristics, 2014; Andresen, et al., 2011; Allen & Woolfolk, 2010). I pazienti con stili di coping internalizzanti faticano a esprimere le emozioni e spesso incanalano il loro disagio emotivo attraverso i sintomi fisici (Malas, Ortiz-

Aguayo, Giles, & Ibeziako, 2017). Questo può accadere sia a causa di un evento acuto o di un fattore di stress, sia a causa di un modello appreso per far fronte allo stress cronico o agli eventi di vita. I pazienti spesso eludono gli eventi negativi a causa del disagio interno, di pressioni familiari, culturali, sociali oppure per smorzare l'espressione degli eventi negativi stessi (Kozłowska, 2003).

- Sesso ed età

I bambini più piccoli e le femmine tendono ad essere a rischio più elevato di somatizzazione (Ibeziako & Bujoreanu, 2011). I tassi sono uguali tra i generi fino alla pubertà, quando le ragazze sembrano avere tassi più elevati di somatizzazione (Malas, Ortiz-Aguayo, Giles, & Ibeziako, 2017).

- Difficoltà cognitive, di apprendimento e isolamento sociale

La frequenza scolastica è irregolare, caratterizzata da periodi di assenze prolungate, se non, addirittura, un'interruzione degli studi. Questo comporta per il giovane paziente una minaccia nel superamento dell'anno scolastico, una perdita di lezioni e contenuti non facili da recuperare, l'allontanamento dai compagni di classe e l'affievolimento di tali amicizie. Le attività sportive vengono allo stesso modo interrotte, aumentano così i periodi di inattività, diminuiscono i contatti con i pari d'età e le occasioni di svago. Tutto ciò mina radicalmente la loro vita relazionale, proprio in un'età in cui è forte il bisogno di omologazione con gli altri, di occasioni di confronto e di scambio reciproco. A lungo andare ciò comporta un'esclusione dal mondo dei pari che può configurarsi in ritiro/isolamento.

- Malattie fisiche nell'infanzia

L'anamnesi passata di malattie fisiche e di trattamenti, insieme all'attuale interpretazione errata e timorosa delle sensazioni fisiche, è correlata a un maggior rischio di sviluppare DSS (Dell & Campo, Somatoform disorders in children and adolescents, 2011). Un fattore scatenante della malattia può innescare una cascata di sintomi e portare a un recupero prolungato o a una recidiva dei sintomi dopo che la malattia (Malas, Ortiz-Aguayo, Giles, & Ibeziako, 2017). Ciò può essere in parte dovuto a una risposta fisiologica condizionata da una malattia fisica passata (Malas,

Ortiz-Aguayo, Giles, & Ibeziako, 2017). La presenza di una malattia cronica documentata dovrebbe essere considerata un fattore di rischio per lo sviluppo di DSS (Adams, Chien, & Wisk, 2019).

- Anamnesi familiare medica e psichiatrica

Sono stati dimostrati tassi più elevati di malattie fisiche nelle famiglie di bambini con DSS (Schulte, Petermann, & Noeker, 2010). In particolare, i bambini che vivono con una madre affetta da malattia cronica o da sintomi sono a maggior rischio di sviluppare DSS (Shaw, Spratt, Bernard, & DeMaso, 2010). Questo può essere in parte dovuto a una predisposizione genetica (Shaw, Spratt, Bernard, & DeMaso, 2010). Inoltre, teorie dell'apprendimento sociale propongono che i giovani vulnerabili possano rispondere a un modello familiare di malattia, in particolare nel contesto di determinate credenze e pratiche sanitarie familiari, stili di coping familiare, difficoltà a gestire i sintomi e/o comportamenti di ruolo da malato (Rousseau, et al., 2014). Gli studi mostrano anche legami familiari tra DSS e psicopatologia familiare. In particolare, i tassi di ansia e depressione sono più elevati nei familiari di giovani con DSS (Schulte, Petermann, & Noeker, 2010). I disturbi da uso di sostanze da parte dei genitori sono stati identificati come un predittore di somatizzazione nella prole (Burns, Solis, Shadur, & Hussong, 2013; Serec, Svab, Kolšek, Svab, Moesgen, & Klein, 2012).

- Disturbi psichiatrici infantili

Emozioni come la preoccupazione, la tristezza o la paura possono influenzare in modo significativo l'elaborazione dei sintomi fisici e contribuire allo sviluppo di DSS (Malas, Ortiz-Aguayo, Giles, & Ibeziako, 2017). Studi che hanno confrontato giovani con DSS e controlli sani hanno dimostrato tassi più alti di disturbi d'ansia e depressivi nei giovani con DSS (Walker, Beck, Garber, & Lambert, 2009; Little, Williams, Puzanovova, Rudzinski, & Walker, 2007; Campo, 2012). La letteratura suggerisce che questo non è solo una conseguenza della presenza di DSS, ma che la relazione è bidirezionale (Malas, Ortiz-Aguayo, Giles, & Ibeziako, 2017).

- Fattori biologici

Le vulnerabilità biologiche descritte nei pazienti con DSS includono un sistema nervoso simpatico iperattivo, ipersensibilità al dolore, modulazione anomala delle trasmissioni sensoriali, percezioni corticali alterate, volumi dell'amigdala più ridotti e carenze della materia bianca (Ibeziako & Bujoreanu, 2011; Atmaca, Sirlier, Yildirim, & Kayali, 2011). Sono state dimostrate alterazioni nelle strutture cerebrali coinvolte nella registrazione, percezione e modulazione del dolore (Ibeziako & Bujoreanu, 2011; Zhang, et al., 2015). I soggetti che presentano ipersensibilità agli stimoli sensoriali mostrano una maggiore attivazione della corteccia prefrontale, del giro cingolato anteriore, dell'insula e della corteccia somatosensoriale (Malas, Ortiz-Aguayo, Giles, & Ibeziako, 2017).

- Eventi di vita avversi

I fattori ambientali svolgono un ruolo assolutamente significativo nello sviluppo della sintomatologia somatofrome pediatrica. I traumi infantili (ad esempio, abuso sessuale, abuso fisico, abuso emotivo, negligenza) sono da tempo considerati importanti nello sviluppo di DSS. Oltre ai traumi interpersonali, altri eventi ambientali, come terremoti e attacchi terroristici, sono stati associati a un aumento della somatizzazione nei giovani. Molti studi, nel corso degli anni, hanno mostrato una forte associazione tra quelli che possono essere considerati eventi traumatici nell'infanzia e la somatizzazione, il disturbo di somatizzazione sia negli adolescenti più grandi che nell'età adulta (Bonvanie, Janssens, Rosmalen, & Oldenhinkel, 2017). I giovani con somatizzazione riferiscono un numero significativamente maggiore di avversità della vita rispetto ai loro coetanei sani (Rousseau, et al., 2014). I comuni fattori di stress scolastico includono l'inizio dell'anno scolastico, il passaggio a una nuova classe e la diminuzione dei voti (Ibeziako, Choi, Randall, & Bujoreanu, 2016). Le elevate aspettative familiari e i loro effetti sulla percezione che il paziente ha delle prestazioni accademiche, sportive ed extrascolastiche possono avere un impatto significativo sulla vulnerabilità alla somatizzazione. Anche il bullismo è stato identificato come un importante fattore di rischio per lo sviluppo di DSS nei giovani (Ibeziako, Choi, Randall, & Bujoreanu, 2016): una storia di bullismo o vittimizzazione devono essere presi in considerazione, perché sono spesso presenti (Cozzi, Lucarelli, Borrometi, & al.,

2021). Gli eventi di vita avversi però non riguardano esclusivamente l'ambiente domestico, ma questo genere di esperienze possono comprendere frequenti conflitti familiari, incastrati familiari ed eventi di vita importanti come la perdita o il divorzio dei genitori (Malas, Ortiz-Aguayo, Giles, & Ibeziako, 2017).

I bambini piccoli, ancora di più che gli adolescenti, non possono essere considerati separatamente dalle credenze e dal funzionamento psicosociale del sistema famiglia. Diversi studi hanno confermato l'associazione tra i bambini che soffrono di sintomi somatoformi, interazioni disfunzionali e un clima familiare negativo; Bialas e Craig (2007), ad esempio, hanno rilevato che madri e bambini che hanno un disturbo somatoforme interagiscono meno rispetto alle diadi appartenenti al gruppo di controllo. I bambini con DSS mostrano una più alta percentuale di attaccamento insicuro, più sul versante preoccupato e disorganizzato rispetto al gruppo di controllo (Bizzi, La qualità dell'attaccamento nei bambini con disturbi da Sintomi Somatici e disturbi correlati, 2019). I bambini e adolescenti con dolore cronico funzionale sono classificati prevalentemente in modelli di attaccamento a rischio e presentavano tassi più elevati di perdite e traumi irrisolti rispetto ai controlli sani (Ratnamohan & Kozłowska, 2017). I bambini e gli adolescenti con dolore cronico funzionale hanno subito interruzioni nello sviluppo delle relazioni di attaccamento e si sono affidati a complesse strategie di autoprotezione che comportano un alto grado di distorsione delle informazioni cognitive e affettive relative al pericolo e all'angoscia (Ratnamohan & Kozłowska, 2017).

Queste strategie apprese e messe in atto prendono il nome di “schemi”. La teoria degli schemi si occupa degli schemi disadattivi precoci (*Early Maladaptive Schemas*, EMSs) come schemi di pensiero, sentimento e comportamento. Gli schemi sono il livello più profondo di cognizione. Si sviluppano durante l'infanzia, quando i bisogni emotivi essenziali non sono soddisfatti; si affermano nel corso della vita e influenzano il modo in cui una persona interagisce con il mondo circostante (Henker, Keller, Reiss, Siepmann, Croy, & Weidner, 2019). Henker e colleghi (2019), attraverso uno studio, hanno individuato che i pazienti somatoformi avevano punteggi medi EMS più elevati in quasi tutti gli schemi rispetto al gruppo di controllo sano: hanno dimostrato che livelli di somatizzazione più elevati erano

associati a punteggi più alti dello schema. In particolare, gli schemi "*deprivazione emotiva*", "*abbandono/instabilità*", "*inibizione emotiva*" e "*autocontrollo insufficiente*" erano più pronunciati nei pazienti con elevata somatizzazione (Henker, Keller, Reiss, Siepmann, Croy, & Weidner, 2019). Inoltre, studi successivi hanno mostrato che la somatizzazione è collegata ad una vulnerabilità alle paure esagerate. Questo schema, "*vulnerabilità al danno o alla malattia*", può portare a una maggiore ricerca di farmaci o trattamenti. Rief et al. (2004) hanno dimostrato che le convinzioni di malattia sono significativamente associate al comportamento di malattia nei pazienti somatoformi. Questo schema pronunciato potrebbe essere associato a un bias attenzionale verso le sensazioni somatiche, meccanismo psicologico centrale tipico dei pazienti somatoformi (Brown, 2004), oppure una vera e propria difficoltà nella percezione e interpretazione delle sensazioni emotive.

La teoria della mente (ToM) è definita come la capacità di attribuire stati mentali, come desideri, intenzioni e credenze, a se stessi e alle altre persone (Frith & Frith, 2001) ed è essenziale per il funzionamento sociale e comportamentale, in quanto permette alle persone di comprendere e prevedere il comportamento (Preis, Golm, Kröner-Herwiget, & Barke, 2017). Lo sviluppo di sintomi somatici è stato collegato a una ridotta consapevolezza emotiva (Subic-Wrana, Beutel, Knebel, & Lane, 2010; Zunhammer, Halski, Eichhammer, & Busch, 2015) e a deficit nella teoria della mente (Subic-Wrana, Beutel, Knebel, & Lane, 2010; Stonnington, Locke, Hsu, Ritenbaugh, & Lane, 2013). Secondo un primo modello di Lane e Schwartz (1987), la consapevolezza emotiva - la capacità di percepire e descrivere i propri sentimenti - si sviluppa in cinque fasi ascendenti (i) sensazioni corporee, (ii) tendenze all'azione e/o eccitazione globale, (iii) emozioni pervasive, (iv) emozioni differenziate e attenuate, (v) picco di differenziazione e fusione delle emozioni. Per dare un senso all'esperienza dei sintomi somatici è necessario collegarli a uno stato emotivo, a un concetto, a un pensiero (Stonnington, Locke, Hsu, Ritenbaugh, & Lane, 2013). Subic-Wrana e colleghi (2010) hanno proposto che la diminuzione della consapevolezza emotiva, che corrisponde a stadi inferiori nel modello di Lane e Schwartz, può portare alla mancata sperimentazione dell'eccitazione affettiva come sentimento e di elaborarla invece come sintomi somatici (Subic-Wrana, Beutel, Knebel, & Lane, 2010; Subic-Wrana, Bruder, Thomas, Lane, & Köhle, 2005).

Un costrutto spesso correlato con un deficit nella ToM è l'alessitimia, letteralmente "mancanza di parole per le emozioni", che denota difficoltà di identificare e descrivere il proprio stato emotivo (Lane, Hsu, Locke, Ritenbaugh, & Stonnington, 2015) portando dunque il soggetto che ne soffre ad esprimersi attraverso altre vie e forme: i pazienti con DSS esprimono, infatti, le proprie emozioni negative, il proprio disagio attraverso una forma fisica.

Per concludere possiamo riassumere dicendo che i giovani pazienti con un disturbo psicosomatico non manifestano solo una problematicità sul fronte della percezione fisica, ma anche su quello delle percezioni delle sensazioni emotive ad essa abbinate. Risulta fondamentale, dunque, constatare l'importanza del riconoscere la sproporzione tra sintomi riferiti, esame fisico e difficoltà nel riconoscere e accettare il proprio vissuto emotivo (Cozzi, Lucarelli, Borrometi, & al., 2021).

L'età dello sviluppo è un periodo di incredibile mutamento: il corpo e la mente del bambino sono attraversati da spinte evolutive che porteranno alla maturazione. Ogni esperienza, ogni momento, ogni occasione di apprendimento è estremamente preziosa per sostenere questo percorso. Così come i periodi di stallo, inattività, malessere, costituiscono un rischio evolutivo perché assumono una preoccupante rilevanza in una fase in cui tutto tende al movimento e alla crescita. Per questo motivo, nonostante i sintomi somatici funzionali possano essere passeggeri, è importante non sottovalutare che rappresentano un segnale, un indice del fatto che in questa "corsa" verso l'età adulta, c'è qualcosa che frena il bambino, non permettendogli di proseguire serenamente il suo percorso.

2.2 Caratteristiche del paziente adolescente

L'adolescenza è un periodo di grande crescita personale, ma anche di grande confusione: confusione riguardante la propria autorappresentazione, la propria

maturazione fisica, la propria sessualità, etc. Un età di profondi cambiamenti che accostati a fantasie e paure possono “danneggiare” il senso di sé dell’adolescente.

Molti ragazzi trattano i cambiamenti corporei e ormonali di quel periodo, così come gli inevitabili conflitti psicologici della prima adolescenza, senza eccessiva difficoltà. In circostanze favorevoli tali esperienze aiutano a costruire quelle rappresentazioni di sé positive che servono come risorse personali inestimabili (Jacobs, 2007). Altri, invece, vivono gli anni dell’adolescenza come un periodo pieni di scompiglio e confusione, un’età di grandi tensioni e poca stabilità. Il ragazzo di questa età in parte non è più un bambino che può ritirarsi nel seno sicuro della famiglia, ma allo stesso tempo non né ancora totalmente indipendente (Jacobs, 2007). Come risultato, il trovarsi diviso tra questi due mondi, rende l’adolescente vulnerabile a tutte quelle esperienze emotive intense tipiche di quest’arco di vita per le quali il giovane è mal preparato. Il periodo dell’adolescenza può essere equiparato ad un trauma per alcuni: il giovane adolescente non ha ancora sviluppato quelle capacità emozionali di flessibilità e accettazione mentale che gli consentirebbero di elaborare i profondi cambiamenti di quell’età. Lo invade sentimenti ambivalenti di colpa, bisogno di autopunizione, comportamenti distruttivi, senso di abbandono e avversione.

Il bambino che diventa adolescente dovrà mettere in discussione ogni conquista precedentemente acquisita: tutto ciò che prima era familiare e conosciuto diventa in questa fase incerto, ma allo stesso tempo occasione di riscoperta. Se l’età infantile è, fin dai primi istanti, caratterizzata da un percorso di sempre maggiore capacità nel riuscire a padroneggiare il proprio corpo, nel conoscere i ritmi, i punti di forza e di debolezza, nel riuscire a sfruttare a pieno le sue abilità e capacità; con l’adolescenza tutto ciò non basta più. Il proprio corpo non viene più riconosciuto, diventa estraneo a sé ed è necessario un lungo e difficile processo di integrazione prima che il ragazzo possa identificarsi in esso. È fondamentale che prima di entrare nell’età adulta egli arrivi ad elaborare il lutto legato alla perdita del corpo infantile accettando questo nuovo corpo sessuato: è necessario integrare le novità del corpo pubere in una identità ristrutturata. Tuttavia il corpo non può esser il solo a subire questo processo di trasformazione, esso è infatti imprescindibilmente legato alla

mente: corpo e mente come due entità collegate, parte di un unico intero che deve trovare una sua armonia intrinseca. In questa lotta continua, il corpo diviene un mezzo di espressione simbolica in cui si manifestano i conflitti e le tensioni mentali caratterizzanti questa fase evolutiva.

Dunque, a partire dai cambiamenti biologici l'adolescente dovrà poi modificare la rappresentazione di sé come individuo sia nel corpo che nella mente. Di fronte ad importanti modificazioni intrinseche del corpo, la mente deve avviare un processo di integrazione a seguito del quale verrà profondamente modificata. Non è sempre scontato che mente e corpo si integrino correttamente: può accadere che in situazioni di vulnerabilità questo processo risulti problematico portando l'adolescente a sviluppare vissuti di disagio. Se questa nuova fase dello sviluppo procede positivamente, le trasformazioni vengono integrate all'interno della nuova rappresentazione del sé mantenendo una continuità nella sensazione di essere sé stessi. Se, al contrario, questi cambiamenti vengono vissuti in maniera passiva, subendoli come dei veri e propri traumi, il nuovo corpo sessuato potrà essere vissuto come estraneo e l'adolescente svilupperà un senso di inimicizia con esso (Ruggiero, 2011). Il corpo, se accettato, permette all'adolescente di conoscere sé stesso e l'altro, di sviluppare verso questi sentimenti di amore e serena accettazione. Se rifiutato porta ad andare in contro ad uno sterile isolamento, senso di passività e di inettitudine, tipici di chi fallisce nei processi cognitivi di integrazione caratteristici di questa fase lasciando che mente e corpo non lavorino più insieme e non riescano a collaborare l'uno con l'altra.

Per favorire questa nuova integrazione psicosomatica sarà necessario che il ragazzo affronti una serie di compiti evolutivi che lo porteranno a simbolizzare le nuove esperienze e sensazioni riorganizzandole in un modo nuovo nella sua mente.

I sintomi somatici funzionali (FSS), cioè i sintomi corporei non ben spiegati da una malattia di base, sono comuni negli adolescenti e possono provocare una sostanziale compromissione del loro funzionamento. Circa il 25% di tutti gli adolescenti riferisce FSS durante questo periodo di vita (Janssens, et al., 2011; vanGeelen, Rydelius, & Hagquist, 2015). I FSS comprendono un'ampia gamma di sintomi, tra cui affaticamento, vertigini e dolori disturbi come cefalea e dolore addominale

(Bonvanie, Janssens, Rosmalen, & Oldenhinkel, 2017). Gli adolescenti con FSS sono frequentemente di assistenza sanitaria, ma le limitate conoscenze sull'eziologia dei loro sintomi ostacolano un trattamento adeguato (Starfield, et al., 1980).

L'esito di questo periodo di transizione dipenderà non solo dalle risorse e dai tratti caratterizzanti il giovane, ma che dall'ambiente esterno, dal sostegno che si potrà ricavare da esso e dalla sua capacità di accompagnare il ragazzo lungo questo percorso.

Senza dubbio la relazione primaria che ha influenzato la precedente integrazione tra mente e corpo viene nuovamente tirata in ballo. In questa fase di vita assumono un ruolo fondamentale non solo dalle precedenti esperienze infantili con le figure genitoriali, ma anche le loro reazioni attuali a questo periodo, la loro capacità di sostegno e rispecchiamento.

Gli adolescenti che hanno sperimentato avversità nell'infanzia o sono cresciuti in famiglie poco efficienti sembrano essere più sensibili agli effetti di eventi di vita recenti (Grant, et al., 2006). Ad esempio, eventi di vita difficili, come il divorzio dei genitori, sono legati, specialmente in tarda adolescenza, a sintomi somatici funzionali. Questa associazione può essere spiegata in parte dall'aumento dei sintomi depressivi e ansiosi a seguito della rottura del nucleo familiare (vanGills, Janssens, & Rosmalen, 2014). I sintomi di ansia e depressione sono prevalenti nelle persone affette da FSS, predicano FSS negli adolescenti e condividono fattori di rischio genetici e ambientali (Henningesen, Zimmermann, & Sattel, 2003; Janssens, Rosmalen, Ormel, Oort, & Oldehinkel, 2010; Kato, Sullivan, Evengard, & Pedersen, 2009).

L'adolescenza è un periodo chiave di transizione: il ragazzo sta imparando ad allontanarsi dal suo sé bambino, dalla dipendenza dalla famiglia, per avvicinarsi al mondo esterno, al mondo dell'adulto e ad una nuova indipendenza: questo periodo è usato per aiutare a sciogliere i legami già allentati dalle immagini genitoriali, per aiutare a formare relazioni più profonde e più complesse con i coetanei e, alla fine, a preparare l'adolescente ad assumere maggiori responsabilità, a sentire

un'aumentata attività personale, e a entrare più pienamente nel mondo dell'amore romantico e sessuale (Jacobs, 2007).

2.3 I genitori dei pazienti con FSS

L'ambiente familiare acquisisce un peso importante all'interno delle due fasce d'età prese in considerazione all'interno di questo elaborato. I genitori e il sistema familiare esercitano una forte influenza sui bambini e sui ragazzi attraverso i loro comportamenti e atteggiamenti: sono considerati un fattore che in giovane età influenza ampiamente il vissuto. In particolar modo l'espressione e la risposta di un sintomo possono essere condizionati dall'ambiente familiare. Il dolore è per il bambino un segno di pericolo che lo spinge a ricercare cure e protezione da parte del suo caregiver: quando un bambino o un giovane adolescente comincia a lamentare un dolore o un malessere, il primo punto di riferimento a cui si possono rivolgere è proprio il genitore. Sarà lui a valutare questo disagio a decidere se sia il caso di consultare il parere di un medico o se si tratta di qualcosa di passeggero e non allarmante.

Ma cosa succede quando il dolore diventa cronico e continua a segnalare il pericolo anche quando il pericolo è passato? Quali sono le risposte del caregiver che aiutano il corpo del bambino a tornare in uno stato di salute, dimenticando l'esperienza del dolore e mettendola definitivamente nel passato? Quali sono le risposte del caregiver che, invece, mantengono presente l'esperienza di dolore del bambino?

Le credenze genitoriali rispetto al sintomo vengono espresse tramite le loro reazioni e abitudini alla comparsa del sintomo e ai conseguenti comportamenti messi in atto dal bambino per segnalarlo e chiedere aiuto. La risposta dei genitori è elemento importante, in quanto stabilisce l'interpretazione dei sintomi e di conseguenza le eventuali assenze da scuola e/o il ricorso a cure mediche, determinando così il livello di disagio associato al sintomo stesso (American Psychiatric Association,

2013) Di fronte alla percezione che il proprio figlio possa essere malato, l'apprensione di un genitore cresce. A maggior ragione nel caso in cui l'origine della sintomatologia venga attribuita al versante psicologico e quindi ad un campo dove non vi sono alterazioni fisiche palpabili, tangibili o misurabili come nel caso delle patologie organiche. L'importanza del comportamento dei genitori è dimostrata dal fatto che quanto più forti sono le valutazioni dei genitori sui sintomi corporei non specifici, maggiore è la correlazione positiva tra la gravità dei MUS riferita dal bambino e l'ansia per la salute. MUS e l'ansia per la salute del bambino (Jungmann & Witthoft, 2020). Jungman e Witthoft (2020) hanno inoltre dimostrato come ci sia una significativa associazione positiva tra le valutazioni dei sintomi da parte dei genitori e l'ansia per la salute nell'infanzia.

La catastrofizzazione del caregiver, la sollecitudine e l'iperprotettività sono alcune delle risposte che sono state identificate come fattori di mantenimento nel dolore cronico pediatrico (Palermo, Valrie, & Karlson, 2014): in risposta ai sintomi fisici del bambino, possono rinforzare la somatizzazione e perpetuare i DSS (Wilson, Moss, Palermo, & Fales, 2014; Rousseau, et al., 2014)..

La cognizione del genitore riguardo i sintomi, ha una grande influenza sul modo in cui questi vengono percepiti dal bambino: il pensiero catastrofico del genitore può direttamente amplificare e alterare l'esperienza del dolore vissuta dal figlio. Infatti, la catastrofizzazione del dolore da parte dei genitori è positivamente associata al pensiero catastrofico e al comportamento di malattia nei figli (Lynch-Jordan, Kashikar-Zuck, Szabova, & Goldschneider, 2013; Wilson, Moss, Palermo, & Fales, 2014), intensità del dolore riferito dal bambino (Hechler, Dobe, Behlert, Kosfelder, & Zernikow, 2011) ed in quello del genitore riguardo al dolore del figlio (Lynch-Jordan, Kashikar-Zuck, Szabova, & Goldschneider, 2013); è invece inversamente associata al riferito del genitore rispetto alla qualità di vita del bambino (Lynch-Jordan, Kashikar-Zuck, & Goldschneider, Parent perceptions of adolescent pain expression: The adolescent pain behavior questionnaire, 2010). Il genitore catastrofizzante, vedendo il suo bambino soffrire, tenderà ad allontanare tutto ciò che potrebbe costituire un pericolo, o le possibili occasioni che potrebbero metterlo in difficoltà assicurandosi che abbia tutto ciò di cui ha bisogno al fine di poter stare

meglio. Facendo così però, favorisce in qualche modo la sintomatologia: lo riempiono di attenzioni e limitano le sue attività, le sue responsabilità affidandogli quindi il “ruolo di malato”. Il bambino fidandosi di ciò che vede il genitore, incapace di far fronte al proprio disagio, continuerà a vedersi malato e finirà per sentirsi sempre di più così. Le particolari attenzioni dei genitori possono, quindi, rafforzare l'espressione dei sintomi somatici (Garber, Walker, & Zeman, 1991). Nonostante gli esiti estremamente dannosi nel lungo termine, questo approccio alla malattia del proprio bambino sembra produrre un effetto positivo inizialmente (Guite, Logan, McCue, Sherry, & Rose, 2009): i genitori fanno di tutto per dar sollievo e beneficio al proprio figlio.

In alternativa, il genitore potrebbe reagire alla situazione del figlio con un atteggiamento critico: alla richiesta di aiuto non risponderà o ignorerà il sintomo. Il disagio esternato dal bambino verrà sminuito, definito come esagerato ed eccessivo. Il bambino in questo modo non vedrà riconosciuto il dolore che prova e ciò potrebbe portarlo, anche in questo secondo caso, a farlo peggiorare ulteriormente.

È chiaro come sia necessario un equilibrio, una via di mezzo attraverso la quale il genitore dia credito e ascolto alle richieste d'aiuto esposte dal bambino o dall'adolescente, senza esagerare né minimizzare il FSS.

L'atteggiamento di rassicurazione, supporto ed incoraggiamento è quello legato ad un migliore decorso per la malattia del bambino: il genitore non sottovaluta il sintomo, ne riconosce gli aspetti negativi e limitanti, ma si impegna affinché suo figlio continui a vivere la sua vita in modo ordinario, non stancandosi di incoraggiarlo e di normalizzare il più possibile la sua condizione. Contemporaneamente è fondamentale che il genitore continui a monitorare il dolore provato dal giovane paziente.

Per una gestione efficace dei sintomi somatici è necessaria una comunicazione efficace tra i principali caregiver del bambino e il bambino stesso (Geist, Weinstein, Walker, & Campo, *Medically unexplained symptoms in young people: The doctor's dilemma*, 2008): i genitori devono cercare di essere più sensibili e recettivi per

facilitare ai figli la gestione del disagio e affrontare situazioni emotivamente attivanti.

Vesterling e Koglin (2020) affermano che gli stili di comportamento genitoriale influenzano le interazioni bambino-genitore, che a loro volta influenzano lo sviluppo dello stato di attaccamento del bambino. Pertanto, un costrutto che non può essere citato e indagato esplorando la natura del rapporto genitore – figlio, nel caso di sintomi somatici funzionali, è quello dell'attaccamento. La qualità della relazione di attaccamento può contribuire non solo allo sviluppo, ma anche al mantenimento di sintomi somatici funzionali: deve essere vista come uno dei diversi fattori all'interno di un processo transattivo di sviluppo del bambino che porta allo sviluppo di sintomi somatoformi (Vesterling & Koglin, 2020).

La relazione di attaccamento può essere definita come un processo in cui il bambino ha un bisogno primario di protezione e di protezione e conforto in situazioni di stress (Bowlby, 1969/1982): il bambino mostra un "comportamento di attaccamento" in situazioni di stress (come ad esempio pianto, le grida e l'aggrapparsi) per entrare in contatto con il caregiver (Bowlby, 1969/1982). Le prime esperienze di interazione di un neonato con il caregiver primario costituiscono la base di un particolare tipo di modello di risposta, di elaborazione agli eventi di vita: determineranno le sue aspettative generali, l'autostima di una persona e i suoi pattern di comportamento (Cassidy, Jones, & Shaver, 2013).

L'idea che la qualità dell'attaccamento in età evolutiva possa avere implicazioni per la salute mentale costituisce uno dei principali contributi della teoria dell'attaccamento nell'area della psicologia dello sviluppo (Bizzi, La qualità dell'attaccamento nei bambini con disturbi da Sintomi Somatici e disturbi correlati, 2019). I risultati delle analisi di Ratnamohan e Kozłowska (2017) suggeriscono che la qualità delle relazioni di attaccamento bambino-genitore contribuisca l'insorgere e il perpetuarsi del dolore cronico funzionale.

Gli stili di attaccamento insicuri sono associati a un maggior numero di problemi e a minori risorse per affrontare le esperienze di dolore (Meredith, Ownsworth, & Strong, 2008) diventando dunque un fattore di rischio per i FSD (Pascuzzo, Moss,

& Cyr, 2015). I bambini FSD mostrano una più alta percentuale di attaccamento insicuro (soprattutto l'attaccamento disorganizzato), più sul versante preoccupato e disorganizzato rispetto ai pari sani (Bizzi, La qualità dell'attaccamento nei bambini con disturbi da Sintomi Somatici e disturbi correlati, 2019).

Kozłowska K. e Williams L.M. (2017) hanno ipotizzato che i sintomi corporei vengano usati dagli adulti con somatizzazione per innescare attenzione e cure da parte degli altri e che questi durante l'infanzia abbiano sviluppato una relazione d'attaccamento insicuro. Negli adulti è stata riscontrata una relazione tra gli stili di attaccamento e la somatizzazione, i sintomi fisici, le espressioni somatiche, la segnalazione di sintomi somatici, il comportamento di malattia, il dolore cronico, e disturbi somatoformi (Puig, Englund, Simpson, & Collins, 2012). Un altro fattore da analizzare dunque quando si parla di FSS è la salute del genitore stesso.

È noto, a tal proposito, come i comportamenti e la salute mentale dei caregivers e dei familiari più stretti giochino un ruolo importante nell'eziopatogenesi della somatizzazione e dei disturbi somatoformi (Eminson M. , 2007; Schulte, Petermann, & Noeker, 2010). Nel caso in cui anche i genitori soffrano di un disturbo somatoforme, in famiglia potrebbero essere naturali abitudini e comportamenti che enfatizzano i sintomi fisici, portando così maggiori attenzioni nei confronti dei sintomi esperiti dal bambino, che potrebbe fungere da rinforzo. Può essere anche ipotizzato che il bambino o l'adolescente condivida con i suoi genitori una suscettibilità nell'esperire determinanti sintomi fisici, in parte dovuto a una predisposizione genetica (Malas, Ortiz-Aguayo, Giles, & Ibeziako, 2017), e di conseguenza una reazione simile allo stress connesso al dolore. A conferma di ciò, è stata trovata un'associazione tra bambini che soffrono di sintomatologia somatoforme e problemi di tipo psicosociale, disturbi psichiatrici o disturbi somatici nei genitori (Schulte & Petermann, 2011). In particolare, i bambini che vivono con una madre affetta da una malattia cronica o da sintomi funzionali sono più a rischio di sviluppare DSS (Malas, Ortiz-Aguayo, Giles, & Ibeziako, 2017). Determinanti situazioni stressanti e croniche aventi luogo all'interno del nucleo familiare contribuiscano a mantenere il sintomo del bambino (Fiertag, Taylor, Tareen, & Garralda, 2012). Il disagio fisico ed emotivo di un membro della

famiglia può contribuire alla somatizzazione (Malas, Ortiz-Aguayo, Giles, & Ibeziako, 2017): non sempre il bambino, l'adolescente, riesce ad esprimere il disagio e la sofferenza connessi a questo avvenimento e non è raro che sia il corpo a parlare per lui, caricandosi di ciò che non è riuscito ad esternare.

Un altro aspetto importante da tenere in considerazione è il clima familiare: una serie di condizioni ambientali, eventi conflittuali conflitti e problemi familiari che possono scatenare l'insorgere o determinare il perpetuarsi di un FSD. Ampliamente dimostrata è la relazione tra scarso supporto familiare, distribuzione del nucleo familiare, povera educazione dei genitori e l'utilizzo dei servizi di salute pubblica in relazione a problemi sorti da M.U.S. Teorie dell'apprendimento sociale propongono che i giovani vulnerabili possano rispondere a un modello familiare di malattia, in particolare nel contesto di determinate credenze e pratiche sanitarie familiari, stili di coping familiare, difficoltà a gestire i sintomi stili di coping familiare, difficoltà a gestire i sintomi e/o comportamenti di ruolo da malato (Rousseau, et al., 2014). Nel caso di un bambino che cresca all'interno di una famiglia ipercoinvolta con un atteggiamento iperprotettivo nei suoi confronti e alti livelli di ansia è più probabile che sviluppi sintomi di somatizzazione (Fiertag, Taylor, Tareen, & Garralda, 2012): un alto livello di ansia genitoriale durante il primo anno di vita del bambino, costituisce un fattore di rischio per lo sviluppo di dolore addominale funzionale in età successive (Ramchandani, Stein, Hotopf, & Wiles, 2006). I pazienti e le loro e le loro famiglie sono spesso frustrati dalla mancanza di un quadro concettuale per comprendere la sintomatologia. I caregiver possono essere fortemente investiti nell'identificare "qualcosa di grave" o "qualcosa che sfugge" (Dell & Campo, Somatoform disorders in children and adolescents, 2011). Il rifiuto, come spesso accade, di un genitore di tenere in considerazione le cause psicologiche di una malattia, del disturbo del figlio rischia di compromettere il benessere di questi bambini e adolescenti e rappresenta una delle sfide più importanti nell'ambito della cura dei disturbi psicosomatici. L'ansia dei caregiver per il declino del proprio figlio può influenzare in modo significativo la cura e la gestione, compresa una maggiore richiesta di test e interventi. Una sorta di scetticismo latente verso la possibilità di un disturbo di natura psicologica, può incoraggiare le famiglie a cercare secondi pareri, a richiedere ulteriori indagini

mediche e a rifiutare di impegnarsi con i servizi psicologici, con conseguenti evitabili ritardi nella gestione e nel trattamento appropriato dei sintomi. In questo scenario, il bambino può trovarsi nella situazione di dover gestire sia il proprio dolore sia lo stato emotivo del genitore, regolando in tal modo in modo positivo il proprio arousal (Ratnamohan & Kozłowska, 2017). Gli psicologi impiegano più di qualche colloquio per riuscire a spostare l'attenzione di questi genitori dal versante medico-scientifico a quello psicologico riuscendo quindi, solo in un secondo momento, a farsi descrivere sia il proprio figlio, tratti del carattere, gusti e preferenze, storia personale e familiare, eventi di vita accaduti (Ricca & Sequi, 2019). Ecco che, piano piano assumono risalto conflittualità antiche piuttosto che recenti sofferte separazioni, lutti su cui è sceso un silenzio ormai impolverato, problemi di salute di qualche familiare, segreti di famiglia (Ricca & Sequi, 2019).

Strategie cliniche di intervento, quali quelle finalizzate a promuovere la qualità delle interazioni genitore-figlio, rendendo il genitore più attento, sensibile e disponibile ai bisogni del figlio, limitandone così il ricorso al sintomo somatico come regolatore esterno di sofferenze emotive non mentalizzate (Bizzi, La qualità dell'attaccamento nei bambini con disturbi da Sintomi Somatici e disturbi correlati, 2019). Il caregiver ha bisogno di indicazioni chiare, di sostegno per poter affrontare ed adempiere meglio al suo ruolo di protettore e promotore del benessere del figlio. Per fare ciò, bisogna ricordarsi che prima di tutto è necessario che egli comprenda che il dolore provato dal figlio, nonostante sia di origine psicologica e non fisica: quella del bambino (o del ragazzo) è reale e nondimeno invalidante. Il dolore esiste e viene espresso dal corpo a causa di un effettivo distress emozionale a carico dell'individuo. Il genitore a confronto con il sintomo somatico funzionale è un genitore spaventato di fronte all'incertezza e alla mancanza di evidenze, che reagisce istintivamente, come meglio può per aiutare il proprio figlio.

3 CAP. 3: La ricerca

Sempre più spesso giungono all'attenzione di psicologi bambini e ragazzi che si trovano ricoverati perché manifestano sintomatologia somatica rispetto alla quale, al termine dei doverosi accertamenti medici, non si rintraccia alcun correlato organico.

Le numerose ricerche e raccolte dati di questi ultimi anni hanno permesso di constatare l'espansione dei disturbi di tipo somatoforme e il massiccio lavoro interdisciplinare che esso comporta (Ricca & Sequi, 2019). Si evidenzia come, di fronte a questa sintomatologia somatoforme, sia necessaria un'ottica multidisciplinare secondo il modello di salute biopsicosociale.

Nel momento in cui un piccolo paziente arriva sotto gli occhi del personale ospedaliero lamentando un forte dolore fisico, la prassi è quella di effettuare gli esami medici che possano svelare la condizione organica sottostante la sintomatologia. L'attesa di un riscontro medico è per il genitore un momento carico di tensione e preoccupazione: le risposte che arrivano, però, non sempre corrispondono alle aspettative. Quando, tramite l'osservazione obbiettiva dei medici e degli infermieri del reparto unita ad esami ed accertamenti, emerge il sospetto che non vi sia una condizione di tipo organico tale per cui si possa spiegare la sintomatologia presentata dal giovane paziente, emerge la necessità di chiedere un consulto di tipo psicologico. L'assenza di riscontri organici al dolore lamentato da un bambino o un adolescente è per il genitore, ma anche per il personale medico-ospedaliero, un delicato momento da gestire. Il medico sottopone ai colleghi psicologi le peculiarità specifiche del caso osservato e richiede una loro valutazione, nel frattempo egli continua ad indagare scrupolosamente, escludendo tutte le possibili cause organiche.

Cresce l'esigenza, quindi, di esaminare più profondamente tale condizione affinché si possa fornire alle famiglie e ai pazienti il giusto supporto che permetta una migliore risoluzione di questo momento critico. È importante raccogliere tanta simile casistica al fine di cercare di comprendere perché questo fenomeno accada, analizzare ogni tratto comune e caratterizzante di queste situazioni, rintracciare dove si inscrivano le possibili cause, decodificarne il significato sotteso e, infine,

poter identificare dei precoci indicatori di rischio e delineare delle possibili indicazioni di intervento che possano favorire l'abbandono del sintomo fisico da parte dei piccoli pazienti (Ricca & Sequi, 2019).

Le équipes mediche e psicologiche, che operano presso diversi reparti di Pediatria, si trovano sempre più spesso ad affrontare queste situazioni, nonostante ciò il fenomeno dei sintomi somatici funzionali risulta ancora poco indagato, specialmente quando si prende in considerazione la delicata fase dello sviluppo.

3.1 Il contesto della Clinica Pediatrica dell'Azienda Ospedaliera di Padova

Le presente ricerca è stata effettuata presso l'Ambulatorio di Psicologia Clinica dell'Azienda Ospedaliera di Padova. Il Servizio si occupa di bambini e adolescenti giunti all'osservazione attraverso il ricovero presso i reparti della clinica, l'ambulatorio della stessa e/o dal pronto-soccorso pediatrico. In particolar modo, il gruppo di partecipanti preso in considerazione in questo elaborato di tesi riguarda tutti quei giovani pazienti a cui è stata posta una diagnosi di disturbo psicosomatico.

Si parla di disturbi psicosomatici quando "il corpo comunica un malessere che bypassa la mente" (Ricca & Sequi, 2019).

Nella maggior parte dei casi si tratta di bambini o ragazzi che giungono all'attenzione dell'ospedale dopo una lunga storia di richieste di esami ed indagini mediche. Nella maggior parte dei casi, dopo un consulto ambulatoriale o dopo uno o più accessi presso il Pronto Soccorso, il personale curante decide di avviare un regime di degenza per poter svolgere gli approfondimenti diagnostici ematochimici e strumentali necessari.

È indispensabile che i sintomi somatici manifestati al momento del ricovero o a un accesso ambulatoriale vengano innanzitutto indagati a livello medico. Ai primi esiti negativi degli esami fisici, lo psicologo viene chiamato per avviare una valutazione psicodiagnostica del bambino ed una conoscenza con la famiglia. Lo psicologo può impiegare più di qualche colloquio per riuscire a spostare l'attenzione di questi genitori dal versante medico-scientifico a quello più prettamente psicologico. Quando il correlato organico della sintomatologia osservata viene escluso, bisogna comunque saper riconoscere in questi pazienti un livello di sofferenza soggettiva che anziché essere vissuto emotivamente, è percepito fisicamente (Ricca & Sequi, 2019). Fin dai primissimi colloqui conoscitivi emerge come questi siano dei ragazzini nei quali si rivelano in modo evidente delle forme di disagio: un senso di solitudine, la presenza di forti preoccupazioni, conflitti interni rispetto ai quali non vi è possibilità di verbalizzare contenuti ed emozioni.

Quando un bambino viene ricoverato nella clinica pediatrica dell'Azienda ospedaliera universitaria di Padova, viene richiesta l'assistenza di un genitore o un familiare 24 ore su 24. La permanenza in ricovero solitamente rappresenta per il ragazzino il trovarsi all'interno di una sorta di "bolla" che gli consente di estraniarsi dalla quotidianità e vivere in una dimensione di forzata esclusione da ciò che non riesce ad affrontare serenamente (Ricca & Sequi, 2019).

Si sottolinea, pertanto, quanto sia di fondamentale importanza considerare una prospettiva multifattoriale del disturbo presentato e di conseguenza agire attraverso un lavoro multidisciplinare, un lavoro di equipe che vada a coinvolgere sia la parte medico-organica, ma anche quella psicologica affinché ci si possa occupare del benessere del bambino in toto.

Ecco che il modello di riferimento per la comprensione di questo fenomeno è quello biopsicosociale.

Il medico e lo psicologo si trovano ad operare in un terreno condiviso, ognuno si focalizza sulla propria sfera di competenza, con la cura di integrare le proprie osservazioni in un insieme unitario corpo-psiche che meglio rispecchi l'individualità del paziente. La gestione di queste situazioni è affrontata

congiuntamente sia dall'equipe medica che da quella psicologica della Clinica Pediatrica: tra queste due parti è presente, e necessario, un fruttuoso dialogo e una consolidata collaborazione, al fine di indirizzare questi pazienti verso un percorso (che può essere sia di cura, ma anche di approfondimento diagnostico) maggiormente adeguato alla loro condizione. La collaborazione medico – psicologo pone le basi per un intervento che si caratterizza come supportivo nel caso di un esordio di patologia importante o diagnostico nei casi di completa negatività organica (Ricca & Sequi, 2019). L'intervento è focalizzato sia sul giovane paziente che sui genitori per far comprendere la natura dei sintomi e avviare un percorso di recupero del benessere.

Il percorso psicodiagnostico viene strutturato in una serie di 3 o 4 colloqui al fine di pervenire ad un quadro esaustivo sul funzionamento del bambino e del nucleo familiare. I colloqui possono essere effettuati con il bambino/adolescente in presenza dei genitori, ma le due parti vengono anche incontrate separatamente. Vengono utilizzati strumenti quali test carta-matita, lo scarabocchio di Winnicott e test proiettivi come CAT e TAT o/e le tavole di Rorschach. Nel caso in cui il paziente abbia un'età superiore agli 11 anni, spesso viene proposto al ragazzo il questionario Youth Self Report.

Il percorso di valutazione si conclude con il colloquio di restituzione, dove gli psicologi, preferibilmente insieme all'equipe medica, incontrano il paziente e i genitori che lo hanno accompagnato in questo percorso. Durante il colloquio vengono comunicati ai genitori i risultati emersi dagli esami effettuati e possono essere fornite ai genitori alcune indicazioni per aiutarli ad imparare a riconoscere eventuali future situazioni di disagio del bambino. In altri casi si può mantenere un contatto con la famiglia fissando una serie di incontri di controllo per monitorare l'andamento della situazione sintomatologica oppure, nel caso in cui il quadro clinico del paziente risulti più importante, viene proposto un invio per un intervento psicoterapico a professionisti esterni alla Clinica in ambito dei servizi territoriali o privati.

La figura dello psicologo ospedaliero, anche in ambito pediatrico, si è evoluta nel tempo e lo specialista non assume più un ruolo marginale di mero supporto alla

malattia, interagendo solo minimamente con lo staff medico, ma si occupa della valutazione psicodiagnostica, lavorando in stretta collaborazione con la parte medica. Lo psicologo si configura dunque come parte integrante dell'equipe sanitaria che diventa in questo modo multidisciplinare: orientata al benessere del paziente sia a livello fisico, ma anche a livello mentale.

3.2 Obiettivi della ricerca

Questo lavoro di tesi si propone di osservare e descrivere il fenomeno dei sintomi somatici “funzionali” individuando e analizzando le situazioni sintomatologiche di bambini e adolescenti accolti presso l'ospedale di Padova.

L'innovazione di questo lavoro ricerca consiste nel fatto che in Italia, allo stato attuale, non esiste una così ampia raccolta di dati inerenti i disturbi psicosomatici in età pediatrica. Facendo un confronto con i dati dalla letteratura è stato possibile riscontrare come questo sia un ambito di ricerca ancora poco esplorato, a cui non è stato dedicato sufficiente studio, e che ricerche come questa, con una casistica così ampia, siano state svolte esclusivamente all'estero. In Italia è possibile trovare ricerche e articoli che discutono le tematiche affrontate in questa tesi, ma o si basano su campioni e studi stranieri o presentano dati ridotti se confrontati a quelli proposti in questo elaborato. In questo senso, emerge l'innovazione di questo lavoro e la considerazione mostrata da parte del Dipartimento di Salute della Donna e del Bambino dell'Ospedale di Padova a queste tematiche.

Il presente studio si divide in due parti:

- Una prima parte della ricerca interessa l'intero gruppo di partecipanti di pazienti accolti presso la Clinica Pediatrica a cui è stata posta una diagnosi di disturbo psicosomatico tra gennaio 2014 e giugno 2022 compresi (8 anni e mezzo). Vengono esplorate le caratteristiche del gruppo di partecipanti

tramite i dati raccolti durante il periodo di osservazione. L'analisi è stata svolta di esplorare caratteristiche sociodemografiche e cliniche all'interno della popolazione pediatrica con sintomatologia somatica funzionale. Questa prima parte di ricerca è stata svolta al fine di verificare che alcuni parametri da noi indagati fosse congruenti con quanto riportato dalla letteratura: in particolar modo volevamo riscontrare se il genere e l'età media del nostro gruppo di partecipanti potessero essere rappresentativi della popolazione italiana di bambini con una diagnosi di disturbi somatoformi. Inoltre, partendo dalle analisi di alcune voci dello strumento YSR 11-18, è stata ipotizzata una relazione tra la partecipazioni ad attività sportive, quella a gruppi ricreativi e il numero di rapporti amicali stretti dei nostri pazienti. Per concludere si è voluto prendere in considerazione l'item "*Hai qualche malattia, disabilità o handicap?*" per indagare se vi fosse un pattern di risposta preferenziale a questo quesito.

- La seconda parte coinvolge, invece, un sottogruppo di partecipanti. A distanza di tempo è stato somministrata un'intervista telefonica ai genitori degli ex pazienti della clinica giunti alla nostra attenzione da gennaio 2014 fino a dicembre 2021 compresi. Questa seconda parte indaga l'attuale benessere e qualità di vita del bambino/adolescente, i benefici e le criticità rispetto all'esperienza vissuta in ospedale e infine le credenze sviluppate in riferimento all'ipotesi di una possibile origine psicologica dei sintomi presentati. L'obiettivo, dunque, è quello di verificare l'attuale funzionamento quotidiano, il benessere e la qualità di vita del paziente per poter andare a riscontrare se vi è stata ripresa delle attività congrue per l'età di questi pazienti. I professionisti nell'ambito pediatrico sono ben consapevoli di quanto il "blocco" della frequenza scolastica, sportiva e delle frequentazioni amicali si costituiscono come rischio evolutivo e costo socio-sanitario. Infine, questa seconda parte, ha lo scopo di esaminare le credenze dei genitori circa l'origine della sintomatologia, nello specifico il loro grado di accordo nei confronti della diagnosi data dall'equipe della Clinica. Ci siamo dunque domandati come stessero ora i nostri ex-pazienti rispetto ai sintomi per cui sono stati conosciuti, se la loro qualità di vita fosse in

qualche modo cambiata e se questo, come viene affermato in letteratura, fosse influenzato dalle credenze dei genitori rispetto all'origine della sintomatologia o da motivi di tensione familiare.

3.3 Metodo prima parte della ricerca

3.3.1 Partecipanti

Il gruppo di partecipanti risulta composto dai pazienti con sintomatologia somatica giunti alla conoscenza del reparto di Psicologia Clinica della Clinica Ospedaliera di Padova nell'arco di tempo che intercorre tra gennaio 2014 e giugno 2022 compresi.

I dati relativi ai soggetti sono stati individuati tramite la consultazione delle informazioni presenti all'interno della cartella clinica.

Sono stati presi in considerazione 339 casi, di cui tutti lamentavano sintomatologia somatica funzionale. I partecipanti sono composti da 225 femmine e 114 maschi di età compresa tra i 6 (73 mesi) e i 20 anni (241 mesi). L'età media considerando entrambi i generi è di 12 anni e 3 mesi (147,2 mesi), con variazioni non significative di anno in anno. In generale, comunque è interessante sottolineare come l'età media delle femmine (148,5 mesi) sia leggermente più alta rispetto a quella dei maschi (144,5 mesi).

Considerando la variabile "genere" il gruppo dei partecipanti, come già indicato in precedenza, mostra una netta prevalenza femminile del 66,4% contro una presenza maschile del 33,6%, ad eccezione dell'anno 2020 dove sembrerebbe essere superiore la presenza di pazienti di genere maschile (F = 42,9% - M = 57,1%).

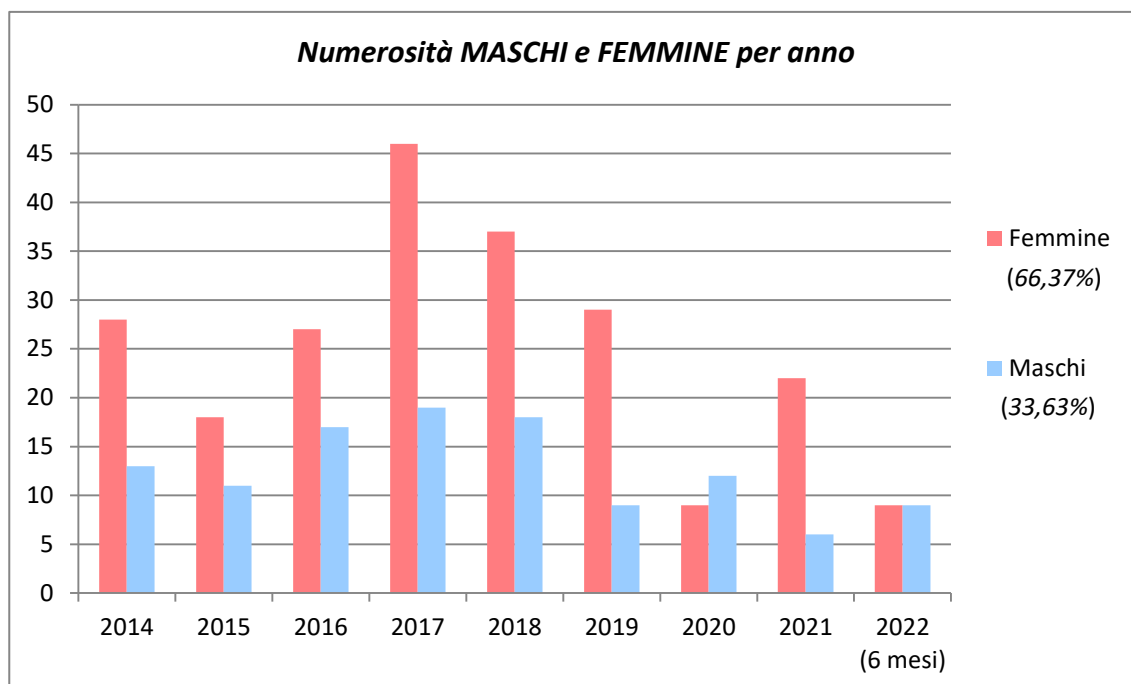


Figura 2: numerosità maschi e femmine per anno

L'età media dei pazienti, seppur con qualche differenza di anno in anno, è di 147,2 mesi (12 anni e 3 mesi) con una deviazione standard di 27,63. La moda indica un'età di 12 anni e 4 mesi (149 mesi), non si discosta di molto da quella che è risultata essere la media. I dati di media, moda e mediana, descrivono una distribuzione normale.

Analizzando i dati emersi dalla nostra raccolta, dal 2014 al 2022, è interessante sottolineare come la maggioranza dei pazienti si presenti alla nostra attenzione nei mesi invernali: febbraio ($n = 43$) e marzo ($n = 54$) sono in assoluto le due mensilità con il maggior numero di accessi. I mesi con il minor numero di accessi risultano essere quelli di luglio e agosto, come mostrato nel seguente grafico.

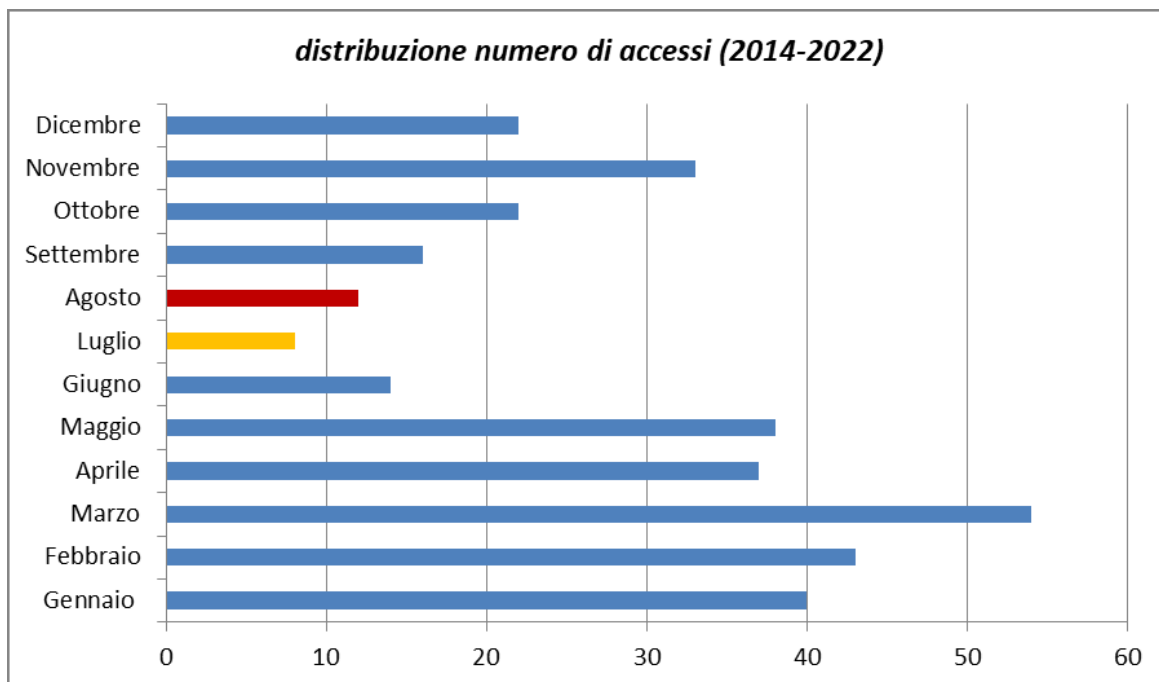


Figura 3: distribuzione numero di accessi

Sintomi

I sintomi presentati dai pazienti sono stati suddivisi in sei differenti classi: sintomi pneumologici, sintomi reumatologici, sintomi gastrointestinali, sintomi neurologici, sintomi oculistici e altro. Nella manifestazione sintomatologica generalmente non si evidenziano rilevanti distinzioni tra maschi e femmine, eccezion fatta per i sintomi pneumologici e gastrointestinali, i quali, in base alle nostre analisi, si sono manifestati, in modo significativo, maggiormente nei pazienti di genere maschile. La classe di sintomi che si presenta con la maggiore frequenza è quella reumatologica: nell'anno 2022, per esempio, il 72,2% dei pazienti ha manifestato questo tipo di problematica, mentre negli anni 2019 e 2020 circa il 52%.

La distribuzione della frequenza dei sintomi presentati viene mostrata nel grafico seguente.

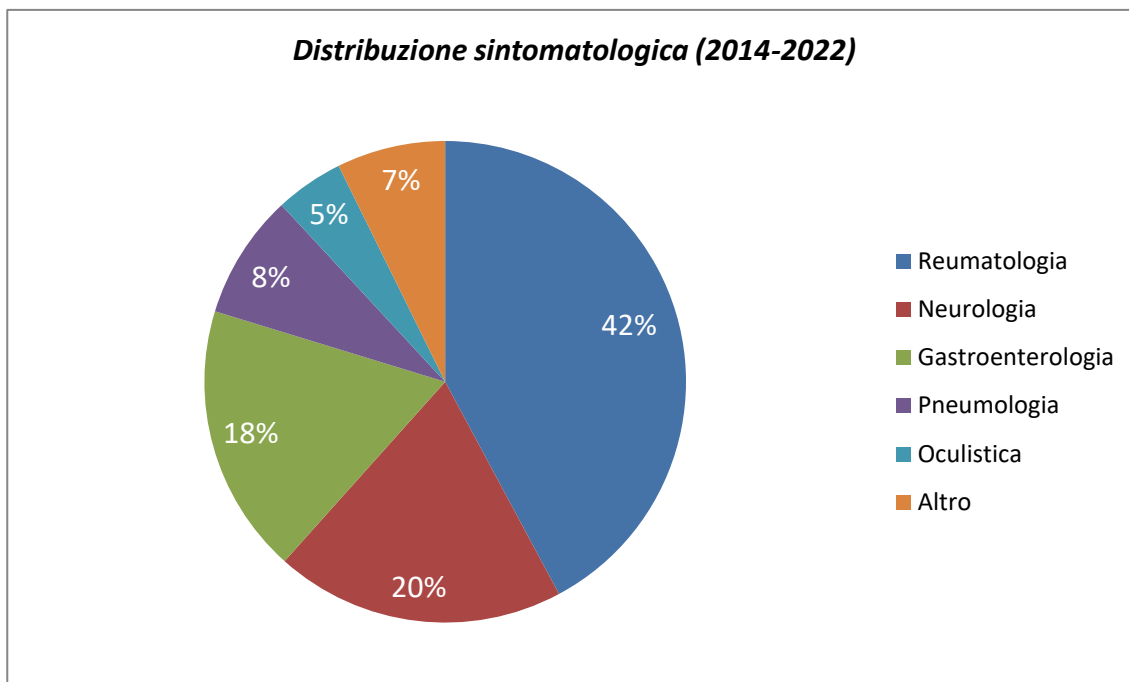


Figura 4: distribuzione sintomatologica

La maggior parte dei partecipanti presenta un solo sintomo (83%), mentre il 17% presenta due o più sintomi fino a un massimo di sette. Il grafico in figura mostra la distribuzione della numerosità dei sintomi in ingresso.

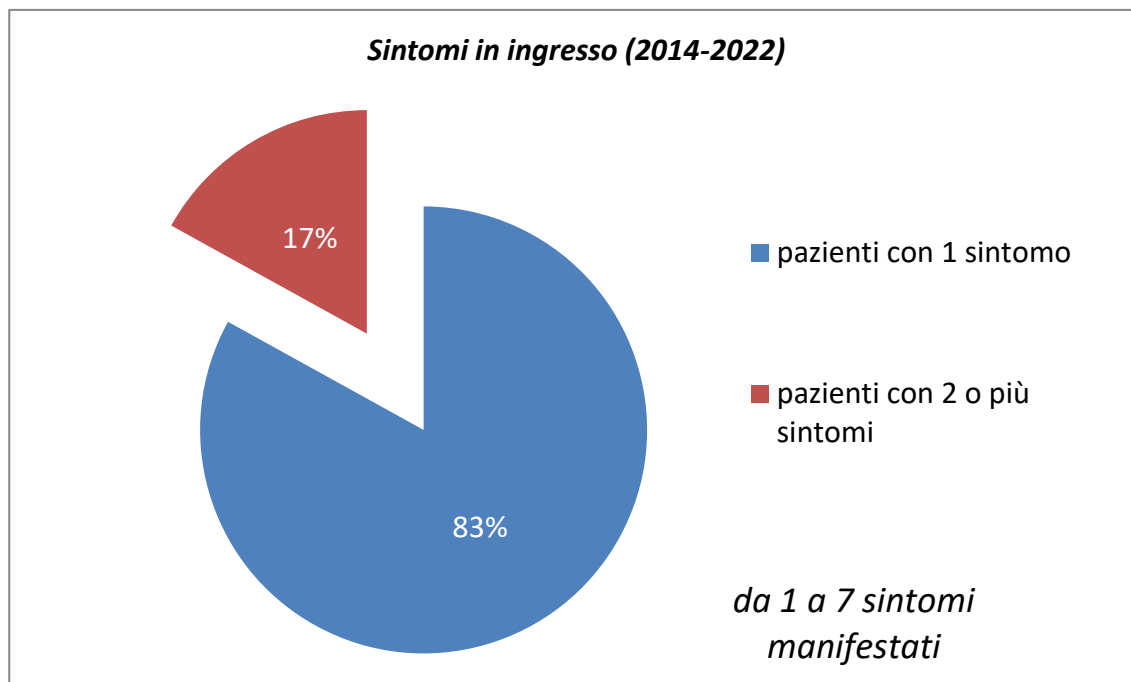


Figura 5: sintomi in ingresso

Inoltre, nel caso in cui vi fossero due o più sintomi, i sintomi neurologici sono quelli che si presentano maggiormente in associazione ad altri, nel 56,1% dei casi. Se i sintomi manifestati appartengono a classi diverse, le associazioni verificate più frequentemente sono tra sintomi neurologici e reumatologi nel 4,4% e tra sintomi neurologici e problematiche altre nel 1,2%.

Attraverso l'utilizzo di un T-Test sono state valutate le differenze del numero di sintomi (1 o più sintomi) rispetto all'età del bambino/adolescente. Dai valori ottenuti emerge che ci sono differenze significative tra chi ha un solo sintomo e chi, in fase di ingresso, ne ha manifestato più di uno. L'esame delle medie evidenzia che chi ha più sintomi ha anche un'età maggiore rispetto a chi ne ha meno.

Distribuzione

Il gruppo di partecipanti risulta distribuito omogeneamente negli anni, ma si può notare un calo degno della nostra attenzione nell'anno 2020 ($n = 21$) dove risultano essere presenti meno della metà dei pazienti rispetto al 2017 ($n = 65$), anno con la maggiore numerosità, ma anche nell'anno 2021 permane una numerosità inferiore ($n = 28$) Si può dunque osservare un calo, una diminuzione dei casi osservati, negli anni che hanno riguardato la Pandemia da Covid-19.

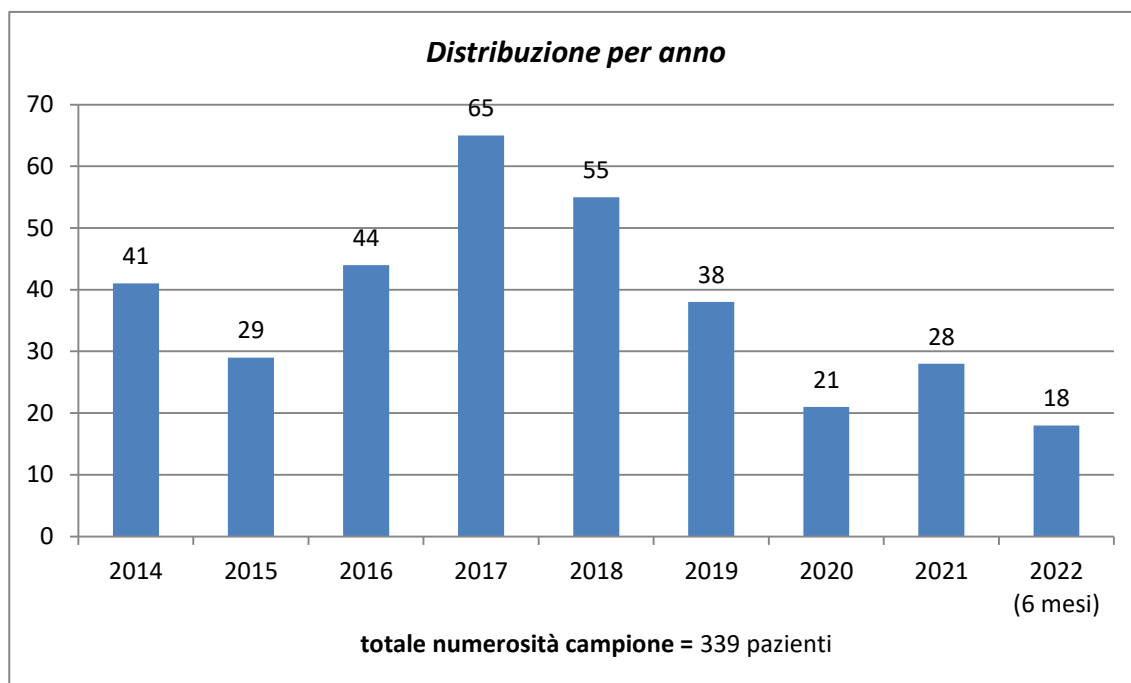


Figura 6: distribuzione per anno

Tipo di accesso

Sulla totalità dei partecipanti, 269 soggetti sono pervenuti alla nostra attenzione a fronte della richiesta di consulenza durante il ricovero in uno specifico reparto, 61 tramite accesso ambulatoriale e 5 inviati dal Pronto Soccorso.

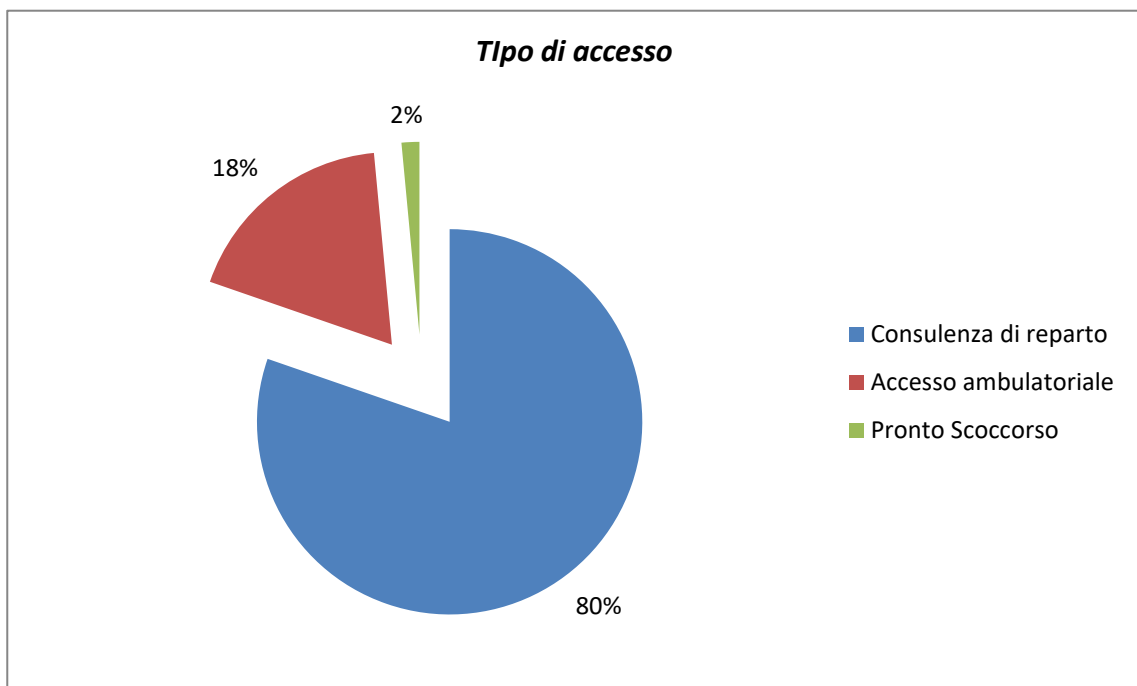


Figura 7: tipo di accesso

Gli incontri

Gli incontri con lo psicologo variano da un minimo di uno ($n = 37$) fino ad un massimo di 36 ($n = 1$) con una media di 5 incontri; nella maggior parte dei casi (*moda*) i pazienti partecipano a 4 incontri ($n = 51$).

3.3.2 *Procedura*

Per la raccolta dati di questa prima parte di ricerca è stata realizzata una tabella Excel nella quale sono state esposte tutta una serie di informazioni, reperite all'interno delle cartelle cliniche dei pazienti presi in carico, utilizzate al fine di svolgere un'analisi quantitativa e qualitativa dei dati raccolti.

Le categorie analizzate sono:

- l'età in mesi alla data del primo colloquio;
- il genere del paziente;
- il tipo di accesso;
- il numero di incontri effettuati;
- la sintomatologia in ingresso;
- il numero di sintomi in ingresso.

A 138 pazienti è stato somministrato il questionario *Youth Self Report* (YSR 11-18). Questo questionario, quando lo si ritiene necessario e possibile, viene somministrato al paziente nei primi colloqui psicologici. La somministrazione, della durata di circa 45 minuti, non viene svolta in presenza dei genitori, per far sì che il soggetto si senta libero di fornire risposte sincere e spontanee. Durante l'intera durata della compilazione, lo psicologo non abbandona la stanza sede di somministrazione del questionario mostrandosi disponibile a chiarire i dubbi e rispondere alle domande del giovane paziente nel caso in cui alcuni item non fossero di chiara comprensione. Nell'analisi sono state prese in considerazione anche alcune voci presenti all'interno del questionario: gli item riguardanti lo sport, l'appartenenza a gruppi ricreativi, la frequentazione con amici e l'item riguardante la presenza o meno di qualche malattia, disabilità o handicap.

Dove è stato ritenuto necessario, è stata somministrata altra testistica, come ad esempio test carta-matita, lo scarabocchio di Winnicott, test proiettivi come CAT e TAT o/e le tavole di Rorschach, o il questionario *Child Behavior Checklist* (CBCL), che però non è stata oggetto di studio di questo elaborato di ricerca.

3.3.3 *Strumenti*

Lo *Youth Self Report* (YSR 11-18) è stato costruito Achenbach e collaboratori (1991) al fine di disporre di uno strumento autodescrittivo per ottenere informazioni dirette dai pazienti, della fascia di età 11-18 anni. Il questionario è composto da una sezione in cui vengono raccolte alcune informazioni demografiche come il nome, l'età del paziente e la professione dei genitori. Nello *Youth Self Report* (YSR 11-18) i giovani si devono autovalutare su diverse aree che riguardano le competenze sociali, le prestazioni scolastiche, le attività, il funzionamento generale, il comportamento e le reazioni emotive. Rispondendo a 113 item, che si presentano sotto forma di affermazioni, riferibili a situazioni e a problemi di vario tipo, il malato fornisce un resoconto su di sé, sul suo funzionamento adattivo in diverse aree.

La prima parte del questionario è costituita da item riguardanti le competenze del bambino, la partecipazione ad attività sportive, domestiche e scolastiche, le relazioni interpersonali, familiari e amicali. La modalità di risposta a questi item è varia: alcuni offrono una serie di alternative, altri permettono di inserire una risposta aperta.

La seconda parte è composta da una serie di item riguardanti problematiche comportamentali, emozionali e sociali. Nel dare la risposta il paziente deve considerare i 6 mesi precedenti la somministrazione del questionario e valutare il suo grado di accordo con l'affermazione presentata tramite una scala Likert a tre punti (0 = non vero; 1 = in parte o qualche volta vero; 2 = molto vero o spesso vero). Alcune domande riservano uno spazio per alcune precisazioni spontanee

Infine, viene lasciato uno spazio vuoto nel quale si chiede al giovane di paziente di "scrivere qualsiasi altra cosa che possa descrivere i suoi sentimenti, comportamenti o interessi".

Lo *Youth Self Report* (YSR 11-18) fa parte del Sistema ASEBA (*Achenbach System of Empirically Based Assessment*) (2001). L'ASEBA è un sistema di valutazione multiassiale su base empirica pensato per ottenere informazioni sull'adattamento, sulle competenze, sui problemi comportamentali ed emotivi del bambino e

dell'adolescente, individuabili in situazioni diverse e derivate da fonti multiple. L'utilizzo di questa tipologia di questionari consente di inquadrare le problematiche presentate nei quadri di disturbo psichico e/o sospetto funzionale e di costruire un profilo psicologico e/o psicopatologico del soggetto valutato. Il profilo diagnostico si ottiene confrontando i punteggi ottenuti in risposta agli item del questionario somministrato con i punteggi normativi derivati da campioni di riferimento della stessa età.

3.3.4 Analisi dei dati

I dati ottenuti dalle informazioni cliniche raccolte nelle cartelle dei pazienti, utilizzati in forma anonima, sono stati elaborati mediante software statistico SPSS (Statistical Package for Social Science, IBM® SPSS® Statistics 22.0 for Windows; International Business Machines Corp., Armonk, New York, USA).

Il gruppo di partecipanti è stato analizzato in maniera descrittiva tramite l'analisi di frequenze, medie e percentuali, con lo scopo di verificare la distribuzione dei soggetti all'interno delle variabili prese in esame.

Al fine di verificare la presenza o meno di differenze significative in relazione all'anno di accesso al reparto è stato utilizzato il Test Chi_Quadrato. Sono stati indagati, inoltre, i rapporti correlazionali tra le variabili quantitative calcolando il coefficiente Rho di Spearman e svolti una serie di T-Test per valutare le differenze che si possono presentare in base all'età e al genere del paziente.

3.3.5 Risultati

YSR-malattia

Per quanto riguarda la somministrazione dello strumento *Youth Self Report* (YSR 11-18), risulta interessante osservare anche i risultati emersi analizzando l'item riguardante lo stato di malattia del soggetto. Alla domanda "Hai qualche malattia, disabilità o handicap?" 112 pazienti su 138, (81,16%) hanno risposto negativamente, affermando, dunque, di non avere malattie, disabilità o handicap di alcun tipo.

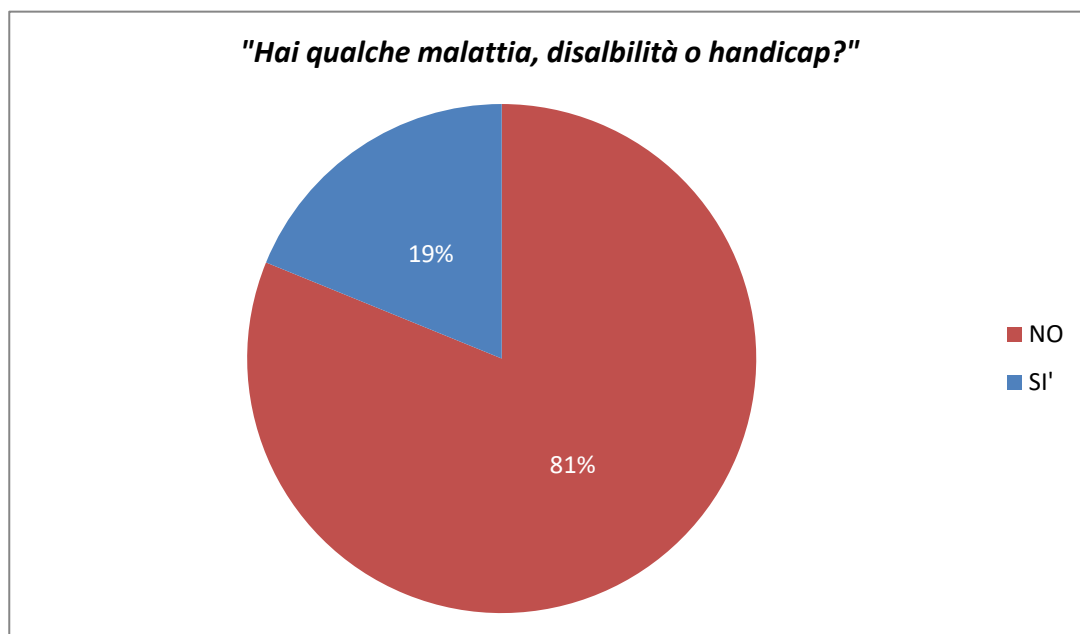


Figura 8: distribuzione risposte alla domanda YSR-malattia

YSR-sport, YSR-gruppi, YSR-amici

Al fine di verificare l'esistenza di correlazioni significative tra le variabili quantitative, poiché alcune di queste hanno una distribuzione non normale, è stato calcolato il coefficiente Rho di Spearman. Grazie al calcolo di questo indice è stato

possibile evidenziare come ci sia una significativa correlazione tra età e numero di sintomi, numero di sintomi e numero di incontri e tra alcuni valori emersi dall'analisi delle risposte dello *Youth Self Report* (YSR 11-18).

L'emerge di questa correlazione positiva tra età e numero di sintomi ci porta a poter affermare che al crescere dell'età aumenta anche il numero di sintomi presentati dal paziente; in modo analogo di fronte ad un maggior numero di sintomi presenti è necessario un maggior numero di incontri.

Sono emerse correlazioni positive anche tra i punteggi ottenuti in alcuni items dello *Youth Self Report* (YSR 11-18): l'item rinominato YSR-gruppi correla positivamente sia con l'item YSR-sport sia con l'item YSR-amici, i quali però non hanno mostrato alcun tipo di correlazione tra loro. Questi risultati ci consentono di sostenere che di fronte a punteggi elevati nell'item YSR-gruppi risulteranno punteggi elevati anche nelle altre due categorie: un bambino che si mostra attivo e partecipa in uno o più gruppi sociali avrà anche un buon numero di interazioni con amici stretti e un elevato impegno di tipo sportivo.

3.4 Metodo seconda parte della ricerca

3.4.1 Partecipanti

In questa seconda parte il gruppo di partecipanti risulta composto dai genitori dei pazienti giunti alla nostra attenzione nel tempo intercorso tra gennaio 2014 e dicembre 2021. I genitori sono stati coinvolti tramite la somministrazione di un'intervista telefonica.

Su 339 possibili candidati all'intervista, 206 di essi hanno deciso di partecipare. È da considerare che ci sono stati dei ragazzi ricoverati appartenenti a famiglie extracomunitaria per cui la barriera linguistica con i genitori è limitante, motivo per cui non è stata possibile la somministrazione dell'intervista.

La quasi totalità degli intervistati è di genere femminile. Nonostante la maggioranza del gruppo di partecipanti all'intervista sia di nazionalità italiana, all'intervista hanno partecipato anche genitori di nazionalità differenti.

3.4.2 Procedura

Al fine di raggiungere gli scopi prefissati ed esplorare il punto di vista genitoriale è stata somministrata un'intervista. I genitori dei giovani pazienti sono stati contattati telefonicamente ed è stata chiesta loro la disponibilità a fornire le informazioni richieste.

L'intervista è stata da me somministrata telefonicamente reperendo dalle cartelle i numeri dei genitori dei pazienti. Dopo una breve presentazione del lavoro di ricerca qui proposto, è stata chiesta la loro adesione, informando che i dati raccolti sarebbero stati elaborati garantendo l'anonimato. Con coloro che hanno espresso il consenso (206 su 339 possibili candidati all'intervista che sono stati contattati) si è proceduto con la somministrazione: le risposte sono state interamente trascritte e successivamente codificate attribuendo un valore numerico a ciascuna di esse, eccezion fatta per quelle domande che richiedevano una risposta aperta.

Tale intervista (riportata nella sezione "*APPENDICE*") è stata predisposta dalla dottoressa Sequi ed utilizzata in un altro studio di tesi (con argomento analogo a quello proposto in questo elaborato, condotto nel Dipartimento di Salute della Donna e del Bambino dell'Azienda Ospedaliera di Padova) ed è stata codificata per gli scopi di questa ricerca.

L'intervista ha avuto una durata compresa tra 7 e 15 minuti. I genitori dei giovani pazienti sono stati contattati da me tra giugno e agosto 2022.

I dati, utilizzati in forma anonima, sono stati elaborati mediante software statistico SPSS (Statistical Package for Social Science, IBM® SPSS® Statistics 22.0 for Windows; International Business Machines Corp., Armonk, New York, USA).

3.4.3 *Strumenti*

L'intervista semi-strutturata si compone di 30 domande:

- 10 sono strutturate con modalità di risposta dicotomica;
- 12 in modalità a scelta multipla;
- 8 in modalità risposta aperta.

L'intervista è stata suddivisa in tre ambiti tematici: la prima parte di riferisce agli aspetti più clinici, la seconda indaga la qualità di vita attuale del nostro ex paziente e la terza e ultima parte si concentra sulla situazione familiare.

La prima sezione ha lo scopo di valutare lo stato di salute del bambino / adolescente approfondendo l'attuale presenza o meno del sintomo e, solamente nel caso questo fosse ancora presente, indagandone la frequenza e la modalità con cui si presenta. In questa sezione viene approfondito se siano state effettuate ulteriori visite in altri centri o da altri specialisti e se è stato necessario effettuare cure mediche. In entrambe le domande, di fronte ad una risposta affermativa, si è andati ad indagare la tipologia e l'efficacia dei percorsi seguiti. Viene inoltre domandato se siano stati effettuati ulteriori colloqui psicologici al di fuori dell'ambiente ospedaliero e l'utilità che si ritiene abbiano avuto. Infine, viene richiesto se siano state seguite le indicazioni fornite in fase di restituzione.

La seconda sezione, come accennato in precedenza, esplora diverse aree del funzionamento sociale del bambino o dell'adolescenza. I quesiti indagano la partecipazione del bambino nei diversi ambiti e attività che dovrebbero far parte della quotidianità di un paziente sano: la scuola, lo sport, gli spazi ricreativi, i gruppi extrascolastici, il coinvolgimento nelle relazioni amicali e affettivo-amorose, il grado di autonomia.

La terza ed ultima parte si focalizza sulla situazione familiare concentrandosi sull'atteggiamento dei genitori, sulla presenza o meno di motivi di tensione familiare o cambiamenti rilevanti all'interno della vita del paziente e del suo nucleo familiare. Al fine di poter perseguire gli scopi di questa ricerca è stata indagata anche l'opinione dei genitori rispetto al percorso fatto, alla valutazione definita in

ospedale e il loro grado di accordo rispetto all'ipotesi di una possibile origine psicologica del sintomo. Per poter approfondire le risposte raccolte, i genitori sono stati invitati a fornire una motivazione rispetto ai pareri espressi.

3.4.4 Analisi dei dati

Il gruppo di partecipanti è stato analizzato in maniera descrittiva tramite l'analisi di frequenze, medie e percentuali, con lo scopo di verificare la distribuzione delle risposte all'interno delle variabili prese in esame.

Si è cercato, inoltre, di individuare alcuni rapporti correlazionali tra le variabili calcolando il coefficiente Rho di Spearman.

3.4.5 Risultati

L'obiettivo della seconda parte di ricerca era quello di indagare, attraverso i genitori, a distanza di un arco di tempo che varia da 7 mesi a 5 anni, l'attuale stato di salute e di benessere del bambino, la qualità di vita del giovane paziente, l'esperienza vissuta in ospedale e infine le credenze genitoriali sviluppate in riferimento all'origine della sintomatologia. Si è cercato, inoltre, di riscontrare se vi sia stata ripresa delle attività congrue per l'età di questi pazienti indagando l'ambito scolastico, quello delle attività di svago, delle relazioni amicali e dell'autonomia personale.

Sezione CLINICA

Nella sezione "CLINICA" alla domanda "Come sta ora?" (domanda 1C) la maggioranza dei soggetti intervistati - il 58,7% - ha risposto "Molto bene, i sintomi

sono del tutto scomparsi”. Una percentuale del 22,8% afferma “Bene, il sintomo è in remissione”. Nel 81,5% dei casi, dunque, viene riportato uno stato di guarigione. Alla stessa domanda, una piccola percentuale, l’1,5%, ha risposto “Male, la sintomatologia sta peggiorando” e il 2,9% “Molto male, la sintomatologia è sempre presente, ma con intensità maggiore”, mentre il 14,1% dei genitori che si sono sottoposti all’intervista ha riferito che non c’è stato alcun cambiamento nella situazione sintomatologica del figlio (“Sempre uguale, non vi sono stati né miglioramenti né peggioramenti”); portando ad un 18,4% la percentuale dei pazienti che dopo il ricovero sono ancora in uno stato di disagio e sofferenza.

Di seguito, attraverso l’utilizzo di un grafico, viene illustrata la distribuzione in percentuale delle diverse risposte.

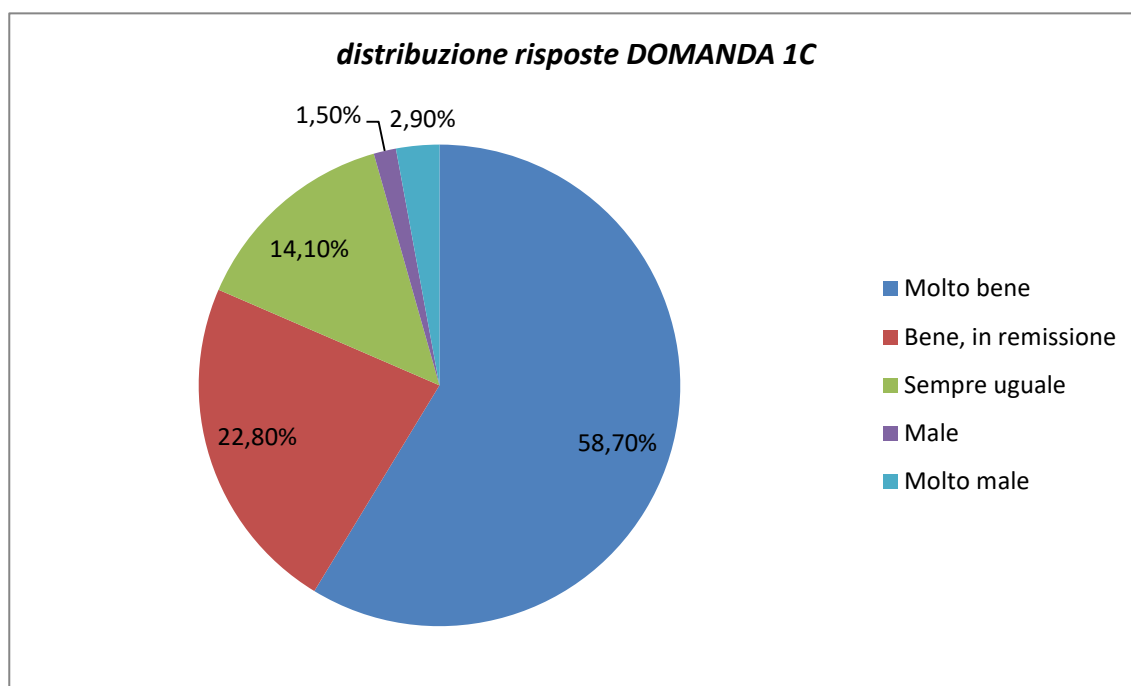


Figura 9: distribuzione risposte domanda "Come sta ora?"

La domanda 2C (“*Se è ancora presente, con che frequenza compare la sintomatologia?*”) è stata posta a quei genitori che riportavano che le manifestazioni sintomatologiche non erano ancora del tutto scomparse. Il gruppo di partecipanti per questa seconda domanda è dunque ridotto: solo a 79 genitori (il 38,3% del gruppo di partecipanti totale intervistato) è stato posto questo quesito. La maggioranza di questi, il 60,8%, ha affermato che la sintomatologia si presenta “A periodi alterni”.

Alla domanda 3C, nella quale è stato chiesto se dalla dimissione fossero insorti nuovi sintomi, il 12,6% ha risposto affermativamente.

La percentuale di genitori che hanno riportato di aver visitato altri centri e/o specialisti (domanda 4C) dopo la dimissione dall’Ospedale di Padova corrisponde al 35,8%.

Le domande 5C e 6C chiedono al genitore se cono state eseguite cure mediche o colloqui psicologici una volta dimessi dall’ospedale; nel caso di risposta affermativa viene chiesto al genitore di indicare il grado di utilità di questi interventi sulla salute di proprio figlio. Per quanto riguarda le cure mediche (domanda 5C), il 35,9% ha affermato di aver ricorso a cure mediche di vario tipo (es. farmaci, dispositivi, fisioterapia, diete, etc.) e la maggioranza di questi ha ritenuto che queste siano state molto utili – 56,8%. I colloqui con psicologi esterni all’Azienda Ospedaliera di Padova (domanda 6C) sono stati effettuati dal 50,5% dei pazienti: di questi il 45,2% li ha giudicati “Molto utili”, il 31,7% “Abbastanza utili”, il 9,6% “Mediamente utili”, il 7,7% “Poco utili” e il 5,8% “Per niente utili”.

L’ultima domanda della sezione clinica (domanda 7C) si riferisce alle indicazioni date in restituzione: viene chiesto ai genitori se queste siano state seguite o meno. Il 67,5% riferisce di aver seguito le indicazioni date mentre il 32,5%, diviso in egual misura, dichiara o di non averlo fatto o di averlo fatto solo parzialmente.

Sezione QUALITA’ DI VITA

La seconda sezione dell’intervista esplora la qualità di vita attuale del giovane paziente prendendo in considerazione diverse aree di vita.

La sezione parte indagando la frequenza (domanda 1S) e il rendimento scolastico (domanda 2S). La frequenza risulta pressoché regolare, con un 15,5% dei genitori che riferisce delle difficoltà del figlio nel frequentare costantemente la scuola. A parte una piccola percentuale - 13,6% - che riporta di non essere riuscita a recuperare il programma didattico perso nei i periodi di assenza durante la sintomatologia manifestata, la maggioranza - 86,4% - non ha riscontrato questo genere di problematica.

Dopo le domande inerenti all'ambiente scolastico, vengono poste alcune domande che riguardano gli aspetti ludico-relazionali della vita dei bambini e dei ragazzi.

Alla domanda 3S (*"Ha proseguito/ripreso le attività sportive?"*), il 57,3% ha risposto "Sì", mentre il 35,4% si è diviso tra chi ha dichiarato che non c'è stato modo - 3,4% (*"Non ancora, ma ha intenzione di farlo"*) e chi non ha intenzione di riprendere - 32% (*"No"*). Va segnalato che il 7,3% degli intervistati riporta l'assenza di pratica sportiva precedentemente all'avvento di "malattia".

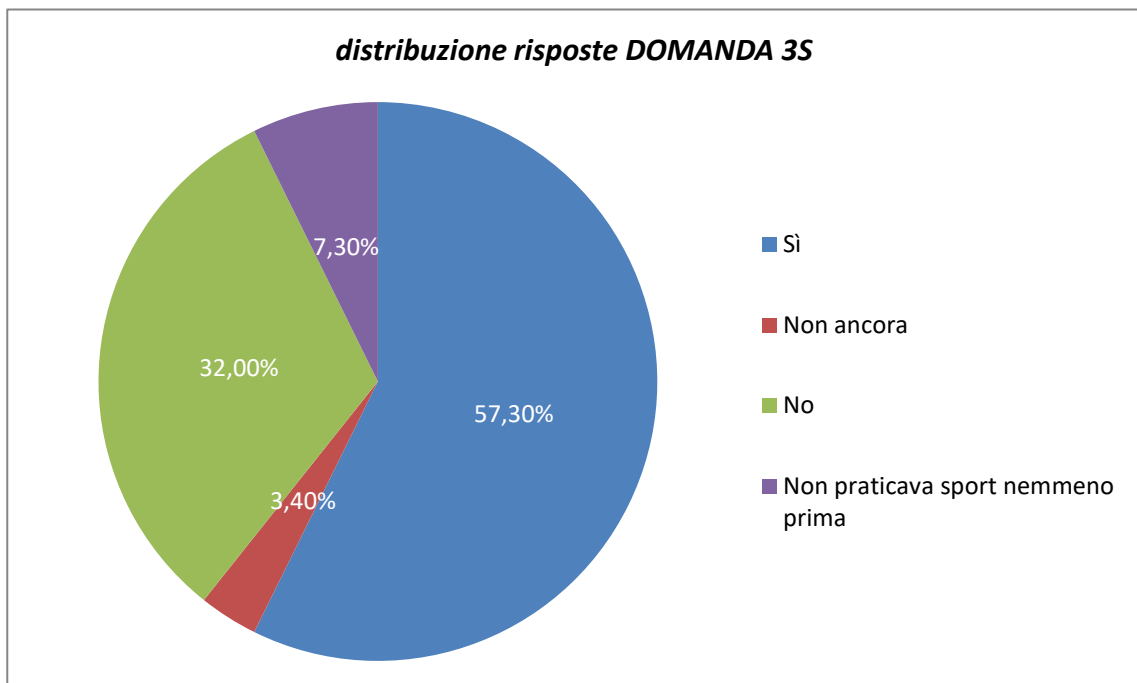


Figura 10: distribuzione risposte domanda "Ha proseguito/ripreso le attività sportive?"

Il 64,6% dei genitori riferisce che il figlio non è inserito in gruppi ricreativi (domanda 4S).

Il 78,2% dei ragazzi/bambini sembrerebbe avere buone relazioni con i pari (domanda 5S) e solo il 27,7% è impegnato in relazioni affettive o ne ha avute in passato (domanda 6S).

Per concludere questa seconda sezione, domanda 7S, viene richiesto al genitore un giudizio sul grado, sul livello di autonomia personale del figlio rispetto alla sua età. L'84% degli intervistati ha riportato che il livello di autonomia del proprio figlio è positivo: il 52,4% ha risposto "Molto" e il 31,6% "Abbastanza". Invece, nel 16% delle risposte, si raccoglie un giudizio complessivamente non positivo: 2,9% "Per niente", 4,4% "Poco" e 8,7% "Mediamente".

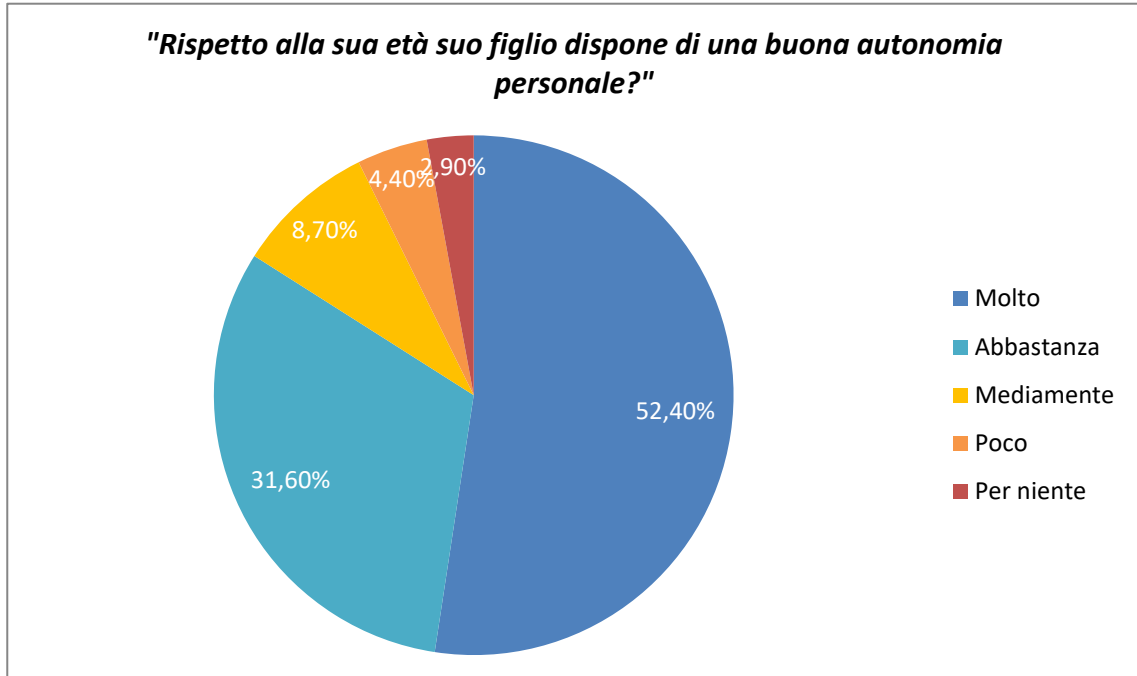


Figura 11: distribuzione risposte domanda "Rispetto alla sua età suo figlio dispone di una buona autonomia personale?"

Sezione SITUAZIONE FAMILIARE

Infine vengono dedicate sei domande alla situazione familiare.

Il primo quesito (domanda 1F) chiede ai genitori se è cambiato in qualche modo il loro atteggiamento nei confronti del figlio: il 54,4% ha risposto in modo affermativo. Di fronte alla domanda “*In che modo?*” i genitori hanno spiegato che hanno provato a mostrare una maggiore attenzione e sensibilità nei confronti della situazione sintomatica del figlio, mostrandosi disponibili a prestare maggiore ascolto alle sue richieste di aiuto.

Alla domanda 2F e 3F (“*Ci sono stati motivi di tensione familiare?*” ; “*Ci sono stati cambiamenti rilevanti?*”), rispettivamente il 75,2% e il 68,3% ha risposto negativamente.

Le ultime tre domande dell’intervista riguardano la valutazione e l’esperienza in ospedale.

La prima di queste domande chiede al genitore se “*Pensa che il percorso fatto sia stato di qualche aiuto per suo/a figlio/a*” (domanda 4F). Le risposte sono state le seguenti: il 41,5% ritiene che sia stato “Molto” di aiuto, il 25,4% “Abbastanza”, l’11,2% “Mediamente”, sempre l’11,2% “Poco” e il 10,7% “Per niente”.

La distribuzione delle risposte alla domanda 5F (“*È d’accordo con l’ipotesi di una possibile origine psicologica del sintomo?*”) che indaga le credenze del genitore rispetto all’origine psicologica del sintomo è mostrata nel grafico che segue.

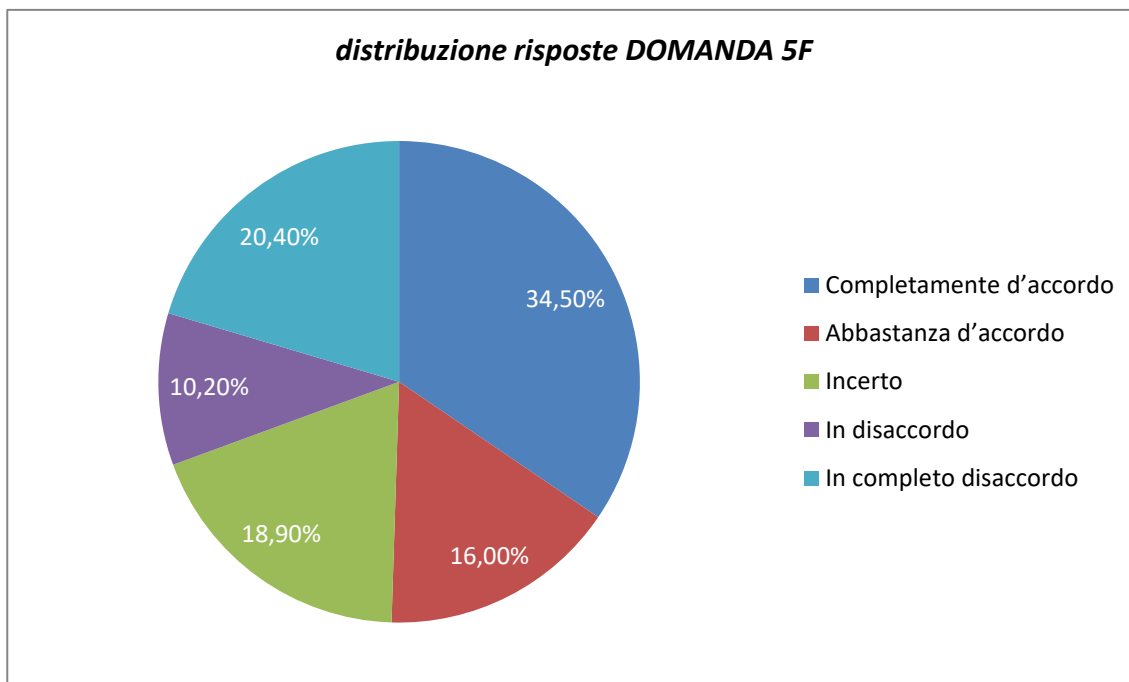


Figura 12: distribuzione risposte domanda "È d'accordo con l'ipotesi di una possibile origine psicologica del sintomo?"

L'ultima domanda della traccia (domanda 6F) chiede agli intervistati se la valutazione effettuata li ha aiutati ad osservare da una diversa prospettiva il momento che attraversava loro figlio: il 68,4% del gruppo di partecipanti ha risposto "Sì", il 7,3% "In parte" e il 24,3% "No".

Analisi correlazionale dei dati raccolti

Sono state condotte delle analisi per indagare possibili legami correlazionali tra le risposte fornite dai genitori alle domande dell'intervista (aver effettuato o meno nuovi colloqui psicologici, grado di autonomia personale mostrato, eventuali motivi di tensione familiare o cambiamenti rilevanti, grado di accordo dei genitori con l'ipotesi di una possibile origine psicologica del sintomo) e lo stato di salute attuale del figlio. E' emersa una correlazione positiva tra i risultati ottenuti alla

domanda “*Come sta ora rispetto al sintomo per cui è stato conosciuto?*” e la domanda “*E’ d’accordo con l’ipotesi di una possibile origine psicologica del sintomo?*”: migliore è lo stato di salute attuale del bambino/ragazzo, maggiore è il grado di accordo del genitore con un’ipotesi di origine psicologica della sintomatologia e viceversa.

4 CAP. 4: Discussione dei dati e conclusioni

4.1 Discussione

Questa ricerca è nata dall'esigenza di approfondire i disturbi somatoformi in età evolutiva, in quanto si è osservata un'incidenza considerevole tra bambini e/o adolescenti ricoverati che lamentano sintomi somatici di natura non organica. Un confronto clinico tra referenti psicologi dei principali ospedali pediatrici italiani conferma la presenza generalizzata di questa casistica. Dalla letteratura è emerso come questi quadri clinici rimangano ancora una delle aree più trascurate, nonostante si stimi che più della metà dei bambini e degli adolescenti si rechi in ospedale presentando tali sintomatologie (Mohapatra, Deo, Satapathy, & Rath, 2014).

Nei disturbi somatoformi manca un'integrazione corpo e mente, il bambino "apprende a negare il dolore psichico e a registrarlo come dolore corporeo" (Brunelli, Balzani, & Briganti, 2006). Questa assenza di elaborazione delle vicende psichiche determina un'espressione fisica di una sofferenza più profonda. L'assenza di un reale disturbo corporeo, di un'origine organica della sintomatologia, viene confermata dai risultati degli accertamenti medici svolti in ospedale unitamente alle conclusioni delle valutazioni psicologiche avviate in parallelo. Dalle valutazioni svolte in ospedale non emerge una patologia che possa spiegare i sintomi. Il disturbo somatoforme e i disturbi ad esso affini si configurano come un blocco evolutivo: la malattia subentra nella vita di questi giovani pazienti e gli impedisce di condurre una quotidianità come quella dei loro pari, gli impedisce di crescere e di raggiungere quelle tappe evolutive necessarie per lo sviluppo. Gli anni dell'infanzia e dell'adolescenza sono anni difficili, pieni di sfide, in cui i bambini e i ragazzi si trovano a dover fare i conti con numerosi cambiamenti: quando tutto ciò risulta essere "troppo", quando non si sentono in grado di affrontare queste nuove esperienze, si rifugiano in un malessere fisico, espressione di questo profondo disagio. Questo *blocco* rappresenta un grave rischio per lo sviluppo evolutivo.

In questa ricerca sono state condotte diverse analisi: l'analisi descrittiva ha permesso di definire la distribuzione dei partecipanti all'interno delle variabili

considerate e l'analisi correlazionale ha permesso di mostrare come alcune variabili siano legate tra loro.

Molti di questi dati sono perfettamente in linea con quanto evidenziato da un recente studio di Cozzi e colleghi (2021), il quale mostra, per l'appunto, che pazienti con somatizzazione e DSS condividono alcune caratteristiche che dovrebbero essere considerate "indizi" per la diagnosi.

Alcune di queste peculiarità sono emerse anche dalla nostra ricerca:

- età dell'adolescenza;
- genere femminile;
- storia di cambiamenti o motivi di tensione, conflittualità all'interno della famiglia;
- storia di assenteismo scolastico cronico o di bullismo e vittimizzazione (difficoltà scolastiche);
- storia di isolamento e difficoltà nei rapporti interpersonali.

4.1.1 Discussione prima parte della ricerca

Genere

In letteratura sono stati presi in considerazione numerosi studi che sottolineavano come i disturbi somatoformi siano maggiormente frequenti nella popolazione femminile (Santalahti, Aromaa, Sourander, Helenius, & Piha, 2005; Steinhausen & Metzke, 2007). Inoltre, secondo uno studio di Malas e colleghi (2017) i tassi sono uguali tra i generi fino alla pubertà, quando le ragazze sembrano avere tassi più elevati di somatizzazione: la prevalenza femminile aumenterebbe con l'età. La distribuzione dei nostri partecipanti ha mostrato una certa incongruenza con quanto espresso dalla letteratura. Viene confermato come la popolazione maggiormente colpita sia quella di genere femminile, con una netta prevalenza del 66,4%, ma non

sono state riscontrate differenze di genere significative rispetto all'età dell'adolescenza.

Età

Le nostre analisi evidenziano come l'età media dei nostri pazienti sia di 12 anni e 3 mesi, confermando quanto emerge anche dalla letteratura in cui viene sottolineato come, l'età media si collochi in un range che va dagli 11 ai 14 anni (Tekkalaki, Chate, Patil, & Patil, 2017; Bonvanie, Janssens, Rosmalen, & Oldenhinkel, 2017; Jungmann & Witthoft, 2020). Alcuni studi del 2011 sostengono che i bambini più piccoli tendono a presentare un rischio maggiore per l'insorgenza di questi disturbi (Ibeziako & Bujoreanu, Approach to psychosomatic illness in adolescents, 2011; Dell & Campo, Somatoform disorders in children and adolescents, 2011); questo dato non è in linea con quanto emerge nel nostro studio nel quale non sono i bambini ad essere maggiormente a rischio, ma il maggior numero dei nostri partecipanti ha un'età di circa 12 anni, presentandosi alla nostra attenzione, dunque, nella fase della pre-adolescenza.

L'età della pre-adolescenza e dell'adolescenza sono periodi chiave di transizione: il giovane paziente si trova a dover affrontare una serie di compiti evolutivi senza avere ancor sviluppato gli strumenti utili per elaborare quello che avviene dentro di sé. Uno studio del 2011 di Gatta e colleghi afferma che, in età adolescenziale, i ragazzi e le ragazze mostrano delle difficoltà di verbalizzazione in relazione a tutte quelle esperienze emotive tipiche di quest'arco di vita. Proprio queste difficoltà di espressione verbale costituiscono il principale fattore di rischio per l'insorgenza e lo sviluppo di problematiche di natura somatoforme. Gli inevitabili conflitti psicologici di questa età portano i nostri pazienti a dover modificare la rappresentazione che hanno di sé. Questo processo di evoluzione dall'infanzia all'età adulta è caratterizzato da sentimenti di confusione, grandi tensioni e poca stabilità: il corpo, un nuovo corpo che cambia, non viene più riconosciuto come proprio. In questo processo di trasformazione viene intaccata l'armonia corporea: in una lotta continua, il corpo diventa un mezzo di espressione simbolica in

cui si manifestano i conflitti e le tensioni mentali caratterizzanti questa fase evolutiva.

La letteratura riporta che circa il 25% di tutti gli adolescenti riferisce SSF durante questo periodo di vita (Janssens, et al., Pubertal status predicts back pain, overtiredness, and dizziness in American and Dutch adolescents, 2011; vanGeelen, Rydelius, & Hagquist, 2015).

Accessi

Il maggior grado di affluenza è stato registrato nei mesi di febbraio e di marzo, mentre la minore affluenza in quelli di luglio e agosto.

Come, riporta la letteratura, i bambini e i ragazzi che mostrano problematiche di natura somatoforme spesso si trovano a vivere condizioni di sofferenza nell'ambiente scolastico, familiare (Malas, Ortiz-Aguayo, Giles, & Ibeziako, 2017; Cozzi, Lucarelli, Borrometi, & al., 2021) o in generale in ogni contesto di socialità. Per questa ragione abbiamo ritenuto significativo sottolineare come i dati raccolti mostrino che l'affluenza maggiore sia concentrata nel periodo dell'anno scolastico con un picco nei mesi invernali: spesso il disagio vissuto a scuola è espressione di difficoltà relazionali profonde. Queste incapacità di porsi nei confronti degli altri può portare i nostri giovani pazienti a vivere ogni occasione di socialità con profonda difficoltà; talvolta sono proprio queste mancanze che rendono i bambini e i ragazzi effetti da DSS oggetto di esclusione o di derisione da parte dei coetanei. L'ambiente scolastico, come luogo di aggregazione, può diventare, dunque, una delle possibili fonti di disagio e malessere emotivo dei nostri pazienti. Inoltre, durante questo periodo dell'anno, si svolgono anche la maggior parte delle altre attività che possono interessare la vita di un bambino e di un adolescente: i gruppi sportivi, la parrocchia, gli scout, gli incontri di svago con i coetanei, etc. Con i mesi scolastici coincidono tutti gli impegni che coinvolgono la vita di relazione dei bambini e dei ragazzi. Per queste ragioni, nei mesi estivi, in cui le richieste possono essere minori e i bambini/adolescenti sono più liberi da questo genere di preoccupazioni e tensioni, il numero di accessi all'Ospedale, per il genere di

problematiche trattate in questo elaborato, si riduce. Ovviamente la scuola non è l'unica e sola fonte di stress possibile: ogni bambino/ragazzo è diverso e ognuno di essi è più o meno sensibile a differenti condizioni e dinamiche che si presentano nella sua vita, situazioni a cui deve far fronte con le sue risorse. Per questa ragione i casi non si riducono totalmente una volta diminuita (o annullata) la componente sociale scolastica nella vita del paziente, ma una piccola percentuale di pazienti si presenta alla nostra attenzione anche durante i mesi estivi.

Questo andamento di ingressi risulta pressoché stabile nel corso degli anni, dove si registra una media generale di circa 40 pazienti l'anno. Negli anni che hanno riguardato la Pandemia da Covid-19 (2020 – 2021) questo dato cala, si ha una diminuzione dei casi osservati. Con il lock-down, l'isolamento, l'impossibilità di partecipare a gruppi ricreativi, l'interruzione dell'attività sportiva e la chiusura degli istituti scolastici, questi bambini e ragazzi hanno forse potuto isolarsi, allontanarsi da ciò che gli creava turbamento, disagio e vivere una sorta di momento di serenità fittizia. Il virus può aver compensato le inadeguate abilità sociali dei nostri pazienti che li portavano a non riuscire ad attuare processi di regolazione emozionale in risposta all'esperienza relazionale. Il virus Covid-19 ha svolto la funzione che, in questi casi di disturbo somatoforme, ricopre la “malattia”: potrebbe averli tenuti fuori dalla vita di società in una sorta di “bolla”.

Incontri

Dalle raccolte dati è stata possibile riscontare un'alta variabilità per quanto riguarda il numero di incontri effettuati con i pazienti: si va da un minimo di 1 ad un massimo di 36. Nella maggior parte dei casi i pazienti partecipano a quattro incontri. Questo ampio range che rispetto agli incontri che vengono effettuati è legato alle caratteristiche personali del paziente, del nucleo familiare che lo accompagna in questo percorso, alla gravità della problematica portata in sede di colloquio, ma anche al tipo di intervento più idoneo. Alcune motivazioni invece non riguardano intrinsecamente le caratteristiche del paziente e del suo nucleo familiare, ma sono questioni maggiormente istituzionali; per citarne alcune: la brevità del

ricovero, maggiore afflusso dei casi nel periodo in cui si è presentato il paziente. In alcuni casi, dunque, è possibile fare solo un colloquio, altre volte, dopo la valutazione, viene proposta una presa in carico da parte dell'ospedale. L'iter psicodiagnostico che viene prefissato come ottimale è quello dei quattro colloqui. Le variabili che entrano in gioco in questo delicato processo sono molteplici e differenti da caso a caso: componenti affettive, cognitive, comportamentali; la relazione tra il bambino/adolescente e la famiglia, più in generale, l'ambiente in cui vive; le capacità adattive del minore e dei genitori. Per queste ragioni, spetta allo psicologo valutare quante sedute possono essere necessarie prima di chiudere il percorso psicologico. L'obiettivo primario di questi incontri, è quello di accompagnare la famiglia al completo nell'osservazione della "malattia" del ragazzino attraverso la nuova prospettiva cui sono stati tutti progressivamente guidati; quella della sofferenza psicologica che assume eguale dignità della sofferenza somatica e richiede le stesse attenzioni (Ricca & Sequi, 2019). Accade anche che, dopo un primo incontro, qualcuno interrompa. Non sempre è possibile eseguire il numero di colloqui più indicato: talvolta, infatti, i genitori, o il paziente stesso, decidono di sospendere questo percorso ritenendolo superfluo e non efficace per la salute del paziente. La ragione principale che spinge, generalmente, le famiglie ad interrompere il percorso psicologico ospedaliero è una scarsa accettazione della mancanza di una diagnosi organica a favore dell'ipotesi di una natura psicologica dei sintomi manifestati (es. *"Il male è reale, mia figlia non sta fingendo: non si è inventata tutto"*).

Sport, gruppi e amici

L'eziologia dei disturbi somatoformi è tutt'ora ignota, è ormai consolidata una prospettiva multifattoriale in cui vengono prese in considerazione le caratteristiche personali, biologiche ed ambientali (Malas, Ortiz-Aguayo, Giles, & Ibeziako, 2017). In particolare, come emerge anche dai dati raccolti in questo elaborato di tesi, i fattori ambientali sono importanti fattori di rischio per l'insorgenza di disturbi somatoformi (Schulte & Petermann, Somatoform disorders: 30 years of debate about criteria! What about children and adolescents?, 2011): spesso i

bambini/adolescenti che presentano questa tipologia di problematicità non hanno una fitta rete amicale e mostrano cospicue difficoltà sociali (American Psychiatric Association, 2013). Gli ambiti che vengono maggiormente intaccati sono quelli riguardanti l'attività sportiva, la partecipazione a gruppi ricreativi e le relazioni con i pari. Le occasioni di socialità per questi giovani pazienti sono rare e legate a situazioni di autoisolamento ed esclusione dal gruppo. Questa solitudine spesso porta a delle ripercussioni su altri ambiti della vita del bambino/ragazzo come il rendimento scolastico o la partecipazione ad attività di svago (Cerutti, Presaghi, Spensieri, Valastro, & Guidetti, The Potential Impact of Internet and Mobile Use on Headache and Other Somatic Symptoms in Adolescence. A Population-Based Cross-Sectional Study, 2016).

Questi dati tratti dalla letteratura sono stati confermati dalle nostre analisi.

Dalle analisi correlazionali dei valori degli item sport, gruppi e amici dello YSR 11-18, proprio a sostegno dell'ipotesi della prospettiva multifattoriale dei disturbi somatoformi, è emerso che l'item rinominato YSR-gruppi correla positivamente sia con l'item YSR-sport sia con l'item YSR-amici, i quali però non hanno mostrato alcun tipo di correlazione tra loro. Questi risultati ci consentono di sostenere che di fronte a punteggi elevati nell'item YSR-gruppi risulteranno punteggi elevati anche nelle altre due categorie: un bambino che si mostra attivo e partecipa in uno o più gruppi sociali avrà anche un buon numero di interazioni con amici stretti e un elevato impegno di tipo sportivo. Considerando quanto appena riportato, è legittimo affermare che, allo stesso modo, bambini e ragazzi con uno scarso coinvolgimento in gruppi di svago riveleranno minore partecipazione ad attività di tipo sportivo e un inferiore numero di relazioni amicali, rispetto ai pari che hanno riportato una maggiore attività sociale. Prima dell'emergere di questi dati, sarebbe stato plausibile ipotizzare come tutte e tre le variabili potessero mostrare tra loro un rapporto correlazionale, come anche le variabili YSR-sport e YSR-amici potessero avere un legame. Il fatto che i due gruppi non correlino ci fa pensare che l'attività dello sport, con le sue pressioni prestazionali e le richieste che può comportare, possa essere scollegata dalle abilità richieste in un contesto di socialità, tipiche dei rapporti di amicizia, e collegata al principio di aggregazione caratterizzante le dinamiche dei

gruppi ricreativi. In questo modo, attraverso queste differenze di “abilità richieste”, si potrebbe spiegare la mancanza di una correlazione tra YSR-sport e YSR-amici e la presenza, invece, di una correlazione con la variabile YSR-gruppi. Probabilmente il trovarsi bene all’interno di un gruppo ricreativo è legato a migliori rapporti amicali e a un maggior grado di partecipazione all’interno di un contesto sportivo.

Le tematiche sport, gruppi e amici sono state indagate anche all’interno dell’intervista semistrutturata (domanda 3S – domanda 4S – domanda 5S) somministrata ai genitori dei giovani pazienti. Analizzando le risposte riportate dalle madri, però, non si evince un rapporto: le madri, i cui figli si trovano ancora in una situazione di malessere, osservano difficoltà nelle competenze del figlio e un minor livello di funzionamento sociale rispetto ai pari; i bambini e ragazzi che non hanno mostrato miglioramenti della situazione sintomatologica continuano a vivere una situazione di isolamento dal mondo sociale, con le conseguenze che essa comporta.

YSR-malattia

Alla domanda del questionario YSR 11-18 “*Hai qualche malattia, disabilità o handicap?*” 112 pazienti su 138 - 81,16% - hanno risposto negativamente, affermando, dunque, di non avere malattie, disabilità o handicap di alcun tipo. È fondamentale soffermarsi su questa percentuale, perché è un’importante prova a favore dell’ipotesi della ridotta consapevolezza di questi pazienti rispetto al loro stato di malattia (Subic-Wrana, Beutel, Knebel, & Lane, 2010; Zunhammer, Halski, Eichhammer, & Busch, 2015). Come già illustrato nei capitoli precedenti, i disturbi somatoformi si basano sulla trasposizione di un disagio psichico su una componente di tipo corporea: i sintomi fisici si sviluppano come espressione di un disagio psicologico che il giovane paziente non riesce a comunicare in altro modo (Kreisler, 1985; Lane, Hsu, Locke, Ritenbaugh, & Stonnington, 2015). Di fronte a questa domanda (“*Hai qualche malattia, disabilità o handicap?*”) la copertura, però, cade: proprio perché la reale problematica non è fisica, ma psichica, il paziente è portato a rispondere di non avere alcuna malattia quando, invece, si è presentato alla nostra

attenzione lamentando proprio quei dolori e malesseri di tipo fisico che ora nega. È presente, dunque, una forte problematicità sul fronte della percezione fisica, espressione di un conflitto più profondo (Cozzi, Lucarelli, Borrometi, & al., 2021).

Questi giovani pazienti sono in ospedale e manifestano sintomi organici, spingono tutti i medici all'incessante ricerca di una patologia organica, ma allo stesso tempo negano di avere una malattia. Dai colloqui psicologici emerge come talvolta questi ragazzi e bambini "elaborino" il dolore psicologico davvero ad un livello inconscio attraverso una trasposizione su una problematica di tipo fisico; altre volte, invece, semplicemente si rivelano dei quadri di finzione. In questo secondo caso la loro risposta negativa alla domanda del questionario può essere vista come unico momento di sincerità. Negando "la presenza" della malattia, implicitamente negano i sintomi che portano alla nostra attenzione. C'è una percezione, a qualche livello, di non avere alcuna malattia, ma si manifesta anche l'inconsapevolezza del fatto che un disagio di tipo psichico si possa esprimere a livello corporeo.

4.1.2 Discussione seconda parte della ricerca

Come già esposto nel capitolo precedente, la seconda parte di ricerca si fonda sui dati ricavati dalle risposte ad un'intervista telefonica semi-strutturata predisposta in Clinica Pediatrica.

Un'ampia maggioranza di genitori ha acconsentito a rispondere, consentendoci di poter elaborare un congruo numero di risposte. L'intervista telefonica effettuata a distanza di un tempo che va dai 7 mesi ai 5 anni dalla valutazione, ha permesso di ottenere informazioni dal genitore riguardo lo stato di salute e il funzionamento globale del proprio figlio dopo il ricovero.

Per alcuni genitori non è stato possibile sottoporsi all'intervista a causa di un'invalidante barriera linguistica; spesso – nelle famiglie straniere – i bambini parlano bene l'italiano perché lo imparano e utilizzano a scuola, mentre i genitori faticano ad apprenderlo. In questi casi, ci si imbatte in bambini e ragazzini che

traducono ai genitori le parole dei clinici. Non era quindi possibile e non avrebbe risposto a criteri di uniformità, somministrare l'intervista in queste situazioni.

Vi sono stati genitori che si sono rifiutati di partecipare al progetto di intervista. Essi hanno generalmente motivato il loro rifiuto lamentando una pessima esperienza con l'ospedale di Padova (es. "Non ho intenzione di averci mai più nulla a che fare!", "Non auguro a nessuno quello che hanno fatto passare a me!", "Si erano fissati che era una cosa psicologica e non hanno fatto gli esami che dovevano fare!"); rispetto ai giudizi forniti appare verosimile che sia proprio la difficoltà a contemplare un malessere psicologico ad innescare critiche anche verso l'operato medico, ritenuto superficiale e poco meticoloso.

SEZIONE CLINICA

Domanda 1C ("Come sta ora rispetto al sintomo per cui è stato conosciuto?")

La maggior parte dei genitori, oltre i due terzi, ha riportato che attualmente il figlio non lamenta più alcun dolore, alcun tipo di sintomo somatico: nel complesso, nella maggioranza dei casi lo stato di completa guarigione è stato raggiunto.

La percentuale di genitori che riportano, invece, che i figli, dopo il ricovero, sono ancora in uno stato di disagio e sofferenza non corrisponde nemmeno ad un quarto dei partecipanti. In questo gruppo, circa la metà dei genitori riporta l'insorgenza di nuovi sintomi, a conferma sia di quanto descritto da Cozzi in una revisione bibliografica del 2021, sia di quello che è stato osservato nella casistica locale, su quella che viene a Padova definita la "migrazione del sintomo", quando questo non viene capito.

Questi dati sottolineano la possibilità di una transitorietà del disturbo: evidenziano come i giovani pazienti, se incontrano medici capaci e sono supportati adeguatamente attraverso un iter psicologico, possano uscire da questa situazione di disagio, da questa situazione di "malattia".

Rispetto al gruppo di pazienti che continuano a lamentare una situazione di malattia si può fare un'altra osservazione: negli anni più recenti, gli anni colpiti dalla pandemia da Covid-19, la percentuale di soggetti che non hanno mostrato dei miglioramenti nella sintomatologia è più elevata se confrontata con gli anni passati. Si delinea, dunque, una forte influenza del virus Covid-19 il cui effetto è stato altamente impattante in ambito sanitario, a tutti i livelli, anche per quanto riguarda i disturbi di natura psicologica.

Domande 4C e 6C (“E’ stato visitato da altri centri e/o specialisti?” – “Ha effettuato nuovi colloqui psicologici?”)

Una piccola percentuale, poco più di un terzo, dei genitori intervistati ha ritenuto necessario, successivamente alla diagnosi posta in ospedale, andare a rintracciare conferme della presenza di una patologia organica altrove. Una sorta di scetticismo latente verso la possibilità di un disturbo di natura psicologica può incoraggiare le famiglie a cercare secondi pareri, a richiedere ulteriori indagini mediche e a rifiutare di impegnarsi nell'intraprendere un approfondimento psicologico, con conseguenti evitabili ritardi nella gestione e nel trattamento appropriato dei sintomi.

Tenendo in considerazione quanto appena riportato, è importante sottolineare, però come, di fronte alla richiesta se è stato continuato un percorso psicologico al di fuori del contesto dell'Azienda Ospedaliera di Padova, la metà dei genitori intervistati ha affermato che il figlio ha effettuato nuovi colloqui psicologici. Questo dato ci porta ad affermare che, dopo i primi colloqui psicologici svolti in ospedale, una buona percentuale dei genitori è riuscita a comprendere il valore che può avere un adeguato supporto in una situazione di malattia. Dall'intervista è emerso un altissimo grado di approvazione per il percorso svolto: più dei $\frac{3}{4}$ dei genitori ha riportato, con evidente approvazione, che i figli hanno avuto un grande beneficio nell'aver effettuato nuovi colloqui psicologici. Solamente una piccolissima percentuale di questi non si è ritenuta soddisfatta, precisando come questi incontri non siano stati utili per il miglioramento della salute del giovane paziente. Un approccio scettico alla terapia psicologica può compromettere, talvolta, la buona

riuscita dell'intervento: se la famiglia e il giovane paziente non partecipano in modo propositivo e aperto all'ascolto risulta improbabile il raggiungimento dei risultati di guarigione sperati.

Domanda 5C (“*Ha seguito cure mediche?*”)

Una buona percentuale di pazienti, una volta dimessi dal ricovero, ha affermato di aver ricorso a cure mediche di vario tipo (es. farmaci, dispositivi, fisioterapia, diete, etc.) e la maggioranza di questi ha ritenuto che queste siano state molto utili.

In merito a questo dato, bisogna ricordare come la maggioranza dei casi che giungono alla nostra attenzione mostrino una sintomatologia che ricade nelle patologie reumatologiche. Molto comuni, infatti, sono dolori di vario tipo agli arti superiori e inferiori, rigidità muscolare, algie, fibromialgie. Spesso, in questi casi, nel momento della restituzione, vengono indicati dei percorsi riabilitativi a livello fisioterapico, per accompagnare in modo più completo il paziente nel suo percorso di cura. Queste cure, che vengono espressamente indicate nella lettera di dimissione e verbalizzate in fase di restituzione, consentono al paziente di sentirsi seguito nella globalità del suo disturbo e intravedere la possibilità di ritornare, nell'arco di breve tempo, a quella normalità che era stata persa con la comparsa della malattia.

Allo stesso modo, anche eventuali modifiche delle abitudini alimentari vengono prescritte dalle dietiste pediatriche. In Clinica Pediatrica, infatti, nel momento in cui un paziente viene conosciuto per una qualsiasi sintomatologia e viene rilevata una situazione di sovrappeso o di malnutrizione, non ci si occupa esclusivamente della problematica per cui il paziente si presenta alla nostra attenzione, ma, attraverso un intervento multidisciplinare, si cerca di far fronte ad ogni possibile causa che possa determinare ripercussioni sia organiche che psicologiche.

Talvolta, dunque, sottoporsi a delle cure mediche successivamente al ricovero corrisponde con le terapie riabilitative previste dall'ospedale stesso.

In base a come è stata strutturata l'intervista non ci è consentito determinare quanti, del gruppo di pazienti che si sono sottoposti a cure mediche, lo abbiano fatto

seguendo le istruzioni che gli erano state fornite in fase di restituzione e quanti invece abbiano ritenuto necessario seguire cure mediche indipendentemente dalle indicazioni ospedaliere. Dobbiamo però considerare che – in base all’esperienza maturata – esiste una quota di famiglie che, indipendentemente dalle indicazioni ospedaliere ricevute, pratica il cosiddetto “medical shopping”, cercando diagnosi organiche, paradossalmente più facili da accettare.

SEZIONE QUALITA' DI VITA

Nella storia recente di questi giovani pazienti, quando giungono all’attenzione dell’ospedale, spesso si rilevano irregolarità scolastica, se non addirittura abbandono, interruzione dell’attività sportiva e della partecipazione a gruppi ricreativi, assenza di hobby e interessi, scarse risorse amicali e spesso un contesto o una storia familiare difficile (Ricca & Sequi, 2019). Tutto ciò mina radicalmente la loro vita relazionale, proprio in un’età in cui è forte il bisogno di omologazione con gli altri, di occasioni di confronto e di scambio reciproco.

A distanza di tempo, quando gli è stata sottoposta l’intervista, un’ampissima maggioranza dei genitori ha riferito che il figlio ha ben superato il momento di criticità, non lamentando più alcun tipo di sintomatologia, riprendendo a frequentare la scuola in maniera regolare, ampliando le relazioni interpersonali e dimostrando una buona autonomia personale.

La quasi totalità dei genitori non ha riscontrato, a distanza di tempo dalla diagnosi, delle problematiche rispetto alla frequenza, la quale risulta regolare, o rispetto al rendimento scolastico. Rispetto alla pratica sportiva, una parte dei bambini e dei ragazzi non praticava sport prima del ricovero; per coloro che invece erano impegnati in questo tipo di attività, la maggior parte dei genitori intervistati ha dichiarato che si è verificata una ripresa dello sport, o che i figli hanno mostrato l’intenzione di volersi impegnare in un’attività sportiva in futuro.

Il dato di maggiore rilevanza che emerge da questa sezione di intervista è che i $\frac{3}{4}$ dei bambini e dei ragazzi hanno instaurato, nuovamente, buone relazioni amicali

con i pari. Riaffiora, dunque, con la scomparsa del sintomo somatico funzionale, quel bisogno di socialità e di condivisione delle esperienze che si era abbandonato con l'espressione di "malattia". Ricordiamo come, quando giungono in ospedale, ogni tipo di contatto sociale, di relazione sembra essere ridotta al minimo o, nei casi più gravi, annullata completamente; ora, le attività contraddistinte dalla socialità non vengono più abbandonate, ma, al contrario, ricercate - questo appare coerente alla fase di età maggiormente rappresentata in questo tipo di casistica: successivamente alle dimissioni dall'ospedale sembra che i giovani ragazzi abbiano modo di riprendere la loro vita dimostrando, dunque, come in breve tempo essi possano tornare alla normalità.

Questi ragazzini non vivono più delle situazioni di completo isolamento e di chiusura, ma, la maggioranza di questi, grazie ad un ritorno ad una vita "normale", ha acquisito quelle abilità di intraprendenza e autogestione che dovrebbero iniziare a caratterizzare la loro età. I genitori, infatti, nella quasi totalità dei casi, giudicano come soddisfacenti i livelli di autonomia raggiunti dai figli successivamente alle dimissioni dall'ospedale.

Per concludere: questi pazienti, quando vengono ricoverati, hanno solitamente interrotto la regolarità scolastica, non praticano più sport, non frequentano più gli amici e quindi vivono in un contesto di isolamento che li porta a sviluppare una problematicità multipla considerando l'età e mostrano gravi difficoltà nel raggiungere ed interfacciarsi con vari compiti evolutivi. Quel "blocco" che aveva inchiodato i nostri giovani pazienti sembra essere stato superato dopo il percorso multidisciplinare intrapreso: attraverso la "rimozione" del sintomo, i bambini e i ragazzi possono riprendere a condurre una vita in linea con quella dei loro pari.

SEZIONE SITUAZIONE FAMILIARE

Domande 2F e 3F ("Ci sono stati motivi di tensione familiare?" – "Ci sono stati cambiamenti rilevanti?")

Attraverso l'utilizzo di due domande ("Ci sono stati motivi di tensione familiare?" – "Ci sono stati cambiamenti rilevanti?") abbiamo deciso di andare ad indagare se si siano verificati dei cambiamenti rilevanti all'interno della vita del nucleo familiare dei nostri ex pazienti dopo la dimissione. In una parte della nostra casistica, quando, in particolare, sono i bambini a giungere all'attenzione clinica, emergono fin dai primi colloqui psicologici, problematiche familiari come: gravi conflittualità, problemi di salute, separazione e/o divorzio dei genitori, la perdita di un familiare affettivamente investito, segreti di famiglia taciuti al bambino/ragazzo che però creano motivi di tacita tensione. I traumi infantili sono comuni tra i pazienti con disturbi somatoformi. I bambini e gli adolescenti con dolore cronico funzionale, secondo quanto riporta la letteratura, presenterebbero tassi più elevati di perdite e traumi irrisolti rispetto ai loro coetanei sani (Ratnamohan & Kozłowska, 2017).

La decisione di indagare tale area successivamente al ricovero è funzionale alla comprensione dell'eventuale permanenza del disturbo o dell'insorgenza di nuovi sintomi. Nel nostro gruppo di partecipanti, circa i $\frac{3}{4}$ di essi ha affermato che non si sono verificati, dalle dimissioni ospedaliere, eventi di particolare rilevanza che avrebbero potuto turbare ulteriormente i nostri bambini/ragazzi. Sembrerebbe, dunque, che una volta affrontata la problematica durante i colloqui psicologici, ci sia stata un'eventuale elaborazione dei motivi di tensione e un conseguente miglioramento della sintomatologia presentata.

Nonostante dalle nostre analisi non è stato possibile evidenziare nessuna correlazione tra i motivi di tensione familiare/cambiamenti e il perpetuarsi del sintomo, dalla letteratura precedente e dall'esperienza sul campo emerge come il contesto familiare, nel quale il bambino e l'adolescente sono inseriti, abbia una forte influenza sui vissuti di malessere/benessere personale.

Correlazione tra il grado di accordo con l'ipotesi di un'origine psicologica (domanda 5F: "E' d'accordo con l'ipotesi di una possibile origine psicologica del sintomo?") e lo stato di salute attuale del bambino/ragazzo (domanda 1C: "Come sta ora rispetto al sintomo per cui è stato conosciuto?")

Secondo Beck (2008) il sintomo somatico funzionale, fenomeno che sta proprio a cavallo tra la mente e il corpo, è altresì influenzato dalle cognizioni genitoriali che possono esacerbare o influenzare il modo in cui il bambino/adolescente interpreterà i sintomi. Proprio per questa ragione ritengo importante soffermarsi e analizzare i risultati emersi dall'analisi del grado di accordo con l'ipotesi di un'origine psicologica del sintomo. La domanda *“È d'accordo con l'ipotesi di una possibile origine psicologica del sintomo?”* (domanda 5F) ha permesso di indagare la possibilità che fosse presente un rapporto correlazionale tra lo stato di salute attuale dei nostri ex-pazienti e le convinzioni genitoriali. Le nostre analisi hanno confermato quanto ipotizzato: esiste un'importante correlazione positiva tra il grado di accordo dei genitori con l'ipotesi di un'origine psicologica dei sintomi e lo stato di salute attuale del figlio. L'esistenza di questa correlazione positiva ci porta ad affermare che lo stato di salute successivo al ricovero del giovane paziente con disturbo somatoforme sia legato al grado di accordo del genitore con l'ipotesi di un possibile disturbo di matrice psicologica: maggiore è il grado di accordo del genitore con un'ipotesi di origine psicogena della sintomatologia manifestata dal figlio e migliore è l'outcome del giovane paziente.

La metà dei genitori intervistati, negando o mostrandosi incerti rispetto all'ipotesi psicologica, ha mostrato una parziale (se non talvolta assente) comprensione del fenomeno dei disturbi somatoformi. Alcuni genitori sostenevano che “il male” era reale e non simulato, per questo motivo non poteva che essere fisico; altri che i dolori fossero esclusivamente legati a fattori di crescita del figlio; altri genitori ancora hanno sostenuto che se fosse stato qualcosa di psicologico anche gli altri figli ne avrebbero dovuto soffrire.

Vengono riportare di seguito alcune affermazioni emerse dalle interviste:

- “Mia figlia non fingeva, stava realmente male”;
- “Se le si gonfia la mano è qualcosa di fisico, non c'è nulla di psicologico in questo”;
- “C'era una sofferenza dal punto di vista fisico, quando le passava il dolore stava bene infatti”;

- “Erano problemi di crescita, succede nei ragazzini ... L’ho sentito da altre mamme”;
- “Era tutto legato allo stress, al sistema immunitario”.

L’altra metà dei genitori, invece, ha mostrato un atteggiamento di maggiore condivisione della diagnosi posta in ospedale. Questi genitori hanno saputo accettare il cambiamento di prospettiva proposto: la causa dei dolori, della sintomatologia non viene più ricercata in un’origine organica, ma viene accettato e compreso il peso che problematiche e malesseri di natura psicologica possono avere sulla vita di un ragazzino. Metà dei genitori ha compreso come l’influenza che un disagio esercita sulla psiche, in bambini e adolescenti fragili, possa riversarsi sul corpo, possa esprimersi attraverso una manifestazione organica.

Di seguito verranno elencate alcune delle frasi maggiormente significative che sono state riportate dai genitori come argomentazioni alle loro risposte affermativa rispetto la domanda “*È d’accordo con l’ipotesi di una possibile origine psicologica del sintomo?*” (domanda 5F):

- “Era una fatica che non riusciva ad esprimere in altro modo, non riusciva più a sostenerla da sola”
- Perché vi è stato una concomitanza di avvenimenti che riguardavano la vita di mia figlia che l’hanno portata a non riuscire più a gestire le emozioni e la situazione che stava vivendo: c’erano una serie di fattori che si sono assemblati che l’hanno fatta scoppiare”
- Il mal di testa mascherava uno stato di malessere, C. aveva bisogno di un supporto ... C’era una richiesta di aiuto”
- “Quello che aveva A. era un modo per somatizzare i suoi disturbi: non aveva un reale problema fisico! Il suo era un modo per chiedere aiuto”.
- “C. si è trovata ad un certo punto che il suo corpo non andava di pari passo con la sua testa: si sentiva estremamente a disagio ... capito questo ci ha lavorato e abbiamo risolto.”

Molti genitori hanno riferito come, dopo il ricovero e gli incontri con la psicologa, la situazione sintomatologica del figlio fosse migliorata e come il figlio abbia

iniziato, dopo l'esperienza in ospedale, a sentirsi, pian piano, sempre meglio. La diagnosi posta ha reso possibile per i genitori un nuovo grado di consapevolezza: è necessario un cambiamento di atteggiamento, un cambiamento di prospettiva per far sì che questi giovani pazienti possano tornare a condurre una vita in linea con le aspettative evolutive della loro età.

La risposta al quesito inerente all'origine dei sintomi risente enormemente del lavoro di equipe svolto in ospedale: il ricovero, costituito sia da momenti medici, ma anche da momenti psicologici, offre l'opportunità di tempo e cura dedicati alla conoscenza di quel nucleo familiare e alla delicata comunicazione con il paziente e i suoi genitori.

Le credenze genitoriali rispetto al sintomo hanno, dunque, una grande influenza sul modo in cui questi vengono percepiti dal bambino/ragazzo: le reazioni e le abitudini messe in atto da un *care-giver* alla comparsa del sintomo possono influenzare i comportamenti messi in atto dal giovane paziente. Il pensiero catastrofico del genitore, che direttamente amplifica e altera l'esperienza del dolore vissuta dal figlio, la sollecitudine e l'iperprotettività sono state identificate, da Palermo e colleghi (2014), come fattori di mantenimento dei DSS pediatrici. La risposta dei genitori è un elemento importante, in quanto stabilisce l'interpretazione dei sintomi e di conseguenza le eventuali assenze da scuola e/o il ricorso a cure mediche, determinando così il livello di disagio associato al sintomo stesso (American Psychiatric Association, 2013).

Alcune famiglie possono sentirsi frustrate dalla mancanza dell'individuazione di una causa fisica; possono mostrarsi restie ad accettare le spiegazioni psicologiche dei sintomi (Hinton & Kirk, 2016). Altre famiglie, invece, nonostante alcune riportino come sia difficile accettare una diagnosi psicologica ("Per quanto sia difficile accettare una diagnosi impalpabile come questa è meglio di tante altre cose che ci avevano ipotizzato.") si sono mostrate ben disposte ad essere accompagnate in un processo psicologico di lettura del disagio creando un rapporto di fiducia con la figura dello psicologo, mettendosi in discussione per la salute e il benessere del proprio figlio. Un'ottima percentuale di questi ritiene che questo percorso

ospedaliero sia stato di estremo aiuto sia ai genitori stessi, ma, soprattutto per la salute del giovane paziente.

Nel *CAPITOLO 2* sono stati esposti i possibili diversi funzionamenti psichici sottostanti al DSS. Come abbiamo visto, talvolta il dolore esiste veramente, in altri casi viene percepito in modo amplificato, altre volte viene simulato. Il genitore a confronto con il sintomo somatico funzionale è un genitore spaventato che agisce come meglio crede per aiutare il proprio figlio.

Il grado di accettazione o di rifiuto di un genitore di tenere in considerazione le cause psicologiche della malattia del disturbo del figlio influenza, come evidenziato dai risultati emersi dalle nostre analisi attraverso un rapporto di natura correlazionale, lo stato di salute e di benessere di questi bambini e adolescenti. Queste osservazioni ci consentono, di fronte ai differenti atteggiamenti e alle differenti credenze dei genitori, di fare delle previsioni sul possibile andamento dello stato di malattia del paziente e ci permettono di attuare dei programmi di intervento differenziati.

4.2 Limiti dello studio e possibile proposte

I risultati del presente studio di ricerca devono essere considerati nel contesto di alcune limitazioni. Le maggiori limitazioni riscontrate riguardano lo strumento dell'intervista e la definizione diagnostica in uscita.

Rispetto all'intervista, i maggiori fattori limitanti sono: la modalità telefonica, i quesiti posti e il timing.

- Modalità telefonica

Durante la somministrazione dell'intervista, è emerso come la modalità telefonica favorisca la possibilità che si possa rispondere in maniera poco accurata e

sbrigativa. Inoltre, in questo modo, viene meno tutto quel repertorio di informazioni che l'intervistatore potrebbe ricavare attraverso il linguaggio non verbale dell'intervistato se la somministrazione si fosse svolta di persona. È importante tener presente che all'Ospedale di Padova, in quanto centro specialistico nel trattamento dei disturbi pediatrici, si recano non solo pazienti della provincia o della regione, ma vengono accolti casi provenienti da tutta Italia: nonostante sarebbe auspicabile, risulta utopico poter proporre la somministrazione in loco a tutte le famiglie. Per questa ragione, si è deciso di procedere attraverso una somministrazione telefonica. Per il futuro si potrebbe pensare di servirsi degli strumenti di videocall per poter giungere ad un compromesso tra la “possibilità di avere un colloquio con i genitori” e la “raccolta di informazioni non-verbali”.

- Quesiti posti

Alcuni quesiti dell'intervista potrebbero subire una riscrittura per risultare più specifici e di più facile comprensione per il genitore. Ad esempio, nella domanda 7C (“Ha seguito le indicazioni date in restituzione?”), molti genitori hanno mostrato delle titubanze nel rispondere. Questo può essere dovuto a differenti ragioni, come ad esempio la desiderabilità sociale o ad un'effettiva incomprensione di quanto veniva chiesto.

- Timing

A causa della mancanza di un protocollo standardizzato, non è stato possibile predisporre l'utilizzo sistematico dell'intervista a distanza di un tempo prestabilito. Si potrebbero dunque programmare, per il futuro, un colloquio di follow-up in cui l'intervista venga proposta a 6 mesi dalla dimissione ospedaliera del giovane paziente.

Un ulteriore limite che si può imputare a questo lavoro di ricerca è la mancanza, all'interno delle cartelle, di una etichetta diagnostica “in uscita” che specifichi il funzionamento psichico sotteso al disturbo da sintomo somatoforme riscontrato. Per il futuro, sarebbe interessante raccogliere anche questo tipo di dato per tracciare un profilo dei giovani pazienti maggiormente informativo rispetto ad aspetti sociali, relazionali ed educativi.

4.3 Prospettive future

Questo lavoro di ricerca ha individuato alcune criticità.

Prima fra tutte il fatto che la materia trattata in questo elaborato sia poco conosciuta e poco indagata a livello di ricerca.

Attraverso la consultazione bibliografica dei lavori di ricerca italiani è emersa una grave mancanza: non solo la letteratura presente è poca, ma spesso, questa si basa su dati raccolti principalmente all'interno di piccoli campioni e studiati attraverso procedure di analisi dati poco esaustive. Di conseguenza, non può essere chiaro fino a che punto i risultati emersi da questi articoli possano realmente rappresentare quella che è la popolazione italiana di bambini e ragazzi con una sintomatologia somatoforme.

La consultazione della letteratura internazionale offre considerazioni non sempre in linea con quanto osservato o già attuato presso la Clinica Pediatrica di Padova. Hinton e Kirk (2016) affermano che i bambini e giovani con DSS rischiano di ricevere cure e assistenza non ottimali: la ricerca non è sufficiente per supportare lo sviluppo dell'organizzazione e dell'erogazione di servizi di alta qualità basati sull'evidenza per bambini e giovani con DSS. La ricerca futura, dunque, deve esplorare le complesse esigenze di sostegno delle famiglie dei giovani pazienti affetti da DSS, esaminare le esigenze di formazione e supporto degli operatori sanitari e identificare il modo più appropriato per organizzare l'assistenza ed erogare servizi multidisciplinari (Hinton & Kirk, 2016). L'incapacità di fornire servizi appropriati e basati sull'evidenza ai bambini e ragazzi con DSS può comportare una scarsa qualità di vita e costi sanitari più elevati a lungo termine, a causa di test approfonditi, ripetuti e terapie inefficaci (Hinton & Kirk, 2016). Ciò indica ulteriormente la necessità di sensibilizzare i medici non psichiatrici alla pronta identificazione e al tempestivo invio di questi bambini (Tekkalaki, Chate, Patil, & Patil, 2017).

Riferendosi ai nostri risultati, proponiamo altre riflessioni per il futuro.

Una esigua parte dei genitori intervistati riferisce di aver ottenuto, successivamente alla diagnosi posta presso l'Ospedale di Padova, una diagnosi di natura organica presso altri centri/ambulatori/specialisti. Queste nuove diagnosi di origine organica, secondo quanto riportato dai genitori, andrebbero a spiegare la situazione sintomatologica presentata dal figlio e li pongono in un'ottica di scetticismo, o talvolta di totale negazione, nei confronti dell'ipotesi psicologica proposta dagli specialisti di Padova. Sarebbe auspicabile in futuro intensificare il lavoro di rete non solo a livello locale, ma anche a livello nazionale, in maniera da trattare in modo uniforme il medesimo quadro clinico in un dialogo di confronto costruttivo con i colleghi di altri centri.

Rispetto a queste “nuove diagnosi” non è purtroppo possibile raccogliere alcun tipo di documentazione ufficiale, ma ci si deve, pertanto, basare solamente sui discorsi riportati, spesso anche in modo poco chiaro e approssimativo, dai genitori. Sarebbe interessante impostare un lavoro strutturato al fine di capire se queste diagnosi possano essere realmente coerenti rispetto alle manifestazioni somatiche osservate presso l'ospedale di Padova.

Si delinea la necessità di creare delle linee guida cliniche, applicabili a livello nazionale, che, come sostengono Cozzi e colleghi (2021), possano essere focalizzate sull'approccio e la gestione dei pazienti con dolore psicosomatico e DSS.

4.4 Conclusioni

Questo studio nasce dall'esigenza di approfondire l'osservazione di un fenomeno che si presenta in maniera importante in età evolutiva: i disturbi somatoformi.

Le informazioni che è possibile trarre dalla letteratura italiana rispetto a questo argomento sono spesso insufficienti: solo negli ultimi anni, sta crescendo l'interesse

e si sta capendo l'importanza di affrontare questa specifica tematica non esclusivamente nell'ambito del paziente adulto, ma ponendo un focus di attenzione anche su bambini e adolescenti. Nel nostro campione i pazienti che manifestano una sintomatologia somatica senza alcun correlato organico sono soprattutto ragazzi e ragazze nella fascia d'età della pre-adolescenza, dagli 11 ai 14 anni. Questa tipologia di problema intacca primariamente il fronte fisico, ma come ripercussione di un disagio psicologico. Nella manifestazione e nel decorso di questi disturbi determinanti sono le componenti affettive, cognitive e comportamentali dell'individuo che li manifesta. Si delinea dunque la necessità di un approccio multidisciplinare secondo il modello di salute biopsicosociale.

Quando questi disturbi insorgono comportano numerose problematiche nel contesto sociale di vita del paziente e costi molto elevati a livello sanitario. Uno studio di Cozzi (2021) afferma che il medico pediatra deve saper riconoscere le caratteristiche del dolore somatoforme ed essere consapevole della gravità di questo disturbo. Si tratta di uno studio condotto da un gruppo di lavoro composto da ricercatori pediatrici e anestesisti specializzati nel campo della gestione del dolore e delle sindromi dolorose funzionali e psichiatriche. Il gruppo di ricerca ha esaminato la letteratura sul dolore psicosomatico e sul disturbo da sintomi somatici e ha sviluppato una pratica clinica specifica per l'emergenza pediatrica. Nello studio citato sono state esposte alcune delle caratteristiche specifiche di questa tipologia di disturbi (Cozzi, Lucarelli, Borrometi, & al., 2021):

- il dolore somatoforme può essere presente in qualsiasi parte del corpo, ma è più comunemente segnalato come cefalea o dolore addominale;
- può essere presente contemporaneamente in più parti del corpo e/o cambiare localizzazione nel tempo;
- di solito, inizia come un dolore ricorrente e poi si presenta ogni giorno, questa presenza continua porta a una progressiva limitazione delle normali attività quotidiane del soggetto;
- i comuni farmaci analgesici sono inefficaci, compresi gli oppioidi e i coadiuvanti come il gabapentin e i neurolettici.

- spesso il disturbo si protrae per mesi, a volte per anni, senza che venga riconosciuto.

All'interno della Clinica Pediatrica dell'ospedale di Padova (Dipartimento di Salute della Donna e del Bambino), la dottoressa Sequi da anni raccoglie i dati della casistica giunta alla sua osservazione. Utilizzando questi dati, è stato possibile svolgere un lavoro del tutto innovativo: la raccolta di questa casistica così numerosa ha permesso di avere un campione rappresentativo della popolazione pediatrica affetta da DSS e di attuare una serie di analisi.

Gli obiettivi che ci siamo posti sono stati verificati: i risultati finora raccolti confermano e arricchiscono quanto sino ad ora esposto in letteratura e, a livello clinico, consentono di definire i migliori percorsi assistenziali e terapeutici del caso. Questo lavoro di ricerca conferma che i sintomi di natura somatoforme sono espressione di un disagio intrinseco al ragazzino, spesso connesso al contesto in cui egli vive.

Ho citato lo studio di Cozzi (2021) poiché, essendo italiano e recente, si presta ad un confronto con quanto approfondito attraverso la presente ricerca.

Lo studio di Cozzi, giustamente, sottolinea l'importanza della competenza del medico pediatra rispetto a questa casistica affinché questo tipo di disturbi venga velocemente riconosciuto e trattato. Nella Clinica Pediatrica di Padova, l'accresciuta professionalità in questo ambito, consente di procedere gestendo il riferito dolore con preparati e modalità che non presentino un carico per l'organismo - come i citati neurolettici o analgesici oppioidi, che riescono a non essere mai prescritti per questa casistica. A differenza dalla sintomatologia descritta nello studio di Cozzi, nei nostri partecipanti la maggior parte della sintomatologia manifestata riguarda dolori agli arti/schiena/articolazioni (ricade nella branca della Reumatologia Pediatrica); questo rende possibile avviare da subito un percorso fisioterapico riabilitativo. Durante i giorni di ricovero, anche con cadenza quotidiana, vengono effettuati in parallelo agli accertamenti clinici i colloqui psicologici con paziente e genitori.

Risulta dunque di fondamentale importanza avvicinarsi al vissuto esperito dalle famiglie, per poter accompagnare il bambino e/o l'adolescente, insieme ai suoi genitori, nella comprensione e nel superamento di tale problematica.

L'età dello sviluppo è un periodo di profondi cambiamenti: il corpo e la mente del bambino sono attraversati da continue spinte evolutive che porteranno alla sua maturazione. Ogni esperienza, ogni momento, ogni occasione di apprendimento sono estremamente preziosi per sostenere questo processo di crescita. I bambini, ma come abbiamo visto, principalmente i ragazzi e le ragazze, talvolta non sono preparati a questo mutamento, non posseggono gli strumenti adatti, le abilità necessarie, per affrontarlo efficacemente e raggiungere gli obiettivi, le tappe evolutive della propria età. In questo contesto di estrema fragilità i genitori assumono un ruolo cruciale di supporto alla crescita.

Attraverso le parole dei genitori intervistati sono emersi degli aspetti rilevanti, che evidenziano quanto sia importante attuare degli interventi a supporto della genitorialità e quanto questi siano d'aiuto per il superamento della "malattia" da parte del giovane paziente. Questi interventi psicologici sono fondamentali al fine di far capire ai genitori che il loro figlio sta vivendo una situazione di estremo disagio, un disagio che non riesce ad affrontare con le proprie forze: queste difficoltà hanno portato il ragazzino a "bloccare" la propria vita esprimendo il proprio malessere attraverso il canale corporeo, in modo spesso, ma non sempre, inconsapevole. La comprensione, attraverso l'aiuto fornito da un percorso psicologico, del modo in cui il bambino o l'adolescente esprime il proprio disagio permette ai genitori di imparare e conoscerne e capire le fragilità del proprio figlio, così da poterlo sostenere e aiutare a superare gli ostacoli evolutivi con cui si trova a doversi confrontare.

Il percorso delineato permette di confermare la caratteristica di "transitorietà" di questo tipo di disturbi, quando essi vengono rapidamente riconosciuti e affrontati in modo specialistico.

Si è visto che una proficua collaborazione medico-psicologo consente la corretta definizione diagnostica del disturbo e offre la giusta competenza per il percorso di

consapevolizzazione di pazienti e genitori. Così facendo si previene sia la deriva psichiatrica di questi quadri clinici sia la cronicizzazione del disturbo con le conseguenti ricadute sociali, sanitarie ed economiche.

Prendersi cura di un ragazzino con DSS permette di "restituire" alla preziosa quotidianità e ai compiti consoni per l'età quel ragazzino. Permette inoltre di orientare i genitori rispetto a quei percorsi interiori - talvolta fisiologici - che possono sfociare in un disagio che non riesce ad essere espresso attraverso il canale più evoluto: la parola.

Bibliografia

- Achenbach, T. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington.
- Achenbach, T., & Rescorla, L. (2001). *Manual for the ASEBA School-age Forms and Profiles*. University of Vermont, Research Center for Children Youth and Families, Burlington.
- Adams, J., Chien, A., & Wisk, L. (2019). Mental illness among youth with chronic physical conditions. *Pediatrics, 144*(1).
- Akhtar, J., Shah, U., & Zaman, S. (2015). Anxiety symptoms in patients with conversion disorder. *Journal of Postgraduate Medical Institute, 29*(4), 223-226.
- Allen, L., & Woolfolk, R. (2010). Cognitive behavioral therapy for somatoform disorders. *Psychiatric Clinics of North America, 33*(3), 579–93.
- Amato, M. P., & Zipoli, V. (2004). *Disturbi psichiatrici*. Milano: Springer.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Andresen, J., Woolfolk, R., Allen, L., Fragoso, M., Youngerman, N., Patrick-Miller, T., et al. (2011). Physical symptoms and psychosocial correlates of somatization in pediatric primary care. *Clin Pediatr, 50*(10), 904–9.
- Ani, C., Reading, R., Lynn, R., Forlee, S., & Garralda, E. (2013). Incidence and 12-month outcome of non-transient childhood conversion disorder in the UK and Ireland. *The British Journal of Psychiatry, 202*(6), 413-418.
- Arruda, M., Guidetti, V., Galli, F., Albuquerque, R., & Bigal, M. (2010). Primary headaches in childhood—a population-based study. *Cephalgia, 30*(9), 1056-64.
- Atmaca, M., Sirlier, B., Yildirim, H., & Kayali, A. (2011). Hippocampus and amygdalar volumes in patients with somatization disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry, 35*(1), 1699–703.
- Barsky, A., Orav, E., & Bates, D. (2005). Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Arch Gen Psychiatry, 62*(8), 903-10.
- Beck, J. (2008). A Developmental Perspective on Functional Somatic Symptoms. *Journal of Pediatric Psychology, 33*(5), 547-562.
- Bellini, B., Arruda, M., Cescut, A., Saulle, C., Persico, A., Carotenuto, M., et al. (2013). Headache and comorbidity in children and adolescents. *J Headache Pain, 14*, 1-11.

- Bialas, I., & Craig, T. (2007). Needs expressed and offers of care: an observational study of mothers with somatization disorder and their children. *J Child Psychol Psychiatry*, *48*, 97-104.
- Bisht, J., Sankhyan, N., Kaushal, R. K., Sharmi, R., & Grover, N. (2007). Clinical profile of pediatric somatoform disorders. *Indian Pediatr*, *45*, 111-5.
- Bizzi, F. (2019). La qualità dell'attaccamento nei bambini con disturbi da Sintomi Somatici e disturbi correlati. *PSICOLOGIA CLINICA DELLO SVILUPPO*, *1*, 139-152.
- Bizzi, F. (2019). La qualità dell'attaccamento nei bambini con disturbi da Sintomi Somatici e disturbi correlati. *Psicologia clinica dello sviluppo*, *1*, 139-151.
- Bonvanie, I., Janssens, K., Rosmalen, J., & Oldenhinkel, A. (2017). Life events and functional somatic symptoms: A population study in older adolescents. *British Journal of Psychology*, *108*(2), 318-333.
- Bosmans, G., & Kerns, K. (2015). Attachment in middle childhood: Theoretical advances and new directions in an emerging field. *New Directions for Child and Adolescent Development*, *148*, 31-45.
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and Loss, Volume 1: Attachment*. New York: Basic Books.
- Brown, R. (2004). Psychological mechanisms of medically unexplained symptoms: An integrative conceptual model. *Psychological Bulletin*, *130*(5), 793–812.
- Brunelli, P., Balzani, L., & Briganti, L. (2006). Il disagio psicologico e la somatizzazione in età evolutiva. Un'esperienza in una U.O. di Pediatria Generale. *Quaderni acp*, *13*(2), 76-82.
- Burns, A., Solis, J., Shadur, J., & Hussong, A. (2013). Comparing psychiatric symptoms among children of substance-abusing parents with different treatment histories. *Vulnerable Child Youth Stud*, *8*(3).
- Campo, J. (2012). Annual research review: Functional somatic symptoms and associated anxiety and depression - Developmental psychopathology in pediatric practice. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip*, *53*(5), 575-92.
- Campo, J. (2012). Annual research review: Functional somatic symptoms and associated anxiety and depression - developmental psychopathology in pediatric practice. *J Child Psychol Psychiatry*, *53*(5), 575–92.
- Carson, L., Lewis, D., Tsou, M., & al. (2011). Abdominal migraine: an under-diagnosed cause of recurrent abdominal pain in children. *Headache: The Journal of Head and Face*, *51*, 707-712.
- Cassano, G., & Tundo, A. (2006). *Psicopatologia e clinica psichiatrica*. Torino: Utet.

- Cassidy, J., Jones, J., & Shaver, P. (2013). Contributions of attachment theory and research: a framework for future research, translation, and policy. *Dev. Psychopathol.*, *25*, 1425-1434.
- Cavanna, D. (2011). L'attaccamento e la dimensione interpersonale. *Giornale Italiano di Psicologia*, *38(4)*, 783-788.
- Cerruti, R., Spensieri, V., Valastro, C., Presaghi, F., Canitano, R., & Guidetti, V. (2017). A comprehensive approach to understand somatic symptoms and their impact on the emotional and psychosocial functioning in children. *PLOS ONE*, *12(2)*.
- Cerutti, R., Presaghi, F., Spensieri, V., Valastro, C., & Guidetti, V. (2016). The Potential Impact of Internet and Mobile Use on Headache and Other Somatic Symptoms in Adolescence. A Population-Based Cross-Sectional Study. *Headache*, *56(7)*, 1161-70.
- Cerutti, R., Presaghi, F., Spensieri, V., Valastro, C., & Guidetti, V. (2016). The Potential Impact of Internet and Mobile Use on Headache and Other Somatic Symptoms in Adolescence. A Population-Based Cross-Sectional Study. *Headache*, *56(7)*, 1161-70.
- Chen, L., Murad, M., Paras, M., Colbenson, K., Sattler, A., Goranson, E., et al. (2010). Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. *Mayo Clin. Proc.*, *85(7)*, 618-629.
- Claar, R., Baber, K., Simons, L., Logan, D., & Walker, L. (2008). Pain coping profiles in adolescents with chronic pain. *Pain*, *140*, 368-375.
- Cozzi, G., Lucarelli, A., Borrometi, F., & al. (2021). How to recognize and manage psychosomatic pain in the pediatric emergency department. *Italian Journal of Pediatrics*, *47(74)*.
- Dell, M., & Campo, J. (2011). Somatoform disorders in children and adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, *34(3)*, 643-60.
- Dell, M., & Campo, J. (2011). Somatoform disorders in children and adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, *34(3)*, 643-60.
- Deshpande, S., Ganapathy, V., & Bendre, N. (2015). Psychosocial morbidities in children with medically unexplained pain symptoms: a study from India. *ASEAN Journal of Psychiatry*, *16(1)*, 18-27.
- Eminson, D. (2001). Somatising in children and adolescents. *Manag Outcomes Adv Psychiatric Treat*, *7(5)*, 388-98.
- Eminson, M. (2007). Medically Unexplained Symptoms in children and adolescents. *Clinical Psychology, Review* *27*, 855-871.

- Emison, D. (2007). Medically unexplained symptoms in children and adolescents. *Clinical Psychology Review, 27*, 855-71.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for bio-medicine. *Scienze, New Series, 196*, 129-136.
- Erkic, M., Bailer, J., Fenske, S., Schmidt, S., Trojan, J., Schröder, A., et al. (2017). Impaired emotion processing and a reduction in trust in patients with somatic symptom disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 1-10*.
- Escobar, J., Hoyos-Nervi, C., & Gara, M. (2002). Medically Unexplained Physical Symptoms in Medical Practice: A Psychiatric Perspective. *Environ Health Perspect, 110(4)*, 631-6.
- Fales, J., Essner, B., Harris, M., & Palermo, T. (2014). When helping hurts: Miscarried helping in families of youth with chronic pain. *Journal of Pediatric Psychology, 39*, 427-437.
- Feinstein, A. (2011). Conversion disorder: advances in our understanding. *Canadian Medical Association Journal, 183(8)*, 915-920.
- Fiertag, O., Taylor, S., Tareen, A., & Garralda, E. (2012). Somatoform Disorder. In J. Rey (Ed.), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
- Freud, S. (1894). *Le neuropsicosi da difesa* (Vol. Opere).
- Frith, U., & Frith, C. (2001). The biological basis of social interaction. *Cur Dir Psychol Sci, 10(5)*, 151-5.
- Gabe, J., Olumide, G., & Bury, M. (2004). It takes three to tango': a framework for understanding patient partnership in paediatric clinics. *Social Science and Medicine, 59*, 1071-1079.
- Galimberti, U. (2018). *Nuovo dizionario di Psicologia, Psichiatria, Psicoanalisi, Neuroscienze*. Milano: Feltrinelli Editore.
- Garber, J., Walker, L., & Zeman, J. (1991). Somatization symptoms in a community sample of children and adolescents: Further validation of the Children's Somatization Inventory. *Psychol Assess, 3(4)*, 588-95.
- Garralda, M. (2010). Unexplained Physical Complaints. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 19(2)*, 199-209.
- Gatta, M., Canetta, E., Zordan, M., Spoto, A., Ferruzza, E., Manco, I., et al. (2011). Alexithymia in juvenile primary headache sufferers: a pilot study. *The journal of headache and pain, 12(1)*, 71-80.

- Geist, R., Weinstein, M., Walker, L., & Campo, J. (2008). Medically unexplained symptoms in young people: The doctor's dilemma. *Paediatr Child Health, 13*(6), 487–91.
- Geist, R., Weinstein, M., Walker, L., & Campo, J. (2008). Medically unexplained symptoms in young people: The doctor's dilemma. *Paediatr Child Health, 13*(6), 487–91.
- Grant, K., Compas, B., Thurm, A., McMahon, S., Gipson, P., Campbell, A., et al. (2006). Stressors and child and adolescent psychopathology: Evidence of moderating and mediating effects. *Clinical Psychology Review, 26*, 257–283.
- Guiducci, V., Bizzi, F., Ferro, A., & Cavanna, D. (2018). Disregolazione affettiva, disorganizzazione dell'attaccamento e disturbi alimentari: fattori di rischio individuali e familiari. *Maltrattamento e Abuso all'Infanzia, 20*(2), 67-87.
- Guite, J., Logan, D., McCue, R., Sherry, D., & Rose, J. (2009). Parental beliefs and worries regarding adolescent chronic pain. *The Clinical Journal of Pain, 25*, 223–232.
- Hechler, T., Dobe, M., Behlert, J., Kosfelder, J., & Zernikow, B. (2011). Pain therapy with children and adolescents severely disabled due to chronic pain: long-term outcome after inpatient pain therapy. *Schmerz, 25*(4), 411-422.
- Henker, J., Keller, A., Reiss, N., Siepmann, M., Croy, I., & Weidner, K. (2019). Early maladaptive schemas in patients with somatoform disorder and somatization. *Clin Psychol Psychother, 26*, 418-429.
- Henningsen, P., Zimmermann, T., & Sattel, H. (2003). Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: A meta-analytic review. *Psychosomatic Medicine, 65*, 528–533.
- Hinton, D., & Kirk, S. (2016). Families' and healthcare professionals' perceptions of healthcare services for children and young people with medically unexplained symptoms: a narrative review of literature. *Health and Social Care in the Community, 24*(1), 12–26.
- Holliday, K., Macfarlane, G., Nicholl, B., Creed, F., Thomson, W., & McBeth, J. (2010). Genetic variation in neuroendocrine genes associates with somatic symptoms in the general population: results from the EPIFUND study. *J. Psychosom. Res., 68*(5), 469-474.
- Ibeziako, P., & Bujoreanu, S. (2011). Approach to psychosomatic illness in adolescents. *Curr Opin Pediatr, 23*(4), 384–9.
- Ibeziako, P., Choi, C., Randall, E., & Bujoreanu, S. (2016). Bullying Victimization in Medically Hospitalized Pediatric Patients with Somatic Symptom and Related Disorders: Prevalence and Associated Factors. *Hospital Pediatrics, 6*(5), 290-6.

- Imran, N., Ani, C., Mahmood, Z., Hassan, K., & Bhatti, M. (2014). Anxiety and depression predicted by medically unexplained symptoms in Pakistani children: a case-control study. *J Psychosom Res*, *76*(2), 105-12.
- Jacobs, T. (2007). Sulla nevrosi adolescenziale. *Gli Argonauti*, *114*, 181-201.
- Janssens, K., Rosmalen, J., Ormel, J., Oort, F. v., & Oldehinkel, A. (2010). Anxiety and depression are risk factors rather than consequences of functional somatic symptoms in a general population of adolescents: The TRAILS study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *51*, 304–312.
- Janssens, K., Rosmalen, J., Ormel, J., Verhulst, F., Hunfeld, J., Mancl, L., et al. (2011). Pubertal status predicts back pain, overtiredness, and dizziness in American and Dutch adolescents. *Pediatrics*, *128*, 553–559.
- Jungmann, S., & Witthoft, M. (2020). Medically unexplained symptoms in children and adolescents: Illness-related self-concept and parental symptom evaluations. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *68*.
- Kato, K., Sullivan, P., Evengard, B., & Pedersen, N. (2009). A population-based twin study of functional somatic syndromes. *Psychological Medicine*, *39*, 497–505.
- Klaus, K., Rief, W., Brähler, E., Martin, A., Glaesmer, H., & Mewes, R. (2015). Validating psychological classification criteria in the context of somatoform disorders: A oneand four-year follow-up. *Journal of Abnormal Psychology*, *124*(4), 1092–1101.
- Klineberg, E., Rushworth, A., Bibby, H., Bennett, D., Steinbeck, K., & Towns, S. (2014). Adolescent chronic fatigue syndrome and somatoform disorders: a prospective clinical study. *J Paediatr Child Health*, *50*(10), 775-81.
- Koechlin, H., Coakley, R., Schechter, N., Werner, C., & Kossowsky, J. (2018). The role of emotion regulation in chronic pain: a systematic literature review. *J. Psychosom. Res.*, *107*, 38-45.
- Koechlin, H., Coakley, R., Schechter, N., Werner, C., & Kossowsky, J. (2018). The role of emotion regulation in chronic pain: a systematic literature review. *J. Psychosom. Res.*, *107*, 38-45.
- Kozłowska, K. (2003). Good children with conversion disorder: breaking the silence. *Clin Child Psychol Psychiatry*, *8*(1), 73–90.
- Kozłowska, K., English, M., & Savage, B. (2013). Connecting body and mind: the first interview with somatising patients and their families. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*(18), 224–245.
- Kreisler, L. (1985). L'approccio psicosomatico in pediatria. *Medico e Bambino*, *1*, 21-5.

- Lane, R., & Schwartz, G. (1987). Levels of emotional awareness: a cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *Am J Psychiatry*, *144*, 133-43.
- Lane, R., Hsu, C., Locke, D., Ritenbaugh, C., & Stonnington, C. (2015). Role of theory of mind in emotional awareness and alexithymia: implications for conceptualization and measurement. *Conscious Cogn*, *33*, 398-405.
- Leary, P. (2003). Conversion disorder in childhood-diagnosed too late, investigated too much? *J R Soc Med*, *96*, 436-8.
- Little, C., Williams, S., Puzanovova, M., Rudzinski, E., & Walker, L. (2007). Multiple somatic symptoms linked to positive screen for depression in pediatric patient with chronic abdominal pain. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, *44*(1), 58-62.
- Little, P., Somerville, J., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., & al. (2001). Psychosocial, lifestyle and health status variables in predicting high attendance among adults. *Be J Gen Pract*, *51*(473), 987-994.
- Liu, L., Cohen, S., Schulz, M., & Waldinger, R. (2011). Sources of somatization: Exploring the roles of insecurity in relationships and styles of anger experience and expression. *Social Science e Medicine*, *73*, 1436-1443.
- Logan, D., Simons, L., & Carpino, E. (2012). Too sick for school? Parent influences on school functioning among children with chronic pain. *Pain*, *153*, 437-443.
- Lynch-Jordan, A., Kashikar-Zuck, S., & Goldschneider, K. (2010). Parent perceptions of adolescent pain expression: The adolescent pain behavior questionnaire. *PAIN*, *151*(3), 834-842.
- Lynch-Jordan, A., Kashikar-Zuck, S., Szabova, A., & Goldschneider, K. (2013). The interplay of parent and adolescent catastrophizing and its impact on adolescents' pain, functioning and pain behaviour. *The Clinical journal of pain*, *29*(8), 681.
- Malas, N., Ortiz-Aguayo, R., Giles, L., & Ibeziako, P. (2017). Pediatric Somatic Symptom Disorders. *Curr Psychiatry Rep*, *19*(11).
- Marchetti, F., Lazzerini, M., Aliverti, R., & Ventura, A. (2004). Il disturbo somatoforme e fittizio: La storia di 4 casi. *Medico e Bambino*, *23*, 377-381.
- McCall-Hosenfeld, J. S., Winter, M., & Liebschutz, T. H. (2014). The association of interpersonal trauma with somatic symptom severity in a primary care population with chronic pain: Exploring the role of gender and the mental health sequelae of trauma. *Journal of Psychosomatic Research*, *77*(3), 194-204.
- McCall-Hosenfeld, J., Winter, M., Heeren, T., & Liebschutz, & J. (2014). The association of interpersonal trauma with somatic symptom severity in a primary care population

with chronic pain: Exploring the role of gender and the mental health sequelae of trauma. *Journal of Psychosomatic Research*, 77(3), 196-204.

- McEwen, B., Gray, J., & Nasca, C. (2015). 60 YEARS OF NEUROENDOCRINOLOGY: Redefining neuroendocrinology: Stress, sex and cognitive and emotional regulation. *Journal of Endocrinology*, 226, T67–T83.
- Meredith, P., Ownsworth, T., & Strong, J. (2008). A review of the evidence linking adult attachment theory and chronic pain: presenting a conceptual model. *Clin. Psychol. Rev.*, 28, 407-429.
- Michielin. (2018). *interventi strutturati brevi in psicologia clinica*. Domenighini.
- Mohapatra, S., Deo, S., Satapathy, A., & Rath, N. (2014). Somatoform disorders in children and adolescents. *German J Psychiatry*, 17(1), 19-24.
- Neal, J., & Frick-Horbury, D. (2001). The effects of parenting styles and childhood attachment patterns on intimate relationships. *J. Instr. Psychol.*, 28, 178-183.
- Orbell, S., & Henderson, C. (2016). Automatic effects of illness schema activation on behavioral manifestations of illness. *Health Psychology*, 35(10), 1144–1153.
- Palermo, T., Valrie, C., & Karlson, C. (2014). Family and parent influences on pediatric chronic pain: A developmental perspective. *American Psychologist*, 69, 142-152.
- Pascuzzo, K., Moss, E., & Cyr, C. (2015). Attachment and emotion regulation strategies in predicting adult psychopathology. *SAGE Open*, 1-15.
- Preis, M., Golm, D., Kröner-Herwiget, B., & Barke, A. (2017). Examining differences in cognitive and affective theory of mind between persons with high and low extent of somatic symptoms: an experimental study. *BMC Psychiatry*.
- Puig, J., Englund, M., Simpson, J., & Collins, W. (2012). Predicting Adult Physical Illness from Infant Attachment: A Prospective Longitudinal Study. *Health Psychology*.
- Ramchandani, P., Stein, A., Hotopf, M., & Wiles, N. (2006). Early parental and child predictors of recurrent abdominal pain at school age: result of a large population-based study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(6), 729-736.
- Ratnamohan, L., & Kozłowska, K. (2017). When things get complicated: At-risk attachment in children and adolescents with chronic pain. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 22(4), 588–602.
- Ricca, M., & Sequi, G. (2019). Quando il corpo parla della mente. In S. Bonichini, & M. Tremolada (Eds.), *Psicologia Pediatrica* (pp. 153-163). Roma: Carrocci Editore S.p.A.

- Riebel, K., Egloff, B., & Witthöft, M. (2013). The implicit health-related self-concept in somatoform disorders. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *44*(3), 335–342.
- Rief, W., Nanke, A., Emmerich, J., Bender, A., & Zech, T. (2004). Causal illness attributions in somatoform disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, *57*(4), 367-371.
- Rousseau, S., Grietens, H., Vanderfaeillie, J., Hoppenbrouwers, K., Wiersema, J., Baetens, I., et al. (2014). The association between parenting behavior and somatization in adolescents explained by physiological responses in adolescents. *Int J Psychophysiol*, *93*, 261-6.
- Rousseau, S., Grietens, H., Vanderfaeillie, J., Hoppenbrouwers, K., Wiersema, J., Baetens, I., et al. (2014). The association between parenting behavior and somatization in adolescents explained by physiological responses in adolescents. *Int J Psychophysiol.*, *93*, 216-6.
- Rousseau, S., Grietens, H., Vanderfaeillie, J., Hoppenbrouwers, K., Wiersema, J., Baetens, I., et al. (2014). The association between parenting behavior and somatization in adolescents explained by physiological responses in adolescents. *Int J Psychophysiol*, *93*, 261-6.
- Ruggiero, I. (2011). Corpo strano, corpo estraneo, corpo nemico: itinerari adolescenziali tra corpo, psiche e relazione. *Rivista di Psicoanalisi*, *57*(4), 825-847.
- Santalahti, P., Aromaa, M., Sourander, A., Helenius, H., & Piha, J. (2005). Have there been changes in children's psychosomatic symptoms? A 10-year comparison from Finland. *Pediatrics*, *115*, 434-442.
- Schulte, I., & Petermann, F. (2011). Familial Risk Factors for the Development of Somatoform Symptoms and Disorders in Children and Adolescents: A Systematic Review. *Child Psychiatry Hum Dev*.
- Schulte, I., & Petermann, F. (2011). Somatoform disorders: 30 years of debate about criteria! What about children and adolescents? *J Psychosom Res*, *70*, 218-28.
- Schulte, I., Petermann, F., & Noeker, M. (2010). Functional abdominal pain in childhood: from etiology to maladaptation. *Psychother Psychosom*, *79*(2), 73–86.
- Scott, K., Korff, M. V., Angermeyer, M., Benjet, C., Bruffaerts, R., Girolamo, G. D., et al. (2011). Association of childhood adversities and early-onset mental disorders with adult onset chronic physical conditions. *Arch. Gen. Psychiatry*, *68*(8), 838-844.
- Serec, M., Svab, I., Kolšek, M., Svab, V., Moesgen, D., & Klein, M. (2012). Healthrelated lifestyle, physical and mental health in children of alcoholic parents. *Drug Alcohol Rev*, *31*(7), 861–70.

- Shaw, R., Spratt, E., Bernard, R., & DeMaso, D. (2010). Somatoform Disorder. In R. Shaw, & D. D.R. (Eds.), *Textbook of pediatric psychosomatic medicine: mental health consultation with physically ill children* (Vol. 4, pp. 47-62). Washington DC: American Psychiatric Press Inc.
- Starfield, B., Gross, E., Wood, M., Pantell, R., Allen, C., Gordon, I., et al. (1980). Psychosocial and psychosomatic diagnoses in primary care of children. *Pediatrics*, *66*(2), 159–167.
- Steinhausen, H., & Metzke, C. (2007). Continuity of functional somatic symptoms from late childhood to young adulthood in a community sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *48*, 508-513.
- Stonnington, C., Locke, D., Hsu, C., Ritenbaugh, C., & Lane, R. (2013). Somatization is associated with deficits in affective theory of mind. *J Psychosom Res*, *74*, 479-85.
- Subic-Wrana, C., Beutel, M., Knebel, A., & Lane, R. (2010). Theory of mind and emotional awareness deficits in patients with somatoform disorders. *Psychosom Med*, *72*(4), 404–11.
- Subic-Wrana, C., Bruder, S., Thomas, W., Lane, R., & Köhle, K. (2005). Emotional awareness deficits in inpatients of a psychosomatic ward: a comparison of two different measures of alexithymia. *Psychosom Med*, *67*, 483-9.
- Szasz, T. (1961). *Il mito della malattia mentale*. Milano: il Saggiatore.
- Taylor, D., Szatmari, P., Boyle, M., & Offord, D. (1996). Somatization and the vocabulary of everyday bodily experiences and concerns: a community study of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *35*, 491–499.
- Tekkalaki, B., Chate, S., Patil, V., & Patil, N. (2017). Children with unexplained physical symptoms referred to psychiatry: A descriptive study. *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health*, *13*(2), 135-148.
- Thomson, K., Randall, E., Ibeziako, P., & Bujoreanu, I. (2014). Somaform disorders and trauma in medically admitted children, adolescents and young adults: prevalence rates and psychosocial characteristics. *Psychosomatics*, *55*(6), 630–9.
- Thomson, K., Randall, E., Ibeziako, P., & Bujoreanu, S. (2014). Somatoform disorders and trauma in medically admitted children, adolescents, and young adults: prevalence rates and psychosocial characteristics. *Psychosomatics*, *55*, 630–9.
- Thorgaard, M., Frostholm, L., & Rask, C. (2018). Childhood and family factors in the development of health anxiety: a systematic review. *Child. Health Care.*, *47*(2), 198-238.

- Treccani. (n.d.). *DSM (sigla dell'ingl. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders)*. Retrieved 05 18, 22, from [https://www.treccani.it/enciclopedia/dsm_\(Dizionario-di-Medicina\)/](https://www.treccani.it/enciclopedia/dsm_(Dizionario-di-Medicina)/)
- Treccani. (n.d.). *Somatizzazione*. Retrieved 06 28, 22, from https://www.treccani.it/enciclopedia/somatizzazione_%28Dizionario-di-Medicina%29/
- vanGeelen, S., Rydelius, P., & Hagquist, C. (2015). Somatic symptoms and psychological concerns in a general adolescent population: Exploring the relevance of DSM-5 somatic symptom disorder. *Journal of Psychosomatic Research, 79*, 251–258.
- vanGills, A., Janssens, K., & Rosmalen, J. (2014). Family disruption increases functional somatic symptoms in late adolescence: The TRAILS Study. *Health Psychology, 33(11)*, 1354.
- Vesterling, C., & Koglin, U. (2020). The relationship between attachment and somatoform symptoms in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research, 130*, 1-15.
- Walker, L., Beck, J., Garber, J., & Lambert, W. (2009). Children's somatization inventory: psychometric properties of the revised form (CSI-24). *J Pediatr Psychol, 34(4)*, 430-40.
- Weck, F., Neng, J., Richtberg, S., & Stangier, U. (2012). The restrictive concept of good health in patients with hypochondriasis. *Journal of Anxiety Disorders, 26(8)*, 792–798.
- Wilson, A., Moss, A., Palermo, T., & Fales, J. (2014). Parent pain and catastrophizing are associated with pain, somatic symptoms, and pain-related disability among early adolescents. *Journal of Pediatric Psychology, 39*, 418–426.
- Wollburg, E., Voigt, K., Braukhaus, C., Herzog, A., & Löwe, & B. (2013). Construct validity and descriptive validity of somatoform disorders in light of proposed changes for the DSM-5. *Journal of Psychosomatic Research, 74(1)*, 18-24.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- Zhang, J., Jiang, M., Yao, D., Dai, Y., Long, L., Yu, M., et al. (2015). Alterations in white matter integrity in first-episode, treatment-naïve patients with somatization disorder. *Neurosci Lett, 599*, 102-8.
- Zunhammer, M., Halski, A., Eichhammer, P., & Busch, V. (2015). Theory of mind and emotional awareness in chronic somatoform pain patients. *PLoS One, 10(10)*.

APPENDICE

INTERVISTA da somministrare telefonicamente

CLINICA (C)

1. Come sta ora rispetto al sintomo per cui è stato conosciuto?	
<input type="checkbox"/>	Molto bene, i sintomi sono del tutto scomparsi
<input type="checkbox"/>	Bene, il sintomo è in remissione
<input type="checkbox"/>	Sempre uguale, non vi sono stati né miglioramenti né peggioramenti
<input type="checkbox"/>	Male, la sintomatologia sta peggiorando
<input type="checkbox"/>	Molto male, rispetto al momento in cui è insorta adesso la sintomatologia è sempre presente e con intensità maggiore

2. Se è ancora presente, con che frequenza compare la sintomatologia?		<i>Da <u>non</u> compilare se sono scomparsi i sintomi</i>
<input type="checkbox"/>	Ogni giorno, costantemente	
<input type="checkbox"/>	Solo in determinati momenti della giornata	
<input type="checkbox"/>	Almeno una volta a settimana	
<input type="checkbox"/>	A periodi alterni	

3. Dalle nostre visite sono insorte nuovi sintomi?		
<input type="checkbox"/>	Sì	Quali?
<input type="checkbox"/>	No	

4. È stato visitato da altri centri e/o specialisti?		
<input type="checkbox"/>	Sì	Che tipologia di visite sono state fatte?
		Dove sono state fatte?
<input type="checkbox"/>	No	

5. Ha seguito delle cure mediche? <i>(farmaci – dispositivi – fisioterapia – diete)</i>		
<input type="checkbox"/>	Sì	Di che tipo?
		Quanto pensa siano state utili?
		<input type="checkbox"/> Per niente
		<input type="checkbox"/> Poco
		<input type="checkbox"/> Mediamente
		<input type="checkbox"/> Abbastanza
		<input type="checkbox"/> Molto
<input type="checkbox"/>	No	

6. Ha effettuato nuovi colloqui psicologici?	
Sì	Quanto pensa siano state utili?
	Per niente
	Poco
	Mediamente
	Abbastanza
	Molto
No	

7. Ha seguito le istruzioni date in restituzione?	
Sì	
Parzialmente	
No	

QUALITA' DELLA VITA (S)

1. Ha frequentato la scuola regolarmente?	
Sì	
No	

2. È riuscito a recuperare il programma didattico?	
Sì	
Non ancora	
No, ha perso l'anno	

3. Ha proseguito / ripreso le attività sportive?	
Sì	
Non ancora, ma ha intenzione di farlo	
No	
Non praticava sport nemmeno prima	

4. È inserito in gruppi ricreativi?	
Sì	Quali?
No	

5. Ha buone relazioni con i pari?	
Sì	
Mediamente	
No	

6. È impegnato in relazioni affettive o ne ha avute in passato?	
	Sì
	No

7. Rispetto alla sua età dispone di una buona autonomia personale?	
	Per niente
	Poco
	Mediamente
	Abbastanza
	Molto

SITUAZIONE FAMILIARE (F)

1. È cambiato l'atteggiamento dei genitori?		
	Sì	In che modo?
	No	

2. Ci sono motivi di tensione familiare?		
	Sì	Di che tipo?
	No	

3. Ci sono stati cambiamenti rilevanti?		
	Sì	Quali?
	No	

4. Pensa che il percorso fatto sia stato di qualche aiuto per suo/a figlio/a?		
	Per niente	Specificare una motivazione ...
	Poco	
	Mediamente	
	Abbastanza	
	Molto	

5. È d'accordo con l'ipotesi di una possibile origine psicologica del sintomo?		
	In completo disaccordo	Specificare una motivazione ...
	In disaccordo	
	Incerto	
	Abbastanza d'accordo	
	Completamente d'accordo	

6. La valutazione vi ha aiutati ad osservare da una diversa prospettiva il momento che attraversava vostro figlio?	
	Sì
	No
	In parte

RINGRAZIAMENTI

Questi due anni sono stati un periodo di profondo apprendimento, non solo a livello accademico, ma anche personale. Scrivere questa tesi ha avuto un forte impatto sulla mia vita. In questo giorno così speciale, dunque, mi è doveroso dedicare, a conclusione del mio elaborato, uno spazio alle persone che hanno contribuito, con il loro instancabile supporto, alla realizzazione dello stesso.

In primis, un sentito grazie alla professoressa Bonichini, mia relatrice, per la sua infinita disponibilità e tempestività ad ogni mia richiesta. Grazie perché, nei momenti di difficoltà e di sconforto, mi ha spronata e incoraggiata. Grazie perché, in ogni momento in cui ho avuto bisogno, non mi ha mai fatto mancare il suo sostegno: sempre presente, puntuale e disponibile.

Un sentito grazie alla Dottoressa Sequi, correlatrice di tesi, che, più di un anno fa, alla mia richiesta di poter frequentare il Reparto di Pediatria, mi ha mostrato questa grande e unica opportunità. Grazie per le dritte indispensabili, per avermi suggerito puntualmente le giuste modifiche da apportare alla mia tesi e soprattutto per avermi guidato nella realizzazione di questo lavoro di ricerca.

Ringrazio l'Azienda Ospedaliera di Padova per avermi dato la possibilità di svolgere il mio lavoro di tesi in ambiente estremamente professionale e stimolante, che mi ha permesso di mettermi in gioco con un lavoro di ricerca così importante.

Senza il supporto dei miei genitori, non sarei mai potuta arrivare fin qui. Grazie per avermi accompagnata in ogni mia decisione, grazie per avermi appoggiata nella scelta del mio percorso di studi, grazie per la possibilità che mi avete dato permettendomi di vivere a Padova. Con il vostro instancabile sostegno, mi avete permesso di arrivare fin qui oggi, contribuendo alla realizzazione del mio sogno. Grazie per aver contribuito alla mia crescita, non solo accademica, ma soprattutto come persona: con il vostro esempio e con la vostra guida posso dirmi fiera della persona che sono diventata. Scherzando dico sempre di essere una persona fantastica: lo sono perché ho dei genitori fantastici. Non potrei chiedervi nulla di più dalla vita.

Al mio piccolo, ma grande fratello. Grazie Dani semplicemente per il fratello che sei: sempre pronto ad ascoltarmi, a darmi saggi consigli e a prendermi in giro quando serve. Grazie perché, nonostante i chilometri di distanza, mi hai sempre mostrato il tuo sostegno, mi sei stato vicino. Grazie per ogni “*Ciccia Secchiona*”: mi hai dato la forza necessaria per non mollare, per non deludere le aspettative date da questo titolo. Ti voglio un bene dell’anima, Brodino.

Grazie perché senza di voi non sarei mai arrivata fino in fondo a questo difficile, lungo e tortuoso cammino. Questa tesi la dedico a voi che siete la mia famiglia, il mio più grande sostegno e la mia guida.

Voglio ringraziare una persona unica e speciale: Andrea, il mio compagno di risate e avventure, il mio primo sostenitore, la mia spalla su cui piangere, il mio moroso. Sei stato, in questi due anni, un importantissimo punto di riferimento nella mia vita: una delle mie poche certezze, il mio punto fermo. Hai saputo capire e accogliere le mie fragilità e le mie infinite insicurezze, facendotene spesso carico. Grazie per aver sempre creduto in me e nelle mie capacità, per avermi sempre spronato a dare il massimo. Grazie per avermi supportato in ogni momento di sconforto e indecisione (e ce ne sono stati), per avermi saputo ascoltare nei momenti di profonda crisi. Grazie per tutte le telefonate che mi hanno tenuto compagnia fino a tardi, per tutte le volte che sei venuto su a Padova, per tutti gli abbracci, le carezze e le risate. Semplicemente grazie perché ci sei sempre stato! Grazie per tutto il tempo che mi hai dedicato e per tutto l’amore che mi hai dato. Senza il tuo: “tanto io rimango qua ad aspettarti!” non so se tutto questo sarebbe stato possibile. Grazie per tutto Patù, ti amo.

Ringrazio tutte le mie amiche. Ognuna, a modo suo, ha sempre saputo confortarmi, incoraggiarmi e soprattutto gioire con me in vari momenti di questo stupendo, ma travagliato, percorso. In particolar modo vorrei ringraziare Tibo per aver sempre risposto ad ogni mia telefonata, per avermi tenuto compagnia nei miei infiniti viaggi in macchina.

Grazie alla mia Frera perché, nonostante ogni tanto passino infiniti mesi senza che ci sia modo di sentirsi, quando ci si rivede, ho sempre la certezza che nulla è cambiato, che ci saremo sempre l'una per l'altra.

Ringrazio Cioli per avermi mostrato come si possa trovare, in pochissimo tempo, una sintonia fantastica con una persona, come si possa costruire nel giro di pochi mesi una profonda amicizia. Non avrei mai pensato di poter trovare, in un ambiente così competitivo, un'anima gentile e pura come la tua. Grazie per essere stata mia complice in questa avventura: grazie per tutti gli spritz, per tutte le risate, per tutti i ripassi insieme, ma soprattutto grazie per aver creduto nelle mie capacità quando ero sul punto di crollare. Benedetto sia Tommy Shelby!

Per ultima vorrei ringraziare quella che ritengo essere stata la mia roccia per tutto quello che è stato il mio percorso universitario: la mia collega, coinquilina e amica Jenna. Solitamente sono una gran sostenitrice del detto "le prime impressioni sono quelle che contano": cazzate! Fin dalle primissime lezioni di Pedagogia, nelle quali ho avuto l'immenso onore di sedermi ai tuoi piedi, abbiamo affrontato insieme questo cammino, passo dopo passo, giorno dopo giorno, un esaurimento nervoso alla volta. Grazie per avermi guidato e supportato anche in questa seconda parte del mio percorso accademico: in questi anni ci siamo sempre sostenute l'un l'altra, ci siamo incoraggiate, ci siamo confrontate, festeggiato insieme ogni vittoria e rialzandoci più forti e determinate di prima dopo ogni sconfitta. Già finita la triennale ne ero convinta, ora ancora di più: senza il tuo aiuto il mio percorso universitario non sarei mai stato così brillante, non sarei mai riuscita ad ottenere i risultati che ho avuto senza il tuo aiuto. In te ho trovato quella che si può definire un'amica per la vita: mi auguro che questa laurea non sia solo la fine di questo infinito percorso fatto insieme, ma che possa essere per entrambe un nuovo punto di inizio. Grazie per essere stato sempre al mio fianco in ogni momento e anche oggi, in questo giorno importante, sei qui con me a festeggiare insieme questo mio traguardo, questa mia vittoria.. che non è solo la mia, ma la nostra vittoria!

Visto che mi sembra di essere stata già abbastanza prolissa, concludo con un sincero e profondo ringraziamento a tutti coloro che, in qualche modo, mi hanno fatto

capire ancora di più che questo è quello che voglio fare “da grande”, che questa è la mia strada.