



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata
(FISPPA)**

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione (DPSS)

Corso di laurea Magistrale in Psicologia Clinico – Dinamica

Tesi di laurea Magistrale

**La cefalea come sintomo funzionale in pazienti pediatrici con Disturbo da
sintomi somatici e patologia organica: uno studio con il Youth Self Report**

**Headache as a functional symptom in pediatric patients with somatic symptom
disorder and organic pathology: a study using the Youth Self Report**

Relatore

Dott. Lunghi Marco

Correlatrice

Dott.ssa Sequi Giuseppina

Laureanda: D'Andrea Micaela

Matricola: 2119937

Anno Accademico 2024/2025

Ai miei genitori,

INDICE

<u>INTRODUZIONE</u>	<u>1</u>
<u>CAPITOLO 1</u>	<u>4</u>
<u>DISTURBI DA SINTOMI SOMATICI IN ETÀ EVOLUTIVA</u>	<u>4</u>
1.1) CLASSIFICAZIONI NOSOGRAFICHE	4
1.2) FATTORI DI RISCHIO	14
1.3) DISTURBI DA SINTOMI SOMATICI IN ETÀ EVOLUTIVA	17
1.4) LA CEFALEA COME SINTOMO MANIFESTO	19
1.5) EVOLUZIONE TEORICA DEI DISTURBI DA SINTOMI SOMATICI	32
<u>CAPITOLO 2</u>	<u>38</u>
<u>I DISTURBI DA SINTOMI SOMATICI IN ADOLESCENZA E IL LORO TRATTAMENTO</u>	<u>38</u>
2.1) GLI SSD IN ADOLESCENZA	38
2.2) TRATTAMENTO DEGLI SSD IN AMBITO PEDIATRICO	45
2.3) IL CASO STUDIO DELLA CLINICA PEDIATRICA NELL'AZIENDA OSPEDALE- UNIVERSITÀ DI PADOVA	60
<u>CAPITOLO 3</u>	<u>64</u>
<u>LA RICERCA</u>	<u>64</u>
3.1) INTRODUZIONE	64
3.2) METODI	68
3.3) RISULTATI	71
3.4) DISCUSSIONE DEI RISULTATI	77
<u>CONCLUSIONI</u>	<u>79</u>
<u>BIBLIOGRAFIA</u>	<u>81</u>

INTRODUZIONE

Valerio arriva all'osservazione clinica per un forte mal di testa che ingombra le sue giornate da ormai cinque mesi, ha 11 anni e ha dovuto effettuare un lungo viaggio per arrivare all'Ospedale di Padova, dove assieme alla sua famiglia ha cominciato l'iter diagnostico mirato a scovare ipotetiche problematicità, fossero queste di natura biologica o meno; Valerio ha dovuto affrontare tanti cambiamenti nell'arco della sua vita, nuove case, nuovi amici, nuove scuole, nuovi compagni di sport, con una sola costante: la famiglia, a sua volta -però- poco costante, anzi si potrebbe dire piuttosto instabile, inoltre, a causa degli attacchi cefalalgici e dei lunghi e numerosi ricoveri ospedalieri, Valerio ha frequentato in modo intermittente, integrandosi poco nel suo gruppo classe; durante i colloqui svolti presso l'Ambulatorio di Psicologia Clinica, mantenendo sempre un'attitudine abbastanza monolitica e apatica, Valerio ha disseppellito gli scheletri che ostacolavano il suo passaggio, è riuscito a capire dove bilanciare il peso per raggiungere il giusto equilibrio in sé stesso e all'interno della sua famiglia.

A Valerio, il mal di testa che tanto lo tormentava è passato, grazie al lavoro di un'équipe professionale e competente che è riuscita a guardarlo nella sua globalità e a comprendere cosa si celava al di sotto del sintomo manifesto.

Questo lavoro di tesi nasce per via di Valerio e di tutti gli altri pazienti che ho avuto l'onore di incontrare durante il mio percorso di tirocinio presso la Clinica pediatrica dell'Ospedale di Padova, con il tentativo di comprendere meglio il fenomeno poliedrico dei Disturbi da sintomi somatici e le modalità d'intervento più tempestive per permettere a Valerio, Lucia, Chiara, Marco ¹ e a tutti gli altri, di tornare a scuola, fare amicizia, praticare sport e fare le esperienze che -giustamente- tutti i bambini dovrebbero vivere.

All'interno dell'elaborato vengono approfonditi i Disturbi da sintomi somatici, caratterizzati da quadri sintomatologici che suggeriscono la presenza di una patologia organica, ma non sono pienamente spiegabili da una condizione medica generale, questi procurano in chi ne soffre un alto livello di frustrazione e risentimento dettato dal fatto

¹ I nomi delle persone menzionate in questo studio sono fittizi per garantire la privacy e sono stati scelti per scopi espositivi.

che molto spesso questa configurazione sindromica viene sottovalutata o non compresa dai professionisti della salute; in ambito pediatrico la salienza dei sintomi e delle lamentele somatiche tende ad aumentare poiché i piccoli pazienti difficilmente trovano le giuste parole per descrivere ciò che provano nel modo corretto e che siano poi, traducibili nel vocabolario medico; inoltre quando il paziente è un bambino o un giovane adolescente, solitamente l'apprensione genitoriale e la preoccupazione per la salute dello stesso, cresce e si fatica ad accettare una diagnosi di tipo psicologico che trova la sua origine in fattori sociali, contestuali o temperamentali, vertendo preferibilmente verso la concretezza di una diagnosi fisiopatologica.

Tuttora si fa difficoltà nel considerare l'asse mente-corpo come unitario e non come costituito da due entità scisse, la prima vera trattazione che evidenziava tale divisione è quella di Platone sul dualismo ontologico per cui la mente, ovvero l'anima è separata dal corpo e a differenza di quest'ultimo è immortale mentre il corpo è ancorato alla sua essenza terrestre, da qui in poi la teorizzazione inerente tale separazione si è ampliata con i contributi di autori della filosofia cristiana come Agostino e Tommaso D'Aquino fino ad arrivare a Renè Descartes che sancisce il dualismo moderno nel principio di scissione tra *Res cogitans* e *Res extensa*, ovvero la sostanza pensante, la mente da un lato e la sostanza estesa, il corpo che occupa spazio dall'altro lato; il quesito che emerge -allora- è, possono queste due unità interagire? E se effettivamente interagiscono, come?

La storia della psicopatologia clinica e della psichiatria sono il riflesso di questo interrogativo e del tentativo di designare la linea di confine tra l'azione della psiche e quella del corpo, fino a quale punto arriva l'una e dove comincia l'altro; a partire dalla corrente positivistica e descrittivistica della seconda metà del XIX secolo, la psicopatologia sulla scorta della neurologia tenta di imboccare la medesima strada e trovare nell'ente organico il correlato patologico delle manifestazioni di disagio mentale; grazie ai contributi di Kahlbaum (1863) e Kraepelin (1915) sono state costituite classificazioni nosografiche delle malattie mentali ancora oggi d'ispirazione per gli attuali manuali diagnostici, questi scritti avevano l'ambizione di studiare l'espressione clinica dei quadri psicopatologici, ossia descriverne l'anamnesi, l'esordio e il decorso sintomatologico, in attesa di scoperte pioneristiche in ambito neurologico che potessero ricollegare il sintomo alla sua origine organica; medesimo atteggiamento è stato mantenuto successivamente da Freud, medico neurologo e padre della psicoanalisi, il

quale sosteneva la necessità di approdare su una piattaforma inorganica in assenza del temporaneo riferimento basale biologico, per questo, prosegue la sua trattazione adattandola ad un'impostazione teorica prettamente ipotetica in cui fa largo alle dinamiche dello psichico, dell'interiorità inconscia e di una consapevole, da esplorare grazie agli strumenti della psicoanalisi. L'evoluzione teorica sul rapporto mente-corpo si protrae fino ad oggi, ancora sospesa tra l'opposizione delle due parti o la loro integrazione, nella costante ricerca clinica della linea di demarcazione tra ciò che è mentale e ciò che è organico; nonostante la comunità scientifica sia ampiamente d'accordo nel riconoscere l'essere umano, come individuo in cui l'unità anatomico-funzionale e la componente psichica coesistono e si influenzano reciprocamente, nella cultura popolare e nella pratica clinica permangono, tuttora, residui di questa scissione.

All'interno di questo elaborato, si cerca di evidenziare tramite una compiuta disamina della letteratura scientifica, l'importanza del modello biopsicosociale e di una gestione interdisciplinare dei Disturbi da sintomi somatici e disturbi correlati, in cui il confine tra mente e corpo è labile e collide con la realtà della pratica clinica; l'obiettivo della tesi è quello di descrivere e comprendere nello specifico, la manifestazione cefalalgica nella sua variante prettamente organica e in quella somatica, capire quali sono i fattori di rischio predisponenti a suddetto disturbo, le traiettorie di sviluppo psicopatologiche e i trattamenti terapeutici; il progetto di ricerca è stato rivolto a 21 pazienti pediatriche tra gli 11 e i 18 anni di età, ricoverati presso la Clinica Pediatrica dell'Ospedale-Università di Padova a causa di un quadro sintomatologico -in ingresso- collegabile alla cefalea, che nel corso della degenza è stato smentito a livello organico, per porre una diagnosi di disturbo psicosomatico.

Lo studio si è posto l'obiettivo di indagare tramite la somministrazione del test Youth Self-Report (YSR 11-18) le traiettorie di sviluppo psicopatologico nello spettro internalizzante o esternalizzante, di pazienti con Disturbo da sintomi somatici che lamentano cefalea e pazienti con una diagnosi organica concernente il quadro sindromico cefalalgico, successivamente comparati con un gruppo di controllo sano per evidenziare le possibili differenze.

CAPITOLO 1

DISTURBI DA SINTOMI SOMATICI IN ETÀ EVOLUTIVA

I Disturbi da sintomi somatici in età evolutiva rappresentano una categoria clinica multicausale in cui concorrono fattori biologici, psicologici, sociali e ambientali; bambini e adolescenti manifestano sintomi fisici non esauribili da una condizione medica organica, che costituiscono fonte di disagio psicologico e impattano notevolmente il loro funzionamento quotidiano; questi disturbi si manifestano più frequentemente nelle fasi di sviluppo, con sintomi quali cefalee, dolore addominale ricorrente, dolore agli arti, spossatezza e nausea e nella maggior parte dei casi, si presentano in comorbidità con altri disturbi mentali, prevalentemente Disturbi del tono dell'umore e Disturbi d'ansia. Questo fenomeno clinico costituisce circa il 25-30% delle richieste di degenza in ingresso presso le strutture ospedaliere con un picco di insorgenza nelle fasi di maggiore transitorietà, come il passaggio da un grado scolastico a quello successivo, dato che suggerisce la notevole multidimensionalità degli SSD.

In questo capitolo verranno prese in considerazione le etichette cliniche dei Disturbi da sintomi somatici nei principali manuali diagnostici, per poi inquadrare quali sono le traiettorie di sviluppo -degli stessi- in ambito pediatrico e analizzare nello specifico la sintomatologia cefalalgica e le sue origini.

1.1) CLASSIFICAZIONI NOSOGRAFICHE

La classificazione diagnostica dei “Disturbi da sintomi somatici” presenta delle differenze in base a quello che è il manuale di riferimento utilizzato dal clinico per portare avanti ed appurare la diagnosi; in questo elaborato verranno presi in considerazione principalmente il Manuale Diagnostico Statistico dei disturbi mentali nella sua attuale versione vigente (DSM-5, APA, 2013) e l'International Classification of Diseases nella sua ultima revisione (ICD-11, WHO, 2019).

Prendendo in esame il DSM-5, il disturbo da sintomi somatici e altri disturbi con rilevanti sintomi somatici costituiscono una nuova categoria, poiché nell'edizione precedente del manuale erano presentati sotto la dicitura "Disturbi somatoformi", la quale raccoglieva una serie di disturbi notevolmente variegati nella loro manifestazione e cui confini erano eccessivamente sfumati; i principali cambiamenti tra le due edizioni possono essere così riassunti:

- Il Disturbo da somatizzazione, il Disturbo Algico e il Disturbo Somatoforme indifferenziato presenti nel DSM-IV, nell'attuale revisione sono agglomerati nell'unica categoria dei Disturbi da sintomi somatici per via della loro sovrapposizione diagnostica.
- L'Ipocondria (DSM-IV) è stata eliminata come etichetta diagnostica, nella sua manifestazione in presenza di sintomi somatici è stata annoverata alla categoria dei Disturbi da sintomi somatici, mentre nella sua presentazione priva di suddetti sintomi rientra nell'attuale Disturbo da ansia di malattia.
- Il Disturbo da Dismorfismo corporeo (DSM-IV) è stato spostato ed inserito nella sezione separata "Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati".
- Le categorie diagnostiche Disturbo di conversione e Disturbo fittizio non hanno subito rilevanti modifiche.

In tutti i disturbi presenti in questa nuova etichetta diagnostica si associa la salienza del sintomo somatico a disagio e compromissione significativi, enfatizzando l'aspetto prototipico della preoccupazione e del comportamento di ricerca di cure di questi pazienti, a priori dall'intensità e gravità dei sintomi lamentati, difatti, per completare la diagnosi devono essere soddisfatti i criteri specifici per entrambi i suddetti aspetti.

Secondo il DSM-5 per la diagnosi di "Disturbo da sintomi somatici" (Somatic Symptom Disorder, SSD) devono essere soddisfatti diversi criteri tra cui:

- A.** Uno o più sintomi somatici che procurano disagio o portano ad alterazioni significative della vita quotidiana.
- B.** Pensieri, sentimenti o comportamenti eccessivi correlati ai sintomi somatici o associati a preoccupazioni relative alla salute, come indicato da almeno due dei seguenti criteri:
 - 1. Pensieri sproporzionati e persistenti circa la gravità dei propri sintomi.

2. Livello costantemente elevato di ansia per la salute o per i sintomi.
 3. Tempo ed energie eccessivi dedicati a questi sintomi o a preoccupazioni riguardanti la salute.
- C. Sebbene possa non essere presente continuativamente alcuno dei sintomi, la condizione di essere sintomatici è persistente (tipicamente da più di 6 mesi)

Specificare se:

Con dolore predominante (in precedenza disturbo algico): questo specificatore riguarda gli individui con sintomi somatici rappresentati prevalentemente dal dolore.

Persistente: decorso caratterizzato da sintomi gravi, marcata compromissione e lunga durata (più di sei mesi).

Specificare la gravità attuale:

Lieve: è soddisfatto solo uno dei sintomi specificati nel criterio B.

Moderata: sono soddisfatti due o più sintomi specificati nel criterio B.

Grave: sono soddisfatti due o più sintomi specificati nel criterio B, oltre ai quali ci sono molteplici sintomi fisici (o un sintomo fisico molto grave).

Gli individui che rientrano in questa categoria sono tendenzialmente preoccupati in modo eccessivo e sproporzionato rispetto ai propri sintomi, fino a considerarli minacciosi, dannosi e nocivi per la loro salute; queste preoccupazioni sfociano solitamente in elevati livelli di ansia diffusa e angoscia tali da far spendere a coloro che ne soffrono una quantità di tempo ed energia inadeguata alla loro condizione di salute, si configurano come pazienti che richiedono continuamente ai rispettivi medici di base consultazioni, visite specialistiche, numerosi esami anche di tipo invasivo, nonostante il riscontro negativo degli stessi, solitamente davanti ad una diagnosi disturbo somatico tendono a rifiutare il trattamento e ad opporsi alla valutazione che è stata fatta dal clinico si comprende facilmente quindi, che il target di servizi a cui si rivolgono è di tipo medico e non inerente all'ambito della salute mentale, come servizi di sostegno e/o supporto psicologico.

La diagnosi di Disturbo da ansia di malattia viene posta in presenza dei criteri di seguito elencati:

- A. Preoccupazione di avere o contrarre una grave malattia.
- B. I sintomi somatici non sono presenti o, se presenti sono solo di lieve intensità. Se è presente un'altra condizione medica o vi è un rischio elevato di svilupparla, la preoccupazione è chiaramente eccessiva o sproporzionata.
- C. È presente un elevato livello di ansia riguardante la salute e l'individuo si allarma facilmente riguardo al proprio stato di salute.
- D. L'individuo attua eccessivi comportamenti correlate alla salute o presenta un evitamento disadattivo.
- E. La preoccupazione per la malattia è presente da almeno sei mesi, ma la specifica patologia temuta può cambiare nel corso di tale periodo di tempo.
- F. La preoccupazione riguardante la malattia non è meglio spiegata da un altro disturbo mentale.

Specificare quale:

Tipo richiedente l'assistenza: l'assistenza medica comprendente visite e procedure mediche o esami clinici, è usata frequentemente.

Tipo evitante l'assistenza: l'assistenza medica è usata raramente.

Viene evidenziato il primo criterio poiché in questi pazienti tutte le valutazioni mediche portate a termine non riescono a riscontare una condizione medica significativa che giustifichi i livelli di angoscia dell'individuo, difatti il disagio e la sofferenza dell'individuo non deriva dal sintomo in sé, bensì dall'ansia per il senso o la causa del sintomo lamentato; l'ansia associata è intensa, così come i comportamenti legati alla malattia percepita o temuta, che possono essere sproporzionati, portando a consultazioni eccessive, ricerche sulla malattia sospettata (tramite Internet) richieste di esami, tentativi di trovare rassicurazione da parte dei familiari o degli amici, oppure, al contrario, all'evitamento di cercare assistenza a causa dell'ansia che essa provoca, è difatti comune in questa traiettoria ansia-direzionata che l'individuo porti avanti condotte di evitamento verso situazioni che teme potrebbero mettere a rischio la propria salute.

Il Disturbo di conversione (Functional Neurological Disorder, FND) prevede la presenza di:

- A. Uno o più sintomi di alterazione della funzione motoria volontaria o sensoriale.
- B. I risultati clinici forniscono le prove dell'incompatibilità tra il sintomo lamentato e gli esami medici.
- C. Il sintomo o il deficit non sono meglio spiegati da un altro disturbo medico o mentale.
- D. Il sintomo o il deficit causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

Specificare il tipo di sintomi:

Con debolezza o paralisi

Con movimento anomalo (per es., tremore, movimenti distonici, mioclono, disturbi della deambulazione)

Con sintomi riguardanti la deglutizione

Con sintomi riguardanti l'eloquio (per es., disfonia, borbottamento)

Con attacchi epilettiformi o convulsioni

Con anestesia o perdita della sensibilità

Con sintomi sensoriali specifici (per es., problemi visivi, olfattivi o uditivi)

Con sintomi misti

Specificare se:

Episodio acuto: i sintomi sono presenti per meno di sei mesi.

Persistente: i sintomi si verificano per sei mesi o più

Specificare se:

Con fattore psicologico stressante: (*specificare il fattore psicologico stressante*)

Senza fattore psicologico stressante

La manifestazione più diffusa in questa categoria è quella delle crisi convulsive idiopatiche, anche chiamate fenomeni parossistici non epilettici che solitamente comportano una compromissione o perdita di coscienza accompagnata da spostamenti improvvisi degli arti e contrazioni muscolari involontarie; generalmente nell'iter diagnostico è molto utile raccogliere un profilo anamnestico il più completo possibile che esplori anche i vari aspetti della vita del bambino, come l'ambiente familiare, quello

scolastico e le interazioni relazionali con i pari, esaminare -se presenti- registrazioni video fatte a casa; in aggiunta, è di fondamentale importanza attenzionare alcuni indicatori e segni che possono aiutare a differire una crisi primaria idiopatica da una di natura epilettica, tra questi si annoverano in letteratura i movimenti disorganizzati e asincroni rispetto alla configurazione generale della crisi, gli spostamenti pelvici (rotazioni, oscillazioni, spostamenti del bacino), la sonnolenza post-crisi, o i triggers motivazionali prodromici all'insorgenza della crisi, come determinati luoghi o situazioni (Díez-Suárez & Hernández-González, 2025); in ultima battuta questa categoria diagnostica presenza una seconda denominazione che è quella di Disturbo da sintomi neurologici funzionali (FND) poiché sono state riconosciute negli anni come sindromi cliniche costituite da sintomi e segni di alterazioni realmente sperimentate nelle funzioni motorie, sensoriali o cognitive e che si manifestano, come detto precedentemente con uno o più schemi di deficit compatibili principalmente con un disfunzionamento del sistema nervoso i quali comportano un'alterazione nelle prestazioni di vita quotidiana e nei compiti adattivi (Hallett et al., 2022).

Secondo il DSM-5 la diagnosi di Disturbo fittizio può avere due diverse declinazioni:

Disturbo Fittizio provocato a sé

- A. Falsificazione di segni o sintomi fisici o psicologici, o autoinduzione di un infortunio o di una malattia, associato a un inganno accertato.
- B. L'individuo presenta se stesso agli altri come malato, meomato o ferito.
- C. Il comportamento ingannevole è palese anche in assenza di evidenti vantaggi esterni.
- D. Il comportamento non è meglio spiegato da un altro disturbo mentale.

Specificare se:

Episodio singolo

Episodi ricorrenti: due o più eventi di simulazione di malattia e/o autoinduzione di lesioni.

Disturbo Fittizio provocato ad altri

- A. Falsificazione di segni o sintomi fisici o psicologici, o induzione di un infortunio o di una malattia in un altro individuo, associato a un inganno accertato.
- B. L'individuo presenta un'altra persona (vittima) agli altri come malata, menomata o ferita.
- C. Il comportamento ingannevole è palese anche in assenza di evidenti vantaggi esterni.
- D. Il comportamento non è meglio spiegato da un altro disturbo mentale, come il disturbo delirante o un altro disturbo psicotico.

Nota: È il perpetratore, non la vittima, a ricevere questa diagnosi.

Specificare se:

Episodio singolo

Episodi ricorrenti: due o più eventi di simulazione di malattia e/o autoinduzione di lesioni.

Gli individui con questa diagnosi tendono ad utilizzare modalità differenti come l'invenzione, l'amplificazione o l'induzione con lo scopo di falsificare la propria condizione fisica; in questi pazienti è evidente l'aspetto intenzionale di contraffazione di sintomi, ferite o malattie, sono individui che non "soffrono davvero" di queste manifestazioni ma le esplicitano così da potersi raffigurare come malati, anche in assenza di vantaggi esterni; in età evolutiva è solito che questi pazienti agiscano tale quadro sintomatologico per poter ottenere dei rinforzi positivi dall'ambiente di cura primario come assistenza continua da parte del caregiver, poter rimanere in degenza di ricovero in ospedale così da evitare di frequentare la scuola per lunghi periodi di tempo, ricevere il riconoscimento sociale del malato, quindi maggiore comprensione e compassione da parte dell'esterno (Díez-Suárez & Hernández-González, 2025); questa categoria diagnostica può, inoltre essere declinata su terzi, con la dicitura di Disturbo fittizio provocato ad altri, precedentemente chiamato disturbo fittizio per procura o "falso in atto di procura" e prevede l'induzione ad altri di malattia o ferite, nella maggior parte dei casi è il genitore o il principale caregiver a falsificare i sintomi e presentare il bambino come

malato; in questa configurazione è ovviamente il perpetratore a ricevere la suddetta diagnosi, non la “vittima” di tale abuso (American Psychiatric Association, 2013).

Infine, è di grande rilevanza tenere in considerazione i molteplici fattori psicologici che possono influenzare o interferire con condizioni mediche preesistenti o di recente diagnosi, incidendo sull’impianto terapeutico, sul suo decorso e costituendosi come indice di rischio per la salute dell’individuo; nella pratica clinica è facilmente possibile osservare alcuni di questi fattori tra cui:

- elevate quantità di ansia o livelli stressogeni sopra soglia possono concorrere al peggioramento della presentazione sintomatologica e al decorso di alcune malattie croniche (Agorastos & Chrousos, 2022).
- strategie di coping disadattive, ad esempio: ignorare il peggioramento dei sintomi della malattia, evitare le visite di controllo o fare uso di sostanze che possono influenzare il decorso della condizione medica.
- stili di vita e abitudini quali lo svolgimento o meno di attività fisica quotidiana, una corretta ed equilibrata alimentazione e una buona qualità del sonno (Oster & Chaves, 2023).
- presenza di comorbidità psichiatrica: come depressione o ansia, le quali possono complicare la gestione di malattie fisiche così come l’aderenza al trattamento o alla terapia prescritta.

L’ICD-11 (International Classification of Diseases) mantiene alcune caratteristiche in linea con il DSM-5 quali: la centralità della manifestazione fisica dei sintomi e la sua pervasività intesa come una reale interferenza nella normale continuità quotidiana degli individui, aspetto che viene trattato a pari merito con l’impatto e il seguito comportamentale che i sintomi funzionali hanno sul benessere psicologico dell’individuo, altro importante elemento comune è l’assenza di condizioni organiche che possano spiegare, giustificare totalmente o anche solo in parte i sintomi lamentati. I due manuali vengono utilizzati come lume in ambito clinico nonostante non condividano un approccio diagnostico comune, nello specifico, l’ICD-11 enfatizza il riscontro dei sintomi nella vita dell’individuo, senza tenere in considerazione i requisiti di preoccupazione eccessiva e

bisogno/ricerca di cure, aspetto che nel Manuale Diagnostico Statistico viene messo in risalto ed enumerato come criterio imprescindibile per la diagnosi; in conclusione, la nomenclatura permane invariata in entrambi i manuali -"Disturbi di sintomi somatici o di altra natura"- ciò che differisce sono i disturbi poi enumerati al di sotto dell'etichetta, difatti l'ICD-11 distingue tra quattro principali categorie diagnostiche:

1.) Disturbo da sintomi somatici (Somatic Symptom Disorder, SSD) omonimo della classe diagnostica presente nel DSM-5, concerne una caratterizzazione psicopatologica che prevede -in ugual modo- la presenza di uno o più sintomi somatici, i criteri di pervasività e ricorrenza, così come l'impatto clinicamente significativo degli stessi sulla vita dell'individuo, si annoverano inoltre, preoccupazione ed eccessiva focalizzazione sui sintomi lamentati.

2.) Disturbo da dismorfismo corporeo (Body Dysmorphic Disorder) prevede una preoccupazione eccessiva inerente a difetti o imperfezioni percepite nel proprio aspetto fisico ma non osservabili o visibili in modo lieve a terzi; nel DSM-IV , questa categoria era annoverata all'interno dei Disturbi Somatoformi, è stata poi rimossa e inserita in un altro gruppo nosografico, quello dei "Disturbi ossessivo-compulsivi e disturbi correlati" data la messa in atto da parte dell'individuo di comportamenti ripetitivi (ad esempio guardarsi più volte durante il giorno allo specchio e/o curarsi eccessivamente della propria esteriorità) e azioni mentali come il costante confronto del proprio aspetto fisico con quello altrui.

3.) Disturbo di conversione (Functional Neurological Disorder, FND) categoria descritta con la stessa sintomatologia presente nel DSM-5.

4.) Disturbo da sintomi somatici e disabilità (Bodily Distress Disorder) è una categoria più recente cui punto cardine è quello della disabilità provocata dalla persistenza e ricorrenza dei sintomi, che compromettono le attività quotidiane in svariati contesti di vita quali il lavoro, l'ambiente domestico, le relazioni interpersonali.

Caratteristica	ICD-11	DSM-5
Nome della categoria	Disturbo da sintomi somatici (Somatic Symptom Disorder)	Disturbo da sintomi somatici (Somatic Symptom Disorder)
Definizione principale	Presenza di uno o più sintomi somatici che causano disagio o problemi significativi, con preoccupazioni eccessive riguardo ai sintomi	Presenza di uno o più sintomi somatici che sono associati a preoccupazioni eccessive, a un alto livello di ansia o a comportamenti disfunzionali
Criteri principali	Sintomi somatici persistenti o ricorrenti, con preoccupazioni eccessive, che durano almeno sei mesi	Sintomi somatici che causano disagio o problemi significativi, con preoccupazioni eccessive e comportamenti disfunzionali, durano almeno sei mesi
Criteri di esclusione	Nessuna esclusione specifica per condizioni mediche	Nessuna esclusione specifica, ma si distingue da altri disturbi medici o psicologici

Figura 1: confronto Disturbi somatici nel ICD-11 e nel DSM-5

1.2) FATTORI DI RISCHIO

Una volta presi in considerazione i vari inquadramenti clinici che possono orientare i professionisti della salute, è importante esaminare anche i fattori di rischio o predisponenti a suddetti disturbi poiché maggiori sono le componenti facilmente riconoscibili maggiori sono le possibilità di seguire un iter diagnostico più snello e condiviso tra i vari livelli di assistenza sanitaria; attualmente, la gestione di questi disturbi è molto lontana da quella auspicata, permane un disallineamento significativo tra i bisogni dei pazienti e i sistemi ospedalieri o ambulatoriali che si occupano di Disturbi da sintomi somatici. I medici di base e i professionisti della salute mentale sono frequentemente frustrati a causa della mancanza di conoscenze e linee guida chiare, questo comporta un aumento di conflittualità con l'utenza in questione e il perpetuare di un ciclo di sfiducia e avvilitamento che mina fortemente la solidità del rapporto terapeutico e la compliance ai trattamenti (Malas et al., 2017). Transizioni nello sviluppo, pressioni o conflitti scolastici, schemi familiari disfunzionali o altamente richiedenti, strategie di coping internalizzanti, temperamento del bambino, comorbidità psichiatriche e presenza di traumi pregressi sono tra i principali fattori di rischio da valutare nella presa in carico terapeutica/riabilitativa dei pazienti pediatrici, verranno ora esaminati alcuni di questi elementi così da avere un quadro maggiormente completo rispetto alla richiesta dell'utenza (Thomson, Randall, Ibeziako, & Bujoreanu, 2014).

Una storia pregressa di malattia nel bambino, di storia familiare permeata da malattia o da psicopatologia, si configurano come fattori predisponenti allo sviluppo di SSD; in primis, bambini che hanno già avuto svariate esperienze di patologie fisiche con o senza lunghi periodi di ospedalizzazione, sono maggiormente predisposti a leggere le nuove percezioni somatiche in termini drammatici e pessimistici (Dell & Campo, 2011), in più spesso la componente genitoriale tende alla catastrofizzazione e/o all'iperprotezione del bambino tramite condotte di controllo e ipervigilanza che incrementano ancora di più la salienza data ai sintomi somatici (Wilson, Moss, Palermo & Fales, 2014); in secondo luogo la letteratura conferma la presenza di elevati tassi di malattie fisiche nelle famiglie di bambini con SSD, sia nel nucleo familiare più stretto (spesso sono proprio i caregiver a soffrire di una qualche patologia cronica) sia nelle ramificazioni più distali; ciò che non

è ancora chiaro e necessita di maggiori indagini è il nesso tra questi elementi, il quale da una parte potrebbe essere spiegato da una variabile di predisposizione genetica, a livello sistemico relazionale, invece, si afferma che crescere con modelli familiari di patologizzazione e ipermedicalizzazione possa aumentare la vulnerabilità del bambino a questi aspetti; infine, come evidenziato precedentemente, la presenza di psicopatologia tra i membri della famiglia, principalmente disturbi d'ansia, disturbi depressivi, disturbo da uso di sostanze e alcolismo risultano predittori di somatizzazione nei figli (Burns, Solis, Shadur & Hussong, 2012).

Altro rilevante fattore di rischio è il temperamento (inteso come quella costellazione di caratteristiche innate e stabili) che nei bambini soprattutto nei primi anni di vita risulta influenzare la messa in atto di strategie di coping più o meno adattive, in letteratura numerose sono le evidenze che sottolineano il collegamento tra bambini con temperamento insicuro o timido, meccanismi di risposta quali l'evitamento o la passività, con un maggiore rischio di sviluppare SSD (Andresen et al., 2011); tale correlazione è comprensibile in ottica psicodinamica tramite il costrutto psicologico di alessitimia, ovvero quella condizione in cui l'individuo è incapaciato nella verbalizzazione delle proprie emozioni, ciò che accade quindi, è una metaforica evacuazione surrettizia delle proprie pulsioni tramite l'espressione somatica, viene bypassato il livello cognitivo tanto da non essere presente la componente di gestione del peso psichico; i soggetti alessitimici compongono una buona parte di popolazione pediatrica che affronta gli eventi stressanti o investiti emotivamente tramite la traduzione somatica, solitamente è possibile riscontrare retrospettivamente l'assenza di un accudimento tale da fornire nutrimento psichico durante le prime fasi di sviluppo del bambino (Ammaniti, Nicolais & Speranza, 2004); è riconosciuto che l'area dello sviluppo somatico, dell'appropriazione del corpo e della regolazione fisiologica si iscriva nella prima matrice relazionale in cui il caregiver e il bambino si incontrano, anche chiamato "starting point" dello sviluppo individuale ed è un ottimo indicatore della capacità genitoriale di adottare metodi efficaci di scaffolding per far sì che il corpo non diventi veicolo di comunicazioni di sofferenze psichiche (Abraham & Kerns, 2013); inoltre nella pratica clinica, non è raro riscontrare anche bambini perfezionisti, intrinsecamente rigorosi e inflessibili che tendono a sfruttare il ruolo di "malato" come modalità per svincolarsi da standard auto imposti o imposti dai caregivers.

In ultima analisi, i fattori ambientali e contestuali devono necessariamente essere presi in considerazione nel momento in cui vengono definiti i profili anamnestici e nella conduzione dei colloqui clinici sia con il bambino che con il genitore, principalmente devono essere indagati possibili eventi trigger pregressi o situazioni traumatiche a cui il bambino può aver assistito o in cui è coinvolto; in ambito pediatrico questa attenzione deve essere mantenuta elevata soprattutto con pazienti in fascia adolescenziale in cui oltre ai cambiamenti personologici e fisici, avvengono anche transizioni di altro tipo che possono creare una dismetria tra le aspettative genitoriali e le condotte comportamentali effettive dell'individuo, frequentemente elementi come: l'inizio dell'anno scolastico, il passaggio a un nuovo grado, i risultati accademici, possibili episodi di bullismo o di isolamento sociale possono essere di grande rilevanza nello sviluppo di SSD (Ibeziako, Choi, Randall & Bujoreanu, 2016). Nell'ambiente domestico, situazioni di traumatizzazione infantile come episodi di abuso sessuale, maltrattamento fisico o emotivo, neglect o abbandono correlano positivamente con lo sviluppo di somatizzazione come meccanismo di difesa adottato dal bambino per ovviare al trauma, spostandolo in questo modo su un binario differente, quello del soma; in virtù di ciò che è stato appena detto, i bambini che vivono legami di attaccamento simili tendono ad essere sempre vigilianti, come se vivessero un costante stato di paura in cui ovviamente il livello di Arousal, quindi, l'attivazione psicofisiologica è sempre sopra soglia, questo può comportare lo sviluppo di altre psicopatologie come i disturbi della regolazione della processazione sensoriale e i disturbi dissociativi (Kugler et al., 2012).

1.3) DISTURBI DA SINTOMI SOMATICI IN ETÀ EVOLUTIVA

Durante le fasi di sviluppo i Disturbi da sintomi somatici si cristallizzano su sintomi prototipici come il dolore addominale, mal di testa, dolore agli arti, spossatezza e nausea, inoltre, il tratto maggiormente ricorrente soprattutto nei pazienti più piccoli è la difficoltà nel riuscire a comprendere propriamente gli stati emotivi e affettivi che si attraversa, per poterli, conseguentemente, verbalizzare; nei bambini in età prescolare e in età scolare i sintomi sono sinonimo della presenza di una forma di disagio, solitamente nella sfera relazionale con i caregivers o di difetti nel sistema interattivo con gli stessi che non consentono un'appropriata differenziazione delle esperienze e dello sviluppo del Sé, quando suddetti processi di sintonizzazione affettiva e co-regolazione con le figure di attaccamento risultano manchevoli, non appropriati o inadatti si possono manifestare disturbi di vario tipo, primi tra tutti in questa fase evolutiva sono i disturbi che concernono l'apparato somatico, i quali testimoniano un livello di frustrazione sperimentato dal bambino nell'area relazionale affettiva primaria, che si va a manifestare sotto forma di dolore corporeo, fisico cui origini si ritrovano in una forma di sofferenza di tipo emotivo (Tambelli, 2017).

Il ruolo genitoriale è in questa fase fondamentale nell'indirizzare poi l'adattamento psicopatologico del bambino a tale sintomatologia, infatti genitori particolarmente ansiosi possono aumentare le richieste di test o interventi invasivi, l'intera costellazione di tali fattori può influire negativamente sul benessere del bambino con un impatto importante sulla sua vita quotidiana, come l'assenza da scuola, una minore partecipazione alle attività o anche l'isolamento sociale (Díez-Suárez & Hernández-González, 2025), dall'altro lato, il genitore può sentirsi sminuito, sottovalutato e ignorato nel confronto con i servizi sanitari, questo solitamente tende a compromettere il rapporto con il medico di base, a cui segue una spirale di conseguenze come l'incremento nella frequenza di visite, l'aumento dell'uso delle risorse sanitarie, il cambio frequente di numerosi pediatri, e nel momento in cui non tutte le richieste del genitore vengono assecondate, si può creare tensione o rancore nei confronti della figura medica di riferimento, andando a deteriorare il rapporto di fiducia e a minare la compliance a futuri trattamenti (Malas, Ortiz-Aguayo, Giles & Ibeziako, 2017). All'interno dei reparti pediatrici, non è raro imbattersi in una combinazione "letale" in cui il bambino manifesta sintomi somatici mentre il genitore

mostra ipocondria, in questi casi si deve attenzionare la dinamica relazionale della diade e i tratti psicopatologici personali poiché potrebbero essere commessi errori diagnostici, andando a confondere un'ipotetico Disturbo da ansia di malattia con il disturbo fittizio provocato ad altri (precedente disturbo fittizio per procura), che è molto meno frequente. Nella fase adolescenziale è più comune che siano gli individui stessi a preoccuparsi eccessivamente della sintomatologia somatica e avere poi difficoltà nell'accettare una diagnosi di questo tipo; gli adolescenti con SSD presentano inoltre, un rischio maggiore di sviluppare comorbidità psichiatrica, principalmente nello spettro internalizzante, dunque sintomi ansiosi o depressivi, in letteratura è ancora presente un forte dibattito inerente quale di queste componenti compaia primariamente, dato che gli adolescenti con una diagnosi di disturbi affettivi, disturbi d'ansia o comportamentali sono a rischio di sviluppare sintomi somatici come dolore cronico o mal di testa e d'altra parte, depressione e disturbi d'ansia possono essere una conseguenza del dolore cronico (Heimann et al., 2018); nonostante la maggior parte di questi pazienti venga visitata in strutture di assistenza primaria, una parte di essi può essere talmente preoccupata e angosciata dai propri sintomi da accedere direttamente al pronto soccorso o essere ricoverata in ospedale per periodi più o meno lunghi di degenza; solitamente in suddette situazioni, i pazienti presentano delle forme più gravi del disturbo (Disturbo di conversione o SSD) con dolore persistente ed elevato, spesso stanno attraversando periodi di sviluppo particolarmente complicati, oppure vivono contesti di forte stress familiare a causa di conflitti o difficoltà coniugali tra i propri genitori (Saunders et al., 2020). A livello epidemiologico si stima che il 25% della popolazione di età inferiore ai 18 anni lamenti uno o più sintomi funzionali con frequenza settimanale, tra tutti i bambini che visitano il pediatra per qualsiasi motivo o richiesta, circa il 10% presenta sintomi fisici a cui non è possibile attribuire un fondamento eziopatologico e pertanto, non hanno un riscontro diagnostico con base organica, ma creano in ogni caso, disagio clinicamente significativo e hanno un impatto negativo sulla vita quotidiana di chi ne soffre; proprio in virtù di ciò che è stato esposto, della portata e della capillarità del fenomeno somatico in età evolutiva, è fondamentale identificare la specifica configurazione sindromica e procedere nell'iter diagnostico con accuratezza e precisione, così da adattare il trattamento alle necessità e ai bisogni del piccolo paziente.

1.4) LA CEFALEA COME SINTOMO MANIFESTO

La cefalea è il più frequente sintomo somatico riferito da bambini e adolescenti in accesso ai servizi di assistenza sanitaria, solitamente fa riferimento ad un dolore, più o meno localizzato, che può essere accompagnato da altri sintomi come il vomito, la nausea, le vertigini o la febbre. In base all'eziologia, la Classificazione Internazionale delle Cefalee, terza edizione (ICHD-3) distingue due principali tipologie: cefalea primaria o idiopatica e cefalea secondaria. Quest'ultima si presenta come sintomo di una patologia organica ed è per questo chiamata cefalea secondaria, poiché è dovuta ad un processo fisiologico identificabile, le cause delle cefalee secondarie vengono usualmente distinte in due principali raggruppamenti: le forme benigne dovute a cause non-neurologiche come sinusite, forme di allergia e/o riniti, e le forme più complesse con causa neurologica, come la presenza di lesioni intracraniche, extracraniche, tumori del sistema nervoso centrale, ascessi ed ematomi cerebrali, aneurismi e/o meningo-encefaliti (Sartori, 2012); questa forma ad eziopatogenesi più grave è facilmente riconoscibile poiché tende ad insorgere prima dei tre anni di vita, con episodi acuti ed improvvisi, principalmente durante le ore notturne, al risveglio oppure a seguito di attività fisiche che abbiano richiesto sforzo; molto spesso le cefalee secondarie sono associate anche a vomito a getto, febbre, sensazione di malessere generalizzato e alterazione della vigilanza, con localizzazione unilaterale fissa, presenza di crisi convulsive (di tipo tonico, clonico, tonico-clonico o miotonico) e movimenti oculari anomali, come strabismo o nistagmo.

Per quanto riguarda le cefalee di tipo idiopatico, la differenziazione ad oggi presente in letteratura le suddivide principalmente in emicrania con/senza aura, cefalea di tipo tensivo e cefalea a grappolo; le loro manifestazioni sono diverse ma sono tutte accomunate da un'assenza di riscontro organico, non presentano quindi un'eziologia identificabile, ed è per questo che sono spesso considerate ai confini tra medicina e psicologia, nella dicotomia mente e corpo, disturbi di adattamento psico-biologico in cui l'interazione tra componenti genetiche, ambientali e fattori psicologici deve essere considerata fondativa nella loro analisi e gestione (Guidetti, Faedda & Siniatchkin, 2016); numerose ricerche sostengono l'ipotesi che nelle fasi evolutive precoci, possano esserci delle traiettorie comuni di sviluppo tra cefalee primarie e psicopatologia, nello specifico, si crede che

esperire situazioni avverse come: episodi di violenza interpersonale, quali abuso o maltrattamento, relazioni familiari disadattive, esposizione a fonti di stress moderato o grave, possano essere associate a dolore cronico, lamentele somatiche e a problemi di salute mentale nei giovani. Secondo uno studio condotto da Anda et al.,(2010) sulla correlazione tra eventi traumatici in età infantile e cefalea in età adulta, la prevalenza di episodi di mal di testa ha un aumento stimato di due volte superiore nei casi che presentano più eventi traumatici durante l'infanzia, così come la presenza di sintomatologia somatoforme è stata associata a più di una esperienza avversa durante l'infanzia; le esperienze dolorose nei bambini, come le forme primarie di cefalea, possono costituire degli eventi particolarmente minacciosi per uno sviluppo adattivo, soprattutto se sono ricorsivi e vissuti in prima persona dall'infante, senza la protezione di un contesto familiare che funga da ammortizzatore; inoltre, questa branca patologica non influenza solamente lo sviluppo di un adattamento adeguato nei bambini e negli adolescenti, andandone a minare la frequenza ad attività scolastiche e situazioni sociali, ma reca forte danno anche all'ecosistema genitoriale, andando ad impattare negativamente il rendimento lavorativo dei genitori e molto spesso, con il fine di ovviare ad una giusta e costante assistenza per i loro figli, gli stessi decidono di rimanere a casa, licenziarsi o diminuire le ore di lavoro (Nieswand, Richter & Gossrau, 2020). Nello studio sul Carico Globale di Malattie (GBD) del 2019, l'emicrania è stata rilevata come la seconda causa principale, a livello globale, di anni vissuti con disabilità (YLDs, Years Lived with Disability), misura che prevede la presenza di disabilità dettata da una malattia o da una lesione, in assenza di patologie terminali, in più, nella ricerca viene evidenziato che nelle giovani donne (di età inferiore ai 50 anni), l'emicrania è la prima causa. Ad oggi il "Global Burden of Disease" viene considerata tra le analisi epidemiologiche maggiormente accurate nella valutazione dell'impatto di malattie, infortuni e dei risk factors sulla popolazione generale, considerando sia la mortalità che la disabilità, difatti, utilizza due principali metriche: gli anni vissuti con disabilità (YLD, precedentemente citati) e il DALY (Disability-Adjusted Life Years) misura composita che include al suo interno, sia il conteggio degli anni persi a causa di morte prematura (YLL, Years of Life Lost), sia gli anni vissuti con disabilità (Steiner, Husøy & Stovner, 2024). Nel GBD del 2016, i disturbi neurologici rappresentavano l'8,6% di tutti i YLDs globali, i disturbi cefalgici più di tre quarti di tutti i YLD neurologici (il 6,5% di tutti i YLDs), e l'emicrania costituiva l'86%

di questi (il 5,6% di tutti i YLDs). Date le allarmanti evidenze epidemiologiche, la comunità scientifica si è ripetutamente espressa con l'obiettivo di aumentare l'attenzione e la salienza clinica inerente alle cefalee primarie, tramite l'incremento della consapevolezza sull'importanza di una diagnosi precoce (creazione e uso di linee guida più chiare e uniformi) e di terapie preventive, per evitare la cronicizzazione di tali manifestazioni e per ridurre l'outcome negativo sulle prestazioni scolastiche e sul contesto sociale di appartenenza di chi ne soffre.

L'emicrania è tra le manifestazioni maggiormente diffuse e lamentate in età pediatrica, viene descritta come un dolore pulsante di intensità media o forte che si localizza in sede unilaterale e peggiora dopo l'esecuzione di sforzo fisico, in associazione possono presentarsi, di solito, nausea, vomito, fotofobia e/o fonofobia; nella sua componente con aura l'emicrania apporta principalmente, deficit a carico del sistema visivo (annebbiamento della vista, zig-zag luminosi, offuscamento di parte del campo visivo) di quello sensoriale (addormentamento o formicolio di un braccio e/o di metà del viso) e disturbi della parola (incapacità a trovare i vocaboli per esprimersi).

Emicrania senza aura
A Almeno 5 attacchi che soddisfino i criteri descritti dal punto B al D.
B Attacchi di cefalea che durano 4-72 ore (non trattati o trattati senza successo)
C Cefalea con almeno due delle seguenti caratteristiche: • Localizzazione unilaterale del dolore • Dolore di tipo pulsante • Dolore di intensità media o forte • Aggravata da o che limiti le attività fisiche di routine
D Almeno uno dei seguenti sintomi durante la cefalea: • Nausea, vomito o entrambi • Fotofobia e fonofobia
E Non meglio inquadrata da altra diagnosi ICHD-3

Figura 2: criteri diagnostici per emicrania senza aura (ICDH-3)

Emicrania con aura
A Almeno 2 attacchi che soddisfino i criteri B e C.
B Uno o più dei seguenti sintomi di aura completamente reversibili: • Visivo • Sensoriale • Linguaggio • Motorio • Tronco encefalico • Retinico
C Almeno 3 delle seguenti 6 caratteristiche: • Almeno un sintomo di aura che gradualmente diffonde in un tempo ≥ 5 minuti • Due o più sintomi che si verificano in successione • Ogni singolo sintomo di aura dura dai 5 ai 60 minuti • Almeno un sintomo di aura unilaterale • Almeno un sintomo di aura positivo • L'aura è accompagnata o seguita entro 60 minuti da cefalea
D Non meglio inquadrata tra le cefalee ICHD-3

Figura 3: criteri diagnostici per emicrania con (ICDH-3)

Diversi studi hanno evidenziato un aumento significativo della prevalenza di episodi emicranici nei bambini tra i 3 e gli 11 anni, con un particolare picco per le fasi “transitorie”, ovvero durante il passaggio dalla scuola materna alla scuola elementare; tale cambiamento è stato attribuito a un carico di stress più elevato e a maggiori richieste di adattamento e di performance nella vita del bambino, che potrebbero portare a squilibri omeostatici e, di conseguenza, alla manifestazione cefalgica. La comunità scientifica ad oggi, concorda nel sostenere un'ipotesi esplicativa dell'emicrania intesa come fenomeno multifattoriale e complesso, in cui concorrono fattori genetici predisponenti e fattori ambientali che contribuiscono alla creazione ed esacerbazione degli attacchi; tra i primi si annovera principalmente una compromissione nel Default Mode Network (DMN), detto in italiano Rete di Default, che è costituita da un insieme di aree del cervello attivate solo quando la mente è a riposo, cioè quando non si svolgono attività specifiche come lavorare o parlare; è una rete di funzionamento cognitivo che si mobilita quando si

rimugina su ricordi passati o pensieri (narrazione autobiografica), quando sono in atto processi di riflessione su se stessi e/o sul mondo, di pianificazione del futuro, in generale in tutti i momenti di introspezione, di creazione del senso del Sé e di comprensione e connessione con l'ambiente circostante. Diversi autori credono che una riduzione della connettività nel Default Mode Network possa rappresentare un biomarcatore precoce della crisi di emicrania, probabilmente in associazione ad una risposta neurale disadattiva, inoltre, nei pazienti con mal di testa, tale compromissione può anche inficiare sulla capacità di comprendere le emozioni degli altri e di riflettere sul proprio stato emotivo, difatti sono stati trovati livelli più elevati di alessitimia nei pazienti con emicrania rispetto ai soggetti appartenenti ai gruppi di controllo (Gelfand, 2015); in accordo con quanto precedentemente detto, l'alessitimia si conferma essere un fattore predisponente allo sviluppo di disturbi psicosomatici e possibili traiettorie psicopatologiche. Infine, tali cambiamenti specifici nella connettività del Default Mode Network (DMN) potrebbero essere associati alla difficoltà nel regolare le emozioni e nell'esprimere i sentimenti, le persone con tratti alessitimici sono più propense ad avere mal di testa e altri disturbi somatici, proprio perché potrebbero deficitare di un adeguato sviluppo della teoria della mente e delle competenze necessarie per modulare le emozioni e rispondere, tramite reazioni di coping adatte, alle situazioni di stress. Dall'altro lato, l'impatto dei fattori ambientali è stato evidenziato principalmente dall'azione dei meccanismi epigenetici durante la prima infanzia e l'infanzia, questi processi biologici influenzano l'attivazione o meno di determinati geni davanti all'esposizione del bambino all'ambiente e a diverse esperienze, e svolgono un ruolo importante nella fisiopatologia delle cefalee; in particolare l'origine degli attacchi emicranici è spesso associata a cambiamenti epigenetici che possono riscontrarsi nell'ambiente di accudimento del bambino, nella presenza di una fonte di stress precoce e/o ripetitiva o nel rapporto caregiver-infante. Questo legame tra fattori genetici ed epigenetici si riflette in una struttura di personalità particolare che può predisporre agli attacchi di mal di testa o rendere il cervello più suscettibile a determinati stressor o fattori scatenanti, ad esempio, alcuni eventi come il divorzio dei propri genitori, gli abusi fisici o sessuali, sono stati riconosciuti come importanti fattori di rischio per l'emicrania e la sua cronicizzazione; per ciò che concerne il livello temperamentale e personologico, tra le caratteristiche maggiormente diffuse nei giovani che soffrono di emicrania, ricorrono il perfezionismo, la competizione,

l'ambizione, la rigidità e la tendenza a soffocare le emozioni e non verbalizzarle, sono - solitamente- bambini timidi, riservati, moderati, educati, coscienziosi, responsabili, insolitamente riflessivi ed estremamente assertivi nei confronti non solo dei genitori, ma anche del gruppo dei pari (Guidetti, Faedda & Siniatchkin, 2016). Altro importante fattore predisponente, sottolineato in molti studi, è l'influenza del comportamento dei genitori nel mantenimento dell'emicrania in età infantile, vale a dire sia l'organizzazione psichica propria dei caregiver sia lo stile di parenting, ricorrono descrizioni di ambienti domestici rigorosi e severi, in cui i caregiver richiedono disciplina con alti livelli di controllo e convenzionalità, bassi livelli di affettività e partecipazione emotiva; secondo la teoria di Baumrind (1971) sugli stili genitoriali, durante lo sviluppo infantile se ne possono osservare tre, i quali nascono dalla combinazione di quattro dimensioni, ovvero il controllo, le richieste di maturità, la chiarezza della comunicazione e il calore; i genitori autoritari sono quelli maggiormente narrati dai bambini con crisi emicraniche, questi tendono a imporre forti richieste di maturità e controllo sui desideri dei loro figli, richiedono obbedienza e sollecitudine agli ordini che danno e sono maggiormente inclini a scegliere tipologie di punizioni dure e severe davanti a qualsiasi infrazione, dall'altro lato, sono genitori che non forniscono supporto e sostegno rispetto alle esigenze dei loro figli, sono più propensi a reprimerli e limitarli, il loro atteggiamento è freddo e anaffettivo e tendono a trattare i bambini come se fossero già adulti e responsabili. Secondo Baumrind questi bambini crescono sotto ingente pressione e con alte aspettative imposte dai genitori, appaiono tendenzialmente repressi, pessimisti e poco autonomi, per cui mantengono una forte dipendenza dai genitori e perdono fiducia in sé stessi, a questa configurazione prototipica si somma l'assenza di calore e comprensione genitoriale, la mancanza di ascolto e di sintonizzazione affettiva (Fadlillah & Fauziah, 2022).

Wolff (1948) aveva già anticipato la configurazione psicologica prototipica dei pazienti con crisi emicraniche, li descriveva come individui ambiziosi, alla ricerca di successo, perfezionisti e prestanti anche a costo di impiegare più energia rispetto agli altri, costantemente improntati ad ottenere l'approvazione dei genitori e del gruppo amicale fin dall'infanzia, impegnandosi e lavorando di più dei coetanei per raggiungere gli obiettivi imposti dai genitori; secondo l'autore, la radice delle crisi emicraniche poteva essere ritrovata proprio nella somma di tutte queste componenti, che portavano inevitabilmente l'individuo a sperimentare ansia crescente e pervasiva davanti a tutti i compiti che gli

venivano richiesti, frustrazione e risentimento nei casi in cui non riusciva a fronteggiare le aspettative altrui senza disilluderle, e inoltre, erano soggetti che crescendo con figure parentali rigide e autoritarie ,al posto di ricevere nutrimento fisico e psichico, ottenevano ordini e comandi; tale meccanismo innescava uno stato di attivazione psicofisico pervasivo alternato a fasi di stanchezza, momento in cui si verificava l'attacco emicranico. La rappresentazione fornita da Wolff (1963) è stata denominata "Migraine Personality" ed è definita da una costellazione di tratti ossessivo-compulsivi, come il perfezionismo, l'ordine, la rigidità mentale e comportamentale, ed è stata interpretata come una strategia di difesa agita dall'individuo cefalgico per far fronte ai propri impulsi aggressivi e di rabbia, i quali non venendo verbalizzati trovano l'unica via d'uscita tramite il Soma. Contrariamente all'ipotesi di Wolff, i nuovi studi si concentrano principalmente sul ruolo dei sintomi psichiatrici come risultato di disturbi in comorbidità piuttosto che di alterazioni di personalità basali, e su come la presenza di più patologie può alterare il decorso clinico dell'emicrania, la sua prognosi e la qualità di vita dei pazienti; le condizioni psichiatriche che si verificano maggiormente in concomitanza con l'emicrania sono classificate in tre categorie principali:

A) Disturbi dell'umore (sia di tipo unipolare che bipolare)

Nella configurazione depressiva, le manifestazioni possono variare da una lieve distimia a una depressione maggiore con condotte autolesive e ideazione suicidaria; la costellazione sintomatologica prototipica definita da assenza di energia, difficoltà a concentrarsi, insonnia o ipersonnia, perdita/aumento di appetito, agitazione o rallentamento psicomotorio, sentimenti di autosvalutazione o di autocolpevolizzazione eccessiva, marcata diminuzione di interesse o di piacere per tutte o quasi tutte le attività precedentemente svolte con entusiasmo, è comunemente riscontrabile nelle persone con attacchi emicranici (Viudez-Martínez, Torregrosa, Navarrete & García-Gutiérrez, 2024).

B) Disturbi d'ansia

L'ansia è maggiormente diffusa tra i pazienti con emicrania rispetto alla popolazione generale; tra le diagnosi di disturbo d'ansia in comorbidità si rilevano principalmente il disturbo da attacchi di panico, disturbo d'ansia generalizzata, forme di fobia sociale o fobie specifiche e meno frequentemente, il disturbo ossessivo-compulsivo; un importante dato emerso in più ricerche, è la coesistenza di disturbi d'ansia e del tono dell'umore nelle

persone con emicrania, in generale si è rilevata l'insorgenza sintomatologica ansiosa come precedente a quella emicranica, mentre nei soggetti con disturbi affettivi sembra accadere il processo opposto, sono gli episodi emicranici ad anticipare la comparsa di sintomi psicopatologici (Guidetti & Galli, 2002).

C) Disturbi di personalità

I profili di personalità patologici sono più frequenti negli individui che presentano episodi emicranici, in uno studio condotto da Bigal et al., (2003) in cui si indagavano i vari tratti di personalità di un campione clinico tramite la somministrazione del Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), è emerso che i soggetti con emicrania cronica tendono ad avere punteggi più alti in alcune scale cliniche tra cui: l'ipocondria (scala più vicina alla somatizzazione, riguarda un'eccessiva preoccupazione inerente alla propria salute), la depressione (valuta principalmente i sintomi manifesti per fare diagnosi), la schizofrenia (scala di valutazione dei sintomi premorbosi, prodromici e quelli che si sviluppano in acuzia) e l'introversione sociale (misura il livello di ritiro e isolamento dalla sfera sociale); altra dimensione presa in considerazione da alcune ricerche è quella dell'estroversione, che si riferisce al livello di socievolezza, impulsività e bisogno di stimolazione di un individuo, per cui bassi risultati in questa sfera suggeriscono che le persone con emicrania sono più propense ad agiti evitanti, quindi ad esperire meno eventi positivi nella vita, come interazioni sociali soddisfacenti (Garrazone et al., 2020).

La cefalea di tipo tensivo (TTH) viene solitamente classificata come tale in presenza di dolore localizzato bilateralmente di intensità media o anche lieve, che non peggiora all'esecuzione di attività fisica, non si associa a nausea e viene raccontata da chi ne soffre come una sensazione di peso, pressione sulla testa o di morsa, come se avessero una fascia molto stretta intorno alla testa (rispettivamente dolore di tipo gravativo o costrittivo); queste cefalee possono avere durata molto lunga, secondo la Classificazione Internazionale delle Cefalee nella sua terza edizione (2018), la cefalea tensiva può persistere per pochi minuti fino a dilazionarsi anche per giorni, tendenzialmente il range prototipico va dalle 4 alle 6 ore; inoltre, in base alla frequenza degli episodi si classificano

in più sottotipi, le cefalee episodiche (meno di un giorno al mese), quelle episodiche frequenti (più di un giorno al mese e meno di quindici giorni al mese), e infine, quelle croniche (più di quindici giorni al mese).

Cefalea di tipo tensivo
A Almeno 10 episodi di cefalea che soddisfino i criteri riportati da B e D
B Episodi di cefalea che durano dai 30 minuti ai 7 giorni
C Almeno due delle seguenti caratteristiche: • Localizzazione bilaterale del dolore • Intensità del dolore di grado lieve-moderato • Dolore di tipo gravativo o costrittivo (non pulsante) • Dolore non aggravato dalle normali attività fisiche di routine
D Entrambe le seguenti caratteristiche: • Assenza di nausea o vomito • Può essere presente fotofobia o fonofobia, ma non entrambe
E Non meglio inquadrata tra le cefalee ICHD-3

Figura 4: criteri diagnostici per la cefalea di tipo tensivo (ICHD-3)

A livello epidemiologico, la distribuzione tra sessi della TTH vede una maggiore incidenza tra le femmine rispetto ai maschi (1,2:1) anche se in misura minore rispetto ai tassi dell'emicrania (3:1), la prevalenza della forma tensiva cronica si attesta tra lo 0.2% e il 12.9%, mentre nella sua configurazione episodica varia tra il 4% e il 29%, con un aumento significativo al progredire dell'età; nonostante sia tra i disturbi neurologici maggiormente diffusi nella popolazione generale, permane una grande confusione diagnostica dettata, in parte dalla sovrapposizione sintomatologica con altre forme cefalalgiche e dall'altra parte dovuta a difficoltà nell'iter diagnostico stesso; in ambito pediatrico vige un clima di sottovalutazione e ridimensionamento dei sintomi legati alla TTH, principalmente per via della presentazione sintomatologica fumosa in età infantile, con notevoli difficoltà nella conduzione di una corretta diagnosi differenziale atta a escludere altre tipologie di cefalee primarie o secondarie; non è raro, inoltre, che avvengano dei cambiamenti nella presentazione clinica della cefalea durante il passaggio dall'infanzia all'età adulta, spesso, passando da una diagnosi di emicrania ad una di cefalea tensiva o viceversa, complicando ancora di più il quadro clinico, dal momento

che, l'iter diagnostico di differenziazione tra emicrania e cefalea tensiva è molto ostico e vanta svariate difficoltà in presenza di crisi che -molto spesso- sono borderline tra le due manifestazioni e rendono l'inquadramento clinico complesso (Balottin et al., 2012). Sotto il punto di vista psicopatologico, svariati studi sottolineano la presenza di tratti alessitimici anche nei campioni di pazienti con cefalea tensiva, in particolare, due dimensioni risultano maggiormente compromesse in questi ultimi: la capacità di riconoscere i propri sentimenti e la tendenza a ragionare in termini pratici (fissazione allo stadio operatorio concreto, per cui si mantiene un forte ancoraggio alla solidità delle cose e alla realtà circostante, con poco ragionamento astratto); l'alessitimia collabora, quindi, al mantenimento di una condizione disadattiva in cui l'inaccessibilità ai propri sentimenti e alle proprie emozioni li rende non alfabetizzabili, indistinguibili tra loro, alimentando un crescente disagio che sfocia poi, in sintomo funzionale (Baglioni et al., 2023). In ultima battuta, è importante tenere in considerazione che il principale disturbo psichico in comorbidità con le forme di cefalea tensiva è quello dello spettro ansioso, l'ipotesi maggiormente accreditata vede l'ansia come fattore scatenante di tensione e irrigidimento muscolare, questi ultimi come sottolineato precedentemente, contribuiscono a generare attacchi di TTH e la ripetizione improvvisa e imprevedibile di suddetti attacchi può far sviluppare nell'individuo ansia anticipatoria; al contrario, le manifestazioni emicraniche sono maggiormente associate ai disturbi depressivi, dal momento che sono caratterizzate da dolore invalidante, spesso peggiorato da triggers come fonti di luce o rumore, che può recare un deterioramento delle attività quotidiane (assenteismo da scuola, impossibilità a praticare sport, evitamento di luoghi affollati e rumorosi, etc..) e influenza negativamente la qualità di vita del bambino (Lee, Kim & Chang, 2023) .

La cefalea a grappolo (Cluster Headache, CH) viene così chiamata poiché si struttura con delle fasi attive acute (grappoli o cluster) che si alternano a fasi di remissione spontanea, il dolore è localizzato in sede unilaterale, orbitaria, sovra orbitaria e/o temporale generalmente di intensità elevata, con sintomi associati in manifestazione omolaterale quali lacrimazione, rinorrea, congestione nasale, sudorazione del volto, miosi e/o ptosi.

Cefalea a grappolo
A Almeno 5 attacchi che soddisfino i criteri da B a D
B Dolore unilaterale intenso o molto intenso a livello della regione orbitaria, sovraorbitaria e/o temporale che, se non trattato, dura dai 15 ai 180 minuti: durante una parte (meno della metà) della durata dell'intervallo temporale, che racchiude gli attacchi, gli episodi possono essere meno intensi e/o di durata minore o maggiore rispetto a quanto precedentemente indicato
C La cefalea è associata a una o entrambe le seguenti condizioni: 1. Almeno uno dei seguenti sintomi o segni omolaterali del dolore: a. Iperemia congiuntivale e/o lacrimazione b. Congestione nasale e/o rinorrea c. Edema palpebrale d. Sudorazione a livello di fronte e volto e. Miosi e/o ptosi 2. Sensazione di irrequietezza o agitazione
D La frequenza degli attacchi è compresa tra 1 ogni due giorni o 8 al giorno per più della metà del periodo di tempo in cui la patologia è in fase attiva
E Non meglio inquadrata tra le cefalee ICHD-3

Figura 5: criteri diagnostici per la cefalea a grappolo (ICDH-3)

La cefalea a grappolo è la forma di cefalea primaria più rara e meno studiata tra tutte, nonostante nella popolazione generale abbia una prevalenza compresa tra lo 0,04% e lo 0,4%, mentre nei bambini e negli adolescenti varia tra lo 0,03% e lo 0,5%, solitamente ha una predominanza maschile in età evolutiva così come nelle fasce adulte; in uno studio del 2021 in cui venivano analizzati i risultati emersi dall'International Cluster Headache Questionnaire (Schor et al., 2021) , emerge che l'età di insorgenza di questa patologia si aggira sui $27,3 \pm 12,5$ anni e il 27,5% di tutti i dati raccolti mostrava un esordio pediatrico caratterizzato da nausea e/o vomito e sudorazione facciale; inoltre, sebbene, la maggioranza dei partecipanti era di sesso maschile (68,8%) e la CH sia più diffusa nei bambini e adolescenti maschi, le donne risultavano avere, in ogni caso, una probabilità statisticamente significativa di soffrire di cefalea a grappolo con un'intensità del dolore più elevata, scores più alti a test psicologici che indagavano la depressione, più sintomi come nausea e vomito e un peggioramento della sintomatologia stessa a seguito di movimento. In altri studi viene evidenziata la componente di vulnerabilità genetica con anamnesi familiare positiva per CH in circa il 10% dei casi pediatrici e ribadita un'età di insorgenza tra i 15 e i 25 anni con una prevalenza che diminuisce gradualmente al progredire dell'età. La cefalea a grappolo viene anche chiamata “mal di testa da suicidio”

a causa della sofferenza che apporta, spesso in associazione a irrequietezza e agitazione, proprio per questo i principali ambiti di ricerca si stanno focalizzando sulle sue origini e sulla fisiopatologia generale della CH, che tuttora rimane inesplorata. Infine, prendendo in esame gli studi presenti sulle comorbidità psichiatriche della cefalea a grappolo, emergono un ampio numero di dati che derivano per lo più da ricerche condotte in singoli centri di salute mentale per investigare i domini depressivi e quelli ansia-correlati; gli studi più attuali si stanno concentrando sui tassi di disturbo bipolare nei pazienti con CH, campo ancora ampiamente sconosciuto, ma che viene considerato altamente plausibile in quanto entrambi hanno una periodicità che può essere legata al funzionamento dell'ipotalamo, in più, condividono alterazioni neuroendocrine basali, rispondono a terapie farmacologiche specifiche (come la somministrazione di litio) ed entrambi i disturbi impattano notevolmente il ciclo sonno-veglia di chi ne soffre (Robbins, 2013).

Come ampiamente evidenziato in questo capitolo, permane nella comunità scientifica una grande controversia inerente al tema delle cefalee come sintomo di un disturbo psicopatologico o come manifestazione di base biologica, dati gli alti tassi di comorbidità con diverse altre condizioni psicopatologiche come disturbi d'ansia o depressivi (Romano et al., 2020) e data la difficoltà nell'appurarne l'eziopatogenesi, proprio per questo, una volta compresi i dettagli e le specifiche caratteristiche del fenomeno discusso è importante tenere in considerazione l'iter diagnostico-terapeutico con cui si fronteggiano casi di questo tipo; all'arrivo di questi pazienti in ospedale o in altri servizi assistenziali di tipo sanitario, è fondamentale procedere andando a circoscrivere l'area di confine tra il versante prettamente medico e il versante psicologico, tramite le varie procedure di assessment è possibile escludere la presenza di cause organiche, indagare le varie influenze eziologiche (come la storia anamnestica del paziente, verificare ipotetiche contiguità temporali con elementi di disagio), comprendere l'ambiente familiare, relazionale e contestuale da cui proviene il bambino così da poter inserire la richiesta di aiuto all'interno di un quadro di informazioni più completo.

ALGORITMO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DELLA CEFALEA IN ETÀ PEDIATRICA

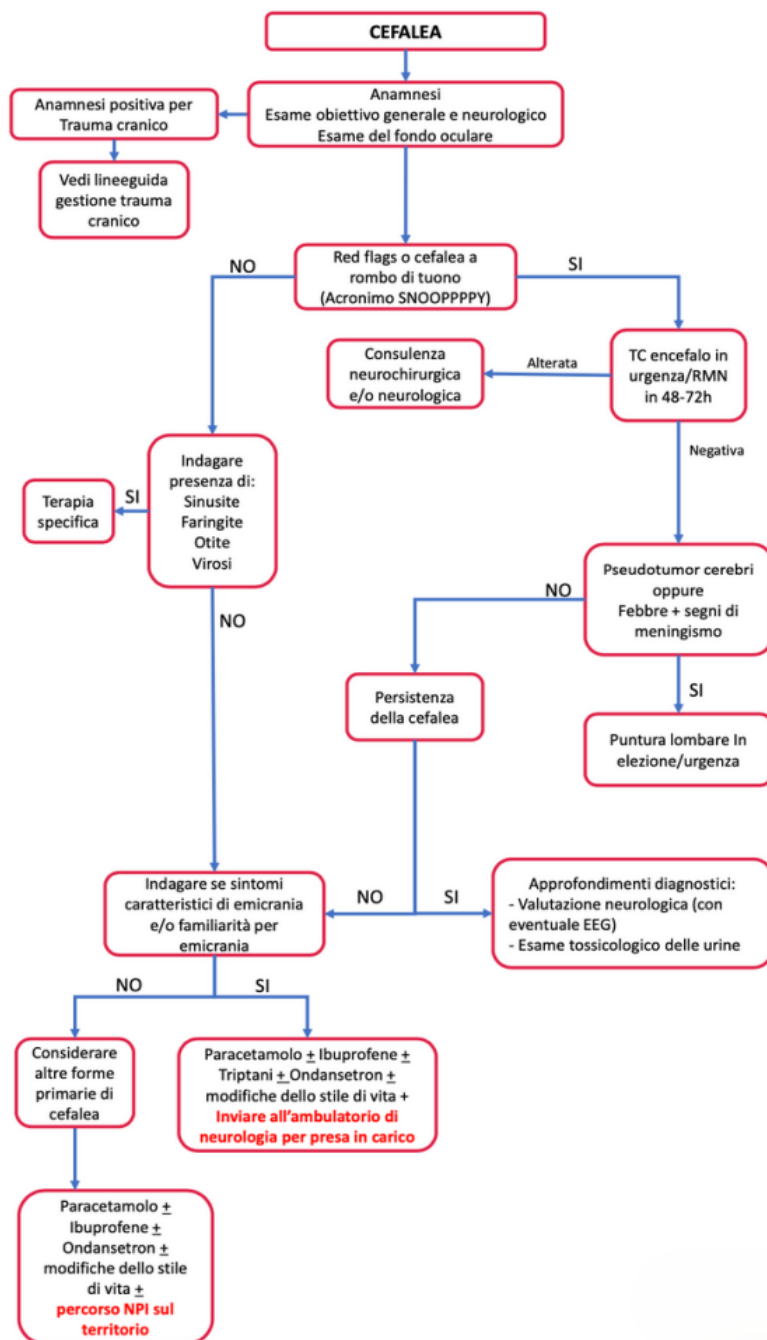


Figura 6: Algoritmo diagnostico-terapeutico della cefalea in età pediatrica (Madera, 2022)

1.5) EVOLUZIONE TEORICA DEI DISTURBI DA SINTOMI SOMATICI

La trattazione teorica dei Disturbi da sintomi somatici ha le sue origini nei primi studi sull'isteria di Freud e Breuer (1985) con scoperte pioneristiche tuttora mantenute nei diversi manuali diagnostici sotto la categoria di "Disturbo da conversione"; in questa trattazione verranno presi come riferimento capisaldi teorici differenti che hanno un focus ben delineato all'interno della relazione caregiver-bambino, dal momento che le evidenze scientifiche, negli ultimi decenni, orientano a dare maggiore rilievo alla prospettiva interattiva della triade genitori e bambino.

Uno dei primi a considerare il bambino piccolo come inscindibile dalla figura di attaccamento primaria è stato Donald W. Winnicott, psicanalista britannico che ha contribuito notevolmente allo sviluppo di teorie inerenti il binomio "madre-bambino"; la maggior parte delle sue concettualizzazioni si basano su ciò che ebbe modo di osservare, in prima persona, durante gli anni in cui ha esercitato la professione di pediatra; secondo Winnicott (1971) il bambino difatti, percorre varie fasi di crescita, transitando dall'essere in una situazione di assoluta dipendenza nei confronti della "madre" ad una dipendenza relativa, quando comincia l'esplorazione del mondo esterno e del proprio mondo interno, per poi approdare ad uno stadio di totale indipendenza, in cui è completamente autonomo, è quindi, capace di sopravvivere senza l'aiuto "materno"; le iniziali modalità di esplorazione e la qualità delle iniziali esperienze di vita sono subordinate – inevitabilmente- allo svolgimento o meno di tre funzioni chiave che la "madre" deve aver compiuto durante l'infanzia: holding, handling ed object presenting

La prima tra queste riveste un ruolo cardine per far sì che il bambino possa avere uno sviluppo fisico e psichico sano, tale termine inglese può essere tradotto in italiano come "contenimento", "contenitore" e definisce un compito di supporto, sostegno fisico ed emotivo messo in atto dalla "madre" verso il bambino; il gesto in sé del tenere in braccio quest'ultimo è fondamentale per favorire un'integrazione il più positiva possibile, tra il lattante ed il mondo esterno, poiché in questo modo lui stesso comincerà a percepirsi come un tutt'uno, un singolo, appunto ad essere contenuto, riuscirà ad interiorizzare in modo graduale il suo essere, la sua identità e a porla in un asse tempo-spazio così come

farà con il suo flusso emotivo (Ogden, 2004). L'adempimento reale di tale funzione, secondo Winnicott, può avvenire solo in presenza di una "madre" sufficientemente buona, quindi una "donna" sana (senza alcuna condizione patologica), che tramite le sue interazioni trasmette all'infante non solo affetto ma anche sicurezza, stabilità; quest'ultima deve aver sviluppato -a cavallo tra gli ultimi mesi di gravidanza ed il periodo immediatamente successivo alla nascita dell'infante- uno stato mentale definito "preoccupazione materna primaria", cioè uno stato di apprensione costante e focalizzato solo ed unicamente sul neonato; tale disposizione mentale si avvicina di molto ad uno stato psicotico, proprio perché prevalgono sulla razionalità, la preoccupazione e l'angoscia perenne rivolte verso un'unica direzione, l'infante; secondo Winnicott una "madre" non capace di tenere saldamente in braccio suo figlio, provocherà nel bambino un'angoscia simile a quella di cadere per sempre, all'infinito, tale sensazione può essere facilmente traducibile in una paura intrinseca di frantumarsi, farsi a pezzi, il bambino vive nel terrore di un crollo personale che è già accaduto ma che non ha potuto sperimentare, è pertanto, più esposto a sviluppare psicopatologie.

La funzione di handling corrisponde alla capacità materna di "manipolare", "maneggiare" l'infante, nel modo migliore e più efficace; solo tramite una corretta e sana manipolazione, il bambino riuscirà a comprendere a pieno i suoi confini esterni, i suoi limiti, in questo modo costruirà una personalità solida basata sulla consapevolezza di percepire il proprio corpo come un'unità integra e un efficace contenitore del Sé.

L'ultimo compito che Winnicott annovera tra i doveri di una "madre" sufficientemente buona è quello dell'object presenting, in italiano traducibile come "presentazione dell'oggetto"; questa funzione verrà agita in modo graduale e intermittente, ogni qual volta la "madre" mostrerà oggetti nuovi all'infante, il quale tramite la sperimentazione e l'osservazione riuscirà, non solo a creare rappresentazioni mentali corrette, ma anche ad approcciarsi al mondo esterno con più efficienza, praticità ed esperienza (Ciocca, 2014). Secondo la teoria emotiva di Winnicott appena definita, una "madre" che per diverse motivazioni - siano queste legate alla propria salute psichica, siano queste dettate da esigenze esterne - non svolgerà le tre funzioni primarie di cura dell'infante, distruggerà le sue possibilità di esplorare l'esterno in modo costruttivo proprio perché non poggia il proprio Sé su fondamenta stabili, non ha avuto l'opportunità di crescere partendo da una

base sicura, la “madre”. Conseguenza diretta del non essere radicati è proprio lo sviluppo di ciò che Winnicott definisce “agonie primitive”, perfino attenendosi solo ad un’analisi etimologica, la differenza tra questo termine e la parola angoscia è vasta; quest’ultima deriva dal latino “angustia” traducibile come “strettezza”, “mancanza di spazio” e ha trovato nel tempo un’accezione prettamente psicofisica, un’oppressione interiore, definisce difatti uno stato di agitazione e ansia acuta, metaforicamente di “respiro affannoso”; il termine “agonia” proviene dal latino “agònia” ovvero “lotta”, “angoscia” ed è proprio dall’unione di questi due significati che si arriva ad una traduzione ancor più drammatica come quella di “lotta contro la morte”, “momento che precede la fine”; in Winnicott le agonie primitive si configurano come qualcosa di ancora più cupo e tetro rispetto alle angosce e corrispondono alla sensazione di disintegrarsi, cadere all’infinito, perdere il rapporto con sé stessi, depersonalizzarsi e di pari passo, avere una cattiva relazione non solo con gli altri ma anche con gli oggetti, questa intera costellazione di percezioni e sensazioni altro non è che una diversa declinazione del fallimento “materno” nel riuscire a svolgere le tre primarie funzioni di accudimento e cura dell’infante; più nello specifico, è proprio nel mancato adempimento della funzione di “handling” che possono essere ritrovati i primigeni segnali di frazionamento mente-corpo, che nella trattazione winnicottiana coincide con la sindrome dell’intelletto scisso, questi due elementi si costituiranno nel tempo come due parti così distaccate tra loro da non dialogare più, giungendo in questo modo ad una vera e propria collisione psicosomatica; ciò che appare chiaro dalla posizione teorica di Winnicott è che il neonato vive per i primi anni di vita, una condizione non integrata di momenti in cui alla manifestazione del bisogno segue il suo soddisfacimento da parte di una “madre sufficientemente buona”, questo aspetto aiuta la caratterizzazione dell’Io, coopera allo sviluppo di un’adeguata integrazione psicosomatica e infine rende possibile all’infante l’acquisizione della capacità psichica di abitare il Soma. Importante contributo al pensiero winnicottiano è quello apportato da Lichtenberg (1975) nel considerare la diade “madre-bambino” come un’unità, lo sviluppo del bambino si sostiene grazie ad un sistema motivazionale costruito attorno al soddisfacimento dei bisogni fondamentali e all’apprendimento graduale della funzione di autoregolazione del Sé, che viene preceduta da una tappa fondamentale di “etero-regolazione” attraverso gli scambi interattivi con il caregiver; quest’ultimo avviene correttamente quando i passaggi da stato a stato (ad esempio fame - sazietà) sono

caratterizzati da coerenza nella risposta e dal ritmo della risposta stessa, ovviamente il neonato associa ad ogni stato una forma primitiva di affettività, positiva se il bisogno è stato efficacemente soddisfatto, negativa, invece in tutti gli altri casi, siano questi di mancato soddisfacimento, di risposta con tempi di latenza prolungati o di risposta disorganizzata, caotica e/o inadeguata; l'infante sviluppa tramite questo paradigma, una "familiarità di stato" che si basa sulla ripetitività del binomio: presentazione del bisogno fisiologico -> soddisfazione del bisogno stesso, essendo poi, questa ripetizione molto frequente nei primi anni di vita del bambino, è ovvio che non basterà un'interazione negativa a segnare indissolubilmente la maturazione autoregolativa, c'è la necessità che i fallimenti interattivi siano maggiori rispetto ai successi, oppure che i tentativi di rimediare a stati di affettività negativi siano pochi e particolarmente inadeguati; in termini psicodinamici si potrebbe parlare di introiezione di un oggetto parziale "buono" e uno parziale "cattivo", queste due parti in un bambino piccolo non coesistono, ma rimangono attive nello psichismo una per volta delineando una scissione normotipica nella fase di sviluppo poiché è troppo minaccioso farli convivere e integrarli in un insieme unitario, il passaggio di accettazione e comprensione di questi due aspetti come appartenenti alla stessa figura di attaccamento avviene nelle tappe successive di sviluppo, in assenza di fissazioni che impossibilitino il bambino a compiere il superamento di questo meccanismo; in quest'ultimo caso, solitamente si può assistere nella traiettoria evolutiva dell'individuo ad un marcato bisogno di compartimentalizzare, suddividere, perpetuare l'esistenza di immagini scisse di sé, dell'oggetto e delle relazioni oggettuali totalmente buone o totalmente cattive; questo comporta inevitabilmente la creazione di numerose rappresentazioni interne affettivo-cognitive contraddittorie e il conseguente spostamento brusco verso una di queste (Kernberg, 1968). In virtù di ciò che è stato appena trattato, è possibile pensare che l'accudimento da parte di un caregiver inadatto faccia sì che il sistema motivazionale del bambino sia carente e lacunoso, e la familiarità di stato sia insufficiente a supportare la creazione di una relazione gratificante come quella che Winnicott descrive tra il neonato e la "madre sufficientemente buona", il bambino non viene sostenuto nella costruzione di un nucleo di affettività positiva e questo fa sì che i confini dell'Io pelle siano lassi, inconsistenti.

Altra importante prospettiva psicodinamica è quella delineata da Bion (1962), il quale sosteneva che ogni mente, alla nascita, ha bisogno di un'altra mente per svilupparsi

propriamente (tramite un gioco di proiezioni e introiezione di “oggetti interni”). In Bion il bambino sperimenta una serie di esperienze grezze, che possono assumere anche un valore negativo o traumatico, non essendo in grado di elaborarle, le scarica, evacua - grazie all'uso dell'identificazione proiettiva - nella madre dove vengono ripulite dalla “funzione alfa materna” e ridate al bambino una volta trasformate in elementi figurabili (= elementi alfa) assieme al rispettivo metodo per trattarli e gestirli (= funzione alfa); la “funzione materna di rêverie” si esemplifica nella capacità della madre di farsi carico dell'angoscia dell'infante, di contenerla e di tradurre le sue esperienze in modo tale da essere più digeribili e più facilmente tollerabili, implica un processo di scambio continuo tra bambino e madre in cui le proto-emozioni e le proto-sensazioni (= elementi beta) vengono proiettati e accolti in una mente, quella materna, capace di trasformarle e restituirle elaborate, in unione con il metodo che consentirà, poi, al bambino di svolgere autonomamente tale operazione; da questa teorizzazione nasce il concetto di “madre contenitore” in cui il bambino proietta tutti i suoi vissuti e tutte le sue angosce con l'obiettivo di alleggerirsi, il compito “materno” è quello di modificare tali contenuti, renderli accettabili e sopportabili, solo dopo aver svolto questo passaggio il bambino può introiettare i materiali modificati così da poter dare un senso ed una traduzione alle esperienze emotive che vive; di conseguenza una figura parentale non capace di rêverie determinerà una mancata alfabetizzazione emotiva nel bambino che introietterà le sue angosce e preoccupazioni allo stato puro, senza alcun tipo di filtro e soprattutto senza sapere come poterle gestire in modo funzionale al suo sviluppo psichico, nella traiettoria di sviluppo è probabile vedere la crescita di un adolescente e poi di un adulto con una forte scissione psicofisica, una marcata tendenza alla concretizzazione, alla materialità degli oggetti, per cui davanti a qualsiasi tipologia di accadimento i passaggi di traduzione tra vissuto/ portato emotivo e elaborazione dello stesso sono fallaci o inesistenti, avviene una completa trasposizione del dolore interno in dolore “concreto”, fisico.

Infine, nel tentativo di riassumere le principali teorie di riferimento che orientano nella comprensione di questa categoria di disturbi, fondamentale è il contributo di Stern (1985) sulla trattazione della costellazione materna e della relazione diadica madre-bambino. La “preoccupazione materna primaria” di Winnicott, in questo autore prende il nome di “costellazione materna” ad indicare, appunto, una nuova e transitoria organizzazione psichica che guida le azioni, i comportamenti, le fantasie e le paure della madre a partire

dalla nascita del bambino fino approssimativamente al compimento del primo anno di vita, questa predisposizione diventa l'asse organizzativo psichico dominante che mette in secondo piano le precedenti organizzazioni del Sé; secondo l'autore, non può essere definita patologica, ma deve essere tenuta in forte considerazione nella presa in carico e nell'analisi della periodo postnatale soprattutto negli ambienti ospedalieri, poiché comporta nella madre, il sollevamento di importanti tematiche inerenti la crescita del bambino (quanto sarà adeguata ad adempiere ai compiti di allattamento e cura primaria del neonato), lo sviluppo di una buona relazione primaria (tutte quelle forme interattive che consentono lo sviluppo di una relazione di attaccamento sicura, prima dello sviluppo del linguaggio verbale), il riuscire a mantenere una rete relazionale di supporto (la matrice sociale protettiva che consente alla madre di adempiere al meglio ai primi due temi) e infine, una buona riorganizzazione dell'identità propria (lo spostamento identitario da “figlia” a “genitore”). Il nuovo paziente prototipico preso in carico è quindi l'unità relazionale composta sia da aspetti prettamente del bambino - tra cui temperamento, stile di attaccamento, vulnerabilità specifiche –, sia da aspetti del genitore, inerenti alla configurazione psichica personale, alla propria storia di vita, allo stile di caregiving e successivamente di parenting.

Ciò che attiene alla trattazione dei Disturbi da sintomi somatici, è come questo sistema interattivo consenta o meno, la differenziazione delle esperienze vissute e lo sviluppo del senso del Sé, nel momento in cui i processi di sintonizzazione affettiva sono carenti o difettosi si possono andare a manifestare disturbi di vario tipo, tra cui quelli che coinvolgono il confine psicosomatico.

CAPITOLO 2

I DISTURBI DA SINTOMI SOMATICI IN ADOLESCENZA E IL LORO TRATTAMENTO

2.1) GLI SSD IN ADOLESCENZA

Adolescenza è un termine utilizzato per indicare il periodo di transizione dall'infanzia all'età adulta, etimologicamente deriva dal verbo latino “adolescere” che sta a significare “crescere”, “svilupparsi” non solo sotto il punto di vista fisico, ma anche psicologico, di trasformazione del senso del Sé e della propria identità, si riferisce ai processi di cambiamento nella percezione di sé stessi come individui autentici, muniti o meno di una sensazione soggettiva di continuità e coerenza nel tempo e nei diversi contesti; in questo periodo è frequente interrogarsi ed esplorare la propria individualità, voler capire chi si è e chi si vuole diventare, i ruoli da assumere nell'età adulta e il posto da ricoprire all'interno della società; a livello psicologico si può dire che gli adolescenti cercano di creare una costanza e un senso di coerenza del sé attraverso l'integrazione del proprio passato, presente e futuro in una narrazione personale della propria vita, sotto forma di racconti autobiografici che si basano non solo su esperienze reali ma anche su interpretazioni soggettive di ciò che vivono, così da gettare le basi per il proprio futuro (Branje, de Moor, Spitzer & Becht, 2021); in questa fase, tutto il bagaglio esperienziale viene vissuto come estremamente labile, le autobiografie possono mutare di continuo, dal momento che ciò che si considera rilevante può evolversi e cambiare nel tempo; già da Freud (1917) l'adolescenza comincia ad essere considerata una fase di transizione verso la “sessualità” adulta, questo significa immolarsi a una nuova zona erogena, quella genitale, e subordinare ad essa tutte le altre fino ad allora centrali (orale, anale, fallica); a questa ricapitolazione si somma anche l'esperienza di separazione dalle figure centrali dell'infanzia, investite di libido, quali l'oggetto materno e paterno, per compiere tale passaggio l'adolescente mette in atto una serie di difese inconsce che gli consentono di spostare la quota di libido dalle figure parentali al gruppo dei pari, invertire l'affetto verso i primi e quindi, passare da sentimenti positivi di amore e rispetto a sentimenti di disprezzo e ribellione, e infine, regredire e ritirare la libido verso il Sé, tanto è vero che,

è solito veder fiorire idee di grandezza che si affiancano ad un completo disinteresse verso il mondo circostante; l'adolescenza è, quindi, esperita come un lutto da dover elaborare, come un processo temporaneo, durante il quale l'energia psichica originariamente investita negli oggetti primari (le figure parentali) viene lentamente ritirata, consentendo la separazione dagli stessi e il reinvestimento in nuovi legami oggettuali, in generale, il duplice movimento di distacco e rinnegamento del Sé infantile da un lato, e di ricerca di stabilità e autorità del Sé adulto dall'altro lato, porta ad una "crisi" identitaria in cui si è di passaggio tra una fase evolutiva e l'altra, in cui non si è più bambini ma non si è ancora, neppure, adulti. Per via della complessità di tale fase, è importante in ambito clinico saper attuare delle accurate diagnosi differenziali così da poter distinguere un adolescente sano che sta attraversando una crisi evolutiva da un adolescente con psicopatologia, di fondamentale importanza è il riconoscimento di alcune caratteristiche essenziali per appurare la diagnosi, quali la ripetitività e la lunga durata della sintomatologia, la non transitorietà, la presenza del comportamento "a rischio" in più ambiti (domestico, scolastico, nel gruppo dei pari, nello sport, ecc..) o di esperienze avverse e stressanti ricorrenti; la maggior parte dei disturbi mentali si sviluppa durante l'adolescenza e nonostante la presenza di disagio psicologico comprometta in modo significativo il corretto sviluppo psicosociale, molti adolescenti sono riluttanti a rivolgersi ai servizi di salute mentale, lo stigma e la scarsa conoscenza in questo ambito sono stati identificati come i principali ostacoli alla richiesta di aiuto psicologico (DeLuca, 2020); in particolare, il periodo specifico tra i 14 e i 18 anni è spesso un momento in cui agli adolescenti viene concessa maggiore autonomia per sperimentare ruoli adulti e definire la propria identità, ed è anche la fase in cui la suscettibilità alla pressione dei pari raggiunge il picco, per poi diminuire gradualmente; come precedentemente discusso all'interno del primo capitolo di questo elaborato, i pazienti psicosomatici tendono ad utilizzare il corpo come mezzo per affrontare il dolore psicologico, che si traduce poi in quadri sindromici di vario tipo (ad esempio, mal di testa, mal di stomaco, nausea, problemi del sonno, vertigini, eruzioni cutanee), in questi pazienti adolescenti il tratto maggiormente riscontrato in letteratura è l'incapacità di mentalizzare ed esprimere a parole i propri sentimenti negativi (Raffagnato et al., 2020), l'alessitimia -difatti- è associata a comportamenti psicosomatici così come la carenza di insight e di autoregolazione emotiva; nello specifico, l'insight, ovvero la capacità di essere

consapevoli dei propri stati mentali e di comprenderli, sembra contribuire al processo di “digestione emotiva”, cioè di elaborazione del dolore psichico così da affrontare in modo più adattivo la sofferenza ed evitare di cadere all’interno di meccanismi disfunzionali più o meno consapevoli come, appunto, la somatizzazione (Ballespí et al., 2019).; in uno studio condotto da Schönenberg et al., (2014) in cui veniva indagato il legame tra alessitimia e le capacità di mentalizzazione e di riconoscimento delle espressioni facciali emotive in pazienti donne con Disturbo da sintomi somatici, è emerso che il disagio emotivo venga spesso espresso attraverso forme inappropriate -quali comportamenti disadattivi o sintomi funzionali- proprio quando non può essere mentalizzato, a supporto dell’ipotesi per cui l’insight emotivo prevenga modalità disadattive di affrontare la sofferenza, poiché aiuta a comprendere le emozioni, invece di ignorarle, evitarle o espellerle.

I Disturbi da sintomi somatici sono inoltre associati -in tutte le fasi di sviluppo- a bassa autoefficacia, comportamenti di isolamento sociale, assenteismo scolastico e evitamento delle attività ricreative, questo comporta una diminuzione nel rendimento scolastico e una forte stigmatizzazione per cui gli adolescenti vengono spesso additati come emarginati, subendo episodi di bullismo e ridicolizzazione da parte dei coetanei, di conseguenza per evitare la scuola, questi individui ricorrono ad un uso eccessivo del sistema sanitario; in generale, si verifica un aumento del carico legato alla salute all'interno delle famiglie coinvolte, spesso i genitori si assentano dal lavoro per prendersi cura dei propri figli, il che può generare stress e avere conseguenze sul mantenimento del posto di lavoro e sulla sicurezza finanziaria dei genitori stessi; inoltre, questi ultimi possono iniziare a preoccuparsi eccessivamente riguardo la ricorrenza dei sintomi lamentati dal figlio, sentendosi sopraffatti dal bisogno di fornire un’assistenza adeguata, se poi, i sintomi funzionali persistono i genitori possono temere che sia stato trascurato qualche dettaglio, ricorrendo al cosiddetto “doctor shopping”, ovvero quel fenomeno per cui si consultano numerosi medici nella speranza di ottenere esami più approfonditi o nella maggior parte dei casi, una diagnosi di tipo fisiopatologico piuttosto che di disturbo psicopatologico (Vesterling et al., 2023). Suddetta costellazione comportamentale può correlare con la presenza di future traiettorie psicopatologiche, in particolar modo, vari studi in letteratura hanno evidenziato il legame di comorbidità tra i disturbi somatici e quelli dello spettro internalizzante, come ansia e depressione; negli adolescenti che soffrono di depressione,

la presenza di molteplici sintomi somatici riflette una salute mentale peggiore con episodi depressivi più gravi e intensi, tendenzialmente l'associazione tra disturbi somatici e ansia risulta essere più forte rispetto a quella tra depressione e somatizzazione; nonostante questo dato, la frequenza dei sintomi somatici aumenta con la gravità della depressione, indipendentemente dalla presenza di un disturbo d'ansia e dalla sua eventuale intensità (Agnafors, Norman Kjellström, Torgerson, & Rusner, 2019).

A livello epidemiologico, è stato rivelato che le ragazze tendono tipicamente a riportare più sintomi somatici rispetto ai ragazzi, con un aumento considerevole una volta raggiunta la pubertà, mentre nei ragazzi le manifestazioni tendono a diminuire; inoltre, nei soggetti di sesso femminile i sintomi somatici risultano essere più fortemente associati ad ansia e depressione, mentre nei maschi è più probabile che siano collegati a comportamenti dirompenti o comunque ad agiti appartenenti allo spettro esternalizzante; in uno studio condotto da Jones et al., (2017) in cui si investigava la correlazione tra condizioni di salute croniche e disordini emozionali, è stato riportato un rischio aumentato di disturbi somatici nei pazienti con disturbi d'ansia, a priori dal genere, in più, è stato riscontrato un maggiore rischio di sviluppare sintomatologia ansiosa dalla metà dell'adolescenza in poi; in aggiunta a questi dati, i ricercatori hanno evidenziato l'associazione tra una qualsiasi malattia cronica e la presenza rispettivamente, di sintomi depressivi con un picco di prevalenza intorno agli 11 anni, e di sintomi d'ansia verso i 16 anni; è possibile, affermare che sperimentare più condizioni croniche correla con un maggior numero di sintomi depressivi e d'ansia.

Altro importante campo di ricerca che indaga le possibili traiettorie psicopatologiche degli individui affetti da SSD, è quello inerente all'evoluzione di disturbi dello spettro esternalizzante, in uno studio condotto da Bizzi et al., (2018) viene esplorato il ruolo dei modelli di attaccamento e della mentalizzazione (tramite l'indicatore psicometrico: reflective functioning – RF) in bambini affetti da Disturbi da Sintomi Somatici (SSD) e da Disturbi del Comportamento Dirompente (DBD); il campione clinico di riferimento era composto da 85 bambini, di età compresa tra gli 8 e i 15 anni, confrontati con un gruppo di controllo di 46 coetanei sani, ad entrambi i gruppi è stato somministrato il Child Attachment Interview, con il fine di valutare la sicurezza dell'attaccamento e la capacità di mentalizzazione degli stessi; i risultati emersi mettono in evidenza che: i bambini affetti da SSD o DBD mostrano tassi significativamente più elevati di attaccamento insicuro

(>80%) e disorganizzato (>40%) rispetto al gruppo di controllo, mentre il funzionamento riflessivo risulta essere più basso nel campione sperimentale, all'interno del quale si evidenzia -rispettivamente- un deficit più marcato nei bambini con DBD rispetto a quelli con SSD; questi dati sono di particolare importanza nel sottolineare ipotesi, già precedentemente discusse, concernenti la scarsa capacità di mentalizzazione dei pazienti con Disturbo da sintomi somatici e come le prime esperienze relazionali con le figure di accudimento costituiscano le fondamenta per la costruzione di modelli operativi interni che indirizzino questi soggetti verso le giuste modalità di percezione di sé stessi, degli altri e delle proprie emozioni; numerose evidenze empiriche hanno sottolineato una prevalenza elevata di attaccamento insicuro o disorganizzato nei soggetti con SSD, in associazione con una ridotta capacità di comprendere e successivamente, verbalizzare i propri stati emotivi, per cui la modalità alternativa di espressione del disagio psichico risulta essere la somatizzazione così da canalizzare tramite il corpo tutta la sofferenza esperita, in un contesto relazionale dove i processi di co-regolazione e sintonizzazione affettiva sono stati manchevoli se non assenti, e l'espressione emotiva è stata trascurata, fraintesa o punita. Alla luce di queste considerazioni, lo studio conferma l'ipotesi che, nei soggetti con SSD, le difficoltà relazionali precoci interferiscano con lo sviluppo di un funzionamento riflessivo adeguato, compromettendo così la capacità di regolare le emozioni attraverso il ragionamento cognitivo o la verbalizzazione.

Infine, i vari ambiti di ricerca sui pazienti cefalalgici e la presenza di possibili comorbidità psicopatologiche in età evolutiva, evidenziano la necessità di non considerare più le cefalee, in particolar modo l'emicrania, come manifestazioni patologiche isolate in ambito clinico, bensì come importante indicatore di disturbi mentali concomitanti, andandosi a configurare come segnale multifattoriale e fattore di rischio per lo sviluppo di traiettorie psicopatologiche in adolescenza; numerosi studi hanno riscontrato una maggiore possibilità nei soggetti affetti da emicrania con e senza aura di sviluppare episodi di depressione maggiore e in generale, si può affermare con solidità che la prevalenza di sintomatologia depressiva è più alta nella popolazione cefalalgica rispetto ad altri gruppi campionari, in modo rilevante, gli adolescenti con cefalea mostrano più del doppio delle probabilità di presentare almeno un disturbo; mentre, per ciò che concerne il legame con i disturbi ansia-correlati, si è constatato un utilizzo maggiore dei servizi ospedalieri e degli accessi in Pronto Soccorso, se presenti sintomi cefalalgici ed

episodi di attacchi di panico (Hommer, Lateef, He & Merikangas, 2022); data l'elevata prevalenza di questi disturbi in associazione tra loro, è di fondamentale importanza comprendere le comorbidità psichiatriche e la relazione bidirezionale tra le condizioni: infatti, ansia e depressione possono determinare l'insorgenza di cefalea, ma possono anche essere una conseguenza di attacchi cefalalgici frequenti; queste considerazioni sono centrali nella giusta conduzione della pratica clinica, poiché la presenza di comorbidità significative quali disturbi d'ansia, depressione, ADHD e disturbi della condotta negli adolescenti con cefalea può avere impatti più o meno gravi sul funzionamento quotidiano, può influenzare l'uso e l'abuso di farmaci, il livello di soddisfacimento terapeutico e la compliance al trattamento (Caponnetto et al., 2021). Questi dati suggeriscono che un trattamento unicamente incentrato sull'unità anatomo-funzionale rischia di essere insufficiente e poco sostenibile in un periodo di sviluppo particolarmente complesso quale l'adolescenza, è per questo urgente promuovere nuovi processi diagnostici che oltrepassino la primigenia scissione mente-corpo per poter approdare ad un modello medico integrato e di stampo biopsicosociale, in cui il sintomo fisico, come la cefalea, venga interpretato anche come ipotetica espressione di un disagio interno soggiaciuto, in linea con gli orientamenti più recenti della psichiatria e psicopatologia dello sviluppo, che riconoscono come la sintomatologia somatica possa rappresentare un binario alternativo di espressione del dolore psichico.

Un iter diagnostico portato avanti da un'équipe multidisciplinare di professionisti, pone le basi per un intervento clinico più efficace e prevede una serie di steps fondamentali per cogliere il grado di interazione tra il versante prettamente psicologico e quello organico; per avviare ad un percorso diagnostico multidimensionale è importante:

- a) Una raccolta anamnestica accurata e storia clinica del paziente dettagliata, così da indagare la presenza di vulnerabilità o predisposizioni genetiche, l'esistenza di membri della famiglia affetti da psicopatologia e infine, possibili eventi trigger più o meno recenti.
- b) Uso e somministrazione di test/questionari validati e standardizzati per indagare i domini psicopatologici di ansia, depressione e disturbi comportamentali.

- c) La conduzione di colloqui con il paziente e con i caregivers, focalizzandosi principalmente sulle osservazioni di questi ultimi nei casi in cui il bambino sia troppo piccolo per poter parlare e spiegare i propri sintomi.
- d) Comunicare tutte le informazioni in modo chiaro e trasparente, assicurandosi che il paziente e i genitori abbiano compreso il quadro sindromico e le sue implicazioni; questo passaggio è fondamentale per consolidare l'alleanza terapeutica, favorire il coinvolgimento della famiglia nel processo di cura e aumentare la conseguente compliance al trattamento.

Alla luce di quanto emerso, risulta evidente come la cefalea in età evolutiva non possa essere considerata un'entità clinica autonoma o esclusivamente organica, ma debba essere inserita in un quadro multidimensionale che indagli e affronti il sintomo funzionale come frutto di conflittualità interiore, emotiva e /o contestuale. Proprio a partire da questi presupposti, nel prossimo paragrafo verranno analizzate le principali strategie terapeutiche attualmente utilizzate nel trattamento dei disturbi da sintomi somatici in ambito pediatrico.

2.2) TRATTAMENTO DEGLI SSD IN AMBITO PEDIATRICO

I piccoli e giovani pazienti che soffrono di SSD rappresentano il 10–15% dell'utenza che richiede aiuto presso il livello assistenziale sanitario di cure primarie, la somatizzazione è la seconda causa principale di richieste di consulenza ricevute da psicologi e psichiatri dello sviluppo nei reparti pediatrici, purtroppo però, la gestione di questi casi è spesso, fallimentare ed associata ad un alto livello di frustrazione sia per lo staff sanitario che per le famiglie, i risultati terapeutici sono scarsi e apportano un enorme costo alle spese sanitarie (Rask, Ørnbøl, Fink, & Skovgaard, 2013); questo insieme di problematicità ha reso necessaria la creazione di percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) per i pazienti pediatrici con SSD, con l'obiettivo di sviluppare modelli di cura integrati e scientificamente comprovati; i disturbi da sintomi somatici sono associati, in età evolutiva, a interruzioni nei percorsi d'istruzione, nelle relazioni interpersonali con i coetanei, nelle attività ricreative e nel corretto funzionamento familiare, possono influenzare negativamente il percorso di sviluppo di chi ne soffre e anche delle loro famiglie, tendenzialmente, questi nuclei familiari propendono verso la concretezza diagnostica, preferiscono diagnosi di tipo organico e diffidano delle spiegazioni clinico-psicologiche dei sintomi, spesso temono che la patologia sia stata trascurata o non compresa e percepiscono un forte stigma associato alla salute mentale, per cui - solitamente- il trattamento psicologico viene avviato in ritardo o viene direttamente rifiutato dalla famiglia stessa; gli operatori sanitari spesso si sentono impreparati a prendersi cura di questi pazienti a causa della formazione insufficiente nei processi diagnostici e gestionali, della mancanza di una terminologia comune per descrivere il fenomeno della malattia, dell'assenza di linee guida standard per il trattamento e della natura dispendiosa in termini di tempo dell'assistenza, generando quindi un'alta quota di stress e conflittualità all'interno delle équipe mediche; inoltre, sono pazienti che presentano un maggiore rischio di incappare in lesioni dovute alla somministrazione di trattamenti o di interventi specifici e di solito, si ritrovano a dover affrontare periodi di ospedalizzazione prolungati con la possibilità di ricevere numerose diagnosi errate e veder fiorire altre patologie in comorbidità. I PDTA hanno l'obiettivo di fungere da linee guida alla pratica clinica, delineando i passaggi essenziali all'assistenza del paziente e della famiglia così da ridurre gli errori diagnostici, comprendere prontamente il quadro

sindromico che si ha davanti, migliorare l'efficacia dei trattamenti terapeutici e di conseguenza anche delle traiettorie prognostiche, in questo modo si beneficia sia al paziente che non dovrà rimanere in degenza per tanto tempo, ma anche al Servizio Sanitario Nazionale, riducendo i cospicui costi associati (Trimarchi et al., 2021).

Di grande importanza è stato il lavoro portato avanti da Ibiezako et al., (2019), i quali hanno sviluppato l'iter e i contenuti di un percorso assistenziale per i pazienti pediatrici affetti da SSD con l'obiettivo di indirizzarne la cura e gli esiti clinici; il PDTA da loro elaborato presenta 5 differenti fasi articolati come da elenco sottostante:

STEP 1 - Riconoscimento precoce della potenziale somatizzazione

- La somatizzazione viene considerata quando:
 - a) sono presenti incongruenze nella storia clinica o nell'esame fisico
 - b) sono presenti o meno fattori di stress psicosociali identificabili

STEP 2 - Valutazione interdisciplinare precoce

- Coinvolgere consulenti di diverse specialità già all'inizio del ricovero, tra cui: psichiatra, psicologa, medici, fisioterapista, assistente sociale se necessario
- Condurre un'approfondita valutazione medica

STEP 3 - Riunione interdisciplinare dell'équipe sanitaria

- Discutere i risultati interdisciplinari e raggiungere un consenso sulla valutazione, la diagnosi e il piano terapeutico
- Prepararsi al colloquio informativo con la famiglia, centrando l'attenzione sui risultati clinici, la diagnosi di Disturbo da sintomi somatici, eventuali comorbidità e il piano di trattamento

Se la diagnosi di SSD non è confermata si continua l'analisi diagnostica, altrimenti si procede con la fase successiva

STEP 4 - Riunione interdisciplinare informativa con la famiglia

- Rivedere la storia clinica del paziente e i risultati della valutazione interdisciplinare

- Discutere la connessione mente-corpo, la diagnosi SSD e il piano terapeutico
- Usare un linguaggio comune e condiviso
- Valutare la risposta della famiglia e rispondere a dubbi/domande

STEP 5 - Gestione interdisciplinare durante il ricovero

- Demedicalizzazione dei sintomi del paziente e interventi riabilitativi
- Pianificazione della dimissione con coinvolgimento dell'équipe
- Assicurare la collaborazione con i Servizi territoriali a cui fornire la lettera di dimissione
- Discutere il piano di dimissione con la famiglia

Questo gruppo di ricerca ha posto grande enfasi sull'importanza di un'identificazione precoce del disturbo e dei meccanismi di somatizzazione sottostanti in modo tale da comprendere le dinamiche soggettive del paziente e diminuire la durata del ricovero in ospedale, di pari importanza sono gli scambi con la famiglia, che devono cominciare fin dall'ingresso del piccolo paziente in ospedale per poi estendersi durante tutto il periodo di degenza; durante le prime fasi del PDTA è imprescindibile far capire alla famiglia e al soggetto il carattere multifattoriale degli SSD per normalizzare il coinvolgimento dei professionisti della salute mentale ed evitare che nascano fraintendimenti o incomprensioni; nelle linee guida viene, conseguentemente, sottolineata la salienza di una valutazione medica scrupolosa, per garantire che eventuali condizioni organiche non vengano trascurate, del resto la presenza di sintomi fisici incoerenti e/o di stressors nella vita dell'individuo, pur facendo sospettare una configurazione psicosomatica, non sono sufficienti per porre una diagnosi di SSD poiché devono -necessariamente- essere presenti anche riscontri organici negativi; i successivi steps esortano allo svolgimento di tavoli di lavoro interni all'équipe per costruire un percorso clinico cucito sulle aspettative e necessità del paziente, da condividere poi, con la famiglia garantendo una comunicazione interdisciplinare coerente ed efficace che la educi riguardo i disturbi somatici e allontani qualsiasi dubbio, mal interpretazione o perplessità; il contenuto di questi due passaggi cela un passo avanguardistico nella gestione dei pazienti funzionali, poiché tramite il lavoro di équipe e una corretta comunicazione alla famiglia, si va ad annullare la frammentazione prototipica inerente al binomio mente-corpo, aumentando le possibilità di un outcome positivo di risoluzione della patologia grazie ad una maggiore aderenza al

trattamento e ai follow-up ambulatoriali; altro importante passaggio è il coinvolgimento del pediatra di base e l'attivazione dei Servizi sul territorio che rappresentano la rete di supporto per la famiglia a seguito della dimissione dall'ospedale, queste figure devono partecipare agli incontri informativi con l'équipe per comprendere la manifestazione specifica e condividere un vocabolario comune da preservare nel tempo; la quinta fase si concentra sul trattamento degli SSD, il quale viene avviato durante il ricovero ospedaliero così da migliorare la condizione di salute del paziente e stabilizzarla, per poi effettuare il trasferimento alle cure ambulatoriali una volta dimesso, questo iter gestionale tendenzialmente rimane invariato tranne nelle situazioni maggiormente compromesse in cui i bambini presentano una manifestazione psicosomatica più severa o pervasiva con altre patologie in comorbidità, per cui è necessario intervenire con trattamenti più intensivi, inclusi il ricovero in reparti di neuropsichiatria infantile o di riabilitazione fisica; la pianificazione della dimissione prevede il continuo monitoraggio del paziente tramite le visite ambulatoriali, in cui oltre i controlli medici vengono proseguiti anche i colloqui clinico-psicologici, all'interno di un sistema di sostegno (pediatra di base e Servizi Territoriali) che affianca la famiglia nell'arco di tutto il percorso di cura così da fornire continua assistenza.

Come ampiamente evidenziato nel corso dell'elaborato, la comunità scientifica concorda nel considerare i disturbi da sintomi somatici delle configurazioni multifattoriali che richiedono una gestione clinica e un trattamento personalizzato in base al paziente e a quelli che sono i fattori psicologici, sociali e culturali che influenzano la manifestazione funzionale; nonostante suddetto accordo "teorico" permane un grande scoglio diagnostico soprattutto nei contesti di assistenza primaria, come gli ospedali o gli ambulatori dei medici di base dove si continua a perseguire la causa organica come unica fonte esplicativa dei sintomi somatici; numerosi studi evidenziano alcune importanti raccomandazioni da seguire in tali contesti, a partire dal prendere effettivamente in considerazione l'ipotesi di disturbo da sintomi somatici senza confonderlo con atti di simulazione o giudicando direttamente il vissuto del paziente fittizio o immaginario; è fondamentale evitare l'accanimento clinico, quindi soppesare visite mediche, esami o indagini troppo rischiose e invasive, valutare il paziente nella sua globalità, facendo attenzione alla sua configurazione personologica ma anche ai fattori contestuali e ambientali che lo circondano. Al contrario, negli ambulatori di psicologia clinica o nei

centri di salute mentale, l'iter diagnostico è più lineare e maggiormente orientato al disagio interiore, tant'è che viene verificata la presenza o l'assenza dei criteri rilevanti e formulata la diagnosi di conseguenza; tale processo di valutazione è stato ulteriormente snellito con la pubblicazione della quinta edizione del DSM, nella quale non viene più richiesto che i sintomi fisici siano privi di correlato organico per porre la diagnosi, contrariamente a quanto accadeva per i disturbi somatoformi all'interno della precedente edizione (Henningssen, 2018); in tutti i contesti e a tutti i livelli di assistenza, si devono sempre mantenere dei principi clinici che hanno l'obiettivo di consapevolizzare il paziente rispetto ai propri sintomi funzionali, al dualismo mente-corpo e al processo diagnostico-terapeutico, mantenendo uno stile comunicativo chiaro e non fraintendibile che sproni anche l'individuo ad avere cura di sé e a cominciare percorsi di analisi e introspezione per trovare e successivamente, sradicare il disturbo dalle sue radici.

Attualmente, per i disturbi da sintomi somatici è, quindi, raccomandato un trattamento multidisciplinare, in cui attuare un percorso psicoterapeutico rappresenta una delle componenti chiave alla risoluzione sintomatologica; nei pazienti pediatrici, solitamente coesistono sintomi funzionali di diverso tipo e le varie ricerche scientifiche tendono a compartimentalizzare i trattamenti specifici proprio in base alla sintomatologia lamentata, nonostante si possano condividere background comuni, fattori di rischio psicologici e/o sociali, ciò che non ancora è stato compreso è il fattore di reazione soggettivo di questi pazienti, ovvero se rispondano in modo simile ai trattamenti psicoterapici oppure no; altro dato da considerare è che l'efficacia degli interventi psicologici potrebbe non dipendere solo dai sintomi funzionali trattati, ma anche da altre caratteristiche come la gravità dei sintomi, le comorbidità, l'età del paziente e la tipologia e il contenuto dell'intervento psicologico (Bonvanie et al., 2017); in più studi è stato dimostrato che i trattamenti psicologici hanno migliorato il carico sintomatico, la disabilità e la frequenza scolastica nei bambini e negli adolescenti che soffrono di SSD e nel complesso, si può affermare che gli outcomes positivi a seguito del trattamento erano maggiori e permanevano per un tempo più prolungato rispetto alle popolazioni campionarie adulte con sintomatologia somatica, questo potrebbe indicare che bambini e adolescenti sono più suscettibili ai trattamenti psicologici rispetto agli adulti, o potrebbe riflettere il fatto che i sintomi funzionali nei bambini siano meno cronici e/o meno gravi rispetto agli adulti.

In uno studio condotto da Heimann et al., (2018) che valutava l'efficacia del trattamento multidisciplinare su pazienti pediatrici in regime di ricovero, è stato nuovamente sottolineato suddetto trattamento come il più efficace al fine di ridurre tutti gli "effetti collaterali" degli SSD, quali intensità e frequenza delle lamentele somatiche, assenteismo e calo del rendimento scolastico, strategie di coping disadattive, sviluppo e amplificazione delle comorbidità psicopatologiche, inoltre, non sono state rilevate differenze significative in termini di efficienza di trattamento e tipologia di sintomo somatico lamentato, a differenza di molti altri progetti di ricerca; altro fattore da tenere in considerazione nella gestione di questi pazienti sono le strategie di coping -le modalità con cui i piccoli pazienti affrontano lo stress e il peso della loro patologia- in questo studio sono stati evidenziati meccanismi di risposta passivi (ad esempio: ruminazione, negazione, autosvalutazione) incentrati sull'evitamento o la rinuncia davanti alle difficoltà e la dipendenza dagli altri come principali strategie di coping a seguito della dimissione dall'ospedale in correlazione con l'uso di forme di didattica a distanza; questo dato evidenzia che incrementare e potenziare sistemi di coping improntati all'impegno diretto e intenzionale ed orientato alla risoluzione dei problemi (come pianificazione, problem-solving, positive reappraisal) aumenta la frequenza scolastica dei pazienti, per cui utilizzare approcci terapeutici che aiutino a compiere questo scarto attitudinale può migliorare l'adattamento all'ospedalizzazione e alla psicopatologia; all'interno dello studio di Heimann e colleghi (2018) sono state messe in atto sedute di fisioterapia settimanali, sia di gruppo che individuali, trattamento che ha favorito esperienze sociali positive e lo sviluppo di competenze sociali all'interno del gruppo di pazienti. Da un punto di vista psicoterapeutico, è quindi fondamentale mantenere un approccio multimodale, che integri: percorsi psicologici, valutazione e trattamento dei disturbi in comorbidità (se presenti), interventi psicoeducativi rivolti al paziente e alla famiglia, e se necessario, presidi farmacologici per il controllo della sintomatologia somatica e psichiatrica.

In questo elaborato verranno presi in considerazione tre differenti approcci psicoterapeutici, che secondo le evidenze scientifiche raggruppano i migliori risultati pronostici:

1) Terapia cognitivo comportamentale

Diversi studi indicano che la psicoterapia con approccio cognitivo-comportamentale, nei pazienti affetti da disturbi da sintomi somatici, riduce in modo significativo l'intensità della sintomatologia primaria, le implicazioni delle eventuali comorbidità psicopatologiche, e migliora il funzionamento globale dei pazienti, soprattutto all'interno di percorsi di psicoterapia che superano le 12 sedute; la terapia cognitivo-comportamentale è una corrente psicoterapeutica che si è evoluta dal comportamentismo alla terapia cognitiva, fino a comprendere un intero gruppo di terapie cognitivo-comportamentali, tra cui, ad esempio, la mindfulness; gli interventi basati su quest'ultimo, presentano una forte solidità scientifica comprovata dalla riduzione della gravità dei sintomi e del disagio psicologico; le tecniche di mindfulness si fondano su modalità di ristrutturazione cognitiva e di regolazione emotiva, che all'interno dei pazienti con SSD si traduce con la modifica dei tratti alestitimici (fattori di rischio sia per patologie somatiche che mentali), i quali interferiscono con la percezione della salute e delle emozioni che si sperimentano, portando a un aumento delle emozioni negative e a una minore qualità della vita legata alla visione che si ha di se stessi come soggetti sani; la mindfulness ha il potenziale di contrastare, almeno in parte, l'alestitimia, promuovendo una maggiore curiosità verso il proprio mondo interiore e un'attenzione alle esperienze stesse, oltre ad aumentare la familiarità con i pensieri o i sentimenti che emergono nel corpo (Xu, Shi, & Li, 2024). Nella terapia cognitivo comportamentale, lo schema di lavoro con un paziente con sintomi somatici si riduce alla relazione tra la sfera somatica, la sfera mentale e la sfera contestuale dell'individuo, in accordo con la prospettiva biopsicosociale di questa patologia; indipendentemente dalla causa "scatenante" dei sintomi funzionali, la caratteristica comune di questo gruppo di pazienti è la presentazione delle lamentele somatiche come pervasive e impattanti sul normale funzionamento quotidiano, avviene, cioè, un cambio nella gerarchia degli obiettivi e dei valori del paziente che sente la necessità di modificare le proprie abitudini e il proprio comportamento per aderire a questa nuova etichetta; il paziente deve sottoporsi a esami frequenti, ricoveri o trattamenti gravosi e invasivi, vive il dolore associato alla sintomatologia e la paura che questa venga invalidata, spesso, inoltre la situazione professionale e familiare del paziente cambia, si alimenta una sensazione crescente di minaccia e di insicurezza, fino ad arrivare al punto in cui ci si percepisce come

completamente impotenti verso la propria situazione e ovviamente tutti questi fattori si riflettono in un cambiamento nell'immagine di sé del paziente che può influenzare l'esito clinico.

La prassi terapeutica cognitivo-comportamentale prevede che il paziente si concentri e lavori sul modo di pensare alla malattia e alle possibilità di affrontarla, sul proprio funzionamento emotivo e comportamentale, i pensieri che nascono durante l'evoluzione sintomatologica sono spesso di natura distorta e disadattiva, poiché le strategie di coping sono influenzate dalla patologizzazione e dai processi di significazione della malattia anch'essi alterati; i percorsi psicoterapici con questo approccio sono finalizzati, quindi, a modificare il ventaglio di contenuti cognitivi negativi del paziente e aiutarlo a sviluppare nuove abitudini mentali che generino emozioni e comportamenti positivi, l'obiettivo a lungo termine è quello di insegnare al paziente come affrontare la malattia, motivarlo a partecipare attivamente al trattamento e al processo di guarigione così da modificare tutte le abitudini e gli schemi comportamentali fallaci. Per ciò che concerne i pazienti con disturbi mentali in comorbidità, le ipotesi teoriche della terapia cognitivo-comportamentale si focalizzano sul trattamento dei sintomi somatici e sulla diagnosi psicopatologica in sedi e tempi differenti, poiché questa popolazione presenta altre caratterizzazioni psicologiche, a partire da un più alto rischio di sviluppare sintomi somatici il che crea un circolo vizioso diagnostico e terapeutico che peggiora significativamente la qualità della vita dei pazienti; la comorbidità tra disturbi mentali e sintomi somatici complica il processo terapeutico, poiché il paziente è esposto a un rischio maggiore di ricadute, ad una maggiore intensità delle manifestazioni, al prolungamento del trattamento e alla diminuzione dell'efficacia terapeutica (Orzechowska, Maruszewska, & Gałecki, 2021), proprio per questi fattori di vulnerabilità, lo psicoterapeuta cognitivo-comportamentale deve adattare i protocolli terapeutici standard al caso specifico del paziente al fine di avere un quadro completo della psicopatologia e del disturbo somatico su cui lavorare, è fondamentale insegnare al paziente abilità e schemi comportamentali specifici che deve imparare a far coesistere con la malattia somatica; inoltre nei disturbi mentali più frequentemente associati agli SSD, ovvero depressione e disturbi d'ansia, i processi di somatizzazione possono influenzare in modo significativo il funzionamento del paziente, provocando insonnia, problemi di appetito, calo della libido o affaticamento, questo comporta dover lavorare con un paziente più

difficile e facilmente irritabile (Henning, Subic-Wrana, Wiltink, & Beutel, 2020). Un ultimo fattore da tenere in considerazione nel trattamento cognitivo comportamentale è la costanza e il raggiungimento o meno della conclusione del percorso psicoterapico, risultati recenti dimostrano che le persone con una maggiore gravità del disturbo da sintomi somatici e una bassa percezione di autocontrollo sono più propense ad abbandonare il trattamento rispetto ad altri individui, inoltre, le persone con livelli più elevati di ansia e preoccupazioni inerenti la salute tendono a non portare a termine il trattamento; queste evidenze sono cruciali per aiutare i clinici a gestire il lavoro con individui che presentano una sintomatologia più grave e supportano anche l'ipotesi per cui un approccio alternativo, incentrato sulla costruzione del rapporto terapeutico e su un trattamento individualizzato (con focus sull'aumento del senso di autocontrollo, di autoefficacia e sulla riduzione dei sintomi ansiosi), potrebbe essere più adatto per questa fascia diagnostica (Jongsma, Darboh, Davis, & MacKillop, 2023).

2) Terapia dinamica interpersonale (Dynamic interpersonal therapy, DIT)

La DIT è una psicoterapia dinamica interpersonale integrata che si concentra su tre meccanismi caratteristici dei pazienti con disturbi da sintomi somatici, ovvero: l'uso di strategie secondarie di attaccamento per affrontare la sintomatologia somatica, la presenza di deficit nella mentalizzazione corporea (embodied mentalizing) e i problemi di fiducia epistemica, ossia la capacità di fidarsi degli altri come fonte accurata di conoscenza sul mondo; in primo luogo, il sistema di attaccamento vede il suo coinvolgimento non solo nelle dinamiche interpersonali ma anche nello sviluppo di risposte più o meno adattive allo stress, poiché nelle prime fasi di crescita, davanti a situazioni di disagio o sofferenza l'individuo impara a ricercare la prossimità delle proprie figure di attaccamento, che se disponibili e reattive, decomprimono lo stress del bambino tramite processi di co-regolazione e lo fanno sentire sostenuto e accudito; purtroppo però, la presenza di sintomatologia funzionale ostacola la regolazione dello stress e rende il bambino maggiormente suscettibile e vulnerabile ai fattori esterni, ne consegue la messa in atto di strategie secondarie quali: ipervigilanza nei confronti delle figure di attaccamento e acting out drammatici per catturare l'attenzione genitoriale e ricercarne il contenimento, oppure al contrario negazione del disagio esperito, disattivazione del

sistema di attaccamento e evitamento delle figure di accudimento primarie; nell'ottica psicodinamica le strategie di attaccamento secondarie non sono consapevolmente portate avanti dal soggetto e rappresentano un tentativo di adattamento alla minaccia interna crescente rappresentata dal dolore associato ai disturbi da sintomi somatici, sono, inoltre, strategie che apportano un sollievo temporaneo ma a lungo termine rischiano di essere peggiorative poiché vanno a ledere la capacità dell'individuo di richiedere aiuto (Luyten, & Fonagy, 2018); coloro che perpetuano le strategie di iperattivazione, tenderanno a ricercare supporto ovunque, anche in ambito sanitario, mentre chi fa principalmente uso dei meccanismi di disattivazione, protrarrà comportamenti di isolamento e ritiro sociale. Il secondo meccanismo ha a che vedere con la capacità di percepire e riflettere sui propri segnali corporei ed elaborarli come rappresentazioni di stati mentali interni, abilità erosa nei pazienti con sintomatologia funzionale a causa delle suddette strategie secondarie di attaccamento e della persistenza dei dolori, le quali vanno a falsare le rappresentazioni interne e ostracizzano lo sviluppo di un senso coerente del Sé; come precedentemente visto in diversi studi, la mentalizzazione correla con la presenza di tratti Alessitimici e con scarsa regolazione emotiva nei pazienti con SSD. Infine, l'ultimo meccanismo secondo Fonagy (2016) coincide con la predisposizione del bambino a fidarsi degli altri per acquisire conoscenza e imparare informazioni sull'ambiente circostante e su sé stesso, nei pazienti con sintomatologia funzionale la fiducia epistemica non si è sviluppata, per cui, oltre a nutrire diffidenza verso i professionisti della salute si sentono anche incompresi e invalidati dalle famiglie di appartenenza; questo gruppo di pazienti è considerato molto eterogeneo ma presenta tratti comuni e nella maggior parte dei casi anche background esperienziali simili, difatti molti di loro sono cresciuti all'interno di ambienti invalidanti e con un alto grado di traumatizzazione, per cui i meccanismi di difesa precedentemente accennati come l'ipervigilanza o la sfiducia epistemica, erano costantemente attivati, proprio per questo la terapia interpersonale si pone l'obiettivo di validare e normalizzare le strategie disadattive protratte dal paziente e aprire la strada per costruirne di adattive e maggiormente funzionali alla propria configurazione personale. A livello terapeutico, l'impostazione del trattamento dinamico interpersonale prevede 16 sedute, o nei casi più gravi che presentano maggiori complicanze si può arrivare ad un massimo di 26 sedute, la natura a tempo limitato del trattamento offre al paziente un ambiente contenitivo e contenuto nella sua durata, in più attiva l'IPAF (Focal Interpersonal Affective Pattern)

del paziente, ovvero l'insieme di tutti gli schemi ricorrenti e tendenzialmente inconsci che l'individuo mette in atto nella relazione con sé stesso e con gli altri, legati all'insorgenza e alla persistenza della sintomatologia somatica; naturalmente, terminate le sedute di prassi, alcuni pazienti traggono beneficio da un trattamento più lungo, ma l'obiettivo di tale approccio è quello di rendere il paziente capace di continuare il proprio processo terapeutico in modo autonomo (Luyten, & Fonagy, 2020).

3) Psicoeducazione familiare/ sistemico relazionale

La letteratura concorda generalmente sul fatto che l'ambiente familiare sia importante sia per lo sviluppo che per la perpetuazione dei disturbi somatici, spesso infatti, negli sfondi anamnestici di questi pazienti è possibile riscontrare problemi di salute familiare, caregivers con SSD e altri disturbi in comorbidità o storie di malattia prolungata che fungono da fattori di rischio; allo stesso modo, un clima familiare sfavorevole, dove sono continuamente presenti stressors psicosociali e alti livelli di conflitto, può costituire un ambiente dove la vulnerabilità del bambino a sviluppare e mantenere gli SSD aumenta notevolmente.

Le interazioni familiari sono di primaria importanza nei bambini e negli adolescenti, è stato osservato come un alto coinvolgimento dei genitori nei confronti delle lamentele somatiche del bambino, ne aumenti la quantità, la salienza e influisca sul grado di restrizioni che il paziente si impone; inoltre la chiave di lettura adottata dalla famiglia per interpretare la sofferenza del bambino, influisce sul rapporto e sugli scambi con il sistema sanitario e l'équipe medica, provocando molto spesso, fraintendimenti o scarsa fiducia nel lavoro di questi ultimi; tra gli altri fattori contestuali che minano il benessere del bambino che soffre di SSD troviamo anche:

- Famiglia altamente richiedente: clima domestico in cui viene agita una forte pressione familiare sul bambino per “spingerlo” ad essere più bravo (a scuola o in altri ambiti come lo sport), più assertivo, più diligente; in questo caso le aspettative autoimposte possono diventare opprimenti e irraggiungibili, per cui il piccolo paziente mette in atto meccanismi protettivi come ad esempio la somatizzazione.

- Modello familiare disfunzionale: i bambini con sintomatologia somatica provengono generalmente da famiglie caratterizzate da interazioni disfunzionali e da un clima familiare negativo, i caregivers sono tendenzialmente più arrabbiati e aggressivi rispetto a quelli dei bambini privi di disturbo, criticano i propri figli più frequentemente e, allo stesso tempo, sembrano reagire in modo iperprotettivo ai bisogni dei loro bambini; la comunicazione tra i membri della famiglia, la sintonizzazione affettiva, le aspettative legate ai ruoli e le strategie di risoluzione dei problemi risultano più disfunzionali, così come il grado di conflitto familiare, la struttura organizzativa della famiglia e la scarsa autonomia familiare sono indici di manifestazione funzionale nel bambino (Schulte, & Petermann, 2011).
- Stile di parenting iperprotettivo: genitori eccessivamente preoccupati per lo stato di salute dei propri figli, tendono ad un'esagerata attenzione verso gli stessi e a un'interpretazione catastrofica dei loro sintomi fisici, ne consegue un frequente ricorso ai servizi sanitari dovuto al comportamento genitoriale ansioso e ipercontrollante; tutte queste componenti ostacolano l'adeguato sviluppo emotivo e attitudinale del bambino al quale arriva il messaggio subliminale di un mondo pericoloso, in cui è necessario avere paura dell'esterno, andando così a interiorizzare credenze negative su di sé e sugli altri, sono -difatti- bambini con un ridotto senso di autoefficacia e una compromessa fiducia nella loro possibilità di sviluppare e utilizzare strategie proprie di risoluzione dei problemi (Vesterling, & von Düring, 2025).

Tradizionalmente, la psicoterapia familiare si concentra sul principio cardine delle relazioni all'interno del nucleo e la patologia viene vista e interpretata come una funzione o un effetto delle dinamiche interne, il trattamento psicoeducazionale si basa, pertanto, sulla presa di coscienza delle strategie di coping utilizzate tra componenti della famiglia nei confronti del piccolo paziente e del suo disturbo e ha l'obiettivo di insegnare ai vari membri, in primis ai caregivers, come gestire al meglio la sintomatologia espressa (Hulgaard, Dehlholm-Lambertsen, & Rask, 2019). La psicoeducazione familiare è stata recentemente comprovata da uno studio di Kallesøe et al., (2023) in cui venivano proposte la procedura di assessment standardizzata e la psicoeducazione, come interventi migliorativi e potenzialmente efficaci per adolescenti con una diagnosi di disturbo da sintomi somatici; il percorso di psicoeducazione si articolava in una prima parte di

comprensione circa il modello biopsicosociale e l'interazione mente-corpo, in questo frangente veniva richiesto al paziente di menzionare eventi o episodi specifici che avessero potuto corroborare all'infrangimento dell'equilibrio psicosomatico precedente ai sintomi, in un clima di riflessione e discussione condivisa sul significato che attribuivano ai sintomi, chiarendo eventualmente interpretazioni puramente mediche o percezioni discordanti all'interno delle diverse famiglie; in secondo luogo si è proseguito con una serie di interventi esplicativi sulla somatizzazione e la percezione dei sintomi, per approdare, infine, alla descrizione dei pattern disadattivi in risposta al disturbo, nello specifico, in questo studio si è cercato di far luce su tutti i comportamenti legati alla patologia definiti "tutto o niente", ovvero la tendenza a limitare completamente o a esagerare con le attività.

In conclusione, si ritiene importante esaminare anche la letteratura scientifica inerente il trattamento farmacologico, in quanto, usualmente utilizzato in associazione con i percorsi psicoterapici; le evidenze scientifiche sul trattamento psicofarmacologico per i giovani con disturbo da sintomi somatici sono scarse, per questo molti studi prendono in considerazione la gestione farmacologica nei pazienti adulti e la ricalibrano sulla popolazione pediatrica, prestando particolare attenzione all'aggiustamento del dosaggio in base alle proprietà metaboliche del paziente in questione, alla salienza dei sintomi fisici e delle lamentele somatiche; le linee guida in ambito pediatrico, raccomandano di iniziare i farmaci a dosi basse e seguire uno schema di aumento graduale, così da raggiungere il massimo beneficio con il minor rischio di incappare in effetti avversi e facilitando -in questo modo- la valutazione della tollerabilità individuale del piccolo paziente a quel farmaco specifico (Eccleston et al., 2019); i farmaci maggiormente utilizzati in questo campo, risultano includere antidepressivi, antiepilettici e antipsicotici, a seguire una breve disamina.

Numerosi studi hanno mostrato evidenze di efficacia per gli antidepressivi triciclici (TCA), i quali hanno effetti analgesici indipendenti dall'effetto antidepressivo e regolano la percezione del dolore e la modulazione del dolore centrale, gli inibitori della ricaptazione della noradrenalina (SNRI) migliorano anch'essi la modulazione discendente del dolore e infine, gli inibitori della ricaptazione della serotonina (SSRI) i quali, al contrario, non hanno un effetto analgesico diretto ma migliorano l'umore e l'ansia, che spesso amplificano la percezione dei sintomi fisici.; tra i TCA più

comunemente prescritti in ambito pediatrico, è presente l'amitriptilina molto efficace nella profilassi della cefalea cronica, in generale, i triciclici risultano essere più efficaci degli SSRI nella gestione delle cefalee di tipo tensivo e nel dolore neuropatico; la duloxetina e la venlafaxina sono SNRI comunemente usati per il dolore neuropatico e complessivamente risultano adeguati per tutti i disturbi da sintomi somatici con dolore predominante e comorbidità psicopatologiche quali ansia o depressione; tra gli SSRI troviamo la fluoxetina e la sertralina indicate principalmente per il trattamento dei disturbi in comorbidità. Sebbene il massimo beneficio dei farmaci antidepressivi si ottenga relativamente presto durante il trattamento, in genere i benefici richiedono tempo per accumularsi e diventare clinicamente evidenti, al contrario, la maggior parte dei loro effetti collaterali si manifesta nelle fasi iniziali del trattamento in modo più intenso; di solito, la combinazione tra effetti collaterali precoci e efficacia ritardata porta molti pazienti e famiglie a interrompere i farmaci prima che abbiano avuto una reale possibilità di agire sull'organismo; gli effetti avversi degli SSRI spesso compaiono o peggiorano transitoriamente durante l'inizio della terapia, durante l'aumento del dosaggio, oppure con l'aggiunta di un farmaco che interferisce con il metabolismo degli stessi, è, per suddette motivazioni fondamentale fornire percorsi psicoeducativi, alle famiglie e ai pazienti, prima di iniziare la terapia farmacologica così da esplicitare l'andamento tipico del trattamento, gli span temporali di miglioramento e quelli concernenti gli effetti collaterali; nei casi in cui le famiglie sono preparate a questo fenomeno e l'alleanza terapeutica è solida, gli effetti collaterali possono essere tollerati abbastanza a lungo da consentire un adeguato adattamento (Dwyer, & Bloch, 2019). Tra i farmaci antiepilettici il pregabalin e il gabapentin sono anticonvulsivanti noti soprattutto per il loro potenziale beneficio nel trattamento del dolore cronico e neuropatico e sono considerati farmaci di prima linea anche se tendono ad avere alti tassi di interruzione del trattamento a causa degli effetti collaterali, tra i più comuni si enumerano: vertigini, aumento ponderale, irritabilità, ipersonnia e stato confusionale (Egunsola, Choonara, Sammons, & Whitehouse, 2018); infine, la prescrizione di antipsicotici viene attuata in presenza di comorbidità psichiatriche gravi oppure di resistenza al trattamento psicologico e farmacologico di prima linea, tra i farmaci antipsicotici primariamente utilizzati in ambito pediatrico per la gestione degli SSD, il risperidone e l'aripirazolo sono i meglio tollerati.

La presa in carico dei piccoli e giovani pazienti con disturbo da sintomi somatici contempla, pertanto, l'adozione di un modello di intervento riabilitativo che integri modalità farmacologiche e percorsi psicoterapeutici al fine di ottenere risultati pronostici ottimali; come precedentemente anticipato, la comunità scientifica sottolinea l'importanza di un'identificazione precoce dei disturbi somatici e della conduzione di riunioni multidisciplinari che coinvolgano anche la famiglia del paziente, inoltre data la natura sfaccettata di tale sintomatologia, l'obiettivo comune alle linee guida in ambito pediatrico è quello di diminuire la compromissione funzionale che la psicopatologia apporta e agevolare la creazione di strategie di coping più adattive; allo scopo di inquadrare il paziente all'interno dei ranghi biopsicosociali, le evidenze scientifiche esaltano il ruolo genitoriale come fattore protettivo o come potenziale fattore di rischio che contribuisce al livello di disabilità e alla persistenza dei sintomi somatici nel bambino, per questo la psicoterapia familiare e la psicoeducazione dei genitori sono di solito componenti necessarie per un trattamento efficace nei bambini con SSD (Crawford, Tran, Shaw, & Shaw, 2020).

2.3) IL CASO STUDIO DELLA CLINICA PEDIATRICA NELL'AZIENDA OSPEDALE-UNIVERSITÀ DI PADOVA

Il presente elaborato vede al suo interno un progetto di ricerca realizzato presso l'ambulatorio di Psicologia Clinica dell'Azienda Ospedaliera di Padova, punto di riferimento dell'intera Unità Operativa Complessa (UOC) della Clinica pediatrica sia per i pazienti che per lo staff sanitario; l'ambulatorio prende in carico bambini e adolescenti inviati per conseguire una valutazione psicologica a seguito di ricoveri all'interno dei reparti pediatrici, per via di visite ambulatoriali oppure nelle situazioni maggiormente emergenziali tramite accessi diretti al pronto soccorso pediatrico; all'interno di questo progetto di ricerca, i criteri di esclusività del campione sperimentale prevedevano una diagnosi sotto l'ombrello del disturbo da sintomi somatici con sintomatologia lamentata identificabile all'interno del quadro cefalgico e il completamento del Youth Self-Report, ovvero un questionario psicometrico per l'autovalutazione di pazienti in una fascia di età tra gli 11 e i 18 anni in cui si indagano vari punti del funzionamento generale come, rendimento scolastico, attività sportive, relazioni interpersonali, la percezione di sé e del proprio comportamento.

Il percorso che porta questi pazienti a intraprendere i colloqui clinici comincia con l'ingresso in regime di ricovero all'interno del reparto pediatrico, in cui vengono seguiti dall'équipe sanitaria di competenza per i sintomi lamentati; globalmente, sono pazienti accomunati dall'espressione di un disagio emotivo attraverso uno o più sintomi fisici, tramite la messa in atto consapevole o meno, del meccanismo di difesa somatizzante, che se persistente e pervasivo porta a un danno funzionale configurabile nella categoria diagnostica del Disturbo da sintomi somatici (SSD); la manifestazione di questi disturbi in ambito pediatrico può presentarsi con vari livelli di gravità e apporta un disagio clinicamente significativo, l'utilizzo di ingenti risorse sanitarie, l'assenteismo scolastico e il rischio di lesioni iatrogene dovute a valutazioni e trattamenti non necessari, in più come ampiamente anticipato nel capitolo precedente, tali pazienti spesso presentano

tratti psicologici e personologici specifici associati al disturbo somatico e il più delle volte, sono accomunati da fattori di rischio condivisi; il trattamento prevede una valutazione medica e psicologica concomitante, che porta al completamento di un quadro concettuale diagnostico da parte di un team sanitario multidisciplinare, a cui segue la riabilitazione della funzionalità fisica del paziente, i percorsi di psicoterapia per indagare le radici del disturbo, modificare i fattori cognitivi/emotivi predisponenti la sintomatologia corporea e gestire le altre comorbidità psicopatologiche se presenti; inoltre, si possono osservare delle correlazioni tra il sesso del paziente e i sintomi somatici lamentati, ad esempio, le adolescenti con SSD manifestano più dolore addominale, mal di testa, disturbi gastrointestinali, sintomi dissociativi e problemi nella sfera sessuale rispetto agli adolescenti maschi, così come il quadro sindromico conversivo è significativamente più frequente nelle fasce femminili che in quelle maschili; al momento non esiste una spiegazione chiara per le differenze di prevalenza e fenomenologia in base al sesso, la comunità scientifica concorda comunque nel considerare il disturbo da sintomi somatici sfaccettato e multifattoriale, per cui fattori biologici, socioculturali e contestuali hanno una forte rilevanza nell'indirizzare le traiettorie di sviluppo psicopatologico (Kline et al., 2023); indipendentemente dal sesso, sono pazienti con una lunga storia clinica caratterizzata da indagini mediche ripetute e invasive, che nella maggior parte dei casi non hanno portato ad una risoluzione sintomatologica per questo, riferiscono comunemente sentimenti di sfiducia e disillusione quando interagiscono con i professionisti sanitari. Una volta arrivati all'attenzione clinica durante la degenza, si iniziano le procedure di assessment con il fine di recidere la componente organica dei sintomi lamentati e quando gli esiti degli esami medici non evidenziano alterazioni significative, si mobilita la figura della psicologa, la quale avvia una valutazione psicodiagnostica del piccolo paziente tramite i colloqui clinici e contemporaneamente conduce gli stessi anche con il gruppo familiare così da comprendere pienamente le dinamiche interne al nucleo e il contesto di provenienza del bambino; come suggerito dalle linee guida di Ibeziako et al., (2019) è importante in questa fase preliminare, far entrare subito in contatto il paziente e la famiglia con il modello biopsicosociale e l'interconnessione dell'asse mente-corpo, in modo tale da evitare possibili resistenze e indirizzarli tempestivamente verso un approccio interdisciplinare, si deve quindi, far comprendere che alle visite mediche si affiancheranno anche i colloqui psicologici come

parte integrante dell'intervento riabilitativo; solo tramite l'applicazione pratica dei protocolli standardizzati sopra citati, è possibile evitare confusione e fraintendimenti, andando in primis a identificare precocemente i campanelli d'allarme psicosomatici grazie al coinvolgimento di un'équipe composta da diverse figure professionali, per poi, a seguito di diverse riunioni interdisciplinari, condurre un colloquio di confronto con il paziente e successivamente con la famiglia tale per cui si avvieranno i percorsi terapeutici (Soe, & Lopez, 2022); in virtù di quanto appena detto, nel contesto della Clinica Pediatrica dell'Azienda Ospedaliera di Padova, la gestione del percorso diagnostico-terapeutico prevede un dialogo costante e strutturato tra il team medico e quello psicologico, grazie al quale si strutturano interventi mirati: di tipo supportivo, nei casi in cui si prospetti l'esordio di una patologia organica significativa, oppure diagnostico, quando la sintomatologia appare slegata da qualsiasi base medica evidente (Ricca & Sequi, 2019). I colloqui clinici variano intorno ad una media di 5/6 incontri svolti con il paziente, con l'intero nucleo familiare o con i caregivers separatamente, vedono l'impiego di strumenti psicodiagnostici quali test proiettivi come il Children's Apperception Test (CAT) o il Thematic Apperception test (TAT) per i pazienti più grandi e la somministrazione di questionari come il Child Behavior Checklist (CBCL) o il Youth Self Report (YSR), rispettivamente compilati dai genitori nel primo caso e dal paziente stesso nel secondo; la psicologa lavora poi, sui risultati dei test e su ciò che emerge durante i colloqui clinici per comprendere a pieno l'inquadramento psichico del paziente e aiutarlo a capire quali sono le origini del proprio disagio emotivo, che generalmente fiorisce a seguito di un evento avverso accaduto nella storia più o meno recente del paziente; nella maggior parte dei casi si ha a che fare con bambini e adolescenti che stanno attraversando o hanno attraversato da poco il divorzio dei propri genitori o la morte di un membro familiare a cui si era molto legati, spesso vivono in contesti domestici particolarmente conflittuali, magari si trovano a dover compiere un passaggio da una classe all'altra oppure sono pazienti che subiscono episodi di bullismo, sono isolati dal gruppo dei pari e le lamentele somatiche fungono da fattore rafforzante per ottenere maggiori attenzioni ed evitare determinate situazioni, barricandosi all'interno della propria fortezza difensiva, quella somatica. Il percorso si conclude con un colloquio di restituzione, durante il quale la psicologa, in collaborazione con il personale medico, condivide con la famiglia i risultati emersi e fornisce indicazioni operative a seguito della

dimissione, questo passaggio è imprescindibile per agevolare la buona riuscita del trattamento poiché si fa un bilancio sia del versante prettamente organico che di quello psicologico-clinico; tendenzialmente si propone un follow-up con incontri di monitoraggio tramite visite ambulatoriali in clinica o, nei casi più complessi, un invio per un percorso di psicoterapia presso i servizi territoriali.

CAPITOLO 3

LA RICERCA

3.1) INTRODUZIONE

I disturbi da sintomi somatici e disturbi correlati sono un gruppo diagnostico caratterizzato dalla presenza o dalla preoccupazione persistente per sintomi fisici che possono manifestarsi con o senza una condizione medica accertabile, sono generalmente intesi come il risultato di un'interazione tra processi psicologici, biologici e sociali che eccedono le capacità di coping dell'individuo, portando a notevole disagio e compromissione del funzionamento quotidiano; in ambito pediatrico i pazienti con SSD presentano sintomi più gravi, persistenti e invalidanti, risultano essere a maggiore rischio di interventi iatrogeni ripetuti e potenzialmente dannosi, assenteismo scolastico e isolamento sociale; tra i sintomi somatici più frequentemente riportati si annoverano cefalea, dolore addominale ricorrente, dolore agli arti, spossatezza e nausea e nella maggior parte dei casi, si presentano in comorbidità con disturbi mentali, prevalentemente disturbi del tono dell'umore e disturbi d'ansia; inoltre, a livello epidemiologico circa il 25-30% delle richieste di degenza in ingresso presso le strutture ospedaliere provengono da suddetti quadri sindromici, percentuale che aumenta nelle fasi di maggiore transitorietà, come il passaggio da un grado scolastico a quello successivo, amplificando la portata del fenomeno dell'"assenteismo scolastico che funge da rinforzo positivo e al contempo negativo, difatti il sintomo funzionale giustifica e consente al bambino o all'adolescente di non frequentare la scuola e quindi evitare gli stressors ad essa collegati e conseguentemente, potrebbe avere un effetto negativo, poiché restando a casa da scuola, hanno meno distrazioni e si focalizzano maggiormente sui loro sintomi, aumentandone l'intensità (Janssens et al., 2011).

Nello specifico, le manifestazioni cefalalgiche rappresentano la seconda causa più comune di anni vissuti con disabilità a livello mondiale, costituiscono il 79% della prevalenza complessiva di disturbi sulla popolazione generale nell'Unione Europea e in Italia un bambino su quattro presenta nel corso dell'anno almeno un episodio di mal di testa (Onofri et al., 2023; Pogliani et al., 2011); le cefalee si affermano come la tipologia

di dolore più comune nei bambini e nei giovani, con effetti sulla qualità della vita, sulla frequenza scolastica e sul funzionamento sociale portando -spesso- a scarse prestazioni sociali, a una compromissione nel funzionamento emotivo e a deterioramento relazionale con il gruppo di coetanei e con la famiglia; come precedentemente visto nel primo capitolo di questo elaborato, l'eziologia delle cefalee è ricollegabile a predisposizioni o vulnerabilità genetiche e nel caso specifico delle cefalee primarie lo sviluppo morboso può essere favorito anche da molte altre condizioni siano queste di natura ambientale, sociale o psicologica, in aggiunta, è importante sottolineare ulteriormente che la cefalea in età pediatrica è spesso associata a una serie di tratti psicopatologici, riscontrabili nello spettro internalizzante ed esternalizzate; nei casi in cui l'indagine clinica non conduca ad una diagnosi e ad un successivo percorso terapeutico, si rischia di incappare in abuso di analgesici, trattamenti vani o incompleti che amplificano l'impatto disabilitante della manifestazione patologica sul funzionamento del paziente pediatrico.

Ad oggi, la letteratura scientifica ha rimarcato come bambini con disturbi da sintomi somatici presentino più frequentemente difficoltà emotive e comportamentali, rispetto ai coetanei sani o affetti da condizioni mediche con eziologia organica chiara, le evidenze concernenti l'evoluzione dei disturbi somatici nelle traiettorie di sviluppo di bambini e adolescenti sono scarse e ancor più rari sono gli studi che confrontano direttamente la manifestazione psicosomatica degli SSD e quella prettamente cefalalgica priva di comorbidità psichiatriche, nonostante la portata dei fenomeni sopracitati sia ingente; questa comparazione può contribuire a chiarire se i disturbi somatici siano effettivamente un'entità clinica distinta con caratteristiche psicopatologiche specifiche, o se vi sia una continuità con altre condizioni come la cefalea funzionale.

L'obiettivo di questo progetto di ricerca è quello di confrontare le manifestazioni psicopatologiche di pazienti pediatriche con una diagnosi di Disturbo da sintomi somatici che lamentano mal di testa, pazienti con una diagnosi neurologica di cefalea e un gruppo di individui sani, nel tentativo di appurare quanto le diverse sintomatologie siano invasive e debilitanti sul funzionamento quotidiano e poter in questo modo, anticiparne l'evoluzione e il decorso psicopatologico; l'indagine è stata condotta grazie all'uso del test standardizzato Youth Self Report (YSR 11-18) utile ad esplorare in modo sistematico le dimensioni psicopatologiche percepite dagli stessi partecipanti, permettendo una valutazione comparativa tra gruppi clinici e gruppo di controllo.

Numerosi studi evidenziano come bambini e adolescenti con cefalea primaria, cronica o episodica, presentino un rischio più alto di sviluppare disturbi ansia-correlati e un livello di sintomatologia depressiva significativamente più elevato rispetto ai valori normativi della popolazione generale (Mack, & Gladstein, 2008), (Rousseau-Salvador et al., 2014); inoltre, in una ricerca di Çiçek e colleghi (2022), viene analizzato il profilo psicologico di bambini con disturbo da sintomi somatici, sottolineando una maggiore incidenza di comorbidità psichiatriche, livelli elevati nella componente somatica e una significativa compromissione dell'autostima, del funzionamento emotivo e di quello comportamentale rispetto ai coetanei sani; d'altra parte, altrettanto numerose sono le ricerche che mettono in correlazione la pervasività della manifestazione cefalalgica e la sua cronicità, con un più alto livello di ritiro sociale, isolamento e introversione, le quali possono fungere da fattori di rischio per lo sviluppo di sintomatologia depressiva e/o ansiosa (Abu-Arafeh, 2023), (Westergaard et al., 2021). Infine, progetti di ricerca incentrati sulle variabili di genere, confermano l'associazione tra difficoltà nella regolazione emotiva, tratti Alessitimici e manifestazioni somatiche nei maschi, in conformità a quanto emerso in uno studio condotto da Bazhydai et al., (2019) in cui viene esplorato lo sviluppo del vocabolario emotivo durante la prima adolescenza; i risultati indicano differenze significative per età e genere, difatti, emerge che le femmine tendono a produrre un vocabolario emotivo più ricco e complesso, dimostrando una minore difficoltà nell'espressione delle loro emozioni

In linea con quanto emerso in letteratura, sono state formulate le seguenti ipotesi:

- Si prevede che i pazienti con diagnosi di SSD riportino punteggi significativamente più elevati in tutte le dimensioni psicopatologiche rilevate dal Youth Self Report, in particolar modo nell'indice somatico, rispetto sia ai soggetti con diagnosi neurologica di cefalea primaria che al gruppo di controllo composto da soggetti sani.
- Si ipotizza che i pazienti affetti da cefalea organica presentino una maggiore incidenza di problematiche internalizzanti rispetto ai soggetti sani.
- Si ipotizza che i maschi presentino punteggi più elevati nell'indice di somatizzazione.

Alla luce delle evidenze riportate, attraverso un approccio comparativo basato sull'impiego dello Youth Self Report (YSR 11-18), la ricerca mira a identificare le possibili differenze a livello psicopatologico tra i gruppi sperimentali e valutare l'impatto delle variabili di genere, con l'obiettivo ultimo di contribuire alla comprensione clinica dei Disturbi da sintomi somatici e alla definizione di strategie di intervento più mirate ed efficaci.

3.2) METODI

Partecipanti

Il campione del presente elaborato è composto da 63 partecipanti, suddivisi in tre gruppi: 21 pazienti con diagnosi di Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati (sintomo manifesto: cefalea), 21 pazienti con diagnosi neurologica di cefalea e 21 soggetti sani, si intende privi di diagnosi psicopatologica o di natura organica, selezionati come gruppo di controllo. L'età media del campione è di 14,3 anni (DS = 1, 20, range di età = 11-18 anni) (si veda: **Grafico 1** per la frequenza demografica del campione).

Il primo gruppo sperimentale (*Gruppo 0*) si compone di pazienti con sintomatologia somatica giunti alla conoscenza dell'ambulatorio di Psicologia Clinica presso l'UO di Clinica Pediatrica dell'Azienda Ospedaliera di Padova in una finestra temporale che va da febbraio 2014 a luglio 2025; tutti i partecipanti presentavano un quadro sindromico appannaggio neurologico con manifestazione cefalalgica e a seguito dell'indagine clinica, sono stati indirizzati verso una diagnosi di tipo psicopatologico; il secondo gruppo sperimentale (*Gruppo 1*) è stato reclutato presso il Centro per la Diagnosi e la Terapia delle Cefalee in Età Evolutiva collocato all'interno del medesimo Dipartimento di Pediatria, mentre, il gruppo di controllo (*Gruppo 2*) è stato selezionato da una serie di somministrazioni svolte in diversi licei con sede a Padova (PD).

Ai partecipanti è stato somministrato il test Youth Self-Report (YSR 11-18); la distribuzione in base al sesso vede una maggioranza di partecipanti femmine (N = 42) e la restante parte costituita da maschi (N = 21) (si veda: **Grafico 2** per la variabile di genere).

Tutti i partecipanti e i loro genitori hanno fornito consenso informato scritto, in conformità con l'articolo 24 e l'articolo 31 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

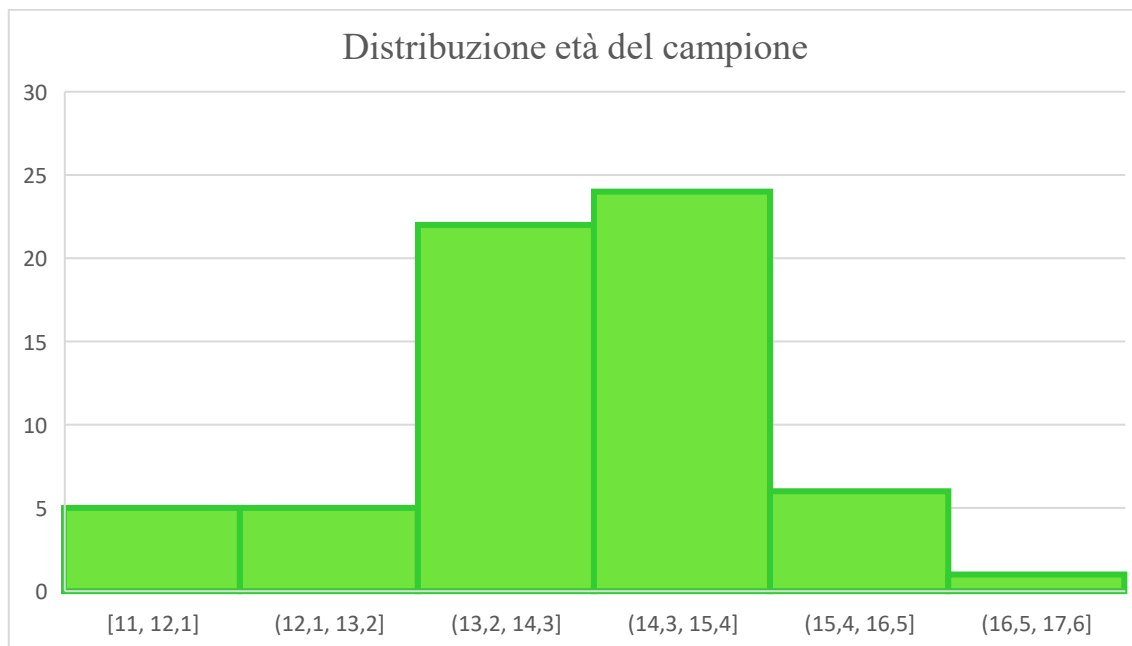


Grafico 1: *Distribuzione demografica del campione*

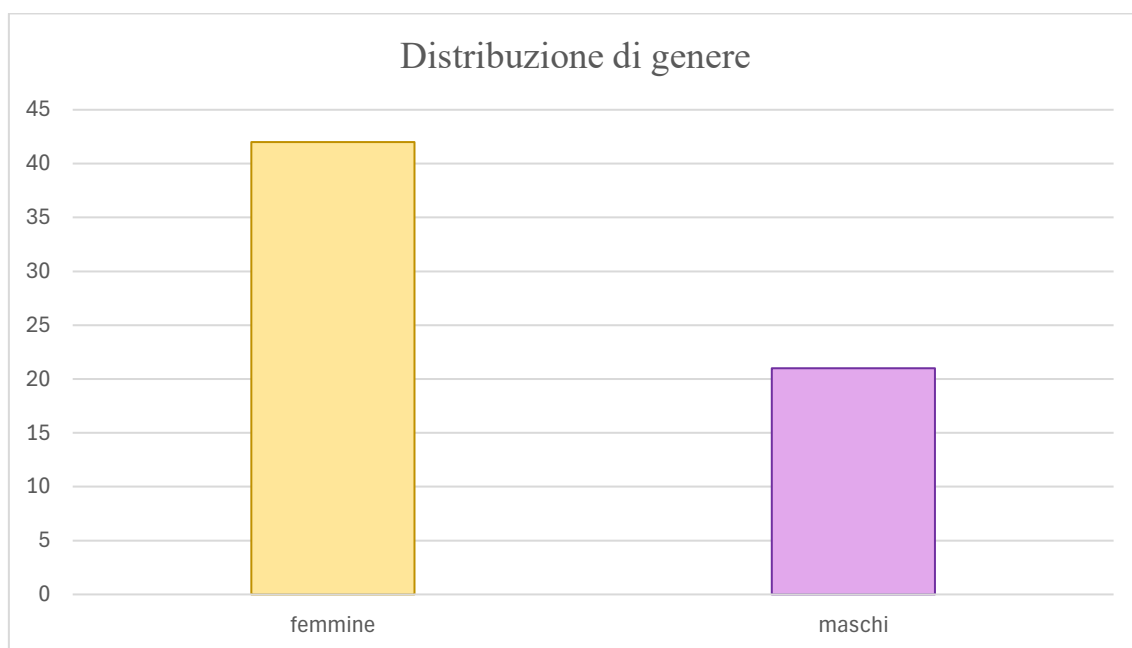


Grafico 2: *Distribuzione per variabile di genere*

Strumenti

Lo strumento di valutazione clinica utilizzato nella ricerca è stato lo Youth Self-Report (YSR), un questionario di auto-valutazione standardizzato sviluppato da Achenbach e Rescorla (2001), per valutare problematiche emotive e comportamentali in adolescenti di età compresa tra gli 11 e i 18 anni; lo YSR fa parte dell'Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA, Sistema di Valutazione Empiricamente Fondata) e si compone di 112 item che i soggetti compilano autonomamente per fornire una valutazione del proprio funzionamento, ogni item è valutato su una scala Likert a 3 punti: **0** = “non vero”, **1** = “in parte vero o qualche volta vero”, **2** = “molto vero o spesso vero”; il questionario è suddiviso in due sezioni: (1) Competenze e (2) Problemi.

Nel presente studio è stata utilizzata esclusivamente la sezione “Problemi”, la quale fornisce punteggi su otto scale sindromiche empiricamente derivate: *Ansioso/Depresso*, *Ritirato/Depresso*, *Lamentele Somatiche*, *Problemi Sociali*, *Problemi di Pensiero*, *Problemi di Attenzione*, *Comportamenti di Rottura delle Regole*, *Comportamenti Aggressivi*; inoltre, tale sezione produce punteggi compositi più ampi per: *Problemi Internalizzanti*, *Problemi Esternalizzanti*, *Problemi Totali*. Il questionario include anche scale orientate al DSM, coerenti con le categorie diagnostiche del DSM-V, ovvero: *Problemi Affettivi*, *Problemi d'Ansia*, *Problemi Somatici*, *Problemi di Deficit di Attenzione/Iperattività*, *Problemi Oppositivi Provocatori*, *Problemi di Condotta*.

L'attendibilità e la validità dello Youth Self Report sono state supportate da numerosi studi internazionali (da Silva Cristovam, Muzzolon, & dos Santos, 2019; Ebesutani et al., 2011).

La raccolta dei dati è avvenuta in tre differenti setting: per il *Gruppo 0* la somministrazione ha avuto luogo durante il periodo di degenza in ospedale, in ambiente protetto e in assenza delle figure genitoriali, così da consentire ai giovani pazienti di rispondere in modo onesto e sincero; con le stesse modalità di somministrazione sono stati prelevati anche i dati del *Gruppo 1* e infine, all'interno delle aule scolastiche sono stati prelevati i dati per ciò che riguarda il *Gruppo 2*. I partecipanti hanno completato il questionario in formato cartaceo, sotto la supervisione di figure formate e prima della somministrazione, a tutti i componenti dei tre gruppi è stato richiesto il consenso informato scritto, come precedentemente anticipato.

3.3) RISULTATI

I risultati dell'analisi descrittiva indicano differenze nei punteggi medi per *Problemi Internalizzanti* tra i gruppi sperimentali e il gruppo di controllo.

Nel *Gruppo 0* (N = 21), il punteggio medio totale è di 59.10 (DS = 9.1) mentre nel *Gruppo 1* (N = 21) il punteggio medio totale è più alto, 67.24 (DS = 8.5) e nel *Gruppo 2* (N = 21) è di 66.76 (DS = 8.3) (**Grafico 3**).

Tenendo in considerazione la variabile di genere, il *Gruppo 0* presenta un punteggio medio di 55.50 per i maschi (N = 4, DS = 9.7) e per le femmine di 59.94 (N = 17, DS = 9.1); il *Gruppo 1*, vede i partecipanti maschi con un punteggio medio di 61 (N = 6, DS = 4.7) e le partecipanti femmine con 69.73 (N = 15, DS = 8.5); nel *Gruppo 2*, i maschi ottengono un punteggio medio totale di 64.73 (N = 11, DS = 6.1) e le femmine di 69 (N = 10, DS = 10.1) (**Grafico 4**).

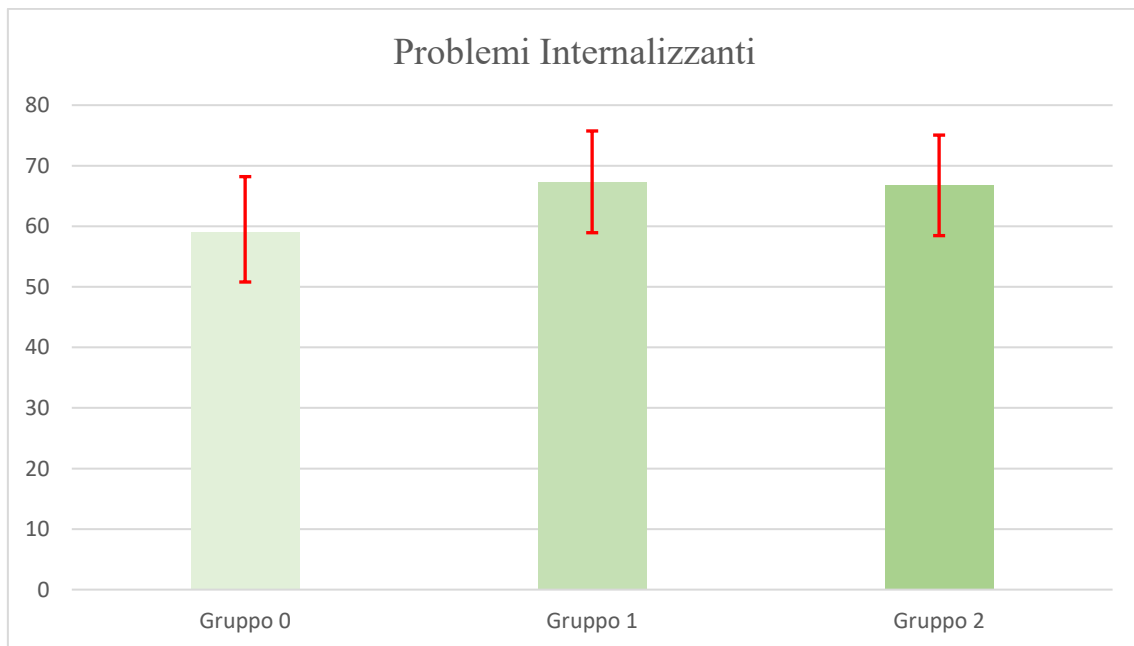


Grafico 3: Punteggi medi totali per *Problemi Internalizzanti*

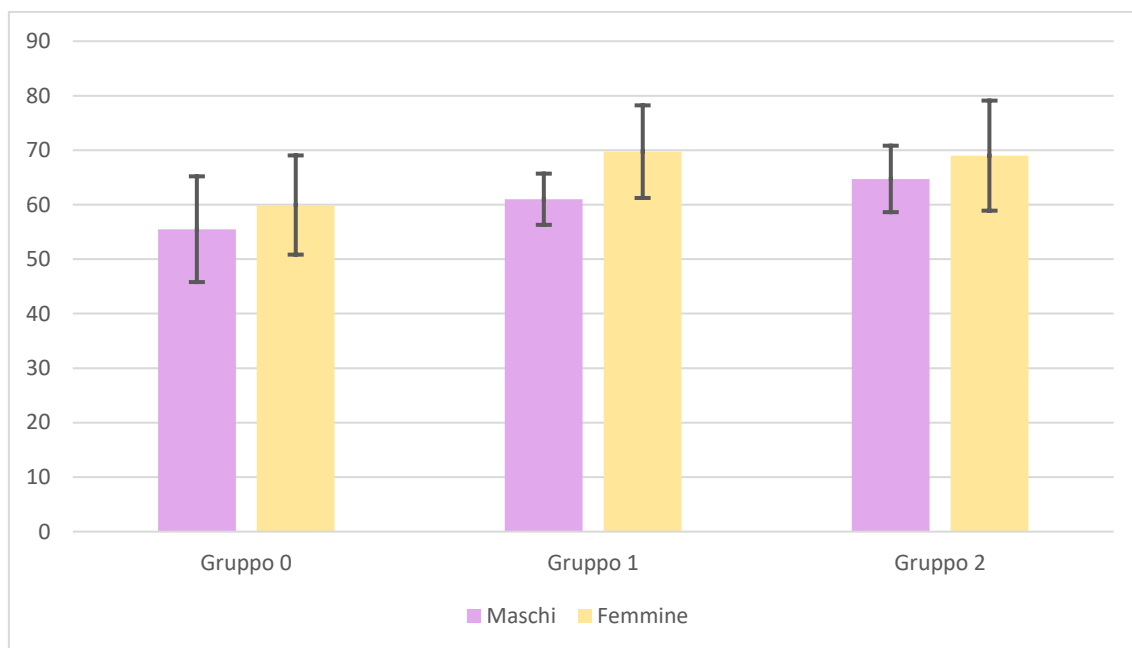


Grafico 4: Distribuzione di genere per Problemi Internalizzanti

Nell'analisi condotta con lo scopo di indagare il dominio *Problemi Esternalizzanti* le differenze nei punteggi medi tra gruppi (0,1,2) e per variabile di genere permangono e possono essere così riassunte: il *Gruppo 0* mantiene un punteggio medio totale più basso degli altri due gruppi ($M = 44.05$, $DS = 6.6$) ed esaminando la variabile genere risulta un punteggio medio maggiore per le femmine ($M = 44.47$, $DS = 6.8$) e minore per i maschi ($M = 42.25$, $DS = 5.9$); il *Gruppo 1* vede un punteggio medio totale di 61.76 ($DS = 6.9$) con la componente femminile meno in benessere ($M = 64.2$, $DS = 4.96$) rispetto a quella maschile ($M = 55.76$, $DS = 7.7$); il *Gruppo 2* presenta un punteggio medio totale di 61.14 ($DS = 6.4$), i maschi ottengono un punteggio di 62.18 ($DS = 6.5$) e le femmine di 60.00 ($DS = 6.5$) (vedi **Grafico 5** e **Grafico 6**).

In sintesi, è possibile osservare che, le femmine con cefalea (*Gruppo 1*) riportano i punteggi più elevati nei *Problemi Internalizzanti* ($M = 69.73$), per quanto riguarda i *Problemi Esternalizzanti*, i maschi del gruppo sano (*Gruppo 2*) mostrano i punteggi medi più alti ($M = 62.18$), suggerendo una maggiore incidenza di comportamenti esternalizzanti in questo sottogruppo; conseguentemente, analizzando la variabile di genere, le femmine tendono a riportare livelli più elevati di *Problemi Internalizzanti* rispetto ai maschi, mentre mostrano livelli inferiori nei *Problemi Esternalizzanti*; in

generale, si può dire che il i pazienti cefalalgici (*Gruppo 1*) mostrano punteggi più elevati rispetto agli altri gruppi e i partecipanti sani (*Gruppo 2*) punteggi più elevati rispetto ai pazienti funzionali (*Gruppo 0*).

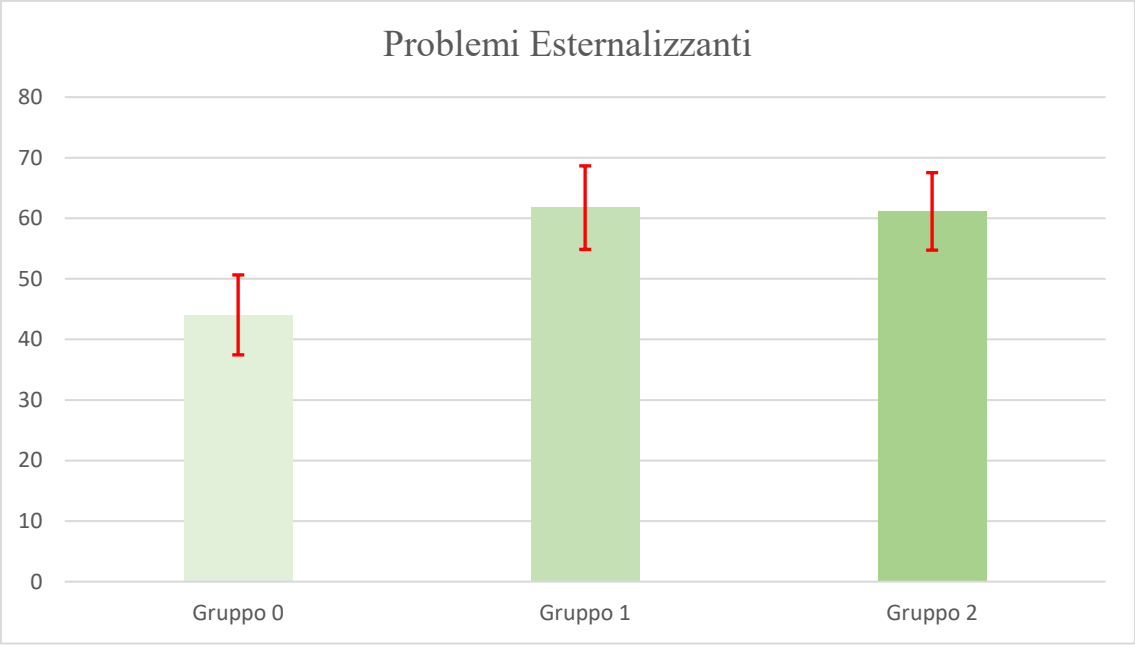


Grafico 5: Punteggi medi totali per Problemi Esternalizzanti

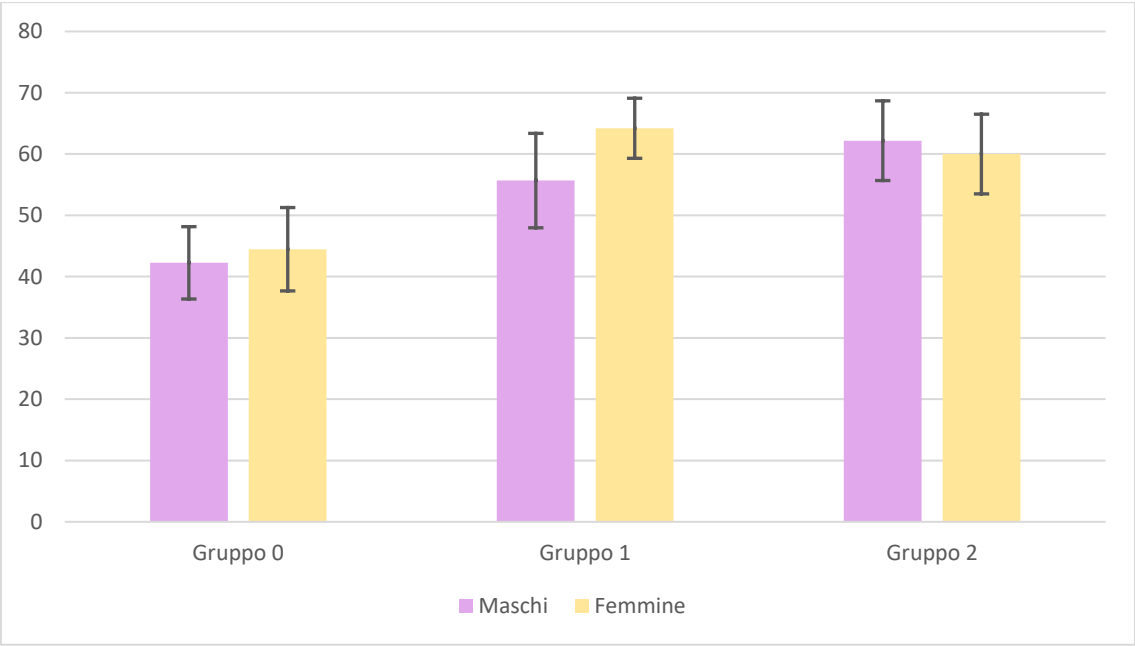


Grafico 6: Distribuzioni di genere per Problemi Esternalizzanti

I risultati dimostrano un effetto principale significativo del gruppo ($p = .009$, η^2 parziale = .152), evidenziando che i punteggi medi ai *Problemi Internalizzanti* differiscono significativamente tra gruppi, a conferma di quanto sottolineato nel **Grafico 3**; anche focalizzandosi sul genere, l'effetto principale è risultato significativo per la medesima variabile *Problemi Internalizzanti* ($p = .018$, η^2 parziale = .094). Al contrario l'interazione tra gruppo e genere sui punteggi ai *Problemi Internalizzanti* non è risultata significativa ($p = .677$, η^2 parziale = .014), ad indicare che l'effetto del gruppo è simile per femmine e maschi.

Tenendo in considerazione i risultati ottenuti per *Problemi Esternalizzanti*, ciò che emerge è un effetto principale significativo del gruppo ($p < .001$, η^2 parziale = .557) ad indicare che i livelli in *Problemi Esternalizzanti* variano significativamente in base all'appartenenza al gruppo, mentre l'effetto principale del genere non è risultato significativo ($p = .119$, η^2 parziale = .042) a suggerire che, non vi sono differenze significative nei punteggi ai *Problemi Esternalizzanti* tra maschi e femmine, ma la grandezza dell'effetto si colloca nella fascia bassa; infine, l'interazione tra gruppo e genere è risultata significativa ($p = .041$, η^2 parziale = .106), indicando che l'effetto del gruppo sui *Problemi Esternalizzanti* varia a seconda del genere.

In conclusione, i risultati osservati nella sezione *Lamentele Somatiche* fanno emergere ulteriori differenze nei punteggi medi totali dei gruppi sperimentali e di controllo; nel *Gruppo 0* il punteggio medio totale è di 62.48 (DS = 6.1), nel *Gruppo 1* il punteggio medio totale è più alto, 70.05 (DS = 9.7) e nel *Gruppo 2* è di 66.48 (DS = 8.2) (**Grafico 7**). Nell'analisi con la variabile di genere, il *Gruppo 0* presenta un punteggio medio di 61.5 per i maschi (DS = 6.9) e per le femmine di 62.7 (DS = 6.1); il *Gruppo 1*, vede i partecipanti maschi con un punteggio medio di 63.3 (DS = 6.1) e le partecipanti femmine con 72.73 (DS = 9.7); nel *Gruppo 2*, i maschi ottengono un punteggio medio totale di 66.4 (DS = 7.5) e le femmine di 66.6 (DS = 9.3) (**Grafico 8**).

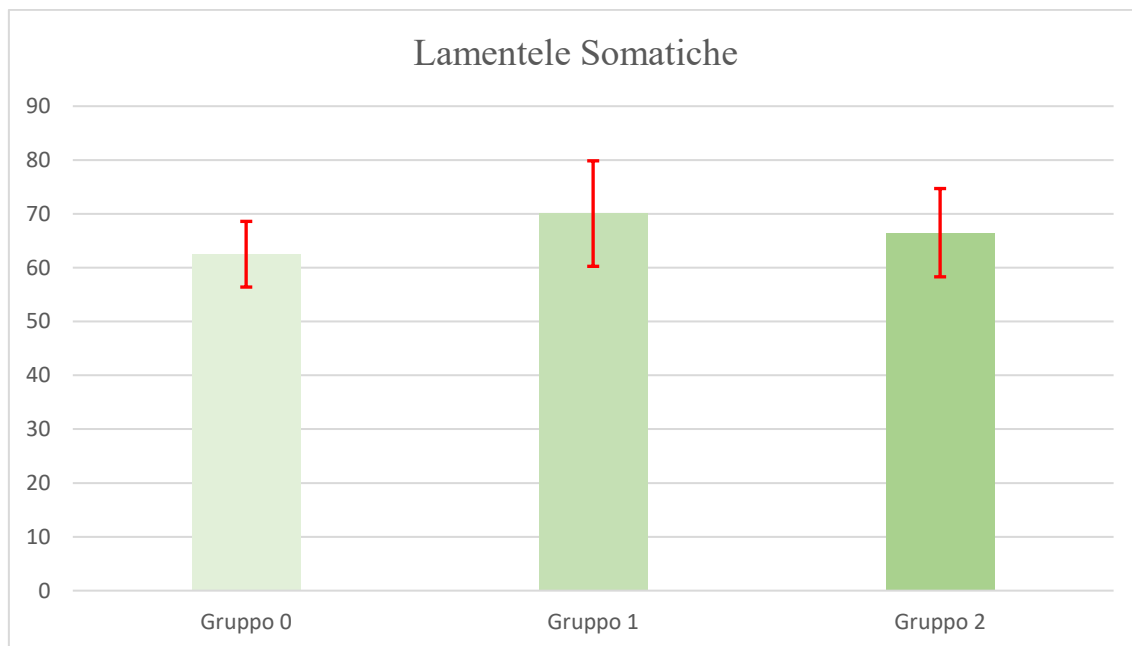


Grafico 7: Punteggi medi totali per Lamentele Somatiche

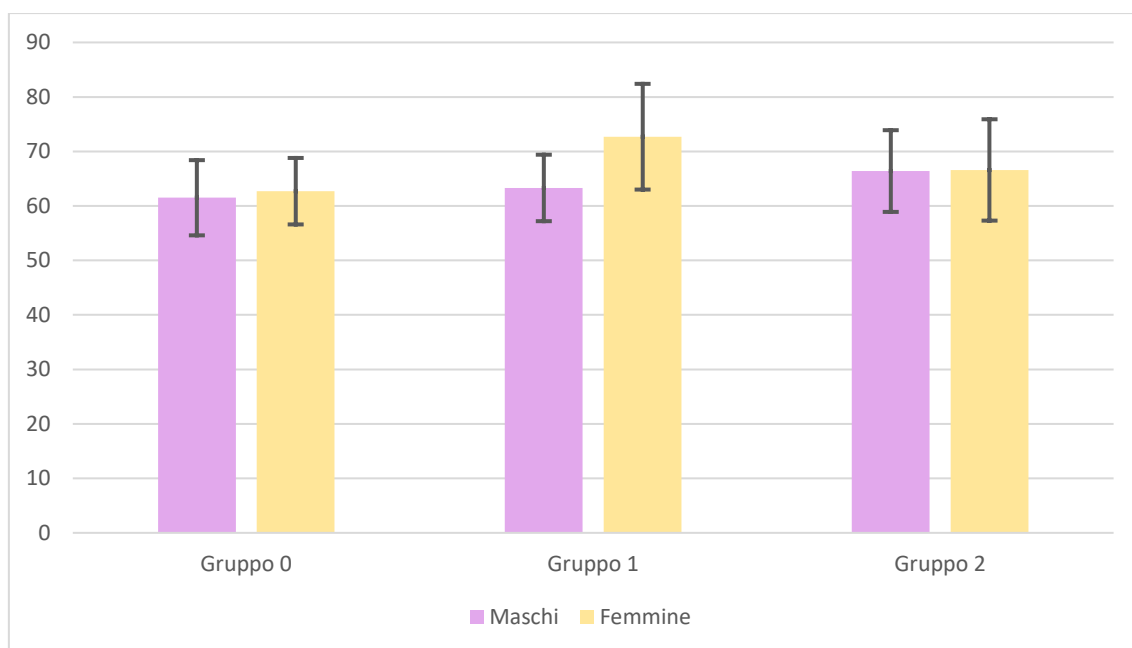


Grafico 8: Distribuzioni di genere per Lamentele Somatiche

L'effetto principale del gruppo e del genere sulla componente somatica non ha raggiunto la significatività statistica (Gruppo: $p = .124$, η^2 parziale = .071) (Genere: $p = .116$, η^2 parziale = .043) tuttavia, nella prima variabile (Gruppo) la grandezza dell'effetto si colloca in prossimità della soglia per un effetto medio, suggerendo una possibile tendenza verso differenze tra gruppi, mentre, nella seconda variabile, l'effetto è di dimensione piccola indicativo di una differenza non significativa nella componente somatica tra maschi e femmine. Infine, l'interazione tra gruppo e genere in relazione alla sezione di *Lamentele Somatiche* non è risultata significativa ($p = .180$, η^2 parziale = .058), suggerendo che l'effetto del gruppo non varia sostanzialmente in funzione del genere.

3.4) DISCUSSIONE DEI RISULTATI

L'obiettivo del presente elaborato è stato confrontare le differenze nelle manifestazioni psicopatologiche di pazienti pediatriche con Disturbo da sintomi somatici che lamentavano mal di testa e pazienti con una diagnosi neurologica di cefalea, in termini valutativi di evoluzione psicopatologica direzionata nello spettro internalizzante o esternalizzante.

Contrariamente alle ipotesi iniziali, sebbene i pazienti con diagnosi di SSD rientrino nelle scale sindromiche del Youth Self-Report, questi non raggiungono punteggi maggiori nelle dimensioni psicopatologiche rispetto ai pazienti cefalgici e al gruppo di controllo, all'opposto risultano essere i partecipanti con il maggior grado di benessere in tutti i domini indagati (*Problemi Internalizzanti*, *Problemi Esternalizzanti* e *Lamentele Somatiche*); all'interno del gruppo con SSD, è emersa una maggiore gravità del quadro psicopatologico per le partecipanti femmine che risultano avere punteggi significativamente più alti dei rispettivi maschi. È di fondamentale importanza attenzionare questi risultati, in virtù della letteratura che evidenzia una maggiore compromissione funzionale e pervasività della sintomatologia somatica; in generale gli adolescenti con SSD presentano difficoltà nella regolazione emotiva legata alla presenza di tratti alestitimici che fungono da fattori di rischio per la manifestazione funzionale e nella maggior parte dei casi, l'insorgenza sintomatologica avviene in contemporanea o subito dopo un evento stressante/traumatico -che ha avuto luogo nel contesto familiare o scolastico- per cui, al fine di evitare la fonte di stress, molto spesso in questi pazienti è visibile un'intensificazione delle lamentele somatiche che li porta a ritiro sociale e isolamento; nonostante questi ultimi elementi siano riconosciuti come fattori di rischio per sviluppare sintomatologia psicopatologica come depressione, ansia, uso di sostanze, comportamenti suicidari e sono noti per essere predittori di livelli più elevati di stress (Moon et al., 2025), i risultati non delineano il malessere dei pazienti con diagnosi di SSD elevato tanto quanto quello dei pazienti cefalgici e del gruppo di controllo.

In linea con le ipotesi iniziali, i dati hanno mostrato che i partecipanti con diagnosi neurologica di cefalea presentano punteggi più alti nello spettro internalizzante, esternalizzante e anche nella componente somatica rispetto al gruppo di controllo, con la popolazione campionaria femminile significativamente più colpita di quella maschile.

Questi risultati evidenziano il ruolo fondativo dei fattori psicopatologici nella manifestazione cefalalgica, non solo per i sintomi internalizzanti, ma anche per quelli esternalizzanti, notoriamente meno associati a questa categoria sindromica; ciò che devia dalle ipotesi di questa ricerca, come anticipato, è la rilevazione di punteggi più elevati nello spettro internalizzante e nella componente somatica in relazione ai partecipanti con diagnosi di SSD. Questo dato può essere compreso in termini di pervasività e cronicità della sintomatologia cefalalgica, che permane tra le condizioni neurologiche più diffuse a livello mondiale, lo studio sul Carico Globale di Malattie (GBD) classifica costantemente i disturbi da cefalea tra le principali cause di anni vissuti con disabilità (YLDs), imponendo un notevole peso sia sugli individui che sui servizi di assistenza sanitaria; in una ricerca di Pei et al., (2025) è stato rivelato a livello mondiale, un aumento imponente dell'incidenza, della prevalenza e degli anni vissuti con disabilità (YLDs) a causa della cefalea, riportano un numero globale di casi che si attesta a 290,0 milioni solo nel 2021 e una prevalenza di 811,7 milioni di casi nello stesso anno. L'età dello sviluppo rende particolarmente vulnerabili agli effetti invalidanti delle cefalee, le quali influenzano in modo significativamente più ampio rispetto alla sintomatologia funzionale, lo sviluppo psicopatologico, il rendimento scolastico e il benessere sociale di chi ne soffre.

Infine, per ciò che concerne l'alfabetizzazione emotiva della componente maschile all'interno del campione di ricerca, si possono osservare punteggi quasi simili tra maschi e femmine, sia nei pazienti con diagnosi di SSD che negli individui sani; al contrario, nel gruppo con sintomatologia cefalalgica, la fascia femminile raggiunge punteggi più elevati. In questo progetto di ricerca, entrambi i gruppi sperimentali vedono un forte sbilanciamento nei confronti del genere maschile (Gruppo 0, $f = 17$, $m = 4$; Gruppo 1, $f = 15$, $m = 6$) è per questo comprensibile che, nonostante il minore vocabolario emotivo, la componente femminile risulti comunque maggiormente somatizzante.

I risultati ottenuti suggeriscono la necessità di predisporre misure preventive e terapeutiche efficaci per contenere l'impatto negativo dei suddetti quadri sindromici sul benessere dei soggetti che ne soffrono, in modo tale da anticipare l'insorgenza psicopatologica e demonizzarla. In linea con quanto emerso risulta fondamentale implementare gli iter diagnostici e aumentare l'uso di test specifici per indagare la componente somatica così da riuscire, più agevolmente, a differenziare le configurazioni funzionali da quelle di natura organico-neurologica.

CONCLUSIONI

Lo scopo del presente elaborato era di fornire un quadro più completo sui Disturbi da sintomi somatici con manifestazione funzionale cefalalgica e di comprendere al meglio gli episodi di cefalea al confine tra il somatico e l'organico, in età evolutiva.

Attraverso il progetto di ricerca è stato possibile confrontare le principali manifestazioni psicopatologiche dei pazienti con SSD e cefalea, e contrariamente a quanto ipotizzato questi ultimi risultano stare peggio degli individui che presentano sintomatologia funzionale, in tutti i domini indagati, anche nelle *Lamentele Somatiche*. Questi risultati confermano quanto anticipato nell'arco dell'elaborato grazie al contributo di vari autori e ricercatori, ovvero che i quadri sindromici dei pazienti cefalalgici sono delineati da una maggiore pervasività della patologia nella vita di tutti i giorni e tendono a cronicizzarsi con minore difficoltà, è stato ulteriormente sottolineato che la cefalea si presenti in comorbidità con disturbi psicopatologici (principalmente disturbi del tono dell'umore e d'ansia) o ne scaturisca l'insorgenza; inoltre, è necessario indagare maggiormente lo sviluppo di traiettorie psicopatologiche nello spettro esternalizzante in associazione alla cefalea, tutt'oggi questo legame è poco studiato nonostante gli effetti a lungo termine possano potenzialmente essere nocivi tanto quanto le evoluzioni internalizzanti.

Tra i limiti del progetto di ricerca si segnalano:

- La dimensione del campione ($N = 63$) non consente la generalizzazione dei risultati su scala generale e la prevalenza delle partecipanti femmine può aver influenzato l'analisi delle differenze legate al genere.
- L'assenza di altri strumenti di valutazione clinica e psicodiagnostica, in particolare per indagare l'area somatica e consentirne un'analisi più precisa.
- L'utilizzo di uno strumento self-report, che essendo autosomministrato, può comportare la presenza di bias nell'analisi dei dati.

Infine, una criticità riscontata riguarda la scarsa reperibilità di progetti di ricerca italiani, che se presenti sono principalmente rivolti alla popolazione adulta e poco applicabili ai pazienti in età evolutiva, i quali stanno attraversando fasi di sviluppo differenti; questo dato dovrebbe esortare ad intensificare le ricerche nei reparti pediatrici mirati ad investigare la configurazione somatizzante, con lo scopo di sradicare i rimanenti punti

interrogativi e poter agevolare una comprensione clinica che sia globale e che consenta una presa in carico efficace da parte dei professionisti della salute.

In definitiva, il tentativo di questa ricerca era di illuminare una tematica poco approfondita in età evolutiva: quella della cefalea con manifestazione funzionale, il suo legame con i Disturbi da sintomi somatici e le traiettorie psicopatologiche; grazie ai dati raccolti è stato possibile evidenziare quanto sia importante considerare la cefalea non solo come un sintomo isolato, ma come possibile campanello di allarme per un disagio più ampio e complesso, che coinvolge l'area somatica, emotiva e comportamentale, richiedendo una gestione interdisciplinare.

I risultati ottenuti aprono nuove riflessioni, in particolare sull'associazione tra cefalea e sintomi esternalizzanti, ancora poco indagata ma potenzialmente rilevante, soprattutto con scopo anticipatorio; proprio per questo, sarebbe importante continuare a indagare tale ambito, con studi più ampi, strumenti diversificati e un approccio integrato che tenga conto della complessità individuale; investire in questa direzione permetterebbe non solo di colmare le lacune tutt'ora presenti in letteratura, ma anche di migliorare concretamente la presa in carico clinica, rendendola più celere, efficace ed adeguata alle necessità dei giovani pazienti e delle loro famiglie.

BIBLIOGRAFIA

Abraham, M.M., & Kerns, K.A. (2013). Positive and Negative Emotions and Coping as Mediators of Mother-Child Attachment and Peer Relationships, in *Merrill-Palmer quarterly*, 59(4):399-425.

Abu-Arafeh, I. (2023). Headache and psychological comorbidities: An appraisal of the evidence. *Journal of Clinical Medicine*, 12(7), 2683.

Achenbach, T.M., & Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.

Agnafors, S., Norman Kjellström, A., Torgerson, J., & Rusner M., (2019). Somatic comorbidity in children and adolescents with psychiatric disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 28, 1517–1525.

Agorastos, A., & Chrousos, G. P. (2022). The neuroendocrinology of stress: the stress-related continuum of chronic disease development. *Molecular psychiatry*, 27(1), 502–513.

American Psychiatric Association. (2013). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (quinta ed.), Raffaello Cortina Editore.

Ammaniti, M., Nicolais, G., & Speranza, A. M. (2004). Trauma and attachment: An investigation in abusive parenting. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 6(4), 9–22.

Anda, R., Tietjen, G., Schulman, E., Felitti, V., & Croft, J. (2010). Adverse childhood experiences and frequent headaches in adults. *Headache*, 50(9), 1473–1481.

Andresen, J. M., Woolfolk, R. L., Allen, L. A., Fragoso, M. A., Youngerman, N. L., Patrick-Miller, T. J., & Gara, M. A. (2011). Physical symptoms and psychosocial correlates of somatization in pediatric primary care. *Clinical pediatrics*, 50(10), 904–909.

Baglioni, V., Orecchio, S., Esposito, D., Faedda, N., Natalucci, G., & Guidetti, V. (2023). Tension-Type Headache in Children and Adolescents. *Life*, 13(3), 825.

- Ballespí, S., Vives, J., Alonso, N., Sharp, C., Ramírez, M. S., Fonagy, P., & Barrantes-Vidal, N. (2019). To know or not to know? Mentalization as protection from somatic complaints. *PloS one*, 14(5), e0215308.
- Balottin, U., Ferro, F., Carigi, F., Piazza, F., & Termine, C. (2012). Cefalea, emicrania e psicopatologia. *Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva*; 32, 81-86.
- Bazhydai, M., Ivcevic, Z., Brackett, M. A., & Widen, S. C. (2019). Breadth of emotion vocabulary in early adolescence. *Imagination, Cognition and Personality*, 38(4), 378-404.
- Bigal, M. E., Sheftell, F. D., Rapoport, A. M., Tepper, S. J., Weeks, R., & Baskin, S. M. (2003). MMPI personality profiles in patients with primary chronic daily headache: a case-control study. *Neurological sciences : official journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology*, 24(3), 103–110.
- Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. Heinemann.
- Bizzi, F., Ensink, K., Borelli, J.L., Charpentier Mora, S. & Cavanna, D., (2019). Attachment and reflective functioning in children with somatic symptom disorders and disruptive behavior disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 28, 705–717 .
- Bonvanie, I. J., Kallesøe, K. H., Janssens, K. A., Schröder, A., Rosmalen, J. G., & Rask, C. U. (2017). Psychological interventions for children with functional somatic symptoms: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Pediatrics*, 187, 272-281.
- Branje, S., de Moor, E.L., Spitzer, J. and Becht, A.I. (2021), Dynamics of Identity Development in Adolescence: A Decade in Review. *J Res Adolesc*, 31: 908-927.
- Burns, A. R., Solis, J. M., Shadur, J. M., & Hussong, A. M. (2012). Comparing psychiatric symptoms among children of substance-abusing parents with different treatment histories. *Vulnerable Children and Youth Studies*, 8(3), 258–271.
- Caponnetto, V., Deodato, M., Robotti, M., Koutsokera, M., Pozzilli, V., Galati, C.,... Raggi, A. (2021). Comorbidities of primary headache disorders: A literature review with meta-analysis. *The Journal of Headache and Pain*, 22(1), 71.
- Cicek, A. U., Ucuz, İ., Abanoz, E., Sarı, S. A., Karaca, S. N., & Dombaycı, Ö. (2022). Self-Esteem, Emotional And Behavioral Problems and Psychopathology In Children

With Somatic Symptoms and Related Disorders. *Cumhuriyet Medical Journal*, 44(2), 172-180.

Crawford, J., Tran, P., Shaw, J. S., & Shaw, R. J. (2020). Current Pharmacological Treatments for Childhood-Onset Somatic Symptom and Related Disorders (SSRD) and Functional Gastrointestinal Disorders (FGID). *Current Treatment Options in Psychiatry*, 7(2), 120-143.

da Silva Cristovam, M. A., Muzzolon, S. R. B., & dos Santos, L. H. C. (2019). Application of youth self-report for age 11-18 for screening of mental disorders in the adolescence. *Mathews Journal of Pediatrics*, 4(1), 1-9.

De Coo, I. F., Wilbrink, L. A., & Haan, J. (2015). Symptomatic Trigeminal Autonomic Cephalalgias. *Current pain and headache reports*, 19(8), 39.

Dell, M.L., & Campo, J.V., (2011) Somatoform disorders in children and adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, 34(3):643–60.

DeLuca, J.S., (2020) Conceptualizing Adolescent Mental Illness Stigma: Youth Stigma Development and Stigma Reduction Programs. *Adolescent Res Rev* 5, 153–171.

Díez-Suárez, A., Hernández-González, C., (2025). Somatization in childhood and adolescence: a guide to facilitate its understanding. *Anales de pediatria*, 102(2), 503711.

Dwyer, J. B., & Bloch, M. H. (2019). Antidepressants for Pediatric Patients. *Current psychiatry*, 18(9), 26–42F.

Ebesutani, C., Bernstein, A., Martinez, J. I., Chorpita, B. F., & Weisz, J. R. (2011). The youth self report: Applicability and validity across younger and older youths. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(2), 338-346.

Eccleston, C., Fisher, E., Cooper, T. E., Grégoire, M.-C., Heathcote, L. C., Krane, E., Lord, S. M., Sethna, N. F., Anderson, A.-K., Anderson, B., Clinch, J., Gray, A. L., Gold, J. I., Howard, R. F., Ljungman, G., Moore, R. A., Schechter, N., Wiffen, P. J., Wilkinson, N. M. R., Williams, D. G., Wood, C., van Tilburg, M. A. L., & Zernikow, B. (2019). Pharmacological interventions for chronic pain in children: An overview of systematic reviews. *Pain*, 160(8), 1698–1707.

- Egunsola, O., Choonara, I., Sammons, H. M., & Whitehouse, W. P. (2018). Safety of antiepileptic drugs in children and young people: A prospective cohort study. *Seizure*, 56, 20-25.
- Fadlillah, M., & Fauziah, S. (2022). Analysis of Diana Baumrind's parenting style on early childhood development. *Al-Ishlah: Jurnal Pendidikan*, 14(2), 2127-2134.
- Freud, S. (1917). *Lutto e melanconia* (in *Opere*, Vol. 8). Torino: Boringhieri.
- Garramone, F., Baiano, C., Russo, A., D'Iorio, A., Tedeschi, G., Trojano, L., & Santangelo, G. (2020). Personality profile and depression in migraine: a meta-analysis. *Neurological sciences : official journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology*, 41(3), 543–554.
- Gelfand, A. A., Reider, A. C., & Goadsby, P. J. (2013). Cranial autonomic symptoms in pediatric migraine are the rule, not the exception. *Neurology*, 81(5), 431–436.
- Gelfand, A.A., (2015) Episodic syndromes that may be associated with migraine: A.K.A. “the Childhood Periodic Syndromes”. *Headache* 55(10):1358–64.
- Guidetti, V., & Galli, F. (2002). Psychiatric comorbidity in chronic daily headache: pathophysiology, etiology, and diagnosis. *Current pain and headache reports*, 6(6), 492–497.
- Guidetti, V., Faedda, N. & Siniatchkin, M., (2016). Migraine in childhood: biobehavioral or psychosomatic disorder?. *The Journal of Headache and Pain*, 17, 82.
- Hallett, M., Aybek, S., Dworetzky, B. A., McWhirter, L., Staab, J. P., & Stone, J. (2022). Functional neurological disorder: new subtypes and shared mechanisms. *The Lancet. Neurology*, 21(6), 537–550.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. (2018). *Cephalalgia : an international journal of headache*, 38(1), 1–211.
- Heimann, P., Herpertz-Dahlmann, B., Buning, J., Wagner, N., Stollbrink-Peschgens, C., Dempfle, A., & von Polier, G. G. (2018). Somatic symptom and related disorders in

children and adolescents: evaluation of a naturalistic inpatient multidisciplinary treatment. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 12(1), 34.

Henning, M., Subic-Wrana, C., Wiltink, J., & Beutel, M. (2020). Anxiety disorders in patients with somatic diseases. *Biopsychosocial Science and Medicine*, 82(3), 287-295.

Henningsen P. (2018). Management of somatic symptom disorder. *Dialogues in clinical neuroscience*, 20(1), 23–31.

Hommer, R., Lateef, T., He, JP., & Merikangas, K., (2022) Headache and mental disorders in a nationally representative sample of American youth. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 31, 39–49.

Hulgaard, D., Dehlholm-Lambertsen, G., & Rask, C. U. (2019). Family-based interventions for children and adolescents with functional somatic symptoms: A systematic review. *Journal of Family Therapy*, 41(1), 4-28.

Ibeziako, P., Brahmabhatt, K., Chapman, A., De Souza, C., Giles, L., Gooden, S., Latif, F., Malas, N., Namerow, L., Russell, R., Steinbuchel, P., Pao, M., & Plioplys, S. (2019). Developing a Clinical Pathway for Somatic Symptom and Related Disorders in Pediatric Hospital Settings. *Hospital pediatrics*, 9(3), 147–155.

Ibeziako, P., Choi, C., Randall, E., & Bujoreanu, S. (2016). Bullying Victimization in Medically Hospitalized Patients With Somatic Symptom and Related Disorders: Prevalence and Associated Factors. *Hospital pediatrics*, 6(5), 290–296.

Janssens, K. A., Oldehinkel, A. J., Dijkstra, J. K., Veenstra, R., & Rosmalen, J. G. (2011). School absenteeism as a perpetuating factor of functional somatic symptoms in adolescents: the TRAILS study. *The Journal of pediatrics*, 159(6), 988-993.

Jones, L. C., Mrug, S., Elliott, M. N., Toomey, S. L., Tortolero, S., & Schuster, M. A. (2017). Chronic Physical Health Conditions and Emotional Problems From Early Adolescence Through Midadolescence. *Academic pediatrics*, 17(6), 649–655.

Jongsma, K., Darboh, B. S., Davis, S., & MacKillop, E. (2023). A cognitive behavioural group treatment for somatic symptom disorder: a pilot study. *BMC psychiatry*, 23(1), 896.

Kahlbaum, K. L. (1863). Die Gruppierung der psychischen Krankheiten: Zum Entwurf eines natürlichen Systems. Hirschwald.

Kallesøe, K. H., Wellnitz, K. B., Ørnboel, E., & Rask, C. U. (2023). Clinical impact of systematic assessment and psychoeducation in specialized treatment of adolescents with severe functional somatic disorders: Results from the AHEAD study. *Children*, 10(7), 1101.

Kernberg, O. (1968). The treatment of patients with borderline personality organization. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 49, 600.

Kline, C. L., Shamshair, S., Kullgren, K. A., Leber, S. M., & Malas, N. (2023). A review of the impact of sociodemographic factors on the assessment and management of pediatric somatic symptom and related disorders. *Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry*, 64(1), 58-64.

Kraepelin, E. (1909–1915). *Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte* (8^a ed., Vol. 1–2). Leipzig: Johann Ambrosius Barth.

Kugler, B. B., Bloom, M., Kaercher, L. B., Truax, T. V., & Storch, E. A. (2012). Somatic symptoms in traumatized children and adolescents. *Child psychiatry and human development*, 43(5), 661–673.

Lee, H., Kim, S., & Chang, M. C. (2023). Associations Between Headache (Migraine and Tension-Type Headache) and Psychological Symptoms (Depression and Anxiety) in Pediatrics: A Systematic Review and Meta-analysis. *Pain physician*, 26(6), E617–E626.

Lichtenberg, J.D., (1975). The Development of the Sense Of Self. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 23(3), 453-484

Luyten P, Fonagy P., (2016). An integrative, attachment-based approach to the management and treatment of patients with persistent somatic complaints; in *Improving Patient Treatment with Attachment Theory: A Guide for Primary Care Practitioners and Specialists*. Edited by Hunter J, Maunder R. New York, Springer.

Luyten, P., & Fonagy, P. (2018). The stress–reward–mentalizing model of depression: An integrative developmental cascade approach to child and adolescent depressive disorder

based on the Research Domain Criteria (RDoC) approach. *Clinical psychology review*, 64, 87-98.

Luyten, P., & Fonagy, P. (2020). Psychodynamic Psychotherapy for Patients With Functional Somatic Disorders and the Road to Recovery. *American journal of psychotherapy*, 73(4), 125–130.

Mack, K. J., & Gladstein, J. (2008). Management of chronic daily headache in children and adolescents. *Paediatric drugs*, 10(1), 23–29.

Malas, N., Ortiz-Aguayo, R., Giles, L., & Ibeziako, P. (2017). Pediatric Somatic Symptom Disorders. *Current psychiatry reports*, 19(2), 11.

Moon, H., An, J. H., Kim, M. H., Park, S., Jung, J. Y., Kim, D., ... & Chang, H. (2025). The association between social isolation, loneliness, and major psychiatric disorders: National mental health survey of Korea 2021. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 23(2), 1141-1161.

Nieswand, V., Richter, M., & Gossrau, G. (2020). Epidemiology of Headache in Children and Adolescents-Another Type of Pandemia. *Current pain and headache reports*, 24(10), 62.

Orzechowska, A., Maruszewska, P., & Gałęcki, P. (2021). Cognitive Behavioral Therapy of Patients with Somatic Symptoms—Diagnostic and Therapeutic Difficulties. *Journal of Clinical Medicine*, 10(14), 3159.

Oster, H., & Chaves, I. (2023). Effects of Healthy Lifestyles on Chronic Diseases: Diet, Sleep and Exercise. *Nutrients*, 15(21), 4627.

Pei, H., Su, J., Li, J., Liang, Y., & He, X. (2025). Global, regional, and national burden and trends of headache disorders among children and adolescent (5–24 years old) from 1990 to 2021. *BMC neurology*, 25(1), 357.

Pogliani, L., Spiri, D., Penagini, F., Di Nello, F., Duca, P., & Zuccotti, G. V. (2011). Headache in children and adolescents aged 6–18 years in northern Italy: prevalence and risk factors. *European journal of paediatric neurology*, 15(3), 234-240.

- Raffagnato, A., Angelico, C., Valentini, P., Miscioscia, M., & Gatta, M. (2020). Using the body when there are no words for feelings: Alexithymia and somatization in self-harming adolescents. *Frontiers in Psychiatry*, 11.
- Rask, C. U., Ørnbøl, E., Fink, P. K., & Skovgaard, A. M. (2013). Functional somatic symptoms and consultation patterns in 5- to 7-year-olds. *Pediatrics*, 132(2), e459–e467.
- 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.
- Robbins, M.S. (2013). The Psychiatric Comorbidities of Cluster Headache. *Curr Pain Headache Rep* 17, 313.
- Romano, C., Cho, S. Y., Marino, S., Raucci, U., Fiumara, A., Falsaperla, R., ... & Pavone, P. (2020). Primary headache in childhood associated with psychiatric disturbances: an update. *European Review for Medical & Pharmacological Sciences*, 24(12).
- Rousseau-Salvador, C., Amouroux, R., Annequin, D., Salvador, A., Tourniaire, B., & Rusinek, S. (2014). Anxiety, depression and school absenteeism in youth with chronic or episodic headache. *Pain research & management*, 19(5), 235–240.
- Sartori, S. (2012). Cefalea in pronto soccorso pediatrico. *Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva*; 32:17-22.
- Saunders NR, Gandhi S, Chen S, et al. Health Care Use and Costs of Children, Adolescents, and Young Adults With Somatic Symptom and Related Disorders. *JAMA Netw Open*. 2020;3(7):e2011295.
- Schönenberg, M., Mares, L., Smolka, R., Jusyte, A., Zipfel, S. and Hautzinger, M. (2014), Social cognition in somatoform pain disorder. *EJP*, 18: 949-956.
- Schor, L.I., Pearson, S.M., Shapiro, R.E., Zhang, W., Miao, H., Burish, M.J., (2021) Cluster headache epidemiology including pediatric onset, sex, and ICHD criteria: Results from the International Cluster Headache Questionnaire. *Headache*. 61: 1511–1520.
- Schulte, I. E., & Petermann, F. (2011). Familial risk factors for the development of somatoform symptoms and disorders in children and adolescents: a systematic review. *Child Psychiatry & Human Development*, 42(5), 569-583.

- Soe, K. C., & Lopez, W. L. (2022). Clinical progress note: Management of somatic symptom and related disorders in pediatric inpatients. *Journal of hospital medicine*, 17(12), 996–999.
- Steiner, T.J., Husøy, A. & Stovner, L.J. (2024). GBD2021: headache disorders and global lost health – a focus on children, and a view forward. *J Headache Pain* 25, 91.
- Stern, D. (1985). *The Interpersonal World of the Infant: A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. New York: Basic Books.
- Tambelli, R., (2017). *Manuale di Psicopatologia dell'infanzia*. Il Mulino, Bologna.
- Thomas H. Ogden (2004) On holding and containing, being and dreaming, *The International Journal of Psychoanalysis*, 85:6, 1349-1364.
- Thomson, K., Randall, E., Ibeziako, P., & Bujoreanu, I. S. (2014). Somatoform disorders and trauma in medically-admitted children, adolescents, and young adults: prevalence rates and psychosocial characteristics. *Psychosomatics*, 55(6), 630–639.
- Tingstedt, O., Lindblad, F., Koposov, R., Blatný, M., Hrdlička, M., Stickley, A., & Ruchkin, V. (2018). Somatic symptoms and internalizing problems in urban youth: A cross-cultural comparison of Czech and Russian adolescents. *European Journal of Public Health*, 28(3), 480–484.
- Trimarchi, L., Caruso, R., Magon, G., Odone, A., & Arrigoni, C. (2021). Clinical pathways and patient-related outcomes in hospital-based settings: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Acta bio-medica : Atenei Parmensis*, 92(1), e2021093.
- Vesterling, C., & von Düring, U. (2025). The Moderating Role of Parental Overprotection and Insecure Child–Caregiver Attachment on the Association Between Adaptive Emotion Regulation Strategies and Vegetative Somatoform Symptoms in Childhood. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 2025(1), 7715429.
- Vesterling, C., Schütz-Wilke, J., Bäker, N., Bolz, T., Eilts, J., Koglin, U., Rademacher, A., & Goagoses, N. (2023). Epidemiology of Somatoform Symptoms and Disorders in Childhood and Adolescence: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Health & Social Care in the Community*, 2023, 1–16.

Viudez-Martínez, A., Torregrosa, A. B., Navarrete, F., & García-Gutiérrez, M. S. (2024). Understanding the Biological Relationship between Migraine and Depression. *Biomolecules*, 14(2), 163.

Westergaard, M. L., Lau, C. J., Allesøe, K., Andreasen, A. H., & Jensen, R. H. (2021). Poor social support and loneliness in chronic headache: Prevalence and effect modifiers. *Cephalalgia*, 41(13), 1318-1331.

Wilson, A.C., Moss, A., Palermo, T.M., Fales, J.L., (2014) Parent pain and catastrophizing are associated with pain, somatic symptoms, and pain-related disability among early adolescents. *J Pediatr Psychol*, 39(4):418–26.

Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. Tavistock Publications.

Wolff, H. G. (1963). *Headache and other head pain* (2nd ed.). Oxford University Press.

Xu, L., Shi, J., & Li, C. (2024). Addressing psychosomatic symptom distress with mindfulness-based cognitive therapy in somatic symptom disorder: mediating effects of self-compassion and alexithymia. *Frontiers in psychiatry*, 15, 1289872.