

# **IL COLLOQUIO PSICOLOGICO**

# “Anamnesi”

## Contesto di vita attuale

- Composizione famiglia. Presenza di parenti conviventi professione ed organizzazione della giornata dei genitori. Presenza di baby-sitter
- Classe frequentata-sport
- Routine quotidiana dei vari membri della famiglia
- Eventi stressanti (separazioni, lutti, allontanamenti, cambio di abitudini, nascita di fratello, inizio/fine lavoro di un genitore, ecc)
- Stato di salute dei vari membri famigliari (genitori, fratelli, nonni ecc)
- Alimentazione: appetito, selettività, regolarità, dinamiche del pranzo/cena
- Sonno: orario di addormentamento, dove, con chi
- Relazioni con i pari

# “Anamnesi”

## Prime fasi di sviluppo del bambino/adolescente

- “Storia della gravidanza”: desiderata o no?; stato emotivo della madre pre e post partum.
- Nascita del bambino-stato di salute (tipo di patologia, ricoveri, indagini mediche, allontanamenti dalla madre)
- Alimentazione: allattamento, svezzamento, curiosità alimentare, selettività nel cibo (fuori/dentro casa), appetito, ecc
- Sonno: se regolare o con pianto, come si calmava, chi lo cullava, dove dormiva, ecc
- Tappe di sviluppo del bambino (linguaggio, deambulazione, pannolino)
- Inserimento alle varie fasi di scuola: inserimento al nido e materna (pianto, protesta, alla fase di separazione e/o dopo)

# Analisi degli attacchi di mal di testa



## Analisi degli attacchi di mal di testa: genitori

- Da quanto tempo: periodi “particolari”?
- Contesto: casa, scuola, periodo invernale/estivo, ecc
- Orario: risveglio, scuola, pomeriggio, sera
- Cosa fa: dorme, continua le attività, vuole stare la solo, vuole un genitore
- Comunicazione del malessere: amplifica il dolore, non riferisce il dolore, a chi dice di stare male
- Uso di farmaci
- Indagini mediche effettuate

## Analisi degli attacchi di mal di testa: bambino/adolescente

- Contesto
- Orario
- Cosa fa
- Come percepisce i genitori in relazione alla sua cefalea (ansia, stress, rabbia), chi si preoccupa di più, cosa fanno per lui
- Cosa gli impedisce/permite di fare

# Coping e paura del dolore

Ruscheweyh et al. *The Journal of Headache and Pain* (2019) 20:9  
https://doi.org/10.1186/s10194-019-0962-7

The Journal of Headache  
and Pain

## RESEARCH ARTICLE

## Open Access



### Pain-related avoidance and endurance behaviour in migraine: an observational study

Ruth Ruscheweyh<sup>1\*</sup>, Diana Pereira<sup>1,2</sup>, Monika I. Hasenbring<sup>3</sup> and Andreas Straube<sup>1</sup>

#### Abstract

**Background:** The role of avoidance and endurance behaviour is well established in chronic musculoskeletal pain, but less is known about its significance in migraine.

**Methods:** The Avoidance-Endurance Questionnaire behavioural subscales, the Pain Disability Index (PDI), the Migraine Disability Assessment Scale (MIDAS) and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) were obtained from 128 migraine patients (90 episodic, 38 chronic). Sixty nine of them were re-evaluated after 3–6 months.

**Results:** At baseline, there were positive relations between avoidance (especially social avoidance behaviour) and pain-related disability as assessed by the PDI (Wald  $\chi^2$  [1] = 32.301,  $p < 0.001$ ) and the MIDAS (Wald  $\chi^2$  [1] = 14.387,  $p < 0.001$ ). A negative relation of endurance behaviour with PDI scores did not survive multiple regression analysis. In addition, there was a positive relation of social avoidance with the HADS depression score (Wald  $\chi^2$  [1] = 3.938,  $p = 0.047$ ) and a negative relation of endurance (especially the humour-distraction subscale) with the HADS anxiety score (Wald  $\chi^2$  [1] = 6.163,  $p = 0.013$ ). Neither avoidance nor endurance were related to headache intensity or frequency, or to a diagnosis of episodic vs. chronic migraine. 3–6 months after treatment at our headache centre, headache frequency, intensity and pain-related disability were significantly improved (all  $p < 0.01$ ) while avoidance and endurance were unchanged.

**Conclusions:** This indicates that improvement in headache frequency and disability can be achieved in the absence of changes in avoidance or endurance behaviour. However, because of its significant link to headache-related disability, avoidance behaviour (especially social avoidance) should be investigated as a potential additional target of migraine therapy.

**Keywords:** Migraine, Fear-avoidance, Disability



Headache  
© 2015 American Headache Society

ISSN 0017-8748  
doi: 10.1111/head.12561  
Published by Wiley Periodicals, Inc.

## Research Submission

### The Role of Fear of Pain in Headache

Anna Katherine Black, MA; Joshua C. Fulwiler, MA; Todd A. Smitherman, PhD, FAHS

**Background.**—Recurrent headache sufferers are often fearful of pain, which disrupts thought processes, interferes with daily activities, and may maintain headache-related disability through avoidance and associated negative reinforcement.

**Objective.**—The aim of this cross-sectional study was to (1) examine differences in fear of pain (FOP) between headache sufferers and non-headache controls; (2) examine differences in FOP across primary headache diagnostic groups; (3) assess the extent to which FOP predicts headache variables (eg, severity, frequency, disability); and (4) determine whether FOP mediates the relationship between pain severity and headache-related disability.

**Methods.**—The sample consisted of 908 young adults (M age = 19.5 years; 64.9% female). Of those, 237 (26.1%) met the diagnostic criteria for episodic tension-type headache (TTH), 232 (25.6%) for episodic migraine (167 [18.4%] without aura and 65 [7.2%] with aura), 38 (4.2%) for chronic migraine, and 19 (2.1%) for chronic TTH; 382 (42.1%) served as non-headache controls.

**Results.**—FOP differed among groups, with headache sufferers reporting greater FOP than those without headache; migraineurs typically endorsed greater FOP than those with TTH. Among those with headache, FOP significantly predicted headache severity ( $R^2 = 6.1\%$ ) and frequency ( $R^2 = 4.5\%$ ), and accounted for more variance in disability ( $R^2 = 17.5\%$ ) than gender, anxiety, and depression combined (13.8%). Pain severity and disability were strongly associated ( $r = 0.61, P < .001$ ), and FOP partially mediated this association (indirect effect point estimate = 0.38; 95% confidence interval: 0.23–0.57).

**Conclusions.**—FOP differentiates migraineurs from those without headache and plays a significant role in primary headache, particularly in headache-related disability. Findings build upon and extend those from previous chronic pain studies and highlight the need for longitudinal and experimental studies to further explore this construct in headache.

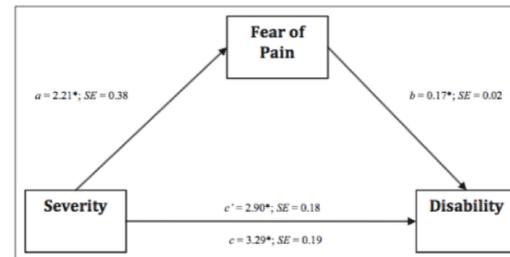
**Keywords:** headache, fear of pain, mediator, disability, migraine, tension-type headache

**Abbreviations:** CM chronic migraine, DASS-21 Depression, Anxiety, and Stress Scale, EM episodic migraine, ETTH episodic tension-type headache, FA fear avoidance, FOP fear of pain, HIT-6 Headache Impact Test, ICHD-II International Classification of Headache Disorders – Second edition, MANCOVA multivariate analysis of covariance, MANOVA multivariate analysis of variance, MOH medication overuse headache, PASS-20 Pain Anxiety Symptoms Scale, SDIIR Structured Diagnostic Interview for Headache-Revised, TTH tension-type headache

(Headache 2015;55:669–679)

674

May 2015



**Figure.**—Path coefficients for simple mediation analysis on headache-related disability. Note:  $c$  denotes the total effect, while  $c'$  denotes the effect of headache severity on disability when fear of pain is not included as a mediator. \* $P < .001$ .

## Internal health locus of control as a predictor of pain reduction in multidisciplinary inpatient treatment for chronic pain: a retrospective study

This article was published in the following Dove Press journal:  
Journal of Pain Research

Elian Zuercher-Huerlimann<sup>1,2</sup>  
Julian A Stewart<sup>1,3</sup>  
Niklaus Eglolf<sup>1</sup>  
Roland von Känel<sup>4</sup>  
Martina Studer<sup>1,3</sup>  
Martin grosse Holtforth<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Division of Psychosomatic Medicine, Department of Neurology, Inselspital, Bern University Hospital, Bern, Switzerland; <sup>2</sup>Department of Psychology, University of Zurich, Zurich, Switzerland; <sup>3</sup>Department of Psychology, University of Bern, Bern, Switzerland; <sup>4</sup>Department of Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatic Medicine, University Hospital Zurich, Zurich, Switzerland

**Purpose:** Chronic pain is a major health concern and its treatment requires physiological as well as psychological interventions. This study investigates the predictive value of health locus of control (HLOC) in pain intensity in chronic pain patients in an inpatient treatment setting.

**Patients and methods:** Data of 225 patients with a chronic pain condition were collected in a psychosomatic university clinic in Switzerland. Self-report assessment tools were used to measure pain intensity pre- and post-treatment and with a questionnaire dimensions of the HLOC were captured. Using hierarchic linear regression analysis, the predictive value of HLOC was investigated.

**Results:** A higher internal HLOC at pre-treatment was associated with a greater reduction in pain intensity from pre- to post-treatment ( $\beta = -0.151, p < 0.05$ ). For social-external and fatalistic-external HLOC no significant effects were observed.

**Conclusion:** Internal HLOC showed predictive value regarding the reduction in pain intensity in a multidisciplinary inpatient treatment for chronic pain, whereas social-external and fatalistic-external HLOC did not. Early interventions to strengthen internal beliefs of health control may be a promising component in multidisciplinary inpatient treatment for patients with chronic pain.

**Keywords:** chronic pain, health attribution, pain relief, inpatient treatment, self-management



In conclusion, the findings of our study stress the importance of internal beliefs of health control in the multidisciplinary treatment of chronic pain patients. If our results can be replicated, health care providers may assess control beliefs at the outset of a multidisciplinary treatment of chronic pain and pay special attention to patients with low levels of I-HLOC and consider interventions to increase the level of internal control beliefs in terms of improved self- and pain management.

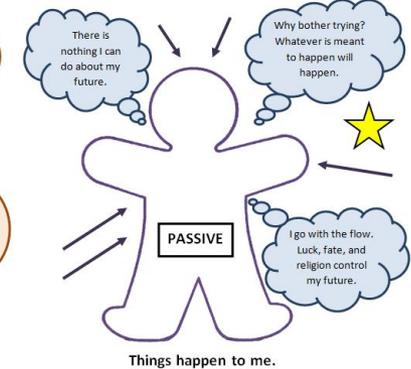
# Coping e paura del dolore

A higher internal HSCL (Health locus of control) at pre-treatment was associated with a greater reduction in pain intensity from pre to post-treatment ( $p < 0.05$ )

### Internal Locus of Control



### External Locus of Control



## Valutazione dell'ANSIA ed il suo possibile impatto sulla cefalea



- Relazionale
- separazione
- Ipocondria
- Fobie specifiche
- “Paura delle emozioni”
- Scuola



# CEFALEA CRONICA, SCUOLA ED ANSIA

(fattori correlati alla scuola)

- Ansia da prestazione con atteggiamento di evitamento
- Immagine di sé come persona malata-unico modo possibile di essere «imperfetti»
- Bullismo

# CEFALEA CRONICA, SCUOLA ED ANSIA (“fobia della scuola?”- ansia da separazione?)

- Role reversing: il genitore soffre di angosce e trattiene (inconsciamente) il figlio per fargli compagnia.
- Il bambino teme che possa accadere qualcosa di male alla madre o padre mentre è a scuola.
- Il bambino teme che possa accadere a lui qualcosa di pericoloso.
- La madre teme che possa accadere qualcosa di grave al bambino mentre è a scuola.



# Lavorare sulla depressione ed il suo possibile impatto sulla cefalea

- Stress
- Traumi
- Abusi
- Lutto
- Problemi scolastici
- Bullismo o pressione dai pari
- Difficoltà relazionali

- Bassa autostima
- Sensi di colpa
- Auto-criticismo
- Rassegnazione davanti ad eventi critici

**EMICRANIA**



**Lavorare sulla cefalea ed il suo possibile ruolo nell'esordio di depressione**

Contestualizzare il sintomo nelle dinamiche  
socio-familiari  
del paziente

# Cefalea e famiglia

## Famiglia come fattore di vulnerabilità per l'emicrania cronica

- Depressione genitoriale
- Conflitti matrimoniali
- Le fasi del ciclo di vita familiare
- Fratelli
- Possibili eventi traumatici, cambiamenti o malattie che hanno coinvolto la famiglia

## Famiglia come rinforzo nel mantenimento del dolore

- Anche se il bambino è malato, l'intera famiglia può essere colpita
- I genitori hanno una forte influenza sull'esperienza del dolore da parte dei bambini, "incoraggiando" involontariamente al comportamento "di malattia"

Walker LS, Zeman JL. Parental response to child illness behavior. *J Pediatr Psychol*, 1992; 17(1):49-71.

Palermo TM and Eccleston C. Parents of children and adolescents with chronic pain. *Pain*, 2009; 146(1-2): 15-17.

## Famiglia come risorsa nella comprensione e risoluzione del problema

# La famiglia

G1

G2

F1 ... F2 .... F3

# Famiglie e “ruoli non equilibrati”

G1 → Figlio ← G2

G1+ Figlio (G2)

Figlio  
G1 G2

G1 G2 Figlio  
Figlio Figlio Nonno

Nonni → ← G1 G2 → ← Nonni  
Figlio?

Famiglie ricostruite

# **Quadro della coppia genitoriale e della situazione familiare**

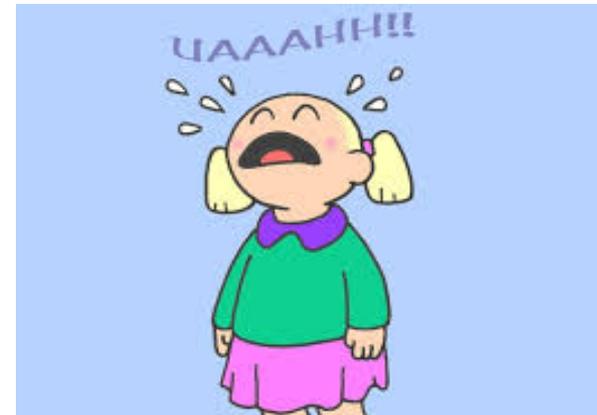
## **Attribuzione sbagliata dei ruoli, per esempio:**

- Relazione complementare tra genitore e figlio
- Role reversing
- Triangolazione del figlio da parte dei genitori
- Equilibrio nel dare e ricevere cure
- Il ruolo del padre, della madre nella cura dei figli
- Analisi delle somiglianze, differenze e stile relazionale tra i fratelli.

## **Fasi del ciclo vitale della famiglia**

**Eventuali eventi traumatici, cambiamenti o malattie che hanno coinvolto la famiglia**

Per i genitori,  
i sintomi somatici ed il  
“dolore del corpo” del figlio  
sembrano essere più visibili  
e/o  
più facilmente accettabili,  
rispetto al  
“dolore” delle emozioni”

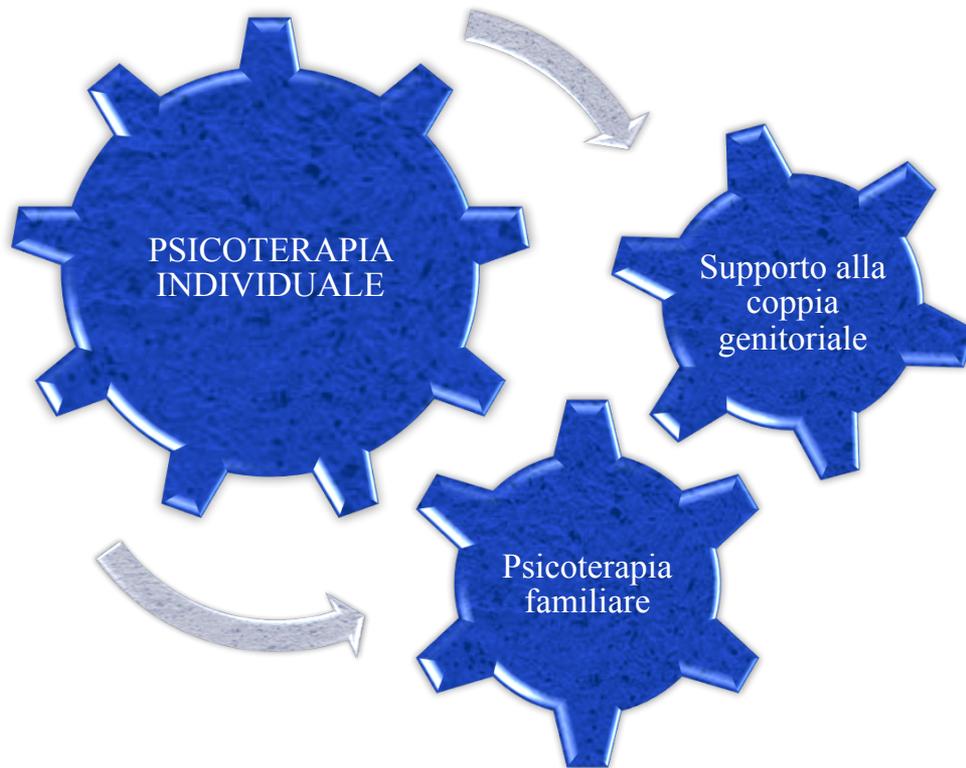


# FUNZIONE DEL SINTOMO? (per genitori e paziente)

- Evitare situazioni stressanti
- Unico modo per mostrarsi “imperfetti”
- Determina “visibilità”, (nei genitori può essere il meccanismo base della Sindrome di Münchhausen by proxy)
- Differenzia o eguaglia ad altri fratelli
- Unisce genitori conflittuali
- Relazione complementare tra genitore e figlio
- Blocca lo svincolo fisiologico tra genitore e figlio in fase di sviluppo

# La psicoterapia del giovane paziente cefalalgico

## Possibili tipologie d'intervento



**COMPRENSIONE DEL  
SINTOMO E FATTORI DI  
RINFORZO  
AGIRE SU TALI FATTORI**



**La psicoterapia  
NON  
dovrebbe essere orientata  
SOLO  
sul sintomo cefalea.**

**Lavoro su tre “livelli” interconnessi tra di loro**



# Conclusioni

- Aiutare il paziente nella gestione e comprensione del sintomo
- Aiutare la famiglia a comprendere la funzione del sintomo nel sistema relazionale-famigliare (anche trigenerazionale)
- Aiutare i genitori a leggere i comportamenti e sintomi del bambino.